

## Résumé

Pendant ma formation, j'ai pu observer différentes pratiques dans la prise en charge de la douleur aiguë. Interpellé, j'ai réfléchi sur les limites du rôle infirmier dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur aiguë. Comment les professionnels font-ils concrètement pour évaluer et atténuer la douleur aiguë ? L'utilisation des diagnostics infirmiers est-elle un bon outil pour gérer la douleur aiguë ? Le rôle autonome infirmier est-il un rôle significatif dans la gestion de la douleur aiguë ?

Pour tenter de répondre à ces questions, j'ai d'abord défini trois hypothèses concernant les problèmes du rôle médico-délégué et les avantages d'une pratique infirmière réflexive efficace. Puis, j'ai analysé les données recueillies auprès d'infirmiers diplômés lors de six entretiens semi-directifs.

Les résultats montrent bien le souci des professionnels d'améliorer la prise en charge de la douleur. Dans ce sens, les infirmiers interrogés sont conscients de l'importance et des apports du rôle autonome tout en reconnaissant les limites intrinsèques de leur rôle.

**Mots-clefs :** douleur aiguë – évaluation de la douleur – rôle professionnel – rôle infirmier – rôle autonome infirmier – rôle médico-délégué – limite du rôle infirmier.

## Zusammenfassung

Während meiner Ausbildung konnte ich verschiedene Praktiken in der Übernahme der akuten Schmerzen beobachten. Ich habe über diese verschiedenen Erfahrungen nachgedacht und mir über die Grenzen der Rolle des Krankenpflegers in der Abschätzung und der Übernahme der akuten Schmerzen Gedanken gemacht. Wie machen es die Fachleute, um die akuten Schmerzen abzuschätzen und um sie zu lindern? Können die Diagnosen der Krankenpfleger eine gute Methode sein, um die akuten Schmerzen zu behandeln? Ist die selbstständige Rolle des Krankenpflegers bedeutend in der Übernahme der akuten Schmerzen?

Um diese Fragen zu beantworten, habe ich zuerst drei Hypothesen über die Probleme der delegierten Rolle und die Vorteile einer durchdachten Praktik des Krankenpflegers aufgestellt. Dann habe ich die Angaben, die durch sechs Gespräche mit qualifizierten Krankenpflegern gesammelt wurden, analysiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Sorge der Fachleute um die Übernahme des Schmerzes zu verbessern ist. In diesem Sinn sind die gefragten Krankenpfleger von der Wichtigkeit und dem Beitrag der selbständigen Rolle überzeugt und erkennen gleichzeitig die eigentlichen Grenzen ihrer Rolle an.

**Schlüsselwörter :** akute Schmerzen – Schmerzevaluation – berufliche Rolle – Rolle der Pflegefachleute – selbständige Rolle der Pflegefachleute – delegierte Rolle der Pflegefachleute – Grenze der Rolle der Pflegefachleute.

## Remerciements

Un merci tout spécial à mon directeur de mémoire, monsieur Pierre-Yves Roh, qui a eu la patience et le courage de me suivre.

Un grand merci aussi au service d'antalgie de Martigny et aux autres infirmiers qui m'ont beaucoup aidé et orienté dans ma phase exploratoire et empirique.

Un merci à ma famille, à mon entourage et à l'Abbaye de Saint-Maurice qui m'ont permis d'aménager mes heures de travail.

## Table des matières

<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
1.1. MOTIVATIONS .....	8
1.1.1. <i>Motivations personnelles</i> .....	9
1.1.2. <i>Motivations socioprofessionnelles</i> .....	11
1.2. OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE .....	13
1.3. LIENS AVEC LE RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCE .....	14
1.4. QUESTION DE DÉPART .....	16
<b>2. PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>17</b>
2.1. DÉFINITION GÉNÉRALE .....	17
2.2. REVUE DE LA LITTÉRATURE ET ENTRETIENS EXPLORATOIRES .....	21
2.3. QUESTIONS SPÉCIFIQUES DE RECHERCHE .....	22
2.4. HYPOTHÈSES .....	22
<b>3. CADRE OPÉRATOIRE .....</b>	<b>23</b>
3.1. LA DOULEUR AIGÜE .....	24
3.1.1. <i>Définition</i> .....	24
3.1.2. <i>La douleur aiguë</i> .....	28
3.1.3. <i>Théorie du portillon</i> .....	30
3.1.4. <i>Les conséquences de la douleur aiguë</i> .....	32
3.2. LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR .....	34
3.2.1. <i>L'interrogatoire du patient et de sa famille</i> .....	35
3.2.2. <i>Examen clinique infirmier</i> .....	35
3.2.3. <i>Données des explorations fonctionnelles</i> .....	36
3.2.4. <i>Appréciation du comportement et de l'autonomie</i> .....	36
3.3. LES ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR .....	36
3.3.1. <i>Les échelles d'autoévaluation</i> .....	37
3.3.2. <i>Les échelles multidimensionnelles</i> .....	39
3.3.3. <i>Les échelles d'hétéroévaluation</i> .....	40
3.4. LES PRINCIPALES TECHNIQUES DE GESTION DE LA DOULEUR AIGÜE .....	41

3.4.1. <i>Paliers des antalgiques de l’OMS</i> .....	41
3.4.2. <i>Quelques moyens pharmacologiques</i> .....	41
3.4.3. <i>Les moyens infirmiers</i> .....	42
3.4.4. <i>La cryothérapie</i> .....	43
3.5. RÔLE PROFESSIONNEL INFIRMIER .....	44
3.5.1. <i>Le rôle professionnel</i> .....	44
3.5.2. <i>Le rôle professionnel infirmier</i> .....	44
3.5.3. <i>Soins infirmiers</i> .....	45
3.5.4. <i>Rôle médico-délégué</i> .....	46
3.5.5. <i>Rôle autonome</i> .....	47
3.5.6. <i>L’approche globale ou bio-psycho-sociale</i> .....	50
3.6. LES DIAGNOSTICS INFIRMIERS .....	51
3.7. LIMITES DU RÔLE INFIRMIER FACE À L’ÉVALUATION DE LA DOULEUR.....	53
<b>4. MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>55</b>
4.1. MÉTHODE DE RECHERCHE UTILISÉE ET ÉCHANTILLONNAGE.....	55
4.2. PRINCIPES ÉTHIQUES .....	57
4.3. PROFILS DES PARTICIPANTS ET QUESTIONNAIRE .....	58
<b>5. ANALYSE</b> .....	<b>61</b>
5.1. TABLEAUX RÉCAPITULATIFS .....	62
5.2. LE RÔLE AUTONOME .....	75
5.3. LE RÔLE MÉDICO-DÉLÉGUÉ .....	83
5.4. LA PRATIQUE INFIRMIÈRE RÉFLEXIVE.....	87
5.5. ANALYSE EN REGARD DES HYPOTHÈSES .....	91
5.5.1. <i>Première hypothèse</i> .....	91
5.5.2. <i>Deuxième hypothèse</i> .....	96
5.5.3. <i>Troisième hypothèse</i> .....	98
<b>6. DISCUSSION</b> .....	<b>102</b>
6.1. VALIDITÉ INTERNE .....	102
6.1.1. <i>Choix du thème et de la question spécifique de recherche</i> .....	102
6.1.2. <i>Choix du cadre</i> .....	103
6.1.3. <i>Outil méthodologique</i> .....	104
6.1.4. <i>Echantillonnage</i> .....	105

6.1.5. Analyse.....	105
6.2. VALIDITÉ EXTERNE .....	106
6.3. POUR ALLER PLUS LOIN .....	107
<b>7. CONCLUSION.....</b>	<b>108</b>
7.1. BILAN MÉTHODOLOGIQUE .....	108
7.2. BILAN PROFESSIONNEL.....	108
7.3. BILAN PERSONNEL .....	110
7.3.1. Contrôle des objectifs d'apprentissage .....	110
7.3.2. Facilités et difficultés de la réalisation.....	112
7.3.3. Apport personnel .....	112
<b>8. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>114</b>
8.1. ETUDES ET TRAVAUX DE FIN DE DIPLÔME .....	114
8.2. LIVRES ET REVUES .....	114
8.3. BANQUE DE DONNÉES .....	116
8.4. CYBEROGRAPHIE .....	117
<b>LES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>
A. MODÈLE DE DIFFÉRENCIATION DES ÉTAPES DU CHEMINEMENT VERS L'EXPERTISE.....	I
B. LES 9 COMPÉTENCES BACHELOR .....	II
C. ACTES INFIRMIERS LIÉS À LA GESTION DE LA DOULEUR .....	VII
D. ECHELLES VISUELLES ANALOGIQUES .....	IX
E. ECHELLE DOLOPLUS .....	X
F. QUESTIONNAIRE DE SAINT-ANTOINE.....	XI
G. LE TRIANGLE DRAMATIQUE DE KARPMAN.....	XII
H. FRANK OSTASESKI "EXPLORING OUR INTENTION IN SERVICE" .....	XVIII

# 1. Introduction

La rédaction d'un "Travail de Bachelor" s'inscrit dans le cursus de ma dernière année de formation d'infirmier<sup>1</sup> à la HES-SO Valais comme élément à part entière de mon apprentissage. L'obtention d'un titre "Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers" nécessite la maîtrise de 9 compétences<sup>2</sup> dont la 5<sup>ème</sup> :

"Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement."

Ce travail de recherche se situe dans le prolongement d'un premier travail de recherche d'une camarade intitulé "La douleur de l'attente". Au début du processus de recherche, nous désirions travailler ensemble afin d'effectuer un travail plus pertinent et plus approfondi. Le choix du thème ne fut pas simple mais s'imposa assez vite car nous avons un intérêt commun pour les situations d'urgence. Le type de rapport humain, la gestion du stress et de la crise, la rapidité d'exécution des soins techniques et l'adaptation nécessaire à chaque événement nous intéressaient dans ce genre de situation. Nous nous interrogeâmes initialement sur la réanimation dans les services de soins et les conséquences pratiques et psychologiques de celle-ci au sein de l'équipe.

---

<sup>1</sup> Par souci de clarté pour le lecteur, le terme "infirmier" est utilisé dans ce travail au masculin au sens générique ; il comprend donc également les infirmières.

<sup>2</sup> HES-SO. *Evaluation des compétences: niveau « expertise »*. HedS-Fr, -Août 2007.  
D'après: LE BOTERF, G.. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4<sup>ème</sup> éd. Paris : Organisation, 2002.

Nous dûmes cependant abandonner cette idée car une autre camarade avait déjà rédigé un travail sur ce sujet<sup>3</sup>.

C'est ainsi qu'un second thème émergea de notre réflexion : la gestion de la douleur aiguë. Au cours des siècles, la prise en compte de la douleur fut progressivement intégrée au combat infirmier. A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, les soignants s'engageaient à se dévouer "au bien-être de ceux qui sont laissés à [leur] garde"<sup>4</sup> en prononçant le serment de Nightingale. Ces dernières années, la gestion de la douleur pu être réaffirmée dans la pratique professionnelle grâce au développement des différentes sciences. Un travail sur ce sujet nous parut un excellent moyen de nous y sensibiliser pour en faire un de nos futurs chevaux de bataille professionnels.

Malgré nos intérêts communs de départ, nos rythmes et nos réalités de vie ont rapidement séparé nos chemins.

## **1.1. Motivations**

Plusieurs intérêts m'ont poussé à me pencher sur la question de la gestion de la douleur : d'un côté des motivations personnelles en rapport avec mes expériences et mon vécu, de l'autre côté des motivations socioprofessionnelles.

---

<sup>3</sup> GAILLARD, Martine. *Formation continue – Chariot d'urgence – Debriefing technique = Moyens pour gérer le stress de l'infirmière lors d'une réanimation cardio-pulmonaire ou utopie ?* Hes-so. Sion : Juillet 2007.

<sup>4</sup> "I...I devote myself to the welfare of those committed to my care." Extrait du Serment de Florence de Nightingale. USA : 1893. Adresse URL : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Nightingale\\_Pledge](http://fr.wikipedia.org/wiki/Nightingale_Pledge). Consulté le 19 décembre 2009.



### **1.1.1. Motivations personnelles**

Suite à une occlusion intestinale à l'âge de 8 ans, j'ai dû être traité rapidement aux urgences de l'hôpital de Martigny pour des douleurs épigastriques. Cette expérience me fit prendre conscience de deux choses. D'une part, ma douleur influençait mes activités quotidiennes et mes capacités<sup>5</sup> jusqu'aux besoins physiologiques les plus élémentaires : impossibilité de manger, de boire et de dormir. D'autre part, ma douleur influençait les réactions et les comportements<sup>6</sup> des personnes qui m'entouraient. Mes frères et sœurs, mes parents, mes amis et connaissances, les médecins et les soignants m'apportaient leur attention et s'occupaient de moi plus intensément. Ma douleur avait en ce sens un avantage et un rôle : je devenais le centre d'intérêt de plusieurs personnes.

Puis, en préparant mon permis, je découvris les samaritains et le monde des premiers secours. Ce domaine m'attira et me fit découvrir, puis aimer le métier d'infirmier. Dès lors, j'ai vécu de nombreuses heures en postes sanitaires et quelques situations d'urgence lors de mes loisirs.

Tout cela m'a permis de prendre conscience que l'entourage d'une personne souffrante adopte simultanément deux attitudes. La première est un état psychologique de défense dû à la détresse et à la souffrance présentes chez le blessé. La deuxième, conséquence de la première, est la volonté de vouloir estomper cette souffrance. Chacun réagit de manière différente face à la douleur de l'autre ce qui entraîne diverses conduites

---

<sup>5</sup> Comme le dit LE BRETON :

"Perte d'appétit, dégoût devant l'existence, susceptibilité, épuisement, apathie, insomnie, un cortège de peines accompagne la douleur et colore toute l'expérience du monde sans rien laisser en friche."

David LE BRETON. Anthropologie de la douleur. Ed. Métailié. Paris : 1995. P. 24-25.

<sup>6</sup> Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 25.

comme la générosité, l'humanisme, l'empathie et parfois même la précipitation, les erreurs, l'ignorance, les préjugés, la stupeur, la non-réaction ou la fuite.

J'ai également constaté que lors d'une situation extrême, la sensation du temps est ralentie<sup>7</sup>. Ce phénomène de ralentissement peut être dû à l'intensité de la douleur. Le temps s'écoule aussi plus lentement pour le secouriste incapable de proposer une solution efficace pour soulager la douleur.

Pour moi, soulager la douleur de l'autre signifie le reconnaître dans son altérité en toute dignité. En effet, la douleur est toujours un symptôme d'un problème et peut difficilement être objectivée puisque les nombreuses manifestations de la douleur varient en fonction de la personne et de la situation. Seule la personne peut décrire sa douleur avec ses propres mots (brûlure, martellement, compression, décharge électrique, ...) et en estimer son intensité.

Pour moi, un bon traitement de la douleur s'intéresse à l'individu dans sa globalité. Il va falloir développer les stratégies avec lesquelles il est d'accord de collaborer. Traiter la douleur nécessitera de traiter les symptômes du problème (douleurs et autres manifestations), ses causes (la jambe cassée, la déchirure musculaire) et ses conséquences (le déficit dans les activités quotidiennes, dans le rôle familial et dans le rôle

---

<sup>7</sup> Cette sensation du ralentissement du temps n'est qu'un souvenir a posteriori dû à l'effet des hormones du stress qui augmente la quantité de souvenirs, mais non pas les capacités du cerveau.

Chess STETSON, Matthew P. FIESTA, David M. EAGLEMAN. *Does Time Really Slow Down during a Frightening Event ?*. Adresse URL :

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0001295>.

Consulté le 17.09.2009.

professionnel de la personne). Je crois que l'on peut parler aussi de douleur totale<sup>8</sup> lorsqu'un traumatisé se plaint de douleur aiguë.

### **1.1.2. Motivations socioprofessionnelles**

Dans les services d'urgence, 36 % patients arrivent avec une douleur intense<sup>9</sup>. Gérer cette douleur est une priorité. Il est donc essentiel d'offrir une palette de soins de qualité qui permettra d'arriver à ce but.

Tout comme d'excellents moyens techniques, une formation du personnel de qualité, une organisation appropriée de l'espace, la rapidité de la prise en charge ou un choix approprié des priorités, une bonne gestion de la douleur contribue à améliorer la qualité d'un service. Par conséquent, bien des services d'urgence utilisent des protocoles pour améliorer la gestion de la douleur d'un patient. Car ces derniers offrent une stratégie claire, prédéfinie, précise et rigoureuse permettant d'optimiser la qualité du travail.

La gestion de la douleur par le corps médical et paramédical influence les souvenirs du patient. Puisque la douleur est un symptôme d'un problème, elle perd son utilité d'alarme lorsque le patient est pris en charge. Dès l'arrivée de l'ambulance ou de l'entrée aux urgences, le patient fait confiance aux intervenants. Pour que ce premier lien établi puisse durer, il est nécessaire que l'équipe s'occupe aussi de soulager les douleurs du patient. L'attention accordée aux douleurs peut être déterminante dans l'établissement du contrat thérapeutique et, dans certaines circonstances, en devenir la base.

---

<sup>8</sup> Douleur qui s'exprime sur le plan biologique, psychique, social et spirituel d'un individu souffrant. Ce concept a été développé par Cicely Saunders et correspond à la douleur des personnes en phase terminale de maladie.

<sup>9</sup> Etude menée par le Groupe Dassy, Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace. Elsevier. Paris : 2001. INIST-CNRS, Cote INIST : 19491, 35400009993941.0020.

Une douleur non soignée peut entraîner toute une série de complications<sup>10</sup> comme l'hyperalgésie<sup>11</sup> centrale ou les douleurs chroniques. Ces différentes complications auront pour conséquences une augmentation de la consommation d'antalgiques, une utilisation de moyens antalgiques plus lourds comme une PCA<sup>12</sup> ou autres anesthésies locorégionales (ALR), une diminution de la compliance du patient aux soins et aux traitements, une augmentation de la durée d'hospitalisation et donc de la charge de travail, une diminution de la qualité de vie du patient dans ses différentes activités de vie quotidienne et une augmentation des coûts de la santé.

De nos jours, la science explique les mécanismes de la douleur aiguë et des traitements permettent de diminuer fortement l'intensité de presque toutes les douleurs. Il relève donc de la responsabilité des soignants de soulager au mieux les douleurs aiguës dans la mesure du possible. Cela fait partie du cahier des charges des médecins :

"Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice."<sup>13</sup>

D'ailleurs, l'infirmier se doit d'agir dans le même sens :

"J'aiderai de mon mieux le médecin dans son travail, et je me dévouerai au bien-être de ceux qui sont laissés à ma garde."<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Cf. Cadre opératoire, 3.1.4. Les conséquences de la douleur aiguë.

<sup>11</sup> "Sensibilisation des afférences par des substances algogènes ou modification des voies nociceptives spinale expliquant le niveau anormalement élevé de la perception douloureuse" in : Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 173.

<sup>12</sup> "Analgésie contrôlée par le patient (ACP) ou analgésie autocontrôlée (AAC)" in : Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 175.

<sup>13</sup> Extrait du serment d'Hippocrate. IV<sup>ème</sup> avant J.-C. Adresse URL : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Serment\\_d'Hippocrate](http://fr.wikipedia.org/wiki/Serment_d'Hippocrate). Consulté le 19 décembre 2009.

Le rôle professionnel infirmier est en constante évolution. Il se cherche et se redéfinit sans cesse. A l'heure des formations HES<sup>15</sup> et des Assistants en Soins et en Santé Communautaire (ASSC), la profession infirmière prend une nouvelle forme qui met davantage l'accent sur une pratique réflexive. Cela a tout son sens dans la lutte contre la douleur car une prise en charge adéquate nécessite une véritable démarche de soins réfléchie et individualisée pour chaque patient. D'ailleurs le développement d'outils systématiques comme les diagnostics infirmiers permettent de guider cette réflexion individualisée et de mesurer des résultats.

## **1.2. Objectifs personnels d'apprentissage<sup>16</sup>**

Par ce travail de Bachelor, je désire atteindre quelques objectifs personnels d'apprentissage. Aussi, à la fin de ce mémoire, j'aurai :

- intégré les différents composants de la douleur et je serai capable d'en tenir compte dans mes futures décisions professionnelles,
- identifié différents moyens d'évaluation de la douleur, leur rôle et leurs limites et je saurai les utiliser de manière critique et adaptée dans ma pratique professionnelle,
- analysé le rôle professionnel infirmier et mis en évidence quelques-unes de ses limites,

---

<sup>14</sup> "[...] With loyalty will I endeavor to aid the physician, in his work, and devote myself to the welfare of those committed to my care." Extrait du Serment de Florence de Nightingale. USA : 1893. Adresse URL : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Nightingale\\_Pledge](http://fr.wikipedia.org/wiki/Nightingale_Pledge). Consulté le 19 décembre 2009.

<sup>15</sup> Hautes Ecoles Spécialisées. Formation du tertiaire selon les accords de Bologne.

<sup>16</sup> Posés selon la taxonomie de Bloom : au moins un du niveau d'analyse et au moins un du niveau de l'autoévaluation.

- examiné différentes stratégies infirmières utilisées dans la gestion de la douleur aiguë,
- remis en question ma pratique professionnelle dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

### **1.3. Liens avec le référentiel de compétence**

Le travail de fin de formation se fait en liens avec le référentiel de compétence propre à la formation Bachelor. En effet, la démarche exigée d'un tel travail permet l'application de chacune des neuf compétences Bachelor<sup>17</sup>.

**"Compétence 1 :** Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins."

Ce travail de diplôme a pour tâche de montrer l'offre en soins que peut offrir une structure quant à la gestion des douleurs aiguës. Il va me permettre de mieux prendre en charge dans ma pratique quotidienne une personne souffrant d'une douleur aiguë. Il va me permettre également de mieux défendre les intérêts d'un client souffrant d'une douleur aiguë dans l'équipe interdisciplinaire.

**"Compétence 2 :** Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projet de soins interdisciplinaires."

Ce mémoire présentera quelques limites du rôle infirmier dans la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur aiguë.

**"Compétence 3 :** Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé."

---

<sup>17</sup> HES-SO. *Evaluation des compétences: niveau « expertise »*. HedS-Fr, -Août 2007.  
D'après: LE BOTERF, G.. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4<sup>ème</sup> éd. Paris : Organisation, 2002.

La gestion de la douleur est très importante en regard des problèmes que peut causer une douleur insuffisamment traitée ou négligée. Les différentes stratégies infirmières de gestion de la douleur aiguë ont pour buts d'assurer le bien-être du patient et de lui éviter tout problème supplémentaire. Cette démarche me permettra d'améliorer mes actions éducatives à but antalgique auprès des patients.

**"Compétence 4 :** Evaluer ses prestations professionnelles."

Ce travail de diplôme me donnera davantage d'outils d'évaluation de mes prestations en matière de prise en charge d'une douleur aiguë.

**"Compétence 5 :** Contribuer à la recherche en soins et en santé."

Ce mémoire contribue à la recherche en soins sur le thème de la gestion de la douleur aiguë et du rôle infirmier, une problématique réelle sur le terrain. Il permettra de se faire une idée des différentes stratégies infirmières en matière de gestion de la douleur aiguë. Je pourrai ainsi mieux comprendre la pratique professionnelle des autres et améliorer la mienne.

**"Compétence 6 :** Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé."

Cette démarche me permettra d'agrandir mon champ de connaissances en matière de gestion de la douleur, ce qui me permettra de le partager et de l'échanger avec mes collègues et les autres professionnels de la santé.

**"Compétence 7 :** Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire."

Ce travail de diplôme s'inscrit dans une démarche auprès de différents acteurs dans la gestion de la douleur : collaboration avec les médecins, les ambulanciers et les infirmiers.

**"Compétence 8 :** Participer aux démarches qualité."

Ce mémoire mettra en avant certains points forts dans les stratégies de gestion de la douleur aiguë et d'autres points qui pourraient être améliorés. Il me permettra aussi d'adopter une réflexion de qualité dans ma future pratique professionnelle.

**"Compétence 9 :** Exercer sa profession de manière responsable et autonome."

Cette démarche me permettra de mesurer davantage l'importance d'une démarche réflexive dans ma pratique quotidienne infirmière. Elle m'encourage aussi à approfondir les problématiques du terrain.

#### **1.4. Question de départ**

La première étape de ce travail fut de relever certains problèmes du terrain observés durant notre formation. Cela nous a menés à ces premières questions de départ, formulées avec ma camarade comme suit :

Quels sont les facteurs qui influencent le ressenti de la douleur aiguë, chez le client adulte traumatisé, durant sa prise en charge préhospitalière et jusqu'à sa sortie des urgences vers un autre service de soins? Quelles sont les similitudes et les différences que l'on peut identifier du point de vue des acteurs de la situation, infirmière-patient-ambulancier ?

Ces deux questions ont mené notre réflexion jusqu'à l'élaboration de nos problématiques respectives de travail<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> La question centrale de recherche de ma camarade, Valérie Martin, se trouve dans le travail intitulé "La douleur de l'attente". Elle est formulée ainsi : "Quel ressenti exprime



## 2. Problématique

### 2.1. Définition générale

Le développement des sciences a fait un bon extraordinaire au XX<sup>ème</sup> siècle. La médecine a su relever de nombreux défis et se trouve aujourd'hui encore face à de nouveaux problèmes à résoudre. Le système de santé et l'offre en soins s'adaptent au progrès et deviennent concurrentiels entre établissements étatiques à l'intérieur même des pays comme le démontre le système fédéral Suisse. Des nouvelles professions naissent : ostéopathes<sup>19</sup>, assistants en soins et en santé communautaire, techniciens de radiologie, orthopédistes, ...

La science infirmière a aussi été bouleversée, plus particulièrement depuis la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle où elle a été réglementée, institutionnalisée et démarquée des autres sciences<sup>20</sup>. Depuis, les théories infirmières se sont répandues et démocratisées. L'identité même de la profession infirmière a évolué et continue de se définir. Le rôle autonome infirmier prend ainsi de plus en plus d'ampleur et complète le rôle médico-délégué. L'infirmier devient ainsi "praticien réflexif" ce qui influencera l'ensemble de ses interventions. La gestion de la douleur ne fait pas exception.

---

le client adulte souffrant d'une fracture du membre, au sujet de la prise en charge de sa douleur par l'infirmière, dans un service d'urgences du Valais central?".

<sup>19</sup> Le Docteur Andrew Taylor Still a développé cette science dans les années 1870 aux Etats-Unis d'Amérique. Tout renseignement sur l'histoire de la profession sur : Registres des ostéopathes du Québec. Adresse : <http://www.registre.org/osteopathie/historique.html>. Consulté le 15 octobre 2009.

<sup>20</sup> René MAGNON. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Edition Masson. Paris : 2006. P. 2.

En Suisse, l'organisation du système de santé et la gestion de la douleur en milieu hospitalier varie énormément d'une région à une autre. Bien que, vue d'un point éthique, la gestion de la douleur ne devrait jamais être négligée, elle est influencée par le type de clientèle, la situation géographique de l'établissement, la philosophie de l'hôpital, les moyens financiers à disposition et les techniques utilisées.

Ainsi, le système hospitalier du Valais central s'organise en trois hôpitaux qui ont chacun des rôles et des spécificités différentes. L'hôpital central de Sion regroupe la plupart des domaines aigus comme des salles d'opération disponible 24 heures sur 24, une unité de soins intensifs, un service de gynécologie, une maternité et une pédiatrie. Les hôpitaux périphériques de Martigny et de Sierre possèdent eux aussi leur service d'urgence.

Seul l'hôpital de Sion dispose d'un infirmier de tri qui attribue des priorités aux patients selon le degré de gravité ou d'urgence et peut administrer une antalgie. Cette prestation améliore passablement la qualité du service et de la gestion de la douleur. Les hôpitaux de Martigny et de Sierre trient les patients à partir des informations reçues des secrétaires responsables des admissions tout en donnant priorité aux ambulances. S'il y a un doute sur l'information transmise, sur la gravité ou le degré d'urgence de la situation, le personnel soignant n'hésite pas à aller évaluer lui-même le problème en salle d'attente. Cette solution ne permet malheureusement pas de gérer une douleur pendant que le patient est en salle d'attente.

Les services de Sierre et de Martigny disposent seulement d'assistants pour la médecine et la chirurgie. Aucun médecin chef n'est présent à plein temps. Les assistants utilisent plus de temps pour faire l'anamnèse qu'un médecin expérimenté et doivent, en cas de doute, consulter leur chef, ce qui allonge le temps de prise en charge du patient.

A Sierre, il existe un protocole pour la gestion de la douleur à disposition des assistants. Malheureusement, le personnel soignant n'y pas accès. Cela implique qu'un médecin mène l'anamnèse avant que le patient ne reçoive un début de traitement antalgique. Cette procédure prend évidemment plus de temps que l'anamnèse infirmière. Le protocole médical de la gestion de la douleur, pourtant présenté aux assistants à leurs débuts, est très peu utilisé. Il est rare que les assistants décident eux-mêmes d'un traitement antalgique du 3<sup>e</sup> palier<sup>21</sup> de l'OMS<sup>22</sup>.

L'équipe infirmière des urgences de Sierre est composée d'infirmiers venant de plusieurs formations différentes : infirmiers niveau I, infirmiers en soins généraux, infirmiers canadiens, français, belges, valaisans, ... Chacun a ses trucs et astuces pour gérer un patient présentant des douleurs aiguës. Il n'existe aucune uniformité des méthodes et aucun protocole général de gestion de la douleur mais une pluralité de techniques et de savoir-faire.

Ces observations faites pendant mon stage aux urgences de Sierre m'ont poussé à réfléchir sur différentes conséquences de cette pluralité de techniques et de méthodes de gestion de la douleur : l'efficacité des actions infirmières menées, leur place par rapport aux actes médico-délégués et la manière de transmettre un rapport aux collègues et aux médecins.

Mais avant d'aller plus loin dans cette réflexion, il est important que j'identifie quelques préconstruits<sup>23</sup> qui tournent autour de la gestion de la douleur. Cela me permet d'éviter de fausses orientations ou d'induire des biais dans la suite de mon travail. Voici différents préconstruits issus de la pratique professionnelle :

---

<sup>21</sup> L'OMS a défini trois paliers d'antalgie pour classer l'intensité du traitement antalgique. Cf. Cadre opératoire, 3.4.1. Paliers des antalgiques de l'OMS.

<sup>22</sup> Organisation Mondiale de la Santé.

<sup>23</sup> Cf. Cadre 3.1.1.2. Les représentations de la douleur.

- Un patient qui ne se plaint pas n'a pas de douleur.
- La douleur ne doit pas être masquée puisqu'elle est un signal d'alarme d'un problème sous-jacent.
- Les patients ne sont pas toujours écoutés lorsqu'ils se plaignent de douleurs.
- Le fait de se mettre à la place du patient fausse le jugement professionnel. L'évaluation de la douleur et sa prise en charge en sont pénalisées.
- Par anticipation professionnelle, une douleur occasionnée par une intervention chirurgicale ou un acte médical lourd est mieux prise en charge qu'une douleur d'un patient qui se plaint.
- Les infirmiers ne sont pas toujours attentifs au confort du patient en négligeant la présence d'une douleur lors de soins tel que la toilette.
- Lors d'un acte médical ou infirmier invasif mais courant tel qu'une ponction veineuse, la douleur est banalisée. Son évaluation et sa prise en charge est souvent absente.
- L'évaluation de la douleur est souvent partielle et incomplète : elle est faite au début puis souvent insuffisamment répétée.
- Une douleur est évaluée seulement si le patient la verbalise.

## **2.2. Revue de la littérature et entretiens exploratoires**

Avant de pouvoir poser la question spécifique de recherche, il m'a fallu tout d'abord consulter quelques banques de données afin de savoir quels thèmes et questions ont déjà été traités.

Pour ce faire, j'ai mené diverses recherches sur internet. D'abord, j'ai consulté les travaux de diplômés de mes camarades en ligne sur Rero<sup>24</sup>, le moteur de recherche de la Médiathèque. J'ai complété cette recherche par les travaux de recherche français recensés sur le site de la communauté infirmière française<sup>25</sup>. Quelques travaux concernaient le rôle infirmier mais aucun n'étaient en lien avec les limites de l'évaluation de la douleur aiguë. Ensuite, je me suis attaqué à diverses banques de données comme BDSP<sup>26</sup>, CINAHL<sup>27</sup>, Cochrane Library<sup>28</sup>, Francis,<sup>29</sup> afin de regarder les recherches plus scientifiques qui se rapportaient à la douleur aiguë, à son évaluation, à sa gestion et aux moyens pharmacologiques.

Après ces recherches cyberographiques, mon travail s'est précisé sur les limites du rôle infirmier lors de douleurs aiguës. Une seconde étape de recherche en bibliothèque et de lecture a commencé alors, pour me documenter. Ainsi, j'ai pu définir et délimiter mon cadre.

---

<sup>24</sup> Réseau de bibliothèque de Suisse occidentale. Adresse URL : [www.rero.ch](http://www.rero.ch). Consulté le 12 juin 2009.

<sup>25</sup> Site de la Communauté Infirmière. Adresse URL : [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com). Consulté le 7 juin 2009.

<sup>26</sup> Banque de Données de Santé Publique. Adresse URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/>. Consulté le 12 juin 2009.

<sup>27</sup> Cinahl Databases. Adresse URL : <http://www.ebscohost.com/cinahl/>. Consulté le 12 juin 2009.

<sup>28</sup> The Cochrane Library. Adresse URL : <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME>. Consulté le 12 juin 2009.

<sup>29</sup> OvidSP. Adresse URL : <http://ovidsp.tx.ovid.com/>. Consulté le 12 juin 2009.

En parallèle avec ces démarches de recherche sur internet et en bibliothèque, j'ai interrogé quelques professionnels infirmiers et médecins de mon entourage afin de découvrir quelques problématiques du terrain. Je me suis rendu entre autre dans le service d'antalgie de Martigny pour y interroger une responsable.

### **2.3. Questions spécifiques de recherche**

Après la synthèse de toutes ces recherches et démarches, j'ai pu préciser et formuler ma question de recherche comme suit :

**En quoi les limites du rôle infirmier influencent-elles l'évaluation et la prise en charge de la douleur aiguë ?**

### **2.4. Hypothèses**

De nombreuses hypothèses peuvent correspondre à cette question spécifique de recherche. Ce travail n'étant pas une thèse, le champ d'étude a été restreint à ces 3 hypothèses :

1. Le rôle médico-délégué est une limite au rôle infirmier. Il nécessite une transmission de qualité des informations qui peut être parfois défailante. Une mauvaise transmission empêche un soulagement rapide par des moyens médicaux.
2. Une pratique infirmière réflexive permet d'atténuer les limites du rôle médico-délégué.
3. Les infirmiers se retranchent derrière le rôle médico-délégué lorsqu'ils se sentent démunis.

### 3. Cadre opératoire

A ce stade du travail, le cadre opératoire sert à approfondir les connaissances des différents éléments de la question de recherche. Son but est de permettre l'analyse des données recueillies lors d'entretiens. Au long de mes recherches, le contenu de mon travail s'élargit et de nouveaux angles d'analyse intéressants apparaissent. Devant tant d'informations et de possibilités, je décidai de me concentrer sur mon idée de départ : le rôle médico-délégué.

Aussi, la première partie du cadre opératoire définit les différentes manières de concevoir la douleur et s'attarde sur la douleur aiguë. Elle présente ensuite la théorie du portillon grâce à laquelle la complexité de la douleur est actuellement la mieux perçue. Finalement, elle montre quelques conséquences de la mauvaise gestion de la douleur, afin de permettre au lecteur de mesurer l'importance accordée à la prise en compte de la douleur par le personnel infirmier. Les deuxième et troisième parties décrivent les différentes phases de la démarche d'évaluation de la douleur, puis les avantages et les inconvénients de quelques outils d'évaluation. La quatrième partie aborde les principaux moyens de gestion de la douleur en distinguant les moyens pharmacologiques des moyens non-pharmacologiques. Je m'attarderai sur certains moyens qui me semblent innovants ou plus intéressants. La cinquième partie tente une description du rôle infirmier par l'analyse de quelques aspects importants de sa fonction comme le rôle professionnel, la notion de soins infirmiers, le rôle médico-délégué, le rôle autonome, le rôle interdisciplinaire et l'approche globale du patient. La sixième partie présente les diagnostics infirmiers et la dernière partie expose quelques limites du rôle infirmier qui méritent réflexion.

### **3.1. La douleur aiguë**

#### **3.1.1. Définition**

La douleur est un concept complexe, difficile à appréhender pour principalement deux raisons.

##### *3.1.1.1. La subjectivité de la douleur*

La première raison est la subjectivité liée à l'expérience et à l'expression de la douleur comme le met en évidence David LE BRETON :

"Une information douloureuse (sensory pain) implique une perception personnelle (suffering pain)"<sup>30</sup>.

Malgré cela, une définition de la douleur peut et doit être posée afin de lutter plus efficacement contre celle-ci. L'International Association for the Study of Pain (IASP) en propose la définition suivante

"Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage."<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> R. MELZACK et K. L. CASEY. *Sensory, Motivational, and central control determinants of pain : a new conceptual model*. In D. KENSHALO (ed). *The Skin Senses*. Springfield. Thomas: 1968. p. 423-443. In: David LE BRETON. *Anthropologie de la douleur*. Edition Métrailler. Paris : 1995. P. 14.

<sup>31</sup> "An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage." IASP. International Association for the Study of Pain. *IASP Pain terminology*. 2009. Adresse URL: [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728) Consulté le 15 juillet 2009.

Traduit de l'anglais in Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA,



Cependant, l'aspect subjectif de la douleur rend impossible toute étude directe de ce phénomène comme l'affirme Irène SALAMIN :

"La douleur n'est jamais étudiée directement mais elle peut être appréhendée à travers l'étude de ses mécanismes physiopathologiques (douleurs par excès de nociception, douleurs neuropathiques, douleurs psychogènes) et à travers ses différentes composantes."<sup>32</sup>

### 3.1.1.2. *Les représentations de la douleur*

La seconde raison est liée à toutes les représentations<sup>33</sup> qui tournent autour de la douleur. Ces représentations influencent notre rapport à la douleur, que nous souffrions nous-mêmes ou que la personne en face de nous soit concernée. Lors de la prise en charge de la douleur, différentes représentations, cognitives ou affectives, peuvent intervenir à l'un ou l'autre moment du processus de soins.

Les représentations collectives du service, de l'établissement ou de la société, comme "le cancer cause des douleurs longues et pénibles", orientent la prise en charge de la douleur des personnes cancéreuses. Bien que cette représentation soit "positive", chacun ne la perçoit pas de manière identique. Elle pourrait même induire des problèmes dans la gestion de la douleur si un surplus d'antidouleurs provoquait des effets secondaires.

---

2003. P. 8.

<sup>32</sup> Irène SALAMIN. *La douleur: les mentalités évoluent !* In Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 81.

<sup>33</sup> Angélique HERNANDEZ. *La prise en charge de la douleur sous l'influence des représentations sociales*. TFE Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé. 2006. 32 pages. Document en ligne : <http://raptor1966.free.fr/tfe/tfe%20termin%E9%20avec%20tout.pdf>. Consulté le 24 octobre 2009.

De même, la représentation individuelle du professionnel influence la prise en charge de la douleur. Voici un exemple de représentation individuelle : "cette personne manifeste un syndrome méditerranéen, elle exagère sa douleur, je vais lui donner une demi-dose".

La représentation du client est aussi un facteur important qui peut interférer dans la prise en charge de la douleur. Par exemple : "je ne vais pas déranger les infirmières pour ma douleur, il est normal que je souffre à l'hôpital".

Les représentations collectives ou individuelles, professionnelles ou populaires varient selon la culture, l'éducation, la religion, la législation, la formation et les expériences de vie des personnes. Il est important d'en avoir conscience ! Le travail d'infirmier demande donc une formation adéquate, l'utilisation d'une démarche réflexive et d'outils professionnels, ainsi qu'une vigilance quant à notre manière de penser. L'éducation des personnes à soigner immédiatement leurs douleurs est aussi un moyen de limiter ces représentations.

### *3.1.1.3. Les classements et les composantes de la douleur*

Pour aider à définir la douleur, il existe trois classements différents.

Un premier classement possible se base sur le mécanisme physiopathologique de la douleur. Il différencie trois types de douleur. La douleur par excès de nociception (messages douloureux) est la plus courante ; sa représentation est la plus usuelle. La douleur neurogène ou neuropathique apparaît suite à une lésion d'un nerf. La douleur psychogène est une douleur réelle due à des problèmes psychologiques ou sociaux, sans lésion de tissus.

Un deuxième classement possible se réfère à la durée d'évolution de la douleur. Les douleurs de courte durée sont appelées douleurs

aiguës<sup>34</sup>. Les douleurs chroniques existent depuis plus de six mois (certains tendent à ramener ce délai à trois mois) et ne répondent pas aux traitements entrepris.

"Bien souvent, il n'y a plus de lien réel avec la situation initiale (ex. le zona est guéri) mais la douleur persiste et semble évoluer pour son propre compte: c'est la 'douleur maladie'."<sup>35</sup>

Un troisième classement<sup>36</sup> peut être établi selon le type de pathologie en cause. La douleur est-elle maligne ou non maligne ? Cette question est très pertinente pour les spécialistes de la douleur lorsqu'ils soignent des patients cancéreux.

La douleur peut être définie par classification ou par composition de différentes composantes. Irène SALAMIN<sup>37</sup> propose quatre composantes de la douleur.

La composante sensori-discriminative se définit par ses mécanismes neurophysiologiques. Elle peut être vue selon la qualité de la douleur (en battement, brûlure, en étaux, ...), selon sa durée (brève ou continue), selon son intensité (à l'aide d'une échelle d'évaluation d'intensité) et/ou selon sa localisation.

La composante affectivo-émotionnelle est la conséquence de la douleur physiologique sur notre affect. L'IASP la définit comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable". La douleur peut devenir ainsi "insupportable" et faire évoluer la personne vers des états

---

<sup>34</sup> Cf. Cadre opératoire, 3.1.2. La douleur aiguë.

<sup>35</sup> Bernadette WOUTERS. *Danger, Douleur*. In Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 74.

<sup>36</sup> Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 31.

<sup>37</sup> Irène SALAMIN. *La douleur: les mentalités évoluent !* In Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 82.

émotionnels comme l'anxiété ou la dépression. La composante affectivo-émotionnelle dépend du stimulus nociceptif et du contexte environnant.

La composante cognitive concerne "l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influer sur la perception douloureuse et les comportements qu'elle implique"<sup>38</sup>. Elle prend donc en compte les stratégies douloureuses du patient, ses valeurs, sa culture, son éducation, sa manière de penser, son état psychique, ses expériences antérieures, etc.

La composante comportementale comprend tous les comportements de la personne souffrante, autant le langage verbal que les comportements non verbaux (exemples : mimiques, positions algiques).

### **3.1.2. La douleur aiguë**

Pour des raisons pratiques, mon travail se limite à l'approche de la douleur aiguë par excès de nociception. Ce choix est justifié par ces deux raisons : "l'excès de stimulations nociceptives est le mécanisme le plus couramment rencontré dans la majorité des douleurs aiguës (traumatique, infectieuse, dégénérative, ...)"<sup>39</sup> et "le mécanisme correspond ici à la représentation la plus usuelle de la douleur"<sup>40</sup>.

D'après Bernadette WOUTERS<sup>41</sup>, la douleur aiguë est limitée dans le temps et disparaît en principe avec le traitement de la cause. De plus,

---

<sup>38</sup> Irène SALAMIN. *La douleur: les mentalités évoluent !* In Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 82.

<sup>39</sup> Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 31.

<sup>40</sup> Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 31.

<sup>41</sup> Bernadette WOUTERS. *Danger, Douleur*. In Bulletin d'Education du Patient. *La*

elle "relève toujours d'un dégât tissulaire et témoigne de la stimulation nociceptive qu'il provoque"<sup>42</sup>. Elle est donc un signal d'alarme.

Au niveau physiologique<sup>43</sup>, la douleur aiguë par excès de nociception se transmet dans l'organisme par des millions de terminaisons nerveuses libres (TNL ou récepteurs nociceptifs). Ces TNL donnent deux types de douleur : somatique et viscérale.

La douleur somatique superficielle ou profonde apparaît lors de lésions de tissus de la peau, des muscles et/ou des articulations.

La douleur somatique superficielle est transmise par des neurofibres de type A $\delta$  qui se situent au niveau de l'épiderme et des muqueuses. Leur propriété principale est d'avoir un gros diamètre très myélinisé qui permet une réaction rapide (12 - 80 m/s) à une petite activation. La douleur est aiguë et localisée, souvent associée à un cri.

La douleur somatique profonde est transmise via les neurofibres C. Ces dernières sont localisées dans les couches profondes de la peau, dans les muscles et dans les articulations. Elles sont peu ou pas du tout myélinisées, ont un petit diamètre et réagissent seulement à des stimuli intenses. La transmission est donc plus lente (1,4-4 m/s) ; la douleur est diffuse, persistante et brûlante.

La douleur viscérale utilise les neurofibres  $\alpha\beta$  qui sont très myélinisées. Les neurofibres  $\alpha\beta$  se trouvent dans les organes pleins de la cavité thoracique et abdominale (foie, rate, ...). Elles ont un gros diamètre

---

*douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 74.

<sup>42</sup> Christiane METZGER, Christiane WALTER, André MULLER, Martine SCHWETTA. *Soins infirmiers et douleur. Physiologie et physiopathologie des douleurs. Douleur aiguë*. 3<sup>ème</sup> édition. Edition Elsevier/Masson. 2007. P. 32.

<sup>43</sup> Elaine N. MARIEB. *Anatomie et physiologie humaines. Gros plan : La douleur : impromptu mais utile*. Traduction de la 4<sup>ème</sup> édition américaine. De Boeck Université. Canada : 1999. P. 464-465.

qui permet une transmission rapide de la sensation douloureuse. La douleur plutôt sourde, brûlante et déchirante intervient lors d'étirements extrêmes des tissus, d'une ischémie ou de spasmes musculaires.

Ces douleurs somatiques ou viscérales sont souvent présentes lors d'une inflammation car les TNL sont comprimées par l'œdème et stimulées par différents médiateurs chimiques.

Voici le déroulement du processus douloureux : suite au stimulus de départ, une décharge d'influx nerveux est conduite par un nerf jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière. L'arrivée de l'influx provoque une libération du neurotransmetteur de la douleur, la substance P, et une dépolarisation du neurone qui se trouve au milieu de la corne. Cela entraîne une stimulation du faisceau spino- et réticulo-thalamique qui guide l'influx jusqu'au système limbique, le cerveau émotionnel, puis à l'hypothalamus. Enfin, l'influx continue sa route du thalamus jusqu'au cortex cérébral, où il permet une prise de conscience de la douleur et une réponse par les voies sensibles.

### **3.1.3. Théorie du portillon<sup>44</sup>**

La théorie du portillon, aussi appelé "Gate Control System", date des années 1960. Elle a été développée par les Drs WALL et MELZACK (publiée en 1965) qui ont expliqué la modulation de l'influx douloureux.

En effet, à l'extrémité du premier neurone dans la corne postérieure de la moelle aboutissent plusieurs types de fibres. Il y a les fibres de la douleur A $\delta$  et C et les fibres des sensations tactiles non douloureuses A $\alpha$  et A $\beta$  de diamètres plus importants que les fibres de la douleur.

---

<sup>44</sup> Jean-Claude NATAF. *La douleur en 200 questions*. Editions de Vecchi. 2001. P.12.

Au contact d'une stimulation douloureuse, le message de la douleur parvient du lieu de la lésion jusqu'à ce premier neurone de la corne postérieure. Or, si un second message, comme une sensation tactile, arrive au même moment dans la corne postérieure de la moelle, la transmission du message douloureux est ralentie au profit de la sensation tactile. On assiste à la "fermeture du portillon" et la sensation douloureuse diminue d'intensité.

Cette théorie donne une explication scientifique à bien des techniques non pharmacologiques de la gestion de la douleur, par exemple : les frottements et les caresses, l'acupuncture, les massages, les électrostimulations transcutanées et une partie de l'efficacité de la cryothérapie<sup>45</sup>.

L'application du "Gate Control System" ne s'arrête pas là. Certains théoriciens de la douleur voient derrière cette théorie tout l'être bio-psycho-social de la personne souffrante. Ainsi, David LE BRETON parle de la douleur :

"De nombreux relais s'interposent entre le foyer et la douleur ressentie. Ces filtres accentuent ou diminuent son intensité. Le chemin de la douleur emprunte des portes qui la ralentissent, l'amortissent ou accélèrent son passage. D'autres perceptions sensorielles entrent en résonance avec elle et contribuent à la moduler (chaleur, froid, massage, etc.). Certaines conditions l'inhibent (concentration, relaxation, diversion, etc.). D'autres accélèrent sa diffusion et la majorent (peur, fatigue, contraction, etc.). Il n'y a pas de douleur sans souffrance, c'est-à-dire sans signification affective traduisant le glissement d'un phénomène physiologique au cœur de la conscience morale de l'individu."<sup>46</sup>

Ce qu'Irène SALAMIN résume en ces termes :

---

<sup>45</sup> Patrice QUENEAU, Gérard OSTERMANN. *Le médecin, le malade et la douleur*.  
Edition Masson. Paris : 2004. P. 243.

<sup>46</sup> David LE BRETON. *Anthropologie de la douleur*. Ed. Métailié. Paris : 1995. P. 13.

"La perception douloureuse est donc fonction d'un équilibre entre systèmes activateurs et inhibiteurs. Le modèle de la douleur est progressivement devenu biopsychosocial donc multidimensionnel."<sup>47</sup>

Lutter contre la douleur signifie donc se battre sur tous les plans de l'être somatique, psychique, social et spirituel.

### **3.1.4. Les conséquences de la douleur aiguë**

Les conséquences de la douleur sont terribles, diverses et complexes. Elles influencent tout notre être bio-psycho-social. Bernadette WOUTERS en parle de cette manière :

"Toutes deux [les douleurs aiguës et chroniques] atteignent notre fonctionnement physique et mental, peuvent y laisser des traces ou le modifier profondément."<sup>48</sup>

L'hyperalgésie centrale<sup>49</sup> est une des traces que peut laisser une douleur répétée ou une forte douleur aiguë. Ce phénomène est causé par les récepteurs du NMDA dont le but est de renforcer les connexions neuronales lors d'un apprentissage. Ces récepteurs NMDA abaissent ainsi le seuil de la douleur en amplifiant les influx nociceptifs lors de la transmission du message dans la moelle épinière.

D'autres conséquences de la douleur ont été décelées par les scientifiques. Aussi, Bernard LE POLAIN<sup>50</sup> s'est intéressé aux conséquences de la douleur postopératoire intense. En voici la liste :

---

<sup>47</sup> Irène SALAMIN. *La douleur: les mentalités évoluent !* In: Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 81.

<sup>48</sup> Bernadette WOUTERS. *Danger, Douleur*. P. 74.

<sup>49</sup> Elaine N. MARIEB. *Anatomie et physiologie humaines*. Traduction de la 4<sup>ème</sup> édition américaine. De Boeck Université. Canada : 1999. P. 465.

<sup>50</sup> Bernard LE POLAIN. *Conséquences de la douleur postopératoire*. 1998. P. 16. In: Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 75.



- Mauvaise cicatrisation des tissus lésés due à l'effet endocrinien (augmentation du cortisol, de la glycémie et du catabolisme) et à la réaction immunitaire (augmentation de l'ACTH<sup>51</sup> et du cortisol).
- Risque d'infarctus accru causé par la stimulation adrénergique (hypertension, tachycardie, augmentation de la consommation d'O<sub>2</sub> et de l'ischémie myocardique)
- Risque de phlébites et de thromboses artérielles augmenté par la stimulation adrénergique, l'immobilisation (augmentation de l'agrégation plaquettaire) et la diminution de l'amplitude thoracique et du réflex de la toux (ce qui augmente les atélectasies, pneumopathies, l'hypoxie cellulaire).
- Risque de chronicisation de la douleur par la libération continue de neuromédiateurs neurotoxiques.

A ces conséquences directes, Bernard LE POLAIN<sup>52</sup> ajoute de nombreuses autres conséquences physiques dues indirectement à la douleur. Par exemple, l'immobilisation peut provoquer une fonte musculaire, des escarres, des contractures musculaires, une inappétence (aggravant la fonte musculaire et compliquant la cicatrisation), une constipation et une augmentation de la charge pour l'équipe soignante.

---

<sup>51</sup> ACTH de l'anglais Adréno Cortico Tropic Hormone est l'hormone corticotrope, sécrétée par le lobe antérieur de l'hypophyse, qui va stimuler la glande surrénale à produire les différentes hormones minéralocorticoïdes et glucocorticoïdes (le cortisol). Information trouvée sur Vulgaris-Médical. *ACTH*. Adresse URL: <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/acth-202/physiologie.html>. Consulté le 23 octobre 2009.

<sup>52</sup> Bernard LE POLAIN. *Conséquences de la douleur postopératoire*. 1998. P. 16. In: Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 75.

D'autres conséquences de la douleur aiguë ont été répertoriées sur le plan émotionnel<sup>53</sup> : une apparition ou une augmentation de la peur, une détresse de la personne souffrante, un rapport négatif à la réalité avec des croyances du type "tout va mal", un isolement de la personne, une réaction négative et/ou un retrait de l'entourage familial ou social.

De là découle l'importance d'une gestion correcte et rapide de la douleur aiguë qui permettra d'agir et de prévenir bien des complications dans tout l'être bio-psycho-social du patient.

### **3.2. La démarche d'évaluation de la douleur**

La démarche d'évaluation de la douleur a plusieurs objectifs. Elle permet dans un premier temps à l'équipe soignante de choisir la réponse antalgique la mieux adaptée. Répétée, elle permet ensuite d'évaluer l'efficacité d'un traitement et de suivre l'évolution d'une douleur.

Toute démarche d'évaluation part du principe que la douleur est un phénomène complexe et subjectif. Chaque patient est donc le propre arbitre de sa douleur. Irène SALAMIN affirme :

"La difficulté de l'évaluation réside dans le fait qu'il s'agit d'évaluer avec des méthodes objectives quelque chose qui est, par définition, subjectif."<sup>54</sup>

L'évaluation de la douleur peut se faire à l'aide de différents outils. Elle se compose d'étapes qui donnent de précieux indices au soignant. En fonction des besoins et des circonstances, toutes les étapes ne sont pas

---

<sup>53</sup> Bernard LE POLAIN. *Conséquences de la douleur postopératoire*. 1998. P. 16. In: Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 75.

<sup>54</sup> Irène SALAMIN. *La douleur: les mentalités évoluent !* In Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 82.

nécessairement utilisées. Dans les quatre sous-points suivants, je présenterai ces principales étapes<sup>55</sup>.

### **3.2.1. L'interrogatoire du patient et de sa famille**

Lorsque le soignant entreprend une démarche sérieuse d'évaluation de la douleur, il doit commencer par croire et écouter le patient. Pour cela le soignant dispose de différents moyens comme l'écoute active, l'anamnèse, les échelles d'évaluation, etc. Connaître les représentations des patients sur la douleur, ses comportements lorsqu'il souffre, les facteurs déclenchant ou favorisant la douleur, peut être très utile.

Le soignant doit être spécialement attentif à toutes les personnes qui ne se plaignent pas spontanément de douleurs. Cette non-verbalisation de la douleur peut dépendre des préconstruits du patient, de son éducation ou de son état intellectuel. Dans ce cas-là, l'interrogation de la famille est un moyen nécessaire pour compléter l'anamnèse et affiner l'évaluation. La famille peut apporter des informations sur le rapport qu'entretient la personne avec la douleur, sur le type de comportement adopté par le patient lors de douleurs aiguës, sur ses préconstruits, etc.

### **3.2.2. Examen clinique infirmier**

Si l'interrogatoire du patient est la première source d'informations, il peut être complété ou suppléé, dans certains cas, par l'examen clinique infirmier. Durant celui-ci, l'infirmier reste attentif à divers signes cliniques et paracliniques.

---

<sup>55</sup> Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 39.

Les signes cliniques d'une douleur sont les plaintes, les gémissements, le faciès, les grimaces, des rougeurs, les larmes, la position du patient, ... L'augmentation de la pulsation, de la tension et de la fréquence respiratoire sont des signes paracliniques couramment utilisés.

### **3.2.3. Données des explorations fonctionnelles**

Une évaluation plus approfondie s'intéresse aussi à la cause de la douleur. Connaître le diagnostic médical du patient, le résultat des analyses du laboratoire, d'une radiographie ou d'un IRM permet de comprendre les mécanismes d'une douleur et, dans un second temps, de l'anticiper. Par exemple, lors de douleurs aiguës causées par une déchirure musculaire, les médecins prescrivent des anti-inflammatoires.

### **3.2.4. Appréciation du comportement et de l'autonomie**

L'infirmier évalue aussi les conséquences de la douleur dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Ce bilan infirmier est parfois approfondi ou complété par d'autres professionnels de la santé (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.). Aussi, la transmission des informations intradisciplinaires et interdisciplinaires est déterminante pour la qualité du bilan infirmier. Le bilan n'est pas statique et définitif, mais varie de jour en jour en fonction de l'état général physique et psychique du patient.

## **3.3. Les échelles d'évaluation de la douleur**

Bien que la douleur soit une expérience propre à chacun, la science a tenté de développer des échelles d'évaluation de la douleur, dans le but de la localiser et de déterminer son intensité. Ces échelles peuvent être

soit unidimensionnelles soit multidimensionnelles. Les premières n'évaluent qu'une dimension de la douleur, par exemple son intensité (Echelle Numérique et l'Echelle Visuelle Analogique). Les deuxièmes prennent en compte d'autres dimensions comme l'impact de la douleur sur les activités de la vie quotidienne, le risque de dépression ou les manifestations cliniques.

Dans la pratique courante, l'évaluation de la douleur par une méthode précise présente plusieurs avantages<sup>56</sup>. Elle permet notamment l'identification systématique de la douleur chez les patients. Le sérieux de l'évaluation améliore la relation thérapeutique et facilite la prise de décision quant au moyen antalgique à appliquer. L'utilisation d'une même échelle d'évaluation donne une base commune aux différents professionnels de la santé et permet de suivre l'évolution d'une douleur et de constater l'efficacité des moyens engagés.

### **3.3.1. Les échelles d'autoévaluation**

Les échelles d'autoévaluation présentent l'avantage que chaque patient est le propre juge de sa douleur. L'équipe soignante met donc l'accent sur la confiance en la parole de la personne.

Les échelles d'autoévaluation se veulent simples d'utilisation, rapides et efficaces. Aussi, les principales échelles sont unidimensionnelles et ne prennent en compte souvent que l'intensité.

#### *3.3.1.1. L'échelle verbale simple*

L'échelle verbale simple (EVS) est constituée d'adjectifs d'intensité qui qualifient la douleur. Elle ne nécessite aucun moyen auxiliaire et est

---

<sup>56</sup> Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 41.

facilement compréhensible. Au besoin, le vocabulaire peut être adapté ou l'échelle traduite dans une autre langue.

- Niveau 0 = pas de douleur
- Niveau 1 = douleur faible
- Niveau 2 = douleur modérée
- Niveau 3 = douleur intense
- Niveau 4 = douleur extrêmement intense

### 3.3.1.2. *L'échelle numérique*

L'échelle numérique (EN) s'utilise verbalement en chiffrant l'intensité de la douleur entre 0 et 10 ou entre 0 et 100. 0 représente l'absence de douleur, 10 ou 100 le maximum imaginable. L'EN est simple d'utilisation mais demande tout de même une certaine capacité d'abstraction. Elle permet de suivre facilement l'évolution d'une douleur ou l'efficacité d'une antalgie.

### 3.3.1.3. *L'échelle visuelle analogique*

L'échelle visuelle analogique (EVA) est une adaptation sur support de l'EN. Elle se présente sous forme d'une réglette<sup>57</sup> horizontale avec un trait d'une longueur de 10 cm. L'extrémité gauche du trait représente l'absence de douleur et l'extrémité droite la douleur maximale imaginable. Le patient déplace un curseur qui indique au soignant une valeur numérique au dos de la réglette. Une adaptation de l'EVA avec des visages différents (content, grimaçant, pleurant) existe aussi. Si la valeur est très utile aux patients, l'EVA nécessite quand même un support et une capacité d'abstraction de la part du patient.

---

<sup>57</sup> Cf. Annexes, D. Echelles Visuelles Analogiques. P. IX.

#### 3.3.1.4. Localisation de la douleur

D'autres échelles unidimensionnelles évaluent la localisation d'une douleur.

Le soignant peut demander au patient de dessiner les endroits douloureux sur une silhouette humaine. Cela est utile lorsque le patient se plaint de douleurs multiples ou lorsque la douleur est plus difficile à localiser comme au dos ou au ventre.

#### 3.3.2. Les échelles multidimensionnelles

Les échelles multidimensionnelles sont plus utilisées lors de douleurs chroniques. Elles méritent cependant d'être mentionnées ici car elles tiennent compte des dimensions affectives et sensorielles de la douleur.

Les échelles multidimensionnelles ont l'avantage d'évaluer la douleur dans plusieurs dimensions à la fois (dimension sensorielle, affective, etc.). Elles permettent de rentrer davantage dans la globalité du patient, dans tout son être bio-psycho-social. David LE BRETON en parle en ces termes :

"D'autres outils s'attachent à affiner l'évaluation en cheminant sur le terrain du malade, en épousant son vocabulaire et en sollicitant sa volonté de précision."<sup>58</sup>

Le McGill Pain Questionnaire et son adaptation française le Questionnaire Douleur de St-Antoine (QDSA)<sup>59</sup> utilisent une vaste palette de qualificatifs qui permettent aux spécialistes d'orienter le diagnostic, de mesurer l'intensité et les répercussions affectives de la douleur.

---

<sup>58</sup> David LE BRETON. *Anthropologie de la douleur*. Ed. Métailié. Paris : 1995. P. 42.

<sup>59</sup> Cf. Annexes, F. Questionnaire de Saint-Antoine. P. XI.

Malheureusement, ces questionnaires ne sont pas utilisables en urgence car ils demandent beaucoup de temps pour être complétés.

Il existe aussi des échelles comportementales qui évaluent les répercussions de la douleur dans les activités de la vie quotidienne du patient, dans sa vie professionnelle et/ou dans ses loisirs.

### **3.3.3. Les échelles d'hétéroévaluation**

Parfois, des patients ne sont pas capables de communiquer leur douleur (personnes muettes, inconscientes, démentes ou de langue étrangère). Dans ce cas, les échelles d'hétéroévaluation permettent d'évaluer une douleur par des observations comportementales somatiques, psychomotrices et psychosociales. Ces échelles ont été créées par des personnes du terrain<sup>60</sup> :

- Le DEGR évalue la douleur prolongée chez l'enfant.
- Le DOLOPLUS évalue la douleur chez la personne âgée.
- Le SCORE AMIEL TISON évalue la douleur postopératoire chez les 0-7 mois.
- Le SAN SALVADOR évalue la douleur chez les enfants en situation de handicap.

---

<sup>60</sup> Sophie LERUTH. *La douleur se mesure-t-elle ?* In Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999. P. 94.



### **3.4. Les principales techniques de gestion de la douleur aiguë**

L'infirmier dispose de différents moyens pour soulager une douleur aiguë. Ceux-ci évoluent avec la science et les mœurs. Les moyens pharmacologiques du rôle médico-délégué, couramment utilisés, sont très efficaces. L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a catégorisé ces moyens pharmacologiques en trois paliers.

#### **3.4.1. Paliers des antalgiques de l'OMS<sup>61</sup>**

Le traitement usuel de la douleur commence par le palier le plus bas et monte dans les paliers si le traitement n'est pas suffisamment efficace. Selon l'intensité de la douleur, il est possible de commencer directement à un palier supérieur.

Au premier palier, il y a le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qui peuvent être complétés par différents adjuvants. Au deuxième palier se trouvent les opioïdes faibles et certains antalgiques non opioïdes plus forts. Le troisième palier comprend tous les antalgiques opioïdes forts.

#### **3.4.2. Quelques moyens pharmacologiques**

Parmi la grande variété de substances antalgiques et les différentes manières de les administrer, voici deux moyens antalgiques qui ont retenu mon attention pendant ma formation.

---

<sup>61</sup> Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 55.

Le MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène / Protoxyde d'Azote) est un antalgique administré sous forme gazeuse à l'aide d'un masque quelques minutes avant un soin douloureux. Cette technique qui nécessite tout de même une bonbonne de gaz est facile d'emploi et agit rapidement. L'effet antalgique est plafonné et disparaît très vite après l'arrêt du gaz. Actuellement, le MEOPA est répandu dans les services de pédiatrie mais peine à faire son apparition dans les services de chirurgie ou de médecine. Il ne remplace pas les antalgiques de longue durée d'action mais permet une analgésie rapide et efficace lors de certains soins plus douloureux (changements de pansements, retraits d'agrafe, sutures, ponctions veineuses, etc.).

Le Fentanyl est un antalgique de la classe des opioïdes. Bien plus puissant que la morphine, il est utilisé lors de douleurs intenses. Traditionnellement, il est administré par voie veineuse. Cependant, une seconde voie d'administration moins conventionnelle est utilisée en préhospitalier : dilué avec du sérum physiologique dans une seringue avec un embout spécial, le Fentanyl est dispersé dans la cavité nasale afin d'être absorbé par les capillaires de la muqueuse. Cette technique permet un effet rapide de l'antalgique et évite la pose d'une voie veineuse. Cette deuxième voie d'administration mérite donc d'être mentionnée et d'être plus répandue dans les services d'urgences en l'absence de voie veineuse.

### **3.4.3. Les moyens infirmiers<sup>62</sup>**

Le rôle autonome infirmier occupe une place importante dans la gestion de la douleur. L'infirmier et ses auxiliaires (aides-soignants, assistants en soins) sont les personnes les plus proches du patient, donc les plus à même de détecter une douleur et d'agir rapidement.

---

<sup>62</sup> Cf. Annexes, C. Actes infirmiers liés à la gestion de la douleur. P. VII – VIII.

L'écoute active du patient, l'anamnèse et une évaluation de la situation et de la douleur permettent d'établir une relation de confiance avec le patient, de détecter ses réels besoins et de planifier correctement les soins nécessaires. Une réflexion sur la couverture journalière antalgique est très importante, car elle permet d'éviter bon nombre de douleurs liées à certains soins comme par exemple la toilette. D'autres mesures<sup>63</sup> peuvent accompagner une couverture antalgique afin d'aider à soulager la douleur : application de chaud, de froid, un changement de position, un massage, de la physiothérapie, de la détente par de la musique, par du yoga, par l'autohypnose, par le biofeedback ou par d'autres techniques de relaxation et pourquoi pas des moyens moins conventionnels comme l'acupuncture, la réflexologie, la religion.

#### **3.4.4. La cryothérapie**

La cryothérapie est un moyen non-pharmacologique couramment utilisé pour soulager la douleur lors de lésions traumatiques comme des fractures, des entorses, des lésions dans les parties molles ou dans des situations post-chirurgicales ostéo-articulaires. Elle est utilisée sous forme de poche froide, de glace dans une lavette, de sprays et s'applique localement éventuellement en massant.

L'application de froid sur la zone douloureuse module l'influx douloureux<sup>64</sup>. D'une part, le froid stimule les thermorécepteurs en activant la théorie du portillon, d'autre part, il entraîne une libération d'endomorphines, hormone antalgique du corps. Enfin, il diminue l'œdème ce qui indirectement provoque un effet antalgique.

---

<sup>63</sup> Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 82 – 87.

<sup>64</sup> Patrice QUENEAU, Gérard OSTERMANN. *Le médecin, le malade et la douleur*. Edition Masson. Paris : 2004. P. 243.

### **3.5. Rôle professionnel infirmier**

#### **3.5.1. Le rôle professionnel**

Le rôle professionnel est une notion difficile à définir car il touche à la fois à la définition du Soi et de l'être et à la fois à la notion des représentations. Le rôle professionnel est également influencé par deux variables. D'un côté, l'individu façonné par son éducation, son histoire, son jugement, ses capacités et ses limites évolue dans le temps tout en restant le même. D'un autre côté, la réalité de la profession avec ses droits, ses devoirs, sa charge de travail, ses moyens auxiliaires, ses représentations sociales, son passé historique évolue elle aussi. Jean-Gilles BOULA<sup>65</sup> précise que le rôle professionnel est influencé par des composantes du soi cognitives, affectives et comportementales.

#### **3.5.2. Le rôle professionnel infirmier**

Le rôle professionnel infirmier se définit comme l'ensemble des champs de compétences acquises par une personne au cours de sa formation<sup>66</sup> et de sa pratique professionnelle infirmière. Le problème d'une telle définition est qu'elle n'est pas homogène puisqu'elle regroupe un grand nombre de professionnels qui ont chacun des compétences propres.

---

<sup>65</sup> Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales. Jean-Gilles BOULA. *Le soi et Rôle professionnel*. Adresse URL : [http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/Soi\\_role\\_professionnel.htm](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Soi_role_professionnel.htm). Consulté le 23 octobre 2009.

<sup>66</sup> Pour ma part, issu d'une formation Bachelor en Suisse romande, j'ai développé neuf compétences. Cf. Annexes B. Les 9 compétences Bachelor. P. II – VI.

Pour pallier à ce problème, le code de la santé publique français donne une définition complète et intéressante du rôle infirmier en catégorisant les actes posés par les professionnels :

"Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des Soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement."<sup>67</sup>

Plusieurs concepts de cette définition sont présentés dans les sous-points suivants.

### **3.5.3. Soins infirmiers**

D'abord, le terme de "Soins Infirmiers" représente l'intégralité des techniques et des connaissances propres à une science à part entière : la science infirmière. Celle-ci évolue en parallèle de la médecine, des sciences humaines, des événements de la vie professionnelle, de l'évolution des mœurs et des choix de société<sup>68</sup>.

La Croix Rouge Suisse a défini en cinq fonctions l'offre globale des soins infirmiers.

**Fonction 1** : soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne

**Fonction 2** : accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie

**Fonction 3** : participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques

---

<sup>67</sup> Article L 4311-1, consultable en ligne à l'adresse : <http://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-l4311-1>. Consulté le 19 octobre 2009.

<sup>68</sup> René MAGNON. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Edition Masson. Paris : 2006. P. 3.

**Fonction 4** : participation à des actions de prévention des maladies et des accidents d'une part, de maintien et de promotion de la santé, d'autre part ;  
participation à des actions de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale

**Fonction 5** : contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession ;  
collaboration aux programmes de recherche réalisés dans le domaine de la santé."<sup>69</sup>

### **3.5.4. Rôle médico-délégué**

Ensuite, le rôle médico-délégué de l'infirmier, à travers l'application d'ordres médicaux et de traitements, est certainement la part la plus vue et connue de la profession pour deux raisons au moins. La première est historique car le rôle infirmier s'est longtemps limité à celui d'auxiliaire du médecin. La seconde vient d'une méconnaissance et d'une confusion des termes "soigner" et "guérir" comme l'explique René MAGNON :

" 'L'art de soigner', c'est-à-dire la manière de donner les soins nécessaires à la vie de l'espèce humaine et de la conserver, sera longtemps confondu, étroitement mêlé, à l'art de 'guérir'."<sup>70</sup>

Dans le cadre de la gestion d'une douleur aiguë, l'infirmier utilise le rôle médico-délégué lorsqu'il prend connaissance du dossier médical du patient et lorsqu'il applique et distribue la prescription médicale antalgique.

---

<sup>69</sup> Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 165.

<sup>70</sup> René MAGNON. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Avant-propos*. Edition Masson. Paris : 2006. P. 1.

### **3.5.5. Rôle autonome**

Pour finir, la définition aborde le rôle autonome infirmier ou rôle propre. En effet, la science infirmière étant une discipline à part entière, le rôle infirmier ne peut se limiter aux actes médico-délégués. Aussi, le rôle propre peut être défini comme "la fonction de l'infirmier(ère) qui se voit reconnaître l'autonomie, la capacité de jugement et l'initiative. Il (elle) en assume la responsabilité"<sup>71</sup>.

Le code de la santé publique français va plus loin et propose de définir aussi le rôle propre infirmier en ces termes :

"Relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes."<sup>72</sup>

Concrètement, le rôle autonome s'applique dans la capacité d'évaluation et de réévaluation de la douleur aiguë (localisation, intensité, contexte, ...), dans la planification des soins antalgiques, dans la transmission entre collègues de cette planification et d'une éventuelle délégation, dans la prévention des facteurs favorisant la douleur ou son apparition, dans l'éducation des patients face à la douleur, dans la formation personnelle continue et dans l'encadrement de cadet ou de collègue quant à la gestion de la douleur.

---

<sup>71</sup> René MAGNON, Geneviève DECHANOZ. Dictionnaire des Soins Infirmiers. Masson. Paris: 1995. P. 171. In: Sylvie DELON. Extraits du mémoire : Concept du rôle propre infirmier. École des Cadres de Mazamet. Suisse: 1997. Adresse URL : <http://membres.lycos.fr/papidoc/544rolepropinfirm.html>. Consulté le 23 octobre 2009.

<sup>72</sup> Code de la santé publique français. Article R. 4311-3, Le décret du 15 mars 1993. Adresse URL : <http://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-l4311-1>. Consulté le 20 octobre 2009.

### 3.5.5.1. *La prévention*

La prévention fait également partie du rôle infirmier. Elle peut être divisée en trois grands groupes d'intervention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire concerne tous les actes visant à prévenir l'apparition d'un problème dans toute la population ou un groupe très large de personnes, par exemple, la prévention routière car elle concerne tous les usagers de la route. Dans le cadre de la douleur aiguë, la prévention primaire s'applique indirectement, si nous considérons que la prévention routière diminue les accidents, et, par conséquent, les douleurs aiguës liées aux traumatismes associés. L'éducation de la population à une gestion plus adaptée de la douleur serait éventuellement un autre exemple de prévention primaire.

La prévention secondaire vise seulement les personnes spécialement à risque de développer un problème. Par exemple, les mammographies régulières pour les femmes de plus de quarante ans dépistent le cancer du sein. Dans le cadre de la gestion de la douleur aiguë, la prévention secondaire est utilisée régulièrement dans les services de chirurgie avant les opérations. Les spécialistes (infirmiers, médecins, physiothérapeutes) expliquent aux patients les mouvements et les positions adaptés afin d'éviter des douleurs inutiles dans la région à opérer.

La prévention tertiaire est destinée à toutes personnes qui, suite à un problème de santé, désirent éviter des complications. L'exemple type est la personne qui, après un infarctus, prend un traitement médicamenteux et surveille son hygiène de vie. Dans le cadre de la douleur aiguë, une couverture antalgique suffisante et planifiée après une opération est un exemple de préventions tertiaires.



### 3.5.5.2. *Le rôle interdisciplinaire*

L'infirmier peut être perçu comme l'intermédiaire entre le patient et l'équipe soignante et thérapeutique dans le sens large du terme. Sa vision globale de la situation lui permet de défendre au mieux les intérêts de ses patients. A ce titre d'expert, il peut s'adresser d'égal à égal avec d'autres professionnels de la santé ou du social. Aussi, les infirmiers travaillent couramment avec les médecins, les physiothérapeutes, les radiologues, les laborantins, les assistants sociaux, les femmes de ménage, les cuisiniers, les aumôniers, etc.

### 3.5.5.3. *Le flou entre rôle propre et rôle médico-délégué*

Malheureusement, il n'est pas toujours aisé d'affirmer catégoriquement si une action fait partie du rôle propre ou du rôle médico-délégué. L'histoire des professions médicale et infirmière est certainement une des causes de ce flou. Médecins et infirmiers sont devenus experts de la santé avec leur propre raisonnement vers un but convergent, ce qu'expliquent MARCHAL et PSUIK :

"De ce fait, pour le même malade, la démarche infirmière et la démarche médicale évoluent en étroite corrélation, avec une participation active de la personne soignée, en vue d'une prescription de soins coordonnés qui lui soient adaptées."<sup>73</sup>

Cependant, malgré une démarche réflexive différente pour chacune des professions, infirmiers et médecins ont des champs d'expertises communs. MARCHAL et PSUIK en parlent en ces termes :

"L'infirmière est en permanence confrontée à trois domaines dans son jugement clinique. Elle doit discerner, dans l'évaluation globale de la clinique d'un malade,

---

<sup>73</sup> Arlette MARCHAL, Thérèse PSUIK. *Le diagnostic infirmier du raisonnement à la pratique*. Editions Lamarre. Paris : 1995. P. 3.

si elle se trouve en présence d'un indice en rapport avec :

- le diagnostic médical ;
- une complication potentielle liée à la pathologie ;
- un diagnostic infirmier.<sup>74</sup>

Concrètement, ce flou entre le rôle infirmier propre et médico-délégué se constate dans la gestion de la douleur. En voici plusieurs exemples :

- Lorsque l'infirmier demande une prescription antalgique aux médecins, est-ce une négligence médicale au vu du diagnostic, l'apparition d'une complication ou le souci infirmier du confort de son patient ?
- Lorsque l'infirmier applique un protocole pour donner un antalgique, est-ce au médecin ou à l'infirmier spécialiste de la douleur de l'établir ?
- Lorsque l'infirmier adapte les doses et les heures d'un traitement prescrit aux besoins du patient et du service, est-ce totalement dans les compétences infirmières ou est-ce une compétence médicale que les infirmiers s'approprient à cause de la réalité du milieu ?

### ***3.5.6. L'approche globale ou bio-psycho-sociale***

Les soins infirmiers se structurent par des théories de soins. Ces modèles conceptuels, non exhaustifs de l'être humain permettent tout de même l'élaboration d'un plan de soins. Durant ma formation, j'ai eu l'occasion de travailler avec plusieurs théories de soins notamment celles de Virginia HENDERSON, Dorothée OREM, Nancy ROPER. Celles-ci

---

<sup>74</sup> Arlette MARCHAL, Thérèse PSIUK. *Le diagnostic infirmier du raisonnement à la pratique*. Editions Lamarre. Paris : 1995. P. 2.

proposent une approche globale en abordant le patient sous les angles biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels.

Dans le modèle de Virginia HENDERSON, les quatorze besoins fondamentaux du patient sont perçus comme une nécessité vitale, élargie par le guide du service infirmier à une approche globale de la personne :

"Chaque besoin a une dimension biologique, physiologique, psychologique, sociale et culturelle."<sup>75</sup>

Il en va de même quant à la gestion de la douleur. Puisque la douleur concerne l'individu "dans une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable"<sup>76</sup>, il est nécessaire d'agir autant sur le plan biologique (traitements médicaux, stimulations issues de la théorie du portillon) que sur le plan psychologique (relation d'aide, écoute active du patient, empathie) que sur le plan social et culturel (information et éducation du patient à la douleur et au traitement).

### **3.6. Les diagnostics infirmiers**

L'infirmier soigne des patients par un certain nombre d'actes qu'il essaie d'optimiser à travers cinq critères de soins : efficacité, sécurité, économie, confort et esthétisme. Pour atteindre ce but, l'infirmier dispose d'un outil de travail nommé "diagnostic infirmier" qui est développé par l'Association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier (ANADI). La neuvième conférence internationale de l'ANADI, en mars 1990, a retenue la définition suivante du diagnostic infirmier :

---

<sup>75</sup> Guide du service infirmier. *Typologie des actes de soins infirmiers relatifs au rôle propre de l'infirmière*. Série soins infirmiers n°5. Bulletin officiel n°8 7/28 bis. Ministère des affaires sociales et de l'emploi. Paris. P. 6.

<sup>76</sup> Traduite de l'anglais in Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland. Baar : UPSA, 2003. P. 8.

"Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents et potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable."<sup>77</sup>

Ainsi, les diagnostics infirmiers permettent l'élaboration d'une démarche infirmière systématisée construite en étapes<sup>78</sup>. Tout d'abord, l'infirmier collecte un maximum de données, puis il identifie parmi celles-ci les indices qui lui permettent de poser des hypothèses diagnostiques. Ensuite, il recherche des signes additionnels qui le renforcent ou l'infirmier dans son idée et interprète les données à la lumière de ses hypothèses. Après cela, il valide le diagnostic auprès du patient et planifie avec son accord les buts et les interventions qui permettront de résoudre le problème identifié. Finalement, il exécute le plan de soins et évalue les résultats. Si nécessaire, il réajuste le plan de soins.

La démarche infirmière n'est jamais figée. Sans cesse en mouvement, elle dépend de l'évolution et de l'état du patient, comme l'affirment mesdames MARCHAL et PSIUK :

"La démarche infirmière commence dès les premières informations concernant la personne soignée; elle se poursuit lors de chaque rencontre et ne prend fin qu'avec la rupture définitive de la relation personne soignée - infirmière."<sup>79</sup>

Le diagnostic infirmier n'est certainement pas le seul outil pour établir une démarche infirmière systématique. En ce sens, Monique LEFEBVRE affirme :

---

<sup>77</sup> Margot PHANEUF, Louise GRONDIN. *Diagnostic infirmier et rôle autonome de l'infirmière. Selon la classification de l'ANADI*. Edition Maloine. Canada: 1994. P. 4.

<sup>78</sup> Arlette MARCHAL, Thérèse PSIUK. *Le diagnostic infirmier du raisonnement à la pratique*. Editions Lamarre. Paris : 1995. P. 16.

<sup>79</sup> Arlette MARCHAL, Thérèse PSIUK. *Le diagnostic infirmier du raisonnement à la pratique*. Editions Lamarre. Paris : 1995. P. 17.

"Ce qui importe avant tout, c'est qu'une démarche intellectuelle rigoureuse sous-tende les soins prodigués par l'infirmière. Cette démarche de soins ne peut s'effectuer sans un certain bagage de connaissances sur la personne bénéficiaire, sur le problème que celle-ci présente, sur les moyens de la résoudre efficacement, sur les attitudes appropriées devant la personne et sur les modes de communication avec elle."<sup>80</sup>

Cependant, les diagnostics infirmiers offrent un cadre conceptuel si efficace pour organiser la pensée qu'ils sont utilisés internationalement depuis plus de 50 ans. Les diagnostics infirmiers permettent à l'infirmière de devenir une praticienne réflexive.

Parmi les différents diagnostics infirmiers se trouve celui de "Douleur aiguë". PHANEUF et GRONDIN définissent ce diagnostic comme une "expérience sensitive, émotionnelle, pénible, subjective et marquée de malaise, de souffrance intense et d'inconfort"<sup>81</sup>. Ce diagnostic considère donc la gestion de la douleur aiguë comme une priorité dans un plan de soins et permet d'agir de façon ciblée et efficace.

### **3.7. Limites du rôle infirmier face à l'évaluation de la douleur**

Bien que le rôle infirmier occupe une place nécessaire dans la prise en charge de la douleur, il présente cependant plusieurs limites face à l'évaluation de la douleur. Certaines limites de notre humanité sont dues :

- aux phénomènes douloureux qui ne sont pas encore bien compris et contrôlés par les scientifiques,

---

<sup>80</sup> Marilyn E. DOENGES, Mary Fr. MOORHOUSE. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. Traduction de la 7<sup>ème</sup> édition américaine par Annie DESBIENS et Suzie TOUTANT. Edition De Boeck Université. Montréal : 2001. P. VI.

<sup>81</sup> Margot PHANEUF, Louise GRONDIN. *Diagnostic infirmier et rôle autonome de l'infirmière. Selon la classification de l'ANADI*. Edition Maloine. Canada: 1994. P. 232.

- à la subjectivité personnelle et temporelle liée au phénomène de la douleur,
- aux représentations personnelles et collectives de la douleur aiguë,
- aux différences de langue, de culture entre soignant et soigné.

D'autres limites infirmières sont dues :

- au rôle médico-délégué,
- au flou entre le rôle infirmier propre et médico-délégué,
- à la formation et aux capacités personnelles des soignants,
- aux outils d'évaluation de la douleur qui sont soit pratiques mais unidimensionnels, soit complets mais chronophages.

Il ne faudrait pas oublier les limites du patient qui sont dues :

- à son état cognitif d'expression et de verbalisation du problème,
- à son état cognitivo-affectif de compréhension des mesures prises pour soulager sa douleur,
- à sa non-compliance au traitement, à sa mauvaise collaboration ou à sa participation partielle aux plans de soins.

## 4. Méthodologie

Ce travail de Bachelor repose sur les principes méthodologiques appris durant ma formation<sup>82</sup>. Le paradigme utilisé pour répondre à la question de recherche est l'approche naturaliste, appelée aussi qualitative. Cette approche permet de recenser des informations sous différents angles d'un même phénomène et de mesurer au mieux la complexité de la question de recherche.

"Les résultats de la recherche qualitative proviennent de l'expérience vécue de gens ayant une connaissance directe du phénomène étudié."<sup>83</sup>

Cette recherche qualitative est appelée phénoménologique<sup>84</sup> car elle décrit et cherche à comprendre une expérience personnelle liée à la gestion de la douleur.

### 4.1. **Méthode de recherche utilisée et échantillonnage**

Afin de pouvoir répondre aux trois hypothèses posées dans la problématique, l'utilisation d'entretiens semi-directifs enregistré m'a semblé la méthode la mieux adaptée. Les entretiens semi-directifs laissent une certaine liberté aux professionnels interviewés tout en étant suffisamment structurés pour ne pas trop s'éloigner de la question spécifique de recherche.

---

<sup>82</sup> Différents cours de Chris SCHOEPEF. Principale ouvrage de référence : Carmen G. LOISELLE. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Edition Erpi. Québec : 2007. 591 pages.

<sup>83</sup> Carmen G. LOISELLE. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Edition Erpi. Québec : 2007. P. 18.

<sup>84</sup> Chris SCHOEPEF. *Méthodologie : devis de recherche en soins infirmiers et recherches qualitatives/quantitatives*. Support de cours, p. 6. Avril 2008.

Cette méthode, cependant, ne définit pas la taille de l'échantillonnage de la recherche. La recherche doit être poursuivie jusqu'à l'atteinte du seuil de saturation des données, c'est-à-dire :

"Jusqu'au moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante."<sup>85</sup>

Aussi, ai-je décidé de mener six entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers diplômés afin de récolter le maximum d'informations. Un septième entretien a été mené au cas où le seuil de saturation n'aurait pas été atteint. Malheureusement, une faute d'enregistrement a rendu ce dernier inutilisable. Les professionnels interviewés ont été répartis en trois groupes d'âge pour, éventuellement, identifier si l'âge ou l'expérience pouvait être une variable. En premier se trouvent les "débutants"<sup>86</sup> diplômés avec moins de trois ans d'expérience, en deuxième les diplômés avec entre trois et dix ans d'expérience, dits "compétents" ou "performants" et, en troisième, les diplômés "experts" avec plus de dix ans d'expérience.

Dans un premier temps, j'ai imaginé me rendre dans les services de chirurgie et d'urgence de l'hôpital de Martigny. Je pensais déterminer l'échantillonnage par "boule de neige" en demandant aux responsables des services de me proposer trois infirmiers par service. Limité par le temps que prenaient les démarches d'autorisation, j'ai choisi d'interviewer des infirmiers dans le cadre privé du domicile. Aussi, j'ai commencé par questionner trois infirmiers de ma connaissance ; puis, afin de respecter la stratification, j'ai interpellé les trois derniers participants par la stratégie "boule de neige".

---

<sup>85</sup> Carmen G. LOISELLE. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Edition Erpi. Québec : 2007. P. 279.

<sup>86</sup> Les termes de "débutant", "compétent", "performant" et "expert" renvoient aux étapes du cheminement vers l'expertise. Cf. Annexes, A. Modèle de différenciation des étapes du cheminement vers l'expertise. P. I.



Cependant, avant de commencer ces interviews, j'ai contrôlé l'efficacité du questionnaire préparé pour ces entretiens semi-directifs. Aussi, j'ai conduit un prétest. Celui-ci se déroula bien et me permit, tout de même, d'ajuster mon questionnaire.

#### **4.2. Principes éthiques**

Mener une recherche est un acte sérieux qui exige de respecter certains principes éthiques tels que l'autonomie, la véracité, la fidélité, la confidentialité, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice<sup>87</sup>.

L'autonomie des professionnels interrogés fut préservée et les principes de véracité et de fidélités respectés. Tous les participants étaient volontaires et informés sur les buts de mon travail et de la question de recherche. Ils ont été avertis de la possibilité de se retirer à tout moment de cette recherche jusqu'au dépôt définitif de ce mémoire. A la fin de l'interview, je leur ai présenté les hypothèses posées et le cadre de mon travail afin d'obtenir leur avis sur la pertinence de ma démarche.

La confidentialité des interviews fut respectée. Les personnes interviewées ont été averties que les bandes enregistrées ne seraient utilisées que dans le cadre strict de mon travail de recherche. Ces bandes sons seront détruites dès le dépôt définitif de mon mémoire. Afin de respecter l'anonymat, elles ne contiennent aucun nom.

Afin de respecter la bienfaisance et la non-malfaisance, j'ai proposé aux participants de leur transmettre la version informatique définitive de mon mémoire, s'ils le désiraient. Tous les participants l'ont demandée, ce qui révèle l'intérêt d'un tel sujet pour les praticiens. De mon côté, j'ai

---

<sup>87</sup> Chris SCHOEPF. *Méthodologie : devis de recherche en soins infirmiers et recherches qualitatives/quantitatives*. Support de cours, p. 11. Avril 2008.

remarqué que la possibilité de s'exprimer sur la réalité de leur travail, dans le cadre d'une démarche de recherche, avait un côté bienfaisant.

### **4.3. Profils des participants et questionnaire**

Voici le profil des six infirmiers interrogés. Cinq participants<sup>88</sup> sont de sexe féminin et un de sexe masculin. Les deux diplômés "débutants" interrogés avaient une année et quelques mois d'expérience, deux autres infirmiers "performants" étaient diplômés depuis 2003 et les deux infirmiers "experts" travaillaient respectivement depuis 25 et 28 ans. Deux participants provenaient d'un service d'urgence où l'un travaillait également dans un service de soins continu et l'autre avec le SMUR. Trois participants étaient engagés dans des services de chirurgie différents soit l'orthopédie, la chirurgie cardiaque et la chirurgie thoracique et abdominale. Le dernier participant travaillait dans un Etablissement Médico-Social de personnes âgées. Parmi les six diplômés, deux étaient responsables d'une unité de soins.

Les six participants ont répondu aux mêmes questions regroupées en neuf sujets. Pour favoriser l'expression des participants, j'avais préparé quelques relances. Voici les questions abordées :

- 1) Depuis quand êtes-vous infirmiers ? Dans quels services avez-vous travaillé ?
  
- 2) Quel moyen d'évaluation utilisez-vous lorsque quelqu'un se plaint de douleur aiguë ?
  - Si aucun, comment évaluez-vous la douleur ?
  - En utilisez-vous d'autres ?

---

<sup>88</sup> Afin de préserver l'anonymat des participants et d'éviter tout recoupement des informations, la forme masculine sera la seule utilisée.

- 3) Connaissez-vous les diagnostics infirmiers ? Les utilisez-vous dans la prise en charge de la douleur aiguë ?
  - Si oui, en quoi vous aident-ils ?
  - Si non, de quelle manière construisez-vous votre réflexion pour la prise en charge de la douleur aiguë ?
  
- 4) Quel rôle, auprès d'un patient souffrant d'une douleur aiguë, l'infirmier doit avoir ?
  - Pouvez-vous préciser le rôle autonome infirmier ?
  - La prévention a-t-elle un rôle à jouer ? Et l'éducation ?
  - Quel rôle doit avoir l'infirmier dans l'équipe multidisciplinaire face à la douleur aiguë ?
  
- 5) Dans votre pratique, avez-vous observé une meilleure réponse à la douleur selon que vous avez pris un temps d'évaluation auprès du patient et de réflexion avant l'action antalgique quelle qu'elle soit ?
  - Si oui en quoi ?
  - Si non, pourquoi ?
  
- 6) Dans votre prise en charge quotidienne, vous sentez-vous limité dans la réponse à la douleur ?
  - Si oui, pourquoi et en quoi ?
  - Voyez-vous d'autres limites
  - Si non, pourquoi ?
  
- 7) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la transmission de vos informations face à la prise en charge de la douleur aiguë ?
  - Est-ce que la qualité de la transmission peut jouer un rôle dans la prise en charge de la douleur aiguë ?
  - Face aux infirmiers ?
  - Face aux médecins ?
  - Face aux patients ?

- 8) Êtes-vous satisfait de la prise en charge de la douleur aiguë ?
- Pouvez-vous chiffrer cette satisfaction en pourcentage et la justifiez ?
  - Quels moyens voyez-vous pour améliorer la prise en charge de la douleur aiguë ?
- 9) Voulez-vous ajouter quelque chose à ce sujet ?

Après le recueil des données commença une longue phase de retranscription des entretiens.

## 5. Analyse

Cette partie de mon travail de Bachelor présente les résultats de l'analyse des données recueillies lors de six entretiens semi-directifs. Elle est composée de trois parties. La première contient des tableaux récapitulatifs de mes entretiens. La deuxième analyse la place du rôle infirmier autonome, la place du rôle médico-délégué et la pratique infirmière réflexive. La troisième reprend les résultats des deux premières parties afin de répondre aux hypothèses posées au début du travail<sup>89</sup>.

---

<sup>89</sup> Cf. Problématique, 2.4. Hypothèses.

### 5.1. Tableaux récapitulatifs

Rôle autonome	Rôle médico-délégué	Collaboration avec le médecin
<p><b>1)</b> Alors il y a à demander au patient quel type de douleur il ressent.</p> <p>L'anamnèse depuis quand la douleur est là et de proposer au patient de donner sur une échelle de 10 le degré de douleur et de chiffrer, même si ça semble approprié ou pas selon le regard extérieur, c'est le chiffre du patient qui compte.</p> <p>A part l'observation du patient ?... : son expression, la position, la façon dont il parle, la façon dont il respire.</p> <p>Donc c'est un comportement psychologique je trouve qui est également différent.</p> <p>Et bien, en premier lieu c'est de comprendre la douleur, d'encourager le patient à s'exprimer par rapport à la douleur.</p> <p>Lui donner un maximum d'explications, de ce que cela représente, le rassurer que c'est quelque chose qu'on fera tout pour l'apaiser, qu'on ne tolère pas que les patients souffrent.</p> <p>Mais déjà l'écoute du patient... les encadrer, trouver une position algique: un coussin, de la glace, plein de petites choses comme ça qui peuvent déjà apaiser, aider.</p> <p>Par exemple, d'apprendre au patient comment respirer, d'apprendre au patient... de sentir lorsque ses douleurs arrivent, ne pas attendre que ça arrive à une telle échelle où c'est plus difficile à les calmer, qu'il a le droit d'écouter sa douleur si minime soit-elle ; il n'a pas le droit d'exprimer sa douleur seulement lorsqu'elle est 10 sur 10.</p> <p>Alors, c'est de partager les informations qu'elle a et les observations et son analyse diagnostique infirmier qu'elle fait auprès de toutes les autres personnes qui s'occuperont du patient.</p> <p>Donc, l'information oui, je trouve que c'est très important, il doit anticiper la douleur, il doit maintenir une position au scanner à plat qui lui est très inconfortable ; c'est d'aller avec le patient dans les mesures qu'on</p>	<p><b>1)</b> Apaiser déjà avec des médicaments la douleur... mais déjà l'écoute du patient...</p> <p>Bien d'abord un minimum de médicaments par exemple qu'on peut donner avec, je pense quand même, une certaine limite sur les dosages, une limite sur... et puis des situations bien précises. Il y a ça d'une part.</p> <p><b>2)</b> On utilise les médicaments qu'on a en réserve. Il y a tous les palliers, on commence par le paracétamol et on finit par la morphine.</p> <p>Quand je vois une personne qui a mal, j'utilise les médicaments à notre disposition, j'appelle le médecin.</p> <p>[Première chose les interventions infirmières du rôle propre] Ensuite la deuxième chose, c'est effectivement utiliser directement les</p>	<p><b>1)</b> Puis de prévoir des médicaments si on peut pour justement permettre la collaboration du patient dans le moins de douleur.</p> <p>Je pense que si on peut les mettre en confiance et leur apporter la discrétion nécessaire que toute réponse et information justement est là pour les aider, et n'est pas employée dans un but autre que l'objectif infirmier pour leur soulager la douleur mais que toute information, s'ils peuvent la fournir ça nous aide, ça nous aide à poser un diagnostic, à cibler les médicaments ou informer le médecin du type de douleur.</p> <p><b>2)</b> On a également la chirurgie thoracique et l'on a un protocole de PCA et PCR qui correspond à la pompe morphine. Périridural égale PCA et veineuse égale PCR. C'est le patient qui fait ses push et c'est vraiment très bien géré automatiquement. Mais on</p>

<p>peut, d'accompagner et puis de prévoir des médicaments si on peut pour justement permettre la collaboration du patient dans le moins de douleur.</p> <p>Je pense que plus le patient est entendu et écouté, là c'est le rôle de l'infirmière de cibler les questions, de pouvoir les poser dans un cadre où le patient puisse avoir confiance également pour répondre.</p> <p>Par contre, la collaboration du patient..comment dire,.. que le patient se sente encadré ne doit pas être interrompu à mes yeux, même si c'est pour 5 minutes ou 10 minutes. Qu'il sache que l'infirmière n'est pas très loin, ça peut aider si par exemple le radiologue ce jour là a beaucoup de travail et puis qu'il ne s'investit pas dans la relation avec le patient. C'est important que l'infirmière ne soit pas trop loin, que le patient le sache.</p> <p>On transmet tout ce qu'on a donné comme traitement, comme antalgie, on transmet ce qui a l'air d'être le plus efficace des différentes choses qu'on fait, à quelle heure on a donné la dernière dose et d'expliquer le maximum d'informations sur ce qui soulage le patient, ce qui l'angoisse.</p> <p>Donc il est important de transmettre dans les détails les dosages et les fréquences et l'administration et les explications également qui ont été données au patient pour pas qu'il se trouve à nouveau questionné à chaque fois par une nouvelle équipe et que les questions, l'anamnèse infirmière restent brefs.</p> <p>Je pense que la formation vis-à-vis de la douleur est essentielle pour faire face à ça, face aussi à ses limites, ses angoisses.</p> <p>Donc on doit reconnaître nos limites et être honnête avec soi jusqu'à quel point on donne pour qu'on ne soit plus dérangé. Et puis, en fait, on est « acquitté » d'être celle qui donne. Et de faire des formations et d'avoir l'expérience dans la douleur, juste nous permet d'avoir une conscience de ces risques.</p> <p><b>2)</b> On voit déjà l'aspect clinique des patients où on voit leurs mimiques, leurs grimaces, les soupirs, la fréquence cardiaque car on doit tout monitorer, la fréquence respiratoire.</p> <p>La 2<sup>ème</sup> chose utilisée spontanément par toutes, l'EVA, l'échelle analogique ; par oral, ça marche bien. En général on l'utilise et en fonction de ça.</p> <p>Il est vrai que l'on se transmet par oral dans nos rapports ou l'on écrit dans un cahier toutes ces observations.</p> <p>Je suis personnellement persuadée que du fait d'avoir une présence de rassurer, de normaliser la douleur, en rassurant le patient qu'il n'a pas forcément quelque chose de grave arrive, c'est parce que vous avez été opérés, l'on a bougé les tissus, déjà d'expliquer, de normaliser, c'est le premier rôle que peut avoir l'infirmière.</p> <p>Et ensuite, c'est des petites choses comme mettre du froid, caresser, rester à côté de lui si on a le temps,</p>	<p>médicaments.</p> <p><b>3)</b> La collaboration c'est sûr. D'abord avec le médecin pour avoir ses prescriptions.</p> <p>A l'hôpital, les patients ont toute une panoplie de médicaments, ils en ont beaucoup. En même temps on travaille aussi de la même façon : quatre fois un Dafalgan, trois fois un anti-inflammatoire. Cela se fait de manière spontanée et les patients prennent facilement les médicaments.</p> <p><b>4)</b> Il fait le lien avec le médecin. Il est aussi le moteur par rapport au positionnement, à une antalgie.</p> <p><b>5)</b> On doit appliquer le traitement qui nous est prescrit par le médecin.</p> <p>On travaille avec un système de cartes, pour les médicaments ou lors d'intraveineuses, donc on a une systématique.</p> <p><b>6)</b> Je vais avertir le médecin</p> <p>On peut quand même administrer un antalgique sans forcément avertir le médecin. Mais c'est toujours un antalgique de palier A. On ne va pas aller plus loin que ce que l'on doit. Mais il faut aussi que cet antalgique soit aussi en</p>	<p>utilise de toute manière l'EVA en complément.</p> <p>Quand je vois une personne qui a mal, j'utilise les médicaments à notre disposition, j'appelle le médecin j'anticipe la douleur en fonction de la mobilisation du patient.</p> <p>Et déjà voir comment le patient supporte les médicaments qu'on lui donne et puis surveiller s'il est bien couvert avec ces derniers et si on peut continuer avec ces médicaments. Ce n'est pas juste donner un médicament, c'est observer comment il réagit à ce médicament, lui en donner d'autres ou garder cette antalgie-là.</p> <p><b>3) Vous pensez que la prévention pourrait avoir un rôle là-dedans ?</b> Oui, surtout dans notre service en chirurgie, c'est au niveau médical de parler de quelle chirurgie ils vont avoir. Et avant la chirurgie ils parlent d'un moyen d'antalgie qu'ils choisissent ensemble avant l'intervention.</p> <p><b>4)</b> Dans mon service, donc urgence et aussi pré hospitalier avec le SMUR, le rôle infirmier est prioritaire et primordial. C'est lui le premier qui va détecter la douleur, c'est lui qui est le messager entre le patient et le médecin car on n'a pas de protocole en urgence, c'est lui qui est messager entre le</p>
--	---	--

<p>ça diminue beaucoup la douleur dans le sens où le patient est entendu. Et ça, j'ai vraiment la certitude que c'est primordial pour le patient.</p> <p>Donc, c'est le rassurer, faire de gestes comme on le ferait à la maison et rester auprès de lui, avoir un œil sur les réactions éventuelles, c'est le rôle primordial de l'infirmière et ensuite en faire part à ses collègues comment le patient a réagi, ce qui n'est pas bien pour lui.</p> <p>Et puis quand ils remontent des soins intensifs, on pratique la poupée, c'est-à-dire une sorte de linge plié en deux qui est tout rond et on presse le thorax avec cela quand ils vont se tourner, tousser et l'on le leur explique directement quand ils remontent en chambre normale qu'on va le faire à chaque fois qu'ils vont se tourner, tousser, ils peuvent le faire eux-mêmes aussi de presser le thorax pour diminuer la douleur et cela prévient toutes les complications du sternum instable. Cela est notre prévention à nous, infirmières, et il y en a d'autres physio et médicales.</p> <p>Chez nous, dans notre service, il y a les physiothérapeutes qui passent pour chaque patient et je leur explique comment il respire, s'il est plutôt algique, collaborant pour que le physiothérapeute sache comment entreprendre sa thérapie. Elle va commenter s'il est trop encombré, pour lui administrer de la CIPAP me conseille de regarder avec le médecin. On s'entend très bien en collaboration avec les physiothérapeutes, donc cela marche bien.</p> <p>Notre bonne collaboration avec les physiothérapeutes contribue à une bonne thérapie pour le patient.</p> <p>Dès que le service est plus calme, je profite de me pencher plus sur l'observation avec le patient, on fait une anamnèse de la tête aux pieds.</p> <p><b>3)</b> C'est vrai que l'évaluation de la douleur est très personnelle. Pour ma part j'utilise fréquemment l'échelle de la douleur numérisée au patient, de 0 à 10. Zéro, pas du tout de douleur. 10 il y a de la douleur.</p> <p>Après, ça dépend de la compréhension du patient, s'il est muet ou qu'il a des difficultés de compréhension, j'utilise une petite règlette avec des visages, avec des sourires... Une échelle visuelle.</p> <p>Le premier rôle est d'être à l'écoute de cette douleur, ne pas dire que c'est subjectif, ni donner sa propre interprétation. Prendre le patient comme il est et connaître sa douleur.</p> <p>Après, trouver des moyens pour diminuer cette douleur, pas forcément médicamenteux, parfois des positions ou des fois simplement en l'écouter.</p> <p>La collaboration c'est sûr. D'abord avec le médecin pour avoir ses prescriptions puis ensuite avec eux, les patients pour leur parler de la douleur et savoir comment on peut la gérer.</p> <p>J'ai pu constater souvent que si l'on prend un minimum de temps avec le patient de discuter et de trouver, surtout l'origine de cette douleur, cela peut aider. Et souvent, la nuit, je constate que ce sont des douleurs</p>	<p>réserve marqué dans le dossier.</p>	<p>patient et le médecin pour obtenir le plus rapidement possible une médication, une antalgie. Donc il est primordial.</p> <p><b>5)</b> On est aussi le relais au niveau du médecin, c'est à nous de lui signaler si avec les prescriptions d'antalgies que l'on a c'est suffisant ou s'il faut demander plus. Il faut déjà utiliser toutes les possibilités que l'on a de pouvoir donner des antalgies aux patients.</p> <p>En lui expliquant aussi les médicaments qu'on lui donne.</p> <p><b>6)</b> Je vais avertir le médecin et suivant ce que l'on a, nous, à disposition pour réagir, déjà soulager la douleur par un antalgique.</p> <p>Si quelqu'un a eu une douleur aiguë qui peut se transformer en douleur chronique on suit même au niveau préventif on va dire qu'on va être attentif à soulager cette douleur et la soulager en continu. On ne va pas dire voilà un jour je donne un Dafalgan puis le lendemain s'il a de nouveau mal je lui donne un autre Dafalgan.</p> <p>Puis au bout d'un certain moment on peut dire au médecin : "Alors, cette personne se plaint d'une douleur depuis 5 jours". Evaluée aussi parce que ça nous permet aussi d'argumenter la douleur auprès</p>
---	--	---



<p>liées à l'anxiété. Alors il faut simplement y répondre. Souvent, de chercher avec le patient d'où vient cette douleur, pour mieux la gérer.</p> <p><b>4)</b> On utilise de temps en temps l'échelle de la douleur qui est connue. Et puis surtout ce qui est révélateur c'est le comportement de la personne, la manière de se positionner le faciès... On prend aussi l'habitude d'avoir une observation générale de la personne et la dernière chose c'est le ressenti du patient, ce qu'il dit, ce qu'il décrit comme douleur.</p> <p>Première chose que l'on peut faire pour une douleur aiguë, c'est positionner le patient, la position du ventre. Ou proposer différentes choses comme par exemple de la glace pour un ventre qui est endolori. Même une discussion par rapport au détour psychologique peut aider.</p> <p>Donc si d'entrée on place le patient dans un confort psychologique, le fait qu'il se sente bien, qu'il puisse dire ce qu'il a, qu'on puisse l'installer correctement, on va d'entrée diminuer son ressenti par rapport à la douleur. On aura une évaluation plus objective de la part du patient et de nous-mêmes et après on pourra travailler sur la douleur. Moi, j'attache beaucoup d'importance, aux urgences spécialement, à l'accueil, à la relation avec le patient par rapport à cette douleur.</p> <p>L'infirmier est pour moi le révélateur de la douleur. C'est le premier qui prend en charge le patient et qui voit le patient et qui l'évalue.</p> <p>Je dirai que c'est le rouage central de la prise en charge par rapport à la douleur. Le médecin a souvent plusieurs minutes, voir 15 minutes, avant de voir un patient qui n'est pas en risque vital. Alors jusque là, la prise en charge n'est qu'infirmière.</p> <p>Si on prend d'entrée du temps, quelques minutes, en posant des questions précises, en expliquant au patient où il est, pourquoi il est là, ce qu'on va pouvoir lui faire et ce que l'on ne pourra pas lui donner, on a tout de suite une relation équitable. Lui va pouvoir nous dire ce qu'il a, sa douleur... et nous, on pourra l'évaluer aussi à notre niveau avec l'échelle, avec ce que l'on voit...</p> <p>Car une simple prise en charge correcte et globale du patient, ça va l'aider et nous aussi dans notre prise en charge après.</p> <p><b>5)</b> Je n'ai pas forcément le réflexe d'utiliser l'échelle pour demander si c'est de 0 à 10 mais c'est quand même l'échelle qui est le plus souvent utilisée. Je questionne plutôt le patient sur son ressenti mais ça m'arrive quand même. C'est plus sur l'intensité, sur la qualité...</p> <p>Alors nous devons être à l'écoute de la douleur du patient.</p> <p>En informant le patient qu'il doit nous avvertir quand il commence à ressentir la douleur, ne pas attendre que la douleur soit trop forte. En lui expliquant aussi les médicaments qu'on lui donne et surtout l'inciter à</p>		<p>du médecin. Ça nous permet en fait d'avoir aussi un traitement de fond.</p> <p>De simplement la soulager avec un traitement là on peut aussi cacher quelque chose. Donc vraiment se poser la question, puis ensuite se la poser avec le médecin. C'est toujours ça dans une institution avec des personnes âgées c'est est-ce que ça va lui apporter quelque chose ou pas de l'envoyer faire des examens supplémentaires. Il faut toujours prendre ça en compte chez la personne âgée.</p>
--	--	---

<p>ne pas hésiter à demander et ne pas penser que c'est normal d'avoir mal.</p> <p>6) Déjà les plaintes de la personne. Voir avec elle à quel endroit se trouve sa douleur. Ensuite par rapport à ses mimiques : si elles changent, si sa voix est changée, si sa respiration est plus rapide. J'ai l'EVA toujours sur moi donc je peux utiliser l'échelle de la douleur en lui expliquant bien, ou si c'est trop compliqué de voir entre 1 et 10 à quel niveau se situe sa douleur.</p> <p>Le dolo + qu'on utilise : toucher des personnes qui ne peuvent pas exprimer correctement avec des mots leur douleur mais plus par une position ou un visage plus renfermé ou un retrait de la vie de l'institution.</p> <p>Ecouter la douleur, croire en la douleur. Définir à quel endroit se trouve cette douleur. Donner même une proposition de mots, car nous avons une liste avec plein d'adjectifs afin que la personne puisse définir elle-même la douleur. Si c'est quelque chose de vif, si c'est comme un coup de poignard, donc des mots assez précis. Je pense qu'il y a aussi un rôle de présence. Quand elle a mal, lui dire : voilà je vais vous contrôler tous les paramètres, je vais voir comment ça va. Cela veut dire : j'ai entendu votre douleur.</p> <p>Mais tout en se disant que cette douleur peut être aussi un dérèglement interne. Donc savoir s'il ne faudra pas faire des examens plus loin pour trouver quelle est l'origine de cette douleur.</p> <p>Pouvoir dire voilà cette personne elle a mal, on lui a fait un dolo+, ou j'ai fait un EVA qui donne ça, ça permet aussi d'être plus précis dans l'argumentation c'est aussi ça notre rôle d'infirmier, c'est de donner des critères.</p> <p>C'est en même temps leur culture et leur éducation et c'est aussi à nous de respecter leur croyance et ce que ces personnes ont appris. Ça c'est mon avis. On doit le respect à ces personnes âgées et ne pas émettre de jugement. C'est très facile à dire mais c'est aussi un travail infirmier de ne pas émettre de jugement et de prendre la personne comme elle est et de l'accepter et de la soigner comme cela et de faire le mieux aussi pour qu'elle se sente bien même si ce n'est pas forcément le mieux qu'elle aimerait.</p>		
--	--	--

Analyse réflexive/ Diagnostiques infirmiers	Limite du rôle médico-délégué	Différentes limites
<p>1) <b>Connaissez-vous les diagnostiques infirmiers ?</b>                      C'est un peu vague dans ma tête. Je crois voir ce que c'est et j'espère de mettre en pratique.</p> <p><b>Vous les utilisez concrètement dans votre travail actuellement ou bien c'est... ?</b> Inconsciemment je crois que oui, consciemment de temps en temps.</p> <p>Il y a aux urgences un diagnostic infirmier, il y a une petite rubrique sur la page d'entrée où on peut mettre un contexte autre que juste purement une hypothèse de leurs douleurs ou leurs symptômes.</p> <p>mais le diagnostic infirmier pour l'instant à mes yeux c'est encore quelque chose qui prend énormément de temps et que... je ne devrais pas dire ce que je vais dire, mais que je me dis étant présente avec le</p>	<p>1) Mais également, on est souvent obligé d'expliquer que l'on est parfois limité sans ordre médical.</p> <p><b>C'est le rôle médico-délégué qui doit être finalement amélioré.</b> Oui.</p> <p>Et je trouve que moins d'expérience l'infirmière elle a, plus elle a besoin de parler avec le patient. Et plus on ira spontanément pas dans le fond des questions d'écoute, d'explication et on fera plus vite recours au médecin ou aux médicaments avant d'avoir une qualité d'écoute auprès du patient. Et pour moi, l'un doit précéder l'autre. Je ne parle pas de la situation la plus aiguë, l'énorme trauma qui arrive par la porte où les médecins vont de toute façon être là et puis on va donner des médicaments en grosse dose avec un médecin présent. Je parle surtout des douleurs aiguës ou que l'infirmière pour</p>	<p>1) La difficulté c'est d'être entendu par les personnels des autres départements qui n'ont pas l'investissement relationnel avec les patients et qui peuvent penser sur une journée que les patients pour les 10 minutes qu'ils ont besoin pour faire par exemple une radiographie ou un autre examen, bien la douleur peut être laissée de côté. Ils ne s'investissent pas forcément dans le confort et l'écoute du patient parce qu'il y a d'autres choses techniques qui doivent être faites bien et vite et le patient, sa souffrance sont parfois mis de côté le laps de temps de l'examen.</p> <p>Oui, je pense que si on ne met pas suffisamment d'importance sur l'échelle de la douleur ou la souffrance du patient, la prise en charge ne peut pas être optimale parce que l'équipe suivante va peut-être recommencer à faire quelques essais ou propositions qui ont déjà échoué. Et le patient est de nouveau désécurisé. Il perd confiance et en souffre.</p> <p>De passer dans les mains de différentes personnes et différents services multidisciplinaires et d'avoir les mêmes questions posées : comment est votre douleur etc. je ne pense pas que ça arrange le patient, en tout cas pas dans les premières heures de prise en charge parce que c'est là qu'il est le plus inconfortable psychologiquement et physiquement peut-être.</p> <p>Parfois, je dirais que les patients quand ils sont en crise algique, ils ont besoin de crier beaucoup, d'être très expressifs. Ça peut être des comportements culturels ou des antécédents qui l'angoissent ou des situations qui sont en parallèle à la situation de douleur, qui méritent d'ailleurs d'être creusées non pas seulement la douleur.</p> <p>Mais je pense que pour beaucoup de personnes c'est difficile de parler et de mettre un mot sur une douleur dans le sens que culturellement il a eu tendance pendant longtemps à minimiser la douleur, en tout cas, on ne l'exprime pas, on reste fort, on reste stoïque, on ne se plaint pas. Donc dans une certaine culture et génération de gens, je pense aux personnes âgées, je pense aux personnes qui ont eu des gros chocs dans la vie, leur douleur paraît si minimale même si elle est très importante par rapport à ce qu'ils ont vécu autour ou peut-être par rapport à ce qui se vit autour d'eux. D'ailleurs ils n'ont pas été entendus dans leur entourage que ce soit médical ou familial, donc ils ont beaucoup de peine tout d'un coup à mettre de l'importance là-dessus puis on demande un mot, une description, un chiffre.</p> <p>Il y a beaucoup de difficultés à faire transmettre la douleur [aux médecins]. On est souvent écouté mais</p>

<p>patient et en employant tous ses sens pour les soigner, les encadrer, c'est quelque chose qu'on emploie tout le temps. Après, quant à le mettre et le noter... non. Je le communique verbalement, je communique par écrit dans mes dossiers mais je ne remplis pas les rubriques sur ordinateur.</p> <p><b>donc en fait vous construisez quand même votre réflexion sur la base de diagnostics infirmiers même si ce n'est pas toujours formulé en tant que tel.</b> Oui.</p> <p>2) Je dois avouer que j'utilise les moyens utilisés dans le service, car je ne les utilise pas ces diagnostics. Quand je vois une personne qui a mal, j'utilise les médicaments à notre disposition, j'appelle le médecin, j'anticipe la douleur en fonction de la mobilisation du patient. C'est quelque chose de spontané, c'est spontané. Est-ce que je la fais correctement en fonction ? Il a mal, on va évaluer pourquoi et on va agir là-dessus.</p> <p><b>Donc, c'est vraiment la construction faite au feeling en fonction de l'état du patient ?</b> Il n'y a pas de données actuellement, je sais que cela va se faire, mais pour l'instant on fait comme on le</p>	<p>l'instant est tout près du patient. Faut pas que ce soit un raccourci pour se désinvestir dans l'encadrement, l'écoute et les questions auprès du patient.</p> <p>Oui, l'expérience aussi et, malheureusement, je pense que tout humain pourra reconnaître qu'aux urgences, c'est un... ce n'est pas très délicat comme je dis ça, aux urgences on peut très vite vouloir être le sauveur qui a soulagé. Donc avoir recours à la morphine et puis on passe au suivant mais le patient il n'a pas eu notre attention en attendant. Et puis, ces multiples investissements infirmiers auprès de nombreux patients dans une journée et on peut très facilement se désister de cet investissement et passer aux cas plus intéressants dans la salle d'urgences. Notre rôle est, à mes yeux, de rester plus près du patient aux urgences, même s'il est seulement là pour une heure de temps.</p> <p>Et bien, je pense que le stress de l'infirmière selon la journée ou la nuit qu'elle a eu. Là je pense que humainement c'est difficile de tolérer et de rester près de quelqu'un qui est algique parce qu'elle se sent impuissant. Alors le médicament, éventuellement selon le protocole, ce sera</p>	<p>pas entendu. On essaye d'anticiper et de transmettre l'échelle de la douleur au médecin car ce n'est pas parce qu'il n'y a pas un diagnostic qui est fait qu'un patient ne doit pas recevoir l'antalgique pour son confort et ça c'est une grande difficulté à être entendu à ce sujet. Tant que l'examen abdominal n'a pas été fait ou la palpation, il y a certains médecins ont de grandes difficultés à prescrire un médicament. Donc, on doit revenir à plusieurs reprises pour être entendu et on n'a pas chez nous, contrairement à d'autres services, d'autres hôpitaux, légalement un droit d'administrer un certain nombre de médicaments sans ordre médical. On peut strictement rien donner ni intraveineuses ni suppositoires ni quoi que ce soit.</p> <p>Limitée souvent, oui limitée souvent. Je dirais que le patient qui vient avec la fracture de cheville il est plus vite soulagé que la personne âgée qui arrive, qui va être hospitalisée mais qui a des douleurs aiguës depuis ce matin-là par exemple. Mais parce qu'il va être hospitalisé, tous les examens doivent être faits, toute l'anamnèse, et toute l'histoire médicale doit être récoltée. C'est souvent des cas plus complexes, un peu plus sournois également. Donc, oui chaque médecin doit le voir, l'assistant doit le voir et, finalement, peut-être en fin de journée on a une prescription pour quelque chose. La personne qui vient avec une colique abdominale, qui est jeune, sans antécédent, on n'attend pas d'avoir le bilan hématologique pour donner quelque chose par la veine par exemple.</p> <p>Il y aura des discriminations si un patient va être hospitalisé par rapport à un patient qui vient en ambulatoire avec une pathologie bien précise. Le patient qui va être hospitalisé a souvent d'autres contextes, éventuellement plus complexes qui nécessitent des... qui vont être investigués plus loin. Donc ils sont d'autant plus prudents et ceci semblerait se justifier face à, pas forcément l'avis des infirmières, je dirais mais au niveau médical c'est souvent justifié d'avoir le maximum d'informations, toutes les analyses sanguines, toutes les analyses de laboratoire avant de pouvoir prescrire quelque chose. Là, c'est la situation où je me sens plus limitée que tout.</p> <p>Ou bien si les patients qui ont des maladies psychiatriques ou qui sont connus pour des états d'angoisse, d'anxiété, qui font des dépendances aux médicaments, qui ont une histoire médicale de toxicomanie ou d'alcool ou autre, c'est souvent des patients également qui sont vus en dernier par les médecins et à qui il y a une plus grande prudence, jusqu'à un certain point à juste titre.</p> <p>Ca peut dépendre des heures de la journée ; ça peut dépendre de la présence du médecin ou pas. Si le médecin, ou même l'assistant n'est pas présent pour pouvoir les « convaincre » de la nécessité d'administrer quelque chose on est souvent dépourvu. Et, comme je vous dis, nous n'avons pas de protocole qui permettrait même un gramme de Panadol ou Dafalgan dans la veine ou autre. Donc oui on est souvent limité et cela nous charge de travail et le nombre de patients qui attendent ou le nombre des urgences aiguës (réanimations et autres), le patient attendra plus longtemps avant d'avoir un soulagement.</p> <p>Selon l'expérience qu'on a face au médecin, on aura tendance d'avoir le feu vert sans qu'il ait vu le patient de donner quelque chose ou pas.</p> <p>Ca c'est vrai, mais je pense qu'il faut être attentif que les personnes qui posent les questions et qui ciblent la douleur aient l'expérience de la gérer et qu'elles ne restent pas impressionnées par les personnes qui crient et se roulent par terre en ayant pas par exemple beaucoup d'expérience de prendre en charge les patients angoissés, au bout du rouleau parce qu'il faut savoir mettre tout ça en œuvre avant de faire</p>
--	--	---

<p>sent.</p> <p>Mais il faut vraiment voir la douleur comme priorité. Tu parlais de diagnostics infirmiers et je reste persuadée que, lorsqu'on doit trouver le diagnostic prioritaire, je suis persuadée que la douleur est un problème prioritaire dans le sens où tout va découler. La santé physique du patient va découler de la douleur. On croit que la douleur est normale, mais non. La douleur augmente les risques cardio-vasculaires dans le sens tachycardie, insuffisance cardiaque parce qu'il manque d'oxygène, et cela augmente le stress interne, donc toute la cicatrisation se fait moins bien en périphérie, cela augmente l'anxiété, la peur, ça annihile l'appétit donc plus faible, il perd des forces. Et si l'on regarde, ce ne sont que des choses dépendantes du rôle infirmier, « le soin de plaies, l'anxiété et la nourriture » et si l'on agirait que sur la douleur cela irait beaucoup mieux.</p> <p><b>3) Ca vous aide de les avoir appris dans les cours ?</b> De manière écrite je ne le fais pas du tout. Par contre je pense que j'ai une réflexion spontanée à la formation.</p> <p><b>4)</b> Je les ai beaucoup pratiqués pendant mes études. Mais</p>	<p>facile à lui donner plutôt que de rester à l'écouter voire de demander à un autre collègue de le prendre en charge si on sent que l'on n'a pas la qualité d'écoute, que les nerfs sont tendus ; c'est la fin d'une journée et c'est le ixième patient de la journée par exemple alors on va vite donner le Tramal et soulager la douleur. Puis en fait, leur douleur à eux si pas le patient psychiatrique avec une douleur aiguë, ce n'est pas dit que le Tramal qui va soulager. Par contre on aura liquidé la prise en charge du patient plus vite, mais je pense que l'on doit être très honnête avec soi de dire que la délégation du médicament qu'elle est vraiment appropriée.</p> <p>Et la limite de notre rôle est le rôle qu'on ne devrait pas s'accorder également. Je crois que c'est important.</p> <p>Mais je pense qu'il serait souhaitable d'avoir plus souvent l'anticipation du médecin et d'avoir quelque chose de prescrit dès que le patient a été vu et pris en charge que d'attendre que la douleur s'amplifie. Car on a beaucoup plus de peine après à les soulager et que les patients puissent nous accorder leur confiance. C'est notre but, la confiance et non</p>	<p>recours à la morphine.</p> <p>On aura envie d'être celui qui répond à la douleur ; on a aussi envie d'être valorisé vis à vis du patient.</p> <p>Et bien je pense que le stress de l'infirmière selon la journée ou la nuit qu'elle a eu. Là je pense que humainement c'est difficile de tolérer et rester près de quelqu'un qui est algique parce qu'elle se sent impuissante.</p> <p>L'infirmière peut être soulagée par exemple sans beaucoup d'expérience dans la douleur, l'infirmière peut plus vite être soulagée de voir que le patient ne souffre plus, que ce que le patient est réellement soulagé.</p> <p><b>2)</b> Ils ne sont pas forcément collaborant car ils sont très endormis.</p> <p>Quand j'entends les gens dire « il n'a plus mal », on arrête directement les médicaments », moi ça me fait dresser les poils, ce n'est pas normal. On a des médicaments, on doit les donner car la douleur aiguë on peut la stopper directement.</p> <p>On n'a souvent pas suffisamment de temps.</p> <p>Et en général quand quelqu'un a mal, cela dure plus longtemps, parce que ma foi on n'a pas le temps de passer en chambre. Mais on va agir, on est une équipe qui agit. Mais effectivement, quand on n'a pas le temps, la réponse n'est pas immédiate ou pas efficace et du moment où l'on donne du Dafalgan et jusqu'à son effet, où on évalue son efficacité, il se passe un moment où le patient a toujours mal, est stressé parce qu'il voit qu'on n'a pas le temps et c'est un peu frustrant. Mais on essaie de réduire cela et avec les assistants, on donne la morphine, on change de médicaments et au bout de quelques jours, on a trouvé le rythme et parfois c'est long pour les patients et frustrant pour les infirmières et personnellement j'ai de la peine à entrer dans la chambre d'un patient en lui disant qu'il faut avoir de la patience ou je n'ai pas le temps.</p> <p>La 1<sup>ère</sup> difficulté est de savoir si j'ai été bien comprise ou comme je suis jeune infirmière et elle est ancienne, différence de vision ; dans la situation ou bien c'est la communication orale et l'on ne sait jamais comment elle a interprété même si on dit des choses simples finalement. Et il faut voir dans quelles conditions on établit le rapport en entendant sonner les bips, le téléphone, l'assistant, l'aide. On s'arrête au milieu d'un rapport, on transmet quelques infos et on peut sauter des chapitres. C'est peut-être un problème dans les transmissions d'informations.</p> <p>Justement des fois j'ai l'impression d'insister [auprès des médecins] et je me demande si je dépasse mon rôle, en tout cas en tant que jeune infirmière. J'en parle souvent avec les plus anciennes et elles rencontrent le même problème.</p> <p>Oh, oui, une fois, j'avais une patiente qui se contentait de dire que tout allait bien mais on sentait qu'elle avait quand même mal, de la peine à bouger. Je la questionnais sur l'intensité de la douleur sur l'échelle de 0 à 10 et elle me répondait 6 -7, mais elle disait qu'elle avait vécu pire. Je lui disais alors de ne pas rester dans la douleur, mais quand je lui demandais où elle avait mal, elle ne répondait pas à ma question et ne voulait pas paraître sensible. Une autre difficulté c'est le petit papy désorienté typiquement qui dit « oui, oui, j'ai mal, mais ne peut pas exprimer combien, comment, alors là, c'est beaucoup l'aspect clinique</p>
---	---	--

<p>actuellement dans la pratique d'urgence proprement dite on ne s'en sert pas. Pas de façon écrite.</p> <p>Quand je les ai étudiés ça m'aidait mais en urgence c'est un peu difficile d'avoir une réflexion infirmière qui doit être très rapide, basée sur des symptômes, c'est difficile de les utiliser en fait.</p> <p>5) Partiellement car je n'ai pas été formée aux diagnostics infirmiers. Ca va venir on va devoir vraiment travailler avec. Maintenant je vais devoir faire un travail en tant que responsable sur ce sujet, donc je dois dire que je les connais bien.</p> <p><b>Vous les utilisez un peu pour le processus de sonde ?</b> Non. J'utilise plutôt un plan de soins journaliers, le dossier informatique Phénix. Les étudiants oui mais pas les professionnels.</p> <p>En observant le patient. Les opérés frais on sait de toute façon qu'ils ont mal, il y a une antalgie systématique qui est prévue et puis après c'est l'observation et la discussion avec le patient.</p> <p>On travaille avec un système de cartes, pour les médicaments ou lors</p>	<p>pas juste à comprendre la cause de la douleur. Un patient qui est algique, il s'en fou qu'on comprenne d'où ça vient. Il veut juste qu'on le soulage et ça, je ne pense pas qu'on a du mal à être entendu.</p> <p>2) Parce que même si nous avons des médicaments en réserve et des fois ça n'existe pas et en attendant l'ordre médical, on peut déjà avoir une action en rassurant.</p> <p>Et puis, avec le médecin, c'est parfois plus difficile car on a des médicaments antalgiques, mais quand on n'en a pas je te parle du côté médical ou plus tard après l'opération on entend souvent "tu peux lui faire de la morphine sous-cutanée" et nous on le prend pas bien car on sait que ça ne faut pas avoir peur de la morphine car on peut tout surveiller, on a des scopps, et que la détresse respiratoire représente un grand mythe. Parfois on doit pas mal batailler avec les médecins. Mais les médecins-chefs sont plus ouverts, acceptent plus facilement de donner de la morphine. Et les assistants sont un peu plus réticents par peur, ce qu'on peut comprendre.</p> <p>Des fois on est bloqué à cause du "non" médical et l'on doit se</p>	<p>et je n'hésite pas à lui donner des médicaments, car ce n'est pas parce qu'il est désorienté qu'il n'a pas mal. C'est la volonté de dire du patient et l'état du patient qui permettent d'évaluer la douleur.</p> <p>Comme le médecin a déjà eu du mal à lâcher la personne en fin de vie, et il a eu du mal à augmenter les antalgiques. Là on était deux infirmières à le harceler pour faire céder le médecin qui a aussi de la peine à confirmer son choix, à savoir si c'était bien ou non. Alors c'était une grosse limite, mais c'était une situation bien précise.</p> <p>Sinon en général avec les médecins, on a des limites, car ils n'ont parfois pas vu le dossier ou ils vont aller le voir.</p> <p>Avec les nouveaux assistants, cela bloque. Et ce n'est pas contre eux que je le dis. Il faut parfois insister, par téléphone et le patient attend.</p> <p>Oh oui, je pense au niveau du temps, on n'est pas toujours disponible. On prend du temps pour aller chercher le médicament et s'il n'y en a pas, on doit appeler le médecin, ou la fatigue de l'infirmière joue un rôle et on le fait patienter. Et aussi les gens désorientés, c'est très difficile de cibler la douleur chez eux, il y a la fatigue de l'infirmière à la réponse de la petite grand-mère qui répond oui, oui ça va parce qu'elle n'ose pas déranger. Elle se contente de cela et on ne peut pas bien travailler. Je ne sais pas si ces situations existent, et le temps manque et cela m'exaspère.</p> <p>On est aussi humaine et faible et parfois l'on passe à côté, parce que l'on n'a pas le temps, qu'on est fatigué et que l'on fait le rapport à la veilleuse de nuit on pense que l'aide va venir quant on entend sonner et qu'on va passer après. Mais après, c'est quand ? même si on la volonté, même si on utilise l'EVA, même si on fait un bloc face au médecin, ou on décide d'appeler le médecin-chef qui nous conseille d'écouter les infirmières-chefs, il y a quand même le temps et la fatigue qui nous font défaut et cela ne me satisfait pas.</p> <p>En tant qu'infirmière, je pense qu'il faut vraiment mettre en place l'idée de temps et ne plus prendre comme excuse le temps, mais ce n'est pas forcément en lien avec nous et l'on n'a pas forcément le pouvoir.</p> <p>3) Il y a une solution aussi de facilité de se dire : il a mal mais je n'ai pas le temps de discuter avec lui profondément.</p> <p>Les médecins n'ont pas tout à fait la même approche de la douleur que nous. Ils restent plus dans le médical : avec telle douleur on prend ça. Ils iront moins dans la relation.</p> <p>C'est vrai que ce n'est pas toujours facile de communiquer avec le patient. Soit il ne nous comprend pas car il souffre trop. Soit il ne nous a pas compris. Soit il ne situe pas toujours exactement où il a mal soit il ne sait pas quel genre de douleur c'est.</p> <p>J'ai une personne qui transmettra ses douleurs uniquement à sa famille et que c'est elle qui viendra me le dire : je sais qu'il a très très mal mais il n'ose pas vous le dire. Au niveau verbal pas tout le monde nous le transmet de manière directe. Il y a tout l'aspect clinique. On peut voir aussi sur un patient quand il a mal. Il a une crispation mais qui nous dit pas forcément où il a mal.</p>
---	---	--

<p>d'intraveineuses, donc on a une systématique.</p> <p>6) On les utilise maintenant puisque l'année passée on a eu une infirmière qui épousait une formation avancée pour être infirmière en diabétologie et on a tout revu le processus de soins et actuellement c'est vrai que si l'on voit qu'il y a un problème chez un résident on doit faire un processus de soins avec le recueil des données, ressortir le besoin prioritaire qui est perturbé.</p> <p>Normalement cela devrait aussi se faire dans le cadre de la douleur puisque tout besoin perturbé en fait devrait être mis en processus de soins. D'abord ce que l'on a essayé avant d'utiliser les diagnostics infirmiers, parce que toute l'équipe participe au processus de soins, c'est d'abord de sortir le problème. D'avoir ciblé le problème. On a de toute manière à l'étage ou je travaille le livre des diagnostics infirmiers donc ça nous arrive aussi de ressortir le livre et de chercher correctement aussi le diagnostic quand on trie correctement ce qui a été dit. Mais c'est vrai qu'avec l'équipe on cherche d'abord plutôt à trouver le problème cible.</p> <p>Ca [le diagnostic infirmier] peut être utile pour déterminer à</p>	<p>battre pour l'antidouleur que l'on souhaite.</p> <p>L'on s'est rendu compte comme toutes les infirmières qui y participaient que la prise en charge de la douleur ça bloquait au niveau médical et cela représentait un grand problème. On a des réserves administrées mais pas pour tous les patients car on n'a pas seulement des cas de chirurgie, donc on pensait faire une formation avec les assistants par rapport aux opiacés IV ce qui représenterait déjà un bon point pour être dans le même moule et aller plus vite. On gagnerait alors du temps et dans l'évaluation pure, on utilise l'échelle qu'on pourrait officialiser sur papier automatiquement. Finalement on remplit des papiers concernant la tension, alors pourquoi pas. On verrait une évolution concrète visuelle par tous, y compris les médecins et les physiothérapeutes. Ce serait d'inscrire dans le dossier du patient qu'il a eu telle intervention, et tel antalgique administré et comment il réagit à la douleur et que chaque matin cela se fasse aussi naturellement que la prise de la tension, de la température, etc. Cette procédure serait inscrite dans le carnet des soins et cela deviendrait normal.</p> <p>Si un médecin insiste pour telle</p>	<p>Souvent je me sens un peu démunie face à la douleur. Surtout si c'est une douleur très aiguë et que l'on n'arrive vraiment pas à la soulager malgré tous les analgésiques que l'on possède.</p> <p>Parce que l'on n'arrive pas à soulager cette douleur. Souvent dans les chirurgies fraîches il faut toujours un peu de temps. Et quand c'est très très aigu et que le patient se plaint, physiquement et cliniquement, on le voit, ce n'est pas toujours facile.</p> <p>Manque de médicaments [...] à effets rapides</p> <p>4) En comparaison de le mettre dans un bloc, de lui dire on revient dans quelques minutes, ce que nous faisons parfois, on est déjà perdant à la base.</p> <p>Le patient qui n'est pas inclus correctement dans un milieu comme les urgences va très vite ressentir un inconfort. Il y a une crainte sous-jacente qui va être là parce qu'il ne sait pas ce qu'il a, il ne sait pas ce qu'on va lui faire. Et puis s'il a mal, son inconfort et son trouble psychologique, si l'on peut dire, va forcément augmenter son ressenti de la douleur. Je dis que l'on est perdant par rapport à cela.</p> <p>La première [limite] que je vois et qui est évidente aux urgences, c'est la surcharge de travail. Je vais prendre un exemple simple qui est basic. Aux urgences on a toujours le même problème, c'est que l'on n'a pas de rythme. On passe de 1 ou deux patients à 10 et sur les dix de vitaux donc cela dépend de la charge de travail. Le problème que l'on a c'est que l'on fait d'abord une transmission orale et que tout ce qui est oral précède l'écrit. Et si vous avez beaucoup de personnes et que votre collègue ne vous a écouté que d'une oreille et que dans ce que vous lui dites pour vous la douleur est prioritaire et pour elle pas, ça va changer l'évaluation. Aux urgences le problème c'est que l'évaluation de la douleur se fait par différentes personnes et on se rend compte que ce n'est jamais complètement objectif. Notre problème est que la transmission est d'abord orale et après quelque temps il y a l'écrit.</p> <p>C'est un peu le même problème [avec les médecins], c'est d'abord une transmission orale, en disant où se trouve le patient et ce qu'il a, ce qui est pour nous prioritaire. Et après, cela dépend comment le médecin entend ce message oral. Il a beaucoup de personnes à voir et peut-être même qu'il va oublier la personne. Il faut une attention de tous les instants et je pense que de temps en temps cela joue un rôle défavorable par rapport aux patients qui sont là.</p> <p>Il y a des gens qui ne parlent pas, qui n'arrivent pas à s'exprimer correctement, qui ont peur, qui sont là avec une attitude fermée. Il y avait là l'autre jour une personne qui avait des problèmes à respirer. Je lui demande ça va, elle me dit oui très bien. Je reformule ma question, je lui demande vous êtes vraiment sûre que ça va. Simplement en reformulant elle me dit non en faite c'est très dur. La difficulté parfois c'est d'avoir aussi une infirmière assez futée pour voir aussi dans le non verbal du patient, pour voir ce qu'il transmet de la douleur. Je voyais ce monsieur qui n'était pas bien. Il avait de la peine à respirer. Donc là, on a des éléments objectifs, quelqu'un qui est gris... Dans la douleur c'est pareil, il y a quand même des éléments non verbaux, des objectifs que l'on voit mais après il faut parfois s'y prendre avec plusieurs questions ou avoir beaucoup d'attention, c'est toujours le même problème, pour pouvoir obtenir les éléments nécessaires.</p> <p>Celui-ci a souvent un peu de retenue par rapport aux antalgiques. C'est un peu difficile d'entrer dans cette</p>
---	--	---

<p>quoi la douleur elle est reliée, parce qu'il y a eu un problème cutané, ou alors une chute avec une fracture. Ca relie au problème au fait.</p> <p>Peut-être se poser la question sur un court laps de temps. D'évaluer la douleur et de se dire qu'elle se plaint sur une semaine, 5 jours de cette douleur et être attentive aussi à cette évaluation.</p>	<p>ou telle chose, l'équipe fait bloc et lui fait comprendre que c'est la décision d'équipe. Ou parce qu'on a des raisons de faire cela, bien soutenue par l'équipe, et le temps manque.</p> <p>3) Et puis démystifier la morphine, les opiacés par la veine, parce que je pense que le rôle infirmier est de bien connaître les médicaments. Je suis vraiment contente car dans mon service parce que l'infirmière ose donner, et on voit des résultats merveilleux. Les gens sont vraiment mieux, donc l'infirmière doit vraiment bien connaître tous les médicaments, être très à l'aise pour être optimale avec le patient.</p> <p>4) Et si l'infirmier ne fait pas tout ce qu'il faut pour mettre en alerte le médecin pour avoir une antalgie, souvent le patient n'aura rien. Même après, on doit souvent insister car le médecin a souvent un recul par rapport au patient que n'a pas l'infirmier, et on doit souvent insister pour avoir l'antalgie.</p> <p>Je me sens très souvent limité. Les limites sont surtout à partir du moment où l'on entre dans l'antalgie médicamenteuse. Puisque l'on n'est pas responsable. Puisque pour l'instant aux urgences on n'a pas de protocole.</p>	<p>problématique, je pense qu'il y a beaucoup d'antalgies, si l'on prend les 2<sup>ème</sup> palier et 3<sup>ème</sup> palier qui sont très peu connus. Il y a une espèce de crainte infondée comme par exemple le Fentanyl, arrêt respiratoire, on n'aura jamais de gens qui font d'arrêt respiratoire sur ce médicament et pourtant on y va sur la pointe des pieds. Un des problèmes serait la différence d'évaluation entre médecins et infirmiers. Fausses craintes par rapport à l'antalgie. On a peur que l'on soit limité après au niveau des examens aussi. Et il y a l'antalgie pédiatrique qui est négligée aux urgences. On trouve aussi ça dans la littérature car c'est de longue date que c'est comme ça parce que l'enfant pleure on est très mal à l'aise pour évaluer la douleur de l'enfant on est très limité dans les moyens d'échelonner sa douleur.</p> <p>La peur, les évaluations différentes, le rythme de travail. Aux urgences si vous êtes dans une journée calme et vous avez un ou deux patients, le patient qui vient aux urgences avec une douleur aiguë mais un risque non vital, il va se retrouver à avoir mal pendant plusieurs heures parce que l'on n'a pas le temps de s'occuper de lui ou parce que l'on n'est pas encore assez organisé pour considérer que la douleur doit être prise en charge tout de suite. Je pense que dans les urgences il y a des douleurs qui traînent parce que ce n'est pas le souci prioritaire.</p> <p>Non je ne suis pas satisfait. Je pense que les patients qui sont aux urgences ne peuvent pas prétendre que la douleur soit correcte. Je dis non car je pense que l'on peut faire mieux. Notamment dans la connaissance des médicaments que l'on donne. La mise en place peut-être d'un protocole et puis dans le traitement de la douleur chez les enfants. Ca c'est une prise de conscience qui doit être globale. Il y a peut-être quelques individus qui sont plus sensibles à ce problème. Mais après, il faut que cela remonte et que cela se transmette à toute une équipe.</p> <p>Cela veut dire quand vous venez aux urgences le problème du médecin son premier souci est-ce que vous avez un risque vital ou non. Son deuxième souci est de trouver un diagnostic et son troisième souci est de dire : c'est vrai peut-être que le patient a mal. C'est vraiment deux approches totalement différentes de la personne. Tandis que l'infirmier qui est là, il travaille sur les symptômes et dans les symptômes il y a la douleur. Et lui c'est vraiment l'élément qui doit être déclencheur de la prise en charge de la douleur.</p> <p>Je pense qu'il faudrait qu'il y ait une prise de conscience générale entre infirmiers et médecins au service des urgences pour mettre ça en évidence et qu'il y ait une discussion à ce sujet. Ca c'est un point. Et je pense que l'on doit, chacun à notre niveau, infirmiers et médecins, améliorer notre connaissance des antalgies. Car contrairement à ce que l'on pense, on les connaît très mal et on ne les pratique pas assez bien. Autre point d'amélioration certain, et on devrait en discuter, de mettre en place des protocoles d'antalgies aux urgences. C'est à dire si vous arrivez aux urgences avec une douleur aiguë, mais non vitale, on pourrait tout de suite vous donner en arrivant une antalgie.</p> <p>C'est quelque chose qui se pratique dans les plus grands services d'urgences [...] ils ont des protocoles et l'infirmier déjà au tri pourra donner une antalgie. Ce qui nécessite qu'il y ait le personnel qui surveille après. Donc comme c'est un protocole on ne pourra pas le donner dans toutes les situations. Dans certaines situations on peut donner d'entrée. Ensuite c'est noté, c'est mentionné sur informatique. Ca veut dire que c'est une mise en place de protocole, ce qui veut dire une réflexion interne entre tous les intervenants et ensuite des protocoles écrits, signés et conventionnés.</p> <p>Il y a aussi le problème de l'empathie mais ça c'est difficile on n'a pas tous le même niveau d'empathie aux</p>
---	--	--



	<p>Ce qui n'est pas le cas hospitalier où l'on est toujours infirmier, mais l'on change de casquette on a des protocoles. Donc c'est toujours des actes médico-délégués et, comme très souvent, on est les premiers à évaluer la douleur, on remarque qu'il a mal et qu'il faut faire quelque chose, on se heurte après à une évaluation différente du médecin</p> <p>Cela peut être une facilité de ne pas prendre en compte le patient parce que cela demande moins de travail à tout le monde.</p> <p>5) Avec les médecins on doit vraiment argumenter car ce n'est pas eux qui sont au quotidien avec le patient. Ca pourrait être une barrière.</p> <p>6) Je peux me sentir limité suivant le médecin. Je sais qu'il y a des médecins très conciliants si l'on a une personne très algique, chez qui on doit peut-être instaurer assez rapidement un palier trois si l'on veut éliminer une douleur voire la diminuer. Et d'autres médecins avec lesquels il faudra un petit peu plus argumenter ou insister pour avoir une prise en charge.</p> <p>Face aux médecins il faut avoir des bons arguments.</p> <p>Ne pas simplement dire "elle a</p>	<p>urgences, forcément. <b>Vous pensez que c'est dû à quoi ?</b> Personnalité, motivation, différences de vie et aussi le patient, malheureusement.</p> <p>5) Je pense que la charge de travail va quand même influencer notre capacité d'écoute du patient ou de pouvoir être attentif à la douleur du patient.</p> <p>Peut-être que l'on n'a pas tous la même sensibilité face à la douleur et puis on sera peut-être plus ou moins attentif à la douleur mais là c'est plus une question de sensibilité et de formation du personnel.</p> <p>Par exemple les personnes âgées vont plus endurer la douleur que les autres patients. Et puis il y a aussi l'origine et la culture ou l'on est plus ou moins sensible à la douleur.</p> <p>Il y a toujours cette attitude que l'on a face à la morphine. Le personnel soignant est toujours réticent à employer de la morphine. Le patient aussi, pour lui la morphine ça veut dire mort. Mais autrement je pense que l'on a de bonnes prescriptions et que l'on peut bien soulager les douleurs. Les idées préconçues du patient et du personnel empêchent le traitement efficace de la douleur.</p> <p>Peut-être ne pas assez informer le patient ni le questionner quand on n'a pas assez de temps</p> <p>Je pense que c'est plus notre attitude de soignant, notre capacité d'écoute et notre recherche de l'information. On demande, mais quand on est dans le stress on le néglige un peu.</p> <p>6) Il faut dire que ça peut être une limite si les informations ne viennent pas.</p> <p>Face aux collègues ? Comme l'EMS est un lieu où le personnel n'est pas toujours formé au vocabulaire médical, je pense que pour éviter les difficultés, il faut éviter d'utiliser parfois des données trop techniques mais de donner des informations en parlant de façon un peu plus basic avec des mots simples: alors voilà je lui ai donné un médicament contre la douleur au lieu de lui dire un antalgique. Quoiqu'au fil des années les personnes s'habituent à notre vocabulaire. Ce qui est aussi toujours difficile c'est que les informations il y a tellement de manières de les transmettre, entre la manière écrite, la manière orale, il faut vraiment être attentif quand on fait une retransmission écrite d'utiliser les bons critères pour décrire une douleur aiguë : voilà cette personne elle a mal à tel endroit, de telle manière... Afin que les personnes qui viennent prendre la relève et qui ouvrent un dossier se rendent compte tout de suite de ce qui a été retranscrit.</p> <p>Il y a aussi la peur de déranger. Certaines personnes n'ont pas envie de déranger. Il y a certains êtres humains qui sont plus en retrait qui ne vont pas forcément se plaindre ou qui vont se dire : elles sont tellement occupées que je ne vais pas embêter ces infirmières.</p> <p>Moi je voyais aussi un autre problème c'est aussi le côté je dirai du canton catholique. Car c'est vrai qu'avec des résidents âgés c'est encore dans leurs mœurs de se dire j'ai mal, je ne vais pas forcément me plaindre tout de suite que j'ai mal, alors ça va. Et c'est la réponse que l'on a souvent à notre question : vous avez mal, mais non ça va. Elles ont plutôt tendance à minimiser leur douleur qu'à vraiment crier de douleur. C'est vraiment à nous d'être attentifs à leur douleur car certaines personnes ne vont jamais se plaindre qu'elles ont mal.</p> <p>C'est vrai comme c'est des personnes âgées qui ont été élevées dans un certain esprit. Il faut souffrir pour</p>
--	--	--

	<p>mal" car qu'est-ce que ça représente pour un médecin. Souvent, il va nous dire "Oui mais où ? Comment est la douleur ? As-tu fait une évaluation ?". Sinon ils vont nous renvoyer et c'est aussi à nous d'être assez pointus.</p> <p>La réponse qu'il va y avoir ou que l'on attend d'un médecin, elle dépend de notre argumentation et de nos critères en fait. De ce que nous avons récolté.</p>	<p>gagner le paradis c'est encore dans leur tête. C'est leur éducation. C'est aussi à nous à être attentifs à leurs mimiques à leur positionnement à tout ce que l'on doit être attentif parce qu'il y a une douleur. Surtout si l'on sait que la personne ne se plaint pas ou minimise la douleur.</p> <p>Je pense que c'est vraiment l'argumentation. C'est que tous les membres d'une équipe soignante aient la même vision. Cette personne a une douleur, ça veut dire que l'on doit donner une réponse. Ce n'est pas simplement le elle a mal, mais c'est tout ce qu'il y a derrière. C'est utiliser l'EVA, faire un dolo+, tous les signes physiques qui décrivent une personne et d'utiliser aussi comme je l'ai dit avant tous les adjectifs qu'elle peut utiliser pour décrire cette douleur. C'est vraiment d'être attentif à ça.</p> <p>Le premier moyen que je vois en étant responsable, c'est de motiver mes collaborateurs. De les former aussi. De les rendre attentifs que quand il y a une personne qui se plaint de douleurs il y a toujours la possibilité de dire : oui vous avez mal, mais si je vous dis entre 1 et 10, 1 ce n'est pas de douleur, 10 c'est de la douleur, où c'est que vous la chiffrez. C'est d'utiliser l'EVA. C'est de donner des critères chez une personne. Elle a mal, elle se tient dans cette position, elle protège l'endroit douloureux donc de donner vraiment toutes les causes ou toutes les choses auxquelles il faut être attentif en tant que soignant. Et ça je pense que c'est le rôle de la responsable et de toutes les infirmières qui travaillent avec les personnes âgées.</p>
--	---	---

## 5.2. Le rôle autonome

L'analyse des données recueillies montre la place significative du rôle autonome dans l'esprit des infirmiers interrogés. En effet, ces derniers abordent plus facilement leur rôle autonome que leur rôle médico-délégué.

Tout d'abord, l'anamnèse et la démarche d'évaluation de la douleur reviennent systématiquement et semblent désormais bien ancrées dans les habitudes soignantes.

"Alors, il y a à demander au patient quel type de douleur il ressent [...] l'anamnèse depuis quand la douleur est là."

"C'est le rôle de l'infirmière de cibler les questions, de pouvoir les poser dans un cadre où le patient puisse avoir confiance également à répondre."

L'anamnèse semble donc perçue par les infirmiers interrogés comme faisant partie intégralement du rôle infirmier. Celle-ci varie en fonction des circonstances et de l'expérience du personnel infirmier. Une des infirmières très expérimentée affirme même que :

"Il faut être attentif que les personnes qui posent les questions et qui ciblent la douleur aient l'expérience de la gérer."

Un des facteurs qui fait varier la qualité d'une anamnèse semble être le temps à disposition :

"Dès que le service est plus calme, je profite de me pencher plus sur l'observation avec le patient [...] en posant des questions : comment avez-vous passé la nuit, comment vous sentez-vous, quelle est votre douleur en ce moment. On fait une anamnèse de la tête aux pieds."

Les différents professionnels interrogés accordent tous de l'importance au ressenti du patient et à ses dires lors de l'anamnèse, la douleur aiguë étant reconnue par tous comme un phénomène subjectif.

"Alors, il y a à demander au patient "quel type de douleur il ressent", [...] de proposer au patient de donner sur une échelle de 10 le degré de douleur et de chiffrer. Même si ça semble approprié ou pas, selon le regard extérieur, c'est le chiffre du patient qui compte."

"La dernière chose, c'est le ressenti du patient, ce qu'il dit, ce qu'il décrit comme douleur."

La démarche d'évaluation est faite à l'aide de différents outils propres à chacun. Cependant, l'Echelle Verbale est utilisée dans la majorité des cas et certains n'hésitent pas à utiliser l'Echelle Visuelle Analogique. Cela signifie donc que les infirmiers interrogés comprennent bien l'apport d'une évaluation répétée avec un même outil.

"C'est vrai que l'évaluation de la douleur est très personnelle. Pour ma part, j'utilise fréquemment l'échelle de la douleur numérisée au patient de 0 à 10."

"La deuxième chose utilisée spontanément par toutes, l'EVA, l'Echelle Analogique ; par oral, ça marche bien."

Deux autres outils d'évaluation sont évoqués par une infirmière : le DOLOPLUS<sup>90</sup> et une liste de proposition de mots. Cependant, ils sont à remettre dans le contexte de travail de cette infirmière qui est responsable d'un service dans un home pour personnes âgées. Les outils sont donc adaptés à la clientèle et aux besoins particuliers.

"Le DOLOPLUS qu'on utilise [pour] toucher des personnes qui ne peuvent pas exprimer correctement avec des mots leur douleur mais plus par une position ou un visage plus renfermé ou un retrait de la vie de l'institution. [...] Donner même une proposition de mots, car nous avons une liste avec plein d'adjectifs afin que la personne puisse définir elle-même la douleur. Si c'est quelque chose de "vif", si c'est comme "un coup de poignard", donc des mots assez précis."

---

<sup>90</sup> Cf. Annexes, E. Echelle Doloplus. P. X.

"Après, ça dépend de la compréhension du patient, s'il est muet ou qu'il a des difficultés de compréhension, j'utilise une petite réglette avec des visages, avec des sourires... Une échelle visuelle."

Une des infirmières évalue la douleur autrement qu'à l'aide d'une échelle. Elle cherche tout de même à évaluer l'intensité et la qualité de la douleur, ce qui est nécessaire pour suivre l'évolution d'une douleur et pour la transmettre aux collègues ou aux médecins :

"Je n'ai pas forcément le réflexe d'utiliser l'échelle pour demander si c'est de 0 à 10 mais c'est quand même l'échelle qui est le plus souvent utilisée. Je questionne plutôt le patient sur son ressenti mais ça m'arrive quand même. C'est plus sur l'intensité, sur la qualité."

Un autre outil d'évaluation utilisé de manière récurrente est l'observation clinique et paraclinique. Bien que brièvement mentionnée dans le cadre de mon travail, je ne m'attendais pas à trouver une si grande importance à cette forme d'évaluation. Peut-être que l'objectivité de cette évaluation rassure. Tous les sens sont ainsi utilisés par les professionnels qui s'intéressent au comportement de la personne, à ses mimiques, ses expressions, sa position, sa respiration, sa fréquence cardiaque, etc.

"A part l'observation du patient ? Son expression, la position, la façon dont il parle, la façon dont il respire. [...] Donc, c'est un comportement psychologique, je trouve, qui est également différent."

"On voit déjà l'aspect clinique des patients ou on voit leurs mimiques, leurs grimaces, les soupirs, la fréquence cardiaque [...], la fréquence respiratoire."

"Et puis, surtout ce qui est révélateur, c'est le comportement de la personne, la manière de se positionner le faciès... On prend aussi l'habitude d'avoir une observation générale de la personne."

"Déjà les plaintes de la personne [...] Ensuite par rapport à ses mimiques. Si elle change, si sa voix est changée si sa respiration est plus rapide."

Les infirmiers interrogés insistent sur la place centrale de la relation patient - soignant dans la gestion de la douleur. Ecouter, encourager à s'exprimer, prendre du temps, comprendre, expliquer la cause de la douleur, rassurer, informer sont des termes qui reviennent fréquemment et qui, selon certains professionnels, soulagent déjà le patient car ils tiennent compte de l'aspect psycho-social de la douleur.

"Et bien, en premier lieu, c'est de comprendre la douleur, d'encourager le patient à s'exprimer par rapport à la douleur. [...] Lui donner un maximum d'explications, de ce que cela représente, le rassurer, que c'est quelque chose qu'on fera tout pour l'apaiser, qu'on ne tolère pas que les patients souffrent."

"Je suis personnellement persuadée que, du fait d'avoir une présence, de rassurer, de normaliser la douleur, en rassurant le patient qu'il n'a pas forcément quelque chose de grave, "C'est parce que vous avez été opéré, l'on a bougé les tissus", déjà d'expliquer, de normaliser, c'est le premier rôle que peut avoir l'infirmière."

"Le premier rôle est d'être à l'écoute de cette douleur, ne pas dire que c'est subjectif, ni donner sa propre interprétation. Prendre le patient comme il est et connaître sa douleur. [...] Après, trouver des moyens pour diminuer cette douleur, pas forcément médicamenteux, parfois des positions ou des fois simplement en l'écouter."

"J'ai pu constater souvent que si l'on prend un minimum de temps avec le patient de discuter et de trouver surtout l'origine de cette douleur, cela peut aider. Et souvent, la nuit, je constate que ce sont des douleurs liées à l'angoisse. Alors il faut simplement y répondre. Souvent, de chercher avec le patient d'où vient cette douleur, pour mieux la gérer."

"Donc, si d'entrée on place le patient dans un confort psychologique, le fait qu'il se sente bien, qu'il puisse dire ce qu'il a, qu'on puisse l'installer correctement, on va d'entrée diminuer son ressenti par rapport à la douleur. On aura une évaluation plus objective de la part du patient et de nous même et après on pourra travailler sur la douleur. Moi j'attache beaucoup d'importance, aux urgences spécialement, à l'accueil, à la relation avec le patient par rapport à cette douleur."

"Ecouter la douleur, croire en la douleur. [...] Je pense qu'il y a aussi un rôle de présence. Quand elle a mal, lui dire : "Voilà, je vais vous contrôler tous les paramètres, je vais voir comment ça va". Cela veut dire j'ai entendu votre douleur."

"C'est en même temps leur [des patients] culture et leur éducation et c'est aussi à nous de respecter leur croyance et ce qu'ils ont appris ces personnes. Ça c'est mon avis. On doit le respect à ces personnes âgées et ne pas émettre de jugement. C'est très facile à dire mais c'est aussi un travail infirmier de ne pas émettre de jugement et de prendre la personne comme elle est et de l'accepter et de la soigner, comme cela, et de faire le mieux aussi pour qu'elle se sente bien même si ce n'est pas forcément le mieux qu'elle aimerait."

Les interventions infirmières proposées pour gérer la douleur sont plutôt classiques. Elles prennent en compte la globalité du patient tout en se basant sur des techniques reconnues scientifiquement. Je n'ai pas relevé de technique en lien avec les médecines parallèles :

"Mais déjà, l'écoute du patient, les encadrer, trouver une position algique, un coussin, de la glace, plein de petites choses comme ça qui peuvent déjà apaiser, aider."

"Et ensuite, c'est des petites choses comme mettre du froid, caresser, rester à côté de lui si on a le temps, ça diminue beaucoup la douleur dans le sens où le patient est entendu. Et ça, j'ai vraiment la certitude que c'est primordial pour le patient."

"Après, trouver des moyens pour diminuer cette douleur, pas forcément médicamenteux, parfois des positions ou des fois simplement en l'écoutant."

"Première chose que l'on peut faire pour une douleur aiguë, c'est positionner le patient, la position du ventre. Ou proposer différentes choses comme par exemple de la glace pour un ventre qui est endolori. Même une discussion par rapport au détour psychologique ça peut aider."

Bien que la prévention et l'éducation ne soit que rarement mentionnées spontanément, les infirmiers interrogés reconnaissent qu'elles jouent un rôle central dans leur travail surtout en périopératoire.

"Et puis, quand ils remontent des soins intensifs, on pratique la poupée, c'est-à-dire, une sorte de linge plié en deux qui est tout rond. Et on presse le thorax avec cela quand ils vont se tourner, tousser et l'on le leur explique directement quand ils remontent en chambre normale qu'on va le faire à chaque fois qu'ils vont se tourner, tousser. Ils peuvent le faire eux-mêmes aussi de presser le thorax pour diminuer la douleur et cela prévient toutes les complications du sternum instable. Cela est notre prévention à nous, infirmières, et il y en a d'autres physio et médicales."

"En informant le patient qu'il doit nous avertir quand il commence à ressentir la douleur, ne pas attendre que la douleur soit trop forte. En lui expliquant aussi les médicaments qu'on lui donne et surtout l'inciter à ne pas hésiter à demander et ne pas penser que c'est normal d'avoir mal."

Plusieurs actions d'éducation des patients concernent la verbalisation de la douleur, la chasse aux idées préconstruites et l'antalgie préventive dans les services périopératoires. Les professionnels essaient d'endiguer la douleur en amont en responsabilisant les patients qui deviennent acteurs de leur plan de soins.

"Par exemple d'apprendre au patient comment respirer, d'apprendre au patient de sentir lorsque ses douleurs arrivent, ne pas attendre que ça arrive à une telle échelle où c'est plus difficile à les calmer, qu'il a le droit d'écouter sa douleur si minime soit-elle."

"En informant le patient qu'il doit nous avertir quand il commence à ressentir la douleur, ne pas attendre que la douleur soit trop forte [...] et surtout l'inciter à ne pas hésiter à demander [une antalgie] et ne pas penser que c'est normal d'avoir mal."

Jusqu'à maintenant, il me semblait normal que le partenariat patient-soignant s'établisse dans un rapport hiérarchique. Cependant, les données recueillies lors des entretiens placent le patient au rang d'expert de sa propre douleur. Un partenariat avec le patient "expert" est donc nécessaire.



"La collaboration, c'est sûr. D'abord avec le médecin pour avoir ses prescriptions, puis ensuite avec eux, les patients, pour leur parler de la douleur et savoir comment on peut la gérer."

La collaboration d'égal à égal ou en expert de son domaine<sup>91</sup> avec d'autres professionnels de la santé n'est pas évoquée spontanément. Les infirmiers interrogés sur ces deux types de collaboration les lient au rôle autonome infirmier.

"Alors, c'est de partager les informations qu'elle a et les observations et son analyse diagnostique infirmier qu'elle fait, auprès de toutes les autres personnes qui s'occuperont du patient."

La collaboration se déroule très bien à condition que l'infirmier ait le souci d'informer les autres professionnels de l'état du patient et de la gestion de sa douleur. Une bonne collaboration est généralement bénéfique pour le patient.

"Chez nous, dans notre service, il y a les physiothérapeutes qui passent pour chaque patient et je leur explique comment il respire, s'il est plutôt algique, collaborant pour que le physiothérapeute sache comment entreprendre sa thérapie. Elle va commenter s'il est trop encombré, pour lui administrer de la CIPAP me conseille de regarder avec le médecin. On s'entend très bien en collaboration avec les physiothérapeutes, donc cela marche bien. [...] Notre bonne collaboration avec les physiothérapeutes contribue à une bonne thérapie pour le patient."

Par contre, dans le cas d'une mauvaise collaboration, la gestion de la douleur en pâtit. Voilà pourquoi la prise en charge de la douleur doit être menée sans intermittence.

"Lorsqu'il [un patient algique] vient de radiologie par exemple, si j'ai pas informé le radiologue de sa douleur, et ce que j'ai fait par rapport à ça et ce que j'ai fait pour aider le patient à faire face à ça, et bien, c'est comme si on recommençait. Ça désécurise le patient parce que c'est juste la radio qui intéresse le personnel

---

<sup>91</sup> Cf. Cadre opératoire, 3.5.5.2. Le rôle interdisciplinaire.

et sa douleur est supposée laissée de côté. [...] Par contre la collaboration du patient, comment dire, que le patient se sente encadré, ne doit pas être interrompue à mes yeux même si c'est pour cinq ou dix minutes."

Dans la définition du rôle infirmier<sup>92</sup>, j'ai oublié de mentionner un aspect du métier : le rôle de l'infirmier est aussi de créer un lien entre le patient et les traitements qu'il reçoit. C'est l'infirmier qui, au quotidien, juge de l'état de santé du patient et qui défend ses intérêts auprès des différents professionnels. Finalement, cette aptitude relève de la première compétence Bachelor "concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins"<sup>93</sup>.

"L'infirmier est pour moi le révélateur de la douleur. C'est le premier qui prend en charge le patient et qui voit le patient et qui l'évalue.[...] Le rôle infirmier est prioritaire et primordial. C'est lui le premier qui va détecter la douleur, c'est lui qui est le messager entre le patient et le médecin."

La qualité de la prise en charge des interventions infirmières dépend de facteurs tels que la fatigue, la charge de travail, le stress et le temps à disposition.

"Et bien, je pense que le stress de l'infirmière selon la journée ou la nuit qu'elle a eu."

"Oh oui. Je pense au niveau du temps, on n'est pas toujours disponible. On prend du temps pour aller chercher le médicament et, s'il n'en a pas, on doit appeler le médecin. Ou la fatigue de l'infirmière joue un rôle et on le [le patient] fait patienter."

Pour conclure, j'aimerais relever que le rôle autonome occupe une place essentielle dans la gestion de la douleur et regroupe des actes bien différents : l'anamnèse, la prévention, l'éducation des patients, la

---

<sup>92</sup> Cf. Cadre opératoire, 3.5. Rôle professionnel infirmier.

<sup>93</sup> HES-SO. *Evaluation des compétences: niveau « expertise »*. HedS-Fr, -Août 2007.  
D'après: LE BOTERF, G.. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4<sup>ème</sup> éd. Paris : Organisation, 2002.

collaboration avec d'autres professionnels. Il est influencé par des facteurs de temps, de charge de travail, de stress et de fatigue.

### **5.3. Le rôle médico-délégué**

Lors des entretiens, beaucoup d'interventions infirmières ont été mentionnées en lien avec la gestion de la douleur. Bien que la majorité des interventions tiennent du rôle autonome, quelques-unes dépendent du rôle médico-délégué. On pourrait alors se demander pourquoi le rôle médico-délégué reste plus en retrait. Une des réponses possibles serait que les interventions médico-déléguées complètent les interventions autonomes de l'infirmier sans pour autant les achever puisqu'elles n'en sont pas la fin. En effet, le traitement pharmacologique n'est pas une fin en soi mais un moyen efficace pour diminuer une douleur en plus des interventions autonomes. D'ailleurs, l'utilisation des médicaments nécessite, en amont, différents actes propres au rôle autonome comme l'écoute, l'évaluation, l'observation, la documentation, etc.

"Apaiser déjà avec des médicaments la douleur... mais déjà l'écoute du patient..."

"Et ensuite, c'est des petites choses comme mettre du froid, caresser, rester à côté de lui si on a le temps. Ça diminue beaucoup la douleur dans le sens où le patient est entendu. Et ça, j'ai vraiment la certitude que c'est primordial pour le patient. Ensuite la deuxième chose, c'est effectivement utiliser directement les médicaments."

En aval du rôle médico-délégué, le rôle propre infirmier est nécessaire pour planifier la journée, pour informer le patient et pour le responsabiliser.

"On travaille avec un système de cartes pour les médicaments ou lors d'intraveineuses. Donc, on a une systématique."

"En lui expliquant aussi les médicaments qu'on lui donne."

Dans les différentes interventions proposées par les infirmiers pour gérer la douleur, le rôle médico-délégué intervient très vite de manière récurrente. Les professionnels mesurent ainsi leurs compétences et leurs limites et réagissent en fonction de celles-ci.

"On a également la chirurgie thoracique et l'on a un protocole de PCA et PCEA qui correspond à la pompe morphine. Péridural égale PCA et veineuse égale PCEA. C'est le patient qui fait ses push et c'est vraiment très bien géré automatiquement. Mais on utilise de toute manière l'EVA en complément."

"On peut quand même administrer un antalgique sans forcément avertir le médecin. Mais c'est toujours un antalgique de palier A. On ne va pas aller plus loin que ce que l'on doit. Mais il faut aussi que cet antalgique soit aussi en réserve marqué dans le dossier."

Cependant lorsque les infirmiers sortent de leur champ de compétences propres, ils doivent acquérir de nouvelles connaissances et compétences afin de ne pas mettre la vie du patient en danger. L'utilisation de médicaments nécessite ainsi une formation de base et une formation continue sur l'utilisation des substances, sur leurs effets secondaires ou sur leurs contre-indications.

"Et puis, démystifier la morphine, les opiacés par la veine, parce que je pense que le rôle infirmier est de bien connaître les médicaments."

"Si quelqu'un a eu une douleur aiguë qui peut se transformer en douleur chronique, on suit même au niveau préventif. On va dire qu'on va être attentif à soulager cette douleur et la soulager en continu. On ne va pas dire : "Voilà, un jour, je donne un Dafalgan. Puis, le lendemain, s'il a de nouveau mal, je lui donne un autre Dafalgan."

"On utilise les médicaments qu'on a en réserve. Il y a tous les paliers, on commence par le paracétamol et on finit par la morphine."

Il en va de même lorsque les infirmiers participent à des examens recherchant la cause d'une douleur. Ses propres limites nécessitent souvent l'intervention du médecin.

"Cette douleur, ça peut être aussi un dérèglement interne. Donc, savoir s'il ne faudra pas faire des examens plus loin pour trouver quelle est l'origine de cette douleur. De simplement la soulager avec un traitement, là on peut aussi cacher quelque chose. Donc vraiment se poser la question, puis ensuite se la poser avec le médecin."

La participation à des mesures diagnostiques pour identifier la cause de la douleur n'a été mentionnée que par l'infirmière qui travaille en EMS. Est-ce lié au fait que dans les milieux aigus les infirmiers connaissent l'origine de la douleur ? Je ne le pense pas car, lors de chaque anamnèse et évaluation de la douleur, l'infirmier s'interroge sur l'origine de cette douleur. Si nécessaire, il n'hésite pas à avertir le médecin et à demander des examens complémentaires (auscultation, prise de sang, radiographie, ...).

"Je vais avertir le médecin et, suivant ce que l'on a, nous, à disposition pour réagir, déjà soulager la douleur par un antalgique."

La cause de cette non-verbalisation de la participation aux mesures diagnostiques est autre. Elle est due certainement à la différence de représentation de la douleur qu'ont le médecin et l'infirmier. Le médecin s'occupe en priorité de régler un problème de santé et s'intéresse à la cause de la douleur. Puis, il se soucie des différents symptômes de ce problème de santé. La douleur est donc souvent secondaire, au prix du confort du patient. L'infirmier ne s'occupe que de la clinique et des symptômes. Aussi, la douleur est pour lui davantage prioritaire et la cause relayée au second plan.

"L'infirmier est pour moi le révélateur de la douleur. C'est le premier qui prend en charge le patient et qui voit le patient et qui l'évalue. Il fait le lien avec le médecin. Il est aussi le moteur par rapport au positionnement, à une antalgie... je dirai que

c'est le rouage central de la prise en charge par rapport à la douleur. Le médecin a souvent plusieurs minutes, voir 15 minutes, avant de voir un patient qui n'est pas en risque vital. Alors jusque là, la prise en charge n'est qu'infirmière."

Or, les traitements pharmacologiques prennent parfois une place tellement normale dans notre vie qu'ils ne suscitent que peu de remise en question chez les patients et les professionnels. L'action, la manière de faire sont justifiées par l'expérience : cela fonctionne sans véritable réflexion.

"A l'hôpital, les patients ont toute une panoplie de médicaments. Ils en ont beaucoup. En même temps, on travaille aussi de façon [systématique] : quatre fois un Dafalgan, trois fois un anti-inflammatoire. Cela se fait de manière spontanée et les patients prennent facilement les médicaments."

Heureusement, les professionnels interrogés ont conscience de ce risque. La réflexion, l'observation et la collaboration avec le médecin sont mises en valeur car elles permettent d'atténuer cette dérive.

"Et déjà, voir comment le patient supporte les médicaments qu'on lui donne. Et puis, surveiller s'il est bien couvert avec ces derniers et si on peut continuer avec ces médicaments. Ce n'est pas juste donner un médicament, c'est observer comment il réagit à ce médicament, lui en donner d'autres ou garder cette antalgie-là."

"On est aussi le relais au niveau du médecin. C'est à nous de lui signaler si, avec les prescriptions d'antalgies que l'on a, c'est suffisant ou s'il faut demander plus. Il faut déjà utiliser toutes les possibilités que l'on a de pouvoir donner des antalgies aux patients."

"De simplement la [la douleur] soulager avec un traitement, là on peut aussi cacher quelque chose. Donc vraiment se poser la question, puis ensuite se la poser avec le médecin."

Il est important de noter que certains infirmiers souhaiteraient administrer davantage de médicaments afin d'améliorer la gestion de la douleur.

"- Vous voyez d'autres possibilités d'améliorer cette prise en charge ?

- Ben d'abord, un minimum de médicaments par exemple qu'on peut donner avec, je pense quand même, une certaine limite sur les dosages, une limite sur... et puis des situations bien précises."

Ainsi, le rôle médico-délégué peut être perçu comme une nécessité pour garantir un soulagement correct de la douleur.

#### **5.4. La pratique infirmière réflexive**

Les entretiens menés permettent de faire un rapide tour d'horizon sur les différentes manières d'organiser la réflexion et le plan de soins. Parmi les personnes interviewées, quatre ont appris à utiliser les diagnostics infirmiers durant leur formation et les deux autres connaissent cet outil de travail. Cependant, personne n'utilise de manière systématique les diagnostics infirmiers par écrit. Devant un tel résultat, deux questions surgissent. Comment font les professionnels pour organiser leur réflexion ? Pourquoi les diagnostics infirmiers ne sont-ils pas utilisés systématiquement ?

L'utilisation de diagnostics infirmiers n'est pas toujours une démarche consciente mais guide tout de même la réflexion. Même une des infirmières qui n'a pas appris à utiliser les diagnostics infirmiers reconnaît qu'elle structure sa réflexion en identifiant les problèmes prioritaires.

"[Les diagnostics infirmiers] C'est un peu vague dans ma tête. Je crois voir ce que c'est et j'espère de mettre en pratique. [...] Inconsciemment, je crois que oui [je les mets en pratique], consciemment de temps en temps. [...] Mais le diagnostic infirmier pour l'instant à mes yeux, c'est encore quelque chose qui prend énormément de temps et que ..., je ne devrais pas dire ce que je vais dire, mais que je me dis, étant présente avec le patient et en employant tous ses sens pour les soigner, les encadrer, c'est quelque chose qu'on emploie tout le temps. Après, quant à le mettre et le noter, non. Je le communique verbalement, je

communiqué par écrit dans mes dossiers mais je ne remplis pas les rubriques sur ordinateur."

Les diagnostics infirmiers permettent de mettre des mots sur un ou des problèmes et d'identifier les priorités. Une infirmière explique en ces termes :

"Ça [le diagnostic infirmier] peut être utile pour déterminer à quoi la douleur est reliée, parce qu'il y a eu un problème cutané, ou alors une chute avec une fracture. Ça relie au problème, au fait."

Par ailleurs, cette démarche se fait systématiquement sans avoir toujours la formalité de la démarche de soins ou du vocabulaire propre aux diagnostics infirmiers.

"Normalement, cela [la démarche réflexive à l'aide des diagnostics infirmiers] devrait aussi se faire dans le cadre de la douleur, puisque tout besoin perturbé, en fait, devrait être mis en processus de soins. D'abord, ce que l'on a essayé avant d'utiliser les diagnostics infirmiers, parce que toute l'équipe participe au processus de soin, c'est d'abord de sortir le problème. D'avoir ciblé le problème. On a de toute manière à l'étage où je travaille, le livre des diagnostics infirmiers, donc ça nous arrive aussi de ressortir le livre et de chercher correctement aussi le diagnostic quand on trie correctement ce qui a été dit. Mais c'est vrai qu'avec l'équipe on cherche d'abord plutôt à trouver le problème cible."

L'autre manière d'établir un plan de soins est l'observation infirmière, l'expérience et la discussion avec le patient qui permettent l'anticipation et la prévention. Cette autre forme de réflexion a ses limites propres : plan de soins impersonnel, risque de passer à côté d'autres priorités, installation d'une routine.

"En observant le patient. Les opérés frais, on sait de toute façon qu'ils ont mal, il y a une antalgie systématique qui est prévue et puis après, c'est l'observation et la discussion avec le patient."

La réflexion et la réévaluation régulière du plan de soins et des interventions font partie des habitudes soignantes même si elles ne sont



pas toujours liées aux diagnostics infirmiers. Quelle que soit la méthode choisie, elles doivent être systématiques car elles permettent de prendre une distance critique par rapport à ses actes.

"Peut-être se poser la question sur un court laps de temps, d'évaluer la douleur et de se dire qu'elle se plaint sur une semaine, cinq jours, de cette douleur et être attentive aussi à cette évaluation."

Cependant, si la réflexion et l'établissement d'un plan de soins peuvent être faits sans l'appui formel du diagnostic infirmier, on peut se poser la question sur la nécessité de mettre systématiquement par écrit ces diagnostics infirmiers. L'utilisation formelle de diagnostics permet d'améliorer les transmissions infirmières orales et écrites, puisque chaque diagnostic renvoie à un problème précis. Elle diminue donc les risques de déformer la réalité ou de mal l'interpréter. Les diagnostics infirmiers permettent aussi une démarche systématique qui diminue le risque d'oublier un problème. De plus, ils demandent une réflexion constante ce qui empêche l'installation de l'habitude. Bref, l'utilisation de diagnostics infirmiers permet d'établir une réflexion adaptée, de cibler les véritables problèmes du patient et d'économiser de l'énergie et des coûts.

"Mais il faut vraiment voir la douleur comme priorité. Tu parlais de diagnostic infirmier et je reste persuadée que, lorsqu'on doit trouver le diagnostic prioritaire, je suis persuadée que la douleur est un problème prioritaire dans le sens où tout va découler. La santé physique du patient va découler de la douleur. On croit que la douleur est normale, mais non. La douleur augmente les risques cardiovasculaires dans le sens tachycardie, insuffisance cardiaque parce qu'il manque d'oxygène et cela augmente le stress interne. Donc, toute la cicatrisation se fait moins bien en périphérie. Cela augmente l'anxiété, la peur, ça annihile l'appétit donc plus faible, il perd des forces. Et si l'on regarde, ce ne sont que des choses dépendantes du rôle infirmier, "les soins de plaies, l'anxiété et la nourriture", et, si l'on agirait que sur la douleur, cela irait beaucoup mieux."

Face à tous les avantages d'une utilisation formelle et systématique des diagnostics infirmiers s'opposent quelques désavantages. Tout d'abord, cette utilisation systématique n'est pas ancrée dans les habitudes

des professionnels. L'adaptation de toute une équipe à une utilisation systématique occasionnerait énormément de temps et d'investissements.

"Mais le diagnostic infirmier pour l'instant à mes yeux, c'est encore quelque chose qui prend énormément de temps."

"Je les [diagnostics infirmiers] ai beaucoup pratiqués pendant mes études. Mais actuellement, dans la pratique d'urgence proprement dite, on ne s'en sert pas. Pas de façon écrite. [...] Quand je les ai étudiés, ça m'aidait mais, en urgence, c'est un peu difficile d'avoir une réflexion infirmière qui doit être très rapide, basée sur des symptômes, c'est difficile de les utiliser en fait."

Parfois, les professionnels ont une représentation faussée des diagnostics infirmiers ou ne réalisent pas qu'ils fonctionnent avec leur aide. Cette représentation est probablement due au manque de connaissance sur ce sujet.

"Non [je n'utilise pas les diagnostics infirmiers]. J'utilise plutôt un plan de soins journaliers, le dossier informatique Phoenix. Les étudiants, oui, [utilisent les diagnostics infirmiers] mais pas les professionnels."

Un autre problème à l'utilisation systématique et formelle des diagnostics infirmiers est la dynamique de groupe. Depuis plus de dix ans, les professionnels engagés ont appris à utiliser les diagnostics infirmiers mais ne les utilisent pas formellement sur leur lieu de travail. Sachant que l'âge moyen des infirmiers dans les pays industrialisés est d'environ 40 ans<sup>94</sup>, cela signifie que la plupart des professionnels n'a pas été encore formé à cet outil. Cela est donc rude pour les "jeunes" professionnels d'utiliser un outil qui n'est ni consulté ni maîtrisé par tout le monde. Les "jeunes" professionnels apprennent donc à agir comme les anciens au nom de la spontanéité et de la rapidité.

---

<sup>94</sup> International Council of Nurses. Adresse URL :

[http://www.icn.ch/matters\\_ageing\\_Workforcef.htm](http://www.icn.ch/matters_ageing_Workforcef.htm). Consulté le 19 décembre 2009.

"Je dois avouer que j'utilise les moyens utilisés dans le service car je ne les utilise pas ces diagnostics. Quand je vois une personne qui a mal, j'utilise les médicaments à notre disposition, j'appelle le médecin, j'anticipe la douleur en fonction de la mobilisation du patient. C'est quelque chose de spontané, c'est spontané. Est-ce que je la fais correctement en fonction ... ? Il a mal, on va évaluer pourquoi et on va agir là-dessus."

"De manière écrite, je ne le fais pas du tout. Par contre, je pense que j'ai une réflexion spontanée à la formation."

En conclusion, l'utilisation systématique de diagnostics infirmiers n'est pas encore acquise. Face aux différentes difficultés que ceux-ci suscitent, il sera nécessaire d'investir beaucoup de temps et d'énergie. De plus, cela ne pourra se faire que si l'équipe entière décide de jouer le jeu. Malgré les difficultés, cela semble se concrétiser petit à petit puisque le nombre de professionnels formés à leur utilisation ne cesse de croître et que la volonté de les introduire émerge dans certains établissements.

"On les [les diagnostics infirmiers] utilise maintenant puisque, l'année passée, on a eu une infirmière qui épousait une formation avancée pour être infirmière en diabétologie et on a tout revu le processus de soins. Et actuellement, c'est vrai que, si l'on voit qu'il y a un problème chez un résident, on doit faire un processus de soins avec le recueil des données, ressortir le besoin prioritaire qui est perturbé."

"[Je connais les diagnostics infirmiers] partiellement car je n'ai pas été formée aux diagnostics infirmiers. Ça va venir. On va devoir vraiment travailler avec. Maintenant, je vais devoir faire un travail en tant que responsable sur ce sujet, donc, je dois dire que je les connais bien."

## **5.5. Analyse en regard des hypothèses**

### **5.5.1. Première hypothèse**

La première hypothèse posée est la suivante :

"Le rôle médico-délégué est une limite au rôle infirmier. Il nécessite une transmission de qualité des informations qui peut être parfois défailante. Une mauvaise transmission empêche un soulagement rapide par des moyens médicaux."

Parmi les différentes limites relevées du rôle médico-délégué, il y a la nécessité d'une argumentation infirmière au médecin lorsque l'infirmier juge utile une antalgie pharmacologique.

"Avec les médecins, on doit vraiment argumenter car ce n'est pas eux qui sont au quotidien avec le patient. Ca pourrait être une barrière."

"Je peux me sentir limité suivant le médecin. Je sais qu'il y a des médecins très conciliants si l'on a une personne très algique, chez qui on doit peut-être instaurer assez rapidement un palier trois, si l'on veut éliminer une douleur, voir la diminuer. Et d'autres médecins avec lesquels il faudra un petit peu plus argumenter ou insister pour avoir une prise en charge. [...] Face aux médecins, il faut avoir des bons arguments. [...] La réponse qu'il va y avoir ou que l'on attend d'un médecin, elle dépend de notre argumentation et de nos critères, en fait, de ce que nous, on a récolté."

L'argumentation est souvent basée sur des échelles d'évaluation de la douleur et est perçue dans les compétences de l'infirmier.

"Pouvoir dire : "Voilà, cette personne, elle a mal. On lui a fait un DOLOPLUS ou j'ai fait une EVA qui donne ça". Ça permet aussi d'être plus précis dans l'argumentation, c'est aussi ça notre rôle d'infirmier, c'est de donner des critères."

"Puis, au bout d'un certain moment, on peut dire au médecin : "Alors, cette personne se plaint d'une douleur depuis cinq jours". Evaluer aussi parce que ça nous permet aussi d'argumenter la douleur auprès du médecin. Ça nous permet en fait d'avoir aussi un traitement de fond."

Un autre problème du rôle médico-délégué est le rôle d'intermédiaire de l'infirmier entre le patient et le médecin. Les informations transitant par une troisième personne risquent d'être déformées ou même perdues et l'obtention d'une antalgie nécessite plus

de temps. En effet, le médecin n'étant pas confronté directement à la douleur du patient pourrait rechigner davantage à prescrire un antalgique.

"Ne pas simplement dire : "Elle a mal." car qu'est-ce que ça représente pour un médecin ? Souvent, il va nous dire : "Oui mais où ? Comment est la douleur ? As-tu fait une évaluation ?". Sinon, ils vont nous renvoyer et c'est aussi à nous d'être assez pointus."

"Le médecin a souvent plusieurs minutes, voir 15 minutes, avant de voir un patient qui n'est pas en risque vital."

"Et si l'infirmier ne fait pas tout ce qu'il faut pour mettre en alerte le médecin pour avoir une antalgie, souvent, le patient n'aura rien. Même après, on doit souvent insister car le médecin a souvent un recul par rapport au patient que n'a pas l'infirmier, et on doit souvent insister pour avoir l'antalgie."

Le rôle d'intermédiaire entre le patient et le médecin demande donc à l'infirmier d'assumer, face au patient, les erreurs ou les refus du médecin.

"Je me sens très souvent limité. Les limites sont surtout à partir du moment où l'on entre dans l'antalgie médicamenteuse. Puisque l'on n'est pas responsable."

Le refus de prescrire un antalgique est parfois dû à des raisons médicales qui échappent à l'infirmier et au patient. Le problème se situe alors dans l'information et la justification donnée par le médecin.

"Des fois, on est bloqué à cause du "non" médical et l'on doit se battre pour l'antidouleur que l'on souhaite."

Un autre problème provient du manque d'anticipation du médecin, souvent dû à son souci prioritaire d'établir un diagnostic médical, face au confort du patient.

"Mais je pense qu'il serait souhaitable d'avoir plus souvent l'anticipation du médecin et d'avoir quelque chose de prescrit dès que le patient a été vu et pris en charge que d'attendre que la douleur s'amplifie."

Le manque d'expérience, de formation, de connaissances sur l'état de santé du patient ou des préconstruits inadéquats peuvent aussi être à l'origine d'une prescription antalgique insuffisante par le médecin ou l'assistant.

"On s'est rendu compte, comme toutes les infirmières qui y participaient, que la prise en charge de la douleur, ça bloquait au niveau médical et cela représentait un grand problème. On a des réserves administrées mais pas pour tous les patients car on n'a pas seulement des cas de chirurgie. Donc, on pensait faire une formation avec les assistants par rapport aux opiacés IV."

"Avec le médecin, c'est parfois plus difficile car on a des médicaments antalgiques mais quand on n'en a pas, je te parle du côté médical ou plus tard après l'opération, on entend souvent : "Tu peux lui faire de la morphine sous-cutanée". Et nous, on le prend pas bien car on sait que ça ne fonctionne pas bien et qu'il ne faut pas avoir peur de la morphine car on peut tout surveiller, on a des scops, et que la détresse respiratoire représente un grand mythe. Parfois, on doit pas mal batailler avec les médecins. Mais les médecins-chefs sont plus ouverts, acceptent plus facilement de donner de la morphine. Et les assistants sont un peu plus réticents par peur, ce qu'on peut comprendre."

"Sinon, en général avec les médecins, on a des limites car ils n'ont parfois pas vu le dossier où ils vont aller le [le patient] voir."

Parfois, l'absence de médecin pose problème. Si le médecin n'est pas dans le service, l'infirmier doit le contacter et le déranger. C'est une barrière de plus à l'obtention d'une antalgie.

"Ça peut dépendre des heures de la journée. Ça peut dépendre de la présence du médecin ou pas. Si le médecin ou même l'assistant n'est pas présent pour pouvoir les "convaincre" de la nécessité d'administrer quelque chose, on est souvent dépourvu."

Quelque fois, le rôle médico-délégué est lui-même une limite aussi. Par exemple, lorsque le patient souffre et qu'il ne peut pas prendre d'antalgique, l'infirmier doit faire face à ses plaintes et lui expliquer pourquoi il ne peut pas lui donner d'antidouleur comme il le souhaiterait.

"On est souvent obligé d'expliquer que l'on est parfois limité sans ordre médical."

La douleur du patient a de nombreuses conséquences négatives qui doivent être assumées par le patient et par l'infirmier.

"Car on a beaucoup plus de peine après à les soulager et que les patients puissent nous accorder leur confiance. C'est notre but, la confiance et non pas juste comprendre la cause de la douleur. Un patient qui est algique, il s'en fout qu'on comprenne d'où ça vient. Il veut juste qu'on le soulage et ça, je pense qu'on a du mal à être entendu."

Tous ces différentes limites et problèmes liés au rôle médico-délégué sont pénibles pour les infirmiers. Un sentiment d'impuissance et de fatigue peuvent s'installer et pénaliser les infirmiers.

"Là, je pense que humainement c'est difficile de tolérer et rester près de quelqu'un qui est algique parce qu'elle [l'infirmière] se sent impuissant."

"Même si on utilise l'EVA, même si on fait un bloc face au médecin ou on décide d'appeler le médecin-chef qui nous conseille d'écouter les infirmières-chefs, il y a quand même le temps et la fatigue qui nous font défaut et cela ne me satisfait pas."

Pour se faire entendre, les infirmiers se soutiennent au sein de l'équipe.

"Si un médecin insiste pour telle ou telle chose, l'équipe fait bloc et lui fait comprendre que c'est la décision d'équipe, ou parce qu'on a des raisons de faire cela, bien soutenue par l'équipe."

Ces arguments permettent de conclure que la première hypothèse me semble confirmée : le rôle médico-délégué est effectivement une limite de la profession infirmière. La majorité de ces limites découlent de problèmes de la gestion de la douleur au niveau médical (manque d'anticipation et de formation, méconnaissance, préconstruits). Une mauvaise transmission de l'information en raison du manque de

médecins, de son absence ou de l'effectif infirmier insuffisant est aussi une limite importante. Lorsqu'une de ces limites entrave le bon fonctionnement du rôle médico-délégué, le patient en pâtit par un retard ou une absence d'antalgie et les infirmiers s'épuisent en tentant de limiter les dégâts.

Cependant, je pondère cette conclusion en précisant que les infirmiers interviewés étaient satisfaits de la prise en charge de la douleur aiguë à 70 % en moyenne<sup>95</sup>. Aussi, dans la majorité des situations, le rôle médico-délégué ne semble pas poser de problème.

"A 70% satisfaite et je confirme être dans un service super qui fonctionne bien, avec une bonne équipe et avec une même philosophie où les gens ne doivent pas avoir mal."

"On travaille aussi avec les médecins des soins intensifs et cela marche bien. C'est souvent un chef de clinique avec beaucoup d'expérience et il est plus logique face à cela et est plus sûr de lui."

### **5.5.2. Deuxième hypothèse**

La deuxième hypothèse posée a été formulée comme suit :

"Une pratique infirmière réflexive permet d'atténuer les limites du rôle médico-délégué."

La pratique infirmière réflexive est une démarche assez difficile à mesurer par des entretiens semi-directifs. J'ai pu évaluer l'utilisation d'une technique permettant la pratique réflexive, les diagnostics infirmiers, mais en aucun cas l'ensemble de ces différentes pratiques ou la qualité de ces réflexions pratiques. Aussi, répondre de manière affirmative et définitive à

---

<sup>95</sup>  $50/5 + 70/5 + 80/5 + 70/5 + 80/5 = 350/5 = 70 \%$ . Un participant a refusé de chiffrer son niveau de satisfaction.



cette hypothèse n'est pas possible. Cependant, un début de réponse peut être amené.

Lors des entretiens, deux problèmes ont souvent été évoqués. Le premier est la nécessité d'argumenter lorsque l'infirmier demande une antalgie au médecin. Le second est le rôle usant d'être intermédiaire entre le patient et le médecin. L'argumentation, qui n'est autre qu'une forme du rôle d'intermédiaire, exige une pratique réflexive car l'infirmier doit être capable de décrire la douleur, de connaître son évolution, de juger lui-même de l'utilité d'une antalgie et d'évaluer les moyens adaptés à la gestion de cette douleur. L'argumentation est donc perçue comme une limite à cause de la charge qu'elle représente pour l'infirmier qui doit la transmettre au médecin ou parce qu'elle peut être parasitée par un manque de confiance de l'infirmier en son jugement ou à cause d'une difficulté de verbalisation. Malheureusement, ces dernières hypothèses n'ont pas pu être évaluées dans ce travail.

Les autres limites relevées du rôle médico-délégué dépendent directement du corps médical. La pratique réflexive infirmière a peu d'influence sur la pratique ou le fonctionnement des médecins. Elle peut, et c'est important, analyser les problèmes, les identifier, les mettre en évidence et proposer des solutions mais ne peut pas les régler à la place des médecins.

"On s'est rendu compte, comme toutes les infirmières qui y participaient, que, la prise en charge de la douleur, ça bloquait au niveau médical et cela représentait un grand problème. On a des réserves administrées mais pas pour tous les patients car on n'a pas seulement des cas de chirurgie. Donc, on pensait faire une formation avec les assistants par rapport aux opiacés IV."

Un autre raisonnement par la négative peut être mené pour répondre à cette deuxième hypothèse. Une pratique infirmière peu réflexive augmente l'importance du rôle médico-délégué dans les actions infirmières et augmente les problèmes liés à cette limite. En effet, une

réflexion insuffisante ne permet pas de prendre en compte toutes les dimensions d'une approche globale dans la gestion de la douleur aiguë. Le risque alors est de s'arrêter à la seule dimension physique, biologique et chimique et de percevoir l'antalgie pharmacologique comme seul moyen d'intervention. Aussi, tous les problèmes liés au rôle médico-délégué prendront une proportion encore plus grande.

"Je ne les utilise pas ces diagnostics. Quand je vois une personne qui a mal, j'utilise les médicaments à notre disposition, j'appelle le médecin."

En conclusion, la deuxième hypothèse est partiellement vérifiée. La pratique infirmière réflexive permet bien d'atténuer les limites du rôle médico-délégué dépendantes des infirmiers et des médecins. Cependant, l'action atténuante de la pratique infirmière sur les limites médico-déléguées qui dépendent des infirmiers n'a pas pu être démontrée directement dans ce travail, bien que, par la négative, elle semble être confirmée.

### ***5.5.3. Troisième hypothèse***

Voici la troisième et dernière hypothèse de ce travail :

"Les infirmiers se retranchent derrière le rôle médico-délégué lorsqu'ils se sentent démunis."

Cette hypothèse présente aussi quelques difficultés à être vérifiée. En effet, il est difficile de prouver le bien fondé de cette hypothèse sans une analyse des faits sur le terrain. Cependant, plusieurs réflexions dans les entretiens permettent de répondre à cette hypothèse.

Dans l'hypothèse précédente, nous avons vu une corrélation entre la pratique réflexive et la place qu'occupe le rôle médico-délégué dans les interventions infirmières. Par déduction, on pourrait penser qu'un manque de réflexion peut pousser l'infirmier à se retrancher derrière le rôle médico-

délégué. Pourtant, ce n'est pas la seule cause évoquée lors des entretiens. En lien avec la qualité de réflexion et d'analyse de la situation, l'expérience des professionnels influence de manière non négligeable l'importance accordée au rôle médico-délégué.

"Et je trouve que, moins d'expérience l'infirmière a, plus elle a besoin de parler avec le patient. Et plus on n'ira spontanément pas dans le fond des questions d'écoute, d'explication et on fera plus vite recours au médecin ou aux médicaments avant d'avoir une qualité d'écoute auprès du patient. Et pour moi, l'un doit précéder l'autre. [...] Faut pas que ce soit un raccourci pour se désinvestir dans l'encadrement, l'écoute et les questions auprès du patient.

Cependant, cette affirmation est pondérée par la même infirmière qui précise ensuite :

"Je ne parle pas de la situation la plus aiguë, l'énorme trauma qui arrive par la porte où les médecins vont de toute façon être là et puis on va donner des médicaments en grosse dose avec un médecin présent. Je parle surtout des douleurs aiguës ou que l'infirmière pour l'instant est tout près du patient."

Il est intéressant de noter que cette infirmière associe le rôle infirmier à celui d'assistant du médecin dans certaines situations. Il y a alors deux possibilités : soit les urgences vitales ne relèvent presque que du médical et non pas des soins, soit le rôle autonome de l'infirmier prend une autre forme. Le but de ce travail n'est pas de répondre à cette nouvelle question. Ce qui est sûr, c'est que, dans les situations d'urgence, l'anticipation des infirmiers est appréciée par les médecins. Celle-ci n'est possible que dans les cas où les professionnels ont suffisamment d'aisance avec la situation. Dans le cas contraire, le rôle médico-délégué prend une place énorme et la gestion de la douleur en pâtit.

Parfois, les infirmiers se retranchent derrière le rôle médico-délégué parce qu'ils se mettent dans le rôle du "sauveur". Dépassé par la souffrance de l'autre, le soignant se contente de son rôle médico-délégué

au détriment du rôle autonome. La gestion de la douleur n'est dans ce cas pas correcte mais pourrait être justifiée par la charge de travail.

"Aux urgences, on peut très vite vouloir être le sauveur qui a soulagé. Donc de faire recours à la morphine et puis on passe au suivant. Mais le patient, il n'a pas eu notre attention en attendant. Et puis, c'est des multiples investissements infirmiers auprès de nombreux patients dans une journée et on peut très facilement se désister de cet investissement et passer aux cas plus intéressants dans la salle d'urgences. [...] On aura envie d'être celui qui répond à la douleur ; on a aussi envie d'être valorisé vis à vis du patient."

Le sentiment d'impuissance lié à la douleur du patient est aussi influencé par des facteurs extrinsèques tels que la charge de travail, la fatigue ou le stress. Dans ces situations, il y a à nouveau le risque de laisser une trop grande place au rôle médico-délégué en limitant les interventions propres à l'infirmier pour des raisons de facilité.

"Et bien, je pense que le stress de l'infirmière selon la journée ou la nuit qu'elle a eue. Là, je pense que, humainement, c'est difficile de tolérer et rester près de quelqu'un qui est algique parce qu'elle se sent impuissant. Alors le médicament, éventuellement selon le protocole, ce sera facile à lui donner."

"Cela peut être une facilité de ne pas prendre en compte le patient parce que cela nous demande moins de travail à tout le monde."

Pour faire face au sentiment d'impuissance et aux dérapages qu'il peut engendrer, la qualité de la formation de base, la formation continue, la connaissance de soi, le développement d'un esprit critique et l'expérience sont essentiels<sup>96</sup>.

"Je pense que la formation vis-à-vis de la douleur est essentielle pour faire face à ça, face aussi à ses limites, ses angoisses. [...] Donc on doit reconnaître nos limites et être honnête avec soi jusqu'à quel point on donne pour qu'on ne soit plus dérangé. Et puis en fait on est "acquitté" d'être celle qui donne. Et de faire

---

<sup>96</sup> Cf. Annexes, H. Frank OSTASESKI "Exploring our intention in service".

des formations et d'avoir l'expérience dans la douleur, juste nous permet d'avoir une conscience de ces risques,"

Toutes ces données confirment donc la troisième hypothèse. Le sentiment d'impuissance peut être la conséquence de manque de formation, d'expérience, d'esprit critique ou de connaissance de soi. Ce sentiment occupe effectivement une place énorme dans la part des interventions infirmières autonomes ou médico-déléguées. Il suscite la recherche de solutions de facilité. De plus, il risque d'engendrer une relation non constructive si l'infirmier entre dans la dynamique du triangle dramatique de KARPMAN<sup>97</sup>.

---

<sup>97</sup> Cf. Annexes, G. Le triangle dramatique de KARPMAN. P. XII – XVII.

## 6. Discussion

Au terme de l'analyse, il convient de faire l'autocritique du travail accompli. Cette partie présente les problèmes et les limites de ma recherche par une critique des validités internes et externes de l'analyse.

### 6.1. *Validité interne*

La validité interne d'une recherche peut être considérée comme acquise lorsque le degré à partir duquel "on peut déduire que le traitement expérimental (ou la variable indépendante), plutôt que des facteurs parasites, sont à l'origine des effets observés"<sup>98</sup> est atteint.

En d'autres termes, la validité interne correspond à la pertinence et aux respects méthodologiques de chaque étape de la recherche menée.

#### 6.1.1. *Choix du thème et de la question spécifique de recherche*

Le choix d'un thème de recherche en lien avec la douleur est pertinent. Malgré de nombreuses études et recherches menées ces dernières années, la douleur reste toujours mal comprise et le lot de bien des patients.

La question spécifique de recherche a été longuement mûrie. Elle se montre plutôt hardie puisque l'angle d'approche des limites du rôle infirmier a été peu étudié. Examiner les limites du rôle infirmier dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur aiguë constitue un travail

---

<sup>98</sup> Carmen G. LOISELLE. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Edition Erpi. Québec : 2007. P. 204.

énorme car ces limites varient en fonction des professionnels, des établissements et des avancées de la science. J'ai donc dû restreindre mon champ de travail à trois hypothèses. Par définition, la restriction néglige certains aspects de la question de recherche et ne peut y répondre que partiellement. Cependant, cette manière de travailler permet d'aborder la problématique à mon niveau Bachelor et donne au lecteur un aperçu de quelques problèmes liés à la réalité du terrain.

### **6.1.2. Choix du cadre**

L'élaboration du cadre opératoire se révéla ardue. La première difficulté fut de définir la douleur aiguë alors que le phénomène douloureux n'est pas encore totalement expliqué par les scientifiques et qu'une définition de la douleur tente d'objectiver un phénomène subjectif.

La démarche d'évaluation et la présentation des diagnostics infirmiers furent compliquées à rédiger parce qu'il n'est pas aisé de comprendre et de décrire les opérations de la pensée. Les ouvrages de référence développaient fort peu ces étapes. Mettre des mots sur la construction d'une réflexion fut donc un véritable défi !

La présentation du rôle professionnel m'a réservé quelques surprises car ce thème s'éloigne de mon apprentissage scolaire et s'approche des sciences sociales. Lorsque j'ai cherché une définition du rôle infirmier, je me suis confronté à toute la richesse de cette profession qui regroupe tant de formations, de philosophies. Je n'ai pas trouvé de définition suisse du rôle infirmier. L'Association Suisse des Infirmiers (ASI) définit seulement les critères des formations diplôme et post diplôme. La définition française peut poser certains problèmes parce que le rôle attendu des infirmiers n'est pas toujours le même en France qu'en Suisse : une suture, par exemple, est un acte médico-délégué de la formation de base française. Je fus confronté à une autre difficulté supplémentaire lorsque j'ai voulu classer les différentes interventions infirmières dans le

rôle autonome ou le rôle médico-délégué. En effet, certaines interventions sont faites en collaboration avec le médecin et non dans un rapport hiérarchique. C'est alors que j'ai pris conscience du flou qui régnait entre le rôle autonome et le rôle médico-délégué.

La définition de la pratique réflexive ne fut pas simple. J'ai choisi de l'illustrer avec la méthode des diagnostics infirmiers pour faciliter l'analyse. Malheureusement, j'ai remarqué lors des entretiens que les diagnostics infirmiers ne sont pas utilisés systématiquement dans la pratique. Cette constatation limite une nouvelle fois les résultats de mon analyse.

En résumé, mon cadre n'est pas toujours spécifique à la réalité (définitions françaises et utilisation d'autres sciences) et s'allonge. En supprimant les éléments inutilisés dans mon analyse, il aurait certainement gagné en qualité et en brièveté. Par contre, il démontre toute la complexité de la question spécifique de recherche.

### **6.1.3. Outil méthodologique**

L'utilisation d'entretiens semi-directifs enregistrés me semble être l'outil le plus adapté à ma démarche<sup>99</sup>. Une infirmière diplômée m'a aidé à construire mon questionnaire dont le but était de couvrir l'ensemble des thèmes de mes hypothèses : les moyens d'évaluation de la douleur, les diagnostics infirmiers et la démarche réflexive, le rôle de l'infirmier face à la douleur aiguë et les différents problèmes de la prise en charge de la douleur. Malheureusement, les questions préparées ne m'ont pas permis de répondre complètement à la deuxième hypothèse ce qui me laisse penser que l'hypothèse est mal formulée ou que certaines questions ne sont pas suffisamment spécifiques.

---

<sup>99</sup> Cf. Méthodologie, 4.1. Méthode de recherche.



#### **6.1.4. Echantillonnage**

La taille de l'échantillonnage est discutable. Pour les éléments d'analyse le seuil de saturation des données est clairement atteint avec ces six entretiens. La non-utilisation des données du prétest et du septième entretien non enregistré pour l'analyse l'atteste.

Par contre, la petite taille de l'échantillonnage ne me permet pas de faire des liens avec certaines variables comme les années d'expérience des infirmiers interrogés. Je n'ai pas ressenti de divergences significatives entre les différents groupes d'année d'expérience ; peut-être qu'une recherche quantitative avec un échantillonnage plus important aurait été plus adéquate.

#### **6.1.5. Analyse**

L'analyse des données des entretiens fut assez difficile. Avant de pouvoir répondre aux hypothèses, j'ai d'abord dû analyser trois variables : le rôle autonome, le rôle médico-délégué et la pratique réflexive. Cette première étape de l'analyse est plus descriptive mais m'a permis, dans un second temps, de répondre aux hypothèses.

Malheureusement, je n'ai pas pu approfondir l'analyse autant que je l'aurais souhaité. Il m'aurait semblé intéressant d'approfondir davantage le rôle de sauveur qu'adoptent parfois les professionnels peu expérimentés. J'aurais aussi pu aborder d'autres limites du rôle infirmier, par exemple les difficultés d'évaluation de la douleur chez un patient qui ne verbalise pas sa plainte. Mais pour cela, j'aurais dû élargir davantage mes recherches et rallonger mon travail.

## 6.2. Validité externe

La validité externe d'une recherche peut être considérée comme acquise lorsque le "degré auquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés"<sup>100</sup> est atteint.

Deux limites importantes diminuent la validité externe de mon travail. La première est due à la moyenne des années d'expérience professionnelle des participants qui est de onze ans environ<sup>101</sup>. Cette moyenne n'est pas représentative de celle de la population infirmière âgée de quarante ans<sup>102</sup> en moyenne dans les pays industrialisés et qui compte environ vingt années d'expérience. Un échantillonnage plus âgé aurait été plus représentatif. Cependant, je suppose que la moyenne relativement basse de mon échantillonnage n'influence pas énormément les résultats puisque le travail d'équipe et la formation continue donnent une certaine homogénéité aux interventions infirmières utilisées. Bien que la pratique réflexive soit un concept relativement récent, elle a déjà conquis les générations plus anciennes qui forment les jeunes. Je pondère néanmoins cette affirmation en précisant qu'une corrélation semble exister entre l'expérience et les diverses limites du rôle infirmier.

Le profil des participants pose une seconde limite car la moitié des infirmiers travaille dans le domaine de la chirurgie et l'autre moitié dans des services d'urgence, de soins continus ou d'EMS. Les résultats obtenus dans un domaine de soins aigus correspondraient-ils aux résultats obtenus dans un domaine de soins de longue durée ? Je ne

---

<sup>100</sup> Carmen G. LOISELLE. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Edition Erpi. Québec : 2007. P. 206.

<sup>101</sup>  $6/6 + 28/6 + 6/6 + 1/6 + 1/6 + 25/6 = 67/6$

<sup>102</sup> International Council of Nurses. Adresse URL :

[http://www.icn.ch/matters\\_ageing\\_Workforcef.htm](http://www.icn.ch/matters_ageing_Workforcef.htm). Consulté le 19 décembre 2009.

peux le démontrer dans ce travail. Je n'ai donc pas le droit d'affirmer que les résultats de mon analyse peuvent être appliqués à d'autres situations.

### **6.3. *Pour aller plus loin***

L'analyse des données recueillies lors de mes entretiens a permis d'apporter un bout de réponse aux trois hypothèses de départ. Bien souvent les réponses formulées s'ouvrent d'elles-mêmes sur d'autres questions qui méritent réflexion. Les limites du rôle infirmiers sont-elles les mêmes pour la douleur chronique que pour la douleur aiguë ? Quelles sont les autres limites du rôle infirmier ? Influencent-elles d'autres types d'interventions comme l'anamnèse ou l'établissement du plan de soins ? Quelles conséquences peuvent découler des limites du rôle infirmier ? Quels outils permettent de restreindre les limites du rôle infirmier ?

## **7. Conclusion**

Arrivé au terme de ce travail de Bachelor, je termine ici par un bilan de l'ensemble de la démarche de recherche. La conclusion présente donc les apports de mon travail sur les plans méthodologique, professionnel et personnel.

### **7.1. *Bilan méthodologique***

Suite aux différents éléments relevés dans la discussion, je ne peux évidemment pas prétendre maîtriser une démarche méthodologique parfaite. Cependant, la méthodologie m'a fait découvrir l'ensemble des étapes nécessaires à une recherche scientifique. Elle m'a également permis d'affiner mon esprit critique quant à la validité des recherches et des informations obtenues. Grâce à ces apprentissages, je suis en mesure de mieux comprendre les démarches et les résultats de recherches scientifiques. L'application de ces nouvelles connaissances permettra sûrement d'améliorer ma pratique professionnelle.

### **7.2. *Bilan professionnel***

Le rôle autonome et le rôle médico-délégué, tous deux complémentaires, influencent la gestion de la douleur aiguë au niveau infirmier. Le rôle autonome rappelle la valeur de l'approche globale de la douleur par des moyens tout simples, par exemple l'écoute active ou l'évaluation de la douleur. La littérature actuelle et les dires des professionnels interviewés confirment cette idée.

"La quête de la qualité de vie se travaille également au travers d'autres aspects de la prise en charge non pharmacologique de la douleur : l'amélioration des conditions d'accueil, l'information du patient."<sup>103</sup>

"Le patient qui n'est pas inclus correctement dans un milieu comme les urgences va très vite ressentir un inconfort. Il y a une crainte sous-jacente qui va être là parce qu'il ne sait pas ce qu'il a, il ne sait pas ce qu'on va lui faire. Et puis, s'il a mal, son inconfort et son trouble psychologique, si l'on peut dire, va forcément augmenter son ressenti de la douleur. Je dis que l'on est perdant par rapport à cela. Car une simple prise en charge correcte et globale du patient, ça va lui l'aider et nous aussi dans notre prise en charge après."<sup>104</sup>

La gestion de la douleur est un combat non seulement pratique mais aussi politique. En effet, une augmentation du personnel serait indispensable si les infirmiers prenaient vraiment le temps d'utiliser tout le potentiel de leur rôle autonome pour soulager la douleur du patient. Un service dont le personnel infirmier utilise toutes les dimensions des rôles autonome et délégué, voit la qualité des soins augmenter. Les erreurs infirmières sont alors diminuées, la durée des traitements raccourcie et les coûts de la santé réduits. Cet objectif ne peut être atteint que si les infirmiers, conscients de leur potentialité, s'efforce de valoriser et de faire connaître leur rôle professionnel et les avantages d'un plan de soins bien réfléchi. La valorisation des soins infirmiers est une démarche plus qu'essentielle car elle pourra influencer les choix contradictoires de la société en matière d'amélioration des soins. D'un côté, elle pousse à une pratique réflexive et veut introduire l'usage systématique des diagnostics infirmiers. D'un autre côté, elle prône une diminution des coûts de la santé en diminuant les effectifs du personnel qualifié.

---

<sup>103</sup> Sophie LERUTH. In *BEP, Bulletin d'Education du Patient, La douleur, Editorial*.  
Volume 18, n°3-4-1999. P. 1.

<sup>104</sup> Verbatim d'un des entretiens semi-directifs.

### **7.3. Bilan personnel**

Le bilan personnel est composé de trois sous-parties. La première vérifie la réalisation des objectifs personnels d'apprentissage. La deuxième partage mes facilités et mes difficultés rencontrées dans ce travail. La troisième présente les apports personnels de ce travail de Bachelor.

#### **7.3.1. Contrôle des objectifs d'apprentissage**

Le premier objectif fixé était le suivant :

**A la fin de ce mémoire, j'aurai intégré les différents composants de la douleur et je serai capable d'en tenir compte dans mes futures décisions professionnelles.**

Cet objectif a pu être atteint. Grâce à la rédaction du cadre et aux entretiens, j'ai mesuré à quel point la douleur est un phénomène complexe qui nécessite une approche bio-psycho-sociale et j'ai pu approfondir ma vision de la souffrance des patients. J'espère que je saurai me souvenir de cette approche globale dans les situations de stress ou de surcharge de travail.

Le deuxième objectif assigné était :

**A la fin de ce mémoire, j'aurai identifié différents moyens d'évaluation de la douleur, leur rôle et leurs limites et je saurai les utiliser de manière critique et adaptée dans ma pratique professionnelle.**

Cet objectif est atteint. J'ai découvert différentes techniques d'évaluation de la douleur et différentes échelles. Je suis maintenant conscient que la forme de ces évaluations varie avec les circonstances et

que les échelles améliorent le suivi d'une douleur et la qualité de l'argumentation auprès des médecins.

Le troisième objectif était :

**A la fin de ce mémoire, j'aurai analysé le rôle professionnel infirmier et mis en évidence quelques unes de ses limites.**

J'ai pu atteindre cet objectif. Les entretiens m'ont permis d'examiner les rôles autonome et médico-délégué. L'analyse m'a permis d'établir des corrélations entre certaines limites (l'impuissance, le stress, la fatigue) et la proportion donnée à ces rôles dans les interventions infirmières. Cependant, j'aurais pu développer davantage de limites.

Le quatrième objectif a été formulé comme suit :

**A la fin de ce mémoire, j'aurai examiné différentes stratégies infirmières utilisées dans la gestion de la douleur aiguë.**

Je n'ai atteint cet objectif que partiellement. Mon choix de se concentrer sur l'utilisation et les limites des diagnostics infirmiers ne m'a pas permis d'examiner d'autres stratégies. Certains entretiens m'ont permis d'aborder certaines limites d'une stratégie basée uniquement sur l'expérience.

Le dernier objectif fixé était :

**A la fin de ce mémoire, j'aurai remis en question ma pratique professionnelle dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur.**

Cet objectif est atteint. Ma pratique professionnelle a évolué et s'est complexifiée avec la progression de mes travaux. Désormais, je tiens compte d'un plus grand nombre de facteurs lorsqu'une personne se plaint de douleur. Mon rôle de soignant a pu être affermi.

### **7.3.2. Facilités et difficultés de la réalisation**

La construction d'une telle démarche n'a pas été sans peine. Comme la plupart des travaux de recherche, celui-ci est le fruit d'une longue réflexion et surtout le résultat de nombreux allers – retours dans ma réflexion auxquels ont succédé des phases de motivation et de découragement. Une rude difficulté fut pour moi le respect de l'orthographe et de la syntaxe ainsi que le développement d'un esprit de synthèse. Mon manque de discipline fut également un obstacle pour adopter un rythme de travail régulier de manière autonome. Grâce au soutien de mes proches ainsi qu'à mon désir de terminer la formation d'infirmier, j'ai pu surmonter ces deux points faibles et mener à terme mes recherches.

Quelques facteurs ont facilité la réalisation de ce travail. Mes premières réflexions sur la gestion de la douleur aiguë sont nées d'un stage dans un service d'urgence qui s'est très bien déroulé. Cette expérience aux urgences et mon intérêt pour les premiers secours ont facilité mon travail. De même, les résultats du travail de diplôme de ma collègue m'ont permis de mieux identifier différents pièges. J'ai eu la chance de pouvoir recenser les infirmiers pour mes entretiens dans un cadre privé. Tous les participants étaient motivés et certains m'ont même orienté vers des personnes à interviewer. Ainsi, j'ai pu gagner un temps précieux et récolter des propos de qualité.

### **7.3.3. Apport personnel**

Ce travail de Bachelor m'a permis de creuser une problématique du terrain et de devenir "spécialiste" sur le thème de la gestion de la douleur aiguë. J'ai découvert que cette gestion de la douleur ne tenait pas seulement de la responsabilité de l'infirmier mais concernait aussi un bon nombre de professions : médecin, médecin anesthésiste, infirmier, service



d'antalgie, physiothérapeute, ergothérapeute, ambulancier, spécialiste des plâtres, ... La méthodologie m'a apporté une certaine rigueur de pensée utile dans mon quotidien. Le bilan de mon travail est donc positif.

Pour terminer, voici une dernière réflexion recueillie lors d'un entretien :

"La prise en charge de la douleur aux urgences est particulière et, en général, n'est pas abordée. C'est une chose difficile qui mérite qu'on s'y attarde car on peut y apporter des solutions. Puisse ce travail être un élément déclencheur pour toutes les personnes qui se posent des questions par rapport à la douleur."

## 8. Bibliographie

### 8.1. Etudes et travaux de fin de diplôme

Angélique HERNANDEZ. *La prise en charge de la douleur sous l'influence des représentations sociales*. TFE Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé. 2006. 32 pages. Travail en ligne : <http://raptor1966.free.fr/tfe/tfe%20termin%E9%20avec%20tout.pdf>. Consulté le 24 octobre 2009.

Etude menée par le Groupe Dassy. *Douleur aiguë intense en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace*. Elsevier. Paris : 2001. INIST-CNRS, Cote INIST : 19491, 35400009993941.0020.

Géraldine SEGHEZZI. *Service d'urgences : l'attente dans le box*. Hes-so. Sion : Juillet 2007.

Martine GAILLARD. *Formation continue – Chariot d'urgence – Debriefing technique = Moyens pour gérer le stress de l'infirmière lors d'une réanimation cardio-pulmonaire ou utopie ?* Hes-so. Sion : Juillet 2007.

### 8.2. Livres et revues

Arlette MARCHAL, Thérèse PSIUK. *Le diagnostic infirmier du raisonnement à la pratique*. Editions Lamarre. Paris : 1995. 198 pages.

Bulletin d'Education du Patient. *La douleur*. Volume 18, n°3-4-1999.

Carmen G. LOISELLE. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Edition Erpi. Québec : 2007. 591 pages.

Christiane METZGER, Christiane WALTER, André MULLER, Martine SCHWETTA. *Soins infirmiers et douleur*. 3<sup>ème</sup> édition. Edition Elsevier/Masson. 2007. 333 pages. Consulté en ligne à l'adresse URL : [http://books.google.ch/books?id=H3S1-3M6BdEC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs\\_v2\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.ch/books?id=H3S1-3M6BdEC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_v2_summary_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false). Consulté le 26 octobre 2009.

David LE BRETON. *Anthropologie de la douleur*. Ed. Métailié. Paris : 1995. 238 pages.

Elaine N. MARIEB. *Anatomie et physiologie humaines*. Traduction de la 4<sup>ème</sup> édition américaine. De Boeck Université. Canada : 1999. 1194 pages.

Guide du service infirmier. *Typologie des actes de soins infirmiers relatifs au rôle propre de l'infirmière*. Série soins infirmiers n°5. Bulletin officiel n°87/28 bis. Ministère des affaires sociales et de l'emploi. Paris. 97 pages.

HES-SO. *Evaluation des compétences: niveau « expertise »*. HedS-Fr,-Août 2007. D'après: LE BOTERF, G.. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4<sup>ème</sup> éd. Paris : Organisation, 2002.

Jean-Claude NATAF. *La douleur en 200 questions*. Editions de Vecchi. 2001. 170 pages.

Margot PHANEUF, Louise GRONDIN. *Diagnostic infirmier et rôle autonome de l'infirmière. Selon la classification de l'ANADI*. Edition Maloine. Canada: 1994. 531 pages.

Marie DE HENNEZEL. *Nous ne nous sommes pas dit au revoir*.  
Editions : Rober LAFFONT S.A.. Collection : Aider la vie. Paris : 2000. P.  
315.

Marilynn E. DOENGES, Mary Fr. MOORHOUSE. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. Traduction de la 7<sup>ème</sup> édition américaine par Annie DESBIENS et Suzie TOUTANT. Edition De Boeck Université. Montréal : 2001. 1280 pages.

René MAGNON. *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Edition Masson. Paris : 2006. 199 pages.

René MAGNON, Geneviève DECHANOZ, AMIEC. *Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la profession infirmière*. Masson. Paris: 1995. P.  
171.

Valérie DEYMIER, Jacques WROBEL, Frédéric LEVY. *Approche pratique du traitement de la douleur*. USPA Pain Institute Switzerland.  
Baar : UPSA, 2003. 180 pages.

### **8.3. Banque de données**

Banque de Données de Santé Publique. Adresse URL :  
<http://www.bdsp.ehesp.fr/>. Consulté le 12 juin 2009.

Cinahl Databases. Adresse URL :  
<http://www.ebscohost.com/cinahl/>. Consulté le 12 juin 2009.

OvidSP. Adresse URL : <http://ovidsp.tx.ovid.com/>. Consulté le 12  
juin 2009.

Réseau de bibliothèque de Suisse occidentale. Adresse URL :  
[www.rero.ch](http://www.rero.ch). Consulté le 12 juin 2009.

Site de la communauté infirmière. Adresse URL :

[www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com). Consulté le 7 juin 2009.

The Cochrane Library. Adresse URL :

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME>.

Consulté le 12 juin 2009.

#### **8.4. Cyberographie**

Chess STETSON, Matthew P. FIESTA, David M. EAGLEMAN.

*Does Time Really Slow Down during a Frightening Event ?*. Adresse

URL :

<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0001295>. Consultée le 17 septembre 2009.

Codes et lois de la République Française. Adresse URL :

<http://www.codes-et-lois.fr>. Consulté le 19 octobre 2009.

Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales.

Jean-Gilles BOULA. *Le soi et Rôle professionnel*. Adresse URL :

[http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/Soi\\_role\\_professionnel.htm](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Soi_role_professionnel.htm).

Consulté le 24 octobre 2009.

IASP. International Association for the Study of Pain. 2009. Adresse

URL: <http://www.iasp-pain.org>

International Council of Nurses. Adresse URL :

[http://www.icn.ch/matters\\_ageing\\_Workforcef.htm](http://www.icn.ch/matters_ageing_Workforcef.htm). Consulté le 19

décembre 2009.

Registres des ostéopathes du Québec. Adresse URL :

<http://www.registre.org/osteopathie/historique.html>. Consulté le 15 octobre 2009.

Sylvie DELON. Extraits du mémoire : *Concept du rôle propre infirmier*. École des Cadres de Mazamet. Suisse: 1997. Adresse URL : <http://membres.lycos.fr/papidoc/544rolepropinfirm.html>. Consulté le 23 octobre 2009.

Vulgaris-Médical. *ACTH*. Adresse URL: <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/acth-202/physiologie.html>. Consulté le 23 octobre 2009.

## Les annexes

### A. *Modèle de différenciation des étapes du cheminement vers l'expertise*<sup>105</sup>

**Tableau I**

**Modèle de différenciation des étapes du cheminement vers l'expertise  
(version tirée de Dreyfus et Benner)**

**Novice**

Personne qui, n'ayant aucune expérience de situations réelles, dépend entièrement des règles qui lui ont été enseignées pour accomplir la tâche. Suivre des règles a cependant des limites : aucune règle ne peut indiquer à la personne novice ce qui est le plus important dans une situation réelle, ni dans quels cas il faut faire exception aux règles.

Cette étape est caractérisée par une grande insécurité.

**Débutante**

Personne qui a rencontré suffisamment de situations réelles pour avoir noté (ou s'être fait démontrer la signification de certains « aspects isolés, caractéristiques de la situation.

La personne débutante a besoin d'aide pour établir des priorités, puisqu'elle agit selon les règles apprises et qu'elle commence seulement à percevoir la signification des aspects caractéristiques des situations qu'elle rencontre.

Les difficultés sont d'autant plus importantes que la situation est complexe et nouvelle.

**Compétente**

Personne qui a typiquement deux ou trois années d'expérience dans un domaine particulier.

Elle peut tenir compte des buts à long terme et de la planification qu'elle a faite pour déterminer quels aspects d'une situation sont importants et lesquels elle peut ignorer.

La personne compétente n'a pas encore la rapidité et la flexibilité qu'elle atteindra au stade suivant, mais elle sent qu'elle maîtrise la situation et qu'elle est efficace dans la plupart des cas.

**Performante**

Personne qui perçoit les situations de façon globale plutôt qu'en terme « d'aspects ». Elle reconnaît des exemples de situations réelles. Il s'agit d'un changement qualitatif dans la perception.

La compréhension globale facilite la prise de décision, puisque la personne saisit parmi les différents aspects ceux qui sont importants.

La personne performante émet un nombre limité d'hypothèses de solution et se centre sur l'aspect important de la situation.

Elle effectue un raisonnement conscient pour en arriver à la prise de décision.

**Experte**

Personne qui ne dépend plus du raisonnement conscient pour passer de la compréhension d'une situation à la prise de décision.

L'experte qui a un bagage imposant d'exemples de situations réelles a une « reconnaissance » intuitive de la situation et se centre immédiatement sur les aspects importants sans formuler d'hypothèses non productives.

Elle voit spontanément ce qu'elle doit faire, sans avoir à le raisonner de façon consciente.

(Extrait de Du mode novice au mode expert : Repères pour la formation professionnelle des infirmières praticiennes, par Claire-André Frenette-Leclerc, *Mémoire de maîtrise, février 1989, Document non publié*).

<sup>105</sup> Arlette MARCHAL, Thérèse PSIUK. *Annexe : Le diagnostic infirmier du raisonnement à la pratique*. Editions Lamarre. Paris : 1995.

## **B. Les 9 compétences Bachelor<sup>106</sup>**

### **1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins**

L'étudiant-e :

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

### **2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires**

L'étudiant-e :

**conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :**

---

<sup>106</sup> HES-SO. *Évaluation des compétences: niveau « expertise »*. HedS-Fr,-Août 2007.

D'après: LE BOTERF, G.. *Ingénierie et évaluation des compétences*. 4<sup>ème</sup> éd. Paris : Organisation, 2002.



- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture, etc.)
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation
- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

**réalise les soins requis :**

- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

**organise son travail en tenant compte du contexte :**

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

**3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé**

L'étudiant-e :

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire
- oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

#### **4. Evaluer ses prestations professionnelles**

L'étudiant-e :

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

#### **5. Contribuer à la recherche en soins et en santé**

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

## **6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé**

L'étudiant-e :

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

## **7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire**

L'étudiant-e :

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

## **8. Participer aux démarches qualité**

L'étudiant-e :

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

## **9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome**

L'étudiant-e :

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

### **C. Actes infirmiers liés à la gestion de la douleur<sup>107</sup>**

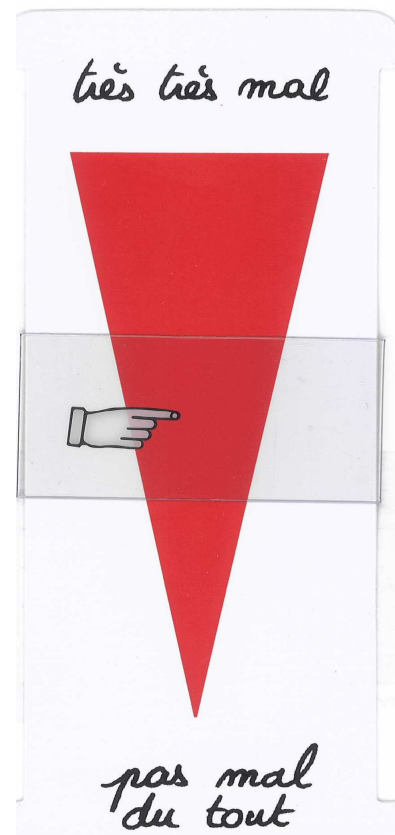
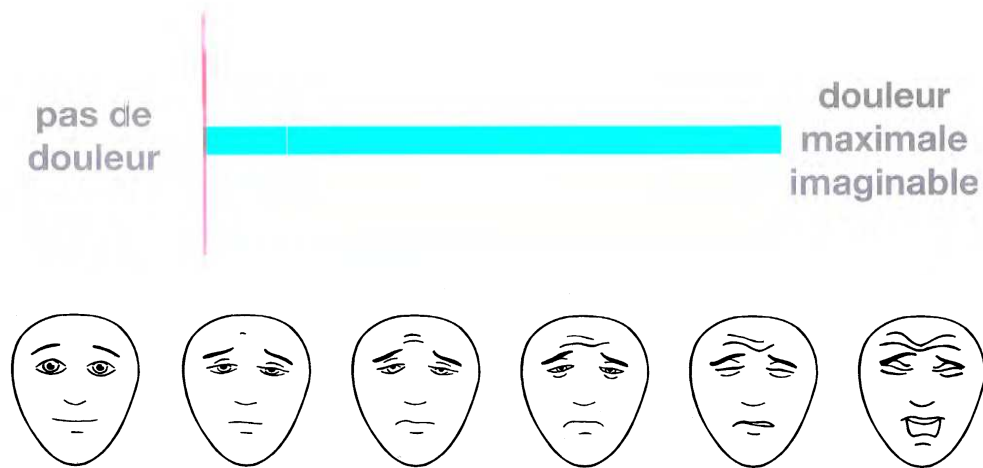
"Les actes de soins infirmiers communs à tous besoins fondamentaux:

- Recueil des données, décodage des informations et identification avec le patient et/ou sa famille de ses difficultés et de ses besoins en soins infirmiers en tenant compte de ses habitudes de vie.
- Ecoute active de la personne soignée
- Evaluation des niveaux de dépendance de la personne soignée pour chaque besoin fondamental
- Reconnaissance des personnes ressources
- Bilan des ressources disponibles
- Elaboration avec le patient et/ou sa famille d'un projet global de soins infirmiers
- Information sur les interventions de soins et/ou les examens dans le but, entre autres, de faire participer le patient et/ou sa famille
- Education du malade pour une prise en charge active de sa santé
- Relation d'aide thérapeutique
- Présence infirmière auprès d'un malade en détresse
- Mise en place d'une relation permettant l'acceptation des soins
- Elaboration et gestion du dossier de soins: ouverture, tenue, suivi, classement
- Prise de connaissance des prescriptions médicales
- Planification des soins infirmiers en fonction des besoins fondamentaux, des prescriptions médicales et de l'organisation de l'unité de soins
- Vérification de l'identité du malade
- Vérification des consignes infirmières dans le dossier de soins
- Mesure et courbe de la température, des pulsations, de la pression artérielle, de la ventilation pulmonaire
- Réflexes de défenses cutanée et inscription
- Installation de la personne soignée pour le soin (position antalgique)
- Contrôle de la date de péremption des médicaments
- Administration des médicaments prescrits
- Vérification de la prise des médicaments
- Rédaction et signature par les soignant des soins effectués et des observations
- Surveillance des effets médicamenteux

<sup>107</sup> Guide du service infirmier. *Typologie des actes de soins infirmiers relatifs au rôle propre de l'infirmière*. Série soins infirmiers n°5. Bulletin officiel n°8 7/28 bis. Ministère des affaires sociales et de l'emploi. Paris. P. 18-21.

- Pansement simple (protection d'une plaie contre l'environnement → prévention douleur)
- Bandage (compression → contre la douleur)
- Réfection d'un lit
- Installation confortable de la personne soignée dans les conditions de température adéquate
- Aide à la détente et à la décontraction
- Acte de soin infirmier concourant au soulagement de la souffrance
- Mise à disposition du malade des objets personnels, du système d'appel et du matériel de suppléance; vérification de leur accessibilité et usage, afin d'assurer le maximum de confort et de sécurité
- Contrôle auprès de la personne soignée de la compréhension des informations données
- Observation et transcription au dossier de soins de tout changement dans l'évolution de la personne soignée et transmission au médecin
- Action favorisant le maintien, l'insertion ou la réinsertion d'une personne dans son cadre de vie habituel ou nouveau, compte tenu des ressources disponibles.
- Conseil en vue d'une consultation médicale."

## D. Echelles Visuelles Analogiques<sup>108</sup>



<sup>108</sup> Institut UPSA de la douleur. *Nos outils d'évaluation*. Adresse URL : [http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-1197/Nos\\_outils\\_devaluation.igwsh](http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-1197/Nos_outils_devaluation.igwsh). Consulté le 6 janvier 2010.

## E. Echelle Doloplus<sup>109</sup>

ECHELLE DOLOPLUS						
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE						
NOM :	Prénom :		DATES			
Service :						
Observation comportementale						
<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>						
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	.....	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	.....	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	.....	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	.....	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	.....	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	.....	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	.....	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	.....	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	.....	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	.....	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	.....	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	.....	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	.....	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	.....	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	.....	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	.....	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	.....	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	.....	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	.....	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	.....	3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>						
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	.....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	.....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	.....	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	.....	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	.....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	.....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	.....	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	.....	3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>						
8• Communication	• inchangée	.....	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	.....	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	.....	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	.....	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	.....	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	.....	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	.....	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	.....	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	.....	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	.....	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	.....	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	.....	3	3	3	3
			SCORE			

COPYRIGHT

<sup>109</sup> Echelle Doloplus. *Evaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée.*

Adresse URL : [http://www.doloplus.com/pdf/3V\\_DOLOPLUS\\_FR.pdf](http://www.doloplus.com/pdf/3V_DOLOPLUS_FR.pdf). Consulté le 6 janvier 2010.



## F. Questionnaire de Saint-Antoine<sup>110</sup>

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

### QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots, choisissez le plus exact. Donnez au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4

Cotation : 0=Absent/Pas du tout  
3=Fort/Beaucoup

1=Faible/Un peu

2=Modéré/Moyennement

4=Extrêmement fort/Extrêmement

<b>A</b>	Battements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pulsations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Élancements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En éclairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b>	Rayonnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Irradiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b>	Piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transperçante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b>	Coups de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pincement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b>	Serrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Écrasement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En étai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b>	Broiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b>	Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H</b>	Glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I</b>	Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>J</b>	Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A à I** : critères sensoriels

<b>J</b>	Fatigante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Énervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Éreintante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>K</b>	Nauséuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suffocante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Syncopale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L</b>	Inquiétante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oppressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M</b>	Harcelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cruelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Torturante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>N</b>	Supplicante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gênante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>O</b>	Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>P</b>	Énervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>P</b>	Horripilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>P</b>	Suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TOTAL :**

**J à P** : critères affectifs

Illustrant les différentes composantes de la douleur, le QDSA (version française du Mac Gill Pain Questionnaire-MPQ) permet essentiellement une évaluation qualitative de la douleur chronique, en particulier la douleur neuropathique.

Le QDSA nécessite, pour le patient douloureux un bon niveau de compréhension et un vocabulaire assez riche. Il en existe une version abrégée.

<sup>110</sup> Antalvite. *Questionnaire douleur Saint-Antoine*. Adresse URL :

<http://www.antalvite.fr/pdf/QDSA.pdf>. Consulté le 6 janvier 2010.

## **G. Le triangle dramatique de KARPMAN<sup>111</sup>**

### **Êtes-vous un sauveteur ?**

- Vous arrive-t-il de venir en aide à des personnes qui ne vous ont pas clairement exprimé qu'elles avaient besoin de vous ?
- Vous sentez-vous coupable ou fautif lorsque quelqu'un de votre entourage éprouve des difficultés à se prendre en charge ?
- Vous sentez-vous quelquefois en colère parce que vous êtes convaincu que cette personne irait beaucoup mieux si elle suivait vos directives ?
- Vous arrive-t-il de vous sentir exploité dans votre travail et d'avoir l'impression que vous n'êtes pas apprécié malgré tout ce que vous faites pour aider les autres?

Si vous avez répondu : OUI, à une de ces questions, il est possible que vous adoptiez à l'occasion des comportements de sauveteur à l'égard de votre entourage. Ces comportements vous placent dans une situation inconfortable et risquent de vous mener à l'épuisement. Ils peuvent vous empêcher d'aider les personnes qui ont légitimement besoin d'aide et le demande.

### **Les sauveteurs potentiels**

Plusieurs personnes ont choisi de travailler dans les secteurs de la santé et des services sociaux, motivées par le désir d'aider. Elles ont généralement une conscience sociale plus développée et sont sensibles aux difficultés vécues par leur entourage. La compassion qu'elles ressentent guide une attitude authentique et leur permet d'accorder leur aide en toute connaissance de cause. Cependant, l'aidant doit se protéger des missions de sauvetage ou de l'investissement total en autrui qui sont

---

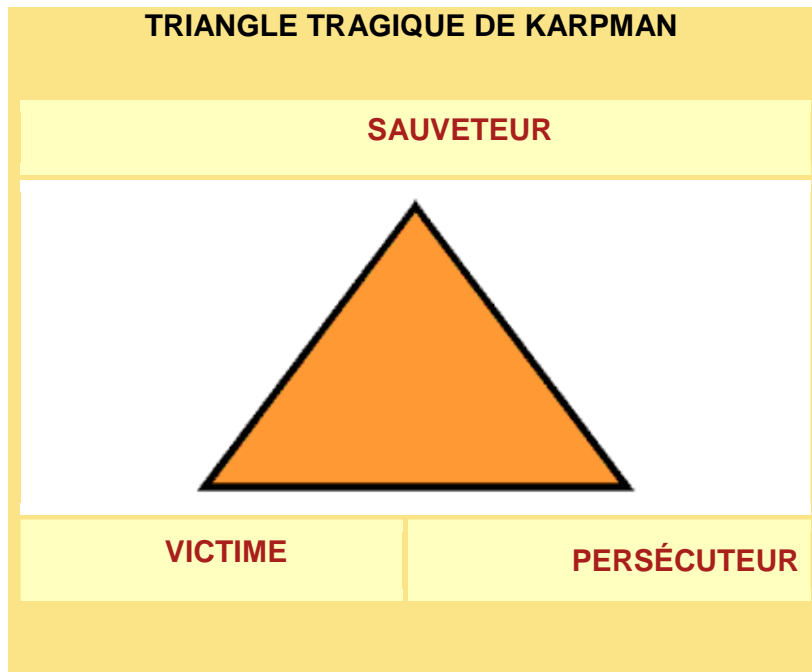
<sup>111</sup> Alain RIOUX. *Aider sans agir en sauveteur*. Adresse URL : <http://www.psychorressources.com/bibli/aider.html>. Consulté le 4 janvier 2010.

désastreuses pour lui-même et les personnes qu'il souhaite aider. Effectuer un sauvetage prive souvent l'autre de sa liberté d'action. La motivation du sauveteur est souvent d'accomplir un exploit qui s'éloigne du désintéressement propice à une aide thérapeutique.

D'après Melody Beattie, thérapeute auprès d'alcooliques et de toxicomanes, les attitudes du sauveteur se retrouvent beaucoup chez les conjoints d'alcooliques. Il s'agit d'une des composantes propre à la codépendance que vivent ces personnes à l'égard des conjoints alcooliques. Le codépendant agit souvent en sauveteur en se sacrifiant pour l'autre. Il vole à son secours en mettant de côté ses propres besoins, émotions et désirs. Selon Melody Beattie, le sauvetage est constitué de "tous les actes qui contribuent à faire qu'un alcoolique continue de boire, qui l'empêchent d'en supporter les conséquences ou lui rendent les choses plus faciles sans qu'il ait rien à changer à ses habitudes". Un autre thérapeute, Scott Egleston signale que "l'on agit en sauveteur chaque fois que l'on prend quelqu'un en charge, dans ses pensées, ses sentiments, ses décisions, ses attitudes, son évolution, son bien-être, ses problèmes ou son destin."

### **Le triangle de KARPMAN**

Les observations de Stephen B. KARPMAN sur les comportements de sauveteur et les rôles correspondants lui ont permis de mieux comprendre cette dynamique qu'il résume dans un triangle étonnamment véridique.



### La dynamique

C'est souvent de la pitié, de la culpabilité ou simplement l'anxiété qui mettent le sauveteur en action. Celui-ci est la plupart du temps convaincu qu'il doit absolument faire quelque chose. Il croit savoir ce qu'il faut faire mieux que quiconque, se sent indispensable et irremplaçable même si on ne lui a rien demandé. Il est porté à croire que le monde ne peut fonctionner sans lui, que la personne en face de lui est incapable de se débrouiller seule, de se prendre en charge elle-même. En fait, il se croit plus compétent que la personne elle-même pour décider de ce qui est bon pour elle. Le sauveteur agit avec une bonne intention, il se sent à cette étape une âme charitable et un grand cœur, mais il protège quelqu'un sans tenir compte de ses besoins réels.

Malgré cette image de pureté relative, c'est plutôt pour se libérer de l'inconfort ressenti par la détresse de l'autre, que le sauveteur passe à l'action. Malheureusement, il se rend compte rapidement qu'il ne voulait pas vraiment faire cela, il s'irrite et la plupart du temps il s'en veut. Il s'aperçoit que ce qu'il a fait n'était pas vraiment de son ressort

ou encore il se retrouve avec des problèmes qui ne le concernent pas ou sont très différents de ce qu'il avait imaginé. Il se demande s'il n'est pas allé trop loin, ne sait plus où s'arrêter et voit la dépendance de l'autre s'installer. Bref, il s'est sacrifié et il s'en veut. De plus, la victime, cette âme en détresse ne lui témoigne aucune reconnaissance. Elle ne se comporte pas correctement et n'écoute plus les conseils. Elle se sent contrôler, incapable d'agir et résiste.

### **Le persécuteur et la victime**

Loin de s'améliorer, la personne sauvée, libre de toutes responsabilités, poursuit ses comportements destructeurs et elle a tout le loisir d'en faire le reproche au sauveteur. Si celui-ci est convaincu de sa mission, il poursuit un peu plus ses efforts, toujours en laissant de côté ses besoins et désirs. A ce moment, le sauveteur peut finir par s'épuiser et abandonner. Il se sent alors exploité, vidé et devient lui-même victime. Autrement, il laisse le gilet de sauvetage pour le gourdin et se transforme en persécuteur. Il impose des règles sévères qui doivent être respectées. Il surveille attentivement le comportement de l'autre et au moindre écart, intervient. Il se met en colère et menace de couper les privilèges. Dans le couple où un conjoint est alcoolique, c'est à cette étape que le sauveteur menace de le quitter s'il ne stoppe pas sa consommation d'alcool. Quelquefois cette tactique fonctionne, mais le changement est factice puisque le buveur est menotté plutôt que libéré de son alcoolisme.

En harcelant, contrôlant et persécutant l'autre, le sauveteur finit tôt ou tard dans le coin de la victime. Les sentiments à cette étape sont extrêmement douloureux et vont de la perte d'estime à une sensation profonde d'inadéquation. Malheureusement, le cycle continue de se répéter tant et aussi longtemps que le sauveteur ne se rend pas compte de sa dynamique. Il parcourt à nouveau le triangle de KARPMAN, quelquefois en une journée, quelquefois en plusieurs mois.

## **Se libérer du sauvetage**

Il n'est pas facile pour le sauveteur de changer sa façon d'agir. Comme nous l'avons dit, il ressent au point de départ de la pitié, de la culpabilité ou de l'anxiété et c'est pour calmer ses émotions désagréables qu'il se porte au secours de l'autre. Cette façon de réagir, le sauveteur l'a souvent apprise dans son enfance surtout s'il a dû prendre soin d'un parent malade, alcoolique ou souffrant d'un problème d'adaptation sociale. Même enfant, il a dû prendre soin de l'autre à un moment de sa vie où il aurait dû apprendre à prendre soin de lui-même. Ainsi, il perpétue à l'âge adulte ce qu'il a appris dans l'enfance et continue de porter secours à tous sauf à lui-même. Le sauveteur a de la difficulté à reconnaître ses propres désirs, ses propres besoins. C'est à travers les autres, et à son propre détriment, qu'il cherche à se valoriser et à se réaliser. Pour ne plus avoir besoin de voler au secours des autres, il doit apprendre à prendre soin de lui-même. Il doit le faire malgré la culpabilité, la tristesse et la colère qui surgissent lorsqu'il se rend compte qu'il s'est négligé pendant tant d'années.

Pour briser le cycle du sauvetage et sortir du triangle, le sauveteur doit d'abord se prendre en charge lui-même mais il doit aussi, au quotidien, apprendre à distinguer le rôle d'aidant du gilet de sauveteur. En premier lieu, lorsque quelqu'un près de lui vit une difficulté, l'aidant doit prendre le temps de bien écouter le message qui lui est livré en intervenant le moins possible. Quelquefois, écouter suffit mais si ce n'est pas le cas, écouter lui permettra d'évaluer s'il peut être utile ou non.

Deuxièmement, il est primordial d'avoir une demande claire avant d'aider quelqu'un, dans la mesure où la personne a la possibilité de faire cette demande. Il est souvent utile de poser simplement la question: "Aimeriez-vous avoir mon aide ?" Par la suite, il est possible de clarifier si tout le problème est de son ressort où s'il n'aura pas, lui aussi, besoin d'aide. Avant de passer à l'action, l'aidant peut se poser plusieurs questions: Suis-je la meilleure personne pour répondre à cette demande ? De quelle façon vais-je partager les responsabilités ? Quel est mon

objectif ? Qu'est-ce que je dois éviter de faire ? Quelles sont les limites à l'aide que je désire prodiguer ? Suis-je confortable avec l'aide que je me prépare à offrir ?

Finalement, les besoins, les désirs et le bien-être de l'aidant ne devraient jamais souffrir ou alors le moins possible, du secours qu'il porte à autrui. Lorsque l'inconfort surgit c'est le meilleur signal d'alarme pour qu'il se rende compte qu'il se sacrifie au lieu d'aider et que le sauveteur se prépare à faire son apparition.

### **Bibliographie**

Beattie, M. (1992). Vaincre la codépendance. Montréal: Éditions Hazelden.

Bradshaw, J. (1992). La famille. Laval: Éditions Modus Vivendi.

Freudenberger, H. (1987). L'épuisement professionnel: La brûlure interne. Québec: Gaétan Morin.

Schuller, R. A. (1994). Maîtriser vos comportements. Québec: Les Éditions un monde différent Ltée.

## **H. Frank OSTASESKI "Exploring our intention in service"<sup>112</sup>**

"Nous nous prenons pour des "sauveurs" et nous nous rassurons ainsi sur notre utilité ou notre identité. Cela nous donne un sentiment de pouvoir. Nous nous sentons respectables. Mais si nous n'y prenons garde, cette identité-là nous enferme. Elle nous sépare de l'autre, l'autre qui souffre et que nous tenons à distance avec notre pitié, notre peur notre "chaleur professionnelle" et même avec nos actes charitables. Mais ce travail n'a rien à voir avec la charité !

"[...] N'ayez pas peur de vos blessures, de vos limitations, de votre impuissance. Car c'est avec tout cela que vous êtes au service des malades, et pas avec votre supposée force, votre supposé savoir !

"[...] Je travaille tous les jours avec des gens qui ne sont pas faciles. Ils en ont bavé dans leur vie, ils ont perdu confiance dans l'humanité, et ils sont sur leurs gardes. Si je veux leur être utile, j'ai intérêt à être clair et honnête avec eux quant à mes motivations. Pourquoi est-ce que je fais ce travail ? Pour atteindre un objectif ? Permettre à ceux qui meurent de partir en paix après s'être réconciliés avec eux-mêmes et avec les autres ? Non ! Ce genre d'objectif conduit à la manipulation, et c'est épuisant. Je fais ce travail parce que je l'aime, et parce que, en prenant soin des autres, je prends aussi soin de moi-même, un point c'est tout ! J'essaie de me voir dans l'autre et j'essaie de voir l'autre en moi."

---

<sup>112</sup> Frank OSTASESKI. *Exploring our intention in service*. Munich Conference on Death, Dying and Living. Novembre 2006. Publié dans View n°8, 1997 (Rigpa, 330 Caledonian Road, Londres). Zen Hospice. Adresse URL : [http://www.zenhospice.org/8\\_writings\\_pho\\_media/print/intention\\_in\\_service.htm](http://www.zenhospice.org/8_writings_pho_media/print/intention_in_service.htm). Consulté le 19 décembre 2009.

Traduction française : Marie DE HENNEZEL. *Nous ne nous sommes pas dit au revoir*. Editions : Robert LAFFONT. Collection : Aider la vie. Paris : 2000. P. 208 – 210.