

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

L'éducation thérapeutique préopératoire a-t-elle un impact sur la douleur postopératoire chez l'adulte ?

Travail de Bachelor

BUGNON Camille - 12654745

DIAS SARAIVA Paulo - 10312890

EVARD Malorie - 10654760

Directrice

TERRANEO Fabienne - Chargée d'enseignement à la Haute Ecole de Santé

Membre du jury externe

KUPFERSCHMID Sarah - Infirmière spécialiste clinique Réseau Douleur HUG

Genève, 17 juillet 2015

Déclaration

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 17 juillet 2015.

Camille BUGNON, Paulo DIAS SARAIVA et Malorie EVARD.

Remerciements

Voici quelques lignes pour remercier les personnes qui nous ont accompagnées tout au long de ce travail.

- **Laurence Séchaud**, Docteur en Science Infirmière, pour nous avoir suivis durant l'élaboration de notre problématique et dans le choix de notre ancrage. Merci de nous avoir accompagnés dans le travail de Science Infirmière 4 !
- **Fabienne Terraneo**, notre directrice de travail de Bachelor, chargée d'enseignement à la Haute Ecole de Santé qui par son exigence nous a poussés à nous surpasser.
- **Toute l'équipe de la bibliothèque** de la Haute Ecole de Santé de Genève pour sa gentillesse, son aide, sa patience et sa grande disponibilité.

Enfin, nous tenons à remercier **Tiziano Costa**, quatrième membre de ce groupe ayant participé à l'élaboration de ce travail sans pouvoir le terminer à nos côtés.

Résumé

But Le but de cette revue est d'interroger les effets d'une éducation préopératoire sur la douleur postopératoire.

Historique Malgré les nombreuses échelles et traitements mis à disposition des soignants pour évaluer et traiter la douleur, le nombre de personnes souffrant de douleur postopératoire reste préoccupant.

Design Ce travail est une revue de la littérature sur la base de l'analyse de 15 articles scientifiques.

Méthodes Les recherches ont été effectuées dans les bases de données telles que BDSP (Base de données en Santé Publique), CINAHL, Google Scholar, HealthSource et PubMed.

Résultats Ce travail décrit les avantages et les différents pièges liés à l'éducation thérapeutique préopératoire. Il discute les divers supports possibles.

Conclusion A priori, l'éducation thérapeutique semble être une intervention agissant de manière positive sur les enjeux de la période postopératoire, notamment l'intensité de la douleur, la diminution du temps d'hospitalisation, la mobilisation précoce et la diminution de l'anxiété.

Mots-clés

Douleur postopératoire
Chirurgie
Éducation thérapeutique préopératoire
Adultes
Soins infirmiers

Key words

Postoperative pain
Surgery
Preoperative education
Adults
Nursing care

Liste des abréviations

AVQ	Activités de la vie quotidienne
EBN	Evidence Based Nursing
EN	Échelle numérique
EVA	Échelle visuelle analogique
EVN	Échelle visuelle numérique
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICN	International Council of Nurses
PBS	Pain Beliefs Scale
TOUS	Théorie des symptômes désagréables

Note

Les termes utilisés au féminin comme « infirmière » ainsi que les termes utilisés au masculin comme « soignant » sont à considérer selon les deux genres.

Liste des tableaux

Tableau 1 : PICOT	13
Tableau 2 : Mots-clés utilisés pour la recherche	13
Tableau 3 : Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	20

Liste des figures

Figure 1 : Schéma de la théorie TOUS	11
Figure 2 : Diagramme de flux	14

TABLES DES MATIERES

1.	Introduction	1
1.1.	Problématique	1
1.2.	Cadre théorique	6
1.2.1.	Ancrage disciplinaire.....	7
2.	Méthode	12
2.1.	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	13
2.2.	Diagramme de flux.....	14
3.	Résultats	15
3.1.	Analyse critique des articles retenus	15
3.1.1.	Avantages, inconvénients et pièges de l'éducation préopératoire	15
3.1.2.	Supports discutés	18
3.2.	Tableau comparatif	19
4.	Discussion.....	31
4.1.	Rôle propre infirmier	31
4.2.	Favoriser l'autonomie du patient.....	33
4.3.	Qu'en est-il de l'ambulatoire ?	34
4.4.	Le contenu et la structure d'une éducation thérapeutique	35
4.5.	Liens avec l'ancrage disciplinaire	36
5.	Conclusion	39
5.1.	Apports et limites du travail.....	39
5.2.	Recommandations.....	40
5.2.1.	Pour la pratique	40
5.2.2.	Pour la recherche	41
5.2.3.	Pour la formation	41
6.	Références bibliographiques.....	42

7. Annexes	49
7.1. Fiche de lecture n°1.....	49
7.2. Fiche de lecture n°2.....	53
7.3. Fiche de lecture n°3.....	57
7.4. Fiche de lecture n°4.....	60
7.5. Fiche de lecture n°5.....	64
7.6. Fiche de lecture n°6.....	68
7.7. Fiche de lecture n°7.....	72
7.8. Fiche de lecture n°8.....	76
7.9. Fiche de lecture n°9.....	80
7.10. Fiche de lecture n°10.....	83
7.11. Fiche de lecture n°11.....	88
7.12. Fiche de lecture n°12.....	92
7.13. Fiche de lecture n°13.....	97
7.14. Fiche de lecture n°14.....	102
7.15. Fiche de lecture n°15.....	107

1. INTRODUCTION

Il est pertinent d'entamer cette revue de la littérature en situant le contexte socio-politique genevois actuel. Les lois suivantes définissent les exigences professionnelles du personnel soignant. Le Grand Conseil de la République et du canton de Genève détermine que, « la présente loi a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, ... , de la population ... dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun » (LS K103 Art 1., 2006). « Les soins comprennent tout service fourni à une personne, à un groupe de personnes ou à la population dans le but de promouvoir, de protéger, d'évaluer, de surveiller, de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé humaine » (LS K103 Art 2., 2006). De plus, soulager la douleur contribue au rétablissement de la santé humaine.

Dans le cadre de cette revue de la littérature, la douleur postopératoire est au centre des préoccupations. En effet, la douleur est une priorité dans le domaine des soins infirmiers et il est difficilement concevable qu'elle perdure. Ce travail questionne alors les avantages d'une éducation thérapeutique préopératoire sur la douleur postopératoire. Les articles analysés mettent-ils également en avant d'autres avantages de l'éducation thérapeutique ? Quelles sont les contenus primordiaux à aborder ? Des supports visuels sont-ils utiles ? Lesquels ? A quel moment cette information doit-elle être fournie ? Quels sont les véritables effets ?

1.1. Problématique

Selon Avet et al. (2006), la douleur « est devenue une priorité dans le milieu médico-infirmier ». La douleur est d'ailleurs tellement fondamentale qu'elle est considérée comme un signe vital. Plus précisément, il est pertinent d'évaluer puis de traiter la douleur postopératoire car « en dépit des progrès dans l'évaluation de la douleur, l'incidence de la douleur postopératoire reste alarmante ». Sloman, Rosen, Rom et Schir (2005), démontrent que lors d'une étude effectuée à Chicago, 75% des patients adultes opérés en chirurgie ont vécu l'expérience d'une douleur postopératoire modérée à sévère (p.126). Les professionnels de santé ont la responsabilité d'évaluer quotidiennement la douleur, de croire la douleur rapportée par les patients, de la documenter et d'intervenir pour la prévenir (Canadian Pain Society's Position Statement on Pain Relief, 1999 cité par Leegaard et al., 2011, p.313).

Déjà en 1999, la notion de prévention apparaît. La lutte contre la douleur est de plus, depuis plusieurs années une priorité de santé publique. La création du réseau douleur au

sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en 2003 démontre une volonté de maîtriser la prise en charge de la douleur. En effet, l'institution investit de l'argent, forme du personnel soignant, met en place des moyens pour lutter contre la douleur. Il est intéressant de remarquer que l'Evaluation Visuelle Numérique (EVN) et l'Evaluation Visuelle Analogique (EVA) de la douleur sont des outils largement utilisés tant par le personnel soignant au sein des HUG que par les soignants de par le monde.

Afin de délimiter le cadre de recherche, il est important de distinguer la douleur aiguë de la douleur chronique. En choisissant comme thème la douleur postopératoire, il est légitime de traiter de la douleur aiguë. Elle se spécifie comme étant utile et de courte durée; elle signale un danger. Elle est un symptôme d'une lésion ou d'une maladie et entraîne des répercussions socio-professionnelles temporaires.

De plus, il est intéressant de définir la douleur provoquée, ici chirurgicalement, car elle peut être réduite et anticipée à l'aide d'une prise en charge médico-infirmière adaptée.

Avet et al. (2006) appuient cette idée en proposant une définition de la douleur postopératoire. Elle se caractérise par une douleur de forte intensité évoluant sur une durée brève. Celle-ci présente deux caractéristiques fondamentales : prévisible et transitoire. La douleur postopératoire est habituellement d'emblée maximale et va décroître progressivement en 2 à 4 jours. ... cette douleur est très variable selon le type de chirurgie, ... l'anesthésie utilisée, ... la lésion sous-jacente, et ... les patients.

Une gestion inadéquate de la douleur postopératoire pourrait mener à plusieurs changements physiologiques : une activité cardiaque augmentée, une capacité réduite à tousser et à respirer adéquatement, des problèmes gastro-intestinaux comme des nausées et des vomissements ce qui pourrait inhiber la mobilité augmentant un risque de thrombose (Lindberg & Engström, 2011, traduction libre, p.164).

L'évaluation de la douleur étant très subjective, divers déterminants entrent en jeu, tels que les déterminants biologiques, socio-culturels, développementaux et psychologiques exprimés par le patient et le soignant.

Ainsi, plusieurs sources attestent que la prise en charge de la douleur n'est pas optimale. Malgré des dispositifs mis en place pour lutter contre la douleur, Manias, Bucknall, et Botti (2005) établissent qu'« une gestion efficace de la douleur est rapportée dans seulement 12% des cas observés », dans deux unités de chirurgie d'un hôpital universitaire à Melbourne (traduction libre, p.27).

L'évaluation de la douleur peut également être biaisée par des représentations parfois faussées tant de la part des patients que des soignants, particulièrement sur la manière de comprendre et de tolérer la douleur postopératoire.

L'étude faite par Sloman, Rosen, Rom et Schir, (2005), démontre que les infirmières sous-estiment la douleur postopératoire, cela à une échelle mondiale. Les infirmières nécessiteraient-elles donc d'une meilleure formation sur la douleur ?

Il s'avère que les personnes ayant subi une intervention chirurgicale, jugent naturel de ressentir une douleur suite à un acte invasif programmé. De ce fait, les patients ne voient pas la nécessité de rapporter la douleur ressentie au personnel soignant. De plus, de nombreuses représentations autour des opiacés biaise l'expression de la douleur (Bergeron, Leduc, Marchand & Bourgault, 2011, p.83).

Malgré les biais ci-dessus, l'International Association for the Study of Pain liste les avantages d'une prise en charge rapide et efficace de la douleur. Elle démontre au travers d'un tableau, une diminution du temps d'hospitalisation, une diminution du temps d'arrêt de travail, des coûts réduits tant pour les assurances que pour les bénéficiaires de soins et une diminution de la transformation des douleurs aiguës en douleurs chroniques. Il en ressort qu'une meilleure évaluation de la douleur et donc de sa prise en charge, a des avantages socio-économiques et socio-politiques. A l'inverse, les principales conséquences d'une mauvaise évaluation et gestion inadéquate de la douleur postopératoire sont multiples. Des affections physiologiques et/ou une atteinte de la mobilité peuvent apparaître et ces dernières pourraient se répercuter sur la psyché du patient. De plus, comme cité précédemment, « toutes ces complications auront pour ultime conséquence de prolonger inutilement la durée du séjour du patient en milieu hospitalier et même de voir la douleur se chroniciser » (Bergeron, Leduc, Marchand & Bourgault, 2011, p.81).

Subséquentement, il a été mis en évidence que pour le domaine infirmier, les avantages d'une meilleure évaluation de la douleur sont une meilleure communication ainsi qu'un langage commun et professionnel médico-infirmier, une réduction du temps d'hospitalisation dû à des douleurs mal traitées et une amélioration du suivi thérapeutique. Ainsi, dans la littérature, plusieurs avantages à une meilleure prise en charge de la douleur dans le domaine infirmier sont développés.

Dans le processus de prise en charge de la douleur, la première étape fondamentale est l'évaluation.

Selon Metzger, Muller, Schwetta et Walter (2004) :

L'évaluation de la douleur vise à : ... permettre d'avoir un langage commun facilitant les prises de décisions homogènes au sein de l'équipe ; fixer des objectifs réalisables ... ; améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient ... permettent d'ajuster ou de mettre en route une stratégie à visée antalgique (p.155).

« En chirurgie, l'évaluation clinique consiste à prévenir, anticiper et détecter précocement les complications chez le patient. Par ailleurs, cette évaluation permet d'intervenir précocement auprès du patient lors de problèmes, et ainsi d'en limiter les répercussions sur sa qualité de vie » (Guitard & Michaud, 2011, pp.51-63).

D'une manière courante, ce sont les infirmières qui évaluent la douleur des patients. Les infirmières agissent donc en première ligne en effectuant une hétéro-évaluation. En parallèle, le patient a depuis plusieurs années un rôle actif dans sa prise en charge et prend pleinement part à l'évaluation de sa douleur. Il s'agit donc de l'auto-évaluation. Cette mesure est plus efficace car elle se base sur des données subjectives. Dans tous les cas, ces deux évaluations ont pour but la promotion du confort et le soulagement de la douleur.

Il est important de prendre en charge la douleur de manière adaptée car elle peut avoir plusieurs impacts sur l'individu selon plusieurs indicateurs. « [La composante affective et émotionnelle] correspond aux aspects désagréables et pénibles de la douleur, ou, pour le dire en d'autres termes, à la façon dont le patient la ressent. ... La composante affective et émotionnelle dépend du caractère et de la personnalité du patient ». « [La composante cognitive] correspond aux processus mentaux mis en jeu par la douleur Cette composante est éminemment dépendante de facteurs socio-culturels ainsi que de l'histoire personnelle et familiale du patient ». Autrement dit, la douleur dépend du rapport au corps que chaque individu entretient avec celui-ci. La composante comportementale peut se manifester de manière consciente et/ou inconsciente. Le patient peut exprimer sa douleur par des cris, des mots, des pleurs mais également au travers de réactions neuro-endocriniennes. Toutefois, il ne faut pas oublier que dans chaque réaction consciente, on trouve des déterminants inconscients (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2004, pp.21-22).

Il est nécessaire de définir les termes suivants qui seront appliqués tout au long de la revue de littérature effectuée dans ce travail.

L'évaluation qualitative est une description verbale subjective de la douleur décrivant ses caractéristiques tandis que l'évaluation quantitative est une estimation chiffrée subjective de l'intensité de la douleur (Oliveira et al., 2014, traduction libre, p.2876).

A titre d'exemple, voici quelques échelles d'évaluation quantitative. Les plus connues étant l'échelle verbale simple (EVS), l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle visuelle numérique (EVN). Pour la première, il s'agit d'une évaluation à l'aide de quatre adjectifs (aucune, faible, modérée, intense, atroce) caractérisant la douleur mais se référant à un chiffre entre 0 et 4. La deuxième se présente sous forme de règlette à deux faces : d'un côté (pour le soignant) des chiffres de 0 à 10, de l'autre (pour le patient) une ligne colorée représentant l'intensité de la douleur. La troisième est une règlette avec une face numérotée de 0 à 10 que le soignant présente au patient pour coter la douleur. Il existe d'autres échelles pour d'autres populations, telles que la Douleur Aiguë du Nouveau-né (DAN) pour les nourrissons jusqu'à 3 mois et la Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC) pour les enfants de 3 mois à 7 ans. Les échelles suivantes sont utilisées pour les adultes, comme la Behavioral Pain Scale (BPS) et pour les personnes âgées, l'Echelle Comportementale pour Personnes Agées (ECPA) et l'échelle Doloplus.

Les exemples d'échelles qualitatives sont beaucoup moins nombreux. Il existe toutefois le « McGill Pain Questionnaire » par Melzack et Torgerson datant de 1971. Il propose au patient 79 qualificatifs répartis en 20 sous-classes permettant de décrire précisément la qualité et l'intensité de l'expérience douloureuse. Par la suite, le Questionnaire Douleur St-Antoine (QDSA) a été adapté pour la langue française proposant au patient 58 mots en 16 sous-classes cette fois-ci. « C'est une échelle verbale multidimensionnelle qui permet par une auto-évaluation, de faire ressortir les aspects sensoriels et les aspects affectifs de la douleur » (Réseau douleur HUG, 2011).

Pour finir, compte tenu de tout ce qui précède, il sera question d'explorer différentes formes d'éducation thérapeutique préopératoire auprès d'adultes, dans un but de réduire la douleur postopératoire. En effet, en théorie, tout porte à croire qu'une telle action de prévention engendre une multitude de points positifs tels qu'une diminution de la douleur postopératoire, un raccourcissement du temps d'hospitalisation, une mobilisation précoce ou encore une diminution de l'anxiété. Cette démarche de recherche permettra également l'approfondissement de l'évaluation, non seulement quantitative mais aussi qualitative de la douleur, faite tant par la personne soignée que par le soignant.

De la sorte, la question de recherche est la suivante : « L'éducation thérapeutique préopératoire a-t-elle un impact sur la douleur postopératoire chez l'adulte ? ».

L'analyse d'articles scientifiques sera enrichie par l'apport d'une théorie de science infirmière, la « Theory Of Unpleasant Symptoms » de Lenz et Pugh. Cette dernière permettra de percevoir la douleur pas seulement en tant que simple symptôme mais également d'identifier ses causes et ses conséquences.

1.2. Cadre théorique

« La théorie des symptômes désagréables » de l'anglais «Theory Of Unpleasant Symptoms» abrégée TOUS a été développée par Elizabeth R. Lenz et Linda C. Pugh, à partir de 1995.

A l'exception de la théorie remise à jour (1997), qui est spécifiée lors des citations, l'ensemble de l'explication de la théorie a été basée sur la première édition de la théorie datant de 1995.

Cette théorie a été fondée sur les croyances et les assumptions associées aux paradigmes suivants :

- Paradigme interactif-intégratif, selon Newman (1992).
- Philosophie de l'intégration réciproque, selon Fawcett (1993).
- Paradigme de l'intégration, selon Pépin, Kérouac et Ducharme (2010).

La théorie n'est pas définie sur la base de métaconcepts mais possède néanmoins deux assumptions. Selon Smith et Liehr (2013) :

- « Il y a des points communs au travers des différents symptômes vécus par des personnes dans des situations variées.
- Les symptômes sont un phénomène individuel-subjectif intervenant dans la famille et dans les contextes communautaires ».

Au travers de recherches dans plusieurs ouvrages de science infirmière, la théorie se situe dans l'Ecole des effets souhaités. Dans cette école de pensée, les théoriciennes tentent de conceptualiser les résultats ou les effets souhaités des soins infirmiers. « Elle considère que le but des soins infirmiers consiste à rétablir un équilibre, une stabilité, une homéostasie ou à préserver l'énergie » (Kérouac, 2003, pp.40-41).

Cette théorie est considérée comme descriptive, c'est-à-dire qu'elle nomme et classifie les caractéristiques d'un phénomène d'intérêt, ici, la douleur. La théorie des symptômes désagréables « a été basée sur les propositions qu'il y a des points communs au travers

des différents symptômes vécus, par une variété de population clinique, dans des situations variées ». Elle a été développée à la suite d'observations sur le terrain et de phénomènes objectifs. Il s'agit donc d'une théorie « intermédiaire » ou « à moyenne portée », car son niveau d'abstraction est faible, c'est-à-dire qu'elle est davantage concrète et son niveau d'application à la pratique infirmière est élevé. Cette théorie amène des éléments facilitant la compréhension de conduites et attitudes des personnes soignées et proposent des interventions possibles.

1.2.1. Ancrage disciplinaire

Cette théorie est pertinente pour cette question de recherche car la douleur peut engendrer, si mal traitée, d'autres symptômes indésirables tels que l'anxiété, une mauvaise rééducation, un temps d'hospitalisation plus long, voire même un taux de mortalité plus élevé. D'ailleurs, dans l'étude menée par Yeh, Chen et Liu (2005), le groupe expérimental qui a reçu une éducation thérapeutique par l'intermédiaire de supports multimédias ainsi que des guides conçus par les infirmières ont montré statistiquement une meilleure activité fonctionnelle, un temps plus court d'hospitalisation et une meilleure *auto-efficacité* que le groupe témoin.

Cette théorie permet alors de ne pas inclure uniquement la douleur comme symptôme indésirable mais laisse la porte ouverte à d'autres symptômes.

La théorie possède des concepts centraux qui sont au nombre de trois. Il s'agit des symptômes, des facteurs influençants et des résultats.

Les symptômes ont été le point de départ de la conceptualisation théorique et ils doivent être considérés comme le concept principal. Les symptômes sont définis comme « les indicateurs perçus du changement dans un fonctionnement normal vécu par le patient » et « la théorie met l'accent sur les symptômes perçus subjectivement plutôt que sur les signes observables objectifs ». En effet, la douleur est généralement évaluée, quantifiée au moyen d'échelles subjectives même si d'autres, telles que « l'échelle des visages¹ » se rapproche d'une évaluation plus objective car le faciès est observé par l'infirmière. « Les symptômes peuvent apparaître de manière indépendante ou combinés à d'autres symptômes », de même que lorsque plusieurs manifestations apparaissent simultanément, la gêne devient plus importante pour le patient. Dans ce travail, il faut comprendre que la douleur est le symptôme majeur.

¹ Wong et Baker, 1988

Lenz et Pugh stipulent qu'un symptôme, ici la douleur, est déterminée grâce à quatre dimensions mesurables et variables, intimement liées entre elles.

- (1) La première, « la dimension de l'intensité se quantifie par le degré, la force et la sévérité [du symptôme] ». « En postopératoire, [elle est] mesuré[e] le plus fréquemment lors de l'évaluation quotidienne de la douleur, à l'aide d'échelles numériques et analogiques ». Cette dimension est souvent la caractéristique la plus simple à évaluer pour les patients ».
- (2) La deuxième dimension est la détresse, de nature subjective, « elle reflète l'aspect affectif de l'expérience des symptômes. ... Le degré de détresse vécue est relié à l'attention que la personne porte sur ses symptômes », de même que l'intensité perçue. On peut en déduire que chaque personne peut ressentir la même douleur mais la perçoit différemment.
- (3) La troisième dimension appelée durée ou temps, inclut la dimension temporelle et la fréquence. Elle sert à différencier la douleur aiguë de la douleur chronique car elles sont de nature différente et se traitent de manière distincte. La douleur a une signification différente selon l'expérience individuelle et selon le type de douleur. « L'évaluation personnelle et la réponse émotionnelle de chacun décrivent l'impact de la durée » sur la douleur. La temporalité dans la maladie est un facteur primordial car plus le symptôme dure, plus l'expérience sera négative et pourra engendrer des conséquences émotionnelles importantes.
- (4) La quatrième et dernière dimension est la qualité des symptômes, qui traite de la nature des symptômes, de la manière dont ils se manifestent et sont vécus. « Chaque symptôme a ses aspects et caractéristiques uniques », c'est pourquoi, il est important de définir la nature exacte du symptôme douloureux (ex : coup de couteau, brûlure, picotement, irradiation, ...) car il indique le stade de la maladie et peut nous alerter sur une éventuelle progression de la maladie. « La description et la mesure de la qualité spécifique du symptôme dépend de la capacité du patient à expliciter son épreuve douloureuse ». Toutefois, ces paramètres ne dépendent pas uniquement du patient mais également des moyens à disposition du soignant pour évaluer adéquatement la douleur.

Il est intéressant de mettre en lien les différentes dimensions de la douleur et la question de recherche. Les dimensions sont intimement liées, de ce fait si une dimension est

modifiée, cela peut provoquer des répercussions sur les autres. Par exemple, si la dimension temporelle de la douleur accroît, alors la détresse du patient peut augmenter et l'expérience vécue peut se péjorer. Dans la question de recherche, la douleur provoquée est au centre des préoccupations, c'est pourquoi il est important d'anticiper et de soulager les peines du patient afin de le rendre le plus confortable possible. Si la dimension temporelle est influencée en réduisant la durée d'un événement douloureux, le temps d'hospitalisation peut alors être raccourci. Si l'intensité est convenablement jaugée, cela aura une incidence sur les deux dimensions suivantes, à savoir, la dimension affective (ou détresse) et la durée. En effet, si la douleur est moins grande, la détresse du patient se verra diminuée. Enfin, recueillir des caractéristiques sur le type de douleur, sa qualité, est primordial puisqu'elles permettront d'agir en fonction et de résoudre la problématique plus rapidement (et d'opérer donc sur la dimension temporelle).

Dans le deuxième concept de la théorie, il existe trois catégories de facteurs influençants. Le facteur physiologique, psychologique et situationnel. Si deux facteurs sont combinés ou interagissent entre eux, l'impact de l'expérience du symptôme est plus important que si un seul facteur intervient seul. Ces facteurs sont dits « influençants » car ils peuvent modifier l'apparition, l'intensité, la durée, le niveau de stress et la qualité des symptômes.

- « Les facteurs physiologiques incluent la variable anatomique, physiologique, génétique et les traitements reliés. ... Les symptômes sont souvent des indicateurs de pathologies existantes donc il y a clairement une réciproque relationnelle entre les facteurs physiologiques et les symptômes ». Compte tenu de la problématique, il est vrai que dans la pratique, la surveillance de l'apparition d'une quelconque douleur est primordiale puisque cette dernière est un signal d'alarme de certaines pathologies, complications ou infections.
- « La composante psychologique de la théorie inclut l'état mental individuel ou l'humeur, la réaction affective dû à la maladie, le degré d'incertitude et la connaissance des symptômes et de leurs possibles significations » (Lenz & Pugh, 1997, traduction libre). En effet, plus le patient a des connaissances et reçoit des informations sur la gestion de la douleur, plus il mettra en pratique des stratégies de *coping* dans le but de diminuer cette dernière. La théorie soutient alors la mise en place d'une éducation thérapeutique. D'ailleurs, lors de l'étude suivante traitant les patients dans le domaine de l'orthopédie « le contenu enseigné était basé sur des informations à propos de la gestion de la douleur et sur des compétences

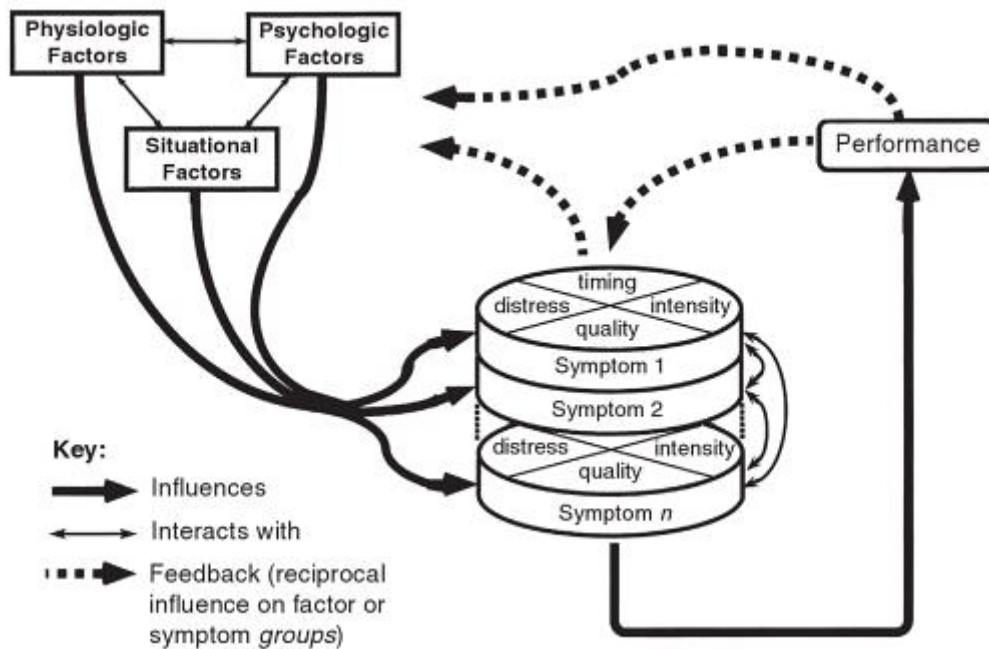
communicationnelles en lien avec la douleur précédant la chirurgie » (Louw, Diener, Butler & Puentedura, 2013, p.190).

- Les facteurs situationnels englobent les aspects de l'environnement social et physique. « Par exemple, l'expérience des symptômes peut varier selon les cultures car il y a un apprentissage pour interpréter et exprimer les symptômes ». D'autres facteurs entrent en jeu tels que : l'emploi, l'aspect financier, le statut marital, familial et social, l'émotionnel, l'accès aux soins et l'hygiène de vie ; l'endroit dans lequel les patients vivent fait référence à l'environnement physique. Le contexte de la douleur étant connu, dans ce cas, la douleur postopératoire, l'évaluation de la douleur de la part des infirmières est plus spécifique donc plus appropriée.

Les résultats représentent le dernier concept de la théorie. Ils sont « la conséquence de l'expérience des symptômes. ... La théorie affirme que l'expérience des symptômes a un impact sur les capacités des individus à fonctionner » au travers d'activités fonctionnelles et cognitives. D'une part, les activités fonctionnelles sont l'activité physique, les activités de la vie quotidienne et le travail. D'autre part, la concentration, la pensée et la résolution de problème sont des exemples d'activités cognitives. « Il a été démontré avec une variété de symptômes que les gens avec plus ou [moins] de sévérité dans les symptômes tendent à avoir un statut de fonctionnement corporel plus faible, une fonction cognitive plus basse, une qualité de vie amoindrie et des capacités physiques réduites » (Lenz & Pugh, 1997, traduction libre).

Il existe deux versions de cette théorie. Dans celle datant de 1995, les relations entre les trois catégories des facteurs influençants sont unidirectionnelles, tandis que dans la version proposée en 1997, ces relations pourraient être réciproques. Dans la nouvelle version (1997), des flèches traitillées, représentant un feed-back, ont été ajoutées comme le montre le schéma qui suit. Par exemple, selon le résultat (performance) plus ou moins bon, dans ce travail il serait question du traitement optimal ou non de la douleur, il peut avoir un effet rétroactif sur les facteurs influençants.

Figure 1 : Schéma de la théorie TOUS



Tiré de : Smith et Liehr, 2013

2. MÉTHODE

L'objectif de cette partie est de présenter aux lecteurs les différentes phases de cette revue de la littérature. Le but étant de pouvoir comprendre le processus de recherche qui a abouti aux résultats et recommandations présentés à la fin de ce travail de Bachelor.

Le choix du thème de ce travail a été quelque peu « dirigé », c'est-à-dire qu'un ensemble de sujets a été proposé aux étudiants. Ces sujets ont été suggérés en fonction des besoins et des demandes des principaux lieux de pratique genevois. Le choix des auteurs sur le thème s'est porté sur la douleur, puis, il a été question de savoir dans quelle spécialité. Les auteurs ont effectué plusieurs recherches dans les bases de données et différents ouvrages. Le thème de la douleur postopératoire chez l'adulte revenait le plus fréquemment. C'est donc ce sujet qui a été choisi, couplé à la pratique infirmière, à savoir le rôle que joue l'infirmière dans l'évaluation de la douleur postopératoire.

La première question de recherche était la suivante : « Une éducation thérapeutique sur l'expression de la douleur précédant la chirurgie, peut-elle améliorer l'évaluation qualitative de l'infirmière chez un patient en postopératoire ? » Suite à plusieurs recherches, la question de recherche s'est transformée en fonction du contenu rencontré dans de nouveaux articles. Les lectures ont modifié les questionnements : par exemple, il n'était jamais question de « l'expression de la douleur » par les patients, mais plutôt l'auto-évaluation quantitative. De même que très peu d'articles traitent de l'évaluation qualitative infirmière dans le domaine du postopératoire.

C'est ainsi qu'une deuxième question de recherche a été formulée : « L'éducation thérapeutique préopératoire a-t-elle un impact sur l'évaluation tant quantitative que qualitative de la douleur postopératoire chez l'adulte ? » Là aussi, au travers des lectures d'articles, aucun ne traite directement de l'évaluation qualitative. C'est pourquoi, il a été décidé de modifier une dernière fois la question de recherche comme suit : « L'éducation thérapeutique préopératoire a-t-elle un impact sur la douleur postopératoire chez l'adulte ? » En effet, dans les nombreux textes analysés, il a été davantage question du contenu des séances d'éducation thérapeutique et leurs impacts sur l'intensité de la douleur postopératoire.

2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Pour effectuer des recherches sur les bases de données, il faut d'abord déterminer les principaux concepts de la question de recherche. Pour les identifier au mieux, il est intéressant d'utiliser la méthode PICOT et pouvoir ainsi trouver les termes MESH correspondants.

Tableau 1. PICOT

P = population cible	Adultes
I = intervention effectuée	Éducation thérapeutique préopératoire
C = comparateur ou contexte	Milieu hospitalier
O = outcomes (résultats attendus)	Intensité de la douleur postopératoire
T = temporalité	

Ce tableau permet de mettre en évidence les mots-clés utiles à la recherche documentaire dans les différentes bases de données.

Tableau 2. Mots clés utilisés pour la recherche

Termes sélectionnés par la recherche documentaire				Filtres
En français	Adultes	Éducation thérapeutique préopératoire	Évaluation de la douleur postopératoire ou douleur postopératoire	
MESH terms : en anglais	Adults	Preoperative education benefits Preoperative education Education special Health education	Postoperative pain Pain assessment Nursing assessment Nursing care Measurement tools	NOT children 2004-2014 Full Text Only

Les bases de données suivantes ont été utilisées :

- BDSP (Base de données en Santé Publique)
- CINAHL
- Google Scholar
- HealthSource

- PubMed

Les principales recherches d'articles ont été effectuées durant l'année 2014, plus précisément entre mars et mai. Puis, comme l'explique le diagramme de flux ci-dessous, plusieurs articles ont été retirés et d'autres ajoutés, à partir de la première sélection notamment.

2.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1.

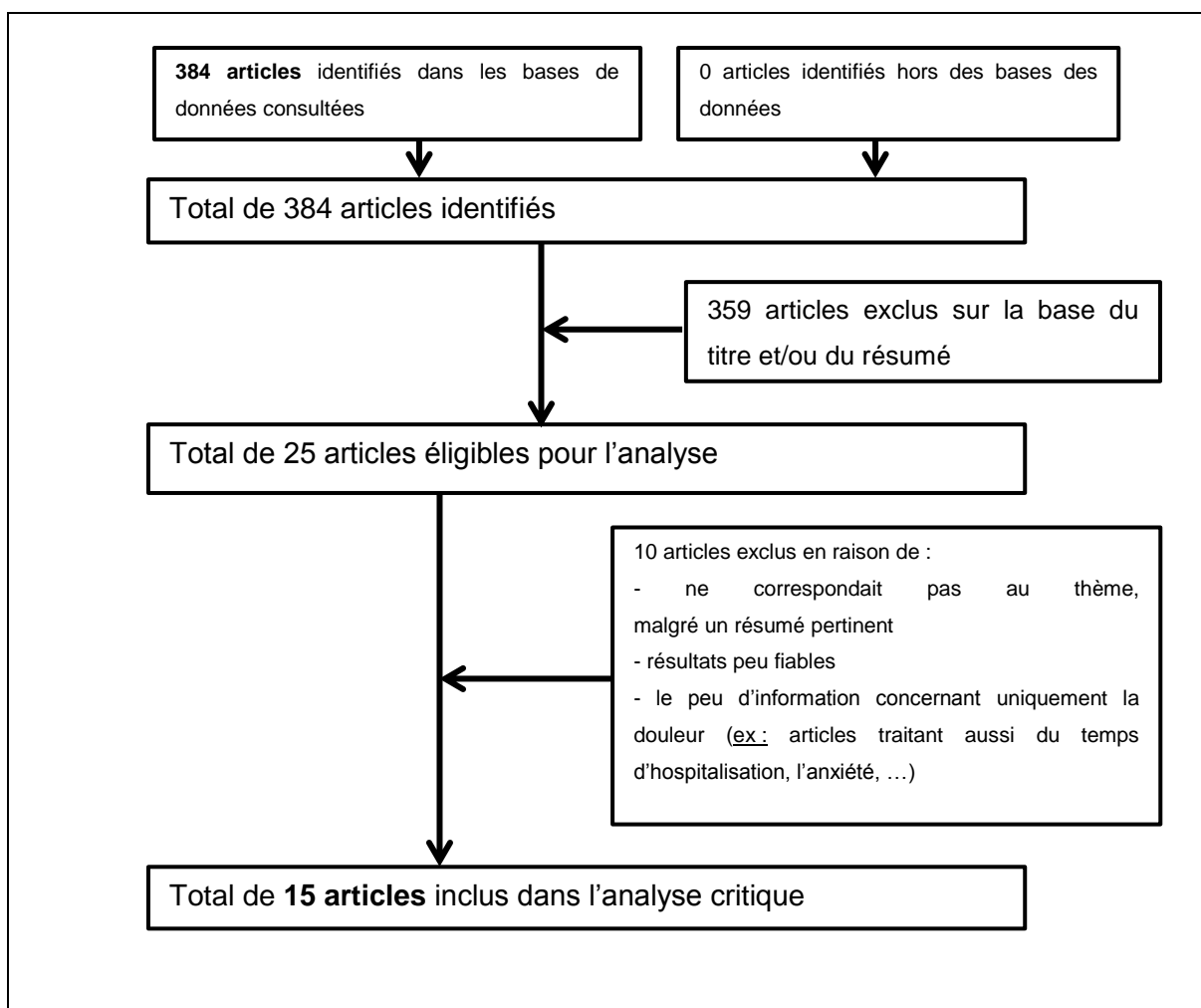


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

Ce diagramme de flux n'est qu'à moitié représentatif du cheminement ayant mené à la sélection des articles. En effet, les 15 premiers articles trouvés ont finalement été remplacés par d'autres plus pertinents. Une grande partie des « nouveaux » textes ont été trouvés grâce à la bibliographie d'« anciens » articles.

3. RÉSULTATS

Parmi les quinze articles analysés, plusieurs thèmes apparaissent à plusieurs reprises et seront abordés ci-dessous.

La première partie des résultats confrontera les avantages, les inconvénients ainsi que les pièges d'une éducation préopératoire sur la douleur. Puis, seront mis en avant les différents supports (il s'agit des outils comme des brochures, des films, des entretiens, ...) dont dispose une infirmière pour dispenser au mieux une éducation préopératoire.

3.1. Analyse critique des articles retenus

3.1.1. *Avantages, inconvénients et pièges de l'éducation préopératoire*

Pour commencer, durant la dernière décennie, plusieurs réformes de santé ont introduit des changements dans la pratique clinique, tels que la réduction du temps d'hospitalisation en chirurgie, conduisant les patients et/ou leur famille à assumer la responsabilité de leurs soins, plutôt que de s'en remettre uniquement au personnel de santé. Grâce à l'éducation thérapeutique, il est prévu que le personnel de soin aide les gens à prendre le contrôle de leur propre vie et à améliorer les changements de comportements et de l'auto-efficacité (Ronco, Iona, Fabbro, Bulfone & Palese, 2012, traduction libre, p.310).

Dans un deuxième temps, il est important de relever que « tous les patients sont uniques et ont donc un besoin individuel en information » (Sjöstedt, Hellström & Stomberg, 2011, traduction libre, p.394). Cela demande à l'infirmière d'adapter son contenu aux besoins spécifiques des patients. Toutefois, selon Marotta (2010) il n'y a pas de différences dans les observations finales entre le fait de dispenser une éducation thérapeutique à un individu qu'à l'ensemble d'un groupe. Bien évidemment, le principal avantage d'une activité de groupe est le gain de temps or, dans ces situations, la personne bio-psycho-social-spirituelle n'est pas considérée dans sa singularité.

Chen, Chen et Lin (2013) démontrent un autre avantage en constatant au travers d'une étude quasi-expérimentale, que le groupe-test ayant reçu une éducation thérapeutique préopératoire était plus satisfait de l'efficacité de la prise en charge. Une meilleure satisfaction de sa prise en charge pourrait pousser un patient à être plus enclin à collaborer avec le personnel soignant, dans le but de mieux maîtriser sa douleur. D'ailleurs, Martorella, Côté et Choinière (2013), soutiennent que les patients ne sont pas

assez actifs dans la gestion de la douleur postopératoire et qu'une éducation thérapeutique pourrait favoriser l'engagement du patient. Une troisième étude soutient qu'un avantage de l'éducation thérapeutique préopératoire peut amener une meilleure auto-évaluation de la douleur. En engageant le patient dans le processus, il se sent plus contrôlé. Il autodétermine son comportement ; c'est ce qui s'appelle le renforcement positif (Calafell, Borrás, Bartes, Torra Feixas & Baeza Ransanz, 2011, traduction libre, p.253).

L'étude de Wong, Chan et Chair (2010) indique qu'une éducation thérapeutique est possible, utile et facile à appliquer par les infirmières. De plus, la démarche a été passablement bien acceptée par les patients et sa durée de seulement 30 minutes dans cette étude, rendrait possible son incorporation dans les soins quotidiens (p.1129).

Toutefois, d'autres paramètres influencent cet investissement comme l'âge des patients ou leur culture. Lors d'une étude descriptive qualitative menée par Leegaard et al. (2011), une infirmière interviewée explique : « La génération plus âgée ne nous dit pas forcément qu'ils [les personnes âgées] souffrent, donc nous devons leur demander plus fréquemment, contrairement à la génération plus jeune » (p.315).

Dans un essai clinique réalisé en Turquie au sein d'une unité chirurgie thoracique de l'hôpital universitaire d'Istanbul, entre le 25 juin 2006 et le 30 décembre 2007, les auteurs ont comparé un groupe-test recevant des informations à propos des antalgiques et un groupe-contrôle recevant les informations habituelles. La douleur a été évaluée à l'aide d'un score visuel analogique, comparable à l'EVA, juste après la chirurgie, aux heures 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12 et avant la décharge, c'est-à-dire la mobilisation. Les résultats ont montré que l'intensité de la douleur aux heures 2, 3, 4, 5 et 6 est plus basse pour le groupe-test que le groupe-contrôle et que les différences sont statistiquement significatives ($p < 0,05$). De plus, 31 personnes du groupe-test (73,8%) contre 21 personnes du groupe-contrôle (50%) se sont mobilisées durant les six premières heures, suivant l'intervention chirurgicale (Sayin & Aksoy, 2012, traduction libre). On peut donc conclure qu'une éducation thérapeutique favorise une mobilisation précoce. Cette conclusion est appuyée par l'article de Chen, Chen et Lin (2013) qui, dans leurs résultats, ont pu mettre en avant qu'une éducation cognitivo-comportementale² a montré un meilleur contrôle des patients en termes de mobilisation notamment.

² L'éducation ou thérapie cognitivo-comportementale encourage une méthodologie expérimentale pour comprendre et modifier la psychopathologie. On distingue quatre phases : l'observation des faits, la formulation d'hypothèses, l'expérimentation et l'interprétation des résultats.

L'étude qualitative de Leegaard et al. (2011) traite des besoins des infirmières en regard de l'éducation thérapeutique préopératoire afin d'aider les patients à gérer adéquatement leur douleur postopératoire. Plusieurs infirmières rapportent les réticences des patients face à certaines médications, comme les opioïdes par exemple. Les patients sont souvent opposés à la prise de ces médicaments car ils en ont « peur ». Ils ne connaissent pas les mécanismes d'actions ainsi que les effets secondaires. Une éducation thérapeutique ciblée sur les besoins des patients pourrait donc « démystifier » les croyances autour des opioïdes et ainsi permettre au patient de mieux gérer sa douleur postopératoire.

Concernant l'information à propos des risques encourus, il y a des différences d'opinion chez les participants, dans les différents groupes des professionnels (19 infirmières en chirurgie, 20 infirmières anesthésistes et 10 médecins anesthésistes). Quelques participants pensent qu'il est légitime d'aborder le sujet des effets secondaires avec les patients, tandis que d'autres pensent que cela pourrait effrayer plutôt que de diminuer la douleur postopératoire (Sjöstedt, Hellström & Stomberg, 2011, traduction libre, p.394).

Selon Sayin et Aksoy (2012) :

Les résultats de l'étude menée sont cohérents avec des constatations préalables et démontrent que des informations sur les antalgiques jouent un rôle significatif dans le soulagement de la douleur, particulièrement dans les six premières heures postopératoires. En effet, étant donné que les patients du groupe-test ont reçu des informations, ils étaient alors au courant de ce qu'ils allaient recevoir comme médications. Cela a donc pu créer une attente positive et donc aider à réduire leur douleur postopératoire. Les auteurs mettent d'ailleurs cette hypothèse en relation avec la théorie mentaliste qui voit l'attente du patient comme la première cause de l'effet placebo (traduction libre, pp.1249-1250).

« Williams (1993) souligne l'importance d'un processus d'information ne devant pas être fourni trop vite, de même qu'il devrait toujours y avoir un temps pour un échange calme avec le patient » (Sjöstedt, Hellström & Stomberg, 2011, traduction libre, p.395). Ces mêmes auteures énoncent que si l'information provient de différentes sources [c'est-à-dire, les professionnels] la qualité du discours pourrait alors décliner voire même être contradictoire (Breemhaar, 1996, cité par Sjöstedt, Hellström & Stomberg, 2011, p.396). D'autres pièges sont relevés dans l'étude d'Ascari, Neiss et Sartori (2013). L'utilisation d'un langage trop technique ou l'état d'anxiété du patient, peut empêcher l'intégration des informations (p.1140).

3.1.2. Supports discutés

Trois études soulèvent les manières dont les supports peuvent être utilisés au mieux. Dans la première, il est indiqué que si le patient reçoit un support internet ou une brochure avant l'intervention chirurgicale, il peut davantage préparer les questions qu'il souhaiterait poser au personnel soignant (Sjöstedt, Hellström & Stomberg, 2011, traduction libre, p.394). Dans la suivante, les résultats de la revue de littérature effectuée par Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto et Salanterä (2005) montrent que l'utilisation seule de supports écrits est inadéquate et que les conseils doivent être également dispensés oralement (p.220). Dans la dernière, les auteurs recommandent les actions suivantes : « transmettre une brochure en préadmission et des instructions [conduites à tenir] en postadmission, cela augmente les compétences des patients durant la période postopératoire [ainsi que] fournir une vidéo informative avec une brochure explicative en préadmission est plus efficace que la brochure uniquement » (Marotta, Genna & Pedone, 2010, traduction libre, p.177).

Dans une revue de la littérature sur les différentes prestations d'éducatives possibles, les auteurs font état des principaux supports utilisés. Il s'agit des outils et des stratégies d'enseignement suivants : DVD/vidéo, cassettes audio, appels téléphoniques, éducations en ligne/sites internet ainsi que des brochures/livrets (Louw, Diener, Butler & Puentedura, 2013, traduction libre, p.176). Ces mêmes auteurs font état du contenu des sessions d'éducation thérapeutique. Ils parlaient notamment de la mobilité, des procédures de préadmission, des procédures de préparation à la chirurgie, de la procédure chirurgicale, du temps d'hospitalisation, des procédures postopératoires, de l'anatomie et la physiopathologie, des conseils des patients ayant subi la même chirurgie, des questions fréquemment posées, du personnel soignant et leurs rôles propres, des discussions autour des scénarios stressants associés à la chirurgie, des complications, de l'anesthésie et des médicaments, de la réassurance, des mouvements à éviter, des activités de la vie quotidienne et de l'éducation à propos de la douleur (gestion de la douleur, produits pharmaceutiques et savoir communiquer sa douleur) (p.185).

Allier un support vidéo avec des méthodes standards permet d'améliorer la mémoire du patient relative à l'information fournie. Les patients sont donc plus compétents à identifier et à reporter les effets secondaires de leur médicament, tels que les nausées et les signes d'infection (Kinnane, Stuart, Thompson, Evans et Schneider-Kolsky, 2008, cité par Sjöstedt, Hellström & Stomberg, 2011, traduction libre, p.391).

L'étude de Sayin et Aksoy (2012) a fourni une information aux patients du groupe-test dont la durée de l'éducation préopératoire par l'infirmière était de cinq minutes. Les réponses aux questions suivantes sont présentées aux patients : que faut-il attendre des antalgiques ? Quand les effets de ces derniers vont-ils commencer ? Combien de temps vont-ils durer ? Quelle est la durée maximale d'action et la fréquence à laquelle le patient recevra les antalgiques ? Cela démontre qu'une simple discussion de cinq minutes seulement, réalisée dans de bonnes conditions, auprès du patient peut avoir des effets bénéfiques sur la douleur postopératoire (p.1246).

Une équipe de doctorants en soins infirmiers ont réalisé une étude dont le but était de développer et valider une intervention internet adaptée aux soins infirmiers pour les adultes subissant une chirurgie cardiaque afin de promouvoir l'autogestion de la douleur postopératoire. Quatre phases composent l'intervention. Lors de la deuxième phase (essai exploratoire), les auteurs souhaitent évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'approche. Les résultats sont parlants : 96% (n=30) des participants trouvent que le vocabulaire utilisé par l'infirmière virtuelle était clair et facile à comprendre. 78% ont trouvé l'application facile d'utilisation alors que 4% seulement l'ont trouvée difficile d'utilisation.

Comme exposé précédemment, si plusieurs intervenants participent à la diffusion d'informations, celles-ci pourraient s'avérer contradictoires. De même que les stratégies de diffusion de l'éducation semblent dépendre des infirmières elles-mêmes et non des stratégies de gestion de la douleur organisées, évidentes, par les institutions par exemple (Leegaard et al., 2011, traduction libre, p.318). C'est pourquoi, le fait d'avoir un support écrit (média, visuel) avalisé permettrait d'avoir une uniformité lors de toutes les éducations préopératoires.

3.2. Tableau comparatif

Dans le tableau 2, les résultats ont été classifiés et organisés de manière à en ressortir les éléments importants et nécessaires à la compréhension de ces articles et des résultats ci-dessus.

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

N° de fiche de lecture	Auteurs / Année	Type d'étude / Population / Lieu de l'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites	Forces
1	Chen, S-R., Chen, C.-S. & Lin, P.-C. (2013).	Etude quasi-expérimentale. Adultes chinois (n=92). Taipei, Taïwan.	Déterminer les effets d'une éducation cognitivo-comportementale de santé sur la douleur post-opératoire, la pratique des exercices de réhabilitation et le rétablissement fonctionnel total des patients opérés d'une prothèse totale de genou.	Ils ont utilisé tout d'abord un questionnaire comportant des données démographiques et les antécédents médicaux, puis une échelle numérique de la douleur (EVA), une évaluation fonctionnelle afin de lister les principales activités de la vie quotidienne en pré- et post-opératoire, et enfin, une liste détaillant les performances lors des exercices de réhabilitation.	En général, les niveaux de douleur rapportés par le groupe-expérimental étaient significativement plus bas que ceux du groupe-contrôle lors des deux premiers jours suivant la chirurgie. Les auteurs reviennent sur un autre article qui confirme leurs résultats : « les patients qui ont assisté à une classe d'éducation thérapeutique préopératoire étaient plus satisfaits de l'efficacité de la prise en charge de la douleur ».	Les résultats de cette étude sont confrontés et rapportés par les auteurs à dix autres études, indiquant des résultats contraires. Les auteurs mettent en avant que cette étude a été réalisée sans essais contrôlés randomisés, c'est pourquoi, ils recommandent d'utiliser l'essai contrôlé randomisé pour les futures études sur le même sujet.	La multitude d'outils pour les interventions éducationnelles que les auteurs ont proposé. L'étude met en avant les résultats de la recherche et les auteurs émettent des recommandations pour la pratique clinique.
2	Calafell, A., Borrás, I., Bartes, A., Feixas, M. & Ransanz, T. (2011).	Etude quasi-expérimentale. Chez des patients ayant subi une intervention d'hernie dans une unité de chirurgie majeure	Analyser l'efficacité d'une intervention formative et éducationnelle infirmière préopératoire, à travers le don d'une brochure éducative	Tous les patients ont répondu à un questionnaire initié au moment de l'admission, afin d'évaluer le degré de compréhension de l'éducation reçue en	Le pourcentage des patients déclarant avoir pris des analgésiques est plus élevé dans le groupe d'intervention. Le pourcentage de patients avec une EVA > 3 est de 23,9% dans	La première limite est liée aux caractéristiques de l'étude. Le groupe contrôle et le groupe d'intervention sont étudiés à un an d'intervalle. Les deux	Afin de valoriser la fiabilité des résultats des deux périodes distinctes, les intervenants ont utilisé les mêmes traitements

		<p>ambulatoire. Patients (n=497) : contrôle = 41,2%, intervention = 58,8%. Barcelone, Espagne.</p>	<p>traitant de la douleur, afin d'élargir les connaissances. Cela dans le but de permettre aux patients d'agir sur leur douleur et diminuer l'intensité de cette dernière (p.250).</p>	<p>préopératoire (3 mois avant). Ce questionnaire est finalisé avec un appel téléphonique 24h après l'intervention chirurgicale (retour à domicile), où l'on recueille des informations concernant la gestion des soins ainsi que la perception de la douleur aigue (p.250).</p>	<p>le groupe contrôle et 15,1% dans le groupe d'intervention (p.251). Les patients jeunes démontrent plus de douleur par rapport aux personnes moins jeunes. Les femmes présentent plus de douleur que les hommes (malgré un nombre inférieurs de femmes dans l'échantillon total).</p>	<p>infirmières intervenant dans cette étude ont été les mêmes, cela peut biaiser les résultats car elles ont pu améliorer leurs interventions auprès des patients du deuxième groupe. Cependant, les auteurs estiment que ça n'est pas un facteur significatif (p.254).</p>	<p>analgésiques, les mêmes interventions chirurgicales et les mêmes chirurgiens (p.254).</p>
3	<p>Düzel, V., Aytaç, N., & Öztunç, G. (2013).</p>	<p>Etude descriptive comparative. Ce sont 94 patients âgés entre 18 et 65 ans recevant une anesthésie générale et qui étaient à l'hôpital pendant les 48 premières heures postopératoire ainsi que 47 infirmières travaillant dans les unités de chirurgie constituent l'échantillon de cette étude. Adana, Turquie.</p>	<p>Investiguer si les infirmières peuvent évaluer ou non la douleur que les clients expriment en postopératoire de la même manière qu'eux-mêmes et d'examiner les facteurs personnels qui affecte cette évaluation.</p>	<p>Les auteurs ont utilisé le « McGill-Melzack pain questionnaire ». Ce questionnaire a été donné aux patients comme aux infirmières. Il est rempli par les infirmières aussi vite que possible après leur sortie de la chambre du patient. De plus les patients doivent choisir des mots définissant leur douleur parmi 20 groupes de mots.</p>	<p>Contrairement aux publications précédentes, cette étude détecte une concordance entre les scores de douleurs des infirmières et ceux des patients.</p>	<p>Les auteurs n'abordent, à aucun moment dans l'article les limites de leur recherche. Toutefois, la récolte de données prend passablement de temps.</p>	<p>Les auteurs mettent en avant que les infirmières présentes dans l'hôpital susmentionné sont des professionnels ayant des diplômes d'études supérieures et ont donc été formés. Elles ont donc développé des connaissances sur la gestion de la douleur. Cela pourrait être la raison des résultats.</p>

4	Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J. & Salanterä S. (2005).	Revue de la littérature. Adultes de plusieurs nationalités différentes (n=1'044). Turku, Finlande.	Décrire la portée et les méthodes de la littérature actuelle sur les différentes éducations préopératoires et en identifier les effets au quotidien chez des patients ayant subi une opération chirurgicale orthopédique.	Les données ont été extraites de différentes bases de données. Elles ont été traitées fichier par fichier par les auteurs de l'article.	Les résultats montrent que les principales mesures étaient liées aux évaluations de la douleur. L'utilisation seule de supports écrits est inadéquate et des conseils oraux sont indispensables. L'éducation à un patient doit tenir compte de plusieurs paramètres, comme la dimension biopsychologique, fonctionnelle, cognitive, sociale, éthique, financière et des résultats des expériences vécues.	La principale limite de cet article se situe dans le nombre d'études sélectionnées. Les conclusions esquissées par les auteurs sont donc nécessairement une « tentative » de répondre à leurs hypothèses. De plus, cette revue inclut uniquement des essais contrôlés randomisés et des essais cliniques, ce qui « ferme » la porte à de nombreuses autres études sur le sujet.	Bien que cet article semble loin de notre problématique, il nous éclaire sur les différentes manières d'apporter les informations (méthodologie) ainsi que sur les effets de telles interventions infirmières.
5	Leegaard, M., Watt-Watson, J., McGillion, M., Costello, J., Elgie-Watson, J. & Partridge, K. (2011).	Etude qualitative descriptive Infirmières travaillant dans deux services de chirurgie à plein temps (n=22). Toronto, Canada.	Identifier les besoins d'apprentissage des infirmières pour préparer les patients à gérer la douleur avant et après le retour à domicile, suite à une chirurgie cardiaque.	Les participants complètent la Pain Beliefs Scale et répondent à des questions concernant leur temps d'expérience et niveau d'éducation. Les 22 participants ont été séparés en 4 groupes. Le directeur de l'étude aborde les objectifs de la recherche avec les participants. Une assistante a enregistré	Les grands défis, soulevés par les infirmières, qui influencent la gestion de la douleur sont, l'âge, la culture, la langue, l'hésitation de prendre des opioïdes. La mauvaise compréhension des différents types de traitements. L'échelle PBS indique quelques lacunes des	Cette étude a utilisé un échantillonnage raisonné à partir de seulement deux services d'un hôpital, ce qui peut limiter la transférabilité des résultats. Toutefois, l'échantillonnage raisonné sert à renforcer la crédibilité descriptive en aiguissant l'intérêt des participants à apprendre à mieux	La force de cette étude était l'engagement des infirmières avec des degrés divers d'expérience clinique, permettant ainsi une exploration en profondeur des besoins d'apprentissage tant des novices que des cliniciennes.

				(audio) les échanges des différents groupes. L'information a été structurée et analysée par deux co-auteurs de l'étude afin de déterminer la fiabilité et de renforcer la crédibilité des données.	participantes.	préparer les patients à gérer leur douleur postopératoire avant et après le retour à domicile.	
6	Lin, L.-Y. & Wang, R.-H. (2005).	Etude randomisée contrôlée. Adultes de nationalité chinoise (n=62). Kaohsiung City, Taïwan.	Déterminer les effets des interventions infirmières en préopératoire sur la douleur dans le cadre d'une chirurgie abdominale ainsi que sur l'anxiété préopératoire, les comportements adoptés face à la douleur et la douleur postopératoire.	Les auteurs ont utilisé un premier questionnaire, principalement pour recueillir des données d'ordre démographique. Puis, ils ont utilisé trois échelles de mesure pour quantifier l'anxiété et la douleur. Ils ont ensuite utilisé un logiciel informatique pour toutes les démarches autour de l'analyse des données, statistiques notamment.	L'étude indique que les niveaux d'anxiété et de douleur mesurés avant l'intervention sont homogènes entre les deux groupes. L'intervention infirmière préopératoire sur la douleur a un effet significatif sur la diminution des niveaux d'anxiété. Les données suggèrent que la gestion infirmière de la douleur en préopératoire peut diminuer les interférences de la douleur lors des activités de la vie quotidienne. Cependant, aucune différence significative n'a été relevée entre les deux groupes par rapport au temps d'hospitalisation.	Cette étude ne présente a priori pas de limites précises.	Les auteurs ont pris le soin de confronter leurs outils de mesures à d'autres chercheurs afin d'en tester la pertinence. Deux infirmières externes ont participé à la collecte des données. De même que des patients ont participé à la finalisation des questionnaires. Cet article est très bien construit et donc tout à fait reproductible, ce qui lui confère un véritable avantage. Le modèle utilisé

							par les auteurs pourrait servir de base à une éducation préopératoire.
7	Louw, A., Diener, I., Butler, D. S. & Puentedura E. (2013).	Revue de la littérature multicentrique. Adultes de plusieurs nationalités hospitalisés (n=1'021). Las Vegas, Etats-Unis.	Evaluer les contenus et les méthodes d'éducation thérapeutique préopératoire, lors d'arthroplastie totale du genou et de la hanche, en lien avec la douleur postopératoire.	Les données ont été récoltées sur différentes bases de données puis traitées fichier par fichier par les auteurs.	Les auteurs concluent que l'éducation thérapeutique préopératoire a un petit effet sur la douleur postopératoire des patients ayant subi une chirurgie orthopédique.	La revue a été limitée par le nombre d'articles valables probablement dû aux critères d'inclusion et d'exclusion. Par exemple, la sélection d'articles en anglais uniquement et l'exclusion des patients mineurs ont pu fausser les résultats de la revue. De plus, dû au grand nombre hétérogène d'études, l'union statistique des résultats (fait de les rassembler) n'était pas possible.	Cet article met en lumière les différents modèles d'interventions éducationnelles; il est assez précis sur les outils utilisés. De plus, comme il s'agit d'une revue de la littérature, son niveau de preuve est élevé et donc solide pour l'élaboration des recommandations futures.
8	Marotta, A., Genna, T. & Pedone, V. (2010).	Revue de la littérature Adultes de plusieurs nationalités différentes. Palerme, Italie.	Evaluer si l'éducation préopératoire aux patients adultes (>18ans) subissant une chirurgie cardiaque, implique une augmentation du bien-être et une amélioration de la qualité de vie durant la	Les données ont été extraites des différentes bases de données. Elles ont été traitées fichier par fichier par les auteurs de l'article.	Dans tous les cas, recevoir de l'éducation thérapeutique, est plus bénéfique que ne recevoir aucune éducation. Le niveau culturel, géographique ainsi que les méthodes d'éducation, semblent	Les auteurs ne spécifient pas de limites à leur étude. L'échantillon n'est pas spécifié. Les résultats sont décrits mais pas analysés.	Les auteurs fournissent des recommandations de niveau 2 selon le National Health and Medical Research Council di Camberra (p.177).

			période postopératoire (pp.172-173).		agir sur la capacité des patients à retenir les informations dispensées lors de l'éducation thérapeutique.		
9	Martorella, G., Côté, J. & Choinière, M. (2014).	Etude exploratoire / Adultes en attente d'une chirurgie cardiaque (n=60) sous forme d'un essai contrôlé randomisé pilote. Montréal, Canada.	Développer et valider une intervention internet adaptée aux soins infirmiers pour les adultes subissant une chirurgie cardiaque pour promouvoir l'autogestion de la douleur postopératoire. L'étude cherche alors à vérifier sa faisabilité et son acceptabilité.	Le questionnaire d'acceptabilité est donné aux patients 7 jours après la chirurgie. Il s'agit de 10 questions à choix multiples concernant 3 thèmes. La convenance de l'application, l'appropriation de l'approche et l'appréciation générale.	La plupart des participants sont d'accord que les stratégies proposées répondent à leurs besoins (96%) et que l'information fournie aide à contrôler la douleur et diminuer les soucis.	Les auteurs ne font pas part de leurs propres limites. Il est dommage que l'article ne traite pas de toutes les phases. L'échantillon pour la phase ne n'est pas connu. Les consultations ont-elles été conduites en groupe ou en individuel et par qui ?	Les auteurs proposent une technique d'éducation innovante encourageant l'autonomie du patient.
10	Ronco, M., Iona, L., Fabbro, C., Bulfone, G. & Palese, A. (2012).	Revue de la littérature. Adultes de plusieurs nationalités différentes (n=3944). Udine, Italie.	Cette revue de littérature souhaite rafraîchir, avec des données plus récentes, une revue antérieure traitant le même sujet (p.309).	Les données ont été extraites de différentes bases de données. Elles ont été traitées fichier par fichier par les auteurs de l'article.	La répétition du message éducatif à plusieurs reprises, à travers plusieurs interventions éducatives et/ou l'utilisation de matériaux de renforcement (par exemple DVD), utiliser des stratégies éducatives variées, en essayant de combiner les diverses approches (verbale, visuelle et écrite) rend l'éducation plus efficace.	Les auteurs font part d'une limite liée à la profession. Si l'étude avait été faite avec des médecins et des assistants sociaux à la place des infirmières, les résultats auraient pu différer. L'auteur prévoit que le système médical au niveau planétaire est (ou va) entreprendre des réformes, où les patients seraient tous admis en chirurgie,	Il est possible de classer les différents modes d'éducation thérapeutique ainsi que leur contenu. Premièrement il est intéressant de relever que l'hétérogénéité des études étudiées rend l'évaluation des éducations thérapeutiques

					Le sujet traité lors de l'éducation thérapeutique doit être entraîné et maîtrisé par les infirmières afin que l'intervention soit efficace auprès du patient.	sans distinction de service, mais en les séparant par degré de gravité du soin à appliquer. Ses résultats ne seront donc plus applicables.	plus difficile. De ce fait les auteurs se focalisent sur des groupes spécifiques majoritaires comme la chirurgie cardiaque et orthopédique.
11	Sayin, Y. & Aksoy, G. (2012).	Essai clinique comparant deux groupes constitués de 42 patients chacun. Istanbul, Turquie.	Evaluer les effets d'une information sur les médicaments aux patients subissant une chirurgie thoracique afin de voir s'il y a un effet sur le niveau de douleur et la capacité à se mobiliser.	Les instruments utilisés pour la récolte des données sont le « McGill Pain Questionnaire - MPQ » et l'échelle visuelle analogique (EVA). Le groupe test reçoit des informations sur la douleur postopératoire susceptible et les médicaments qui seront utilisés. Le groupe contrôle ne reçoit pas ses informations. Les manières d'évaluation de la douleur restent toutefois les mêmes pour les deux groupes.	Les résultats de cette étude suggèrent qu'informer les patients à propos des analgésiques utilisés est associé à une diminution de la douleur et une mobilisation précoce.	Les facteurs interindividuels influençant la perception de la douleur n'ont pas été évalués. De plus, l'impact de la diminution de la douleur sur l'activité du patient n'a pas pu être correctement démontré notamment à cause de certains équipements.	Les résultats de cette étude sont cohérents, avec des constatations préalables. Il met en relation un autre effet indésirable d'une intervention chirurgicale autre que la douleur : la difficulté à la mobilisation.
12	Sjöstedt, L., Hellström, R. & Warrén Stomberg, M. (2011).	Etude descriptive qualitative. « Quarante infirmières et dix anesthésistes ont	Investiguer l'expérience des infirmières et des anesthésistes en ce qui concerne le besoin	« Les données ont été collectées principalement au travers d'interviews, de groupe de	Quatre thèmes sont abordés comme étant les 4 raisons d'une éducation préopératoire. Réduire l'anxiété, fournir	Cette étude ne se base que sur les propos des soignants, sur des représentations qu'ils	Cette étude, en interrogeant les soignants, permet un nouveau regard.

		été invité à participer à l'étude» (n=50). Göteborg, Suède.	d'information des patients lors de la période précédant une intervention chirurgicale électorique du côlon.	discussion et d'interviews individuels » (p.391). Ils duraient en moyenne 1 heure et 30 minutes. L'interview commence à chaque fois par la même question d'introduction : « Est-ce qu'un groupe de patients a besoin de beaucoup d'informations ? » S'en suit ensuite des questions pour aller plus en profondeur. A la fin, les points principaux sont résumés par l'un des auteurs de l'étude et il est demandé au groupe si le résumé a été correctement compris.	des connaissances, informer sur la gestion de la douleur, créer un sentiment d'assurance. Tous les participants sont d'accord de dire que les patients ont un grand besoin d'information. Toutefois une telle quantité d'information a besoin d'être facile à comprendre et répétée.	ont. Il aurait été intéressant de pouvoir confronter ces représentations avec le réel besoin d'informations des patients. Lors de la discussion, des chiffres apparaissent mais ne sont pas correctement contextualisés.	
13	Van Dijk, J. F. M., Van Wijck A. J. M., Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J. & Schuurmans, M. J. (2012).	Etude transversale qualitative où deux types de populations confrontent leurs perceptions. Entre le 16 mars 2006 et le 21 décembre 2007, tous les patients planifiés pour une chirurgie électorique au Centre médical	Evaluer quel score de la « Numerical Rating Scale, NRS » est considéré comme supportable sur la « Verbal Rating Scale, VRS » par les patients et les professionnels.	Deux échelles de l'évaluation de la douleur postopératoire sont utilisées dans cet article. La première est l'EN, l'échelle numérique et la seconde est la Verbal Rating Scale. Elle permet de situer la douleur selon 5 expressions « pas de douleur » VRS 0, «	Les infirmières ont tendance à surestimer la sévérité de la douleur postopératoire lorsque le patient exprime une douleur qui équivaut à une donnée intermédiaire (4-5) alors que la plupart des patients reportent des EN à 4-5 comme des douleurs postopératoires	Les auteurs de cet article soulève qu'aucune données démographiques concernant les professionnels de la santé n'ont été collectées. Un autre éventuel biais peut avoir été l'ordre dans lequel le patient répondait aux	Cette étude montre parfaitement qu'un besoin d'information est présent, ne serait-ce que pour uniformiser les savoirs des patients et des soignants afin d'avoir un

		universitaire d'Utrecht ont été recrutés (n = 10'434). Utrecht, Pays-Bas.		petite douleur » VRS 1, « douloureux mais supportable » VRS 2, « douleur considérable » VRS 3, « douleur terrible » VRS 4. Les 3 premiers termes considèrent alors la douleur comme supportable tandis que les deux suivants, comme insupportable. Le soignant va devoir, après avoir recensé l'EN du patient, rapporter le chiffre de l'EN sur la VRS. Le questionnaire est alors collecté une fois complété.	supportables. Ces résultats suggèrent un potentiel risque de surdosage si la douleur n'est évaluée que par l'EN et si les décisions de traitement ne se base uniquement sur la réponse à l'EN. Il faudrait alors demander au patient de définir cette douleur postopératoire comme supportable ou insupportable et lui demander s'il souhaiterait recevoir un antalgique.	deux scores. D'abord le VRS ensuite l'EN. Toutefois, une autre étude démontre que l'ordre n'a pas d'importance et que les taux ne change pas (Gagliese et al., 2005).	langage commun. Il est intéressant de se demander s'il s'agit d'un besoin d'information ou simplement une nécessité d'utiliser un outil commun ?
14	Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., J. Reid, G. & David T. (2004).	Patients adultes électifs qui subissent leur premier pontage coronarien non compliqué (n=406). Toronto, Canada.	Evaluer une éducation thérapeutique lors de la préadmission afin de réduire la douleur et les interférences liées aux activités connexes, après un pontage aorto-coronarien (p.73).	Les auteurs ont utilisé diverses échelles de mesure, notamment le McGill Pain Questionnaire – Short Form, l' EVA et l'American Pain Society – Patient Outcome Questionnaire (POQ). Il est pertinent de relever que les auteurs ont transformé les résultats qualitatifs en valeur quantitatives.	En conclusion, l'intervention (brochure) n'a pas d'effet sur une meilleure gestion de la douleur, même si il y avait une certaine réduction des interférences liées à la douleur dans les activités et les préoccupations des patients quant à la prise d'analgésiques. La présente étude souligne le potentiel	Du aux fusions hospitalières et aux licenciements, l'équipe infirmière habituelle n'a pas pu participer à l'étude ; c'est-à-dire qu'une seule infirmière spécialisée dans la recherche a participé. Les fortes contraintes budgétaires et les changements de personnel importants étaient les limitations majeures de cette étude, selon les	Les infirmières administrant les analgésiques ne savaient pas que l'étude avait lieu.

					<p>problème des patients renvoyés à la maison avec de la douleur liée aux limitations fonctionnelles qui peuvent les prédisposer à utiliser les services communautaires coûteux tels que les services d'urgence.</p> <p>Il est important de relever que tous les patients ont reçu des analgésiques insuffisants malgré avoir rapporté de la douleur modérée à sévère au cours de leur séjour à l'hôpital.</p>	<p>auteurs. De ce fait, aucune éducation thérapeutique n'a été fournie en aval aux professionnels de la santé, malgré des éventuelles lacunes dans le cadre de la gestion de la douleur.</p>	
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

15	Wong, E. M.-L., Chan, S. W.-C. & Chair, S.-Y. (2009).	Etude quasi-expérimentale. Adultes de nationalité chinoise (n=125). Hong-Kong, Chine.	Déterminer l'efficacité d'une intervention éducationnelle sur la gestion de la douleur, l'anxiété et l'auto-efficacité sur des patients ayant subi une intervention chirurgicale à la suite d'un traumatisme musculo-squelettique.	<p>Les auteurs ont mené des entretiens avant l'hospitalisation afin d'expliquer les raisons de l'étude.</p> <p>Il n'est pas mentionné comment les auteurs ont réellement récolté les données, par déduction, auprès des équipes soignantes (médecins, infirmières et physiothérapeutes).</p> <p>Les instruments de mesure utilisés pour l'analyse des données étaient les suivants : scores de la douleur, de l'anxiété et de l'auto-efficacité, les analgésiques utilisés et le temps d'hospitalisation.</p>	Le groupe-expérimental a reporté des niveaux statistiquement plus bas de la douleur, de l'anxiété et de l'auto-efficacité, durant l'hospitalisation (avant et jusqu'à sept jours après l'opération).	<p>La principale limite se situe dans la différence culturelle entre le public cible et les « non-chinois ».</p> <p>Au niveau de la méthodologie, aucune information n'est donnée concernant les méthodes d'attribution aléatoire des groupes.</p> <p>Les critères d'inclusion et d'exclusion ont considérablement diminué l'échantillon.</p>	Les forces de cet article se situent dans la reproductibilité possible de l'étude.
----	-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

4. DISCUSSION

Dans ce travail, le terme d'éducation thérapeutique a de nombreuses fois été utilisé. Il est important de faire la différence entre une éducation thérapeutique et une action de sensibilisation. Le terme d'éducation thérapeutique inclut une évaluation, au préalable, des besoins formulés par le patient ainsi qu'une vérification de la compréhension des informations fournies. En regardant de plus près les quinze articles analysés, les auteurs ne définissent pas forcément ce qu'éducation thérapeutique signifie pour eux. Le sens est-il vraiment le même qu'en Suisse ? Dans les articles sélectionnés, les auteurs exercent-ils réellement une éducation thérapeutique ? Vérifient-ils la compréhension des informations données ?

4.1. Rôle propre infirmier

Dans cette partie, il est important de souligner qu'« une application virtuelle ne signifie pas remplacer les bénéfices de la relation patient-infirmière, mais compléter les soins habituels » (Martorella, Côté, Choinière, 2013, traduction libre, p.196). Même si l'intervention virtuelle infirmière nommée « Soulage-Tavie » dit s'adapter aux réponses du patient, l'infirmière a de plus grandes capacités d'adaptation et peut apporter au patient des réponses personnalisées en priorisant les attentes de ce dernier.

Si l'information se doit d'être personnalisée c'est en raison de la singularité des patients. Ces derniers sont des êtres bio-psycho-social-spirituels indivisibles et toujours changeants.

La théorie de Lenz et Pugh ne décrit pas de métaconcepts. Il est donc difficile de percevoir comment les auteures de cette théorie intermédiaire décrivent la personne. Toutefois, l'une des deux assomptions décrit l'unicité et la subjectivité du symptôme. On peut donc conclure qu'un symptôme peut être perçu différemment car l'être humain qui le vit est fondamentalement unique.

La plus-value d'une infirmière se trouve également dans sa capacité à évaluer la douleur avec la pleine participation du patient. Une étude réalisée entre 2006 et 2007 en Hollande soulève une problématique intéressante. Le but de cette étude prospective est d'évaluer quel score sur l'échelle numérique (Numerical Rating Scale, NRS) est considéré comme supportable sur l'échelle verbale (Verbal Rating Scale, VRS) d'une part par les patients et de l'autre par les professionnels. Pour une NRS à 4, 17% des patients considèrent que une NRS >4 est supportable tandis que 5% pensent qu'elle serait insupportable. Ce qui veut dire que si le seuil d'administration se situe à 4, les 17% qui pensent que la douleur

est supportable ont un risque de surdosage (Van Dijk et al., 2011, traduction libre, p.68). Faut-il suivre la rigidité des protocoles en chirurgie ? Faut-il absolument administrer un traitement si le patient exprime une douleur égale à 4 NRS ou bien discuter avec le patient de sa douleur et des possibilités de la réduire, des effets secondaires ?

En contradiction avec cette étude hollandaise, l'étude de Watt-Watson et al. (2004) a évalué l'impact d'une éducation préopératoire lors de la préadmission, afin de réduire la douleur et les interférences des activités associées après un pontage aorto-coronarien (traduction libre, p.73). Les résultats ont révélé que tous les patients ont reçu des analgésiques insuffisants malgré avoir rapporté de la douleur modérée à sévère au cours de leur séjour à l'hôpital. En effet, seulement 33% de la dose prescrite a été administrée (traduction libre, p.81). Cela soulève alors plusieurs questionnements autour du rôle infirmier. Comment la douleur a-t-elle été évaluée pour que les patients ne reçoivent pas suffisamment d'antalgiques ? Dans ce cas précis, la rigidité des protocoles aurait-elle été de mise ?

Le rôle propre infirmier est parfois mis à rude épreuve par certains jugements. « Les patients ont tendance à se fier particulièrement aux médecins pour les décisions liées à la santé. ... la plupart des patients et leur famille [traitent] les médecins comme les principales figures d'autorité » (Yeh, Chen & Liu, 2005, traduction libre, p.222).

Si les infirmières ne soulagent pas la douleur alors qu'elle fait partie intégrante des exigences du rôle propre, les patients insuffisamment traités pourraient présenter « une perte d'autonomie, une perte de contrôle et un sentiment de n'être pas pris au sérieux » (Lindberg et Engström, 2011, traduction libre, p.164). De plus, le manque de connaissances des infirmières et/ou la difficulté à répondre aux questions pourraient rendre un patient insécure et incertain (Sjöstedt, Hellström & Stomberg, 2011, traduction libre, p.396). L'éducation thérapeutique, d'après plusieurs auteurs, est péjorée par un manque de formation du personnel paramédical. Dans l'étude de Düzel, Aytaç et Öztunç (2010), les auteurs mettent en avant que les infirmières, présentent dans l'hôpital en question, sont des professionnels ayant des diplômes d'études supérieures, ont été formés et ont donc des connaissances sur la gestion de la douleur. Cela pourrait être la raison des résultats. En effet, contrairement à plusieurs études publiées dans ce domaine, cette étude détecte une corrélation entre le score de douleur mesuré tant par les infirmières que par les patients (traduction libre, p.130).

Toutefois, en lien avec la définition de l'éducation thérapeutique en début de section, une meilleure formation infirmière ne se suffit pas à elle-même puisqu'une motivation du patient à acquérir de nouvelles compétences en matière de santé est requise. « La description de l'activité de l'éducation thérapeutique doit être basée sur les compétences à atteindre par le patient suite à une éducation thérapeutique. Elle est donc centrée sur le patient éduqué plutôt que sur le soignant qui éduque » (D'Ivernois & Gagnayre, 2001, p.11).

Les infirmières, par leur diplôme d'études supérieures, se doivent de se tenir au courant, d'effectuer des recherches complémentaires pour avoir connaissance des informations suivantes : une anesthésiste de l'étude de Sjöstedt, Hellström et Stomberg (2011) exprime que les personnes ayant reçu des diagnostics « malins » ont un plus grand besoin d'information. Selon les mêmes auteurs, les anesthésistes pointent du doigt qu'il manque souvent d'interprètes ou de traducteurs pour améliorer la compréhension de l'information (p.394). Toutefois, est-ce que les dires d'un petit groupe de personnel soignant peuvent-être réellement généralisables et pris en compte ?

Dans la même vision, le personnel soignant est obligé de comprendre les facteurs qui peuvent influencer le processus de réhabilitation du fait de son rôle important dans le rétablissement de la santé des patients, dans l'amélioration de la qualité de vie et dans la réduction des coûts socio-sanitaires engendrés (Yeh, Chen & Liu, 2005, traduction libre, p.218).

Toutes ces notions propres au rôle infirmier pourraient sous-tendre, selon le concept de science infirmière décrit par Dorothea Orem vers l'autonomie du patient. En effet, une pénurie présente en Suisse depuis le milieu des années 60 influence malheureusement la prise en soin infirmière. Les infirmières se doivent de consacrer de plus en plus de temps à l'administratif et de moins en moins au patient. Rendre le patient acteur de sa santé en lui donnant des outils pour mieux gérer sa douleur lui permettrait de développer son autonomie. Le mot « patient » sous-entendant une passivité serait-il alors un mot à proscrire ?

4.2. Favoriser l'autonomie du patient

Selon Phaneuf (2013), l'*empowerment* est un « processus d'acquisition d'une certaine autonomie du [patient] par rapport à ses soins et aux décisions qui le concerne » (p.2). Avec cet extrait de citation, l'éducation thérapeutique prend alors tout son sens. En

enseignant et en informant le patient, celui-ci se sentira davantage pris en considération et osera se positionner lors de décisions à prendre.

L'étude canadienne Soulage-tavie est une intervention originale et intéressante puisqu'elle développe activement la notion d'*empowerment*. D'autres études ont elles aussi élargi le rôle de l'éducation thérapeutique en rendant le patient plus autonome.

L'étude de Ronco, Iona, Fabbro, Bulfone et Palese (2012) relève qu'à travers l'éducation thérapeutique, une infirmière clinicienne a pour but d'améliorer l'auto-efficacité du patient ainsi que d'activer les stratégies d'autonomisation (traduction libre, p.321). La théorie appuie cette affirmation puisqu'elle « met l'accent sur les symptômes perçus subjectivement plutôt que sur les signes observables objectifs » (Lenz & Pugh, 1997, traduction libre).

L'éducation thérapeutique permettrait alors au patient de développer des outils pour exprimer ses ressentis et besoins concernant la douleur. Cela laisserait alors moins de place à l'interprétation objective de l'infirmière. Le patient développe ainsi un rôle actif dans sa prise en charge, comme expliqué dans le paragraphe précédent.

Il est intéressant de citer Craig, psychologue canadien, qui dans sa théorie « The Social Communication Model of Pain » donne une définition de ce que pourrait être les soins. « Les soins commencent par une évaluation minutieuse et la compréhension des problèmes des patients » (p.23). La « théorie de gestion des symptômes » par la Faculté des Sciences de l'Université de Californie, San Francisco, peut être mise en lien avec l'ancrage. « L'évaluation des symptômes doit se baser sur la perception de l'individu qui expérimente les symptômes et qui l'autoévalue » (Eicher, Delmas, Cohen, Baerswyl et Viens Python, 2013, traduction libre, p.16).

4.3. Qu'en est-il de l'ambulatoire ?

Calafell, Borrás, Bartés, Torra Feixas et Baeza Ransanz (2011) ont effectué une étude dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Les patients, groupe-test et groupe-contrôle, reçoivent une intervention thérapeutique dans les trois mois précédant l'intervention chirurgicale. Puis, les deux groupes reçoivent des consignes postopératoires en vue du retour à domicile. A une différence cependant, pour le groupe-contrôle, il s'agit d'informations et conseils dispensés oralement alors que l'intervention du groupe-test était renforcée par du matériel éducatif (dépliants, graphiques, ...). Les patients reçoivent par la suite un appel téléphonique dans les 24 heures suivant l'intervention afin de mesurer leur douleur (à l'aide de l'EVA) et l'infirmière quantifie leur degré de compréhension de

l'éducation préopératoire reçue. Les résultats ont montré que les patients du groupe-test ont eu recours à davantage d'antalgiques que le groupe-contrôle, or, la douleur mesurée était régulièrement plus faible (EVA < 3) que chez les patients du groupe-contrôle.

Il est intéressant de faire une comparaison entre les éducations thérapeutiques reçues en ambulatoire ou lors d'un séjour hospitalier. En effet, les infirmières dispensant les informations en ambulatoire devraient être davantage « efficaces » et percutantes afin de renforcer les qualités d'autonomisation du patient, qui se voit moins accompagné lors de la période postopératoire (traduction libre, p.251). L'une des contraintes pour la pratique est de demander à une infirmière travaillant dans un service ambulatoire d'être aussi, voire plus efficace qu'une infirmière dans une unité hospitalière en disposant de moins de temps. Elle doit alors aborder une grande quantité de thématique avec le patient sans pouvoir cibler son besoin principal, ou même favoriser son autonomie.

Le manque de temps pousse à se demander si une éducation thérapeutique préopératoire dans une situation ambulatoire est faisable et efficace ?

4.4. Le contenu et la structure d'une éducation thérapeutique

Dans une revue systématique, les auteurs suggèrent que le contenu d'une intervention préopératoire doit se focaliser sur un modèle biomédical d'anatomie, de biomécanique et de physiopathologie afin de limiter la douleur postopératoire. Ils précisent que les sessions éducatives ont pour but d'améliorer les savoirs des patients sur la douleur et ses mécanismes au sein du système nerveux afin d'aider les patients à réduire la peur et l'anxiété et en fin de compte, soulager la douleur postopératoire (Louw, Diener, Butler & Puentedura, traduction libre, p.191).

L'étude de Stern et Lockwood (2005) rapporte que l'utilisation de brochures écrites serait bénéfique à l'apport d'information ainsi qu'au développement et à l'amélioration de leurs compétences (traduction libre, p.57). D'autres moyens visuels sont discutables. Chen, Chen et Lin (2013) conseillent que pour accentuer l'entraînement cognitif et comportemental postopératoire, des CD's et des brochures basées sur l'éducation à la santé peuvent promouvoir le rétablissement des fonctions physiques, réduire les niveaux de douleur, améliorer la compliance à la régularité des exercices et restaurer la force musculaire (traduction libre, p.286).

L'étude australienne citée précédemment définit le moment opportun pour fournir l'éducation thérapeutique. Ils suggèrent que l'éducation devrait se dérouler avant même l'admission du patient (Stern & Lockwood, 2005, traduction libre, p.57). Toutefois les

auteurs de cet article ne précisent pas la raison de cette conclusion. Serait-ce à cause du stress liée à l'hospitalisation qui paralyse les pensées des patients lors de l'admission et donc interfère avec l'intégration des connaissances ? Une autre hypothèse possible serait un temps nécessaire donné aux patients pour « digérer » l'information et par conséquent poser leurs questions au moment de l'admission.

4.5. Liens avec l'ancrage disciplinaire

La théorie des symptômes désagréables (TOUS) s'inscrit dans l'école des effets souhaités. Le but qui caractérise cette école des pensées vise à rétablir un équilibre, une stabilité. L'éducation préopératoire peut-elle potentialiser un retour vers un état postopératoire « satisfaisant » ?

La douleur est le symptôme qui a rythmé le travail effectué. Toutefois, plusieurs articles soulèvent l'anxiété comme étant un symptôme intimement lié à la douleur postopératoire. La théorie infirmière choisie, énonce les symptômes indésirables au sens large du thème. L'anxiété peut alors tout aussi bien trouver sa place dans cette théorie. Selon Sjöstedt, Hellström et Stomberg, (2011), réduire l'anxiété est une des quatre raisons d'une éducation thérapeutique préopératoire. La douleur n'est alors pas le seul thème abordé. De plus, l'intervention infirmière préopératoire sur la douleur a un effet significatif sur la diminution des niveaux d'anxiété (Lin & Wang, 2005, traduction libre, p.257). Autrement dit, la diminution de la douleur est la cible principale or, des résultats sont également constatés sur la réduction de l'anxiété. Il est important de nuancer ces résultats. En effet, une autre étude a mis en évidence que l'intervention d'éducation thérapeutique a eu un impact positif sur le groupe expérimental pour ce qui était de la réduction de l'anxiété durant l'hospitalisation seulement (Wong, Chan & Chair, 2010, traduction libre, pp.1124-1125). Cette affirmation soulève alors une question. Les patients en ambulatoire bénéficiant d'une éducation thérapeutique préopératoire, ont-ils alors les mêmes avantages que des patients admis dans des services hospitaliers ?

Un autre symptôme considéré comme un effet indésirable à long terme est la dépression. Une étude randomisée contrôlée réalisée en Norvège en 2006 démontre que le groupe « interventionnel » présente moins de dépression durant les 6 mois à 2 ans suivant l'intervention chirurgicale (Sørli, Busund, Sexton, Sexton & Sørli, 2006, traduction libre, p.185). Toutefois la dépression peut également être corrélée à la deuxième dimension de la théorie des symptômes indésirables puisque l'état émotionnel du patient vivant une expérience douloureuse et l'importance qu'il donne au symptôme peut induire une attitude dépressive.

Une étude expose les facteurs influençant la douleur postopératoire ci-après : le jeune âge, le genre féminin, l'adhésion au traitement et les connaissances des soins à effectuer à domicile ainsi que le type d'éducation thérapeutique reçue (Calafell, Borrás, Bartes, Torra Feixas & Baeza Ransanz, 2012, traduction libre, p.251). La « théorie des symptômes indésirables » rapporte qu'il y a trois catégories de facteurs influençant et que lorsque deux se combinent, l'impact de l'expérience désagréable sera plus important. Dans la situation exposée précédemment, le sexe (physiologique) et le type d'éducation thérapeutique (psychologique) autrement dit les connaissances du symptôme peuvent modifier l'intensité, le temps et la qualité des symptômes.

D'autres facteurs influençant sont cités dans divers articles. L'étude de Leegaard et al. (2011) souligne que des mauvaises croyances s'opposent à la bonne prise en charge de la douleur des personnes âgées, puisqu'encore trop de professionnels de la santé croient que les patients plus vieux ressentent moins la douleur (p.318). Ce facteur physiologique influencerait la gestion de la douleur dans un sens défavorable. Une difficulté dans les compétences sociales et dans la manière de communiquer peuvent également influencer la gestion de la douleur. Craig (2009) dit d'ailleurs que : « nourrissons et enfants, personnes présentant un handicap, personnes âgées atteintes d'une démence ainsi que d'autres personnes avec des limites dans la communication voient souvent leur douleur ignorée ou inadéquatement traitée » (traduction libre, p.23). Des facteurs situationnels apparaissent également. L'étude de Rejeh et Vaismoradi (2010) explore les différentes perspectives et expériences des patients en chirurgie électorale en regard de la gestion de la douleur postopératoire. Les auteurs conseillent aux infirmières d'être plus attentives aux expériences antérieures du patient ainsi qu'à leurs préjugés à propos de la douleur (p.72) et de ses traitements. Dans l'étude de Leegaard et al. (2011), il est exposé que les patients ont des « pensées négatives concernant l'utilisation d'Oxycodone parce qu'il s'agit d'un narcotique ». Les auteurs décrivent alors un besoin des patients d'être informés sur les différents antalgiques. Ces mêmes auteurs expliquent que : « certaines cultures pensent qu'il est mauvais de prendre des médicaments contre la douleur et ont donc besoin de plus d'éducation que d'autres patients » (traduction libre, p.315).

Les résultats, dernier concept de la théorie, sont les conséquences du symptôme. Au travers des différents articles analysés, la mobilisation ainsi que le temps d'hospitalisation sont des résultats qui reviennent fréquemment dans les thèmes principaux. Les difficultés de mobilisation sont des conséquences « inévitables ». C'est-à-dire que malgré une éducation préopératoire, elles seront toujours présentes. Il est possible d'en diminuer l'intensité mais pas de les éviter complètement. L'étude de Wong, Chan et Chair (2010)

ainsi que celle de Lin et Wang (2005) n'ont révélé aucune différence significative entre les deux groupes par rapport au temps d'hospitalisation. A contrario, une revue de la littérature datant de 2005 démontre que les patients adultes recevant une éducation préopératoire passent un jour et demi de moins à l'hôpital (Devine, 1992 cité par Stern & Lockwood, 2005, p.46). L'étude de Watt-Watson et al. (2004) souligne une éventuelle autre complication. Des patients renvoyés à leur domicile trop rapidement avec des limitations fonctionnelles liées à la douleur pourrait les prédisposer à utiliser des services communautaires coûteux tels que les services d'urgence (traduction libre, p.80). C'est pourquoi, donner les meilleurs outils lors de l'évaluation permettrait de ne pas développer des complications une fois à domicile et cela engendrerait alors un coût moindre.

5. CONCLUSION

L'hypothèse formulée en fin de problématique est généralement confirmée. La plupart des études ont montré que l'éducation thérapeutique préopératoire permet de réduire l'intensité de la douleur postopératoire. La réduction de l'intensité de la douleur influence du coup sur d'autres symptômes ou situations associés, comme la diminution du temps d'hospitalisation, la mobilisation précoce et la diminution de l'anxiété. Or, la totalité des études ne sont pas unanimes. Certaines études ne relèvent pas de différences significatives entre une éducation thérapeutique préopératoire ou non en lien avec la douleur postopératoire.

5.1. Apports et limites du travail

Ce travail apporte un éclairage sur les différentes techniques d'éducatives thérapeutiques préopératoires à dispenser au patient. Il traite également du rôle propre infirmier ainsi que d'un éventuel besoin de formation des infirmières sur le terrain.

Une des limites qui peut être mise en évidence est la recherche documentaire. La recherche documentaire était la première réalisée par les auteurs. Ils ont développé des compétences d'autodidactisme, en complément des enseignements reçus lors des modules précédents. Les articles ont été sélectionnés selon plusieurs mots-clés et filtres sans pour autant être sûrs de leur pertinence. D'ailleurs, le filtre « Full Text Only » a pu écarter certains textes très pertinents de la recherche.

Une deuxième limite à mettre en exergue est le nombre d'articles travaillés. En effet, la revue de la littérature s'est basée sur 15 articles scientifiques. Le niveau de preuve est satisfaisant mais il s'agit d'un travail de Bachelor réalisé par des étudiants en fin de formation développant leur première expérience dans le domaine de la recherche infirmière. Les résultats et les recommandations sont à situer dans leur contexte et donc, à prendre avec précautions.

En effet, sur les 15 articles retenus, 26,7 % traitent de la chirurgie orthopédique, 26,7 % sont des études traitant de la chirurgie cardiaque, 26,7% traitent de la chirurgie générale et 20% des études concernaient la chirurgie abdominale. Il est alors intéressant de se demander si les recommandations exposées ci-dessous peuvent s'appliquer à n'importe quel service de chirurgie.

Les études analysées dans cette revue de la littérature se sont déroulées dans plusieurs pays différents, cependant, aucune d'entre elles n'a lieu en Suisse. Cela pourrait être perçu comme une limite, toutefois les auteurs, futurs professionnels de la santé à Genève, seront confrontés à une multitude de cultures différentes dans leurs soins au quotidien.

5.2. Recommandations

Après avoir discuté les résultats des quinze articles. Il est intéressant de déduire quelques recommandations pour les domaines qui suivent. Il est primordial que ces dernières soient utiles et réalisables pour les différents professionnels.

5.2.1. Pour la pratique

- Effectuer une éducation en préadmission pour permettre l'assimilation des informations et laisser du temps au patient pour formuler des questions.
- Prévoir un temps dès l'admission (postadmission) pour entretenir la relation patient-soignant et évaluer les besoins émergents suite au premier entretien.
- Combiner les différents supports (écrit et visuel) pour transmettre les informations, en plus d'un entretien infirmier.
- Favoriser un climat calme où l'information est dispensée par un seul professionnel.
- Inclure un proche aidant, dans la mesure du possible, au moment de l'éducation préopératoire.
- Prévoir un temps minimum de cinq minutes pour dispenser des informations sur les médicaments.
- Donner des informations sur les médicaments : Comment vont-ils être donnés (forme galénique) ? Quand les effets vont commencer ? Quand l'effet maximum serait-il atteint ? Combien de temps les effets vont-ils durer et combien de fois par jour les médicaments vont-ils être administrés ?
- Inclure dans le contenu d'une éducation thérapeutique, les données suivantes : la préparation préopératoire, le séjour hospitalier, les procédures chirurgicales, les expériences immédiates après l'opération, la période postopératoire ainsi que la réhabilitation.
- Dans la mesure du possible, organiser un appel téléphonique après le retour à domicile afin de s'assurer de la bonne gestion de la douleur postopératoire.

5.2.2. Pour la recherche

- Effectuer une étude sur les bénéfices d'une éducation thérapeutique en préadmission sur l'intensité de la douleur postopératoire, sur le territoire suisse.
- Effectuer une étude avec pour cadre de référence la théorie intermédiaire de Lenz et Pugh.
- Effectuer une étude interventionnelle, de type randomisée contrôlée, dans différents secteurs de chirurgie (orthopédie, cardiologie, abdominale, ...) au même moment afin de voir si une intervention peut être généralisable.

5.2.3. Pour la formation

- Les infirmières devraient être plus informées sur les procédures chirurgicales, leur durée notamment.
- Recevoir des contenus sur la manière de dispenser une éducation thérapeutique.

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ascari, R. A., Neiss, M., Sartori, A. A., Martins Da Silva, O., Ascari, T. M. & Silva Bernardi Galli, K. (2013). Perceptions of surgical patient during preoperative period concerning nursing care. *Revista Enfermagem UFPE On Line*, 7(4), 1136-1144. doi: 10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201309
- Association Suisse de psychothérapie cognitive. (2015). *Qu'est-ce que la thérapie cognitive ?* Accès <http://www.aspco.ch/index.php?id=12>
- Avet & al. (2006). *Douleurs : compétences et rôles infirmiers*. Paris : Med-Line.
- Bergeron D., Leduc, G., Marchand, S. & Bourgault, P. (2011). Etude descriptive du processus d'évaluation et de documentation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire. *Journal List Pain Research and Managment*. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084408/pdf/prm16081.pdf>
- Calafell, A. F., Borrás, I. P., Bartes, A. A., Torra Feixas, M. J. & Baeza Ransanz, T. (2011). Nursing educational intervention for the management of postoperative pain in ambulatory. *Enfermería Clínica*, 21(5), 248-255.
- Carr, E., Thomas, N. & Wilson-Barnet, J. (2005). Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 521–530.
- Chen, S-R., Chen, C.-S. & Lin, P.-C. (2013). The effect of educational intervention on the pain and rehabilitation performance of patients who undergo total knee replacement. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 279-287. doi : 10.1111/jocn12466
- Chirveches, E., Arnau, A., Soley, M., Rosell, F., Clotet, G., Roura, P., Oriol, M. & Faro-Blasco, M. (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*, 16(1), 3-10
- CIN: Computers, Informatics, Nursing. (2015). *About the journal*. Accès <http://journals.lww.com/cinjournal/pages/aboutthejournal.aspx>

- D'Ivernois, J. F., & Gagnayre, R. (2001). Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *Actualité et dossier en santé publique*, 36, 11-13.
- Düzel, V., Aytaç, N. & Öztunç, G. (2010). A Study on the Correlation Between the Nurses' and Patients' Postoperative Pain Assessments. *Pain Management Nursing*, (14)3, 126-132.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baerswyl, C. & Viens Python, N. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 14-25. doi : 10.3917/rsi.112.0014
- Elsevier. (2015) *International Journal of Nursing Studies*. Accès <http://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-nursing-studies/>
- Elsevier. (2015). *Enfermería Clínica*. Accès <http://www.journals.elsevier.com/enfermeria-clinica>
- Esposito, J., Gadrat, F., Bourdalle-Badie, C. & Sztark, F. (2005). Impact d'une action d'évaluation et d'information sur la prise en charge de la douleur postopératoire en chirurgie orthopédique. *Douleur et Analgésie*, 4, 159-163.
- Fink, C., Diener, M. K., Bruckner, T., Müller, G., Paulsen, L., Keller, M. Büchler, M. W. & Knebel, P. (2013). Impact of preoperative patient education on prevention of postoperative complications after major visceral surgery: study protocol for a randomized controlled trial (PEDUCAT trial). *Fink et al. Trials*, 14, 271.
- Francis, L. & Fitzpatrick, J. J. (2013). Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences. *Pain Management Nursing*, (14)4, 351-357.
- Gastroenterology Nursing. (2014). *About the journal*. Accès <http://journals.lww.com/gastroenterologynursing/pages/aboutthejournal.aspx>
- Gillaspie, M. (2010). Better pain management after total joint replacement surgery: a quality improvement approach. *Orthopaedic Nursing*, 29 (1), 20-26.

- Gossec, L., Fautrel, B. & Beauvais, C. (2013). Évaluer les programmes d'éducation thérapeutique. *Revue du rhumatisme monographies*, 80, 188–192.
- Informa – healthcare, *Physiotherapy: Theory and Practice*. Accès <http://informahealthcare.com/ptp>
- International Association for the Study of Pain. (2014). *Mission and Vision*. Accès <http://www.iasp-pain.org/Mission?navItemNumber=586>
- International Journal of Evidence-Based Healthcare. (2014). *About the Journal*. Accès <http://journals.lww.com/ijebh/Pages/aboutthejournal.aspx>
- Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J. & Salanterä S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 212-223.
- Johansson, K., Salanterä, S., Heikkinen, K., Kuusisto, A., Virtanen, H. & Leino-Kilpi, H. (2004). Surgical patient education: assessing the interventions and exploring the outcomes from experimental and quasi-experimental studies from 1990 to 2003. *Clinical Effectiveness in Nursing* 8, 81-92
- Journal of Cardiovascular Nursing. (2015). *About the Journal*. Accès <http://journals.lww.com/jcnjournal/pages/aboutthejournal.aspx>
- Kérouac, S. Pepin, J. Ducharme, F. & Major, F. (2003) *La pensée infirmière, 2ème édition*. Laval: Beauchemin.
- Leegaard, M., Watt-Watson, J., McGillion, M., Costello, J., Elgie-Watson, J. & Partridge, K. (2011). Nurses' Educational Needs for Pain Management of Post-Cardiac Surgery Patients: A Qualitative Study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, (26)4, 312-320.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A. & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), pp.14-27.

- Lin, L. & Wang, R. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 252–260.

- Lindberg, J.-O. & Engström, A. (2011). Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management". *Pain Management Nursing*, (12),3, 163-172.
doi:10.1016/j.pmn.2010.03.009

- Liz Bell, L. & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *British Journal of Nursing*, (18)3, 153-156.

- Loi du 7 avril 2006 sur la santé. (=LS ; RSG K 1 03).

- Louw, A., Diener, I., Butler, D. S. & Puentedura E. (2013). Preoperative education addressing postoperative in total joint arthroplasty: Review of content and educational delivery methods. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(3), 179-194. doi : 10.3109/09593985.2012.727527

- Manias, E. Bucknall, T. & Botti, M. (2005). Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing*, 6(1), 18-29. Accès http://ac.els-cdn.com/S1524904204001626/1-s2.0-S1524904204001626-main.pdf?_tid=975a861c-dfec-11e3-aa34-00000aab0f6b&acdnat=1400569479_072afcf680c793b8eb895977a98747db

- Marotta, A., Genna, T. & Pedone, V. (2010). A bibliographic review about education for the elective cardiac surgical patients: does an educational activity during preoperative period improve wellness and quality of life of the postoperative period ? *Professioni Infermieristiche*, 63(3), 172-178.

- Martorella, G., Côté, J. & Choinière, M. (2014). SOULAGE-TAVIE Development and Validation of a Virtual Nursing Intervention to Promote Self-management of Postoperative Pain After Cardiac Surgery. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 31(4), 189–197.

- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter. C. (2004). *Soins infirmiers et douleur*. Paris : Masson.

- Oliveira, R. M., Da Silva, L. M. S., De Freitas, C. H. A., Paz de Oliveira, S. K., Pereira, M. M. De Arruda Leitão, I. M. T. (2014). Measurement of pain in clinical nursing practice: Integrative review. *Journal of Nursing (UFPE on line)*, 8(8), 2872-2882.9
- Orli Grinstein-Cohen, O., Sarid, O., Attar, D., Pilpel, D & Elhayany, A. (2009). Improvements and Difficulties in Postoperative Pain Management. *Orthopaedic Nursing*, 28(5), 232-239.
- Oshodi, T. O. (2007). The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 1. *British Journal of Nursing*, 16(12), 706-710.
- Oshodi, T. O. (2008). The impact of preoperative education on postoperative pain. Part 2. *British Journal of Nursing*, 16(13), 790-797.
- Pain management nursing. (2015). *About the journal*. Accès <http://www.painmanagementnursing.org/content/aims>
- Pearce, J. M. (2006). Documenting preoperative education. *Nursing2006*, 71.
- Phaneuf, M. (2013). *L'empowerment une nécessité pour les clients en soins infirmiers*. Accès <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/L%E2%80%99empowerment-une-ne%CC%81cessite%CC%81-pour-les-clients-en-soins-infirmiers.pdf>
- Radio télévision suisse. (1965). *Carrefour: le recrutement*. [Vidéo en ligne]. Accès <http://www.rts.ch/archives/tv/information/carrefour/3462614-le-recrutement.html>
- Rejeh, N. & Vaismoradi, M. (2010). Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. *Nursing and Health Sciences*, 12, 67–73.
- Rejeh, N., & Vaismoradi, M. (2010). Perspectives and experiences of elective surgery patients regarding pain management. *Nursing & health sciences*, 12(1), 67-73.

- Ronco, M., Iona, L., Fabbro, C., Bulfone, G. & Palese, A. (2012). Patient education outcomes in surgery: a systematic review from 2004 to 2010. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 10, 309-323. doi : 10.1111/j.1744-1609.2012.00286.x
- Sayin, Y. & Aksoy, G. (2012). The effect of analgesic education on pain in patients undergoing breast surgery: within 24 hours after the operation. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1244–1253. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04009.x
- Sjöling, M., Nordahl, G., Olofson, N. & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 169–176.
- Sjöstedt, L., Hellström, R. & Warrén Stomberg, M. (2011). Patients' need for information prior to colonic surgery. *Gastroenterology Nursing*, 34(5), 390-397.
- Sloman, R., Rosen, G., Rom, M & Schir, Y. (2005). Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 125-132. Jérusalem. Accès <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03573.x/pdf>
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2013). *Middle range theory for nursing – Third edition*. Springer Publishing Company.
- Sørli, T., Busund, R., Sexton, J., Sexton, H. & Sørli, D. (2006). Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery—A randomized trial. *Patient Education and Counseling*, 65, 180–188. doi:10.1016/j.pec.2006.07.006
- Twycross, A. & Finley G. A. (2013). Children's and parent's perceptions of postoperative pain management: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3095-3108. doi : 10.1111/jocn.12152

- Van Dijk, J. F. M., Van Wijck A. J. M., Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J. & Schuurmans, M. J. (2012). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 65-71.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.07.009

- Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid, G. J. & David, T. (2004). Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *Pain*, 109, 73-85. doi : 10.1016/j.pain.2004.01.012

- Wiley Online Library. (2015). *Journal of clinical Nursing – Overview*. Accès [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)13652702/homepage/ProductInformation.html](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)13652702/homepage/ProductInformation.html)

- Wong, E. M.-L., Chan, S. W.-C. & Chair, S.-Y. (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1120-1131. doi : 10.1111/j.1365-2648.2010.05273.x

- Yeh, M. L., Chen, H. H., & Liu, P. H. (2005). Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. *Patient education and counselling*, 57(2), 217-224.

7. ANNEXES

7.1. Fiche de lecture n°1

Chen, S-R., Chen, C.-S. & Lin, P.-C. (2013). The effect of educational intervention on the pain and rehabilitation performance of patients who undergoing total knee replacement. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 279-287. doi : 10.1111/jocn12466

1. **Démarche descriptive**

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

- *Le nom et type de revue* : L'étude a été publiée dans la revue « Journal of Clinical Nursing ». Il s'agit d'une revue périodique internationale qui a pour but de promouvoir un standard clinique élevé et qui supporte à la fois la pratique et la discipline infirmière (p.287).
- *Le lieu et date de l'étude* : L'étude a été menée dans un centre régional universitaire de Taipei, la capitale de Taïwan. L'étude a été menée sur un petit peu moins d'un an, entre septembre 2011 et août 2012 (p.281).
- *Les objectifs pratiques* : Mettre en avant les avantages d'une éducation thérapeutique préopératoire sur la douleur postopératoire et déterminer quels sont les meilleurs supports pédagogiques pour les meilleurs résultats (p.279).

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

- *Objet de la recherche* : Déterminer les effets d'une éducation cognitivo-comportementale de santé sur la douleur postopératoire, de la pratique des exercices de réhabilitation et du rétablissement fonctionnel total des patients opérés d'une prothèse totale de genou (p.280).
- *Question de recherche* : Quels sont les effets d'une éducation thérapeutique cognitivo-comportementale sur la douleur postopératoire, de la pratique de différents exercices de réhabilitation et du rétablissement fonctionnel total des patients opérés d'une prothèse totale de genou ?
- *Hypothèse de travail* : Les auteurs ont proposé d'utiliser pour cette étude un support multimédia (CD) ainsi que des brochures d'éducation thérapeutique afin d'être efficace sur la régularité des exercices de réhabilitation des patients, sur les activités fonctionnelles et sur la gestion de la douleur (p.280).
- *Cadre théorique de la recherche* : Aucun cadre théorique précis n'a été utilisé dans cette étude.

- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Le concept principal se situe dans l'effet que peut avoir une intervention éducationnelle sur la douleur et la réhabilitation. Les auteurs se positionnent par rapport à des termes déjà définis dans d'autres études scientifiques (pp.278-279).

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Ils ont utilisé tout d'abord un questionnaire comportant des données démographiques et les antécédents médicaux, puis une échelle numérique de la douleur (EVN), une évaluation fonctionnelle afin de lister les principales activités de la vie quotidienne en pré et postopératoire, et enfin, une liste détaillant les performances lors des exercices de réhabilitation (p.282).
- *Population de l'étude* : Ce sont 92 patients qui ont été enrôlés pour cette étude. Ces individus avaient été opérés par différents chirurgiens mais ont reçu la même anesthésie (p.281).

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Subir pour la première fois la pose d'une prothèse totale de hanche.
- Avoir 18 ans ou plus.
- Avoir la capacité de déambuler et d'effectuer des activités hors du lit en préopératoire.
- Ne pas présenter de complications postopératoires.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Ne pas subir de chirurgie ambulatoire.
 - Présenter des symptômes de délire après l'opération.
 - Ne pas être restreint dans la pratique des activités postopératoires, hors du lit.
 - Présenter des paramètres vitaux instables nécessitant des soins aux soins intensifs.
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une étude au design quasi-expérimental, qui a été planifiée comme suivant. La formation du groupe-contrôle (42 personnes), avec des patients recrutés après une analyse spécifique. La formation du groupe-expérimental (50 personnes) en deuxième lieu. C'est ce groupe qui a reçu l'intervention cognitivo-comportementale ainsi que des informations et instructions sur les traitements de réhabilitation et les stratégies de gestion de la douleur (p.281).

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : En général, les niveaux de douleur rapportés par le groupe-expérimental étaient significativement plus bas que ceux du groupe-contrôle lors des deux premiers jours suivant la chirurgie (p.283). Les auteurs

reviennent sur un autre article qui confirme leurs résultats : « les patients qui ont assisté à une classe d'éducation thérapeutique préopératoire étaient plus satisfaits de l'efficacité de la prise en charge de la douleur », datant de 2011 (p.285).

- *Conclusions générales* : Les résultats ont montré que les patients subissant une prothèse totale de genou avec une intervention éducative cognitivo-comportementale ont signé une meilleure gestion, en termes d'alimentation et de mobilisation, que le groupe-contrôle (p.286).
- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : Il n'y a pas de spécificités à relever dans cette étude.

1.5 Ethique

L'étude a été approuvée par le comité de révision de l'hôpital dans lequel a été conduite la recherche. De plus, les auteurs ont expliqué les objectifs ainsi que les procédures à l'ensemble des patients présentant les critères d'inclusion. Un consentement écrit a été demandé à tous les participants et ce, avant le début de l'étude (p.281).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Le principal apport de cet article se situe dans le fait qu'une intervention éducative thérapeutique, à l'aide de brochures éducatives et de CD réduit le niveau de douleur postopératoire lors d'une prothèse totale de genou (p.279).

De plus, les auteurs préconisent une accentuation de l'entraînement cognitivo-comportemental postopératoire. Les CDs et brochures basées sur l'éducation thérapeutique promeuvent le rétablissement des fonctions physiques, la réduction des niveaux de douleur, l'amélioration de la compliance de la régularité aux exercices (p.286). Cet article donne des « pistes » quant à la mise en place et la réalisation (contenu) des interventions éducatives en vue d'une chirurgie.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

La principale limite de cette étude se trouve dans l'analyse des résultats. En effet, en dépit des résultats significatifs qu'ils ont trouvés avec cette étude, les auteurs les rapportent à près de dix autres études, indiquant des résultats contraires (p.285). Une autre limite est nommée par les auteurs en fin d'article ; elle met en avant le fait que cette

étude ait été réalisée sans essais contrôlés randomisés, c'est pourquoi, ils recommandent d'utiliser l'essai contrôlé randomisé pour les futures études sur le même sujet (p.286).

2.3 Pistes de réflexion

Cette étude ayant été réalisée à l'étranger (Chine), ces données sont-elles transposables dans notre pays ? Ou en Europe de manière plus générale ?

L'accessibilité aux supports, tant CDs que brochures écrites, est-elle aisée ?

7.2. Fiche de lecture n°2

Calafell, A., Borrás, I., Barts, A., Feixas, M. & Ransanz, T. (2011). Nursing educational intervention for the management of postoperative pain in ambulatory surgery. *Enfermería clínica*, 21(5), 248-255.

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : Le nom du journal est « Enfermería clínica ». L'impératif de cette dernière est d'accroître les connaissances sur la recherche en soins infirmiers et de sa publication des résultats concrets. Ce journal est publié six publications par an (Elsevier, 2015).
- *Le lieu et la date de l'étude* : L'étude a eu lieu dans une unité de chirurgie majeure ambulatoire de la Fondation Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa à Barcelone (p.250). L'intervention auprès du groupe contrôle s'est déroulée de juillet 2006 à juin 2007. Ensuite, le groupe d'intervention a participé à l'étude de juillet 2007 à juin 2008.
- *Les objectifs pratiques* : Cet article traite des interventions chirurgicales ambulatoires. Dans cette étude, il s'agit d'une éducation thérapeutique fournie trois mois avant l'intervention puis une éducation thérapeutique au moment du départ de l'hôpital.

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

- *Objet de la recherche* : Analyser l'efficacité d'une intervention formative et éducationnelle infirmière préopératoire, à travers le don d'une brochure éducative traitant de la douleur. Ceci afin d'élargir les connaissances chez les patients ayant subi une intervention d'hernie dans une unité de chirurgie majeure ambulatoire. Le but étant de permettre aux patients d'agir sur leur douleur et diminuer l'intensité de cette dernière (p.250).
- *Questions de recherche* : Elle n'est pas formulée en tant que telle mais peut être déduite. Une intervention éducationnelle infirmière autour de la gestion de la douleur en préopératoire peut-elle agir sur la douleur en postopératoire (pp.249-250)?
- *Hypothèses de travail* : Les auteurs n'émettent pas d'hypothèses.
- *Cadre théorique de la recherche* : Les auteurs ont évalué, lors d'un entretien avec les participants, les 14 besoins des patients définis selon le modèle de Virginia

Henderson (p.250).

- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : D'après les auteurs, la population jeune adulte est comprise de 16 à 40 ans. Les auteurs mentionnent dans l'article la notion d'éducation thérapeutique périopératoire, ce qui signifie que l'intervention est faite avant, pendant et après l'intervention chirurgicale.

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Tous les patients ont répondu à un questionnaire initié au moment de l'admission, afin d'évaluer le degré de compréhension de l'éducation reçue en préopératoire (3 mois avant). Ce questionnaire était finalisé avec un appel téléphonique 24h après l'intervention chirurgicale (retour à domicile), où les soignants ont recueilli des informations concernant la gestion des soins ainsi que la perception de la douleur aiguë (p.250).

- *Population de l'étude* : L'échantillon de l'étude est composé de 497 patients.

n contrôle = 205 (41,2%), n intervention = 292 (58,8%)

Les critères d'inclusion étaient les suivants (p.250) :

- Être un adulte (16 ans ou plus), programmé dans un service de chirurgie majeure pour hernie inguinale unilatérale, bilatérale ou épigastrique.

Les critères d'exclusion étaient les suivants (p.250) :

- Patients hospitalisés suite à l'intervention.
 - Patients avec des difficultés de communication verbale et/ou non verbale.
 - Patients présentant des troubles cognitifs.
 - Patients n'ayant pas été joignables par téléphone dans les 24h suite à l'intervention chirurgicale.
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale. La répartition des groupes est constituée de manière non aléatoire.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : Le pourcentage des patients déclarant avoir pris des analgésiques est plus élevé dans le groupe d'intervention (97,3 vs 91,7%, $p=0,005$). Le pourcentage de patients avec une EVA > 3 est de 23,9% dans le groupe contrôle et 15,1% dans le groupe d'intervention (p.251).

Les patients jeunes démontrent plus de douleur par rapport aux personnes moins jeunes. Les femmes présentent plus de douleur que les hommes, malgré un nombre inférieur de femmes dans l'échantillon total.

Le groupe-contrôle manifeste une plus grande douleur par rapport au groupe d'intervention.

- *Conclusions générales* : Le groupe d'intervention manifeste un indice plus bas de douleur dans les 24 heures postopératoires, par conséquent, ils ont moins de problèmes à se mobiliser, à marcher et à prendre les analgésiques recommandés.

Les auteurs énoncent que les interventions éducationnelles infirmières permettent d'obtenir des résultats postopératoires observables comme l'anxiété situationnelle, les auto-soins, l'adhésion aux traitements et la prévention des effets secondaires (p.253).

Il existe des facteurs associés à la douleur postopératoire tels que le jeune âge, le genre féminin, l'adhésion aux traitements, les connaissances des soins à suivre à domicile et le type d'éducation reçue (p.251).

- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : Il n'y a pas d'éléments particuliers à relever dans cette revue.

1.5 Ethique

Dans cette étude, la démarche éthique n'est pas mentionnée.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Cette étude évoque des facteurs associés à la douleur postopératoire, comme le jeune âge, le sexe féminin, l'adhésion aux traitements et les connaissances des soins à tenir à domicile.

Cette étude détermine que l'éducation thérapeutique a une action sur la douleur (p.251), sur l'anxiété, sur les auto-soins, sur l'adhésion aux traitements ainsi que sur la prévention des effets néfastes sur les patients (p.253).

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

La première limite est liée aux caractéristiques du type d'étude. En effet, l'étude quasi-expérimentale ne randomise pas l'échantillon car le groupe-contrôle et le groupe d'intervention ne sont pas étudiés en même temps mais avec un an de différence. Les deux infirmières intervenant dans cette étude ont été les mêmes. Cela peut donc biaiser les résultats car elles ont pu améliorer leurs interventions auprès des patients du

deuxième groupe, celui d'intervention. Cependant, les auteurs estiment que cela n'est pas significatif dans cette étude (p.254).

2.3 Pistes de réflexion

Il serait intéressant de reproduire la même étude, mais sous forme d'étude expérimentale afin « d'éliminer » les facteurs pouvant biaiser les résultats.

7.3. Fiche de lecture n°3

Düzel, V., Aytaç, N. & Öztunç, G. (2010). A Study on the Correlation Between the Nurses' and Patients' Postoperative Pain Assessments. *Pain Management Nursing*, (14)3, 126-132.

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : La revue « Pain Management Nursing » porte un intérêt unique sur le domaine de la gestion de la douleur. Les articles originaux rédigés par des experts dans le domaine offrent des informations clés pour la pratique clinique, l'éducation et la recherche (Pain Management Nursing, 2015).
- *Le lieu de l'étude* : Le cadre institutionnel dans lequel l'étude a été effectuée se trouve être plusieurs unités de chirurgie de l'hôpital universitaire d'Adana en Turquie. L'étude a été entreprise entre le 7 janvier et le 7 avril 2008.
- *Les objectifs pratiques* : « Le but de cette étude est d'investiguer si les infirmières peuvent évaluer ou non la douleur que les clients expriment en postopératoire de la même manière que les clients eux-mêmes et d'examiner les facteurs personnels qui affecte cette évaluation » (p.126).

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

- *Objet de la recherche* : « La corrélation de l'évaluation de la douleur postopératoire entre les infirmières et leurs clients est investiguée » (p.126).
- *Question de recherche* : Elle n'est pas clairement explicitée mais elle peut être déduite : Les infirmières et les patients perçoivent-ils de la même manière la douleur postopératoire des patients ?
- *Hypothèse de travail* : Aucune hypothèse n'a été proposée pour ce travail.
- *Cadre théorique de la recherche* : Aucun cadre théorique n'a été utilisé pour cette étude.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Les auteurs de cet article définissent la douleur comme étant un signe vital. Ils démontrent aussi au travers d'études antérieures que la gestion de la douleur est devenue une priorité pour les soins

infirmiers. On peut d'ailleurs lire que « les infirmières sont éthiquement responsable de la gestion de la douleur et de son éducation » (p.127).

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les auteurs ont utilisé le « McGill-Melzack Pain Questionnaire ». Ce questionnaire a été donné aux patients comme aux infirmières. Il est rempli par les infirmières aussi vite que possible après qu'elles soient sorties de la chambre du patient.

Les patients ont rempli un questionnaire pour investiguer les statuts sociodémographiques. Les infirmières également. Par la suite, le McGill-Melzack Pain Questionnaire est rempli lors de quatre phases. Lors de la première phase, les patients indiquent la localisation et la profondeur de leur douleur. Ensuite, le patient choisit deux à six mots parmi 20 groupes de mots mesurant et qualifiant les aspects affectifs de la douleur. Il lui est demandé de déterminer l'intensité de la douleur, sa durée, les facteurs qui l'augmentent ou la réduisent. Pour finir dans la quatrième phase, le patient doit évaluer l'intensité de sa douleur à l'aide de cinq mots (de « mild », léger à « excruciating », atroce) et exprimer sa douleur comme tolérable ou non.

- *Population de l'étude* : Ce sont 94 patients âgés entre 18 et 65 ans. Les patients ont reçu une anesthésie générale et étaient à l'hôpital pendant les 48 premières heures postopératoires. Il y avait aussi les 47 infirmières travaillant dans les unités de chirurgie.
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une recherche descriptive comparative.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : Pour la première, la deuxième et la quatrième phases, il y a une corrélation statistiquement significative entre les évaluations de l'infirmière et celles des patients.
- *Conclusions générales* : Contrairement aux publications précédentes, cette étude détecte une concordance entre les scores de douleurs des infirmières et ceux des patients.
- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : L'originalité de cette étude réside dans le fait qu'elle prend en compte tant les ressentis des patients que ceux des infirmières. Elle porte également une attention toute particulière sur la dimension affective de la

douleur au travers des 20 groupes de mots.

1.5 Ethique

Aucune information n'a été donnée sur l'accord d'une commission éthique ou sur d'éventuels consentements signés par les participants de cette étude.

2. *Démarche interprétative*

2.1 Apports de l'article :

Cet article nous permet de mettre en exergue la concordance entre les infirmières et les patients. Il serait intéressant de le confronter à l'article de Van Dijk et al. (2011) qui traite également des évaluations de la douleur faites tant par les infirmières que par les patients eux-mêmes.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les auteurs, à aucun moment dans l'article, n'abordent les limites de leur recherche. Les notions éthiques n'apparaissent pas non plus. Dû à l'absence d'études similaires, les résultats de cette étude ne peuvent pas être comparés à une autre région.

2.3 Pistes de réflexion :

Les auteurs mettent en avant que les infirmières présentes dans l'hôpital susmentionné sont des professionnels ayant des diplômes d'études supérieures, ont été formées et ont donc des connaissances sur la gestion de la douleur. Cela pourrait être la raison des résultats obtenus.

Il serait intéressant de se demander si une formation supplémentaire, complémentaire peut améliorer l'adéquation des valeurs de la douleur entre l'infirmière et son patient.

Une dernière remarque pour finir : Peut-on tenir compte de ces pistes, sachant que notre système de santé en suisse n'est pas le même qu'en Turquie?

7.4. Fiche de lecture n°4

Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J. & Salanterä S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 212-223.

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : L'article vient de la revue britannique « Journal of Advanced Nursing », revue scientifique internationale, éditée par un comité scientifique. Le journal contribue à l'émancipation de l'EBN dans le domaine des soins infirmiers et de l'obstétrique, ainsi que dans les soins de santé en général.
- *Le lieu et la date de l'étude* : Il s'agit d'une revue de la littérature effectuée par des chercheurs de l'Université de Turku, en Finlande. Les recherches ont été effectuées électroniquement entre mars et avril 2003, sur des bases de données internationales (ex : Medline, CINAHL, Cochrane Library, ...). La période de recherche s'étendait de la création des bases de données à avril 2003, date du début de la revue de littérature (p.214).
- *Les objectifs pratiques* : Décrire la portée et les méthodes de la littérature actuelle sur les différentes éducations préopératoires et en identifier les effets au quotidien (p.212).

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

- *Objet de la recherche* : L'éducation préopératoire et ses avantages pour des patients opérés en chirurgie orthopédique (p.212).
- *Questions de recherche* : Elles sont au nombre de trois, formulées par les auteurs de la recherche. Quelle est la portée d'une éducation infirmière préopératoire courante dans les études actuelles pour les patients ayant subi une chirurgie orthopédique ? Quelle est la qualité méthodologique d'une éducation infirmière préopératoire courante dans les études actuelles pour les patients ayant subi une chirurgie orthopédique ? Quels sont les effets d'une éducation infirmière préopératoire courante pour les patients ayant subi une chirurgie orthopédique (p.214) ?
- *Hypothèses de travail* : Les hypothèses ont été formulées directement par les auteurs.

La première hypothèse était de savoir s'il était possible de mesurer l'efficacité d'une intervention éducationnelle sur un patient. La deuxième était de voir si les dimensions de la responsabilisation ou autonomisation (*empowerment*) étaient utilisées comme des mesures de résultats (pp.213-214).

- *Cadre théorique de la recherche* : Les auteurs n'ont pas utilisé de cadre conceptuel particulier pour cette revue de la littérature.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Dans l'introduction, les auteurs développent plusieurs définitions afin que les lecteurs comprennent les termes de manière similaire. Ils décrivent par exemple, l'*empowerment* que l'on peut traduire en français comme la responsabilisation de l'individu (p.213).

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les données ont été extraites des différentes bases de données citées précédemment. Elles ont été traitées fichier par fichier par les auteurs de l'article (p.214).
- *Population de l'étude* : Ce sont 1'044 patients qui ont été traités dans cette revue. L'ensemble des patients a été comptabilisé des 11 publications finalement retenues par les auteurs (p.212).

Les critères d'inclusion étaient les suivants (p.214) :

- Être un adulte (18 ans ou plus).
 - Ayant subi une intervention chirurgicale orthopédique.
 - Patients ayant reçu une intervention éducationnelle infirmière préopératoire.
 - Etudes ayant été réalisées sur la base d'un essai contrôlé randomisé ainsi que les essais cliniques.
 - Etudes publiées en langue anglaise.
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une revue de la littérature. Ce genre d'étude possède le meilleur niveau de preuve, du fait de son large panel de patients, ainsi que le nombre d'articles sélectionnés.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : Les résultats montrent que les principales mesures étaient liées à des évaluations de la douleur (p.215). L'utilisation seule de supports écrits est inadéquate et des conseils oraux sont aussi indispensables. L'éducation à un patient doit tenir compte de plusieurs paramètres, comme la

dimension biopsychologique, fonctionnelle, cognitive, sociale, éthique, financière et du résultat des expériences vécues (p.220).

- *Conclusions générales* : Les interventions éducationnelles ont un petit effet positif sur les patients de chirurgie orthopédique en situation préopératoire. Il a été montré que l'éducation pouvait aider à réduire la médication postopératoire ainsi qu'augmenter l'auto-efficacité du patient. Cette revue fait également le point sur la nécessité de développer les éducations préopératoires, tant en termes de méthodologie que de leur contenu. De plus, lors des futures éducations préopératoires des patients en orthopédie, les soignants devraient montrer davantage d'innovation et faire plus attention aux besoins des patients (p.221).
- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : Il n'y a pas d'éléments particuliers à relever dans cette revue.

1.5 Ethique

Dans cette étude, il n'y a pas de démarche éthique de la part des auteurs. En effet, ils ont constitué une revue de la littérature et se sont donc basés sur des études déjà réalisées. Les auteurs n'ont jamais été en contact avec les patients directement et ne peuvent donc pas être confrontés à des problématiques d'ordre moral. Or, pour être sûrs de la qualité de leur « papier », les auteurs ont dû être attentifs aux démarches éthiques effectuées par les auteurs précédents.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Cet article met en lumière l'utilité des éducations thérapeutiques préopératoires, or il nous montre aussi les manques qu'il reste à combler. La manière par exemple, dont devrait être amenées ces différentes éducations préopératoires (p.220 et 221).

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

La principale limite de cet article se situe dans le nombre d'études qui ont été sélectionnées. Les conclusions esquissées par les auteurs sont donc nécessairement une « tentative » de répondre à leurs hypothèses (p.219). L'autre limite se situe dans la conception de l'étude. Cette revue inclus uniquement des essais contrôlés randomisés et des essais cliniques, ce qui « ferme » la porte à de nombreuses autres études sur le sujet

(p.220).

2.3 Pistes de réflexion

Cette revue de la littérature peut paraître un peu « hors-sujet » car elle traite uniquement des différentes interventions éducationnelles préopératoires. Or, cela prend tout son sens car une revue de la littérature possède un haut niveau de preuve et cela permet de se situer dans l'état actuel des choses. Les auteurs soulèvent également plusieurs points positifs apportés dans leur « papier », comme par exemple, la connaissance des impacts d'une éducation préopératoire chez des patients en chirurgie orthopédique (p.222).

7.5. Fiche de lecture n°5

Leegaard, M., Watt-Watson, J., McGillion, M., Costello, J., Elgie-Watson, J. & Patridge, K. (2011). Nurses' Educational Needs for Pain Management of Post-Cardiac Surgery Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(4), 312-320.

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : La revue « Journal of Cardiovascular Nursing » est l'une des principales revues pour les infirmières en pratique avancée en soins cardiovasculaires. Elle offre une couverture approfondie des sujets d'actualité et de l'information, ce qui est extrêmement pratique pour tous les jours. Chaque numéro aborde les besoins physiologiques, psychologiques et sociaux des patients présentant des pathologies cardiovasculaires et de leur famille dans une variété d'environnements. La revue a des colonnes régulières comprenant, le progrès en prévention, la pharmacologie et les résultats des recherches (Journal of Cardiovascular Nursing, 2015).
- *Le lieu et la date de l'étude* : L'étude a été effectuée dans deux unités de chirurgie cardiaque d'un grand hôpital de Toronto en décembre 2008 (p.314).
- *Les objectifs pratiques* : Utiliser les résultats de la recherche afin de développer une éducation thérapeutique sur la douleur destinée aux infirmières travaillant avec des patients ayant subi une intervention chirurgicale cardiaque (p.313).

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

- *Objet de la recherche* : Identifier les besoins d'apprentissage des infirmières pour préparer les patients à gérer la douleur avant l'intervention et lors du retour à domicile, suite à une chirurgie cardiaque (p.312).
- *Questions de recherche* (p.313): Quels sont les principaux défis en termes de douleur pour les patients ayant subi une chirurgie cardiaque ? Quelles informations doivent être apportées aux patients, concernant la gestion de la douleur à domicile suite à une chirurgie cardiaque ? Quelles sont les approches pédagogiques les plus efficaces lors de l'éducation thérapeutique ? Quelles sont les méthodes privilégiées par les infirmières lors de l'éducation thérapeutique ?

- *Hypothèses de travail* : Les auteurs ne formulent pas d'hypothèses.
- *Cadre théorique de la recherche* : Les auteurs n'ont pas utilisés de cadre conceptuel particulier pour cette étude.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Les infirmières participantes ont dû répondre à la Pain Beliefs Scale (PBS). Cette dernière est une échelle composée de 20 items avec trois possibilités de réponses (vrai – faux – incertain), afin de saisir les croyances infirmières à propos de la douleur. Les résultats montrent que des clarifications sont nécessaires dans le but de développer des interventions infirmières réussies.

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Avant les sessions, les participantes complètent la Pain Beliefs Scale et répondent à des questions concernant leur temps d'expérience et leur niveau d'éducation entre autres. Les sessions ont été guidées par des entretiens semi-structurés. Les 22 participantes ont été séparées en quatre groupes. Le directeur de l'étude aborde les objectifs de la recherche avec les participantes. Une assistante a enregistré sur bande audio, les échanges des différents groupes.

Les cassettes d'enregistrement ont été transcrites par un « retranscripteur ». L'information a été structurée et analysée par deux co-auteurs de l'étude afin de déterminer la fiabilité et de renforcer la crédibilité des données (p.314).
- *Population de l'étude* : L'échantillon est constitué de 22 participantes. Il inclut des infirmières travaillant dans un service de chirurgie cardiaque à plein temps, acceptant de participer à l'étude (p.314).
- *Type d'analyse* : C'est une étude qualitative descriptive des besoins des infirmières en termes d'éducation autour de la douleur postopératoire (p.314).

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : Les grands défis soulevés par les infirmières qui influencent la gestion de la douleur sont : l'âge (personnes âgées), la culture (« moins de pilules, mieux c'est »), la langue et l'hésitation à prendre des opioïdes (crainte d'addiction ou des effets secondaire (p.318)).

Un autre défi évoqué par les infirmières est la mauvaise compréhension des différents types de traitements. Par exemple, après la transition d'un traitement IV à un per os, les patients ne savent pas que ce dernier a souvent une action plus lente du coup, ils

tardent à demander de l'aide (pp.315-316).

Il est nécessaire qu'à travers une éducation thérapeutique, les infirmières relèvent les défis qui s'opposent à des bonnes pratiques visant à soulager la douleur (p.316).

Les infirmières indiquent qu'elles utilisent différents outils lors de l'éducation thérapeutique (DVD, brochure explicative, lettre de retour à domicile et des informations orales individuelles) (p.316). Quelques participantes soulignent l'importance d'inclure la famille dans l'éducation thérapeutique, car les patients sont tellement nerveux qu'ils n'assimilent pas l'information correctement (p.317). Quelques infirmières expliquent qu'elles essaient de donner un numéro de téléphone toujours atteignable pour rassurer les patients, après leur départ de l'hôpital (p.317).

L'échelle PBS indique quelques lacunes des participantes. Les auteurs mettent en évidence que 30% de l'échantillon indique que les opioïdes ont une dose plafond. Aussi, 40% pensent que la dépression respiratoire est courante lors que les patients reçoivent des doses stables d'opioïdes. Les auteurs soulignent également que les participantes pensent qu'une stratégie ou un médicament administrés seuls sont plus efficaces que de les combiner (p.318).

Les auteurs ciblent sept formats que les infirmières jugent intéressant pour leur apprentissage en termes de gestion de la douleur (p.318). Les exigences sont les suivantes : rapide et simple (par exemple autour d'une table, entre collègues, lors d'une collation) (p.319).

- *Conclusions générales* : Les infirmières perçoivent que les jeunes patients tolèrent moins la douleur et demandent plus d'analgésiques que les personnes plus âgées. Ces patients âgés sont réticents par rapport à l'addiction possible et les effets secondaires désagréables des opioïdes (p.319).

Les infirmières participant à l'étude « pensent à tort » que les patients plus âgés ressentent moins la douleur (p.315 et 319).

Il est important d'explorer le « bon moment » pour intervenir auprès des patients (p.319).

- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : L'étude démontre que l'effet de groupe peut influencer la réponse des infirmières. En effet, certaines réponses des infirmières diffèrent lorsqu'elles sont en groupes ou en individuel.

1.5 Ethique

L'étude a été approuvée par le Research Ethics Board de l'hôpital universitaire de Toronto. Les infirmières ont reçu des informations orales et écrites. Les participantes n'avaient pas d'obligation de participer et pouvaient se désister à n'importe quel moment de l'étude. Un consentement écrit a été demandé à chaque participante. Pour encourager la discussion et poser un cadre de confidentialité, il a été attribué aux participantes un pseudonyme (p.314).

2. *Démarche interprétative*

2.1 Apports de l'article

Il est intéressant relever les formats de formation proposés par les infirmières afin d'approfondir leurs connaissances de la gestion de la douleur (p.319).

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Cette étude a utilisé un échantillonnage réduit à partir de seulement deux services d'un hôpital, ce qui peut limiter la transférabilité des résultats. Toutefois, l'échantillonnage réduit sert à renforcer la crédibilité descriptive en aiguissant l'intérêt des participantes à apprendre aux patients à mieux préparer et gérer leur douleur postopératoire avant et après le retour à domicile.

La force de cette étude était l'engagement des infirmières avec des degrés divers d'expérience clinique, permettant ainsi une exploration en profondeur des besoins d'apprentissage tant des novices que des cliniciennes.

Le but de cette étude était de maximiser l'applicabilité et l'utilité pour des travaux ultérieurs (p.319).

2.3 Pistes de réflexion

Il est important d'explorer le « bon moment » pour intervenir auprès des patients (p.319).

7.6. Fiche de lecture n°6

Lin, L. & Wang, R. (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 252–260.

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : L'article vient de la revue britannique « Journal of Advanced Nursing », revue scientifique internationale, éditée par un comité scientifique. Le journal contribue à l'émancipation de l'EBN dans le domaine des soins infirmiers et de l'obstétrique, ainsi que dans les soins de santé en général.
- *Le lieu et la date de l'étude* : L'étude a été menée à Taïwan, dans un centre médical au sud de la ville. Elle a été menée pendant un peu plus de six mois, de janvier à août 2001 (p.252).
- *Les objectifs pratiques* : Déterminer quels sont les effets d'interventions infirmières en préopératoire sur la douleur dans le cadre d'une chirurgie abdominale ainsi que sur l'anxiété préopératoire, l'attitude face à la douleur et la douleur postopératoire (p.252).

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

- *Objet de la recherche* : L'intervention infirmière préopératoire en lien avec la douleur et l'anxiété dans le cadre d'une chirurgie abdominale.
- *Question de recherche* : Quels sont les effets d'une intervention infirmière sur la douleur préopératoire par rapport à l'anxiété préopératoire, les comportements adoptés face à la douleur et la douleur postopératoire (p.252) ?
- *Hypothèses de travail* : Elles sont nommées par les auteurs dans le texte. Les patients expérimentaux recevant une intervention infirmière sur la douleur en préopératoire présenteront un niveau plus bas d'anxiété en préopératoire et un niveau plus faible de douleur postopératoire que les individus ayant reçu les soins de routine (p.253).
- *Cadre théorique de la recherche* : Les auteurs ne se sont pas basés sur un cadre théorique en particulier.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Les auteurs définissent en début d'article ce qu'est l'anxiété, la douleur et la douleur postopératoire selon eux et la manière dont il faut l'interpréter dans l'article (p.253).

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les auteurs ont utilisé un premier questionnaire, principalement pour récolter des données d'ordre démographique. Puis, ils ont utilisé trois échelles de mesure pour quantifier l'anxiété et la douleur (p.255). Ils ont ensuite utilisé un logiciel informatique pour toutes les démarches autour de l'analyse des données statistiques notamment (p.256).
- *Population de l'étude* : Au départ, ce sont 80 patients qui ont été initialement sélectionnés, puis, en approfondissant, 18 personnes ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Ce sont au total 62 patients qui ont participé à l'étude. Ils étaient divisés en deux groupes, 32 dans le groupe-expérimental et 30 dans le groupe-contrôle (p.254).

Les quatre critères de sélection étaient les suivants (p.254) :

- Être âgé entre 20 et 70 ans.
- Ne pas être transféré dans l'unité de soins intensifs après la chirurgie.
- Parler chinois ou taïwanais.
- Accepter de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient les suivants (p.254) :

- Patients souffrant de métastases.
 - Patients bénéficiant de chirurgie d'autre partie du corps.
 - Avoir des troubles cognitifs ou des antécédents de troubles mentaux.
 - Ne pas présenter d'addiction aux opioïdes, aux opiacés, aux analgésiques puissants ou abuser d'autres drogues.
 - Ne pas souffrir d'autres pathologies.
 - Patients ne pouvant pas effectuer des activités hors du lit avant la chirurgie.
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une étude randomisée contrôlée, ce qui veut dire que la formation de deux groupes (un groupe-contrôle et un groupe-expérimental) est faite de manière aléatoire, au hasard (p.252). Les auteurs de cette étude ont divisé leur population-cible en quatre sous-groupes, suivant le type et la localisation de la chirurgie. Les patients devaient ensuite tirer au sort un papier dans une enveloppe, ce qui les a réunis en deux groupes, de manière totalement aléatoire (p.253).

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : L'étude indique que les niveaux d'anxiété et de douleur mesurés avant l'intervention sont homogènes entre les deux groupes (p.257). L'intervention infirmière préopératoire sur la douleur a un effet significatif sur la diminution des niveaux d'anxiété. Les données suggèrent que la gestion infirmière de la douleur en préopératoire peut diminuer les interférences de la douleur lors des activités de la vie quotidienne. Cependant, aucune différence significative n'a été relevée dans cette étude entre les deux groupes par rapport au temps d'hospitalisation (p.258).
- *Conclusions générales* : Les résultats soutiennent la supposition selon laquelle, une intervention infirmière sur la douleur en préopératoire a des effets bénéfiques sur l'anxiété préopératoire, l'attitude face à la douleur préopératoire et la perception de la douleur des patients ayant subi une chirurgie abdominale. L'intervention utilisée dans cette étude devrait servir de ligne directrice standard pour les infirmières afin de baisser la douleur des patients opérés (p.259).
- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : Il n'y a pas d'éléments particuliers à relever dans cette étude.

1.5 Ethique

Les auteurs ont reçu l'approbation éthique pour cette étude et toutes les données ont été récoltées selon les politiques de l'hôpital sur les recherches sur l'être humain. Les auteurs ont expliqué aux patients les objectifs, le processus, la procédure de récolte des données et leur droit de refus. Uniquement les personnes ayant accordé leur consentement ont été inclus dans l'étude (p.256).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Cet article nous éclaire sur la manière dont une intervention infirmière sur la douleur en préopératoire pourrait diminuer la douleur postopératoire ainsi que les interférences avec les activités de la vie quotidienne, après une chirurgie abdominale. Cette même intervention peut accélérer le début des activités hors du lit pour les patients ayant subi une chirurgie abdominale. De plus, le modèle interventionnel utilisé dans cette étude pourrait servir de base à l'éducation préopératoire afin de réduire la douleur et l'anxiété postopératoire (p.259).

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Cette étude ne présente a priori pas de limites précises. Les auteurs ont pris le soin de confronter leurs outils de mesures à d'autres chercheurs afin d'en tester leur pertinence et deux infirmières externes ont participé à la collecte des données. De même que des patients ont également participé à la finalisation des questionnaires (p.256).

2.3 Pistes de réflexion

Cette étude est tout à fait claire et bien amenée par les auteurs. Il est possible de la reproduire car les auteurs mettent en visibilité l'ensemble des outils nécessaires dans l'étude. Au vu des leurs résultats, il serait intéressant de pouvoir tester leur modèle en Suisse et d'en voir les effets.

7.7. Fiche de lecture n°7

Louw, A., Diener, I., Butler, D. S. & Puentedura, E. (2013). Preoperative education addressing postoperative in total joint arthroplasty : Review of content and educational delievery methods. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(3), 179-194. doi : 10.3109/09593985.2012.727527

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : Le « Physiotherapy : Theory and Practice » est une revue médicale spécialisée dans la recherche pour le développement de la physiothérapie. La revue est publiée huit fois par an par Informa, aux Etats-Unis (Informa – healthcare, 2015).
- *Le lieu et la date de l'étude* : Cette revue de la littérature a été effectuée par des chercheurs de plusieurs pays différents : on appelle cela une étude multicentrique. Les chercheurs sont originaires d'Afrique du Sud, d'Australie et des Etats-Unis. La revue a débuté en février 2011, par une recherche électronique des articles datant des deux dernières décades (1990 – 2011), sur douze bases de données différentes (ex : CINAHL, the Cochrane Library, PubMed/Medline, ...) (pp.176-177).
- *Les objectifs pratiques* : Déterminer l'efficacité d'une éducation thérapeutique en préopératoire sur les douleurs postopératoires (p.175).

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

- *Objet de la recherche* : L'évaluation des contenus et des méthodes d'éducation thérapeutique préopératoire, lors d'arthroplastie totale du genou et de la hanche, en lien avec la douleur postopératoire (p.175).
- *Question de recherche* : Quels sont les meilleurs supports et méthodes d'éducation thérapeutique préopératoire afin de diminuer la douleur postopératoire, dans le cadre d'arthroplasties totales du genou et de la hanche ?
- *Hypothèse de travail* : N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite : La gestion de la douleur pourrait être améliorée si l'ensemble des supports et des méthodes éducatives étaient bien adaptés.
- *Cadre théorique de la recherche* : Il n'y a pas de cadre conceptuel spécifique utilisé

pour cette revue.

- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Les auteurs définissent plusieurs notions en début de recherche : la période préopératoire, la période périopératoire, ainsi que l'éducation au patient (p.176).

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les données ont été extraites des différentes bases de données citées précédemment. Elles ont été traitées fichier par fichier par les auteurs de l'article. Ils n'ont pas utilisé de système d'exploitation.
- *Population de l'étude* : La population de la revue s'élève à 1'021 patients, ayant tous subi une intervention chirurgicale (prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou ou autres chirurgies orthopédiques) (pp.179 et 185). L'ensemble des patients a été comptabilisé des 13 publications finalement retenues par les auteurs (p.179). Les critères d'inclusion étaient les suivants (p.178) :

- Revue des titres et résumés des articles.

Les critères d'exclusion étaient les suivants (p.178) :

- Texte publié en une autre langue que l'anglais.
 - Publié avant 1990.
 - Patient mineur.
 - Pas d'essai contrôlé randomisé.
 - N'incluait pas d'éducation au patient.
 - Ne mesurait pas la douleur postopératoire.
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une revue de la littérature. Ce genre d'étude possède le meilleur niveau de preuve, du fait de son large panel de patients, ainsi que le nombre d'articles sélectionnés.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : Seulement une étude relève un effet positif (d'une intervention thérapeutique préopératoire) sur la douleur postopératoire par les patients eux-mêmes (p.189).
- *Conclusions générales* : Les auteurs concluent que l'éducation thérapeutique préopératoire a un petit effet sur la douleur postopératoire des patients ayant subi une chirurgie orthopédique. Il est suggéré de se concentrer sur un modèle biomédical

d'anatomie, de biomécanique et de physiopathologie afin de limiter la douleur postopératoire. Les sessions éducatives ont pour but d'améliorer les connaissances des patients sur la douleur et les mécanismes de la douleur au sein du système nerveux afin d'aider les patients à réduire la peur et l'anxiété et en fin de compte, soulager la douleur postopératoire. Il est recommandé que les futures recherches qui seraient entreprises puissent explorer un module éducationnel sur la douleur concernant l'habileté à soulager la douleur postopératoire en chirurgie orthopédique (p.191).

- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : Il s'agit d'une revue de la littérature à grande échelle, ce qui augmente considérablement le niveau de preuve.

1.5 Ethique

Dans cette étude, il n'y a pas de démarche éthique de la part des auteurs. En effet, ils ont constitué une revue de la littérature et se sont donc basés sur des études déjà réalisées. Les auteurs n'ont jamais été en contact avec les patients directement et ne peuvent donc pas être confrontés à des problématiques d'ordre moral. Or, pour être sûrs de la qualité de leur « papier », les auteurs ont dû être attentifs aux démarches éthiques effectuées par les auteurs précédents.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

L'article met en lumière les manières dont toutes les éducations thérapeutiques ont été construites. Le tableau 4 (p.180 à 184) nous expose le contenu des interventions, la manière dont les chercheurs ont contrôlé la réceptivité et l'utilité de leur intervention ainsi que les instruments utilisés et les principaux résultats. Ce tableau permet d'avoir une vision globale de chaque étude ainsi que les points forts des 13 études sélectionnées pour cette revue de la littérature.

De même que le tableau 5 (p.186) liste l'ensemble des échelles utilisées pour les nombreuses mesures effectuées dans les études. La liste est classée en fonction des thèmes travaillés dans les études.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les auteurs nomment plusieurs limites qui doivent être reconnues. La revue a été limitée par le nombre d'articles valables probablement dû aux critères d'inclusion et d'exclusion. De plus, dû au grand nombre hétérogène d'études, spécialement au niveau de la mesure des résultats, l'union statistique (fait de mettre les résultats ensemble) des résultats n'était pas possible et l'efficacité rapportée sur l'éducation préopératoire en lien avec la douleur postopératoire en chirurgie orthopédique est basée sur une revue narrative. La revue tient en compte uniquement les patients ayant été opérés d'une prothèse totale de hanche et d'une prothèse totale du genou. D'autres limites, comme les articles en langue anglaise et l'exclusion des patients mineurs ont pu fausser les résultats de la revue.

2.3 Pistes de réflexion

Cette revue est très aidante lorsque l'on cherche à mieux comprendre les modèles selon lesquels sont dispensées les éducations thérapeutiques. On se rend également compte du nombre d'études portant sur le sujet et cela nous donne une bonne vision d'ensemble.

Il semble que les modèles d'éducations thérapeutiques peuvent être transposables en Suisse, sans pour autant augmenter considérablement les coûts de la santé.

Cependant, une question demeure. Il est reconnu que les études randomisées contrôlées ont un niveau de preuve élevé. Or, dans cet article, les auteurs ont choisi comme critère d'exclusion « pas d'essai randomisé contrôlé ». Il est intéressant de se demander pourquoi les auteurs ont délibérément exclu ce type d'article.

7.8. Fiche de lecture n°8

Marotta, A., Genna, T. & Pedone, V. (2010). A bibliographic review about education for the elective cardiosurgical patients : Does an educational activity during the preoperative period improve wellness and quality of life of the postoperative period ? *Professioni Infermieristiche*, 63 (3), 172-178

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : La revue « Professioni Infermieristiche » publie quatre numéros par trimestre. Elle publie des articles pour les différentes fonctions et domaines des soins infirmiers et obstétricaux. Les articles sont édités chez la « Conociazione Nazionale Associazioni Infermiere », un organisme indépendant et non gouvernemental crée en 1946 et membre de l'International Council of Nurses (ICN).
- *Le lieu et la date de l'étude* : La recherche bibliographique a été faite en juillet 2008. Le lieu de l'élaboration de l'étude n'est pas spécifié.
- *Les objectifs pratiques* : L'objectif pratique de la revue est très similaire à l'objet de la recherche mentionné ci-après.

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

- *Objet de la recherche* : Evaluer si l'éducation préopératoire aux patients adultes (> 18 ans) soumis à une chirurgie cardiaque, implique une augmentation du bien-être et une amélioration de la qualité de vie durant la période postopératoire (pp.172-173).
- *Questions de recherche* : Une éducation thérapeutique durant la période préopératoire, améliore-t-elle le bien-être et la qualité de vie lors de la période postopératoire (p.172)?
- *Hypothèses de travail* : Les auteurs ne mentionnent pas d'hypothèses de travail.
- *Cadre théorique de la recherche* : Les auteurs n'ont pas utilisé de cadre conceptuel particulier pour cette revue de la littérature.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Il n'y pas de concepts ou de notions spécifiques présents dans l'étude.

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les auteurs ont utilisé le moteur de recherche Medline, la base de données TRIP, le site internet de Joanna Briggs Institute ainsi que le site internet du Centre EBN del Policlinico S. Orsola-Malpigli de Bologne (p.173).
- *Population de l'étude* : L'échantillon de l'étude n'a pas été indiqué dans l'étude. n = pas spécifiée

Les critères d'inclusion étaient les suivants (p.173) :

- Être un adulte (18 ans ou plus).
 - Ayant subi une intervention chirurgicale cardiaque.
 - Patients ayant reçu une intervention éducationnelle préopératoire.
 - Etudes ayant été réalisées sur la base d'un essai contrôlé randomisé, sur des essais cliniques ou encore sur des méta-analyses.
 - Les publications recherchées ne dépassaient pas les 10 ans.
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une revue de la littérature. Ce genre d'étude possède le meilleur niveau de preuve, du fait de son large panel de patients, ainsi que le nombre d'articles sélectionnés.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : Dans tous les cas, recevoir de l'éducation thérapeutique est plus bénéfique que ne recevoir aucune éducation.

Le niveau culturel, géographique ainsi que les méthodes d'enseignement semblent agir sur la capacité à retenir les informations dispensées lors de l'éducation thérapeutique (p.176).

- *Conclusions générales* : Suite à l'analyse des différents articles étudiés, les auteurs de la revue de littérature avancent quelques recommandations basées sur le niveau II de preuve NHMRC (National Health and Medical Research Council di Cambera).

Les recommandations sont les suivantes (p.177):

- Fournir des informations au patient est plus efficace que de ne pas donner d'information du tout.
- Quelle que soit la méthode de formation utilisée, l'instruction/formation est plus efficace si elle est fournie avant l'admission.
- Administrer une brochure en préadmission et de l'enseignement en postadmission, augmente les compétences du patient dans la période

postopératoire.

- Fournir une vidéo informative avec une brochure explicative en préadmission est plus efficace que la brochure uniquement.
- Il n'y a aucune différence de résultats concernant l'enseignement individuel ou de groupe pendant la période postadmission.
- L'enseignement de groupe permet de gagner du temps, par rapport à l'individuel.
- Lors de la période postadmission, il n'y a pas de différence entre les instructions verbales ou écrites.

➤ *Particularité ou l'originalité de leur étude* : Il n'y a pas d'éléments particuliers à relever dans cette revue.

1.5 Ethique

Dans cette étude, il n'y a pas de démarche éthique de la part des auteurs. En effet, ils ont constitué une revue de la littérature et se sont donc basés sur des études déjà réalisées. Les auteurs n'ont jamais été en contact avec les patients directement et ne peuvent donc pas être confrontés à des problématiques d'ordre moral. Or, pour être sûrs de la qualité de leur « papier », les auteurs ont dû être attentifs aux démarches éthiques effectuées par les auteurs précédents.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Les auteurs fournissent des recommandations de niveau 2 selon le National Health and Medical Research Council de Canberra (p.177).

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les auteurs n'expriment pas de limites claires. Lors de la lecture de cette revue, l'échantillon traité n'est pas spécifié clairement.

2.3 Pistes de réflexion

Les auteurs proposent des suggestions afin d'ouvrir de « nouveaux horizons » aux recherches à venir. Ils proposent d'évaluer l'efficacité des interventions d'enseignement

au sein d'une population avec différents niveaux culturels ou encore, avec des personnes qui ne maîtrisent pas la langue de référence. Les auteurs suggèrent de déterminer l'efficacité des interventions éducatives (structurées) sur la base de méthodes interactives (vidéos, jeux de rôles, suivi psychologique, etc...), tout le long de la prise en charge du patient. De même que de mesurer l'efficacité d'une éducation thérapeutique d'une équipe multidisciplinaire par rapport à celle d'une infirmière seule. Ils proposent encore de prendre la mesure des effets des interventions éducatives sur les besoins en assistance que les patients requièrent habituellement en postopératoire. Et finalement, ils se demandent si les programmes d'enseignement ne devraient pas inclure un proche afin renforcer un sentiment d'encadrement, de soutien et de compréhension lors du pré ou postopératoire (p.177) ?

7.9. Fiche de lecture n°9

Martorella, G., Côté, J. & Choinière, M. (2014). SOULAGE-TAVIE Development and Validation of a Virtual Nursing Intervention to Promote Self-management of Postoperative Pain After Cardiac Surgery. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 31(4), 189–197.

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et le type de revue* : L'article vient de la revue américaine « CIN: Computers, Informatics, Nursing ». Créée depuis 30 ans à Philadelphia, la revue publie des articles sur les derniers développements en informatique infirmière, la recherche et la technologie éducative (CIN: Computers, Informatics, Nursing, 2015).
- *Le lieu et date de l'étude* : L'étude s'est déroulée durant 4 mois en 2010 mais nous ne savons pas où précisément. On peut supposer qu'il s'agit du Canada puisque les auteurs sont canadiens et viennent de Montréal.
- *Les objectifs pratiques* : Pouvoir valider l'intervention virtuelle « Soulage-Tavie » et vérifier sa faisabilité ainsi que son acceptabilité.

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

- *Objet de la recherche* : Le but de l'étude était de développer et de valider une intervention internet adaptée aux soins infirmiers pour les adultes subissant une chirurgie cardiaque, dans le but de promouvoir l'autogestion de la douleur postopératoire.
- *Question de recherche* : Elle n'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite. Est-il faisable et acceptable pour les patients d'introduire dans les services de chirurgie un support visuel pour l'éducation à la douleur postopératoire ainsi qu'un suivi à J2 et J3 ?
- *Hypothèse de travail* : Ce support permettrait aux individus de gérer et participer à la gestion de la douleur postopératoire après une chirurgie cardiaque.
- *Cadre théorique de la recherche* : Aucun cadre théorique n'est utilisé dans cet article scientifique.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Les patients semblent jouer un rôle passif dans la gestion de leurs douleurs postopératoires et pourraient donc

amener à un bas niveau de soulagement de la douleur dû à un manque de temps de la part du personnel soignant (p.189). De plus, un besoin en innovation dans le domaine de l'éducation a clairement été identifié (p.190).

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : L'étude est séparée en plusieurs phases. La première a pour but d'identifier les composants de l'intervention et les mécanismes sous-jacents. Pour cette première phase, les auteurs ont récolté les données grâce à des consultations avec différents professionnels (infirmières, infirmières cheffe d'unités, infirmières spécialistes cliniques, chirurgiens cardiaques et anesthésistes). La deuxième phase se présente sous forme d'essai exploratoire et la troisième, non décrite dans cet article, est un essai contrôlé randomisé.
- *Population de l'étude* : L'échantillon est constitué de 60 adultes en attente d'une chirurgie cardiaque pour la seconde phase.
- *Type d'analyse* : Il s'agit pour la deuxième phase, d'un essai exploratoire. Dans la troisième phase, non discutée dans cet article, les auteurs utilisent un essai contrôlé randomisé.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* :

Phase 1 : Les cliniciens doivent de plus en plus raccourcir la préparation préopératoire des patients à cause du manque de temps et des contraintes administratives. Les professionnels tendent alors vers des interventions rapides ou à « assigner plus de responsabilités aux clients » (p.190).

Phase 2 : La plupart des participants sont d'accord que les stratégies proposées répondent à leurs besoins (96%) et que l'information fournie aide à contrôler la douleur et diminuer les soucis (p.194).
- *Conclusions générales* : L'application virtuelle ne vise pas à remplacer les bénéfices d'une relation infirmière-patient mais à compléter les soins usuels. Cependant, l'utilisation de technologies de santé interactives peut aider à faire face au challenge de l'accès à l'éducation à la santé et de la continuité dans les soins. L'intervention pourrait être disponible sur internet et pourrait alors limiter le besoin des patients à consulter des sources indignes de confiance dans le monde du web pour chercher de l'information (p.196).

➤ *Particularité ou l'originalité de leur étude :*

Les auteurs proposent une technique d'éducation innovante encourageant l'autonomie du patient.

1.5 Ethique

L'approbation des protocoles a été obtenue par le comité de recherche de l'université et par le conseil éthique (p.190).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Les auteurs se questionnent avant toutes choses sur la faisabilité de leur intervention. C'est une plus-value à cette étude que de se demander si l'étude qui va être menée pourrait réellement apporter des éléments nouveaux à la pratique.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Il est tout à fait dommage que l'article ne traite pas de toutes les phases. Nous ne connaissons pas l'échantillon pour la première phase ni si les consultations ont été conduites en groupe ou en individuel de même que par quels professionnels. Les auteurs ne font d'ailleurs pas part de leurs propres limites.

2.3 Pistes de réflexion

Un tel support n'est-il pas en opposition avec le vieillissement de la population ? La moyenne d'âge des patients étant 64.6 ans, l'échantillon est-il alors représentatif et surtout généralisable ?

Les résultats de cette étude peuvent-ils être adaptables à notre système de santé suisse ?

7.10. Fiche de lecture n°10

Ronco, M., Iona, L., Fabbro, C., Bulfone, G. & Palese, A. (2012). Patient education outcomes in surgery: systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10, 309-323. doi : 10.1111/j.1744-1609.2012.00286.x

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : L'article vient de la revue «International Journal of Evidence-Based Healthcare». Elle publie des articles relatifs à la pratique fondés sur des preuves fiables. Cela dans le but d'aider les professionnels de la santé, les étudiants et les chercheurs en les informant sur les résultats, les débats et les développements dans le domaine de la santé.

La revue publie également des recherches menées par l'Institut Joanna Briggs. Ce dernier regroupe des cliniciens et chercheurs internationaux, dans le domaine de la santé (International Journal of Evidence-Based Healthcare, 2014).

- *Le lieu et la date de l'étude* : Il n'est pas indiqué de manière explicite mais il peut être déduit car les auteurs viennent d'Udine en Italie (p.309). L'étude a débuté en avril 2010 (p.310).
- *Les objectifs pratiques* : Cette revue de littérature souhaite rafraîchir, avec des données plus récentes, une revue antérieure traitant du même sujet (p.309). Il s'agit de la revue de Johansson et al. de 2004 sur l'éducation des patients en chirurgie (référence dans la bibliographie).

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

- *Objet de la recherche* : Décrire les interventions d'éducation thérapeutique préopératoire (leur contenu et durée) ainsi que les résultats postopératoires pris en compte dans les études évaluant l'efficacité sur les patients subissant une intervention chirurgicale majeure (p.309).
- *Question de recherche* : Quelles interventions préopératoires éducatives (y compris le contenu, les méthodes, le délai, la durée et la fréquence) et mesures de résultats postopératoires sont actuellement pris en compte dans les études évaluant l'efficacité pour les patients subissant une intervention chirurgicale majeure (p.310) ?

- *Hypothèses de travail* : Sur la base des méta-analyses disponibles dans le domaine, l'éducation préopératoire pourrait-elle réduire la durée de séjour à l'hôpital, la peur / l'anxiété, la douleur et pourrait-elle accroître le bien-être ainsi que la satisfaction des patients (p.309).
- *Cadre théorique de la recherche* : Les auteurs n'ont pas utilisé de cadre conceptuel particulier pour cette revue de la littérature.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Il n'y a pas de concepts ou notions particulières utilisées.

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les recherches ont été effectuées électroniquement en avril 2010, sur des bases de données internationales (ex : PubMed, MEDLINE, CINAHL, EBMR, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CCTR) (p.310).
- *Population des études analysées* : 19 études ont été retenues pour l'élaboration de cette revue (p.311). Les tailles des échantillons variaient de 42 à 1'406 patients (médiane = 110), y compris un total de 3'944 patients (1'963 dans les groupes-témoins, 1'981 dans les groupes-expérimentaux). L'âge moyen des participants était de 59,7 ans, et 61,7% des participants étaient des hommes. Parmi les études incluses, sept s'adressaient à la chirurgie orthopédique avec un total de 2'072 patients (52,5% du total), six destinées à la chirurgie cardiaque (1'202 patients, 30,4%), trois à la chirurgie majeure non spécifiée (465 patients, 11,8%), deux à la chirurgie abdominale (135 patients, 3,4%) et une à la chirurgie mammaire (75 patients, 1,9%).

Les critères d'inclusion étaient les suivants (p.310) :

- Etudes publiées en langue anglaise comprises entre janvier 2004 et avril 2010.
 - Etudes traitant des adultes (18 ans ou plus).
 - Etudes ayant été réalisées sur la base d'un essai contrôlé randomisé (aléatoire) ainsi que les essais cliniques incluant des résultats des tests pré et postopératoires.
 - Etudes traitant des patients ayant reçu une intervention éducationnelle effectuée par infirmière (seule ou appartenant à une équipe multidisciplinaire).
 - Etudes évaluant des résultats lors de la période postopératoire.
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une revue de la littérature. Ce genre d'étude possède le meilleur niveau de preuve, du fait de son large panel de patients, ainsi que le nombre d'articles sélectionnés.

1.4 Présentation des résultats

➤ *Principaux résultats de la recherche :*

Relativement au contenu et au format des 19 études analysées, il est intéressant de remarquer que 57,9% des études traitent d'éducatons thérapeutiques dites de « face à face » (comprenant de l'information verbale (26,3%), des ressources écrites (26,3%) ou encore des ressources visuelles (5,3%)). Les 42,1% restants traitent d'éducatons thérapeutiques où l'infirmière distribue au patient de l'information qu'il parcourra tout seul (comprenant ressources écrites (21,1%), ressources visuelles seulement (10,5%) et finalement ressources visuelles et écrites combinées (10,5%)), (p.311).

Dans 13 études (68,4%), les patients reçoivent une unique éducation thérapeutique, en opposition aux six études restantes (31,6%) qui reçoivent plus qu'une session éducationnelle. Au total, 31 sessions ont été effectuées dans les 19 études analysées. En préadmission, ce sont 19 sessions réalisées (61,3%) lors de l'admission, huit (25,8%) et finalement quatre (21,1%) en postopératoire (p.311).

Il est intéressant de relever que les auteurs ne déterminent pas la durée exacte d'une éducation thérapeutique (p.311).

Concernant le temps de suivi sur la période postopératoire (incluant le retour à domicile), les auteurs relèvent que lors de 13 études (68,4%), la durée est de deux semaines. Tandis que dans les six études restantes (31,6%) la durée du suivi varie de six semaines à deux ans (p.318).

Relativement aux résultats abordés dans les 19 études analysées, il est intéressant de relever que dix études se focalisent sur des résultats dits « biophysiques ». Autrement dit, ils traitent de l'intensité de la douleur en postopératoire, du contrôle de la douleur perçue et d'autres s'en suivent, se référer à la page 318.

Les neuf études restantes traitent des résultats dits « financiers », tels que la durée du séjour, le besoin de traitement additionnel, entre autres, se référer à la page 318.

Le sujet traité lors de l'éducation thérapeutique doit être entraîné et maîtrisé par les infirmières afin que l'intervention soit efficace auprès du patient (p.321).

L'intervention éducationnelle doit être planifiée quelques mois avant et après l'intervention chirurgicale. Cela afin d'éviter une situation potentiellement anxiogène, ce qui empêcherait le patient de bien assimiler l'information (p.322).

Les auteurs relèvent que 11 études ont cherché à évaluer les résultats cognitifs, cela signifie, ce que les patients ont appris avec l'éducation thérapeutique dispensée, cela au travers d'une entrevue. D'ailleurs, les auteurs affirment que ce dernier aspect est le plus significatif de la revue. Autrement dit, « le point positif » d'une éducation

thérapeutique est la connaissance objective de la part du patient (pp.309-318).

- *Conclusions générales* : L'éducation à un patient doit tenir compte de plusieurs paramètres, comme la dimension biophysiological, fonctionnelle, cognitive, sociale, éthique, financière et des résultats des expériences vécues (p.310).

Répéter le message éducatif à plusieurs reprises, à travers plusieurs interventions éducatives et/ou l'utilisation de matériaux de renforcement (par exemple DVD) semble mieux fonctionner auprès des patients. De plus, utiliser des stratégies éducatives variées, en essayant de combiner les diverses approches (verbale, visuelle et écrite) permettrait aux patients de mieux intégrer l'information (p.322).

Le contenu le plus abordé lors des entretiens éducationnels est la gestion de la période postopératoire. A travers l'éducation thérapeutique, une infirmière clinicienne améliore l'auto-efficacité du patient et permet de stimuler des stratégies d'autonomisation (p.321).

- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : Il n'y a pas d'éléments particuliers à relever dans cette étude.

1.5 Ethique

Dans cette étude, il n'y a pas de démarche éthique de la part des auteurs. En effet, ils ont constitué une revue de la littérature et se sont donc basés sur des études déjà réalisées. Les auteurs n'ont jamais été en contact avec les patients directement et ne peuvent donc pas être confrontés à des problématiques d'ordre moral. Or, pour être sûrs de la qualité de leur « papier », les auteurs ont dû être attentifs aux démarches éthiques effectuées par les auteurs précédents.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

A travers les 19 articles choisis pour l'élaboration de cette revue de littérature, il est possible d'avoir un aperçu des différents modes d'éducation thérapeutique utilisés dans les articles.

Il est intéressant de relever que l'hétérogénéité des études étudiées rend l'évaluation des éducations thérapeutiques plus difficile. De ce fait, les auteurs se focalisent sur des groupes spécifiques majoritaires comme la chirurgie cardiaque et orthopédique.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Une des limites de cette revue de littérature est qu'elle vise à appréhender l'impact d'une éducation thérapeutique préopératoire. Un autre problème mis en évidence par l'auteur est que la préparation à l'éducation préopératoire a été réalisée par des infirmières uniquement, du coup, il se pourrait que les résultats soient biaisés. L'auteur craint que si l'étude avait été faite avec des médecins, des assistants sociaux à la place des infirmières, les résultats auraient pu différer.

Deuxièmement, l'étude a été menée sur un système médical en mutation. L'auteur regrette le fait qu'elle ne sera peut-être pas applicable dans le futur car les méthodes de prise en charge changent rapidement. En effet, l'étude a été menée sur des patients qui étaient admis dans différents services (chirurgie orthopédique, chirurgie cardiaque, etc...) sans distinction du niveau de gravité dans les cas admis. C'est un premier problème car les patients sont tous « étudiés » de la même manière alors qu'ils sont dans des états plus ou moins graves et qu'ils sont admis dans différents services, ils ne reçoivent donc pas forcément la même éducation thérapeutique. Ce qui mène au deuxième problème. L'auteur prévoit que le système médical au niveau planétaire est (ou va) entreprendre des réformes. Les patients seraient tous admis en chirurgie, sans distinction de service, mais en les séparant par degré de gravité du soin à appliquer. Les résultats de l'étude ne s'appliqueront donc pas (ou plus) lorsque les réformes seront faites.

2.3 Pistes de réflexion

Cette revue de littérature évoque l'importance de développer une approche multidisciplinaire autour de l'éducation thérapeutique, car la coopération permet d'échanger des connaissances et de répondre aux besoins du patient qui sont fragmentés entre plusieurs professionnels de la santé.

7.11. Fiche de lecture n°11

Sayin, Y. & Aksoy, G. (2012). The effect of analgesic education on pain in patients undergoing breast surgery: within 24 hours after the operation. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1244–1253. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04009.x

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : « Journal of Clinical Nursing » est une revue scientifique internationale qui cherche à promouvoir le développement et l'échange de connaissances. L'objectif principal est de promouvoir un niveau élevé de connaissances cliniques qui soutient la pratique et la discipline infirmière. Le journal vise également à promouvoir l'échange d'idées internationales et d'expériences empruntées aux différentes cultures dans lesquelles la pratique a lieu (Wiley Online Library, 2015).
- *Le lieu et la date de l'étude* : Cette étude a été réalisée durant la période qui s'est écoulée en le 25 juin 2006 et le 30 décembre 2007 à l'hôpital universitaire d'Istanbul, dans la clinique de la chirurgie thoracique.
- *Les objectifs pratiques* : Evaluer les effets d'une éducation sur les antalgiques pour pouvoir proposer des guidelines pour la pratique infirmière.

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

- *Objet de la recherche* : Evaluer les effets d'une information sur les médicaments aux patients subissant une chirurgie thoracique afin de voir s'il y a un effet sur le niveau de douleur et la capacité à se mobiliser.
- *Question de recherche* : Fournir des informations à propos des antalgiques utilisés pour la douleur postopératoire l'influence-t-elle?
- *Hypothèse de travail* : Informer les patients que l'effet de l'antalgie n'a pas d'influence sur le niveau de la douleur postopératoire et sur la mobilisation postopératoire. Ou bien, informer les patients que l'effet de l'antalgie crée une attente positive, réduit le niveau de la douleur postopératoire et permet une mobilisation postopératoire précoce.

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les instruments utilisés pour la récolte des

données sont le « McGill Pain Questionnaire - MPQ » et l'échelle visuelle analogique (EVA).

- *Population de l'étude* : L'échantillon est composé de 84 patients. Ce sont 319 participants qui se sont inscrits pour l'étude mais seulement 84 d'entre eux ont été retenus du fait des critères cités ci-dessous.

Les critères de sélection étaient :

- Avoir 18 ans ou plus.
- Ne pas avoir d'handicap visuel, verbal ou auditif.
- Etre instruit.

De plus les critères d'exclusions étaient nombreux :

- Avoir des difficultés de communication.
 - Des différences entre le traitement de la douleur et les protocoles d'analgésie.
 - Avoir des différences dans le processus opératoire.
 - Faire partie d'un staff médical.
 - Présenter des complications.
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'un essai clinique comparant un groupe-test recevant des informations sur l'analgésie et un groupe-contrôle recevant les informations habituelles. Les patients sont reçus entre quatre à six heures précédant la chirurgie. Ils subissent l'intervention chirurgicale sous anesthésie générale, puis reçoivent le même groupe de drogues pour l'anesthésie et le réveil. Ils sont dotés du même type de drain « hemovac » à leur retour de bloc.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* :

Le tableau en page 1247 récapitule les mesures de l'EVA en comparant le groupe-test et le groupe-contrôle. On peut alors remarquer qu'aux heures 2,3,4,5 et 6, la différence est statistiquement significative. Aux heures 1 et 12, l'intensité de la douleur chez le groupe-test est moins forte que pour le groupe-contrôle. Toutefois, la différence n'est pas statistiquement significative.

Des différences sont démontrées dans le tableau 2, en page 1248. Un premier groupe d'analgésiques est constitué de Lornoxicam (*xefo flacon*) en IV toutes les 12h et de Novalgin toutes les 6 heures en IV. Un deuxième groupe est constitué de Tenoxicam (*Oksamen-L flacon*) en IV toutes les 12h et de la Novalgin en IV toutes les 6 heures également. Pour les sujets du groupe-test, les résultats montrent que le premier groupe d'analgésiques fournit une meilleure antalgie que le deuxième groupe d'analgésiques. Toutefois, cela n'est pas statistiquement significatif. Pour le groupe-contrôle, les résultats montrent que le premier groupe d'analgésiques

fournit une meilleure antalgie que le deuxième groupe d'analgésiques. Mais cette fois, les résultats sont statistiquement significatifs.

Le tableau 4 en page 1249, montrent les activités affectées en postopératoire. Il n'y a pas de différences statistiquement significatives pour les activités telles que se tourner dans le lit ou s'asseoir au bord du lit. Toutefois, quand on relève le moment de la première mobilisation, 73.8% du groupe-test contre 50% du groupe-contrôle se sont mobilisés dans les six heures suivant la chirurgie. Ces résultats sont statistiquement significatifs.

➤ *Conclusions générales :*

Les résultats de cette étude suggèrent qu'informer les patients à propos des analgésiques utilisés est associé à une diminution de la douleur et une mobilisation précoce. Ces recherches exigeraient confirmation d'études contrôlées plus larges (p.1250).

1.5 Ethique

Un consentement éclairé a été fourni à tous les individus participants à la recherche. La recherche a été examinée et approuvée par le Comité des Recherches Ethiques de l'université d'Istanbul (p.1246).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Les résultats de cette étude sont cohérents avec des constatations préalables et démontrent que des informations sur les antalgiques jouent un rôle significatif dans le soulagement de la douleur, particulièrement dans les six premières heures postopératoires.

En effet, étant donné que le patient a reçu des informations, les patients du groupe-test étaient alors au courant de ce qu'ils allaient recevoir. Cela a donc pu créer une attente positive et donc aider à réduire leurs douleurs. Les auteurs mettent d'ailleurs cette hypothèse en relation avec l'effet placebo. La théorie mentaliste voit les attentes du patient comme la première cause de l'effet placebo.

Cet article nous permet de mettre des chiffres sur une hypothèse que nous avons en ce début de travail. Il permet de valider nos propos.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les auteurs mettent en avant que les facteurs interindividuels influençant la perception de la douleur n'ont pas été évalués.

De plus, l'impact de la diminution de la douleur sur l'activité du patient n'a pas pu être correctement démontré notamment dû à certains bandages ou drains qu'avait le patient.

2.3 Pistes de réflexion

Les informations données aux patients ont pris en moyenne cinq minutes du temps de l'infirmière. Ce temps est-il assez long ?

Les réponses aux questions suivantes ont été présentées aux patients : Que faut-il attendre des effets ? Quand vont-ils commencer ? Combien de temps vont-ils durer ? Quel est la durée maximale d'action et la fréquence à laquelle le patient va recevoir les antalgiques ?

Pourrait-il y avoir d'autres sujets qu'il serait important d'aborder avec le patient ?

Est-ce que l'apport d'une brochure explicative ou d'un support visuel pourrait améliorer l'effet des informations données ?

Il serait intéressant dans notre travail de mettre en relation les informations données aux patients avec la mobilisation précoce. Est-ce que cette relation est également démontrée dans d'autres articles ?

Cet article pourrait apporter aux infirmières une orientation pour mieux « manager » la prise en charge de la douleur.

Une dernière remarque pour finir : Peut-on tenir compte de ces pistes, sachant que notre système de santé en suisse n'est pas le même qu'en Turquie ?

7.12. Fiche de lecture n°12

Sjöstedt, L., Hellström, R. & Warrén Stomberg, M. (2011). Patients' need for information prior to colonic surgery. *Gastroenterology Nursing*, 34(5), 390-397

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et le type de revue* : « Gastroenterology Nursing » fournit aux infirmières de l'information. Le journal permet aux infirmières de gastro-entérologie ainsi qu'aux autres professionnels de la santé de rester informés des derniers développements dans la recherche, les techniques fondées sur des données probantes, l'équipement, le diagnostic et la thérapie. Son style et ses illustrations animées font de cette revue un plaisir à la lire et à la consulter (Gastroenterology Nursing, 2014).
- *Le lieu de l'étude* : Le cadre institutionnel dans lequel l'étude a été effectuée est un hôpital universitaire localisé au centre de la Suède.
- *Les objectifs pratiques* : Investiguer l'expérience des infirmières et des anesthésistes en ce qui concerne le besoin d'information des patients lors de la période précédant une intervention chirurgicale élective du côlon (p.390).

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

- *Objet de la recherche* : L'expérience des infirmières et des anesthésistes sur le besoin d'information des patients dans des cas de chirurgie du côlon.
- *Questions de recherches* : Comment l'information peut-elle être la mieux adressée (p.391)? Y a-t-il des différences d'opinions chez les professionnels de santé à propos du besoin d'information des patients (p.391)?
- *Hypothèse de travail* : Elle n'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite : Les patients programmés pour une chirurgie du côlon ont un grand besoin d'information.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Le principal concept est celui de la récupération renforcée après une chirurgie. En anglais, ERAS – Enhanced Recovery After Surgery. Cela signifie que le patient peut retourner plus rapidement à une vie normale en postopératoire. Bien sûr, l'introduction d'ERAS demande un engagement multidisciplinaire.

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les données ont été collectées principalement au travers d'entretiens de groupe de discussion et d'interviews individuels (p.391).

Les infirmières ont été séparées en huit groupes de discussion avec entre quatre et six infirmières. Les entretiens ont été conduits entre novembre et décembre 2008. Ils duraient en moyenne 1 heure et 30 minutes. L'entretien commence à chaque fois par la même question d'introduction : « Est-ce qu'un groupe de patients a besoin de beaucoup d'informations ? » viennent ensuite des questions pour aller plus en profondeur. A la fin, les points principaux sont résumés par l'un des auteurs de l'étude et il est demandé au groupe si le résumé a été correctement compris.

- *Population de l'étude* : 40 infirmières et 10 anesthésistes ont été invités à participer à l'étude (p.391). Sur les infirmières, 10 viennent du bloc opératoire, 10 sont infirmières anesthésistes et 20 sont des infirmières d'unité. 50% des infirmières ont moins de cinq ans d'expériences et les 50% restants ont plus de cinq ans d'expérience.

Le critère de sélection était :

- Être capable de comprendre et de s'exprimer en suédois.

La totalité des participants ont été informés sur le but de l'étude et avisés sur la nature volontaire de leur participation.

Par contre, une infirmière a été contrainte d'abandonner l'étude pour des problèmes de santé. Les anesthésistes ne pouvant pas être réunis en groupe de discussion ont été interrogés séparément au moyen d'entretiens individuels.

- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une étude descriptive qualitative.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* :

Quatre thèmes sont abordés dans la phase des résultats comme étant les quatre raisons d'une éducation préopératoire.

- Réduire l'anxiété → Tous les participants sont d'accord de dire que la source de l'anxiété est premièrement lié à l'anesthésie plutôt qu'à l'intervention chirurgicale elle-même. Une infirmière rajoute : « Ils trouvent souvent très difficile de pointer exactement la source précise de leur anxiété. [Elle] pense que la situation entière en soi est difficile pour eux » (p.392). La prémédication est également un thème abordé dans les résultats. Les anesthésistes, disent-ils, proposent à tous les

patients une prémédication mais c'est ensuite le patient qui prend la décision. Souvent, les patients refusent car ils souhaitent garder le contrôle.

- Créer un sentiment d'assurance → Tous les participants sont conscients de la difficulté dans l'organisation des soins d'aujourd'hui de trouver du temps pour rencontrer les patients en préopératoire. La visite de l'anesthésiste est une manière d'identifier le manque d'information du patient. Le fait de décrire soigneusement la procédure crée un sentiment d'assurance pour le patient. Tout comme lui tenir la main lors de l'induction de l'anesthésie. Souvent, une question récurrente survient : « Combien de temps va durer l'opération ? » Malheureusement, le manque de connaissance des infirmières fait qu'elles ne peuvent pas répondre à cette question et ont du coup tendance à créer de l'insécurité.
- Informer sur la gestion de la douleur → Une infirmière avec plus de cinq ans d'expérience souligne que les patients sont anxieux de savoir à quel point ils seront douloureux après la chirurgie. Des anesthésistes se posent la question de savoir si oui ou non, les patients doivent être au courant que l'anesthésie épidurale en postopératoire peut ne pas fonctionner. L'avis des anesthésistes n'est cependant pas uniforme.
- Fournir des connaissances → « Les participants mettent en évidence que tous les patients sont uniques et donc ont un besoin individuel d'information » (p.394). De plus, tous les participants sont d'accord sur le fait qu'une brochure ou de l'information via internet pourraient aider les patients à mieux se préparer à poser des questions. Les participants remarquent d'ailleurs que les patients ayant déjà vécu l'expérience d'une précédente hospitalisation ont tendance à poser des questions plus précises, plus spécifiques que des patients n'ayant jamais été hospitalisés.
- *Conclusions générales* : Tous les participants sont d'accord de dire que les patients ont un grand besoin d'information. Toutefois, une telle quantité d'information a besoin d'être facile à comprendre et répété. Les anesthésistes pointent le doigt sur le fait qu'ils aient des difficultés à avoir accès à des interprètes ou des traducteurs. L'information se doit d'être adaptée au patient et à son savoir initial.
- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : La particularité de cette étude réside dans le fait que les auteurs n'interrogent pas les patients mais les soignants sur le besoin d'information des patients.

1.5 Ethique

L'approbation éthique a été reçue de la part du comité institutionnel de la gestion de l'hôpital universitaire.

2. *Démarche interprétative*

2.1 Apports de l'article

Les entretiens ont permis de mettre en visibilité les représentations des soignants quant au besoin d'information et à propos des quatre raisons d'une éducation préopératoire. Ils proposent de nouvelles pistes, pointent du doigt les problèmes rencontrés et donc les lacunes.

Il est intéressant de noter alors qu'il y a un manque de temps pour aller voir les patients en préopératoire, dans le but de réduire leurs anxiété. Il y a aussi un manque de connaissance des infirmières de l'étage qui ne leur permettent pas de répondre avec assurance aux questions des patients

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Cette étude ne se base que sur les propos des soignants ou sur des représentations qu'ils ont. Il aurait été intéressant de pouvoir confronter ces représentations des soignants avec le réel besoin d'informations des patients.

Lors de la discussion, des chiffres apparaissent mais ne sont pas correctement contextualisés.

2.3 Pistes de réflexion

Etant donné que le besoin en information est personnel, ne devrions-nous quand même pas avoir une brochure explicative avec le strict minimum des informations à donner aux patients ? De plus et comme le stipulent les auteurs dans leur discussion, les patients devraient pouvoir digérer l'information. Il leur serait alors conseiller d'écrire leurs questions et de pouvoir en discuter dans un deuxième temps. Est-ce toutefois réalisable ?

La plupart des participants pensent qu'il est préférable de donner de l'information de manière écrite sous forme de brochure. Carney et al. (2006) préconisent également des croquis comme complément. Toutefois est-ce en accord avec le désir de créer un climat

sécure ? Bien sûr qu'il ne serait pas nécessaire de « libérer » des infirmières pour cette éducation mais c'est un avantage mineure pour ma part.

Le programme ERAS demande en effet un travail multidisciplinaire avec le risque de contradiction, de flou dans les informations données. Si plusieurs intervenants se chargent de l'éducation préopératoire, la qualité de l'information pourrait diminuer.

Pour la pratique, cet article recommande que tout le personnel reçoive des connaissances sur la procédure opératoire. C'est d'ailleurs un désir des infirmières d'étage, dans un but de mieux transmettre un sentiment d'assurance, en fournissant des informations précises aux patients.

Une dernière remarque pour finir : Peut-on tenir compte de ces pistes, sachant que notre système de santé en suisse n'est pas le même qu'en Suède ?

7.13. Fiche de lecture n°13

Van Dijk, J.F.M., Van Wijck, A.J.M., Kappen, T.H., Peelen, L.M., Kalkman, C.J., Schurmans, M.J. (2011). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals : A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, (65-71)

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et le type de revue* : La revue « International Journal of Nursing Studies » (IJNS) met à disposition un forum pour des recherches originales et un partage de connaissances sur les prestations de soins de santé, l'organisation, la gestion, la main-d'œuvre, la politique et les méthodes pertinentes pour les soins infirmiers, sages-femmes et autres professionnels de la santé liés à la recherche (Elsevier, 2015).
- *Le lieu et date de l'étude* : Elle a lieu au sein du centre médical universitaire d'Utrecht en Hollande, entre le 16 mars 2006 et le 21 décembre 2007.
- *Les objectifs pratiques* : Le but de l'étude est d'évaluer quel score de la « Numerical Rating Scale, NRS » appelée en Suisse l'échelle numérique (EN) est considéré comme « supportable » sur la « Verbal Rating Scale, VRS » par les patients et les professionnels.

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

- *Objet de la recherche* : Comparer les évaluations de la douleur par les infirmières aux évaluations par les patients.
- *Question de recherche* : N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite : Y a-t-il une différence de perception ou d'évaluation de la douleur entre les professionnels de santé et les patients ?
- *Hypothèse de travail* : Les patients et les professionnels pourraient différer dans leurs interprétations concernant l'évaluation de la douleur pour l'échelle numérique.
- *Cadre théorique de la recherche* : Aucun cadre théorique n'est utilisé pour cet article de recherche.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Le score de l'évaluation numérique de la

douleur (Numeric Rating Scale, NRS) est un indicateur de premier choix dans le traitement de la douleur postopératoire. Plusieurs guidelines pour la gestion de la douleur recommandent la prescription des antalgiques sur la base de l'évaluation du patient et de la valeur de son score EN (p.66). Toutefois, il y a là déjà des différences. Certains ouvrages conseillent d'administrer des antalgiques dès que la douleur atteint un score de 4 sur 10, alors que pour certaines douleurs cancéreuses par exemple, l'administration se fait dès que la douleur atteint le score de 3 sur 10.

L'article met aussi en visibilité une problématique quant à la potentielle différence de perception des soignants et des patients. S'ils perçoivent la nécessité de traiter la douleur différemment, pourrait-il y avoir un risque de surdosage ?

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Deux échelles de l'évaluation de la douleur postopératoire sont utilisées dans cet article. La première est l'échelle numérique (EN) et la seconde est la Verbal Rating Scale (VRS). Elle permet de situer la douleur selon 5 expressions « pas de douleur » VRS 0, « petite douleur » VRS 1, « douloureux mais supportable » VRS 2, « douleur considérable » VRS 3, « douleur terrible » VRS 4. Les trois premiers termes considèrent alors la douleur comme supportable tandis que les deux suivants, comme insupportable. Le soignant va devoir, après avoir recensé l'EN du patient, rapporter le chiffre de la douleur sur la VRS. Le questionnaire est alors collecté une fois complété.
- *Population de l'étude* : Il s'agit de tous les patients planifiés pour une chirurgie élective au Centre médical universitaire d'Utrecht.

Toutefois, voici les critères d'exclusion :

- Les patients ayant été transférés directement aux soins intensifs.
- Les patients qui nécessitent un support ventilatoire postopératoire.
- Les patients ayant des complications suivies d'une seconde intervention chirurgicale.
- Ceux qui ne comprennent pas les questions verbales.
- Ceux qui ont subi une intervention en ambulatoire.

Tous les patients ont reçu une brochure en préopératoire donnant des informations sur l'évaluation de la douleur postopératoire et son traitement, en accord avec le service de douleur aiguë de l'hôpital.

Ce sont 303 professionnels de la santé ont participé. Ils étaient représentés par les corps de métier suivants : des anesthésistes, des infirmières en douleur aiguë, des

infirmières travaillant dans des salles de réveil, des étudiantes infirmières en salle de réveil et des infirmières d'unités.

10'576 patients étaient alors admissibles pour l'étude en cours. Toutefois, lorsque l'évaluation de la douleur est faite 24h après l'intervention, 142 patients sont dans l'incapacité de répondre et d'évaluer leurs douleurs. C'est pourquoi, les résultats ont été dévoilés avec un total de 10'434 patients participants.

- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une étude transversale qualitative où deux types de populations confrontent leurs perceptions. Les outils suivants ont été utilisés pour les analyses statistiques. Les corrélations entre NRS et VRS ont été calculées à l'aide du coefficient de corrélation Spearman.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : En premier lieu, on peut observer grâce à des graphiques, la distribution des valeurs de l'EN 24h après l'intervention. La médiane est à 2,24% des scores des patients (EN > 4), ce qui est le seuil pour l'administration d'antalgiques.

On retrouve le même genre de graphique mais cette fois-ci, avec les résultats du VRS. La médiane et le mode sont tous les deux à 1. Au total, 22,7% des patients ont reporté leur douleur postopératoire à « pas de douleur », 38,9% à « petite douleur », etc....

Dans les deux cas d'échelles, on observe que les femmes reportent une douleur plus haute que les hommes et que les patients de plus de 65 ans décrivent une douleur plus basse que les personnes âgées de moins de 65 ans.

Les patients associent le NRS 0 avec le VRS « pas de douleurs », le NRS 1-3 avec le VRS « petite douleur », le NRS 4-5 avec le VRS « douloureux mais supportable », le NRS 6-8 avec le VRS « douleur considérable » et le NRS 9-10 avec le VRS « douleur terrible ».

Pour les professionnels de santé, les infirmières de salles de réveil et celles des unités ont fait la même interprétation. Elles font les mêmes liens entre NRS et VRS que les patients (voir ci-dessus). « Seules les infirmières spécialistes de la douleur interprètent les scores différemment » (p.68).

La figure 3 (sensibilité/spécificité) prend des valeurs de la NRS au hasard et demande au patient s'il l'a voit comme étant supportable ou insupportable. Pour une NRS à 4, 17% des patients considèrent qu'une NRS > 4 est supportable tandis que 5% pensent qu'elle sera insupportable. Ce qui veut dire que si le seuil

d'administration se situe à 4, les 17% qui pensent que la douleur est supportable présente un risque de surdosage.

- *Conclusions générales* : Les infirmières ont tendance à surestimer la sévérité de la douleur postopératoire lorsque le patient exprime une douleur qui équivaut à une donnée intermédiaire (4-5), alors que la plupart des patients expriment des NRS à 4-5 comme des douleurs postopératoires supportables. Ces résultats suggèrent un potentiel risque de surdosage si la douleur n'est évaluée que par le NRS et si les décisions de traitement ne se basent uniquement sur la réponse au NRS. Il faudrait alors demander au patient de définir cette douleur postopératoire comme supportable ou insupportable et lui demander s'il souhaiterait recevoir un antalgique.
- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : Cette étude confronte tant les perceptions des patients que celles des soignants.

1.5 Ethique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique institutionnel du Centre Médical Universitaire de Utrecht. Cependant, il n'était pas nécessaire de faire signer des consentements par les patients puisque la prise en charge de la douleur postopératoire fait partie intégrante des soins infirmiers. Un consentement éclairé et volontaire des professionnels de la santé est supposé par le retour d'un questionnaire complété.

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Le fait que les patients voient une douleur évaluée entre 4 et 6 comme supportable peut avoir des hypothèses explicatives. Le patient peut peut-être avoir peur des effets secondaires. Il ne souhaite donc pas de traitement ou il redoute une addiction aux antalgiques. Mais cette première hypothèse démontrerait alors un manque d'information auprès du patient par les soignants.

Une autre hypothèse est que le patient est satisfait du soulagement de sa douleur malgré quelques douleurs encore présentes.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

La première concerne les professionnels de la santé ayant participé à cette étude. Les auteurs de cet article soulève qu'aucunes données démographiques n'ont été collectées.

Un éventuel autre biais peut avoir été l'ordre dans lequel le patient répondait aux deux scores. D'abord le VRS ensuite le NRS. Toutefois, une autre étude démontre que l'ordre n'a pas d'importance et que les taux ne changent pas.

2.3 Pistes de réflexion

Cet article pousse à se demander si des douleurs, selon leurs origines, sont jugées par la pratique / par les professionnels plus douloureuse qu'une autre ? Est-ce juste ? Est-ce fondé ? Ou bien est-ce juste des représentations ? Peut-on imaginer qu'une personne qui souffre d'un cancer multi-métastatique souffre plus que quelqu'un qui a subi une arthro-menisectomie ?

Cette étude soulève une problématique intéressante. Devons-nous suivre la rigidité des protocoles en chirurgie ? Absolument administrer un traitement si le patient exprime une douleur égale ou supérieure à 4 NRS ou bien discuter avec le patient de sa douleur et des possibilités de la réduire et des effets secondaires ?

Une dernière remarque pour finir : Peut-on tenir compte de ces pistes, sachant que notre système de santé en suisse n'est pas le même qu'aux Pays-Bas?

7.14. Fiche de lecture n°14

Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., J. Reid, G. & David T. (2004). Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *Pain*, 109, 73-85.

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de journal*: Le journal qui a publié cet article se nomme le « Journal of the International Association for the Study of Pain ». La mission de cette association est de réunir des scientifiques, des cliniciens, du personnel de santé afin de stimuler et soutenir la recherche autour de la douleur en vue d'améliorer le soulagement de cette dernière dans le monde entier (International Association for the Study of Pain, 2014).
- *Le lieu et la date de l'étude* : L'étude a été réalisée au sein du département de chirurgie de l'hôpital général de Toronto, au Canada, pendant une durée de 13 mois, entre juin 2000 et juillet 2001.
- *Les objectifs pratiques* : Examiner l'impact d'une intervention éducationnelle préopératoire sur la douleur postopératoire, la durée du séjour et la prise d'analgésiques puis, explorer l'influence du sexe sur les facteurs ci-dessus (p.73).

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

- *Objet de la recherche* : Dispenser une éducation thérapeutique lors de la préadmission afin de réduire la douleur et les interférences des activités connexes, après un pontage aorto-coronarien (p.73). Cet objectif découle d'une étude ultérieure, Watt-Watson et al. de 2000, qui mettait en évidence que la gestion de la douleur en postopératoire était insuffisante (p.74).
- *Questions de recherche* : La question de recherche n'est pas explicitée par les auteurs, mais elle peut être déduite de la manière suivante : L'éducation thérapeutique préopératoire a-t-elle un impact sur la douleur postopératoire. De cette manière, a-t-elle également un impact sur les activités postopératoires des patients telle la mobilisation, l'utilisation d'analgésiques et la durée du séjour à l'hôpital suite à un pontage aorto-coronarien (p.73).

- *Hypothèses de travail* : Eduquer les patients sur la façon de communiquer la douleur et l'utilisation d'analgésiques réduit les interférences associées à la douleur, en particulier lié à l'activité générale : la marche, la respiration profonde et la toux (p.74).
- *Cadre théorique de la recherche* : Les auteurs n'ont pas utilisés de cadre conceptuel particulier pour cet article.
- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Il est intéressant de relever que les auteurs ont transformé des données qualitatives en valeurs quantitatives afin de faciliter l'interprétation des résultats.

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les données ont été récoltées en préadmission et durant les J1 à J5 suite à l'intervention. Elles ont été récoltées à l'aide de divers outils (pp.76-78), en voici quelques exemples :
 - Pain-related interference (BPI-I) : Permet de mesurer les interférences liées à la douleur. Six items sont évalués : le sommeil, l'humeur, la marche, la respiration profonde, la toux et les activités générales. Chaque item est évalué à l'aide de l'échelle numérique (EN) allant de 0 à 10.
 - McGill Pain Questionnaire – Short Form : Permet d'évaluer la douleur à travers 15 items décrivant des dimensions sensibles et affectives de la douleur.
 - Present Pain Intensity (PPI) : Décrire la douleur : 0 = pas de douleur, 1 = douleur douce, 2 = douleur gênante, 3 = douleur pénible, 4 = douleur horrible et 5 = douleur atroce.
 - Echelle visuelle numérique (EVN) : Permet de quantifier la douleur entre 0 et 10, de J0 à J5.
 - Barriers Questionnaire : Permet de chiffrer la prise d'analgésiques (27 items).
 - American Pain Society – Patient Outcome Questionnaire (POQ) : Permet d'évaluer la satisfaction du patient.
- *Population de l'étude* : La population de l'étude s'élève à 406 personnes. L'échantillon est composé de patients électifs qui subissent leur premier pontage coronarien non compliqué, assistant à une séance de formation de préadmission standard. Les patients sont capables de comprendre, de lire et de parler l'anglais (p.74).
- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une étude contrôlée randomisée avec des patients volontaires qui participent à une session de formation de préadmission entre deux à sept jours avant leur pontage aorto-coronarien.

Le groupe-contrôle reçoit des soins standards alors que le groupe d'intervention reçoit des soins standards ainsi qu'un livret sur la douleur.

Des mesures répétées (à l'aide des différentes échelles) ont été menées pour déterminer l'impact des différentes interventions éducatives auprès des deux groupes (contrôle et d'intervention). En effet, les variables observées ont été la douleur postopératoire, l'utilisation d'analgésiques, les préoccupations au sujet de la prise d'analgésiques, la satisfaction et la durée du séjour (p.74).

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : Il n'y a pas de différence significative, concernant le temps d'hospitalisation et l'interférence de la douleur en lien avec les activités de la vie quotidienne (AVQ) (p.77).

En ce qui concerne l'efficacité des traitements antalgiques en lien avec les interférences, le groupe contrôle manifeste plus de douleur, plus particulièrement au niveau de la respiration profonde et la toux (p.78). La constipation, à J4, est le principal effet secondaire lié à l'antalgie relevé dans les deux groupes (p.79). Le groupe contrôle manifeste une différence statistique au niveau de la nausée dû aux antalgiques (p.79).

Il y a des différences significatives sur le sexe dans l'interférence de la douleur et dans la durée du séjour. En effet, cette dernière est plus élevée, en moyenne deux jours de plus pour les femmes que pour les hommes. Cela est dû au fait que les femmes avaient significativement plus de douleurs rapportées que les hommes (p.80).

- *Conclusions générales* : En conclusion, l'intervention (livret) n'a pas d'effet sur une meilleure gestion de la douleur, même s'il y avait une certaine réduction des interférences liées à la douleur dans les activités et les préoccupations des patients quant à la prise d'analgésiques (p.80).

Il est important de relever que tous les patients ont reçu des analgésiques insuffisants malgré avoir rapporté de la douleur modérée à sévère au cours de leur séjour à l'hôpital (seulement 33% de la dose prescrite a été administrée) (p.81). Dans le cadre d'une intervention cardiovasculaire comme celle-ci, la douleur non soulagée peut précipiter une réponse sympathique généralisée ce qui peut exacerber la maladie. Dans cette étude, cela pourrait s'appliquer aux femmes car elles ont montré des niveaux de douleur plus élevés que les hommes.

Des données statistiquement significatives ont montré que le groupe d'intervention avait moins d'inquiétudes par rapport à la toxicomanie, dû aux analgésiques. De ce

fait, le groupe d'intervention a plus de facilité à demander de l'aider pour apaiser la douleur (p.81).

La plupart des patients ont évalué leur douleur de modéré à extrêmement désagréables de J2 (71%) à J5 (65%). Lors de la sortie à J5, 25% des patients évaluent leur douleur comme extrêmement désagréable (p.80).

Plusieurs patients ont exprimé leur préoccupation au sujet de leur gestion de la douleur après une sortie de l'hôpital et ils espèrent que « leur médecin leur donneront des analgésiques quand ils rentreront à la maison » (p.80).

Dans plusieurs études, il est mis en évidence que les patients identifient le besoin d'information sur la gestion de la douleur afin d'aider à la récupération de la période postopératoire. De ce fait, l'étude souligne le problème suivant : les patients renvoyés à la maison avec des limitations fonctionnelles dues à la douleur sont à risque d'utiliser des services communautaires coûteux tels que les services d'urgences (p.80).

Les patients se sont plaints du manque de personnel et de la gestion inadéquate de la douleur après avoir quitté l'hôpital (p.81).

- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : L'intervention éducationnelle a été fournie presque exclusivement par une infirmière de recherche. Bien qu'une seule personne minimise la variation individuelle, il se peut que cela introduise des limitations relatives à la personne et ses connaissances.

1.5 Ethique

L'approbation éthique a été reçue par le bureau des services de recherche de l'Université et le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital en question. Les patients ont reçu des explications verbales et écrites sur l'étude, y compris leurs droits, des garanties pour préserver l'anonymat et les risques et avantages de la participation à l'étude (p.74).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

L'intervention n'a pas eu d'effet sur la gestion de la douleur, malgré quelques réductions d'interférences liées à la douleur (p.81).

Tous les patients ont reçu des analgésiques insuffisants durant les cinq jours d'hospitalisation (p.81).

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

Les auteurs expliquent que la majorité des participants hommes n'ont pas adhéré à la brochure comme prévu. Les auteurs émettent une hypothèse en lien avec le temps d'explication de la brochure trop court. De plus, les auteurs rajoutent qu'un appel téléphonique additionnel peut renforcer l'enseignement (p.80).

Du aux fusions hospitalières et aux licenciements, l'équipe infirmière habituelle n'a pas pu participer à l'étude ; c'est-à-dire qu'une seule infirmière spécialisée dans la recherche y a participé (p.80).

Les fortes contraintes budgétaires et les changements de personnel importants étaient les limitations majeures de cette étude, selon les auteurs. De ce fait, aucune éducation thérapeutique n'a été fournie en aval aux professionnels de la santé, malgré d'éventuelles lacunes dans le cadre de la gestion de la douleur.

Les infirmières administrant les analgésiques ne savaient pas que l'étude avait lieu.

2.3 Pistes de réflexion

Les différences sexuelles étaient significatives malgré le nombre plus faible de femmes dans l'échantillon. Presque toutes les femmes ont lu et jugé utile le livret, ce qui signifie que cette intervention pourrait être plus appropriée pour les femmes.

Les auteurs pensent qu'un appel téléphonique additionnel peut renforcer l'enseignement de la brochure reçue.

Lors de la sortie à J5, 25% des patients évaluent leur douleur comme extrêmement désagréable (p.80), est-ce normal de laisser rentrer à domicile un patient qui qualifie sa douleur comme telle ?

7.15. Fiche de lecture n°15

Wong, E. M.-L., Chan S. W.-C., & Chair, S.-Y. (2009). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing*, Blackwell Publishing Ltd.

1. Démarche descriptive

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

- *Le nom et type de revue* : L'article vient de la revue britannique « Journal of Advanced Nursing », revue scientifique internationale, éditée par un comité scientifique. Le journal contribue à l'émancipation de l'EBN dans le domaine des soins infirmiers et de l'obstétrique, ainsi que dans les soins de santé en général (p.1131).
- *Le lieu et la date de l'étude* : L'étude s'est déroulée à Hong-Kong dans deux grands centres hospitaliers publics de la région hongkongaise (p.1120). L'étude s'est déroulée sur un an, à partir de janvier 2006 (p.1123).
- *Les objectifs pratiques* : Les patients tirent des bénéfices de cette éducation thérapeutique dans les cas du soulagement de la douleur et de l'anxiété et dans l'amélioration de l'auto-efficacité. L'éducation thérapeutique préopératoire pourrait être incorporée à part entière dans les soins de routine pour préparer les patients musculo-squelettiquement traumatisés à la chirurgie (p.1129).

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

- *Objet de la recherche* : L'efficacité d'une intervention éducationnelle sur la gestion de la douleur et les différents niveaux de douleur, d'anxiété et d'auto-efficacité parmi des patients ayant subi un traumatisme musculo-squelettique et les conséquences d'une opération chirurgicale (p.1120).
- *Question de recherche* : Une intervention éducationnelle sur la gestion de la douleur pour les patients atteints d'un traumatisme squelettique est-elle efficace ?
- *Hypothèse de travail* : N'est pas nommée en tant que telle dans l'étude mais peut être déduite : Une meilleure connaissance sur la gestion de la douleur est-elle profitable au patient en période postopératoire ?
- *Cadre théorique de la recherche* : Dans cette étude, les auteurs n'ont pas utilisé de

cadre théorique spécifique.

- *Principaux concepts et/ou notions utilisés* : Le concept principal est l'amélioration de la prise en charge en postopératoire de manière à réduire les complications et conséquences néfastes pour le patient ainsi que réduire la durée des hospitalisations (pp.1120 et 1128).

1.3 Méthodologie de la recherche

- *Outil pour la récolte de données* : Les auteurs ont mené des entretiens avant l'hospitalisation afin d'expliquer les raisons de l'étude. Les participants ont ensuite reçu une éducation thérapeutique ou non, puis les soins habituels. Il n'est pas mentionné comment les auteurs ont réellement récolté les données, par déduction, auprès des équipes soignantes (médecins, infirmières et physiothérapeutes) (p.1123). Les instruments de mesure utilisés pour l'analyse des données étaient les suivants (pp.1122-1123):

- Scores de la douleur, de l'anxiété et les l'auto-efficacité.
- Les analgésiques utilisés.
- Le temps d'hospitalisation.

- *Population de l'étude* : Ce sont 125 individus qui ont participé à l'étude, sur 226 patients potentiellement éligibles. Les critères d'inclusion étaient les suivants (p.1122) :

- Adulte de nationalité chinoise.
- Capacité à communiquer en cantonais.
- Avoir reçu des soins ambulatoires avant la blessure.
- Avoir été médicalement diagnostiqué comme ayant un traumatisme musculo-squelettique d'un seul membre.
- Allant subir une intervention chirurgicale orthopédique.

Les critères d'exclusion étaient les suivants (p.1122) :

- Avoir une fracture telle que le crâne ou la côte.
- Être instable hémodynamiquement parlant.
- Avoir un antécédent de maladie chronique.
- Présenter une diminution de l'état mental ou cognitif.

- *Type d'analyse* : Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale effectuée en pré et postopératoire. Une étude quasi-expérimentale se présente sous la forme de deux groupes, constitués de manière non-aléatoire (ex : ordre d'arrivée, noms de famille,

chambres, ...). On retrouve ce genre d'étude dans les sciences sociales ainsi qu'en psychologie.

1.4 Présentation des résultats

- *Principaux résultats de la recherche* : Les résultats montrent qu'il pourrait y avoir un effet de l'intervention thérapeutique sur les résultats concernant la douleur entre le groupe-expérimental et le groupe-contrôle, durant l'hospitalisation. Pour l'anxiété en revanche, le taux a significativement et statistiquement baissé entre les deux groupes. La différence entre les deux groupes n'a pas été significativement démontrée dans cette étude, concernant la réduction du temps d'hospitalisation (pp.1124-1125).
- *Conclusions générales* : L'intervention éducationnelle est efficace en termes de soulagement de la douleur, de l'anxiété et l'amélioration de l'auto-efficacité à gérer les symptômes et l'hospitalisation. De même que cliniquement, l'étude indique qu'une éducation thérapeutique est possible et utile à appliquer par les infirmières et est passablement bien acceptée par les patients. La durée totale des sessions d'éducation est de seulement 30 minutes, ce qui rend possible son incorporation dans les soins quotidiens. L'éducation thérapeutique est utilisée pour promouvoir les résultats du patient et atteindre une meilleure gestion du temps des soignants (p.1129).
- *Particularité ou l'originalité de leur étude* : Il n'y a pas d'éléments particuliers à relever dans cette étude.

1.5 Ethique

L'étude a été approuvée par l'université et le comité éthique de l'hôpital en question. Tous les patients ont été assurés de la confidentialité et de leur droit de se retirer à n'importe quel moment de l'étude sans affecter la qualité des soins reçus. Les participants ont également dû signer un consentement écrit (pp.1123-1124).

2. Démarche interprétative

2.1 Apports de l'article

Cet article rapporte la faisabilité d'une telle intervention éducationnelle dans les soins du quotidien donnés par les infirmières.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances)

L'étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, les résultats peuvent ne pas être généralisables aux « non-Chinois » car les interventions éducationnelles ont été ciblées en fonction des connaissances de la douleur et des analgésiques du public-cible. L'autre limite se situe dans le type d'étude ; en effet, les auteurs n'ont pas utilisé d'essai clinique randomisé du fait du manque des méthodes d'attribution aléatoire, le contrôle de variables étrangères et les ressources limitées (p.1126).

2.3. Pistes de réflexion

Les conclusions de l'étude peuvent-elles être applicables en Suisse où le fonctionnement du système de santé est différent de celui d'Hong-Kong ?