

suivi d'un projet infirmier en hypnoanalgésie. L'hypnose avec ses mots qui plongent dans « un état de conscience modifié » a prouvé son efficacité, notamment dans le domaine de l'analgésie, et parfois même lorsque tout l'arsenal thérapeutique habituel ne répond plus.

L'introduction de la pratique hypnotique dans l'établissement a suscité surtout des réactions de curiosité et d'intérêt, même si parfois l'incrédulité, voire la raillerie étaient exprimés. Comment ce « spectacle de théâtre » pouvait-il avoir la même efficacité que les antalgiques majeurs ?

À l'issue de plusieurs mois d'utilisation, cette nouvelle approche a modifié les contours de la pratique médicale et l'interprétation de la « douleur, souffrance ».

- Pour les patients, la possibilité de bénéficier de l'hypnose a suscité des espoirs en insinuant dans la limite de leur quotidien, des perspectives au pouvoir inclassables, qui entraînent une amélioration de leur symptomatologie.

- Pour les médecins, l'interrogation sur la pratique de l'hypnoanalgésie a modifié leur perception de la douleur. Le contexte et les causes de la crise s'inscrivent plus naturellement dans leur diagnostic et modulent leur traitement.

- Pour les soignants, un travail de réflexion a permis l'intégration plus systématique de l'écoute du vécu douloureux et de l'empathie dans leur pratique quotidienne.

Conclusion : L'introduction de l'hypnoanalgésie dans l'institution est une réussite. Elle a permis d'envisager de nouvelles pistes dans l'approche thérapeutique de la douleur. Les patients deviennent acteurs de la gestion de leur vécu douloureux. L'hypnose a également toute sa place dans les contextes complexes des phases chroniques et palliatives.

EP14 INDICATIONS DU MÉOPA (MÉLANGE ÉQUIMOLAIRE D'OXYGÈNE ET DE PROTOXYDE D'AZOTE) DANS LE CADRE D'EXAMENS ENDOSCOPIQUES. PERTINENCE ET BESOINS CHEZ LE PATIENT PSYCHOGÉRIATRIQUE

T. Joiris⁽¹⁾, F. Maricq⁽²⁾, J. Pirard⁽²⁾, S. Bollinne⁽¹⁾

1. Cliniques de l'IPAL, Cellule Soins Palliatifs et Algologie, Liège.

2. Cliniques de l'IPAL, Polyclinique, Liège.

Objectif : Déterminer la pertinence de l'utilisation du MÉOPA chez le patient psychogériatrique (y compris le patient dément) lors de la réalisation de gastroscopies et de colonoscopies. Étudier l'impact de tels actes sur le confort du patient et du personnel infirmier assistant le médecin. Objectiver les variables (troubles du comportement...) qui peuvent contrecarrer la réalisation de tels examens.

Description : Réalisation d'un audit en polyclinique à l'aide d'un questionnaire réalisé après une phase d'observation en consultation de gastro-entérologie pour patients psychogériatriques. Sont relevés la pathologie principale et les pathologies associées, l'existence d'un syndrome démentiel, les traitements médicamenteux psychotropes et antalgiques de fond, l'état de conscience (vigile, sédaté, confus), le recours

éventuel à du midazolam en IV pendant l'examen. Sont également identifiés la présence d'anxiété, de douleurs, de troubles comportementaux (hétéroévaluation). Ces derniers sont évalués en mesures répétées (avant, pendant, après le soin). L'ensemble des patients reçoit en prémédication du diazépam, bien que certains d'entre eux présentent des contre-indications aux benzodiazépines. Par contre, aucun des patients repris dans l'étude ne présente de contre-indication formelle au MÉOPA. Parallèlement, le vécu du soignant par rapport aux actes réalisés est pris en compte.

Conclusion : L'utilisation du MÉOPA est largement documentée dans certaines populations de patients (pédiatrie) et pour certains actes techniques. Au vu de la nécessité d'être dans une logique de prévention des douleurs induites en psychogériatrie, il est important d'étudier la possibilité de recourir à des techniques encore alternatives chez ce type de patients. Le personnel soignant confronté à la douleur induite peut être en difficulté : déculpabilisé et libéré de son sentiment d'impuissance, il pourrait gagner en efficacité.

EP15 AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POSTOPÉRAtoire DES 24 PREMIÈRES HEURES EN ORTHOPÉDIE DANS UN CHU

J. Esposito, F. Gadrat, C. Bourdallé-Badie, F. Sztark

Département d'Anesthésie-Réanimation, 1 Hôpital Pellegrin, Bordeaux.

Objectifs : L'objectif des enquêtes présentées était d'évaluer la qualité de la prise en charge de la douleur postopéatoire (DPO) dans les 3 services de chirurgie orthopédique du CHU, en essayant d'analyser les raisons d'éventuelles insuffisances. Cette démarche obligeait au regroupement de 3 sites dont le premier objectif était l'inventaire de l'existant et au constat de pratiques souvent différentes. La présentation des résultats sous forme de tableaux simples a constitué une base pour définir les besoins de formation. Les enquêtes étaient prospectives en 1997, 2000 et 2005 avec les jours d'enquête randomisés. L'analyse comparative (test du Chi², seuil de signification pour $p < 0,05$) a porté sur :

- les pourcentages de patients douloureux à partir d'une échelle numérique de 0 à 10 supérieure à 4 en salle de réveil, la nuit rétrospectivement et à la 24^e heure postopéatoire ;
- la conformité dans l'administration des morphiniques ;
- le degré de satisfaction des patients mesuré par un score de satisfaction coté de 0 à 4, ce score supérieur à 1 était considéré comme acceptable.

Description : En SSPI, successivement en 1997, 1999 et 2005 le pourcentage des patients douloureux est passé respectivement de 45 %, 33 % et 21 % ($p < 0,05$), la nuit de 54 %, 29 % ($p < 0,05$) et 38 % (plus de chirurgie rachidienne en 2005) ; à la 24^e heure postopéatoire de 35 %, 26 % et 20 % ($p < 0,05$). La conformité dans la prescription intraveineuse des morphiniques, tramadol et néfopam s'est améliorée de 26 % à 68 % et 98 % ($p < 0,05$).

Enfin, le pourcentage de patients satisfaits a augmenté de 71 %, à 83 % et à 96 % ($p < 0,05$).

Conclusion : Cette démarche d'analyse des enquêtes patients, par sa dimension critique et son obligation de remise en cause, a permis d'améliorer la prise en charge de la douleur postopératoire en orthopédie.

EP16 DÉMARCHÉ D'ÉVALUATION DU RÉSEAU DOULEUR FRANCHE-COMTÉ

F. Tiberghien-Chatelain, A. Girod, C. Dovico, L. Balp, P. Fontaine, J.L. Delacour, E. Lallier
Réseau Douleur Franche Comté, Besançon.

L'évaluation est au cœur de la démarche de qualification des réseaux. En Franche-Comté (FC), cette démarche est partagée, simple, structurée et consensuelle grâce à un dossier minimum d'évaluation élaborée par la Fédération des réseaux de FC et du secrétariat technique des réseaux de la mission régionale de santé à partir du guide ANAES 2004. Le RDFC après 3 ans de financement DRDR (dotation régionale de développement des réseaux) est rentré dans cette démarche, étape nécessaire pour renouveler le financement DRDR, mais aussi pour vérifier que les moyens et les organisations mis en œuvre ont permis d'atteindre l'objectif fixé par notre réseau (apporter une réponse rapide et adaptée aux problèmes de douleur aiguë rebelle et chronique des patients de FC en association étroite avec les médecins libéraux grâce à la mise en place d'une consultation pluridisciplinaire de proximité dans tous les centres hospitaliers de Franche-Comté et d'un pôle central technique au CHU de Besançon). Il s'agit d'une démarche structurante, permettant d'évaluer plusieurs domaines : l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau (information, participation, satisfaction), l'organisation et le fonctionnement du réseau, la qualité de la prise en charge et le fonctionnement économique du réseau (coûts afférents au réseau). L'évaluation permet de recueillir des données de façon objective et selon des règles strictes, de repérer des dysfonctionnements et d'envisager des pistes d'amélioration. Le rapport (*cf.* site Internet hyperlink « <http://www.reseaudouleurfc.org> » <http://www.reseaudouleurfc.org>) doit contenir un descriptif de l'historique du réseau, de ses objectifs, une analyse des résultats de l'évaluation, les perspectives d'évolution et une conclusion montrant l'innovation du réseau dans la prise en charge des patients.

EP17 ÉVALUATION PAR LE PERSONNEL PARAMÉDICAL D'UN CHU DE SON NIVEAU DE FORMATION ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

T. Faillot, M. Kerdilès, M. Fréor-Doré, E. Becquey, C. Gaba, V. Bouton, J. Cattacin, D. Guigou
APHP Hôpital Beaujon, Clichy.

Objectif : Évaluation par le personnel paramédical (PPM) d'un CHU de son niveau de formation et de la prise en charge de la douleur.

Méthode : Questionnaire remis au PPM par les membres du CLUD.

Résultats : 262 réponses sur 316 questionnaires distribués, principalement des infirmier(e)s (56,2 %) et des aides-soignantes (23,7 %), avec moins de 5 ans d'ancienneté dans un tiers des cas et plus de 15 ans pour un autre tiers.

Les PPM interrogés se disent pour 94 % d'entre eux impliqués directement dans la PCD.

Niveau de formation : les PPM ne se considèrent suffisamment formés que dans 54,2 % des cas. 49,2 % disent savoir reconnaître une douleur par excès de nociception, et 46,2 % une douleur neuropathique. La demande de formation concerne surtout les mécanismes de la douleur, l'évaluation et l'approche psychocomportementale.

Évaluation : les échelles unidimensionnelles sont les plus connues et l'échelle verbale simple est la plus utilisée (75,2 % contre 34,4 % pour l'EVA). L'évaluation est systématique pour 54,2 % des PPM, et se fait après administration d'antalgique pour 60,3 %. Elle est consignée dans 67,6 % et exploitée dans 74,4 % des cas.

Amélioration de la prise en charge de la douleur : elle semble passer, pour la majorité (4/5), par le renforcement de la formation et la rédaction de protocoles écrits. Le référent Douleur de chaque service n'est connu que par 42 % des répondants et l'existence d'un classeur douleur par 27,5 %. La PCD est considérée comme satisfaisante par 67,6 % des PPM avec des variations selon les services de 38 à 87 %.

Conclusions : Bien qu'ils montrent une grande implication des PPM dans la prise en charge de la douleur, ces résultats font état d'une grande hétérogénéité tant en ce qui concerne le niveau de formation que les pratiques entre les services. Ils plaident en faveur de la poursuite des actions de formation et d'information déjà menées par le CLUD.