

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

**Administration des antalgiques prescrits « en réserve »
pour le soulagement de la douleur :
Exploration de la démarche clinique de l'infirmière**

Réalisé par : Valérie Bonnaz

En collaboration avec : Fabienne Rocha Ramos

Promotion : Bachelor 08

Sous la direction de : Madame Sabine Derouiche

Sion, le 25 juillet 2011

RÉSUMÉ

Ce mémoire de fin d'étude s'inscrit dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'infirmière. Il s'agit d'une démarche d'initiation à la recherche. Le thème choisi porte sur la démarche de clinique infirmière quant à la prise de décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve pour le soulagement d'une douleur aiguë chez un patient adulte. Cette recherche a été menée en collaboration avec une collègue de promotion, qui explore le même sujet mais dans un contexte pédiatrique. Elle a pour but d'identifier les éléments pris en compte par les infirmières pour la réalisation de cet acte infirmier. Elle s'intéresse également à l'influence de la politique de service en matière de gestion de la douleur spécifiquement sur la prise de décision infirmière d'administrer un antalgique prescrit en réserve. De plus, elle vise à mettre en évidence les différences dans le jugement clinique de l'infirmière face à un patient adulte ou enfant.

Il s'agit d'une recherche qualitative de type exploratoire. Les données ont été récoltées par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de huit infirmières travaillant dans un service de chirurgie et médecine générale. L'analyse des propos recueillis m'a permis de répondre à ma question centrale de recherche.

Les principaux résultats obtenus démontrent que la démarche de soins infirmière en lien avec l'administration d'antalgiques prescrits en réserve s'établit principalement sur la base des données issues de l'évaluation de la douleur. Celle-ci semble être sous l'influence des connaissances, des valeurs et/ou des représentations personnelles sur la douleur et/ou l'antalgie de chaque professionnelle, faisant office de facteurs incitants ou entravants l'utilisation de ces réserves d'antalgiques.

Mots clés : Douleur – Médication antalgique – Evaluation – Rôle infirmier – Démarche de soins

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser un grand MERCI

... à ma directrice de mémoire, Mme Sabine Derouiche, qui m'a guidée et soutenue tout au long de la réalisation de ce travail de recherche avec attention et disponibilité ;

... à ma collègue de travail et amie, Fabienne, pour sa motivation, ses encouragements et son aide précieuse tout au long du travail ;

... à Mme Chris Schoepf, pour ses précieux conseils méthodologiques ;

... aux infirmières ayant participé à cette recherche, pour leurs précieux témoignages et le temps qu'elles m'ont consacré ;

... à ma famille et mes amis (-es), pour leurs inestimables encouragements

...sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

*« Il nous faudra une discipline assidue,
un entraînement sérieux pour renoncer à
nos vieilles habitudes mentales, pour découvrir
et maintenir une nouvelle façon de voir ».*

Jack Kornfield

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	6
1.1. MOTIVATIONS PERSONNELLES	6
1.2. MOTIVATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES	8
1.3. MOTIVATIONS ECONOMIQUES ET POLITIQUES	11
1.4. OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE	11
1.4.1. EN LIEN AVEC LE THEME DE RECHERCHE :	11
1.4.2. EN LIEN AVEC LA METHODOLOGIE ET LA REDACTION :	11
2. PROBLEMATIQUE	13
2.1. LA DOULEUR EN MILIEU DE SOINS.....	13
2.2. ÉVALUATION DE LA DOULEUR	14
2.3. OBSTACLES A UNE GESTION OPTIMALE DE LA DOULEUR.....	16
2.4. MEDICATION ANTALGIQUE : TENDANCE A UNE SOUS-UTILISATION ?	17
2.5. SPECIFICITE DE LA MEDICATION ANTALGIQUE DE RESERVE	19
2.6. POLITIQUE INSTITUTIONNELLE ET POLITIQUE DE SERVICE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	19
3. QUESTION CENTRALE ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	21
3.1. QUESTION CENTRALE DE RECHERCHE	21
3.2. HYPOTHESES DE RECHERCHE	22
3.3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	22
3.3.1. OBJECTIF GENERAL DE LA RECHERCHE :	22
3.3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES DE LA RECHERCHE :	22
4. CADRE DE REFERENCE.....	24
4.1. CONCEPT « DOULEUR »	24
4.1.1. CLASSIFICATION DE LA DOULEUR	24
4.1.2. LES COMPOSANTES DE LA DOULEUR.....	26
4.1.3. LA DEMARCHE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR	27
4.1.4. SIGNES OBSERVABLES DE DOULEUR	31
4.1.5. MEDICATION ANTALGIQUE	32
4.1.6. LES VOIES D'ADMINISTRATION DES ANTALGIQUES	35
4.1.7. CONSÉQUENCES D'UNE DOULEUR SOUS-TRAITEE	35
4.2. CONCEPT DU « RÔLE INFIRMIER »	37
4.2.1. DÉFINITION DES SOINS INFIRMIERS	37

4.2.2.	LE ROLE INFIRMIER DANS LES SOINS.....	37
4.2.3.	LE ROLE INFIRMIER DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	39
4.2.4.	LE ROLE INFIRMIER DANS LA PRISE EN CHARGE COMPRENANT DES PROTOCOLES.....	39
4.2.5.	LE ROLE INFIRMIER CONCERNANT LA MEDICATION ANTALGIQUE	40
4.2.6.	INFLUENCE DES POLITIQUES DE SERVICE SUR LE ROLE INFIRMIER	41
4.3.	CONCEPT DE « LA DEMARCHE DE SOINS ».....	42
5.	METHODE.....	44
5.1.	TYPE DE RECHERCHE	44
5.2.	TERRAIN EXPLORE.....	45
5.3.	OUTILS D'INVESTIGATION	46
5.4.	ÉCHANTILLONNAGE	47
5.5.	DESCRIPTIF DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES:	48
5.5.1.	REALISATION DU PRE-TEST	49
5.6.	RESPECT DES PRINCIPES ETHIQUES.....	49
5.7.	LIMITES DE LA RECHERCHE	50
6.	ANALYSE	51
6.1.	TECHNIQUE ET ETAPES DU PROCESSUS D'ANALYSE.....	51
6.2.	VERIFICATION DES HYPOTHESES.....	70
6.3.	SYNTHESE DE L'ANALYSE ET RETOUR SUR LA QUESTION CENTRALE DE RECHERCHE.....	72
7.	ANALYSE COMPARATIVE	74
7.1.	REFLEXIONS SUR L'ANALYSE COMPARATIVE	81
8.	DISCUSSION	83
8.1.	VALIDITE INTERNE :	83
8.1.1.	CHOIX DU THEME.....	83
8.1.2.	CHOIX DU CADRE DE REFERENCE	84
8.1.3.	CHOIX DE LA METHODE D'INVESTIGATION	85
8.1.4.	CHOIX DE L'ECHANTILLON	86
8.1.5.	ANALYSE	86
8.2.	VALIDITE EXTERNE	87
9.	CONCLUSION	88
9.1.	RETOUR SUR LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	88
9.2.	BILAN DES FACILITES ET DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA REALISATION DU TRAVAIL.....	90
9.3.	APPORTS PERSONNELS DE LA RECHERCHE	92
9.4.	APPORTS PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE	93

9.5.	REFLEXIONS ET PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE.....	93
9.6.	PISTES DE REFLEXION	97
10.	REFERENCES.....	98
10.1.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	98
10.2.	REFERENCES CYBEROGRAPHIQUES :	101
11.	ANNEXES	I
A.	GRILLES D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	I
B.	LETTRE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION A LA RECHERCHE	VII
C.	LETTRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE.....	IX
D.	PORTRAIT DE LA POPULATION ETUDIEE.....	XI
E.	TABLEAU RECAPITULATIF DES CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR AIGUË ET CHRONIQUE	XII
F.	EFFETS SECONDAIRES DES OPIOÏDES	XIII

INFORMATION DESTINÉE AU LECTEUR

Certaines parties de ce mémoire se retrouvent de manière similaire dans le travail de ma collègue de promotion et le mien car nous les avons rédigées ensemble. Elles sont mises en évidence par l'emploi d'un style d'écriture différent¹.

Je tiens également à spécifier que les opinions exprimées dans ce document n'engagent que l'auteur.

1. INTRODUCTION

Ce travail de recherche initiale constitue mon mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme Bachelor of Sciences en « soins infirmiers ».

Selon les formes et modalités autorisées par la HES-SO² filière « soins infirmiers » pour l'élaboration du Travail de Bachelor³, j'ai choisi d'effectuer cette recherche empirique en binôme avec une collègue de promotion, Fabienne Rocha Ramos. Ce choix offre la possibilité d'explorer le terrain auprès d'une population infirmière d'un service spécifique. Cette démarche de recherche a pour but de comprendre et apporter un éclairage sur des observations et questionnements issus de notre pratique professionnelle soignante. Le thème pour lequel ma collègue et moi partageons un intérêt commun est l'utilisation par les infirmières⁴ des antalgiques prescrits « en réserve » pour la gestion de la douleur.

1.1. MOTIVATIONS PERSONNELLES⁵

Mon intérêt pour ce thème est né au cours de mes différentes formations pratiques. En effet, la douleur est souvent omniprésente en milieu de soins et j'ai eu beaucoup d'intérêt à observer comment elle était prise en compte et de quelle manière elle était gérée. Je me suis particulièrement intéressée à la réponse ainsi qu'à l'action soignante face à un

¹ Times New Roman

² Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale

³ HES-SO. Haute école spécialisée de Suisse occidentale. Filière Bachelor en soins infirmiers. *Cadre général de la réalisation et d'évaluation du Travail de Bachelor (bachelor thesis)*. Octobre 2007, p.4-5.

Formes autorisées :

1. Une revue de littérature étoffée à partir d'une question précise, située dans un contexte de soins donné.
2. La participation à une recherche menée par un-e professeur-e de l'institution de formation ou de soins.
3. Un projet de groupe accompagné par un-e professeur-e.

⁴ Dans ce document toute désignation de personne, de statut ou de profession s'appliquent indifféremment aux femmes et aux hommes.

⁵ Dans ce document, je ne désire pas faire de généralisations, ni porter des jugements accusateurs quant aux expériences ou situations énoncées. Elles figurent dans le cadre de mon vécu personnel et professionnel.

patient se plaignant de douleur. J'ai été confrontée à plusieurs reprises à des situations dans lesquelles un patient verbalisait de la douleur et qu'en réponse à sa plainte, les soignants procédaient régulièrement soit en lui demandant de patienter jusqu'à la distribution des médicaments antalgiques prévus à intervalles fixes, soit en mettant en œuvre d'autres moyens non-pharmacologiques tels que l'application de chaud, de froid, un changement de position, etc. pour tenter de soulager cette douleur.

Je m'interroge sur le fait que pourtant la plupart des patients hospitalisés disposent de prescriptions médicales d'antalgiques « de réserve » dont peuvent disposer librement et en tout temps les soignants et que, malgré tout, ce moyen de soulagement de la douleur ne me semble pas toujours utilisé en première intention ou proposé spontanément au patient.

Face à ces constatations, j'émetts les interrogations suivantes : pourquoi faire attendre un patient qui a mal jusqu'à la distribution des médicaments antalgiques prévus d'office alors que l'on pourrait utiliser un antalgique de réserve dans l'immédiat ? Les moyens non-pharmacologiques pour le soulagement de la douleur sont-ils davantage privilégiés par les soignants que la médication antalgique de réserve ? Quelles pourraient être les raisons qui font que les antalgiques de réserve sont parfois utilisés avec une certaine « retenue » ? Les infirmières craignent-elles d'en « donner trop » ?

Ceci ne concerne évidemment pas tous les soignants. Les comportements observés étaient très variables d'un soignant à l'autre quant à l'utilisation des réserves d'antalgiques. Je ne me permets en aucun cas d'émettre une généralité. Il ne s'agit que de mon expérience personnelle.

Je me pose également la question de savoir si les représentations personnelles des soignants sur la douleur et/ou la médication antalgique jouent un rôle dans l'utilisation de la médication antalgique de réserve ? Dans quelles situations, pour quels types de patients et quels types de douleur la médication antalgique « de réserve » est-elle la plus volontiers utilisée ?

Ces interrogations me conduisent à la question de départ suivante qui me servira de guide pour mes recherches exploratoires :

Sur quoi se base une infirmière pour décider d'administrer un antalgique prescrit « en réserve » ?

Si ces diverses observations faites en pratique m'ont poussée à me pencher sur le sujet, c'est également parce que j'ai toujours été sensible à la douleur des patients.

De plus, la douleur et la pharmacologie ont toujours fait partie de mes intérêts de formation car il est certain que j'y serai confrontée chaque jour dans ma future vie professionnelle et pour cela je désire approfondir et développer des connaissances sur le sujet.

1.2. MOTIVATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES

Je trouve intéressant de me pencher sur le thème de l'utilisation des antalgiques prescrits « en réserve » pour la gestion de la douleur d'une part car l'administration des médicaments découle intégralement du rôle et de la compétence infirmière et d'autre part car j'ai pu remarquer qu'il existe bel et bien des disparités dans l'utilisation de ce type de médication d'un soignant à l'autre signifiant l'existence de bases de réflexions très variées pouvant être explorées. Je pense donc que la réalisation d'un Travail de Bachelor sur le sujet est utile pour la pratique infirmière car cela offre la possibilité, aux professionnelles participant à l'étude et à moi-même de s'interroger sur notre propre pratique soignante en lien avec l'utilisation de ce type de prescriptions médicales et de parvenir à une meilleure compréhension et une meilleure gestion des situations de soins comprenant des problématiques d'antalgie.

L'élaboration de ce mémoire de fin d'étude me donne également la possibilité de développer plusieurs compétences infirmières du référentiel Bachelor de la HES-SO filière « soins infirmiers »⁶, notamment les compétences suivantes :

C-5 : Contribuer à la recherche en soins et en santé

- **« utiliser et partager des résultats de recherches dans sa pratique »**

Par le biais des recherches littéraires entreprises sur ma thématique, je pourrais acquérir de nouvelles connaissances et ainsi améliorer ma pratique professionnelle des soins en lien avec l'administration des antalgiques prescrits « en réserve » pour la gestion de la douleur. Je vais également pouvoir mettre à profit les résultats de ma recherche avec les personnes présentes lors de ma soutenance.

⁶ HECV-SANTE. Haute école cantonale vaudoise de la santé. *Plan d'études cadre. Filière de formation en soins infirmiers.*
Adresse URL : http://www.hecv-sante.ch/Documents/formations/Soins%20infirmiers/3.1.1.2_Annexe%208_INF%20PEC%20Bsc%202006%20-%20version%202007%20validé%20Santé.pdf (consulté le 3 mai 2010)

– « **participer à des activités de recherche en respectant les principes éthiques** »

Je m'engage à respecter tout au long de ma démarche de recherche les principes éthiques en lien avec la recherche énoncés par l'ASI⁷. Ces principes sont les suivants :

- Autonomie
- Véracité
- Fidélité
- confidentialité⁸

– « **définir des sujets de recherche issus de problématiques de terrain** »

Le choix de mon thème de recherche provient d'observations et de questionnements survenus au cours de mes formations pratiques. Je me suis également appuyée sur les écrits et les recherches scientifiques effectuées relatant de mon thème afin d'obtenir une vision d'ensemble des éléments ayant déjà été traités et ainsi mieux cibler et orienter ma recherche. J'ai également effectué des entretiens exploratoires avec différents professionnels de santé⁹ afin de confronter ma problématique avec la réalité du terrain et cibler ma question de recherche.

– « **développer une pratique infirmière basée sur des connaissances fondées scientifiquement** »

Pour alimenter cette recherche, j'utilise des informations théoriques et épidémiologiques à partir d'ouvrages et articles scientifiques de qualité issus du domaine des soins infirmiers et provenant des bases de données du consortium suisse des bibliothèques universitaires. Je tiens également compte des recherches déjà effectuées auparavant sur mon thème.

L'élaboration de ce travail m'offre la possibilité d'acquérir des connaissances sur l'utilisation de la pharmacologie antalgique, sur la douleur ainsi que sur le rôle infirmier en lien avec la gestion de la douleur par le biais de la médication et me

⁷ KESSELRING, A. (et al.). *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Edition SBK - ASI, 1998 (réimpression 2002), Berne, 24 pages.

⁸ Ces principes sont repris et je les développerai davantage en illustrant de manière concrète leur application quant à cette recherche dans la section consacrée à la Méthode.

⁹ Ma collègue et moi avons toutes deux effectué trois entretiens exploratoires, auprès d'un infirmier chef d'un établissement médico-social, d'une infirmière responsable de formation d'un service de pédiatrie ainsi qu'auprès d'une infirmière cheffe d'un service de médecine et chirurgie d'un hôpital de la région.

permettra de mieux me positionner et argumenter ma pratique professionnelle future.

C-8 : Participer aux démarches qualité

- **« contribuer à l'évaluation de la qualité des soins et de mesure de satisfaction de la clientèle »**

Par mon thème de recherche, je m'intéresse à la qualité des soins infirmiers car l'efficacité de la gestion de la douleur par les infirmières au moyen notamment de la pharmacologie antalgique de réserve influe sur la qualité des soins et de prise en charge globale du patient, et donc sur sa qualité de vie.

De plus, cela me permet d'avoir une vue d'ensemble sur les forces et les faiblesses des pratiques soignantes actuelles quant à l'utilisation de la médication prescrite « en réserve » pour la gestion de la douleur.

C-9 : Exercer sa profession de manière responsable et autonome

- **« proposer des actions contribuant au développement et à la visibilité de la profession infirmière »**

La gestion de la douleur fait partie intégrante du rôle de l'infirmière. En apportant des éléments nouveaux sur le sujet par le biais de mes résultats de recherche, je contribue au développement de la pratique infirmière.

De plus, la pratique soignante actuelle se veut être fondée sur des résultats probants. Le CII¹⁰ recommande que l'infirmière contribue activement à développer un ensemble de connaissances professionnelles fondé sur la recherche, c'est pourquoi il est important pour moi, en tant que future professionnelle, d'être active dans ce sens.

J'ai néanmoins conscience que de par mon manque d'expérience dans le domaine de la recherche scientifique, cette étude aura ses limites et ne pourra prétendre atteindre le niveau des chercheurs professionnels.

Après avoir obtenu mes résultats de recherche, je tenterai également d'apporter des propositions concrètes et pertinentes pour la pratique ainsi que des pistes de réflexion pour de futures recherches.

¹⁰ Conseil International des Infirmières. Code déontologique – L'infirmière et la profession. Adresse URL : <http://www.icn.ch/fr/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/> (consulté le 01 mai 2010)

1.3. MOTIVATIONS ÉCONOMIQUES ET POLITIQUES

L'un des enjeux actuels des professionnels de santé de toutes disciplines est de travailler ensemble pour améliorer la qualité des soins tout en réduisant leur coût pour la société.

L'article 32 de la loi fédérale suisse sur l'assurance-maladie(LAMal)¹¹ va entièrement dans ce sens en stipulant que les prestations¹² doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

Il est évident que le soulagement ou le traitement inadéquat de la douleur engendre bon nombre de répercussions tels que des services médicaux accrus, une augmentation de la durée du séjour hospitalier, une utilisation supplémentaire de médicaments ou un allongement des traitements, un allongement du temps de congé maladie (perte de salaire), la possibilité d'apparition de pathologies ou invalidités collatérales (ex. dépression, chronicisation de la douleur, etc.)¹³ qui auront des conséquences financières non négligeables.

1.4. OBJECTIFS PERSONNELS D'APPRENTISSAGE

1.4.1. EN LIEN AVEC LE THÈME DE RECHERCHE :

- ✎ Développer de nouvelles connaissances sur la douleur, l'antalgie ainsi que sur le rôle infirmier en lien avec la gestion de la douleur et la pharmacologie de réserve dans le but d'être plus à l'aise et plus compétente quant à ma manière d'utiliser les médicaments antalgiques prescrits en réserve pour le soulagement de la douleur dans ma future activité professionnelle.

1.4.2. EN LIEN AVEC LA MÉTHODOLOGIE ET LA RÉDACTION :

- ✎ Faire une recherche appropriée d'ouvrages, de revues scientifiques, notamment par le biais des différentes banques de données disponibles depuis le consortium suisse des bibliothèques universitaires, en lien avec mon thème de recherche et

¹¹ Les autorités fédérales de la Confédération Suisse – Loi fédérale sur l'assurance maladie /LAMal – Article 32, 1994, Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a32.html (consulté le 01 mai 2010)

¹² Les prestations concernées sont : prestations générales en cas de maladie, mesures de prévention, infirmité congénitale, accident, maternité, interruption de grossesse non punissable, soins dentaires

¹³ CHUNG J. W. Y., LUI J.C.Z. Postoperative pain management: Study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. *Nursing and Health Sciences*, 2003, vol. 5, p.13-21

être capable de les répertorier selon les normes, les conventions et les procédures bibliographiques établies par la médiathèque HES-SO Valais santé – sociale¹⁴.

- ↳ Acquérir des compétences méthodologiques de recherche en sciences infirmières.
- ↳ Construire un outil d'investigation pertinent et organiser et diriger des entretiens exploratoires dans le but de collecter des données auprès de professionnelles du terrain afin d'explorer la démarche clinique infirmière en lien avec l'administration d'antalgiques prescrits en réserve.
- ↳ Développer mon esprit d'analyse, de synthèse et d'argumentation.
- ↳ Développer des capacités d'auto-évaluation de la pertinence de l'ensemble de ma démarche de recherche en mettant en évidence ses points forts et ses faiblesses.

¹⁴ Guides des médiathèques HES-SO Valais santé – sociale. Bibliographie : normes, conventions, procédures. Adresse URL : <http://mediatheques.hevs.ch/default.aspx?NoLangue=1&NoPage=14&n1=0x4x14&Filiere=Guides> (consulté le 06 avril 2010)

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. LA DOULEUR EN MILIEU DE SOINS

La douleur est omniprésente en milieu de soins et constitue un combat permanent pour les soignants. Elle a une fonction de signal d'alarme pour indiquer un dysfonctionnement et est utile afin de débiter une démarche diagnostique et la mise en place d'un traitement, mais doit impérativement être soulagée après avoir accompli sa fonction. Lorsqu'une douleur perdure, elle ne constitue alors plus un symptôme mais une pathologie en soi¹⁵. En effet, une douleur mal gérée engendre bon nombre de complications pour l'individu, que ce soit sur le plan physique ou psychologique¹⁶.

La douleur tend aujourd'hui à être perçue comme un critère essentiel de la qualité des soins¹⁷ : *« soigner la douleur d'une personne qui a mal n'est pas seulement une marque de compassion, mais un acte médical visant à protéger la santé de la personne qui souffre et un engagement dans le sens d'une meilleure qualité des soins »*¹⁸.

Il est vrai que de grands progrès ont été réalisés ces dernières années concernant la prise en charge de la douleur, tant sur le plan des connaissances des mécanismes physiopathologiques que dans le développement des divers traitements¹⁹ et on peut constater un intérêt croissant pour la prise en charge de celle-ci à l'heure actuelle au vu des nombreuses recherches entreprises.

Malgré tout, *« certains patients continuent de souffrir, probablement en raison d'un décalage entre le progrès des connaissances et l'application des traitements dans la pratique clinique quotidienne »*²⁰.

¹⁵ VANHALEWYN, M., CEREXHE, F. Recommandations de bonne pratique face à la douleur chronique. *Louvain med.*, 2003. p. 435-443. p. 435

¹⁶ Ces complications seront détaillées ultérieurement dans le cadre de référence avec le concept de la douleur.

¹⁷ HUG. Espace presse. Communiqué de presse (2003) : Troisième semaine européenne de la douleur aux HUG, Un badge pour en parler. [en ligne] Adresse URL : http://www.hug-ge.ch/actualite/communiqués_presse_detail_eid_40_lid_7.html (consultée le 17 juin 2011)

¹⁸ Réseau douleur des HUG. Rubrique Communication-Thema santé-Douleur. Adresse URL : http://www.hug-ge.ch/actualite/ABC_sante/douleur/la_douleur.html (consulté le 10 juin 2011)

¹⁹ MATHEY-DORET-BERTHOUD H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires. Thèse de doctorat : Université de Genève : 2002. 43 pages. p. 22

²⁰ MATHEY-DORET-BERTHOUD H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires, op. cit., p. 22

2.2. ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Pour qu'une douleur soit soulagée, il est primordial qu'elle soit détectée par les soignants. L'évaluation de la douleur, qui relève du rôle propre infirmier²¹, constitue le point de départ essentiel pouvant conduire à la prise de décision infirmière d'administrer un antalgique prescrit en réserve. Il est évident qu'une évaluation insuffisante de la douleur constitue le premier obstacle à une bonne antalgie²².

Selon diverses études, l'évaluation de la douleur est recommandée systématiquement toutes les 4 à 6 heures en dehors de toute agression douloureuse, avant et 45 minutes après l'administration d'un traitement antalgique, après toute modification de la posologie d'un antalgique ou après l'introduction ou le retrait d'un analgésique morphinique, au moment des actes douloureux et de la mobilisation ainsi qu'à heures fixes dans les cas où des techniques d'analgésie particulières nécessitant des protocoles sont utilisées²³.

Dans bon nombre d'établissements hospitaliers en Suisse, notamment aux HUG ainsi que dans tout le CHCVs, l'évaluation de la douleur en tant que « 5^e signe vital » est actuellement promue, au même titre que la surveillance des paramètres vitaux tels que la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la température corporelle et la respiration et le programme informatique Phoenix dont dispose les soignants est muni d'un graphique adapté pour l'inscription du score de douleur. Selon l'étude menée par Suzanne Varrin, clinicienne au sein du département de médecine des hôpitaux romans, cette méthode d'évaluation permet de diminuer la prévalence des douleurs non-détectées²⁴.

Cependant, diverses études démontrent que cette première étape de la prise en charge de la douleur fait encore quelquefois défaut.

Une enquête réalisée par le Comité français de lutte contre la douleur en 2001 a mis en évidence une « *insuffisance du dépistage, de l'évaluation et du traitement de la*

²¹ Légifrance. Le service public de diffusion du droit. Code de la santé publique, article R 4311-5 [en ligne]. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 18 août 2010)

²² MAZZOCATO, C., DAVID, S. L'évaluation de la douleur. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois. Quelques conseils pratiques pour évaluer la douleur. Vol.2, 2008. 26 pages. p.5

²³ - DELBOS, A. Gestion de la douleur postopératoire dans une unité de soins. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Vol.17, Elsevier, Paris : 1998, p. 649-662

- PAYEN, J.F., CHANQUES, G. Prise en charge de la douleur. Textes des experts. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Vol.27, Elsevier, Paris : 2008, p. 633-640

²⁴ VARRIN, S. Infirmière Clinicienne. Guide d'évaluation de la douleur. RSV-GNW, Centre hospitalier du centre du Valais, 2009. 20 pages. p. 6

douleur »²⁵. Des résultats similaires concernant l'insuffisance de la prise en charge de la douleur ont été retrouvés dans une recherche conduite en 2009 dans les hôpitaux libanais²⁶.

De plus, de nombreuses études mettent en avant une sous-évaluation de la douleur par les soignants : les infirmières et les médecins ont tendance à évaluer la douleur avec une intensité plus basse que celle indiquée par les patients²⁷. Plus précisément, cette sous-estimation générale de la douleur s'applique davantage aux douleurs d'intensité élevée, tandis que les douleurs modérées sont davantage surestimées. Cette variabilité dans l'évaluation incorrecte de la douleur varie également en fonction de l'ancienneté des soignants. Les plus jeunes ont tendance à la surestimer et les plus anciennes à la minimiser²⁸.

Bien que les comportements dans la pratique restent parfois insatisfaisants, l'étude de Gordon et al. (2008) démontre que les infirmières semblent avoir conscience de la nécessité d'une bonne évaluation pour un soulagement adéquat de la douleur. Celle-ci est citée par l'ensemble des infirmières interrogées comme l'un des trois facteurs principaux pour la décision d'administration ou non d'un médicament en réserve, avec le niveau de sédation et la fréquence respiratoire²⁹.

²⁵ MICHEL, P., DE SARASQUETA A., M. (et al.). Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalo-universitaire. Première étude française sur les résultats de la prise en charge de la douleur. *La Presse médicale*. Vol. 30, n°29, 2001. p. 1438-1444.

²⁶ MADI-JEBARA, S., NACCACHE, N. (et al.). Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire dans les hôpitaux libanais. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier Masson, vol. 28, 2009. p. 496-500

²⁷ DRAYER R. A., HENDERSON J., REIDENBERG M. Barriers to better pain control in hospitalized patients. *J. Pain Symptom Manage*, 1999, vol.17, p.434-440

²⁸ BOUAZIZ H. Comment organiser la prise en charge de la douleur post-opératoire dans les services de chirurgie ? *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier, Paris : 1998, vol.17, p. 494-501

²⁹ GORDON D. B., PELLINO T. A., HIGGINS G. A. (et al.). Nurses' Opinions on Appropriate of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, n° 3, p. 131-140

2.3. OBSTACLES À UNE GESTION OPTIMALE DE LA DOULEUR

Plusieurs études tentent d'expliquer cette « sous-évaluation » de la douleur en mettant en avant des difficultés pouvant être rencontrées dans la détection de celle-ci ainsi que des réticences envers l'usage des médicaments antalgiques. Voici les principaux facteurs rapportés :

- La propre attitude des malades par rapport à la douleur, aux médicaments et au personnel soignant : les malades craignent les effets dits physiologiques dans le sens où ils pensent que les effets secondaires des opioïdes et l'apparition d'une tolérance sont inévitables. Ils expriment du fatalisme et estiment que la douleur fait partie intégrante de la maladie(...). Ils hésitent à parler de la douleur de peur de déranger le médecin ou l'infirmière. Ils craignent les effets délétères des opioïdes sous forme d'une baisse des défenses immunitaires ou du développement d'une toxicomanie. Enfin, le désir de ne pas inquiéter les proches et les difficultés de communication avec les médecins sont également cités comme obstacles³⁰.
- Des réserves envers l'utilisation des opioïdes : des connaissances insuffisantes et des conceptions erronées telles le risque de toxicomanie, le développement d'une tolérance et le risque de dépression respiratoire lors d'usage régulier d'opioïdes ont été mises en évidence aussi bien chez les médecins que chez les infirmières³¹.
- Le comportement du patient : celui-ci n'est pas toujours en corrélation avec l'intensité de douleur qu'il décrit, ce qui peut induire en erreur le personnel qui tient compte du comportement de celui-ci pour évaluer l'intensité de la douleur³².
- L'existence de conceptions erronées sur la douleur : ex. les douleurs de certaines maladies (cancer) seraient inévitables, la douleur est un signal d'alarme et elle est nécessaire pour la mise en place d'un traitement etc³³.

³⁰ ESHER M. Obstacles à la prise en charge de la douleur cancéreuse. *Douleur et Analgésie*, 2006, No 3, p.47-50

³¹ ESHER M. Obstacles à la prise en charge de la douleur cancéreuse, op. cit., p. 47

+ DRAYER R. A., HENDERSON J., REIDENBERG M. Barriers to better pain control in hospitalized patients, op. cit., p.435

³² DRAYER R. A., HENDERSON J., REIDENBERG M. Barriers to better pain control in hospitalized patients, op. cit., p.434

³³ Ecole Nationale de santé publique de Rennes. Module interprofessionnel d santé publique. Thème 7. *La lutte contre la douleur – Quelles réponses apporter aux besoins des patients ?*, 2000, 57 pages. p.4

- Le manque de formation initiale chez les médecins et les infirmières responsable d'une carence dans les méthodes d'évaluation de la douleur, de connaissances insuffisantes des possibilités de traitement et de conceptions erronées des médicaments et de leurs effets secondaires³⁴.
- Des facteurs organisationnels comme les contraintes de temps ou des restrictions en matière d'ordonnance médicale perçues par les infirmières³⁵.
- D'autres facteurs propres au sujet malade tels qu'un meilleur indice de performance, un âge avancé (70 ans ou plus), le fait d'être une femme et appartenir à une minorité ethnique sont également associés à un traitement insuffisant de la douleur³⁶.

2.4. MÉDICATION ANTALGIQUE : TENDANCE À UNE SOUS-UTILISATION ?

En parallèle d'une « sous-évaluation » de la douleur, bon nombre d'études mettent en évidence l'existence d'une « sous-utilisation » des antalgiques conduisant à un « sous-traitement » de la douleur.

L'étude de Gordon et al. (2008), explorant les réponses d'infirmières à des vignettes clinique contenant des problématiques en lien avec la médication de réserve, a mis en évidence qu'un tiers voir la moitié des infirmières interrogées ont choisi des réponses aux vignettes qui tendent à une sous-utilisation des médicaments antalgiques prescrits « en réserve », et ceci, même en présence de douleurs sévères et en absence d'effets secondaires des doses antérieures chez leurs patients³⁷.

L'étude de De Rond, de Wit et al. (2000), portant sur les effets du suivi d'un programme d'enseignement sur la gestion de la douleur par les infirmières sur l'administration des antalgiques est en corrélation avec ces propos. Il en ressort également que les médicaments antalgiques sont administrés moins souvent qu'ils ont été prescrits, alors

³⁴ ESHER M. Obstacles à la prise en charge de la douleur cancéreuse, op. cit., p.47

+ DRAYER R. A., HENDERSON J., REIDENBERG M. Barriers to better pain control in hospitalized patients, op. cit., p.438

³⁵ KAASALAINEN S., DI CENSO A., DONALD F.C. (et al.). Optimizing the Role of the Nurse Practitioner to Improve Pain Management in Long-Term Care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2007, vol.39, No 2, p. 14-31 (Abstract)

³⁶ ESHER M. Obstacles à la prise en charge de la douleur cancéreuse, op. cit., p. 47

³⁷ GORDON D. B., PELLINO T. A., HIGGINS G. A. (et al.). Nurses' Opinions on Appropriate of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, n° 3, p. 131-140

qu'une sous-prescription médicale est également relevée : sur 100 patients présentant des douleurs, 70 disposaient d'une prescription d'antalgiques, mais les infirmières ont administré des antalgiques à seulement 52 d'entre eux. Avant la mise en place du programme d'enseignement, les résultats étaient encore moins bons. 71 patients avaient des antalgiques prescrits et seulement 46 d'entre eux en ont reçus. Cette différence s'explique par le fait qu'après avoir suivi le cours sur la gestion de la douleur, les infirmières ont davantage utilisé les antalgiques « en réserve ». Les auteurs énoncent également que quand les patients disposent d'un schéma d'antalgiques prescrits à intervalles fixes, ils ont plus de chance de recevoir des antalgiques que quand ils disposent uniquement d'un programme d'antalgiques de type « en réserve »³⁸.

Dans le même ordre d'idée, l'étude de Mathey-Doret-Berthoud (2002), réalisée au sein des Hôpitaux Universitaires Genevois, démontre que 76% des patients reçoivent moins d'opiacés que ce qui est prescrit par les médecins et environ 50% reçoivent moins de Paracétamol et d'AINS³⁹, sachant que le Paracétamol est plus souvent prescrit à intervalle fixe que la Morphine et les AINS et que le Paracétamol est moins souvent prescrit en réserve que la morphine et les AINS⁴⁰.

« Le manque d'adhésion des infirmiers à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires n'est pas dû à l'absence de douleur sévère, puisque la moitié des patients qui souffrent de douleurs sévères, définies par une EVA supérieure ou égale à 4 au repos et à la mobilisation ou lors de toux, reçoit moins d'opiacés que prescrits et que seule une minorité de patients, qui souffre de douleurs sévères, reçoit la dose prescrite ou plus. (...) En conclusion, il y a 35 à 44% des patients souffrant de douleurs sévères pour lesquels les infirmiers manquent d'adhésion à la prescription médicale d'opiacés »⁴¹.

Dans son étude, l'auteure a également souhaité comparer l'adhésion des infirmières aux prescriptions d'antalgiques à celles des anticoagulants. Étonnamment, cette dernière est quasi-totale. L'auteure émet l'hypothèse d'un manque de connaissances sur les effets secondaires possibles d'une douleur sous-traitée, alors que les effets indésirables thrombo-emboliques postopératoires sont bien intégrés⁴².

³⁸ DE ROND M., DE WIT R., VAN DAM F. (et al.). A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain*, 2000, 89, p. 25-38

³⁹ MATHEY-DORET-BERTHOUD H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires, op. cit. p.35

⁴⁰ MATHEY-DORET-BERTHOUD H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires, op. cit. p.32

⁴¹ MATHEY-DORET-BERTHOUD H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires, op. cit., p. 34-35

⁴² MATHEY-DORET-BERTHOUD H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires, op. cit., p.38.

2.5. SPÉCIFICITÉ DE LA MÉDICATION ANTALGIQUE DE RÉSERVE

« Lorsqu'il s'agit d'une prescription médicale « en réserve », l'infirmière devra décider si l'antalgique doit être administré ou non, et si oui à quel moment et quel est l'antalgique le plus approprié si plusieurs sont prescrits »⁴³.

Pour cela, elle devra observer le patient, évaluer sa douleur, faire appel à ses connaissances des différents produits, etc.

Elle a donc un rôle plus déterminant à jouer que pour l'administration des antalgiques prescrits à intervalles fixes.

Au vu de la prépondérance du rôle propre infirmier vis-à-vis de ce type de prescription médicale, comment cela peut-il influencer l'utilisation des antalgiques de réserve ?

2.6. POLITIQUE INSTITUTIONNELLE ET POLITIQUE DE SERVICE EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Au niveau de l'hôpital du Valais, selon mon expérience et celle de Fabienne ainsi que par le biais des informations récoltées au cours d'entretiens exploratoires effectués⁴⁴, il nous est apparu que les politiques institutionnelles et/ou les politiques de service en matière de prise en charge de la douleur y sont passablement disparates. Les professionnels interrogés n'ont en effet pas connaissance d'une politique homogène de prise en charge de la douleur au sein du réseau. Il n'y a pas de recommandations ni de protocoles uniformisés qui régissent l'administration des antalgiques prescrits en réserve. Nous n'en avons pas non plus identifié à travers nos recherches sur le site officiel de l'hôpital du Valais⁴⁵.

⁴³ DE ROND M., DE WIT R., VAN DAM F. (et al.). A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics, op. cit., p. 25-26

⁴⁴ Nous avons toutes deux effectué trois entretiens exploratoires, auprès d'un infirmier chef d'un établissement médico-social, d'une infirmière responsable de formation d'un service de pédiatrie ainsi qu'auprès d'une infirmière cheffe d'un service de médecine et chirurgie d'un hôpital de la région.

⁴⁵ Site de l'hôpital du Valais. Adresse URL : <http://www.rsv-gnw.ch>

Cependant, l'importance de la structure institutionnelle et de son organisation pour la prise en charge de la douleur est appuyée par un comité d'experts français qui ont établi en 2008 des recommandations formalisées pour la prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant, dans lesquelles ils indiquent qu' « *il est recommandé d'insister sur l'importance d'une implication institutionnelle avec des objectifs concernant la prise en charge de la douleur dans le projet de l'établissement (...) avec définition de référents et responsabilisation des acteurs* »⁴⁶.

Au vu de l'absence d'une implication institutionnelle au sein du contexte exploré, il est intéressant de se demander comment les professionnels se positionnent en matière de gestion de la douleur et quels éléments influent alors sur leur pratique ?

⁴⁶ COMITÉ DOULEUR-ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE ET COMITÉ DE RÉFÉRENTIELS DE LA SFAR. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2008, vol.27, p 1035-1041

3. QUESTION CENTRALE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Divers facteurs relevés dans la problématique sont susceptibles d'influencer le rapport des soignants à la douleur, et par le fait même, de conditionner le jugement clinique infirmier et la prise de décision en lien avec l'administration d'un antalgique prescrit en réserve pour le soulagement de la douleur chez le patient.

3.1. QUESTION CENTRALE DE RECHERCHE

Je souhaite mettre en lumière les éléments que prennent en compte les infirmières lors de l'établissement de leur jugement clinique pour prendre la décision d'administrer ou non un antalgique prescrit en réserve à un patient. C'est pourquoi j'aimerais poser la question suivante :

" Face à une prescription médicale pour un antalgique prescrit « en réserve », sur quels éléments se base une infirmière pour décider de son administration ou non face à patient adulte présentant une douleur aiguë? "

Je choisis de cibler une population d'infirmières travaillant dans un service de chirurgie et médecine général adulte, alors que ma collègue Fabienne travaillera avec des infirmières d'un service de pédiatrie.

C'est pour cette raison que j'ai davantage documenté ma problématique avec des résultats d'études réalisées auprès d'une population adulte et que Fabienne a davantage mis l'accent sur des résultats d'études conduites en pédiatrie.

Notre choix se dessine ainsi en vue de voir, à l'aboutissement de notre travail, si des différences sont évidentes dans la manière de gérer la douleur au moyen de la médication antalgique de réserve en lien avec les caractéristiques des patients, notamment en lien avec le fait que celui-ci soit un enfant ou un adulte, ainsi qu' en lien avec la politique de soins en matière de gestion de la douleur de chaque service.

3.2. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

En me basant ma question centrale de recherche et la problématique énoncée, je formule les hypothèses de recherche suivantes⁴⁷ :

- 1) Les éléments que prennent en compte les infirmières pour décider d'administrer ou non un antalgique prescrit en réserve sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle.
- 2) Le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes, une responsabilité accrue est alors ressentie par l'infirmière.
- 3) La politique du service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve.

3.3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

En regard de ma question de recherche et des hypothèses formulées, je définis les objectifs de recherche suivants qui me permettront une fois atteints de confirmer ou infirmer les hypothèses posées :

3.3.1. OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE :

- ⇒ Décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières pour déterminer de l'administration ou non d'un antalgique prescrit en réserve.

3.3.2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE LA RECHERCHE :

- ⇒ Identifier la perception des infirmières de l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes.

⁴⁷ Les hypothèses ainsi que les objectifs de recherche sont identiques à ceux de ma collègue, hormis le contexte dans lequel ils sont étudiés.

- ⇒ Distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant l'administration d'un antalgique prescrit en réserve.
- ⇒ Relever les similitudes et disparités dans la démarche de soins infirmiers, la perception du rôle propre infirmier et l'influence de la politique de service lors d'administration d'un antalgique prescrit en réserve entre les infirmières du service adulte et celles du service de pédiatrie.

4. CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans ce chapitre, ma collègue et moi développons trois concepts qui permettront d'apporter une meilleure compréhension des différents éléments issus de la problématique, question de recherche et hypothèses; ceux-ci nous serviront également de support théorique auquel nous nous référerons pour notre analyse. Les éléments théoriques développés ne sont pas exhaustifs mais orientés en fonction de la thématique de recherche.

4.1. CONCEPT « DOULEUR »

Nous avons choisi d'aborder la douleur selon la définition proposée par l'International Association for the Study of Pain (IASP), qui la décrit comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage* »⁴⁸. Cette définition prend en compte toute la complexité de la douleur ; elle inclut l'ensemble de ses dimensions ainsi que ses différents types, objectivables ou non par les soignants. De plus, elle met bien en évidence qu'au-delà de la sensation, la douleur dépend également du ressenti et du vécu personnel.

4.1.1. CLASSIFICATION DE LA DOULEUR

La douleur peut être classifiée, entre autre, selon son mécanisme générateur ou selon sa durée d'évolution⁴⁹.

Quatre types de douleur sont classés selon le mécanisme étiologique.

La douleur par excès de nociception est provoquée par « *une stimulation des fibres nociceptives* », en présence d'un système nerveux sain ; c'est la plus fréquente des douleurs aiguës rencontrées⁵⁰.

La douleur neuropathique ou neurogène provient d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique responsable de dysfonctionnements des voies nociceptives, engendrant des

⁴⁸ CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2008. 179 pages p. 22

⁴⁹ DEYMIER, V., WROBEL, J., LEVY, F. *Approche pratique du traitement de la douleur*. Rueil-Malmaison : Upsa pain institut, 2003. 178 pages. p. 31

⁵⁰ CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*, op. cit., p. 48

sensations de brûlures, fourmillements, décharges électriques ou troubles de la sensibilité⁵¹.

La douleur psychogène ou sine materia se présente lorsque le patient ressent réellement la douleur, mais dont on ne peut actuellement identifier la cause actuellement⁵².

Les douleurs induites sont un type particulier de douleur par excès de nociception. Elles se définissent comme *"des douleurs de courte durée, causées par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées"*⁵³.

Deux types de douleurs sont classés selon le temps d'évolution⁵⁴. Tout d'abord, la douleur aiguë peut durer jusqu'à trois mois, induire des manifestations neurovégétatives et de l'anxiété⁵⁵. Elle a un effet protecteur pour l'organisme car elle constitue un signal d'alarme révélateur de la maladie.

Puis, la douleur chronique qui évolue ou est fréquemment récurrente pendant plus de trois mois, répondant insuffisamment aux traitements proposés⁵⁶. La douleur chronique devient une maladie en soi et non plus l'unique résultat d'une atteinte physiologique. Elle a des conséquences importantes sur l'état cognitif, émotionnel et fonctionnel du patient et n'induit que peu de manifestations neurovégétatives⁵⁷.

Dans ce travail, nous ne traiterons pas de la douleur chronique, qui nécessite une prise en charge particulière.

⁵¹ CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*, op. cit., p. 49

⁵² CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*, op. cit., p. 52

⁵³ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. Paris: Med-Line, 2006, 203 pages. p. 172

⁵⁴ Vous trouverez un tableau récapitulatif des caractéristiques de la douleur aiguë et chronique en Annexe E, p. XII

⁵⁵ MAZZOCATO, C., DAVID, S. L'évaluation de la douleur. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois. Quelques conseils pratiques pour évaluer la douleur, op. cit., p.14

⁵⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS). *Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé* [en ligne]. 27 pages. Adresse URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf (consultée le 16 novembre 2010)

⁵⁷ MAZZOCATO, C., DAVID, S. L'évaluation de la douleur. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois. Quelques conseils pratiques pour évaluer la douleur, op. cit., p.14

4.1.2. LES COMPOSANTES DE LA DOULEUR

Dans toute douleur, quatre éléments vont interagir et influencer la perception que l'individu en aura.

- **La composante sensori-discriminative**

Elle correspond à ce que sent physiquement le patient. Son exploration permet de déterminer la localisation, l'intensité, la durée et les caractéristiques de la douleur. En dehors de pathologies psychologiques, ces éléments sont les plus mis en avant, tant par les patients que par les soignants⁵⁸.

- **La composante affective et émotionnelle**

Elle correspond au ressenti du patient face à la douleur, les émotions qui l'accompagne, son vécu personnel. Cette composante peut s'exprimer même sans les mots. Elle occupe une place prépondérante chez les patients souffrant de douleur chronique et lors de pathologies psychologiques⁵⁹.

- **La composante cognitive**

Celle-ci comprend l'ensemble des processus mentaux qui donne à l'individu une signification intellectuelle de la douleur. Chose importante, les processus mentaux sont fortement influencés par des facteurs socioculturels. L'éducation reçue, son rapport au corps, ses expériences antérieures de douleurs, ses stratégies d'adaptation personnelles, le contexte d'apparition et les caractéristiques des pathologies sous-jacentes, l'âge ou l'état psychologique du patient sont quelques facteurs qui vont jouer un rôle dans le sens que donnera l'individu à sa douleur⁶⁰.

- **La composante comportementale**

Elle se rapporte à toutes les expressions de douleur, conscientes ou inconscientes, verbales ou non-verbales de la personne souffrante. Cette composante est exprimée par la parole, les gestes (positions antalgiques, mimiques, etc.) mais aussi par les manifestations physiologiques⁶¹ qui accompagnent la douleur. En somme, on retrouve dans cette composante l'ensemble des signes objectivables de la douleur. Cependant, une fois encore, plusieurs facteurs comme l'âge, le sexe, la culture ou l'environnement familial peuvent influencer les comportements du patient face à sa

⁵⁸ METZGER, Christiane [et al.]. *Soins infirmiers et douleur*. Paris : Masson, 2000. 333 pages. p. 29

⁵⁹ METZGER, Christiane [et al.]. *Soins infirmiers et douleur*, op. cit. p. 29-30

⁶⁰ METZGER, Christiane [et al.]. *Soins infirmiers et douleur*, op. cit., p.30

⁶¹ Ces manifestations sont reprises en détail dans le sous-chapitre traitant des signes observables de douleur.

propre douleur ; ceci peut représenter un obstacle de taille pour le soignant dans la reconnaissance de la douleur⁶².

4.1.3. LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Les buts de cette première étape de la prise en charge sont d'objectiver la douleur, prendre en compte la variabilité des comportements douloureux, assurer une meilleure communication, communiquer au sein du corps médical et apporter une aide thérapeutique efficace⁶³.

L'outil utilisé doit être simple, validé et fiable ; il doit être le même chez un patient pour l'ensemble des soignants afin de pouvoir comparer les différents résultats et de garantir un suivi de l'évolution⁶⁴.

Comme mentionné dans la problématique, l'évaluation de la douleur est recommandée systématiquement toutes les 4 à 6 heures en dehors de toute agression douloureuse, avant et 45 minutes après l'administration d'un traitement antalgique, après toute modification de la posologie d'un antalgique ou après l'introduction ou le retrait d'un analgésique, au moment des actes douloureux et de la mobilisation ainsi qu'à heures fixes dans les cas où des techniques d'analgésie particulières nécessitant des protocoles sont utilisées⁶⁵.

En référence à la définition de la douleur qui la décrit comme un phénomène personnel et subjectif, l'auto-évaluation est à privilégier au maximum. En effet, à chaque fois qu'il est possible, c'est le patient lui-même qui devrait évaluer sa douleur sans que celle-ci ne soit connotée par quelconque jugement de la part des soignants⁶⁶. Il a été démontré qu'une évaluation par le personnel soignant conduit bien souvent à une sous-estimation de la douleur du patient⁶⁷. Cette sous-estimation est également démontrée lorsque

⁶² METZGER, Christiane [et al.]. *Soins infirmiers et douleur*, op. cit., p.30

⁶³ ANNEQUIN, D. *La douleur chez l'enfant. La recherche*, 2000, n° 336, 128 pages. p. 38-40

⁶⁴ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p. 58

⁶⁵ - DELBOS, A. Gestion de la douleur postopératoire dans une unité de soins. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, op. cit.

- PAYEN, J.F., CHANQUES, G. Prise en charge de la douleur. Textes des experts, op. cit.

⁶⁶ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p. 47

⁶⁷ BOUVENOT, G. *Évaluation de la douleur : les méthodes*. p.77-83. In : QUENEAU, P., OSTERMANN, G. *Le médecin, le malade et la douleur*. Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique. 3^{ème} éd. Paris : Masson, 2000. 616 pages.

l'hétéroévaluation est pratiquée par le biais d'une échelle systématisée, notamment l'échelle comportementale élaborée par Bourreau⁶⁸. Toutefois, lorsque le patient, de par son âge ou sa pathologie ne peut communiquer, l'hétéro évaluation est indispensable⁶⁹. Le soignant devra alors "démasquer " la douleur du patient. Pour cela, l'évaluation doit se baser sur l'observation des manifestations et du comportement global du patient.

Il est également souhaitable de compléter l'évaluation de l'intensité de la douleur par d'autres composantes, notamment la localisation, le retentissement affectif et émotionnel ainsi que le type de douleur⁷⁰.

Les outils d'évaluation offrent la possibilité de « *définir un seuil au-delà duquel la douleur est modérée, fort ou extrême. Pour l'EVA et l'EN, le seuil retenu par l'OMS a été fixé à 4 sur une échelle de 0 à 10 pour déclencher une série de mesures spécifiques : avis médical, recherche d'une cause, administration d'antalgiques, réévaluation de l'efficacité thérapeutique*⁷¹ » Aux HUG, il existe également des recommandations uniformisées comprenant des protocoles avec des seuils à partir desquels il est préconisé d'utiliser un antalgique prescrit en réserve. Celles-ci énoncent qu'il faut envisager un traitement en présence d'une EVA supérieure à 3 sur 10⁷².

L'élément le plus souvent évalué dans le phénomène de la douleur est son intensité⁷³. Toutefois, selon Avet et al.⁷⁴, les quatre composantes de la douleur décrites plus haut devraient être évaluées afin d'obtenir une compréhension globale de la douleur du patient et de son retentissement sur l'individu, de discerner le mécanisme qui en est responsable et de mettre en place une antalgie efficace.

Le tableau qui suit résume chaque composante ainsi que les principaux outils utilisés.

⁶⁸ BENHAMOU D. Evaluation de la douleur postopératoire. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Vol.17, Elsevier, Paris : 1998, p.555-572

⁶⁹ BENHAMOU D. Evaluation de la douleur postopératoire, op.cit., p.556

⁷⁰ BENHAMOU D. Evaluation de la douleur postopératoire, op. cit., p. 555

⁷¹ PAYEN J.-F., CHANQUES G., Prise en charge de la douleur. Textes des experts, op. cit. p. 365-636

⁷² Réseau douleur des HUG. Le bon antalgique au bon moment. [en ligne] Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/library/pdf/bon_antalgique.pdf (consulté le 19 août 2010)

⁷³ CHAFFOUR-ADER C., DAYDE M-C. *Comprendre et soulager la douleur*, op.cit., p. 57

⁷⁴ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p. 47

COMPOSANTE SENSORI-DISCRIMINATIVE - AUTOEVALUATION	
Description	Permet d'évaluer l'intensité, les caractéristiques, la durée, l'évolution, la localisation de la douleur Résulte en une évaluation quantitative et/ou qualitative
Outils utilisés	<p>Echelle verbale simple (EVS) : Echelle catégorielle contenant différents qualificatifs classés dans un ordre hiérarchisé de niveau d'intensité, peut être utilisée oralement. Le patient évalue son niveau de douleur à l'aide des termes proposés. Chaque terme correspond à une valeur numérique comprise entre 0 et 10 indiquant l'intensité douloureuse.</p> <p>Echelle numérique (EN) : Permet au patient de noter sa douleur de 0 à 10 en fonction du niveau d'intensité. Le 0 correspond à une absence de douleur et le 10 à la pire douleur imaginable.</p> <p>Echelle visuelle analogique (EVA) : Se présente sous la forme d'une règle graduée de 0 à 100 millimètres au dos de laquelle est tracée une ligne représentant le continuum douloureux avec à chaque extrémité les inscriptions "<i>absence de douleur</i>" et "<i>douleur maximale imaginable</i>" (souvent présentée sous forme de « <i>thermomètre de la douleur</i> »).</p>
COMPOSANTE AFFECTIVO-EMOTIONNELLE – AUTOEVALUATION ET/OU HETEROEVALUATION	
Description	Détermine les émotions accompagnant la douleur du patient ; en principe la perception est plutôt déplaisante voir intolérable
Outils utilisés	Entretien infirmier dans lequel le patient sera invité à verbaliser ses émotions et pendant lequel le soignant fait également preuve d'observation (pleurs, manifestations anxieuses, dépressives, ...) L'entourage peut être une source d'information importante sur le retentissement de la douleur dans la vie quotidienne du patient.
COMPOSANTE COMPORTEMENTALE - HETEROEVALUATION	
Description	Comprend les expressions verbales et non-verbales du patient ; prédominante chez les personnes non-communicantes (enfants, comateux, personnes démentifiées etc.). Elle occupe une place importante pour l'évaluation de la douleur, mais peut devenir source d'erreurs suite à de possibles interprétations du soignant évaluateur. Sa subjectivité est donc importante, un travail en équipe permet de la diminuer ⁷⁵ .
Outils utilisés	<p>Mesure des manifestations physiologiques (signes vitaux)</p> <p>Evaluation comportementales de la douleur chez la personne âgée non communicante : Doloplus</p>

⁷⁵ CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*, op.cit., p. 65

COMPOSANTE COGNITIVE - AUTOEVALUATION	
Description	Il s'agit d'explorer le sens donné par l'individu à la douleur, la façon dont il l'intègre dans son histoire, les liens qu'il fait. Les stratégies d'adaptation visant à soulager sa douleur font également partie de cette évaluation.
Outils utilisés	L'entretien infirmier et l'observation sont les outils principaux pour l'évaluation de cette composante.

4.1.4. SIGNES OBSERVABLES DE DOULEUR

Divers signes peuvent être observés chez un patient algique. Ils peuvent être conséquents à une réponse physiologique, psychologique ou physique à la douleur. Celle-ci représente un grand stress pour l'organisme, qui répondra notamment par l'activation du système nerveux sympathique. Les soignants doivent donc se montrer attentifs aux signes physiologiques d'un excès de décharge sympathique due à l'élévation du taux sérique de catécholamines et de glucocorticoïdes. Ses signes sont généralement une tachycardie, une élévation de la pression artérielle, une dilatation des pupilles, une vasoconstriction (mains et pieds froids), une diaphorèse ainsi qu'une hyperréflexie⁷⁶.

Les attitudes corporelles peuvent également être modifiées par une douleur aiguë ou prolongée et se traduire par l'adoption de positions ou de mouvements de protection telle qu'une position antalgique, une position repliée en chien de fusil ou en position fœtale, une immobilité ainsi qu'un malade qui économise ses mouvements⁷⁷.

Sur le plan physique, des signes d'asymétrie corporelle liée à une compensation physique visant à soulager la douleur sont fréquents. Au long terme, la partie du corps à l'origine de la douleur devient sous-utilisée et présentera une atrophie musculaire ainsi que des contractures, tandis que le côté opposé du corps deviendra surexploité avec risque d'hypertrophie musculaire.

Au niveau comportemental, le patient peut présenter des signes d'évitement sensoriel tels qu'un séjour dans l'obscurité, l'évitement du bruit, un regard fixe, le port de vêtements large sur la zone douloureuse, etc. ainsi que des signes de distraction de la douleur.

Une insomnie, des nausées, une diarrhée ainsi qu'une anorexie peuvent également être relevés⁷⁸.

⁷⁶ TENNANT, F. Using Objective Signs of Severe Pain to Guide Opioid Prescribing. *Pain Treatment Topics* [en ligne]. 2008. 6 pages. Adresse URL : <http://pain-topics.org/pdf/Tennant-PainSigns.pdf> (consulté le 9 octobre 2010)

⁷⁷ PITARD, L. [et al.] *Symptômes et pratique infirmière, Fiche de soins*. Ed. Masson, 2008. Collection Nouveaux cahiers de l'infirmière. 276 pages. p. 20

⁷⁸ TENNANT, F. Using Objective Signs of Severe Pain to Guide Opioid Prescribing. *Pain Treatment Topics*, op. cit., p.2

4.1.5. MÉDICATION ANTALGIQUE⁷⁹

L'OMS a élaboré dans les années 1980 une classification des antalgiques qui est encore largement utilisée à l'heure actuelle. Trois paliers sont déterminés selon le mode et la puissance d'action du principe actif. A chaque palier correspond une intensité de douleur⁸⁰. Le passage à un palier antalgique de niveau supérieur est justifié lorsque le principe actif utilisé ne permet pas un soulagement efficace de la douleur ressentie par le patient⁸¹. Il est recommandé de n'associer que des médicaments avec des mécanismes d'action différents, afin d'éviter d'augmenter les effets secondaires⁸².

Les paliers de l'OMS

Palier 1 : Antalgiques non opioïdes

Ces derniers sont indiqués lors de la prise en charge de douleurs d'intensité faible ou moyenne⁸³. Font partie de ce palier:

- Le paracétamol

C'est le principe actif antalgique et antipyrétique le plus couramment utilisé. Ses effets secondaires quasi inexistants font de cette substance son plus grand atout. Aucun phénomène de tolérance ou de dépendance n'est relevé. Une toxicité hépatique (cytolyse) est possible en cas de surdosage (au-delà de 10g/j)⁸⁴. La posologie recommandée chez l'adulte est de 3 à 4 g/24h par prise de 1g⁸⁵.

⁷⁹ Les principes actifs brièvement développés pour chaque classe thérapeutique ne sont pas exhaustifs; je n'expose ici que les principaux, c'est-à-dire ceux qui peuvent servir pour la section analyse.

⁸⁰ CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*, op. cit., p. 77-78

⁸¹ NICOLAS, P., ABEILLÉ, D. *Pharmacologie et soins infirmiers*. Editions Maloine : 2007. 341 pages. p. 111

⁸² CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*, op. cit., p. 78

⁸³ CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner*. Editions Lamarre, France, 2009, 284 pages. p. 130

⁸⁴ BINOCHÉ, T., MARTINEAU, C. *Guide pratique du traitement des douleurs 2^{ème} éd.* Paris : Masson, 2005. 339 pages. p. 43

⁸⁵ Selon Binoche et Martineau (op. cit.) : «un mode de passage de la barrière hémato-encéphalique qui dépend beaucoup de la concentration plasmique, d'où l'intérêt de l'obtention d'un pic de concentration : 3 prises de 1 g seront en général beaucoup plus efficaces que 6 prises de 0,5g ».

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS ont des propriétés anti-inflammatoires, antalgiques et antipyrétiques. Leurs effets secondaires peuvent être nombreux. Les plus courants se retrouvent au niveau digestif, allant d'un simple inconfort à un ulcère gastroduodénal voire une hémorragie digestive⁸⁶.

Palier 2 : Antalgiques opioïdes faibles

Ce palier d'antalgique est recommandé par l'OMS pour le traitement des douleurs d'intensité modérée à forte⁸⁷. Il comprend notamment la codéine et le tramadol ; ceux-ci peuvent être utilisés seuls ou en association avec du paracétamol⁸⁸.

- Codéine

La codéine a une faible affinité pour les récepteurs opioïdes. Elle est métabolisée par le foie en morphine⁸⁹. Il faut savoir qu'elle est inefficace chez 7% de la population qui ne peut effectuer cette transformation⁹⁰.

- Tramadol

Le tramadol est un antalgique qui agit au niveau central comme agoniste des récepteurs opioïdes. La dose maximale quotidienne est de 400 mg/j. Les vertiges et nausées sont des effets indésirables très fréquemment reportés⁹¹.

Palier 3 : Antalgiques opioïdes forts

Ces derniers sont utilisés pour le traitement des douleurs de forte intensité⁹².

- La morphine

Elle est la substance de référence de cette classe. Ses effets analgésiques se dus à son action agoniste sur les récepteurs opiacés⁹³.

⁸⁶ BINOCHÉ, T., MARTINEAU, C. *Guide pratique du traitement des douleurs*, op. cit., p. 47

⁸⁷ CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner*, op. cit., p. 130

⁸⁸ BINOCHÉ, T., MARTINEAU, C. *Guide pratique du traitement des douleurs*, op. cit., p. 48

⁸⁹ CHAUVIN, M., BEAULIEU, P. *Pharmacologie des opioïdes*. In : Sous la direction de BEAULIEU, P. *Pharmacologie de la douleur*. Canada, Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, 593 pages. p. 63

⁹⁰ BINOCHÉ, T., MARTINEAU, C. *Guide pratique du traitement des douleurs*, op. cit., p. 48

⁹¹ Documed. *Compendium Suisse des médicaments* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.compendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consultée le 25 août 2010)

⁹² CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner*, op. cit., p. 130 et 141

⁹³ Documed. *Compendium Suisse des médicaments* [en ligne]. Adresse URL: <http://www.compendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consultée le 25 août 2010)

Selon Avet et al., les prescriptions morphiniques *en réserve* (morphine à libération immédiate, aussi dites « interdoses », doivent être utilisées lors d'accès douloureux limité, en prévision d'un soin douloureux ou durant la phase d'ajustement du traitement. Chaque interdose doit correspondre à 1/6 de la posologie quotidienne ; si plus de trois interdoses sont nécessaires, le traitement de fond doit être réajusté⁹⁴.

Effets secondaires des opioïdes

De nombreux effets secondaires liés aux morphiniques sont possibles. Ils peuvent induire les professionnels à une certaine réticence à les utiliser, ainsi qu'un refus de traitements de la part des patients. Parmi l'ensemble des effets secondaires des opioïdes et selon nos lectures, les plus craints par le personnel soignant sont les effets sur la respiration et le risque de toxicomanie⁹⁵. Ce sont donc principalement ceux-ci qui inquiètent les infirmières et qui pourront majoritairement influencer leur administration d'antalgiques opioïdes, ce pourquoi nous ne développerons ci-dessous que ces deux-là⁹⁶.

⇒ Effets sur la respiration

La morphine diminue la sensibilité des centres respiratoires du bulbe rachidien à la variation de pression de CO₂ et d'O₂. On observe un effet dépresseur respiratoire, indissociable de l'effet analgésique, qui justifie la surveillance clinique des traitements morphiniques à fortes doses⁹⁷. Les morphiniques induisent également une bronchoconstriction et dépriment les centres de la toux⁹⁸.

⇒ Tolérance – dépendance - addiction

La tolérance (accoutumance) est « le besoin d'augmenter les doses pour obtenir un effet identique »⁹⁹. La dépendance physique est démontrée par la présence d'un syndrome de sevrage¹⁰⁰ si un arrêt brutal du traitement se fait. La dépendance psychique ou addiction,

⁹⁴ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p. 76

⁹⁵ D'après différentes sources, dont:

- GORDON, D. (et al.) Nurses' Opinions on Appropriateness of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, n° 3, p. 131-140
- ANNIQUIN, Daniel La douleur de l'enfant : une reconnaissance tardive, op. cit., p. 42-47

⁹⁶ Vous trouverez l'ensemble des effets secondaires opioïdes possibles en annexe F, p. XIII

⁹⁷ NICOLAS, P., ABEILLÉ, D. Pharmacologie et soins infirmiers, op. cit., p. 104

⁹⁸ CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner*, op. cit., p. 150

⁹⁹ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p. 78

¹⁰⁰ Le syndrome de sevrage peut se manifester par de l'anxiété, des frissons, des bouffées de chaleur, de la sudation, un larmoiement, des diarrhées, des nausées et vomissements, des crampes abdominales, une mydriase, etc. In: AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p. 77

elle, est un « comportement toxicomaniaque avec besoin compulsif de consommation du traitement ... »¹⁰¹. Les phénomènes de tolérance et de dépendance physique surviennent le plus fréquemment lors d'administration prolongée, mais ne sont en aucun cas corrélés à l'addiction.

4.1.6. LES VOIES D'ADMINISTRATION DES ANTALGIQUES

Il existe différentes voies d'administration pour les analgésiques. La voie orale, parentérale (comprend les injections intramusculaires, intraveineuses et sous-cutanées), rectale, transdermique, transmuqueuse, épidurale et rachidienne. Le choix sera guidé par l'état du patient et par l'effet attendu en sachant que chaque méthode comprend des avantages et inconvénients¹⁰².

4.1.7. CONSÉQUENCES D'UNE DOULEUR SOUS-TRAITÉE

Le sous-traitement ou le soulagement inefficace de la douleur n'est pas dénué de conséquences pour l'individu, à court terme ou long terme. Dès son apparition, la douleur va engendrer, sur l'ensemble des systèmes de l'organisme, de nombreuses répercussions dont une augmentation du débit cardiaque, de la pression artérielle et de la consommation d'oxygène¹⁰³, accompagné d'un risque accru d'infarctus du myocarde¹⁰⁴, une diminution de la mobilité physique et une altération du métabolisme augmentant le risque de thrombophlébites, d'escarres et pouvant entraîner une fonte musculaire, une asthénie et un encombrement bronchique¹⁰⁵. L'inhibition réflexe de la fonction gastro-intestinale et du tractus urinaire due à l'hyperactivité du système nerveux sympathique peut provoquer des perturbations gastro-intestinales telles que la constipation. Des difficultés respiratoires, une perte d'appétit, un retentissement psychologique avec de possibles états d'agitation et d'agressivité ainsi qu'une perturbation du rythme nyctéméral¹⁰⁶ peuvent survenir également

¹⁰¹ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p. 77

¹⁰² BRUNNER, SUDDARTH. Par SMELTZER, S., BARE, B. *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. Canada, De Boeck, 4^{ème} édition, volume 1, 2006, 656 pages. p. 306-307

¹⁰³ WROBEL, J. *L'infirmière et la douleur*. Institut UPSA de la douleur. 4^e édition. Paris, 1998. 140 pages. p.93

¹⁰⁴ MATHEY-DORET-BERHOUD, H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires, op. cit., p.37

¹⁰⁵ LE POLAIN B. Conséquences de la douleur postopératoire. 1998. p. 16. In: *Bulletin d'Education du Patient*. La douleur, 1999, Vol. 18, no 3-4. p. 75.

+ WROBEL, J. *L'infirmière et la douleur*, op. cit., p.93-94

¹⁰⁶ « Qui se rapporte à une durée de 24h (un jour et une nuit) ». In : DELAMARE, J. *Dictionnaire Maloine de l'infirmière*. Paris, 5^{ème} édition, Maloine, 2008, 460 pages. p. 267

suite à une douleur non soulagée¹⁰⁷. Une hyperglycémie et une augmentation du métabolisme par activation du système nerveux sympathique peut également apparaître¹⁰⁸. De plus, « après une douleur mal soulagée, la douleur suivante sera majorée par l'anxiété mais aussi plus difficile à traiter »¹⁰⁹.

A plus long terme, s'ajouteront aux manifestations biologiques, psychologiques et comportementales évoquées ci-dessus le phénomène de la douleur-mémoire et le passage vers la chronicité. En effet, une douleur qui se prolonge dans le temps (plus de 24h) ou très intense peut entraîner des modifications neurochimiques et synaptiques durables, voir même irréversibles, sur les mécanismes de transmission de la douleur du système nerveux central, responsables d'un stockage mnésique de la douleur. Cette mise en mémoire physiologique de la douleur est corrélée aux phénomènes de sensibilisation et de chronicisation de la douleur¹¹⁰. La problématique de ces deux phénomènes est qu'ils s'entretiennent l'un et l'autre par l'établissement d'un cercle vicieux : une douleur qui persiste dans le temps pourra entraîner des modifications au niveau neuronal, qui elles-mêmes entretiendront cette douleur initiale¹¹¹. Les phénomènes de sensibilisation couramment rencontrés sont l'hyperalgésie¹¹², fréquemment associée à l'allodynie¹¹³ et l'hyperpathie¹¹⁴.

¹⁰⁷ WROBEL, J. *L'infirmière et la douleur*, op. cit., p. 93-94

¹⁰⁸ MATHEY-DORET-BERHOUD, H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires, op. cit., p.37

¹⁰⁹ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p. 141

¹¹⁰ CHAUFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*, op. cit., p. 24-25

¹¹¹ QUENEAU, P., OSTERMANN, G.. *Le médecin, le malade et la douleur*, op. cit., p.19

¹¹² L'hyperalgésie est « une exagération de la sensibilité à la douleur ». In : DELAMARE, J. (et al.) Dictionnaire illustré des termes de médecine. 29^e édition. Paris : Maloine, 2006. 1048 pages. p.416

¹¹³ L'allodynie est « une douleur ressentie à la suite d'une stimulation non nociceptive ». In : DELAMARE, J. (et al.) Dictionnaire illustré des termes de médecine, op. cit., p.28

¹¹⁴ L'hyperpathie est « un syndrome douloureux caractérisé par une réponse exagérée à un stimulus répétitif et s'étendant au-delà de la zone stimulée ». In : CHAUFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*, op. cit., p. 40

4.2. CONCEPT DU « RÔLE INFIRMIER »

Ce concept nous paraît indispensable pour comprendre le soin que nous explorons et nous permet et apporte des notions propres aux sciences infirmières.

4.2.1. DÉFINITION DES SOINS INFIRMIERS

Nous avons choisi de présenter une définition suisse, celle de l'ASI, qui énonce que : « *Les soins infirmiers s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités ...* »¹¹⁵. Il faut savoir que la douleur est « *le motif le plus fréquent de consultation auprès des professionnels de la santé* » ; elle est un symptôme physiopathologique corrélé à de nombreuses pathologies, examens ou traitements¹¹⁶. La prise en charge de celle-ci fait donc partie intégrante de la mission des soins infirmiers en tant que conséquence des problèmes de santé des patients.

4.2.2. LE RÔLE INFIRMIER DANS LES SOINS

Selon le modèle trifocal de Bizier, l'infirmière a trois domaines d'activités. Ses fonctions respectives à chaque domaine sont la fonction dépendante, interdépendante et autonome¹¹⁷.

Pour le rôle dépendant, aussi dit médico-délégué, l'infirmière exécute des interventions prescrites par un médecin ; c'est ce dernier qui en a la responsabilité¹¹⁸. Dans la prise en charge de la douleur, ce sont principalement les traitements médicamenteux qui font appel à cette fonction.

¹¹⁵ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. Berne : Secrétariat central ASI, 2006. 7 pages. p. 3

¹¹⁶ BRUNNER, SUDDARTH. Par SMELTZER, S., BARE, B. *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*, op. cit., p. 280

¹¹⁷ BIZIER, N. *De la pensée au geste*. Paris, 3ème Ed., Maloine, 1992, 131 pages. p. 42

¹¹⁸ D'après CARPENITO L.J. (1983) In : MARCHAL, A., PSIUK, T. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, Pratiquer, Enseigner et apprendre*. Paris, Editions Seli Arslan SA, 2002, 188 pages. p.21

Le rôle interdépendant se réfère à l'identification d'un problème chez le patient qui devra être traité en collaboration. Les domaines principalement touchés par ce rôle sont la prévention et la surveillance¹¹⁹.

L'anticipation de la douleur induite par les séances de physiothérapie peut se rapporter à ce rôle.

Les interventions infirmières découlant de son rôle autonome ou propre sont toutes celles pour lesquelles elle a les capacités et connaissances pour les entreprendre, les mener à bout de façon autonome. Elle en aura la pleine responsabilité en toute légalité¹²⁰.

Le code de la santé publique en France indique que l'évaluation de la douleur des patients dont l'infirmière a la charge relève de son rôle propre. Elle est donc tenue de le faire sans prescription médicale¹²¹. L'infirmière doit établir un « *recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance (...) dont l'évaluation de la douleur* »¹²².

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière travaille avec une démarche de soins au travers de laquelle elle « *identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* ». C'est également l'infirmière qui est responsable de la tenue du dossier de soins infirmiers¹²³.

La responsabilité infirmière

La responsabilité infirmière est définie par le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière comme une « *obligation faite à l'infirmière de répondre de ses actes (...) elle découle de son habilitation à dispenser des soins infirmiers* »¹²⁴.

¹¹⁹ D'après CARPENITO L. J. (1983) In : MARCHAL, A., PSIUK, T. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, Pratiquer, Enseigner et apprendre*, op. cit., p. 21

¹²⁰ D'après CARPENITO L. J. (1983) In : MARCHAL, A., PSIUK, T. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, Pratiquer, Enseigner et apprendre*, op. cit., p. 21

¹²¹ Légifrance. Le service public de diffusion du droit. Code de la santé publique, article R 4311-5 [en ligne]. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892&dateTexte=&categorieLien=cid> (consultée le 18 août 2010)

¹²² Ibid.

¹²³ Légifrance, le service public de diffusion du droit. *Code de la santé publique* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006913888&idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100830> (consultée le 30 août 2010)

¹²⁴ AMIEC Recherche. *Dictionnaire des SOINS INFIRMIERS et de la profession infirmière*. Paris, Masson, 3^{ème} Edition, 2005, 333 pages. p. 239

Le domaine de responsabilité infirmière, selon le Conseil International des Infirmières (CII), concerne « *la fourniture de soins directs, la supervision d'autres membres du personnel de santé, la direction et l'animation d'équipes ou de groupes, la gestion, l'enseignement, la recherche et l'élaboration de la politique de santé pour les systèmes de soins de santé* »¹²⁵.

4.2.3. LE RÔLE INFIRMIER DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

L'infirmière est en première ligne face à la douleur, c'est elle qui est auprès du patient le plus de temps ; elle a donc un rôle capital dans sa prise en charge. Dans cette prise en soins, le rôle propre infirmier comprend : la capacité de reconnaissance et d'évaluation de la douleur, la mise en place d'actions non-pharmacologiques¹²⁶ visant à soulager la douleur, la surveillance de l'efficacité ainsi que des effets secondaires potentiels des traitements, l'enseignement au patient concernant la douleur et les traitements antalgiques, l'écoute et l'observation des comportements du patient et enfin l'élaboration du suivi dans le dossier de soins (description de la douleur, incidences sur la vie sociale, les activités quotidiennes, etc.)¹²⁷.

4.2.4. LE RÔLE INFIRMIER DANS LA PRISE EN CHARGE COMPRENANT DES PROTOCOLES

Un protocole peut être défini comme la « *description des procédures qu'il est convenu d'appliquer dans certaines situations de soins infirmiers. Elle guide l'exécution des prestations et contribue à leur qualité* »¹²⁸.

Les protocoles de soins, qui sont des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir, sont un des outils recommandés aux institutions dans le but d'optimiser la prise en charge de la douleur, car ils permettent une intervention infirmière immédiate, mettent en place des procédures efficaces et les prescriptions peuvent être personnalisées¹²⁹.

¹²⁵ Conseil International des Infirmières, *Prise de position: Le domaine de pratique des soins infirmiers*, 1998. In : LIEFGEN, M.-F. *Responsabilité infirmière ?!* Dossier. Forum 235. p. 30- 32 [en ligne] Adresse URL : http://www.forum.lu/pdf/artikel/5205_235_Liefgen.pdf (consulté le 1 septembre 2010)

¹²⁶ Les actions non-pharmacologiques comprennent des techniques de relaxation, des massages, des traitements par le chaud et le froid, des techniques de distraction ou d'imagerie mentale ou encore l'hypnose. In : BRUNNER, SUDDARTH. Par SMELTZER, S., BARE, B. *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. Canada, De Boeck, 4^{ème} édition, volume 1, 2006, p. 309-310

¹²⁷ WROBEL, J. L'infirmière et la douleur, op. cit., p 125

¹²⁸ AMIEC Recherche. *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*, op. cit., p. 222

¹²⁹ Légifrance, le service public de diffusion du droit. *Code de la santé publique* Circulaire DHOS/E 2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur dans les établissements de santé. [en ligne] Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-21/a0212062.htm> (consultée le 31 août 2010)

En effet, l'infirmière « *est habilitée à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin (...)* Il est intégré dans le dossier de soins infirmiers »¹³⁰.

4.2.5. LE RÔLE INFIRMIER CONCERNANT LA MÉDICATION ANTALGIQUE

Les soins infirmiers « *contribuent à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs* »¹³¹.

Les traitements antalgiques peuvent être prescrits de différentes manières : 1) à intervalles fixes, 2) *en réserve*, 3) selon le mode *Patient Controlled Analgesia* et 4) analgésie par blocs régionaux et locorégionaux. L'administration des deux premiers types de prescriptions dépend des infirmières au contraire des deux derniers¹³².

En ce qui concerne les traitements de la douleur et ce pour n'importe quel type de prescription, l'infirmière est tenue d'appliquer les prescriptions médicales et d'encourager l'observance, d'évaluer l'efficacité du traitement en cours, de dépister les effets indésirables. Elle a également un rôle dans l'éducation et l'information au patient concernant son traitement¹³³. Pour les prescriptions *en réserve*, l'infirmière a un rôle plus déterminant à jouer que pour les autres, car c'est elle qui détermine le moment de l'administration, choisit l'analgésique (si plus d'une prescription), évalue son efficacité, surveille l'apparition d'éventuels effets secondaires, signale rapidement et adéquatement les changements observés, informe les patients sur l'utilisation des analgésiques¹³⁴.

La société américaine pour la gestion de la douleur¹³⁵ et la société américaine de la douleur¹³⁶ ont établi un consensus en 2004 spécifiquement sur l'utilisation des opioïdes en réserve dans la gestion de la douleur aiguë. Ils recommandent aux infirmières, entre autres, de baser leur

¹³⁰ Légifrance, le service public de diffusion du droit. *Code de la santé publique* [en ligne]. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006913888&idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100830> (consultée le 30 août 2010)

¹³¹ Ibid.

¹³² MATHEY-DORET-BERHOUD, H.. *Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires*, op. cit., p. 29

¹³³ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p. 66-68

¹³⁴ DE ROND M., DE WIT R., VAN DAM F. (et al.). A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics, op. cit., p.25

¹³⁵ Traduction française de « American Society for Pain Management Nursing »

¹³⁶ Traduction française de « American Pain Society »

décision d'administration sur l'intensité de douleur, ses caractéristiques temporelles et la réaction antérieure aux analgésiques. Elle doit aussi vérifier si le dosage et l'intervalle entre les doses est adéquat, s'assurer de l'absence d'allergie du patient, évaluer l'efficacité de l'analgésique et de sa durée et le documenter¹³⁷.

4.2.6. INFLUENCE DES POLITIQUES DE SERVICE SUR LE RÔLE INFIRMIER

En France, une loi régit les institutions concernant la prise en charge de la douleur. C'est la loi de Neuwirth depuis 1995 qui indique que « *Les établissements de santé doivent mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent.* »¹³⁸.

En Suisse, et plus particulièrement en Valais, nous n'avons pas de loi qui régit spécifiquement les institutions. Nous avons donc contacté l'hôpital du Valais pour plus de précisions concernant leur politique hospitalière de prise en charge de la douleur.

Pour ma part, dans le service de chirurgie et médecine générale adulte exploré, aucune politique de prise en charge de la douleur n'est instaurée. Au niveau institutionnel, une politique de prise en charge de la douleur est en construction. A la suite d'un travail important d'une infirmière clinicienne sur la douleur et de l'élaboration d'un "*Guide d'évaluation de la douleur*"¹³⁹, premier document officiel spécialement pour différents services du département de médecine interne du CHCVs, un groupe de travail « *Douleur* » s'est créé. Il comprend une infirmière clinicienne par centre de soins faisant partie de l'hôpital du Valais; celles-ci travaillent dans le but d'élaborer un standard de qualité de prise en charge de la douleur. Un instrument de mesure de la satisfaction est également prévu. Ces documents, encore en construction, sont pour l'instant indisponibles.

¹³⁷ GORDON D. B. [et al.]. Nurses' Opinions on Appropriate of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, n° 3, p. 131-140

¹³⁸ AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*, op. cit., p.26

¹³⁹ VARRIN, Suzanne. *Guide d'évaluation de la douleur*. RSV-GNW, Centre hospitalier du centre du Valais, 2009. 20 pages.

4.3. CONCEPT DE « LA DÉMARCHE DE SOINS »

Nous avons choisi ce dernier concept car il est « *reconnu comme l'un des fondements des soins infirmiers* »¹⁴⁰ et nous servira de trame pour notre grille d'entretiens ainsi que pour l'analyse des données recueillies. Cette démarche est également très connue par les infirmières des services de soins, elle « *existe dans les établissements et les écoles de plusieurs pays* »¹⁴¹ ce qui nous permettra, à moi chercheuse et à elles professionnelles, de nous référer à un vocabulaire commun.

Une prescription médicale *en réserve* demande à l'infirmière, comme tout autre soin, de faire preuve de jugement et de raisonnement. Il lui appartient ici de prendre la décision de donner un médicament si elle estime que le patient en a besoin.

Au niveau de la pratique soignante, la prise de décision peut faire appel au processus d'analyse de situation et de résolution de problème. Celui-ci se base sur les diagnostics infirmiers et s'effectue au moyen de la DSI qui est elle-même une démarche de résolution de problèmes. Elle se définit comme « *une méthode efficace d'organisation de la pensée dans la prise de décisions cliniques, la résolution de problèmes et la prestation de soins individualisés de qualité* »¹⁴².

La DSI fait entièrement appel au rôle propre infirmier découlant de son jugement et de ses connaissances personnelles¹⁴³. Elle est guidée par une théorie de soins qui détermine l'organisation du recueil des données¹⁴⁴. De nombreux concepts peuvent être utilisés par les soins infirmiers, « *la démarche de soins représente le moyens d'appliquer des concepts dans la pratique* »¹⁴⁵. A l'hôpital du Valais, la DSI s'inspire des théories de soins de Virginia Henderson et de Dorothy Orem.

Dans ce travail, nous ne développerons pas l'une ou l'autre des théories de soin car nous trouvons que ce qui est pertinent pour notre sujet sont les cinq étapes clé nous permettant de suivre et comprendre la démarche infirmière.

¹⁴⁰ PHANEUF, M. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*. Paris : Masson, 1998. 295 pages. p. 56

¹⁴¹ Ibid, p. 56

¹⁴² DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Paris : Maloine, 1995. 240 pages. p.2

¹⁴³ PHANEUF, M. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, op.cit., p.63

¹⁴⁴ LE NEURES, C., SIEBERT, C. *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers*. Paris : Masson, 2009. 110 pages.

¹⁴⁵ RUBENFELD, M. G., SCHEFFER, B. K. *Raisonnement critique en soins infirmiers, guide d'apprentissage*. Paris ; Bruxelles : De Boeck Université : 1999. 464 pages. (Savoirs et Santé) p. 54-55

Les cinq étapes de la DSI

La collecte des données, première étape de la DSI, aussi dite « *anamnèse infirmière* » correspond à toutes les informations que la soignante recueille sur le patient dans le but d'évaluer la satisfaction de ses besoins et de mettre en œuvre par la suite des interventions adaptées¹⁴⁶. Pour notre étude, l'anamnèse portera sur tous les éléments en rapport avec la douleur, notamment l'évaluation quantitative et qualitative à travers les différents moyens cités précédemment.

Puis, vient la formulation des diagnostics infirmiers, auquel l'infirmière aboutit après l'analyse et l'interprétation des données. C'est l'« *énoncé d'un jugement clinique sur les réactions d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité à des problèmes de santé présents ou potentiels, ou à des processus de vie* »¹⁴⁷. Celui-ci sera déterminant des interventions infirmières postérieures¹⁴⁸. Deux diagnostics directement en lien avec la douleur sont répertoriés par l'Association Nord Américaine du Diagnostic Infirmier (ANADI)¹⁴⁹ : « *Douleur aiguë* » et « *Douleur chronique* »¹⁵⁰.

La planification des soins est la troisième étape de cette démarche. Sa première partie comprend la formulation d'objectifs de soins¹⁵¹. Ceux-ci sont personnels à chaque patient ; et peuvent comprendre en matière de douleur aiguë un soulagement partiel ou total de la douleur, le suivi d'un traitement médicamenteux, la connaissance des méthodes de soulagement de la douleur, l'utilisation de techniques de relaxation et la participation à des activités de loisirs appropriées¹⁵². La seconde partie de cette étape consiste à déterminer les interventions à réaliser par l'infirmière ou le patient lui-même afin d'atteindre l'objectif posé¹⁵³.

L'exécution du plan de soins réalisé précédemment représente la quatrième étape. Elle vise l'atteinte des objectifs de soins¹⁵⁴. Diverses interventions peuvent être proposées par les infirmières, découlement tant du rôle propre que médico-délégué ou interdépendant.

La dernière étape consiste à évaluer les résultats, l'atteinte des objectifs et l'efficacité des actions entreprises ; elle permet de proposer des réajustements afin d'offrir en permanence des soins de qualité¹⁵⁵.

¹⁴⁶ RUBENFELD, M. G., SCHEFFER, B. K. *Raisonnement critique en soins infirmiers, guide d'apprentissage*, op. cit., p. 76

¹⁴⁷ DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Diagnostics infirmiers. Interventions et bases rationnelles*. 7^{ème} édition. Canada : De Boeck, 2001. 1280 pages. p. 9

¹⁴⁸ PHANEUF, M. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, op. cit., p. 132

¹⁴⁹ Lire Association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier

¹⁵⁰ DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Diagnostics Infirmiers. Interventions et bases rationnelles*, op.cit. p. 56

¹⁵¹ PHANEUF, M. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, op. cit., p. 186

¹⁵² DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Diagnostics infirmiers. Interventions et bases rationnelles*, op. cit., p. 364

¹⁵³ PHANEUF, M. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, op. cit., p. 198

¹⁵⁴ PHANEUF, M. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, op. cit., p. 222

¹⁵⁵ PHANEUF, M. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*, op. cit., p. 242

5. MÉTHODE¹⁵⁶

5.1. TYPE DE RECHERCHE

D'un point de vue méthodologique, cette étude s'inscrit dans une démarche qualitative¹⁵⁷ et suit le paradigme naturaliste¹⁵⁸. En effet, la démarche clinique infirmière en lien avec l'utilisation des antalgiques prescrits en réserve suppose des bases de réflexion très variées et propres à chaque soignant. La subjectivité et les valeurs de chaque participant(te) à cette étude sont prises en compte. Les expériences, les perceptions et les opinions de chacun d'entre eux (elles) sont essentielles pour répondre à ma question de recherche. Le devis de recherche choisi étant souple, il m'est possible en tout temps de l'adapter au contexte d'étude et aux expériences que les professionnelles me rapporteront.

Dans ma démarche, je recueille des données de type qualitatives, narratives et subjectives. Celles-ci pourront alors être creusées et étoffées de par ma présence sur le terrain pour la récolte de données.

Les résultats de la présente recherche se rapporteront à un corpus d'informations recueillies auprès des professionnelles ayant une expérience dans le domaine de l'administration de médicaments antalgiques prescrits en réserve pour le soulagement de la douleur aiguë chez un patient adulte.

Le but de mon étude est de décrire, comprendre et expliquer un-phénomène bien précis de la pratique soignante. Je souhaite explorer la démarche clinique infirmière quant à la prise de décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve pour le soulagement d'une douleur aiguë chez un patient adulte. Je souhaite en cela identifier les éléments prises en compte pour la réalisation de cet acte infirmier. Je tiens à préciser que mon objectif n'est pas de déterminer si la réalité énoncée par les professionnels interrogés est vraie ou pas. Il ne s'agit en aucun cas de faire ressortir une bonne ou une mauvaise pratique de soins, mais simplement d'être dans une optique de compréhension d'un phénomène.

¹⁵⁶ LOISELLE C. G., PROFETTO- Mc GRATH J. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. Canada, ERPI Editions, 2007. 591 pages.

¹⁵⁷ « La recherche qualitative est l'analyse d'un phénomène d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple. » LOISELLE C. G., PROFETTO- Mc GRATH J. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*, op. cit., p.17

¹⁵⁸ « Paradigme qui diffère du paradigme positiviste traditionnel et postule l'existence de multiples interprétations de la réalité ; la recherche vis à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre » LOISELLE C. G., PROFETTO- Mc GRATH J. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*, op. cit., p.16

Ma collègue, quant à elle, identifie les mêmes éléments mais dans un contexte pédiatrique.

Nous ne souhaitons toutefois pas faire de comparaison entre nos services, mais uniquement dégager des tendances quant aux pratiques.

5.2. TERRAIN EXPLORÉ

Comme cité précédemment, j'ai choisi de mener ma recherche auprès d'infirmières d'un service de chirurgie et médecine général adulte, tandis que ma collègue réalise sa recherche auprès d'un service de pédiatrie. Ces deux services choisis font partie de l'hôpital du Valais. Nous avons choisi d'explorer deux populations différentes pour plusieurs motifs. Nous nous posons la question de savoir si les caractéristiques propres au patient, notamment en lien avec le fait que celui-ci soit un enfant ou un adulte, peuvent influencer la gestion de la douleur au moyen de la médication de réserve.

Nous aimerions également découvrir, en lien avec nos hypothèses de recherche, si la politique de service en matière de prise en charge de la douleur influe sur la démarche clinique infirmière et la prise de décision lors de l'administration de médicaments prescrits en réserve. Sachant qu'en pédiatrie, la politique de service vise la « *Douleur zéro* », alors que dans le service de chirurgie et médecine général adulte, aucune politique de prise en charge de la douleur n'est instaurée. A partir de ces données, nous avons jugé pertinent d'explorer l'impact de ce facteur sur la gestion de la douleur au sein de ces deux services.

Le fait que les deux services traitent de cas de chirurgie et de médecine a également été un des critères de sélection car les types de médication antalgique et de douleurs rencontrées (douleurs aiguës, douleurs post-opératoires, etc.) sont ainsi plus susceptibles d'être mise en parallèle dans les deux services.

5.3. OUTILS D'INVESTIGATION

Pour récolter les données, j'ai choisi de procéder au moyen d'entretiens semi-directifs¹⁵⁹.

Cela m'offre la possibilité d'interagir avec les participantes, d'approfondir certains sujets en fonction des données recueillies. Je peux également adapter les questions au cas par cas ainsi qu'à mes besoins. De plus, cela me permet d'apporter des explications en cas d'interrogations ou d'incompréhensions de la part des participantes sur les questions posées, ce que je n'aurais pu obtenir par le biais de questionnaires écrits, par exemple. Les entretiens semi-directifs comportent aussi des limites. Ils peuvent engendrer une certaine réticence à aborder certains sujets de la part des participants. Le phénomène de « *désirabilité sociale* » peut également survenir, c'est-à-dire que le participant peut être tenté de dire ce que le chercheur aimerait entendre ou ce qui est préconisé en théorie plutôt que de présenter sa propre réalité. Les réponses obtenues peuvent ne pas être conformes aux comportements en pratique. L'enregistrement des entretiens peut aussi induire une réserve à participer et/ou à s'exprimer.

De plus, les questions de relances peuvent considérablement influencer les réponses obtenues et introduire ainsi des biais dans la recherche.

Afin de définir une liste de thèmes à aborder et pour réaliser nos entretiens, ma collègue et moi nous sommes basées sur les éléments clés de notre question de recherche, de nos hypothèses ainsi que sur notre cadre de référence.

Nous avons réalisé une grille d'entretien¹⁶⁰ comprenant 8 questions générales avec pour chacune d'entre-elles plusieurs questions subséquentes plus ciblées, permettant les relances, ainsi qu'une question ouverte portant sur la globalité du thème.

En première partie de notre questionnaire, les questions sont associées aux cinq étapes de la démarche de soins infirmière, avec pour axes principaux la douleur, l'évaluation et la prise de décision. Pour la seconde partie, les questions ont trait aux éléments du rôle infirmier ainsi qu'aux éléments relatifs à la politique de service en matière de gestion de la douleur.

L'élaboration de cette grille me sert de guide pour aborder le sujet selon des lignes directrices préalablement définies, tout en laissant tout de même une certaine liberté pour la directivité des entretiens.

¹⁵⁹ « Entrevue dans laquelle le chercheur s'est muni d'une liste de sujets à aborder plutôt que de questions précises à poser. » LOISELLE C. G., PROFETTO MC GRATH J. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches qualitatives et quantitatives*, op. cit., p. 297

¹⁶⁰ Vous trouverez la grille d'entretiens semi-directifs à l'Annexe A, p. I-VI

5.4. ÉCHANTILLONNAGE

Afin de sélectionner les participants(tes) à mon étude, mon échantillon s'est basé sur un choix raisonné au moyen d'un échantillonnage cumulatif¹⁶¹. Il s'agit d'une méthode non probabiliste. En effet, je n'ai pas choisi mes participants(tes) de manière aléatoire. J'ai contacté la responsable du service de médecine et chirurgie général où je désirais mener ma recherche afin d'obtenir sa collaboration pour mon travail. Je l'avais déjà rencontrée et informée de mon projet de recherche quelques mois auparavant lors d'un entretien exploratoire. Elle m'a immédiatement donné son accord et m'a rapidement informée de participantes potentielles susceptibles de convenir pour ma recherche au sein de son service.

Critères de sélection des participants(tes) :

- Travailler dans un service de chirurgie et médecine générale adulte
- Comprendre et parler le français¹⁶²
- Lire et comprendre l'information écrite relative à la recherche
- Signer le formulaire de consentement libre et éclairé pour la participation à la recherche

Les critères d'inclusion sont passablement restreints, de plus ma collègue et moi n'avons pas souhaité poser de critères d'exclusion, ceci pour la raison suivante : nous pensons qu'un échantillon hétérogène nous permettra de faire ressortir, lors de l'analyse des résultats, des dimensions supplémentaires susceptibles d'influencer la démarche clinique infirmière et la prise de décision quant à l'utilisation des réserves d'antalgiques. En effet, comme expliqué dans notre problématique, de nombreux facteurs personnels et professionnels peuvent déterminer le rapport des individus à la douleur. Ceux-ci étant passablement nombreux et diversifiés, il nous est paru inadéquat de faire le choix d'en sélectionner certains d'entre eux. Nous n'aurions alors pas pu justifier le choix ou l'exclusion d'un tel ou d'un tel, car tous peuvent avoir une influence comparable. Nous avons donc choisi de découvrir ultérieurement si éventuellement des éléments propres aux participantes (nombre d'années d'expérience comme infirmière, formation continue en antalgie, âge, etc.) influaient sur leur pratique. Ces éléments seront pris en compte lors de l'analyse des données.

¹⁶¹ LOISELLE C. G., PROFETTO MC GRATH J. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches qualitatives et quantitatives*. Échantillonnage cumulatif, op. cit., p. 276

¹⁶² Ce critère d'inclusion est posé afin qu'il n'y ait pas d'interprétation possible des informations données et des données recueillies.

L'échantillon de cette recherche comprend donc 8 soignantes, toutes infirmières, ayant effectué leur formation en Suisse, en France ainsi qu'au Portugal¹⁶³.

5.5. DESCRIPTIF DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES:

Avant de débiter la réalisation de mes entretiens j'ai dû, dans un premier temps, présenter un document expliquant brièvement mon thème de mémoire à la directrice des soins de l'hôpital du Valais afin de pouvoir entreprendre ma recherche sur le terrain.

Après avoir obtenu son aval, j'ai également informé la responsable du département de médecine, auquel est rattaché le service de médecine et chirurgie général où je désire mener ma recherche. Celle-ci m'a donné son consentement pour contacter l'ICUS¹⁶⁴ du service.

Dans un troisième temps, l'ICUS m'a transmis les noms ainsi que les plans de travail de 8 infirmières qui s'étaient portées volontaires pour participer à ma recherche. J'ai alors envoyé la lettre d'information pour la participation à la recherche¹⁶⁵ aux infirmières intéressées et je les ai toutes contactées par téléphone afin de convenir d'une date pour l'entretien.

Tous les entretiens ont été effectués sur un laps de temps de 3 semaines dans le courant du mois de décembre 2010. Ils se sont déroulés sur le lieu de travail des participantes et durant leur temps de travail. Chacun a été réalisé dans une pièce calme, un peu à l'écart du service. Aucun entretien n'a dû être interrompu.

Avant de débiter les enregistrements, j'ai brièvement réexpliqué les points clés de ma recherche également énoncés dans la lettre d'information fournie antérieurement et j'ai donné la possibilité aux participantes de poser des questions au besoin. Chacune a signé le formulaire de consentement pour la participation à la recherche¹⁶⁶.

La durée des entretiens a été de 35 minutes à 1h15.

¹⁶³ Les données socio-démographiques des participantes se trouvent à l'Annexe D, p. XI

¹⁶⁴ Lire infirmière cheffe d'unité de soins

¹⁶⁵ La lettre d'information pour la participation à la recherche se trouve en Annexe B, p. VII-VIII

¹⁶⁶ La lettre de consentement éclairé se trouve en Annexe C, p. IX-X

5.5.1. RÉALISATION DU PRÉ-TEST

Afin de vérifier la pertinence et la validité de la grille d'entretien ainsi que la compréhension de mon questionnaire, j'ai effectué un pré-test auprès d'une infirmière représentative de la population étudiée. Celle-ci travaille au sein du service choisi pour ma recherche. Le pré-test s'est révélé concluant et je n'ai dû apporter que quelques petites précisions dans la formulation de mes questions. La participante m'en a également donné une appréciation positive. Je l'ai donc intégrée dans le groupe cible et me suis servie de ses données pour l'analyse.

5.6. RESPECT DES PRINCIPES ÉTHIQUES

J'estime avoir respecté les principes éthiques et déontologiques liés à la recherche dans ce travail. Voici les principes ayant guidés ma recherche ¹⁶⁷ :

Autonomie

Les participantes à ma recherche ont été sélectionnées sur le mode de la participation volontaire, sans contrainte ; le droit de disposer de soi-même et le droit à l'autodétermination sont ainsi respectés. Les professionnelles ont eu en tout temps la possibilité de poser des questions, de renoncer ou de se retirer de la recherche.

Véracité

Avant de procéder au recueil de données, j'ai réalisé et transmis à chacune des participantes quelques jours avant les entretiens une lettre d'informations comprenant la nature de l'étude, les buts recherchés, les moyens utilisés, la liberté de participation et de renonciation en tout temps. Je vise, par cette démarche, obtenir une participation basée sur le consentement éclairé¹⁶⁸ des infirmières interrogées. Un formulaire de consentement éclairé confirmant l'acceptation des conditions de l'étude a été signé par chaque participante avant de procéder aux entretiens.

¹⁶⁷ Les actions mises en évidence ci-dessous sont conformes aux principes éthiques énoncés par l'ASI dans la brochure intitulée « Les infirmières et la recherche : principes éthiques. Association suisse des infirmières et infirmiers. Berne, 2002 »

¹⁶⁸ "Principe de déontologie qui exige des chercheurs qu'ils obtiennent la participation volontaire des sujets après les avoir informés sur les risques et avantages éventuels." LOISELLE C. G., Mc GRATH J. Méthodes de recherche en sciences infirmières, op. cit., p. 94

Confidentialité

J'assure l'anonymat et la confidentialité des renseignements fournis par les participantes. Les données obtenues ne seront pas divulguées ni communiquées à des tiers. Elles seront traitées uniquement dans le cadre de mon étude et en aucune façon il ne sera possible d'identifier les personnes qui ont fourni les informations.

Fidélité

Les données recueillies ont été intégralement retranscrites pour conserver le sens et l'exactitude des propos. Les enregistrements des entretiens seront détruits au plus tard six mois¹⁶⁹ après la soutenance du Travail de Bachelor, à savoir au plus tard en décembre 2012.

5.7. LIMITES DE LA RECHERCHE

Ce travail comporte des limites qu'il convient d'énoncer. Concernant le contexte, les participantes à cette étude proviennent toutes d'un même service, l'échantillon n'est donc pas représentatif de la population infirmière générale. Quant à la thématique, cette recherche empirique vise à explorer la démarche clinique infirmière en se centrant spécifiquement sur la pratique de l'administration d'antalgiques prescrits « en réserve » pour le soulagement de la douleur, plus précisément de la douleur aiguë. Elle intéresse également uniquement une population de patients adultes, hospitalisés dans un service de Médecine et Chirurgie générale.

¹⁶⁹ Temps nécessaire pour effectuer d'éventuelles remédiations en cas de Travail de Bachelor insuffisant.

6. ANALYSE

Dans ce chapitre, je vais procéder à l'analyse des données récoltées au cours de mes 8 entretiens. Les éléments significatifs mis en évidence me permettront de répondre à ma question centrale de recherche et à mes objectifs de recherche ainsi que d'affirmer ou infirmer mes hypothèses.

6.1. TECHNIQUE ET ÉTAPES DU PROCESSUS D'ANALYSE

Avant de débiter mon analyse, j'ai procédé à la classification des données recueillies. Pour ce faire, j'ai retranscrits fidèlement et intégralement les propos des participantes à partir des bandes d'enregistrement. Dans un but de compréhension et afin de synthétiser les données, j'ai ensuite procédé à plusieurs relectures de chaque entrevue et j'en ai ressorti pour chacune les points principaux et les termes clés en lien avec les objectifs et hypothèses de ma recherche. Suite à cela, ma collègue et moi avons élaboré un tableau d'analyse en reprenant également les éléments de notre grille d'entretien :

Thème 1
<p>Démarche de soins lors de l'administration d'un antalgique en réserve</p> <p><u>Objectif</u> : Décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières pour déterminer de l'administration ou non d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i>.</p>
Sous-thèmes
<ul style="list-style-type: none"> - Recueil de données - Evaluation de la douleur - Diagnostics infirmiers - Objectifs de soins - Administration de l'antalgique en réserve et facteurs pouvant l'influencer - Evaluation des interventions réalisées
Thème 2
<p>Le rôle propre infirmier lors de l'administration d'antalgique en réserve</p> <p><u>Objectif</u> : Identifier la perception des infirmières de l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes.</p>
Sous-thèmes
<ul style="list-style-type: none"> - Perception de l'importance du rôle propre infirmier dans l'administration d'antalgique en réserve - Responsabilité infirmière engagée
Thème 3
<p>Politique de service et/ou institutionnelle en matière de gestion de la douleur</p> <p><u>Objectif</u> : Distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant l'administration d'un antalgique prescrit en réserve.</p>
Sous-thèmes
<ul style="list-style-type: none"> - Eléments de la politique de service facilitant ou entravant l'administration d'antalgique en réserve - Influence possible de l'introduction d'un protocole pour l'utilisation de l'EVA/EN

J'ai ensuite procédé à une analyse descriptive en mettant en évidence, question par question, les éléments qui ressortaient fréquemment dans les propos des participantes ainsi que les variations. J'ai pu ainsi faire émerger les idées générales communes et récurrentes ainsi que les points divergents du contenu pour chaque thème.

Dans un troisième temps, j'ai tenté de cerner les concepts sous-jacents à ces thèmes et je les ai mis en lien avec les éléments de mon cadre de référence. Finalement, je me positionnerai.

L'analyse est également traitée en parallèle à la problématique, aux objectifs et hypothèses de recherche ainsi qu'à la question centrale de recherche afin de maintenir une cohérence dans l'ensemble du mémoire.

Thème 1 :

Démarche de soins lors de l'administration d'un antalgique en réserve

Hypothèse : les éléments que prennent en compte les infirmières pour décider d'administrer ou non un antalgique prescrit en réserve sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle.

Objectif : décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières pour déterminer de l'administration ou non d'un antalgique prescrit en réserve.

Les premières questions ne me servent pas à répondre directement à mon premier objectif de recherche, mais elles me permettent de comprendre le contexte dans lequel s'établit le jugement clinique infirmier pour prendre la décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve.

Recueil de données - Evaluation de la douleur

⇒ **Quels éléments prenez-vous en compte dans votre recueil de données auprès d'un adulte qui a une prescription d'antalgiques en réserve ?**

Pour le recueil des données, la majorité des infirmières disent interroger les patients sur leur douleur surtout le matin lorsqu'elles les prennent en charge, puis les évaluations sont généralement associées aux contrôles des paramètres vitaux lors des tournées prévues d'office à 14h, 16h et 20h. En dehors de ça, elles disent compter beaucoup sur les patients pour leur signaler eux-mêmes lorsqu'ils ont mal.

Deux d'entre elles disent investiguer moins systématiquement la douleur chez les patients qui n'ont, selon elles, pas de raisons « cliniques » d'avoir des douleurs, de même que chez les patients indépendants, « *parce qu'on se dit que le patient est capable de nous dire s'il a mal* » rapporte l'une d'elle.

En revanche, une plus grande attention est portée aux patients ayant une pathologie lourde ou ayant subi une intervention chirurgicale à connotation douloureuse. Une autre infirmière

témoigne dans ce sens : « *par les connaissances de sa pathologie, je sais qu'il « doit » avoir mal normalement* » dit-elle.

Le diagnostic médical du patient ainsi que le type d'intervention semble donc avoir un impact sur l'attention qui sera portée à la douleur du patient dès le départ.

Une seule infirmière dit ne jamais évaluer verbalement la douleur auprès de ses patients : « *j'observe, je ne pose pas la question* » dit-elle.

Concernant les moyens d'évaluation de la douleur, je constate que pour toutes les infirmières interrogées, l'observation clinique du patient prime.

En effet, celles-ci se basent beaucoup sur des indicateurs objectivables de douleur. Les éléments suivants ont été évoqués : le faciès du patient « *marqué, fermé, grimaçant, fronce le front, lèvres pincées, regard plus ou moins fixe, visage tout rouge ou pâle* », la mobilisation « *ne peut pas se déplacer, est crispé, tendu* » ainsi que le comportement « *recroquevillé, pas envie de parler* ».

Les éléments pris en compte dans le recueil de données par les professionnelles interrogées portent donc principalement sur les composantes comportementale et sensori-discriminative de la douleur.

Si je me réfère aux éléments relatifs à la démarche d'évaluation développés dans le cadre de référence, il est indiqué que l'évaluation de la composante comportementale de la douleur, soit les signes et expressions rendant la douleur « visible », prédomine souvent dans l'évaluation. Cela concorde donc tout à fait avec la pratique des professionnelles interrogées.

Je remarque que les éléments relevés se rapportant à cette composante portent davantage sur des signes conséquents à une réponse physique (signes cliniques) à la douleur, qu'à une réponse physiologique (signes paracliniques). En effet, aucune participante n'a évoqué de signes paracliniques pouvant également être révélateurs de douleur tels que l'agitation psychomotrice, l'augmentation de la fréquence cardiaque ou respiratoire au-dessus de 20% de la valeur normale, l'élévation de la tension artérielle, les sudations ou la dilatation des pupilles.¹⁷⁰ Aucune n'a mentionné d'échelle d'hétéroévaluation.

Toutefois, elles ne procèdent pas uniquement par hétéroévaluation pour détecter une douleur. Toutes accordent également une grande importance à l'autoévaluation de la douleur par le patient lui-même. Ces deux types de démarche semblent se faire de manière combinée. Selon les propos rapportés, les questions posées au patient sur sa douleur sont

¹⁷⁰ Réseau douleur, Hôpitaux Universitaires de Genève, *Le bon antalgique au bon moment (adultes) – Recommandations* [en ligne] Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/library/pdf/bon_antalgique.pdf (consulté le 04 mai 2011)

axées principalement sur le type de douleur, la localisation ainsi que le moment d'apparition de la douleur. Les infirmières disent également demander beaucoup au patient de décrire sa douleur au moyen d'adjectifs (douleur faible, modérée, intense, etc.). Les éléments recherchés ici se rapportent à la composante sensori-discriminative de la douleur développée dans mon cadre de référence.

Selon les propos rapportés, l'intensité de la douleur en terme numérique est rarement évaluée. En effet, toutes les infirmières m'ont cité spontanément l'EVA ou l'EN comme moyen d'évaluation de la douleur, mais seule deux d'entre-elles l'utilisent vraiment dans la pratique. Toutefois, elles ne l'utilisent pas de manière systématique : *« si c'est un patient qui arrive qu'on ne connaît pas encore bien, pour une première évaluation j'aurais tendance à chiffrer, mais après, avec la connaissance du patient moins »* témoigne la première, *« quand c'est quelqu'un qui a déjà pas mal de douleurs (...) qui a des antalgiques et puis qui vient spécifiquement un peu pour des douleurs là j'utilise plus (...). Mais c'est vrai que si c'est quelqu'un qui a tout d'un coup une douleur alors que jusqu'à lors il n'en avait pas je n'utilise pas forcément tout de suite (l'EVA) »* note la seconde.

Pour la première, l'EVA et l'EN sont des outils aidant pour la prise en charge de la douleur. Elle cite : *« comme on utilise toutes la même (échelle) c'est plus facile après de voir où en est chacune, si on dit qu'il a eu 4 et ben tout le monde sait ce que ça signifie 4 sur 10 quoi (...) c'est un peu une valeur universelle »*.

Pour toutes les autres participantes, ces échelles d'évaluation sont jugées trop subjectives et aléatoires. Une infirmière relève : *« quand on dit à un patient entre 1 et 10 lui il ne va pas savoir vraiment ce que 2,3,4 signifie »*, une autre ajoute : *« pour un patient une douleur vraiment forte peut être évaluée à 4 et pour un autre patient il va l'évaluer à 9... »*. Une autre participante atteste *« moi je ne l'utilise pas parce que je n'arrive pas à m'en sortir (...) y a des patients qui trouvent qu'ils ont énormément mal et qui vont te mettre 1 sur l'échelle de la douleur alors je trouve que c'est pas très juste »*, *« souvent les patients regardent (...) ils se basent après sur ce qu'il faut dire ou pas dire »* rapporte la suivante.

Comme il est explicité dans le texte des recommandations de l'ANAES¹⁷¹, les chiffres obtenus à partir des échelles d'intensité ont effectivement une valeur descriptive pour un individu donné mais ne permettent en aucun cas de faire des comparaisons interindividuelles. Cependant, l'utilisation d'un outil standardisé pour l'évaluation de la douleur, tel que l'EVA/EN, a également pour but de dépister, quantifier et suivre l'évolution

¹⁷¹ SERRIE, A., THUREL, C. La douleur en pratique quotidienne, diagnostic et traitements - Texte des recommandations ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Edition Arnette, 2002, 655 pages.

de la douleur du patient et permet d'apprécier l'efficacité du traitement entrepris. Cela permet également d'obtenir des évaluations fiables et facilement reproductibles¹⁷².

De plus, toutes me rapportent que lorsqu'un chiffre est obtenu avec l'EVA ou l'EN lors d'une évaluation, celui-ci n'est que très rarement utilisé dans les transmissions infirmières orales ou écrites.

Une infirmière affirme « *on a tendance à faire beaucoup de commentaires avec des adjectifs par rapport à la douleur des gens, on va qualifier la douleur mais on va rarement entre nous se donner un numéro* ». Une deuxième ajoute « *on dit : à la tournée de 14h il avait mal (...) mais on va pas dire il avait 4 sur 10* », « *Moi j'suis pas sûre que ça nous aide (...) on a l'impression que ce chiffre signifie pas grand-chose finalement. (...) j'ai un peu l'impression que c'est un chiffre comme ça et ce n'est pas forcément la chose auquel je vais prêter le plus d'attention* » témoigne une autre. « *ça reste en arrière (...) on utilise très peu* », « *Ce n'est pas une routine* » souligne une dernière.

Cela a également été relevé dans une étude réalisée en 2008 sur la prise en charge de la douleur dans un service de réanimation. Il est mentionné que « les échelles cliniques de mesures de la douleur sont les seuls outils pour évaluer l'intensité de la douleur, mais leur utilisation est actuellement insuffisante »¹⁷³.

Les composantes cognitives et affectives, également développées dans le cadre de référence, ne sont, quant à elles, pas ressorties dans les propos récoltés. Comme relevé dans le cadre de référence, il est cependant préconisé de prendre en compte ces quatre composantes de la douleur afin de parvenir à une compréhension globale de la douleur, de son mécanisme physiopathologique, de son retentissement sur le patient, et cela afin de pouvoir mettre en place une antalgie efficace¹⁷⁴.

¹⁷² Guide d'orientation : Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé – *Fiches de recommandations générales concernant la prise en charge de la douleur, Fiche 4 : La transmission d'informations*. Paris : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, 2002, 33pages. p.25

¹⁷³ PAYEN, J.F., CHANQUES, G. Prise en charge de la douleur. Textes des experts. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, op. cit., p. 633

¹⁷⁴ AVET (et al.). Douleurs, compétences et rôle infirmiers, op. cit., p.47

Diagnostics infirmiers

⇒ **Si vous travaillez avec la méthode des diagnostics infirmiers, lesquels proposez-vous dans votre prise en soins des patients douloureux ?**

Les diagnostics infirmiers sont encore peu utilisés au sein du service où j'effectue ma recherche et ils ne sont pas vraiment perçus par les infirmières comme une aide pour la gestion de la douleur à l'heure actuelle.

Les raisons évoquées sont d'une part qu'ils ont été instaurés depuis seulement une année dans leur service et les infirmières disent ne pas se sentir encore à l'aise avec cela. Une d'entre-elles dit « *je ne les utilise pas (...) parce que moi je n'ai jamais travaillé avec ça et que pour moi c'est compliqué donc je perds du temps. Je ne suis pas habile à faire les diagnostics infirmiers(...) je n'ai pas la formulation qui est bonne* »

D'autre part, elles perçoivent peu l'impact de l'application des diagnostics infirmiers sur leur pratique quotidienne des soins. Une infirmière m'indique qu'elle ne voit pas réellement d'avantages pour la gestion de la douleur « *parce qu'avant ce n'était pas verbalisé mais c'était pris en compte quand même* ». Une autre ajoute « *le problème c'est que l'outil informatique qu'on emploie à l'heure actuelle il a beaucoup de double emploi et (...) la partie diagnostics infirmiers c'est très théorique pour nous parce qu'on a encore beaucoup de choses à côtés dans d'autres parties du dossier informatique et du coup (...) on ne s'en sert pas pour faire les transmissions. (...) vu qu'on est en phase intermédiaire finalement on le fait pour le faire et pour se former mais ça nous sert par encore dans la pratique réelle* ».

Le diagnostic proposé pour la douleur par les infirmières interrogées est "douleur aiguë" ou "douleur chronique". Aucune ne m'a donné un exemple de formulation complète.

Je constate que la réflexion infirmière pour la prise en charge de la douleur demeure prioritairement au travers des plans de soins et des transmissions infirmières écrites ou orales.

Malgré cela, toutes semblent penser qu'avec le temps l'utilisation des diagnostics infirmiers deviendra une manière avantageuse d'exprimer les transmissions sur un patient de façon ciblée et que ce sera bénéfique pour la pratique.

Cette faible utilisation des diagnostics ne serait pas due à un manque de pertinence pour la gestion de la douleur ni à un manque d'intérêt des soignants, mais davantage liée à un défaut d'habitude dans leur mise en pratique.

Devant un tel résultat, je me suis intéressée aux éléments qui pourraient expliquer cette faible utilisation des diagnostics infirmiers, malgré la promotion de l'utilisation des transmissions ciblées présente actuellement dans les milieux de soins. L'auteur Juall Carpenito L., dans son ouvrage portant sur les applications cliniques des diagnostics infirmiers¹⁷⁵, évoque certains éléments qui pourraient expliquer ce constat : « *les infirmières ont toujours associé le mot diagnostic à la profession médicale (...). De plus, on a toujours enseigné aux infirmières à éviter de noter au dossier des opinions tranchées ou des certitudes et on leur a fortement recommandé d'utiliser de préférence des expressions comme « semble » ou « paraît »*¹⁷⁶. En fait, on les a habituées à ne pas formuler de diagnostic » Or, par définition, « le diagnostic est l'analyse attentive et critique d'une chose afin d'en déterminer la nature ». De plus il est écrit que « la liste des diagnostics infirmiers approuvés par l'ANADI a, elle aussi, été la cible de plusieurs critiques. Certaines infirmières jugent que la liste est trop élaborée ou trop restreinte et que certains diagnostics sont trop médicaux, trop abstraits ou mal connus »¹⁷⁷.

Selon les recommandations de prise en charge de la douleur de l'ANAES, les transmissions ciblées sont à privilégier pour la transmission d'informations sur la douleur. En effet ce principe « évite les interprétations et incite les professionnels à argumenter la douleur à partir du ressenti de la personne malade et des observations faites »¹⁷⁸.

¹⁷⁵ JUALL CARPENITO, L., adaptation française LEFEBRE, M. Applications cliniques, Diagnostics infirmiers, 5^e édition. Paris : Masson.1995, 1178 pages.

¹⁷⁶ JUALL CARPENITO, L., adaptation française LEFEBRE, M. Applications cliniques, Diagnostics infirmiers, op. cit., p.7

¹⁷⁷ Ibid, p. 7

¹⁷⁸ Guide d'orientation : Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé – *Fiches de recommandations générales concernant la prise en charge de la douleur, Fiche 4 : La transmission d'informations*, op. cit. p. 31

Objectifs de soins

⇒ Quels est votre objectif de soins chez un patient douloureux ?

Toutes les participantes ont évoqué à l'unanimité le soulagement de la douleur comme objectif de soins pour la gestion de la douleur au moyen de l'antalgie de réserve.

Administration de l'antalgique en réserve et facteurs pouvant l'influencer

⇒ A quel moment décidez-vous de donner un antalgique prescrit en réserve à un de vos patients ? Vous sentez-vous à l'aise avec ce soin ? Proposeriez-vous d'autres interventions ?

L'administration des antalgiques prescrits en réserve semble se faire dans tous les cas sur demande du patient. Cela ne se rapporte jamais, selon les propos recueillis, à une initiative infirmière.

Six infirmières disent se référer au schéma d'antalgie d'office pour prendre la décision d'utiliser les antalgiques de réserve. « *S'il en a d'office, on donne celui d'office et si je vois après une heure ou deux que ça fonctionne pas je passe à la réserve* » indique une participante, « *en premier ce que je vais regarder c'est si c'est une heure près d'une prise de médicament, si ce n'est pas le cas, à ce moment-là je donnerai une réserve. J'veux pas casser le traitement de l'antalgie qu'il a habituellement...je ne veux pas complètement dérégler ça, on garde les heures fixes pour ses couvertures de base quand même...Et si ce n'est pas une heure où je pourrai un petit peu avancer d'une demi-heure le médicament, et ben là je vais aller regarder ce qu'il a en réserve (...) je vais lui dire ben je vous avance le comprimé de midi* » ajoute une seconde. Deux autres participantes témoignent également dans ce sens : « *si je vois qu'il n'y a pas un autre d'office qui va arriver tout soudain je donne un médicament de réserve* », « *si on est à une demi-heure du médicament du repas ou comme ça on donne d'abord ce médicament-là. Et puis ensuite on donne la réserve si on voit que ça fonctionne pas* ».

Je peux donc conclure que l'usage des antalgiques prescrits à intervalles fixes semble primer, dans un premier temps, sur ceux prescrits en réserve lors de l'apparition d'une douleur chez un patient.

L'usage des antalgiques de réserve semble se faire par pallier, du plus faible ou plus fort, lorsque plusieurs sont prescrits. Une infirmière cite : « *si un patient il a un Dafalgan® et il a une Morphine®, j'veais commencer par le Dafalgan® et puis, si ça marche pas j'lui donnerai*

de la Morphine®, « *j'essaye de commencer avec un plus faible. Et puis après j'veais augmenter (...) j'commencerai plutôt par un Dafalgan® avant de lui donner donc une Morphine®* » témoigne une suivante.

Si je me réfère à la classification de l'OMS pour l'utilisation des antalgiques développée dans le cadre de référence, il est indiqué d'adapter le palier antalgique, qui correspond au mode et à la puissance d'action du médicament, au niveau d'intensité de la douleur.

Les infirmières interrogées disent à l'unanimité se sentir à l'aise avec le fait d'administrer un antalgique prescrit en réserve. Divers facteurs m'ont été cités comme facilitants pour la prise de décision.

Pour sept d'entre-elles, le fait qu'il s'agit d'une prescription médicale les rassure. L'une d'entre-elles énonce « *s'ils sont prescrits comme ça c'est qu'on peut les utiliser comme ils sont prescrits donc y a un ordre médical derrière, on est protégée pour ça* ». Une autre souligne : « *c'est des médicaments qui ont été choisis par le médecin donc il n'y a pas de problèmes d'antagonisme avec les autres médicaments qu'il aurait ou bien avec sa pathologie, je sais que je peux donner ça sans autre* ».

L'expérience professionnelle ainsi que la connaissance des médicaments ont également été relevées comme facteurs facilitant la prise de décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve. Une infirmière témoigne : « *au début j'me sentais moins à l'aise que maintenant, souvent j'demandais aux collègues comment elles ont l'habitude de faire parce qu'elles ont plus d'expérience, maintenant que j'ai un peu plus d'expérience je me sens plus à l'aise à utiliser (...) on connaît plus ou moins l'effet que ça va faire, que ça va produire dans le patient* ». Une autre dit : « *même à travers les cours qu'on a eu ils nous disent bien que ce qui est prescrit c'est encore des microdoses quoi...que l'être humain il peut supporter encore bien plus et donc de toute façon on ne peut pas faire de mal à quelqu'un avec ça...avec ce qui est prescrit...donc moi j'ai confiance dans les prescriptions et puis donc je suis tout à fait à l'aise avec ça* ». Toujours concernant la sécurité liée aux produits, deux autres ajoutent : « *je peux pas dire que j'ai vu que des gens soient devenus dépendants parce qu'ils ont eu des médicaments du temps qu'ils aient été hospitalisés* » dit la première « *j'ai l'impression qu'on surdose pas les patients en médicaments (...) c'est très rare les fois où on se rend compte que le patient il a reçu trop de médicaments...finalement on est plutôt quand même à l'inverse, c'est-à-dire qu'on donne un minimum et après il faut réajuster* » ajoute la seconde.

Des éléments propres au patient peuvent également avoir une incidence sur l'utilisation des antalgiques prescrits en réserve par les soignants. Une participante relève que « *d'après les*

patients (...) un petit peu leur caractère, leur mentalité...ouais j'arrive à voir si ce sont des gens qui sont des gros durs ou bien un petit peu plus douillets », une autre ajoute « on le connaît donc on sait plus ou moins comment il fonctionne et puis je pense que si c'est un patient qui est "raisonnable" voilà on hésite pas...Et puis on regarde aussi ma foi les hommes sont un peu plus douillets souvent que les femmes hein ! ». « Ça dépend des gens, ça dépend de la région d'où ils viennent (...) y a plein de choses extérieures et puis y a aussi nous (...) y a des infirmières plus ou moins dures ou plus ou moins gentilles...et puis nous si on est bien ou pas bien ».

Des facteurs personnels comme le fait d'avoir connu soi-même la douleur semble aussi avoir une influence sur le fait d'utiliser « plus volontiers » ou non ses réserves d'antalgiques. Une infirmière indique : *« moi j'suis restée cinq mois couchée parce que j'avais mal au dos (...) donc je suis peut-être un petit peu plus large dans le sens j'me dis mais si il a mal il a mal point final »*. Une autre ajoute : *« A partir du moment où on a déjà ressenti ou on a subi les mêmes pathologies...enfin on a vécu un peu ça ou qu'on a dans notre entourage, on sera peut-être plus sensible à certaines situations déjà ça c'est clair »*.

La notion de dépendance a toutefois été évoquée par deux soignantes comme un facteur pouvant entraver l'administration d'antalgiques prescrits en réserve. L'une d'elle dit *« on voit des fois qu'il y a des patients qui, quand ils ont pris l'habitude de prendre certains médicaments en réserve, ils peuvent devenir un peu dépendants de ces médicaments, par exemple la Morphine® ou même un autre (...) donc après c'est un peu dur d'évaluer si la douleur elle persiste ou s'il va quand même mieux et il n'aurait pas besoin et il demande quand même »*. L'autre raconte : *« j'ai aussi souvent remarqué que quand par exemple on a des gens qui sont hospitalisés avec des passés de toxicomanes, les infirmières ont de la peine à donner de l'antalgie parce qu'elles croient toujours que...voilà ils veulent ça juste pour se pêter la tête...j'trouve voilà que c'est des jugements de valeur qui sont pas très sympas parce que qu'on soit toxicomanes ou pas quand on a mal on a mal quoi »*.

Dans le concept douleur du cadre de référence, nous avons également relevé le risque de toxicomanie comme l'un des deux effets secondaires liés au morphiniques les plus craints par les soignants et pouvant induire une certaine réticence à les utiliser. Le second était l'effet dépresseur respiratoire. Celui-ci n'a pas été évoqué dans les entretiens.

Je remarque également que pour les deux infirmières qui utilisent parfois l'EVA/EN pour effectuer leur évaluation, le score obtenu n'a aucun impact sur la prise de décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve. En effet, elles disent ne pas posséder de repères pour décider au-dessous d'une telle valeur je n'administre pas d'antalgique ou, au

contraire, au-dessus d'une autre je donne forcément une réserve, car elles trouvent que cela reste trop subjectif et propre à chaque patient.

Comme relevé dans la problématique, un score d'EVA/EN acceptable, selon les recommandations en vigueur aux HUG, est fixé à inférieur ou égal à 3 sur 10 (ou à 4 sur 10 selon l'OMS¹⁷⁹) avant qu'il soit nécessaire d'entreprendre une démarche thérapeutique¹⁸⁰.

Selon la pathologie ou le type de douleur que présente le patient, les infirmières utilisent parfois une alternative à la médication antalgique de réserve. Pour les cas de douleurs aiguës ou pour les patients en post-opératoire, les infirmières semblent préférer la médication de réserve pour le soulagement de la douleur, tandis que pour des douleurs de faible intensité, ponctuelles ou survenant dans un contexte de chronicité, des moyens de soulagement de la douleur non-pharmacologiques sont privilégiés dans un premier temps. Une infirmière me rapporte ceci : *« ça dépend ce qu'il a le patient. S'il vient de se faire opérer je n'essaye pas trente-six méthodes quoi, je sais qu'il faut quand même (...) aller à l'efficace et puis voilà »*. Une participante dit, quant à elle, toujours associé la pharmacologie à une méthode dite « naturelle ».

Les interventions alternatives suivantes ont été évoquées par l'ensemble des participantes: les massages, la crème, l'utilisation du froid (poche à glace, lavettes humides) ou du chaud, le changement de position, la mobilisation, le dialogue avec le patient, l'écoute, baisser les stores, réaménager l'environnement du patient ou écouter les visites afin de favoriser une atmosphère calme.

Toutefois, l'usage de moyens non-pharmacologiques ne semble pas toujours être facilement applicable en pratique. Une infirmière témoigne : *« après aussi ce qui faut se dire c'est que souvent les patients ils (...) sont déjà préconçus, il leur faut leur médicament, ils ne peuvent pas aller mieux s'ils n'ont pas reçu le médicament, eux ils ont l'air de dire la crème ça fera pas d'effet, un massage ça fera pas le bon effet, il leur faut leur médicament quoi »*.

¹⁷⁹ PAYEN J.-F., CHANQUES G., Prise en charge de la douleur, op. cit., p. 635

¹⁸⁰ Réseau douleur, Hôpitaux Universitaires de Genève, *Le bon antalgique au bon moment (adultes) – Recommandations* [en ligne] Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/library/pdf/bon_antalgique.pdf (consulté le 04 mai 2011)

Evaluation des interventions réalisées
--

⇒ **Comment procédez-vous à l'évaluation de l'intervention que vous réalisez ?**

Pour juger l'effet de l'antalgique administré, cinq infirmières disent aller réévaluer elles-mêmes auprès du patient le niveau de douleur. Elles procèdent de la même manière que pour la détection d'une douleur initiale. *« En général une demi-heure, trois quarts d'heure après j'avais revoir le patient et puis je réévalue avec lui si la douleur a diminué, si elle est en train de diminuer ou si elle est plus forte »* énonce une participante, *« si par exemple j'ai fait quelque chose de sous-cutané ou i.v. je vais un quart d'heure, vingt minutes après, si c'est en comprimé je vais une demi-heure, trois quart d'heure après revoir »* note une autre.

Selon le guide d'utilisation des antalgiques des HUG, la vérification de l'efficacité des interventions pharmacologiques réalisées est à entreprendre une fois atteint le pic d'action du médicament, pour cela, il faut tenir compte de la voie d'administration du médicament et de la molécule qu'il contient¹⁸¹.

Les propos de la seconde infirmière démontrent qu'elle tient compte du mode d'administration du médicament pour l'intervalle d'évaluation. Cependant je me demande si ces intervalles de temps m'ont été cités comme tels pour me donner un exemple, si elle procède systématiquement de cette façon pour tous les médicaments ou si elle se réfère réellement à des fondements théoriques basés sur la connaissance des différents produits utilisés. Il s'agit d'un élément qu'il m'aurait plu d'explorer, malheureusement, je n'ai pas su rebondir sur cet aspect lors de mes entretiens.

Trois ne procèdent pas directement à une réévaluation mais demandent au patient de les avertir si la douleur ne diminue pas. *« Je dis toujours au patient d'appeler si ça passe pas. Et puis souvent moi je ne repasse pas forcément dans la chambre parce que des fois (...) dans le stress, avec les autres patients, on oublie des fois aussi souvent »* affirme une infirmière, *« moi j'dis au patient que si dans la demi-heure qui suit ça ne va pas, il nous rappelle tout de suite, qu'il n'hésite pas »* ajoute une autre.

À ce stade de l'analyse, si je reprends les cinq étapes de la démarche de soins développées précédemment dans mon cadre de référence, je peux donc constater que toutes les étapes de celle-ci sont effectuées, même si elles ne sont pas faites de façon formelle, notamment concernant la formulation des diagnostics infirmiers, la planification des soins et l'exécution du plan de soins.

¹⁸¹ Cf. Réseau douleur, Hôpitaux Universitaires de Genève, *Le bon antalgique au bon moment (adultes) – Recommandations* [en ligne] Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/library/pdf/bon_antalgique.pdf (consulté le 04 mai 2011)

Thème 2 : Le rôle propre infirmier lors de l'administration d'antalgique en réserve

Hypothèse : le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes, une responsabilité accrue est alors ressentie par l'infirmière.

Objectif : Identifier la perception des infirmières de l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes.

Perception de l'importance du rôle propre infirmier dans l'administration d'antalgique en réserve

⇒ **Comment percevez-vous votre rôle concernant l'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes ?**

Aucune infirmière n'a compris ma question du premier coup. Il m'a fallu apporter des précisions concernant la notion de rôle médico-délégué et de rôle propre infirmier.

Concernant la perception du rôle infirmier dans ce soin, je m'aperçois que les avis sont assez partagés. Pour quatre infirmières interrogées, l'administration d'antalgiques prescrits en réserve fait entièrement appel à leur rôle propre infirmier. Elles mettent en avant dans leur propos les notions d'autonomie, d'initiative infirmière, de prise de décision, de réflexion, d'évaluation ainsi que de jugement clinique.

Elles évoquent les éléments suivants : « *c'est quand même moi qui décide d'un côté si je donne ou pas* » témoigne une participante, une autre énonce « *celui qui est prescrit d'office c'est un ordre médical direct donc on va administrer comme c'est prescrit, et puis ceux qui sont en réserve il nous laisse un peu à nous de gérer en fonction de ce qu'on voit avec le patient, comment on sent la douleur du patient...donc c'est-à-dire que c'est un peu plus autonome pour nous. Ce n'est pas un médecin qui va dire là il faut administrer (...) les médicaments qui sont en réserve. Là c'est à nous de décider* ». Une dernière indique « *il y a quand même l'évaluation, le jugement clinique qui est important derrière* ».

Je peux donc conclure qu'elles ont tout à fait intégré leur capacité et leur devoir de reconnaître et d'évaluer la douleur comme faisant partie de leur rôle propre.

La surveillance de l'efficacité ainsi que des effets secondaires potentiels des traitements, l'enseignement au patient concernant la douleur et les traitements antalgiques ainsi que l'élaboration du suivi de la douleur dans le dossier de soins n'ont pas été cités par les

participantes mais relève néanmoins également, comme décrit dans le cadre de référence, du rôle propre infirmier¹⁸².

Pour deux autres participantes, l'administration d'antalgiques, qu'ils soient prescrits en réserve ou à intervalles fixes, relève du rôle médico-délégué par le fait qu'il s'agit dans les deux cas de figure de l'exécution d'une prescription médicale. Une participante rapporte « *Non il n'est pas autonome. J'veux dire il est totalement médico-délégué (...) on a aucune liberté à ce niveau-là* ». Une seconde dit également qu'il s'agit d'un acte médico-délégué « *tant que la prescription elle a été faite donc pour les médicaments normal et (...) pour la réserve si elle a été aussi prescrite* ».

Il est effectivement correct de dire que l'application d'une prescription médicale relève du rôle médico-délégué. Cependant, dans le cas d'une prescription médicale de réserve, son utilisation demande obligatoirement en amont l'identification d'un problème chez le patient, dans le cas présent, l'identification d'une douleur. Je me demande alors si toutes les infirmières ont intégré la reconnaissance et l'évaluation de la douleur comme faisant partie intégrante de leur rôle propre ? De plus, si je me réfère à l'étude de De Rond (et al.)¹⁸³, il est précisé que pour l'utilisation d'un antalgique prescrit en réserve les infirmières doivent déterminer le moment d'administration, choisir l'analgésique qui convient le mieux à la douleur détectée, évaluer son efficacité, informer le médecin des changements observés et surveiller les effets indésirables éventuels. Cela suppose donc une pratique réflexive.

Enfin les deux infirmières restantes trouvent que l'utilisation d'antalgiques de réserve relève autant du rôle propre infirmier que du rôle médico-délégué. Pour l'une d'elles, il s'agit dans les deux cas de l'exécution d'une prescription médicale et elle dit effectuer la même démarche d'évaluation avant l'administration de ces deux types de prescriptions. Quant à la seconde, elle ne sait pas réellement justifier pourquoi mais elle ne trouve pas que le rôle autonome prime sur le rôle médico-délégué dans ce soin.

Enfin, bien que cela n'ait pas été cité dans les propos recueillis, ce soin fait également appel au rôle interdépendant se rapportant, comme le rôle propre et le rôle médico-délégué, au modèle trifocal de Bizier développé dans le cadre de référence. En effet, la reconnaissance de la douleur chez le patient devra être traitée en collaboration avec le médecin, notamment pour l'adaptation des prescriptions médicales d'antalgiques.

¹⁸² Wrobel, J. Institut UPSA de la douleur. L'infirmière et la douleur, op. cit., p.125

¹⁸³ DE ROND M., DE WIT R., VAN DAM F. (et al.). A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain*, 2000, 89, p. 25-38

Responsabilité infirmière engagée

Une responsabilité plus forte est ressentie par cinq participantes lors de l'exécution d'une prescription médicale pour un antalgique en réserve plutôt que pour un antalgique prescrit à intervalles fixes. Une infirmière évoque une des raisons suivantes : *« on doit s'assurer j'sais pas des horaires de prises, qu'il n'y ait pas un surdosage, qu'il n'y ait pas un truc comme ça quoi...que ce soit pas donné trop rapidement »*, une autre ajoute *« nous sommes plus responsables quand c'est nous qui prenons la décision...bon à la limite c'est toujours un médicament qui a été prescrit par le médecin, on est couvertes on peut dire comme ça, mais je me sens quand même responsable vu que j'ai pris la décision d'administrer. C'est moi qui ai jugé. J'ai pris des données et puis j'ai convenu que le patient il avait besoin »*. *« Y a quand même une responsabilité plus importante. Parce qu'on peut aussi ne pas écouter le patient et puis ne pas lui donner l'antalgie »* affirme une autre. *« Là on doit quand même se poser une question, on doit quand même réfléchir plus que si c'est d'office (...) si on donne une réserve (...) ça doit quand même être adéquat »* souligne une dernière.

Il est intéressant de constater que même pour les infirmières pour qui l'administration d'antalgique en réserve ne relève pas du rôle propre infirmier mais uniquement du rôle médico-délégué, une responsabilité plus forte est ressentie notamment concernant les surveillances propre au produit (dosage, horaire de prise, etc.), élément qui n'était pas ressorti à la question précédente.

Les trois autres infirmières interrogées ne font aucune différence dans la responsabilité entre le fait d'administrer un antalgique prescrit à intervalles fixes ou en réserve. L'une d'entre-elles dit : *« je suis responsable aussi bien de lui administrer ce qu'il a d'office, que de voir aussi si ça suffit, si j'dois lui donner autre chose, parce que c'est dans mon rôle alors c'est ma responsabilité tout autant de lui administrer son traitement, que son traitement de réserve »*.

Thème 3 : Politique de service et/ou institutionnelle en matière de gestion de la douleur

Hypothèse : La politique du service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve.

Objectif : Distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant l'administration d'un antalgique prescrit en réserve.

Eléments de la politique de service facilitant ou entravant l'administration d'antalgique en réserve

⇒ **Quels sont les éléments qui peuvent selon vous faciliter ou entraver votre intervention en lien avec les antalgiques prescrits en réserve ?**

Dans le service où j'effectue ma recherche, aucune politique de service pour la prise en charge de la douleur n'est instaurée actuellement. Selon la plupart des infirmières interrogées, la raison est qu'elles travaillent avec beaucoup de médecins différents et qu'il s'agit d'un service très diversifié du point de vue des pathologies et des patients. Aucune infirmière ne se positionne pour ou contre une politique de service en matière de gestion de la douleur. Elles y voient pour la plupart tout autant d'avantages que d'inconvénients.

Certaines pensent que l'existence d'une politique de service pour la prise en charge de la douleur aurait un impact bénéfique notamment concernant l'évaluation de la douleur et l'efficacité des interventions infirmières. Une participante dit que cela permettrait « *de généraliser (...), de demander à tous les patients, même ceux qui (...) ont pas mal, de quand même leur demander tous les jours si ils ont mal (...) d'être plus attentif à la douleur* ». Une autre rapporte l'avantage suivant : « *si on est seule dans le service ben voilà on a une certaine ligne de conduite* ».

A l'inverse, certaines craignent qu'une politique de service ne soit pas compatible avec leur façon de penser, leur manière de fonctionner et qu'elle devienne alors une entrave dans leur pratique pour la gestion de la douleur. Une infirmière indique : « *ça dépend de la ligne de conduite. Si elle va dans mon optique oui ça me va !* ».

En résumé, je ne peux pas répondre correctement à cette question car au vu de l'absence de politique de service en matière de prise en charge de la douleur, les infirmières interrogées se sont trouvées dans l'impossibilité d'avancer des éléments en lien avec cette politique influant leur pratique soignante.

Cependant, je pense que les propos rapportés sont intéressants car ils permettent de voir les craintes ainsi que les attentes vis-à-vis d'une politique de prise en charge de la douleur, car comme énoncé dans le cadre de référence, un standard de qualité comprenant des lignes directrices est actuellement en construction au sein de l'hôpital du Valais et sera prochainement instauré dans l'institution .

Selon la littérature, les protocoles ont un impact bénéfique sur la pratique. Ils font office de guide et permettent de « *prévenir les risques d'évolution de la situation du patient en permettant au personnel infirmier de raccourcir le délai de réponse en terme de soins et de traitements* »¹⁸⁴.

Influence possible de l'introduction d'un protocole pour l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation pour la prise en charge de la douleur

Là encore les avis divergent. Une partie des soignantes interrogées pensent que la mise en place d'un protocole pour la gestion de la douleur pourrait être facilitante pour rendre l'évaluation de la douleur plus systématique et pour permettre d'uniformiser davantage les pratiques. Dans ce sens, une infirmière explique : « *moi je trouve qu'on connaîtrait mieux la douleur du patient, comment lui il réagit (...) quel est son type de douleur, qu'est-ce qui lui convient le mieux (...) en tout cas ce serait plus aidant pour le patient (...) de voir l'échelle, y a les chiffres et se dire ah ben voilà on va sur la bonne direction. (...) Tandis que là ben on ne peut pas tellement voir parce qu'une fois il y a un résultat, (...) une autre fois il n'y en a pas. (...) je dirais c'est moins bien quantifiable. C'est moins bien suivi je dirais (...) Ça serait bien moi je trouve que ce soit quelque chose qu'on demande d'office. (...) Pas juste que certaines infirmières le font et puis d'autres ne le font pas. (...) Tout le monde tirera sur la même corde, on aurait aussi une échelle de la douleur (...) ça serait plus facile à évaluer je trouve* ».

Au contraire d'autres craignent que le raisonnement et la réflexion infirmière soient restreints par l'emploi d'un protocole et que l'on rentre dans des pratiques de soins trop catégoriques. Une infirmière témoigne « *après on ne se pose plus beaucoup de questions, (...) alors là on est vraiment des exécutantes. Et puis ça s'arrête là...donc c'est pas très intéressant* ». Une autre ajoute : « *je ne pense pas que ça serait positif en fait. Chaque patient est différent on peut pas avoir un protocole et puis voilà on va décider en fonction de ce protocole parce que c'est vraiment subjectif, on doit vraiment regarder chaque patient, c'est vraiment personnel (...) Je crois que ça risque de freiner un peu de réfléchir par nous-même* ». « *J'sais pas si ça*

¹⁸⁴ CHAUFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C., *Comprendre et soulager la douleur*, op. cit., p. 40

serait positif ou négatif mais j'trouve qu'on peut pas généraliser. (...) chaque individu est à part entière » mentionne une dernière.

La crainte d'une pratique soignante trop catégorique a également été relevée dans une conclusion d'un guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé réalisé en 2002 en France¹⁸⁵. Il est indiqué que les protocoles de prise en charge de la douleur sont rarement mis en œuvre. Ceux-ci « *codifient* » en quelque sorte la prise en charge de la douleur et suscitent la crainte, mal fondée, d'uniformiser les pratiques.

Certaines enfin ne se positionnent ni pour ni contre mais n'en voient pas la nécessité, elles se sentent capable d'évaluer la douleur sans l'aide d'une marche à suivre ou d'un support.

Pourtant, les protocoles offrent bon nombre d'avantages pour la pratique soignante, avantages énoncés notamment par le Comité de Lutte contre la Douleur dans un article portant sur l'aspect juridique et la validité des protocoles : « *Les protocoles de prise en charge de la douleur constituent des outils dont doivent se doter les établissements de santé dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai, de personnaliser la prescription et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité. Ils sont considérés comme des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir* »¹⁸⁶.

Une enquête menée en 2007 en réanimation a également démontré que les services qui utilisent des protocoles écrits ont un nombre plus élevé d'évaluation de la douleur des patients (60% versus 25% en l'absence de protocole)¹⁸⁷.

¹⁸⁵ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Bureau qualité et sécurité des soins en établissements de santé, *Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé*, 2002. 41 pages. p. 4. [en ligne] Adresse URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_pour_la_mise_en_place_d_un_programme_de_lutte_contre_la_douleur_dans_les_etablissements_de_sante.pdf [en ligne] (consulté le 30 avril 2011)

¹⁸⁶ Comité de lutte contre la douleur (CLUD). Validité juridiques des protocoles de prescriptions d'analgésie. 2004. 11 pages. [en ligne] Adresse URL : http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/Document_protocoles_prescription_antalgiques.pdf (consulté le 30 avril 2011)

¹⁸⁷ PAYEN, J-F., CHANQUES G. et al. Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology*. Vol.106, 2007. P.687-695

Source citée dans l'article de PAYEN, J-F, CHANQUES, G. Prise en charge de la douleur. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Vol. 27, Elsevier, Paris : 2008, p. 633-640

6.2. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Dans cette section je vérifie si les trois hypothèses émises sont acceptées ou non, puis je termine en répondant à ma question centrale de recherche.

Hypothèse 1

L'hypothèse « Les éléments que prennent en compte les infirmières pour décider d'administrer ou non un antalgique prescrit en réserve sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle » est confirmée par les propos des participantes.

L'objectif était ici de décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières pour déterminer de l'administration ou non d'un antalgique prescrit en réserve. Sur la base de l'analyse, je peux mentionner de manière résumée les éléments significatifs¹⁸⁸ issus des cinq étapes de la démarche de soins suivants :

- Le diagnostic médical du patient et le type d'intervention
- Les éléments recueillis lors de l'évaluation de la douleur, par hétéroévaluation des soignants ainsi que par autoévaluation du patient lui-même
- Le type de douleur
- La plainte de douleur ou la demande d'antalgique de la part du patient
- Le schéma d'antalgique à intervalles fixes
- La prescription médicale
- L'expérience professionnelle
- La connaissance des médicaments
- Des éléments propres au patient (caractère, mentalité, provenance, etc.)
- Le vécu personnel de douleur
- La crainte de la dépendance aux opiacés

Les divers éléments identifiés ici démontrent chez les professionnelles interrogées des bases de réflexion très variées pour la prise de décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve. En effet, certains d'entre eux sont identiques pour plusieurs infirmières interrogées mais ils ne ressortent pas de manière systématique dans tous les propos rapportés. De plus, je pense qu'un échantillon plus grand m'aurait apporté des éléments de réponse supplémentaires.

¹⁸⁸ Ces éléments seront développés ultérieurement dans la réponse à la question centrale de recherche

Hypothèse 2

L'hypothèse « Le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes, une responsabilité accrue est alors ressentie par l'infirmière » est partiellement validée par les propos des participantes.

L'objectif était ici d'identifier la perception des infirmières de l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes.

Les éléments significatifs à l'administration de ceux-ci étant notamment, comme relevé précédemment dans l'analyse sur la base de l'étude de De Rond (et al.)¹⁸⁹ de :

- décider si l'antalgique doit être administré ou non
- déterminer le moment d'administration
- choisir l'analgésique qui convient le mieux à la douleur détectée si plusieurs sont prescrits

Pour la moitié des infirmières interrogées, la prise de décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve, qui fait suite à l'évaluation de la douleur, se fait de manière autonome et se rapporte, pour elles, au rôle propre infirmier. Elles disent ressentir une initiative plus forte et faire preuve de plus de réflexivité que pour l'administration d'antalgiques prescrits à intervalles fixes.

Pour deux autres participantes, l'administration d'antalgiques, qu'ils soient prescrits en réserve ou d'office n'engage pas leur rôle propre mais fait appel à leur rôle médico-délégué uniquement, justifiant cela par le fait qu'il s'agit dans les deux cas de figure de l'application d'une prescription médicale.

Enfin, pour les deux dernières, le rôle médico-délégué et le rôle autonome sont présents à part égal pour la réalisation de ce soin.

Quant à la responsabilité infirmière, celle-ci est ressentie comme prépondérante pour la majorité des professionnelles interrogées, notamment concernant les surveillances propre au produit utilisé (dosage, horaire de prise, etc.) et la prise de décision d'utiliser un antalgique de réserve.

¹⁸⁹ DE ROND M., DE WIT R., VAN DAM F. (et al.). A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain*, 2000, 89, p. 25-38

Hypothèse 3

L'hypothèse «La politique du service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve » ne peut pas être confirmée ou infirmée uniquement par les propos des participantes car au vu de l'absence de politique de prise en charge de la douleur au sein de leur service, leur pratique ne s'en trouve pas réellement influencée. L'objectif était ici de distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant sur l'administration d'un antalgique prescrit en réserve.

Je dois pour cela mettre en lien les éléments issus de mon analyse avec ceux de ma collègue, pour laquelle la population infirmière étudiée dispose d'une politique de prise en charge de la douleur afin de voir d'éventuelles similitudes ou disparités. Cela sera donc explicité plus loin dans la synthèse comparative.

6.3. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE ET RETOUR SUR LA QUESTION CENTRALE DE RECHERCHE

Ayant achevé l'analyse ainsi que la vérification des hypothèses, je peux à présent réaliser une synthèse des éléments clés de l'analyse et ainsi répondre à ma question centrale de recherche.

« Face à une prescription médicale pour un antalgique prescrit "en réserve", sur quels éléments se base une infirmière pour décider de son administration ou non face à un patient adulte présentant une douleur aiguë? »

Les données issues de l'évaluation de la douleur semblent être l'élément fondamental à partir duquel les infirmières établissent leur jugement clinique afin d'« objectiver » la douleur du patient et ainsi déterminer la nécessité ou non d'utiliser un antalgique prescrit en réserve pour le soulagement de cette douleur. Les données prises en compte se rapportent principalement à des éléments d'observation clinique (notamment le faciès du patient, la mobilisation et le comportement) ainsi qu'aux dires du patient sur sa douleur (type de douleur, localisation, moment d'apparition de la douleur et description de celle-ci). La détection de la douleur par les soignants est un élément clé pouvant conduire à l'administration d'un antalgique prescrit en réserve.

La pratique de l'évaluation de la douleur n'est pas établie sur la base de normes bien définies et ne fait pas l'objet d'une dynamique d'équipe. En effet, dans le service étudié, aucune politique de prise en charge de la douleur ou de protocoles de service n'est en vigueur actuellement. De plus, je relève une faible utilisation d'outils d'évaluation standardisés ainsi que des transmissions ciblées au moyen des diagnostics infirmiers pour la gestion de la douleur. L'administration d'antalgiques prescrits en réserve pour le soulagement de la douleur relève davantage d'un « choix » de l'infirmière que d'un raisonnement conditionné ou d'un apprentissage et la démarche clinique infirmière en lien est propre à chaque soignante. La manière de procéder est donc propre à chaque professionnelle et semble être sous l'influence des connaissances, des valeurs et/ou des représentations personnelles sur la douleur et/ou l'antalgie de chacune des professionnelles. Ces éléments font office de facteurs incitants ou entravants l'utilisation de ces réserves d'antalgiques. Voici ci-après ces facteurs ainsi que leurs impacts sur la prise de décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve :

<u>Facteur :</u>	<u>Influence :</u>
Le diagnostic médical du patient	⇒ influe sur l'attention portée à la douleur du patient et donc sur la fréquence des évaluations de la douleur
Les éléments recueillis lors de l'évaluation de la douleur, par hétéroévaluation des soignants ainsi que par autoévaluation du patient lui-même	⇒ aide les soignants à objectiver une douleur
Le type de douleur	⇒ pour le soulagement des douleurs de faibles intensité, ponctuelles ou survenant dans un contexte de chronicité, des moyens de soulagement non-pharmacologiques sont souvent privilégiés à l'antalgie de réserve
La plainte de douleur ou la demande d'antalgique de la part du patient	⇒ incite les soignants à utiliser les réserves d'antalgiques
Le schéma d'antalgique à intervalles fixes	⇒ semble être une référence pour l'utilisation des antalgiques de réserve et son utilisation prime parfois dans un premier temps sur celle des réserves lors de l'apparition d'une douleur chez un patient
La prescription médicale	⇒ est considérée comme une sécurité par les infirmières et constitue un facteur facilitant pour la prise de décision d'administrer un antalgique de réserve

L'expérience professionnelle	⇒ facilite la prise de décision, apporte un sentiment de sécurité pour agir
La connaissance des médicaments	⇒ facilite la prise de décision, notamment quant au choix du médicament et au moment d'administration
Des éléments propres au patient (caractère, mentalité, provenance, etc.)	⇒ semble être aidant pour distinguer les besoins du patient
Le vécu personnel de douleur	⇒ semble rendre les infirmières plus attentives à la douleur du patient
La crainte de la dépendance aux opiacés	⇒ est un facteur entravant à l'utilisation des antalgiques prescrits en réserve

7. ANALYSE COMPARATIVE

Afin d'atteindre le dernier objectif de recherche : « relever les similitudes et disparités dans le jugement clinique infirmier lors de l'administration d'antalgiques en réserve à un patient adulte et enfant », ma collègue et moi présentons ci-dessous une brève comparaison des résultats obtenus sous forme d'un tableau synoptique.

<u>Thème 1:</u> Démarche de soins infirmiers lors d'administration d'un antalgique en réserve			
Hypothèse	Les éléments que prennent en compte les infirmières pour décider d'administrer ou non un antalgique prescrit en réserve sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle.		
Objectif	Décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières en pédiatrie pour déterminer de l'administration ou non d'un antalgique prescrit en réserve.		
	Similitudes contexte adulte et pédiatrique	Spécificités	
		Contexte adulte	Contexte pédiatrique
Evaluation de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisée par toutes les infirmières - Connaissance de l'EN et de l'EVA pour l'auto-évaluation - Hétéroévaluation basée principalement sur l'observation clinique ; aucune échelle n'est citée pour ce type d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-évaluation principalement qualitative, combinée à l'hétéroévaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de l'échelle des visages - Auto-évaluation quantitative et qualitative - Hétéroévaluation peut prédominer sur l'auto-évaluation

	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte de la composante sensori-discriminative et comportementale de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation faite de manière plutôt routinière, associée aux contrôles des signes vitaux, influencée par le diagnostic médical du patient 	<p>Composante affective également explorée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation réalisée à divers moments selon chaque patient ; associée pour certaines infirmières aux contrôles des signes vitaux
Diagnosics infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Très peu utilisé à l'heure actuelle dans ces services - N'influence pas l'administration de l'antalgique en réserve 	<ul style="list-style-type: none"> - Instauré depuis environ 1 an - Réflexion infirmière au travers des plans de soins et des transmissions orales et écrites 	<ul style="list-style-type: none"> - Projet en cours - Réflexion infirmière basée sur « Observation – action – évaluation »
Objectifs de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Soulager la douleur 		<ul style="list-style-type: none"> - Totalement ou le mieux possible - Prévenir la douleur induite par les soins

Administration de l'antalgique en réserve et facteurs pouvant l'influencer	<ul style="list-style-type: none"> - Eléments recueillis lors de l'évaluation de la douleur - Etiologie de la douleur - Expression de douleur - Sécurité liée à la prescription médicale - Expérience professionnelle - Connaissances en pharmacologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Type de douleur - Schéma d'antalgique d'office - Caractéristiques propres au patient - Vécu personnel de douleur - Demande du patient - Crainte de la dépendance aux opiacés 	<ul style="list-style-type: none"> - Antalgiques reçus précédemment et leur palier - Compliance des enfants et parents - Prévision d'un soin douloureux - Suivi d'une formation spécifique à la pédiatrie
Evaluation des interventions proposées	<ul style="list-style-type: none"> - Réévaluation réalisée dans tous les cas selon les mêmes principes que l'évaluation initiale 	<ul style="list-style-type: none"> - Retour auprès du patient non systématique, demande d'un retour de la part du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Retour auprès du patient à chaque fois - Déterminée par le temps d'action du médicament administré
<u>Thème 2 :</u> Le rôle propre infirmier lors d'administration d'antalgique en réserve			
Hypothèse	Le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes, une responsabilité accrue est alors ressentie par l'infirmière.		
Objectif	Identifier la perception des infirmières de l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes.		

	Similitudes contexte adulte et pédiatrique	Spécificités	
		Contexte adulte	Contexte pédiatrique
Perception de l'importance du rôle propre infirmier dans l'administration de l'antalgique en réserve	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté initiale de compréhension de la question - Avis partagés : plus d'autonomie ressentie par certains pour l'évaluation du besoin et la prise de décision d'administrer l'antalgique en réserve ; pour d'autres le rôle est semblable 	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle semblable car prescription médicale à la base et même évaluation avant l'administration 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie pour faire part de la nécessité de modifier l'ordre médical - Rôle semblable pour l'évaluation de la nécessité de modifier l'ordre médical
Responsabilité infirmière engagée	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de responsabilité ressentie par la plupart des infirmières liée à la prévention d'un surdosage de médicament - Pour certaines : la responsabilité est identique pour les antalgiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Concerne la prise de décision, surveillances propres au médicament (horaire de prise) 	<ul style="list-style-type: none"> - Concerne la surveillance des effets indésirables, la garantie du confort de l'enfant, l'information au patient et les transmissions à l'équipe médicale

	d'office et en réserve relativement à la prescription médicale à la base		
<u>Thème 3 :</u> La politique de service et/ou institutionnelle en matière de gestion de la douleur			
Hypothèse	La politique du service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve.		
Objectif	Distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant l'administration d'un antalgique prescrit en réserve.		
	Similitudes contexte adulte et pédiatrique	Spécificités	
		Contexte adulte	Contexte pédiatrique
Eléments de la politique de service facilitant ou entravant l'administration d'antalgique en réserve		<ul style="list-style-type: none"> - Pas de politique de gestion de la douleur instaurée - Difficultés identifiées à une éventuelle instauration : collaboration avec plusieurs médecins, diverses pathologies rencontrées dans le service 	<ul style="list-style-type: none"> - Politique visant la « Douleur zéro » - Eléments facilitateurs : sensibilité de l'équipe médicale, habitudes/protocoles de service, formations proposées ; nombreux moyens

		<ul style="list-style-type: none"> - Avantages identifiés par l'infirmière : évaluation de la douleur généralisée, interventions plus efficaces - Craintes des infirmières : incompatibilité avec leur façon de fonctionner 	de prévention de la douleur induite à disposition dans le service
Influence possible de l'introduction d'un protocole pour l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Point positif pour la plupart des infirmières - Certains aspects négatifs sont relevés - Besoin formulé d'une marge d'adaptation du protocole 	<ul style="list-style-type: none"> - Systématiserait l'évaluation de la douleur et uniformiserai les pratiques - Craintes de la restriction du rôle et de la réflexion infirmière ; crainte d'une pratique trop catégorique 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminue les réticences ; les « non-actions », base commune - Subjectivité du score obtenu pas compatible avec un protocole

7.1. RÉFLEXIONS SUR L'ANALYSE COMPARATIVE

Partant des résultats évoqués sur l'évaluation de la douleur, nous constatons qu'il n'y a pas de standard spécifique à l'évaluation de la douleur dans les services explorés. Celle-ci est réalisée par l'ensemble des infirmières interrogées, mais de façon non uniformisée. Nous relevons une grande disparité quant à l'utilisation des échelles validées et à la fréquence d'évaluation de la douleur.

Concernant spécifiquement les antalgiques *en réserve*, nous avons toutes les deux relevé une grande diversité dans les éléments cités par les infirmières comme influençant leur administration. Cependant, aucune démarcation propre au contexte adulte ou pédiatrique ne peut être mise en évidence: aucun élément lié au service ou au fait que le patient soit un adulte ou un enfant n'est significatif, si ce n'est la compliance au traitement fortement ressortie en pédiatrie.

Pour les deux contextes explorés, les avis sont partagés concernant le rôle infirmier et la responsabilité assumés lors d'administration d'un antalgique *en réserve*. A nouveau aucune caractéristique propre aux patients pris en charge n'a été citée par les professionnelles interrogées. Le rôle infirmier quant à l'utilisation d'antalgiques *en réserve* nous semble imprécis pour les participantes compte tenu des éléments qu'elles ont nommés. En effet, ceux-ci peuvent également se rapporter à l'utilisation des antalgiques à intervalles fixes. Nous pouvons nous demander si la réalisation de ce soin ne se fait pas de façon plutôt automatique ou routinière, sans faire l'objet d'une réflexion plus approfondie? Nous nous sommes également posées la question de savoir si les connaissances et/ou expériences relatives aux antalgiques *en réserve* pouvaient être plutôt tacites et donc être difficile à nommer consciemment par les professionnelles? Il est de plus possible que la définition du rôle infirmier dans ce soin soit peu développée de part notre inexpérience pour mener des entretiens (questions de relance, approfondissement des sujets, etc.).

Comme énoncé précédemment dans ce travail, aucune politique de prise en charge de la douleur n'est énoncée dans le service adulte, exploré par Valérie. Dans le contexte pédiatrique, exploré par Fabienne, la politique de service s'oriente vers un but commun: « Douleur zéro ». Nous relevons cependant qu'aucun principe n'est défini concernant l'évaluation de la douleur ou toute autre étape de la démarche de soins. L'axe principal ressorti concerne la prévention de la douleur induite par les soins. Ainsi, pour les deux contextes, nous n'identifions aucun élément propre au service qui influence spécifiquement la prise de décision d'administrer un antalgique *en réserve* à l'heure actuelle.

Concernant l'introduction d'un protocole pour l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur, la plupart des infirmières relèvent des avantages, dans les deux services. Toutefois, ce qui nous semble être la priorité est l'élaboration de standards pour l'évaluation de la douleur, étape initiale et incontournable d'une prise en charge optimale de la douleur. En effet, une fois cette première étape réalisée de manière systématique et avec des outils validés, il sera possible d'envisager l'introduction d'un protocole pour l'utilisation de l'une ou l'autre échelle d'évaluation, en fonction des besoins identifiés postérieurement.

En conclusion de ces réflexions nous aimerions souligner que de nombreux éléments similaires aux deux services ont été retrouvés, ce qui nous a étonnées. Nous pensions que le fait qu'une politique de service soit prônée ainsi que les différentes caractéristiques des patients soignés influenceraient plus fortement l'administration des antalgiques *en réserve*. Néanmoins, nous pouvons ressortir de façon globale, une dynamique de groupe plus présente dans le service de pédiatrie relativement à l'objectif commun identifié ainsi qu'un investissement important de la prévention de la douleur induite, contrairement au service d'adultes.

En regard de ces résultats, nous pensons qu'il est important de promouvoir et/ou d'encourager la poursuite de l'instauration d'une politique de lutte contre la douleur dans les deux services.

8. DISCUSSION

Dans cette section, je vais procéder à une autoévaluation de mon travail. Pour ce faire, j'expose la validité ainsi que les limites de ma recherche.

La critique d'une recherche a pour but de définir de manière objective les points pertinents et les inexactitudes, les vertus ainsi que les lacunes¹⁹⁰. A mon niveau, la critique a pour objectifs notamment de « cultiver la réflexion critique et inciter à utiliser et exposer les capacités fraîchement acquises en matière de méthodes de recherche »¹⁹¹.

Validité interne et externe de la recherche

La validation « permet au chercheur qui utilise une méthode qualitative de savoir s'il a bien compris ce que ses informateurs voulaient lui dire ou lui montrer. Elle est un moyen méthodologique qui évite au chercheur de mal interpréter le sens que donnent les acteurs sociaux étudiés à leurs actions ou à leurs situations sociales »¹⁹²

8.1. VALIDITÉ INTERNE :

La validité interne se rapporte à la cohérence et la pertinence de l'ensemble des étapes de la démarche de recherche. Celle-ci est acquise dans la mesure où « le traitement expérimental plutôt que des facteurs parasites sont à l'origine des effets observés »¹⁹³. En d'autres termes, il s'agit d'évaluer la procédure méthodologique utilisée. Cela nécessite une mise à distance vis-à-vis du travail effectué.

8.1.1. CHOIX DU THÈME

Selon moi, le choix du thème entre tout à fait dans le champ de la discipline infirmière et est pertinent en regard de l'omniprésence de la douleur en milieu de soins et de l'intérêt croissant pour l'amélioration de la prise en charge de celle-ci à l'heure actuelle.

Un certain nombre de recherches sont consacrées à la prise en charge infirmière de la douleur ainsi qu'à l'utilisation de la médication antalgique de réserve, cependant, d'après la

¹⁹⁰ LOISELLE, C. G., PROFETTO-McGRATH, J. Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives, op. cit., p. 440

¹⁹¹ LOISELLE, C. G., PROFETTO-McGRATH, J. Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives, op. cit., p. 440

¹⁹² SCHOEPP, C. Cours de méthodologie module 2808 : *Méthodologie, La validité d'une recherche qualitative & Recherche en soins infirmiers*. Sion, février 2010. 12 pages. p.7

¹⁹³ LOISELLE, C. G., PROFETTO-McGRATH, J. Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives, op. cit., p. 204

littérature explorée, je n'ai pas trouvé d'études s'intéressant à la réflexion infirmière quant à la prise de décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve et les facteurs d'influence en lien. C'est pourquoi je pense qu'il était donc pertinent d'y consacrer ce travail.

Je ne prétends toutefois pas aborder toute la complexité de cette thématique dans ma recherche. En effet, dans celle-ci, la gestion de la douleur par les infirmières est abordée de manière ciblée sur les antalgiques prescrits « en réserve » et le soulagement des douleurs aiguës chez des patients adultes. De plus, contenu des contraintes de temps pour mener cette recherche, mon questionnement se restreint à trois hypothèses de recherche.

8.1.2. CHOIX DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Je pense que le cadre de référence élaboré par ma collègue et moi-même englobe bien notre thématique de recherche. En effet, les trois concepts développés : « douleur », « rôle infirmier » et « démarche de soins », ont été élaborés sur la base de notre question centrale de recherche puis ont été repris pour l'élaboration de la grille d'entretien.

Dans l'ensemble, je pense que celui-ci a bien pu être exploité lors de l'analyse des données afin d'étayer les propos rapportés par les participantes.

Toutefois, je me suis aperçue en cours d'analyse que tous les éléments du cadre n'avaient pas de correspondance avec les propos des participantes. Certains éléments ont donc dû être supprimés ou ajoutés par la suite afin de le rendre plus pertinent.

Une des difficultés a été de présenter ces trois concepts en les orientant et en les ciblant sur la médication antalgique de réserve, élément phare de notre recherche et de faire ressortir les liens existants tout en développant tout de même des éléments généraux.

Une autre difficulté a été de relier le cadre de référence au contexte étudié. En effet, les définitions ainsi que les références proviennent passablement de sources documentaires françaises.

Pour finir, l'élaboration de ces concepts m'a permis de bien comprendre les éléments relatifs au phénomène que nous souhaitons étudier et ainsi j'ai pu aborder la thématique avec les professionnelles du terrain avec plus d'assurance.

8.1.3. CHOIX DE LA MÉTHODE D'INVESTIGATION

Ma collègue et moi avons fait le choix d'utiliser des entretiens semi-directifs pour le recueil des données. Cet outil me paraît être le plus cohérent et le plus adapté à ma démarche car l'exploration de la démarche clinique de soins et des pratiques infirmières s'inscrit dans une démarche qualitative.

Concernant la conduite des entretiens, c'est la première fois que j'ai été amenée à effectuer des entretiens semi-directifs dans le cadre d'une recherche. Je ne peux donc exclure que certaines questions ont été mal formulées ou que j'ai parfois induit certaines réponses en fonction de mes connaissances et représentations personnelles, notamment lorsque qu'une précision ou une reformulation était nécessaire pour étayer une question incomprise, ou par mon attitude non-verbale (mimiques, intonation de voix). J'ai toutefois fait de mon mieux pour me positionner en tant que chercheuse et garder une attitude neutre. J'ai rencontré une certaine difficulté, particulièrement pour mes deux premiers entretiens, à me « détacher » de mon questionnaire et je n'ai, à mon sens, peut-être pas assez rebondi sur certains éléments de réponse intéressants qui sortaient de mon champ de questions préétablies et qui auraient pu être davantage explorés. Les données alors obtenues répondent à mes questions mais certaines d'entre-elles restent peut-être trop superficielles ou larges. Suite à ce constat et avant de réaliser les entretiens suivants, j'ai contacté ma directrice de mémoire afin de lui faire part de mes impressions. Elle m'a alors guidée pour la conduite d'un entretien et cela m'a permis de me corriger et de m'améliorer pour les six entretiens suivants. Je suis donc parvenue par la suite, à formuler d'autres relances que celles notifiées antérieurement lorsque qu'il me semblait nécessaire d'éclaircir ou approfondir certains éléments énoncés. De ce fait, toutes les questions principales et les questions de relances prévues initialement ont été posées à chaque participante, mais pour certaines d'entre-elles, des questions supplémentaires ont été émises.

A la fin des premiers entretiens, j'ai omis de demander aux participantes de ne pas divulguer les questions posées. Ainsi, comme les entretiens ont tous été effectués au sein du même service, les infirmières ont pu parler entre elles de la recherche et je me suis aperçues que certaines questions avaient déjà fait l'objet d'une réflexion au préalable et donc biaiser leurs réponses.

J'ai eu beaucoup de plaisir à réaliser ces entretiens et j'ai trouvé que toutes les participantes se sont montrées très coopératives et ont répondu à mes questions de manière consciencieuse. Une bonne ambiance et une certaine aisance s'est installée naturellement entre les interlocutrices et moi-même.

8.1.4. CHOIX DE L'ÉCHANTILLON

Je pense que la population choisie est tout à fait adaptée pour apporter des propos judicieux sur ma thématique de recherche ayant une expérience dans la pratique d'administration d'antalgique prescrit en réserve.

Il m'est difficile de certifier l'atteinte du seuil de saturation des données dans cette recherche au vu du nombre restreint de participantes et compte tenu de l'individualité et la subjectivité de la pratique et de la réflexion infirmière quant à l'administration des antalgiques de réserve pour le soulagement de la douleur. En effet celles-ci sont influencées par bon nombres de variables propres à chaque individu et je pense que de nouveaux éléments peuvent encore être mentionnés. J'estime néanmoins que pour la plupart des thèmes abordés les données présentent une certaine homogénéité entre les participantes. Aucun point divergent n'a été écarté.

Lors du choix de notre échantillon, ma collègue et moi avons décidé de ne pas poser trop de critères de sélection afin de découvrir si des dimensions socio-démographiques, professionnelles ou personnelles seraient susceptibles d'influencer le jugement clinique infirmier et la prise de décision quant à l'utilisation des réserves d'antalgiques.

Malheureusement, au terme de l'analyse, il m'est difficile d'apprécier l'impact de ces variables sur les réponses obtenues. En effet, en terme d'année d'expérience, la population étudiée est trop homogène, tandis que pour le type de formation et les facteurs personnels, je retrouve beaucoup de différences. Je pense qu'un échantillon plus grand aurait davantage permis d'établir des distinctions à ce niveau-là.

8.1.5. ANALYSE

L'utilisation d'une grille d'entretien pour la récolte de données m'a permis d'obtenir des réponses ciblées. Cela a facilité le classement et la mise en corrélation des propos de chacune des participantes mais a toutefois rendues certaines réponses trop superficielles ou imprécises ce qui a limité leur exploitation.

J'ai accordé une grande place à l'analyse descriptive. Je pense en effet que cela permet d'apporter une plus grande richesse de contenu et de limiter les interprétations de ma part. Cependant, la difficulté a été de ne pas rester uniquement dans la description mais d'établir des liens avec mon cadre de référence, des éléments de littérature et adopter un positionnement personnel.

L'analyse des propos recueillis me semble cohérente car elle m'a permis l'atteinte de mes objectifs et de répondre à ma question centrale de recherche. Les propos mis en avant dans

l'analyse sont pour moi les plus significatifs, il est possible que certaines données aient été involontairement écartées.

8.2. VALIDITÉ EXTERNE

La validité externe se rapporte à « la possibilité de généraliser les résultats de recherche et d'appliquer ces résultats à d'autres contextes ou échantillons »¹⁹⁴

Mon échantillon étant restreint à huit participantes, je ne peux donc pas prétendre à une validité externe. Celui-ci n'est pas représentatif de la population infirmière générale et ne permet pas une généralisation des résultats ou d'assurer une représentativité dans un contexte donné. La pratique de l'administration des antalgiques prescrits en réserve et la démarche clinique infirmière en lien explorée ici sont significatif uniquement pour un service et pour un type de patients et de douleur définis et peuvent donc difficilement s'étendre à d'autres situations.

Je ne peux pas non plus garantir la conformité des résultats par rapport aux pratiques sur le terrain, mais uniquement en regard des données énoncées par les professionnelles lors des entretiens.

Je ne pense donc pas que les résultats de cette recherche puissent réellement contribuer à l'élargissement des connaissances en matière de science infirmière, cependant, ils peuvent servir pour une première approche du problème afin de faire émerger des tendances et me permettront d'apporter quelques pistes de réflexion pour de futures recherches à plus large échelle et faire des propositions concrètes pour la pratique.

De plus, dans la pratique générale, tous les soignants font usage d'antalgiques prescrits en réserve pour le soulagement de la douleur des patients. Ce travail pourrait leur permettre de s'interroger sur leur propre pratique en lien avec l'administration de ces réserves.

¹⁹⁴ LOISELLE, C. G., PROFETTO-McGRATH, J. Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives, op. cit., p. 206

9. CONCLUSION

9.1. RETOUR SUR LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Arrivant au terme de ma recherche, je reprends à présent mes objectifs personnels d'apprentissage fixés en début de travail afin de déterminer leur atteinte ou non.

Le premier objectif fixé portait sur le thème de la recherche :

↳ **Développer de nouvelles connaissances sur la douleur, l'antalgie ainsi que sur le rôle infirmier en lien avec la gestion de la douleur et la pharmacologie de réserve dans le but d'être plus à l'aise et plus compétente quant à ma manière d'utiliser les médicaments antalgiques prescrits en réserve pour le soulagement de la douleur dans ma future activité professionnelle.**

Je pense avoir atteint cet objectif par l'élaboration de mon cadre de référence ainsi qu'au travers des recherches entreprises dans la littérature en lien avec ma thématique. A présent, je pense avoir bien conscience de mon rôle quant à l'administration d'antalgiques prescrits en réserve et je serai davantage critique et réflexive quant à ma manière de les utiliser pour le soulagement d'une douleur. Cette recherche a donc été enrichissante car elle m'a apporté de nouveaux repères pour ma pratique professionnelle future.

Les autres objectifs élaborés étaient en lien avec la méthodologie et la rédaction du travail. Je les avais formulés ainsi :

↳ **Faire une recherche appropriée d'ouvrages, de revues scientifiques, notamment par le biais des différentes banques de données disponibles depuis le consortium suisse des bibliothèques universitaires, en lien avec mon thème de recherche et être capable de les répertorier selon les normes, les conventions et les procédures bibliographiques établies par la médiathèque HES-SO Valais santé – sociale¹⁹⁵.**

Je n'avais jamais procédé à la recherche d'articles scientifiques au travers de banques de données spécifiques jusqu'à présent. Je pense avoir pu cerner les composants supplémentaires nécessaires en regard d'une recherche « classique » de documents sur le

¹⁹⁵ Guides des médiathèques HES-SO Valais santé – sociale. Bibliographie : normes, conventions, procédures. Adresse URL : <http://mediatheques.hevs.ch/default.aspx?NoLangue=1&NoPage=14&n1=0x4x14&Filiere=Guides> (consulté le 06 avril 2010)

net, notamment concernant l'importance de cibler les mots-clés, de limiter les champs de recherche disponibles etc. Je pense avoir acquis une certaine maîtrise de ces outils car j'ai pu obtenir une revue littéraire relativement étoffée. J'ai également découvert différentes manières structurées de recenser les écrits.

Acquérir des compétences méthodologiques de recherche en sciences infirmières

Pour la réalisation de ce travail de recherche, j'ai suivi les différentes étapes d'une recherche empirique en me référant aux éléments appris dans les cours consacré à la méthodologie du travail Bachelor ainsi qu'à un ouvrage de Recherches en sciences infirmières¹⁹⁶. J'ai ainsi pu avoir une ligne directrice qui m'a permis d'être rigoureuse et cohérente dans la manière de construire mon mémoire. Je ne peux toutefois pas prétendre avoir atteint des compétences méthodologiques affirmées. Il s'agit pour moi d'une initiation à la recherche scientifique. Cependant, cette première approche me permet à présent, lorsque je lis une recherche scientifique, de mieux percevoir la manière dont elle est construite et de porter un regard plus critique sur sa validité. Je conçois mieux à présent en quoi consiste le travail et la posture de chercheur. C'est pourquoi je pense que cet objectif est également atteint.

Construire un outil d'investigation pertinent et organiser et diriger des entretiens exploratoires dans le but de collecter des données auprès de professionnelles du terrain afin d'explorer la démarche clinique infirmière en lien avec l'administration d'antalgiques prescrits en réserve

Cet objectif a pu être atteint. J'ai expérimenté la conduite d'entretiens semi-directifs par le biais d'une grille d'entretien lors du pré-test puis auprès de l'échantillon comprenant sept infirmières. Les données ainsi récoltées ont pu toutes être exploitées dans leur globalité et m'ont permises de répondre à mes objectifs et mes hypothèses de recherche ainsi qu'à ma question centrale de recherche.

Développer mon esprit de synthèse, d'analyse et d'argumentation.

Je pense que cet objectif est atteint. J'ai établi une synthèse de ma recherche en faisant ressortir les points clés, notamment par le biais de résumés ou de tableaux. J'ai exercé l'argumentation en établissant des parallèles entre les éléments de mon analyse, qui a été tout d'abord uniquement descriptive, et les concepts développés dans mon cadre de

¹⁹⁶ LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique, 2007.

référence ainsi qu'avec de nouveaux éléments de la littérature sur ma thématique de recherche.

✍ **Développer des capacités d'auto-évaluation de la pertinence de l'ensemble de ma démarche de recherche en mettant en évidence ses points forts et ses faiblesses.**

Afin d'atteindre cet objectif, j'ai évalué la validité interne et externe de ma recherche dans la section Discussion. À travers ce chapitre, j'établirai également un bilan de mes facilités et difficultés. Afin d'être le plus objective possible, cette étape nécessite une prise de distance face à mon travail, c'est pourquoi j'ai tout d'abord rédigé une première autoévaluation de ma recherche directement après avoir terminé l'analyse, puis je la reprendrai plus tard.

9.2. BILAN DES FACILITÉS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA RÉALISATION DU TRAVAIL

Facilités

Mon principal moteur pour persévérer dans la réalisation de ce travail a été l'intérêt que je porte pour le sujet. En effet celui-ci provient d'interrogations que je me suis posées en pratique et sur lequel je désirais en savoir davantage. Les diverses lectures exploratoires entreprises m'ont apportées de nouveaux éléments de connaissances qui ont également contribué à renforcer ma curiosité pour ce thème.

J'ai vécu l'élaboration de cette recherche comme une nouvelle expérience car je n'avais jamais réalisé un travail d'une telle ampleur auparavant. C'est pourquoi j'ai conservé tout au long de sa réalisation la curiosité de « l'inconnu » et cela a été une grande source de motivation. De plus, la réalisation du Travail de Bachelor est pour moi l'aboutissement de quatre années de formation et j'avais hâte de franchir cette nouvelle étape.

La réalisation de cette recherche a tout de même été difficile. J'ai passablement fluctué entre des périodes d'entrain et de découragement. Les étapes de cette démarche de recherche les plus aisées et les plus satisfaisantes pour moi ont été la réalisation des entretiens exploratoires et l'analyse des données. C'est en effet durant ces deux étapes que j'ai senti plus fortement que mon travail avançait et prenait du sens. Les choix des concepts du cadre de référence ont également été faits sans trop de difficulté.

Le fait d'avoir choisi de réaliser ce travail en binôme a été une source d'aide précieuse. Ma collègue et moi avons pu partager et confronter nos idées pour la rédaction des parties communes. Nous avons tenues, dès le commencement de ce mémoire, à réaliser tout de même deux travaux distincts, tout en gardant pour but d'établir un parallèle entre les deux à l'aboutissement de nos travaux. Je pense que cela nous a permis de faire chacune notre propre expérience dans la recherche et nous avons ainsi la satisfaction d'avoir pu apporter chacune une touche personnelle à nos travaux.

Une autre facilité a été l'encadrement reçu de la part de notre directrice de mémoire pour mener cette recherche. J'ai eu le sentiment de pouvoir avancer dans ma démarche à ma manière et à mon rythme tout en étant soutenue et encadrée dès que j'en sentais le besoin. Je pense ainsi avoir pu gagner un peu d'autonomie qui me servira pour des travaux futurs.

Difficultés

Si la découverte de la réalisation d'une recherche a été un élément stimulant, cela a également été source de craintes et de remises en question fréquentes. En effet, j'ai parfois douté de mes capacités à mener à bien un tel travail. Jusqu'à l'aboutissement de celui-ci, j'ai douté du choix de mon thème, de la direction que j'ai choisi de lui faire prendre ainsi que de la pertinence et de l'intérêt de mes résultats. Cela est peut-être dû à mon caractère un peu perfectionniste, mais je trouve que mon travail pourrait encore être amélioré et affiné sans cesse.

Le temps à disposition pour réaliser cette recherche a également été un élément difficile à gérer. J'ai eu de la peine à estimer à l'avance le temps qu'il me faudrait pour réaliser les différentes étapes de ma recherche, c'est pourquoi celui-ci m'a paru parfois très long et très court. Il n'a pas été toujours aisé pour moi de concilier ce travail avec ma vie privée, les périodes de cours, d'examens et les formations pratiques. Cela demande une bonne organisation, de la persévérance, de la discipline et un investissement conséquent, qui n'ont pas toujours été aisé à tenir sur le long terme.

Une autre difficulté concerne la disponibilité des informations sur ma thématique. J'ai trouvé énormément d'ouvrages et de recherches portant sur le soulagement de la douleur, son évaluation et la médication antalgique de réserve mais peu d'entre eux étaient réellement ciblés sur mon intérêt. Pour ce qui est du thème, l'utilisation de la médication antalgique de réserve spécifiquement, j'ai constaté que de nombreuses études s'y étaient intéressées dans les années nonante, mais moins à l'heure actuelle. Cet élément a été pour moi une source de doute quant à la pertinence de mon questionnement de départ. Je me suis inquiétée de savoir si les résultats que j'allais obtenir pourraient être utiles à la pratique actuelle des

soins. De plus, les sources littéraires trouvées sont majoritairement anglophones. N'ayant pas une grande maîtrise de l'anglais, la lecture de ces articles m'a donc demandé beaucoup de temps et d'attention. Cependant je ne voulais toutefois pas trop restreindre mon champ de recherche.

Concernant la rédaction du travail, j'ai eu de la difficulté au début à me familiariser à une méthodologie de recherche car cela m'était jusqu'alors totalement inconnu. Il m'a fallu un certain temps pour m'en imprégner et me mettre dans une condition de chercheuse. Je me suis parfois un peu éparpillée sur la thématique car de nombreux éléments en lien avec mon thème m'intéressaient. Ma directrice de mémoire m'a beaucoup aidée à conserver un fil rouge et une cohérence dans la construction de cette recherche.

9.3. APPORTS PERSONNELS DE LA RECHERCHE

Malgré les difficultés et les obstacles rencontrés au cours de ce travail, j'en retire la satisfaction de l'avoir mené de mon mieux jusqu'à son terme. Je ne le trouve de loin pas parfait mais j'en suis tout de même satisfaite. J'ai apprécié la possibilité qui m'était offerte de me positionner en tant que « chercheuse débutante » car je n'avais jamais effectué une telle démarche auparavant. Sur le plan des compétences personnelles, je pense avoir pu exercer la collaboration et le travail d'équipe en partageant cette recherche notamment avec ma collègue de promotion, ma directrice de mémoire ainsi qu'avec les professionnels du terrain rencontrés durant les différentes étapes de ce travail. Cela ne peut qu'être profitable pour moi car il s'agit de qualités indispensables pour le métier que j'ai choisi d'exercer. Je pense également m'être perfectionnée dans la composition de travaux. En effet, j'ai constaté une progression dans mes capacités de rédaction. Au commencement de ce travail, j'éprouvais de la difficulté à mettre par écrit mes idées de façon à ce qu'elles soient compréhensibles et claires pour le lecteur, que mon écriture soit « scientifique », synthétique et précise quant aux termes choisis. Ces difficultés se sont dissipées au fil du travail. Je pense également avoir pu développer mon sens critique, mes capacités d'analyse et d'argumentation. Cela me sera bénéfique pour la rédaction de futurs travaux, rapports, etc.

9.4. APPORTS PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE

Même si ma recherche, au vu de son caractère initial, ne contribuera pas grandement à l'amélioration de la pratique générale des soignants, elle en modifiera la mienne. L'utilisation de la médication en réserve pour le soulagement de la douleur est un acte que je serais non seulement amenée à pratiquer mais également à en maîtriser les répercussions dans mon activité professionnelle future. Je pense que grâce aux nombreuses recherches effectuées sur cette thématique, je dispose actuellement de nouvelles connaissances et références qui m'aideront à argumenter ma pratique soignante en lien avec celui-ci et je suis satisfaite d'avoir pu apporter un élément de réponse à mon questionnement issu de mes observations faites ultérieurement en pratique. Durant les périodes de formation pratique réalisées en parallèle de la rédaction de cette recherche, je pense avoir été plus attentive à l'évaluation de la douleur, plus critique quant à ma manière d'utiliser les antalgiques prescrits en réserve pour le soulagement de la douleur et plus consciente de mon rôle propre infirmier quant à cette démarche.

De plus, le fait d'avoir mené cette recherche m'a sensibilisée à l'importance de la recherche pour l'avancée des sciences infirmières et l'amélioration de la qualité des soins. Je pense qu'à présent je ne me limiterai pas à suivre des « habitudes de service » ou à être dans le faire pour réaliser mes soins mais je tenterai toujours de fonder ma pratique sur des éléments reconnus.

9.5. RÉFLEXIONS ET PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE

L'analyse des entretiens m'a permis d'explorer et de découvrir de nombreux éléments relatifs à la gestion de la douleur au moyen des antalgiques prescrits en réserve, et plus précisément sur la démarche clinique et la perception du rôle infirmier en lien. Certains propos recueillis m'ont interpellée. Je vous présente ci-dessous mes réflexions et questionnements.

Je vais tout d'abord aborder l'aspect de l'évaluation de la douleur qui constitue le point de départ fondamental pouvant conduire l'infirmière à prendre la décision d'administrer un antalgique prescrit en réserve.

L'analyse des données montre que celle-ci est réalisée de manière non unifiée. En effet, comme relevé précédemment, elle ne fait pas l'objet d'une dynamique d'équipe. Chaque professionnelle procède selon ses habitudes, une infirmière ne procède pas à l'évaluation de la douleur. De plus, en répondant à ma question centrale de recherche, j'ai pu constater une

grande diversité de facteurs influant la prise de décision d'utiliser ce type de médication propre à chacune également.

Je pense que l'évaluation de la douleur comportera toujours une part de subjectivité, cependant, je me demande si des pratiques d'évaluation de la douleur si hétérogènes ne pourraient pas avoir pour risque de compromettre sa détection et/ou le suivi de son évolution, et donc la continuité des soins, et conduire ainsi à une sous-utilisation de la médication antalgique de réserve ?

Selon la littérature, il existe un moyen fiable et reconnu pour limiter ces risques. Il s'agit de l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés. En effet, ceux-ci offrent les avantages notamment de limiter la subjectivité, car il est reconnu que la douleur est souvent sous-estimée par les soignants¹⁹⁷. L'autoévaluation chiffrée de la douleur est également un moyen de rendre la douleur visible¹⁹⁸. Elle permet de « mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie »¹⁹⁹, de détecter les patients ayant besoin d'un traitement symptomatique²⁰⁰, « d'avoir un instrument de liaison qui favorise l'interdisciplinarité et d'être cohérent dans le choix des analgésiques »²⁰¹.

L'utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur offre également des avantages pour le patient. Cela lui permet « d'exprimer sa douleur et d'être entendu "le plus précisément possible", d'apprécier l'efficacité et l'adaptation des traitements prescrits, d'inscrire la douleur dans un cadre fixe qui puisse servir de référence dans le temps »²⁰².

Cependant, l'analyse des données a mis en évidence un faible attrait des infirmières pour ces moyens d'évaluation. En effet, toutes en ont connaissance mais seule deux infirmières sur huit les utilisent vraiment dans leur pratique mais ceci de manière irrégulière. Le principal inconvénient énoncé était la subjectivité de la valeur numérique obtenue.

Il est intéressant de mettre en parallèle cette crainte de la subjectivité d'une évaluation numérique avec des pratiques actuelles qui comportent également un risque d'une évaluation subjective.

Un autre élément ayant attiré mon attention lors de l'analyse. Il s'agit de la perception du rôle infirmier engagé pour l'administration d'antalgiques prescrits en réserve. J'ai été très surprise

¹⁹⁷ MAZZOCATO, C., DAVID, S. L'évaluation de la douleur. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois. *Quelques conseils pratiques pour évaluer la douleur*, op. cit., p.5

¹⁹⁸ BELBACHIR, A., FLECHTER, D. et al. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation et amélioration de la qualité. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier Masson. Vol.28. 2009. 12 pages. p. 2-3

¹⁹⁹ Guide d'orientation : Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé. *Fiche 2 : L'évaluation de la douleur*. Paris : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, 2002, 33pages. p. 25

²⁰⁰ Guide d'orientation : Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé. *Fiche 2 : L'évaluation de la douleur*, op. cit., p. 25

²⁰¹ VANHALEWYN, M., CEREXHE, F. Recommandations de bonne pratique face à la douleur chronique, op. cit., p. 438

²⁰² Ibid, p. 438

de trouver des avis aussi divergents. Les infirmières interrogées ne reconnaissent pas toutes de manière identique la place de leur rôle propre dans ce soin.

Dans une étude portant sur la prise en charge de la douleur post-opératoire aiguë de l'adulte²⁰³, Goyou et Vidal ont relevé un état de fait similaire à mes constatations. En effet, ceux-ci avaient obtenus un taux élevé de non réponse concernant la place du rôle infirmier et ils s'étaient alors interrogés sur la connaissance des différentes définitions de notre rôle.

Les auteurs rappellent que « le rôle propre, qui est la reconnaissance et la mise en œuvre d'actions infirmières (...) paraît essentiel dans le domaine de la prise en charge de la douleur, le diagnostic infirmier le plus évident étant celui de la douleur. »²⁰⁴

Les résultats étaient que pour un tiers des participants la prise en charge de la douleur ne fait pas partie de leur rôle propre, et une personne interrogée sur cinq ne connaît pas d'autres moyens antalgiques que médicamenteux.

Je tiens tout de même à rappeler que la question de la perception du rôle infirmier engagé dans ce soin n'avait pas été comprise du premier coup par la majorité des infirmières interrogées. Je pense que cela pourrait être lié à mon manque d'expérience dans la gestion des entretiens et il est possible que ma question fut mal formulée. Cela pourrait donc avoir faussé les réponses obtenues.

Cependant, en regard de ce constat, je m'interroge tout de même sur la conscience des infirmières quant aux différentes tâches nécessaires à l'exécution de ce type de prescription²⁰⁵. Perçoivent-elles toutes la reconnaissance et l'évaluation de la douleur comme faisant partie de leur rôle propre ? Le rôle médico-délégué serait-il davantage intégré par rapport au rôle propre infirmier ?

Un troisième élément, concernant l'influence possible de l'introduction d'un protocole pour l'utilisation d'une échelle d'autoévaluation, m'a interpellée. Certaines professionnelles n'y étaient pas favorables, craignant que le raisonnement et la réflexion infirmière soient restreints et que l'on rentre dans des pratiques de soins trop catégoriques. On pourrait se demander alors, en regard des deux constats établis précédemment, si les infirmières craignent que cette partie autonome des soins infirmiers, même si elles ne semblent pas en avoir toutes conscience, puisque elles ne reconnaissent pas toutes la place du rôle propre dans ce soin, puisse leur être enlevée?

²⁰³ GOUYOU, J.-F., VIDAL, C. Variation : La douleur post-opératoire aiguë de l'adulte : influence de la conception sur la prise en charge. *Recherche en soins infirmiers*. N°53, 1998. p. 87-92

²⁰⁴ GOUYOU, J.-F., VIDAL, C. Variation : La douleur post-opératoire aiguë de l'adulte : influence de la conception sur la prise en charge, op. cit., p. 90

²⁰⁵ Cf. Cadre de référence p. 40

Pour terminer, j'expose un dernier constat en lien avec l'utilisation des réserves d'antalgiques. Dans le service exploré, je remarque que ceux-ci sont utilisés uniquement dans un but de soulager une douleur déjà installée, mais jamais pour l'anticipation ou la prévention d'une douleur. Je pense notamment aux douleurs induites par les soins, comme la mobilisation postopératoire (ex. : premier lever), les soins invasifs (ex : réfection de pansement, pose de venflon, etc.) alors que ce type de médication pourrait également répondre à ces besoins. Cette constatation m'est apparue lors de la mise en commun des résultats des analyses. En effet, dans le service de pédiatrie, la prévention des douleurs a particulièrement été mise en avant par les infirmières interrogées.

Cette disparité peut-elle être sous l'influence de la politique de service en matière de gestion de la douleur? Les infirmières y sont-elles ainsi davantage sensibilisées ? Les antalgiques disponibles en pédiatrie sont-ils plus adaptés pour cela ? La prépondérance de la prévention de la douleur pourrait-elle être liée au fait que le patient soit un enfant ?

Face à ces diverses constatations, j'é mets les propositions pour la pratique suivantes :

Je pense qu'il serait intéressant et bénéfique pour la qualité des soins d'unifier les pratiques de soins quant à l'évaluation de la douleur (manière d'évaluer la douleur, moments d'évaluation, annotations dans le dossier de soins etc.). Cela pourrait apporter des repères tant pour les soignants que pour les patients et je pense que la continuité des soins s'en trouverait renforcée. De plus je pense qu'il serait profitable d'associer à l'évaluation habituelle de la douleur l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé. Les évaluations seraient ainsi moins subjectives et plus homogènes.

Une étude réalisée en 2004 a pu démontrer que l'introduction de l'évaluation de la douleur systématique dans trois services de chirurgie en association avec une formation des infirmières diplômées d'état était rapidement efficace (80% d'évaluation versus 0.7%) et permettait de réduire l'incidence de la douleur sévère à 48heures (9.1% versus 11.5%)²⁰⁶. De plus, l'utilisation d'outils d'évaluation standardisés serait également bénéfique pour l'utilisation de la médication antalgique de réserve en faisant office de guide. Un comité d'experts français, qui ont établi en 2008 des recommandations pour la prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant²⁰⁷ préconisent l'évaluation de l'intensité de la

²⁰⁶ RAVAUD, P., KEITA, H. (et al.) Randomized clinical trial to assess the effect of an educational programme designed to improve nurses' assessment and recording of postoperative pain. *British Journal of Surgery*, 2004, vol 91, p. 692-698. Citée dans l'étude de BELBACHIR, A., FLECHTER, D. et al. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation et amélioration de la qualité, op. cit., p. 3-4

²⁰⁷ COMITÉ DOULEUR-ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE ET COMITÉ DE RÉFÉRENTIELS DE LA SFAR. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2008, vol.27, p 1035-1041

douleur. Ils indiquent que les doses d'antalgiques de secours « doivent être prescrites sur des critères fiables comme un score d'intensité douloureuse ».

Cependant, avant cela, il serait pertinent de s'interroger sur les réticences des soignants vis-à-vis de ces outils afin de les contrer. Il me semble également important d'éclaircir le rôle infirmier engagé dans ce soin auprès des professionnelles.

9.6. PISTES DE RÉFLEXION

Les différentes lectures entreprises sur cette thématique ainsi que les réflexions émises sur l'analyse des propos recueillis m'ont permis d'élargir ma vision du sujet et de réfléchir à d'autres pistes de réflexions.

Je pense qu'il serait pertinent d'effectuer une recherche portant sur l'identification professionnelle dans la gestion des antalgiques en réserve et d'y établir une comparaison entre un hôpital ayant adopté le concept « sans douleur » et un hôpital en voie de devenir un hôpital « sans douleur ».

Il serait également intéressant d'explorer les bénéfices perçus par les infirmières quant à l'efficacité de la prise en charge de la douleur avec une méthode d'évaluation associée à des outils standardisés et une méthode d'évaluation sans outils reconnus.

*Pour terminer, n'oublions pas que
seul la douleur de l'autre est supportable...*

10. RÉFÉRENCES

10.1. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Livres/ouvrages :

- AVET (et al.). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. Paris : Med-Line, 2006, 203 pages.
- BEAULIEU, P. *Pharmacologie de la douleur*. Canada, Les Presses de l'Université de Montréal, 2005, 593 pages.
- BINOCHE, T., MARTINEAU, C. *Guide pratique du traitement des douleurs 2^{ème} éd.* Paris : Masson, 2005. 339 pages.
- BIZIER, N. *De la pensée au geste*. Paris, 3^{ème} Ed., Maloine, 1992, 131 pages.
- CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Comprendre et soulager la douleur*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2008. 179 pages.
- CHAFFOUR-ADER, C., DAYDE, M.-C. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner*. Editions Lamarre, France, 2009, 284 pages.
- DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Paris : Maloine, 1995. 240 pages.
- DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Diagnostics infirmiers. Interventions et bases rationnelles*. 7^{ème} édition. Canada : De Boeck, 2001. 1280 pages.
- DEYMIER, V., WROBEL, J., LEVY, F. *Approche pratique du traitement de la douleur*. Rueil-Malmaison : Uppsala institut, 2003. 178 pages.
- JUALL CARPENITO, L., adaptation française LEFEBRE, M. *Applications cliniques, Diagnostics infirmiers*, 5^e édition. Paris : Masson. 1995, 1178 pages.
- LE NEURES, C., SIEBERT, C. *Raisonnement, démarche clinique et projet de soins infirmiers*. Paris : Masson, 2009. 110 pages.
- LOISELLE C. G., PROFETTO- Mc GRATH J. *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. Canada, ERPI Editions, 2007. 591 pages.
- MARCHAL, A., PSIUK, T. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, Pratiquer, Enseigner et apprendre*. Paris, Editions Seli Arslan SA, 2002, 188 pages.
- METZGER, Christiane [et al.]. *Soins infirmiers et douleur*. Paris : Masson, 2000. 333 pages.
- NICOLAS, P., ABEILLÉ, D. *Pharmacologie et soins infirmiers*. Editions Maloine : 2007. 341 pages.
- PHANEUF, M. *Guide d'apprentissage de la démarche de soins*. Paris : Masson, 1998. 295 pages.
- PITARD, L. [et al.] *Symptômes et pratique infirmière, Fiche de soins*. Ed. Masson, 2008. Collection Nouveaux cahiers de l'infirmière. 276 pages.

- QUENEAU, P., OSTERMANN, G. *Le médecin, le malade et la douleur*. Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique. 3^{ème} éd. Paris : Masson, 2000. 616 pages.
- RUBENFELD, M. G., SCHEFFER, B. K. *Raisonnement critique en soins infirmiers, guide d'apprentissage*. Paris ; Bruxelles : De Boeck Université : 1999. 464 pages. (Savoirs et Santé)
- SERRIE, A., THUREL, C. La douleur en pratique quotidienne, diagnostic et traitements - Texte des recommandations ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé). Edition Arnette, 2002, 655 pages.
- SMELTZER, S., BARE, B. *Soins infirmiers en médecine et chirurgie*. Canada, De Boeck, 4^{ème} édition, volume 1, 2006, 656 pages.

Encyclopédies/Dictionnaires :

- AMIEC Recherche. Dictionnaire des SOINS INFIRMIERS et de la profession infirmière. Paris, Masson, 3^{ème} Edition, 2005, 333 pages.
- DELAMARE, J. *Dictionnaire Maloine de l'infirmière*. Paris, 5^{ème} édition, Maloine, 2008, 460 pages.
- DELAMARE, J. (et al.) Dictionnaire illustré des termes de médecine. 29^e édition. Paris : Maloine, 2006. 1048 pages.

Articles dans un périodique :

- BELBACHIR, A., FLECHTER, D. et al. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation et amélioration de la qualité. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier Masson. Vol.28. 2009. 12 pages.
- BENHAMOU D. Evaluation de la douleur postopératoire. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Vol.17, Elsevier, Paris : 1998, p.555-572
- BOUAZIZ H. Comment organiser la prise en charge de la douleur post-opératoire dans les services de chirurgie ? *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier, Paris : 1998, vol.17, p. 494-501
- CHUNG J. W. Y., LUI J.C.Z. Postoperative pain management: Study of patients' level of pain and satisfaction with health care providers' responsiveness to their reports of pain. *Nursing and Health Sciences*, 2003, vol. 5, p.13-21
- COMITÉ DOULEUR-ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE ET COMITÉ DE RÉFÉRENTIELS DE LA SFAR. Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2008, vol.27, p 1035-1041
- DE ROND M., DE WIT R., VAN DAM F. (et al.). A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain*, 2000, 89, p. 25-38
- DELBOS, A. Gestion de la douleur postopératoire dans une unité de soins. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Vol.17, Elsevier, Paris : 1998, p. 649-662
- DRAYER R. A., HENDERSON J., REIDENBERG M. Barriers to better pain control in hospitalized patients. *J. Pain Symptom Manage*, 1999, vol.17, p.434-440

- ESHER M. Obstacles à la prise en charge de la douleur cancéreuse. *Douleur et Analgésie*, 2006, No 3, p.47-50
- GORDON D. B., PELLINO T. A., HIGGINS G. A. (et al.). Nurses' Opinions on Appropriateness of PRN Range Opioid Analgesic Orders for Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 2008, vol. 9, n° 3, p. 131-140
- GOUYOU, J.-F., VIDAL, C. Variation : La douleur post-opératoire aiguë de l'adulte : influence de la conception sur la prise en charge. *Recherche en soins infirmiers*. N°53, 1998. p. 87-92
- KAASALAINEN S., DI CENSO A., DONALD F.C. (et al.). Optimizing the Role of the Nurse Practitioner to Improve Pain Management in Long-Term Care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2007, vol.39, No 2, p. 14-31 (Abstract)
- MADI-JEBARA, S., NACCACHE, N. (et al). Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur aiguë postopératoire dans les hôpitaux libanais. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier Masson, vol. 28, 2009. p. 496-500
- MICHEL, P., DE SARASQUETA A., M. (et al.). Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalo-universitaire. Première étude française sur les résultats de la prise en charge de la douleur. *La Presse médicale*. Vol. 30, n°29, 2001. p. 1438-1444.
- PAYEN, J.F., CHANQUES, G. Prise en charge de la douleur. Textes des experts. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Vol.27, Elsevier, Paris : 2008, p. 633-640
- VANHALEWYN, M., CEREXHE, F. Recommandations de bonne pratique face à la douleur chronique. *Louvain med.*, 2003. p. 435-443

Brochures :

- Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. Berne : Secrétariat central ASI, 2006. 7 pages.
- KESSELRING, A. [et al.]. Les infirmières et la recherche : Principes éthiques. Edition SBK - ASI, 1998 (réimpression 2002), Berne, 24 pages.

Polycopiés/documents de cours :

- HES-SO. Haute école spécialisée de Suisse occidentale. Filière Bachelor en soins infirmiers. *Cadre général de la réalisation et d'évaluation du Travail de Bachelor (bachelor thesis)*. Octobre 2007, 7 pages. p.4-5.
- SCHOEPF, C. Cours de méthodologie module 2808 : Méthodologie, La validité d'une recherche qualitative & Recherche en soins infirmiers. Sion, février 2010. 12 pages.

Autres documents :

- ANNIQUIN, Daniel La douleur de l'enfant : une reconnaissance tardive. *La recherche*, 2000, n° 336, 128 pages.
- *Bulletin d'Education du Patient*. La douleur, 1999, Vol. 18, no 3-4

- Ecole Nationale de santé publique de Rennes. Module interprofessionnel d santé publique. Thème 7. La lutte contre la douleur – Quelles réponses apporter aux besoins des patients ? , 2000, 57 pages.
- Guide d'orientation : Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé – *Fiches de recommandations générales concernant la prise en charge de la douleur, Fiche 4 : La transmission d'informations*. Paris : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, 2002, 33p.
- MATHEY-DORET-BERTHOUD H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires. Thèse de doctorat : Université de Genève : 2002. 43 pages.
- MAZZOCATO, C., DAVID, S. L'évaluation de la douleur. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois. *Quelques conseils pratiques pour évaluer la douleur*. Vol.2, 2008. 26 pages.
- VARRIN, S. Infirmière Clinicienne. Guide d'évaluation de la douleur. RSV-GNW, Centre hospitalier du centre du Valais, 2009. 20 pages.
- WROBEL, J. *L'infirmière et la douleur*. Institut UPSA de la douleur. 4^e édition. Paris, 1998. 140 pages.

10.2. RÉFÉRENCES CYBEROGRAPHIQUES :

Documents électroniques :

- Comité de lutte contre la douleur (CLUD). Validité juridiques des protocoles de prescriptions d'analgésie. 2004. 11 pages. [en ligne] Adresse URL : http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Document_protocoles_prescription_antalgiques.pdf (consulté le 30 avril 2011)
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Bureau qualité et sécurité des soins en établissements de santé, *Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé*, 2002. 41 pages. p. 4. [en ligne] Adresse URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_pour_la_mise_en_place_d_un_programme_de_lutte_contre_la_douleur_dans_les_etablissements_de_sante.pdf [en ligne] (consulté le 30 avril 2011)
- Guides des médiathèques HES-SO Valais santé – sociale. Bibliographie : normes, conventions, procédures. Adresse URL : <http://mediatheques.hevs.ch/default.aspx?NoLangue=1&NoPage=14&n1=0x4x14&Filiere=Guides> (consulté le 06 avril 2010)
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS). *Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé* [en ligne]. 27 pages. Adresse URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf (consulté le 16 novembre 2010)

- HECV-SANTE. Haute école cantonale vaudoise de la santé. *Plan d'études cadre. Filière de formation en soins infirmiers*. Adresse URL : http://www.hecvsa.ch/Documents/formations/Soins%20infirmiers/3.1.1.2_Annexe%2028_INF%20PEC%20Bsc%202006%20-%20version%202007%20validé%20Santé.pdf
(consulté le 3 mai 2010)
- LIEFGEN, M.-F. *Responsabilité infirmière ?!* Dossier. Forum 235. p. 30- 32 [en ligne] Adresse URL : http://www.forum.lu/pdf/artikel/5205_235_Liefgen.pdf
(consulté le 1 septembre 2010)
- Réseau douleur des HUG. Le bon antalgique au bon moment. [en ligne] Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/library/pdf/bon_antalgique.pdf
(consulté le 19 août 2010)
- TENNANT, F. Using Objective Signs of Severe Pain to Guide Opioid Prescribing. *Pain Treatment Topics* [en ligne]. 2008. 6 pages. Adresse URL : <http://pain-topics.org/pdf/Tennant-PainSigns.pdf>
(consulté le 9 octobre 2010)

Sites web :

- Conseil International des Infirmières. Code déontologique – L'infirmière et la profession. Adresse URL : <http://www.icn.ch/fr/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>
(consulté le 01 mai 2010)
- Documed. Compendium Suisse des médicaments [en ligne]. Adresse URL : <http://www.compendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi>
(consulté le 25 août 2010)
- Guides des médiathèques HES-SO Valais santé – sociale. Bibliographie : normes, conventions, procédures. Adresse URL : <http://mediatheques.hevs.ch/default.aspx?NoLangue=1&NoPage=14&n1=0x4x14&Filiere=Guides>
(consulté le 06 avril 2010)
- HUG. Espace presse. Communiqué de presse (2003) : Troisième semaine européenne de la douleur aux HUG, Un badge pour en parler. [en ligne] Adresse URL : http://www.hug-ge.ch/actualite/communiques_presse_detail_eid_40_lid_7.html
(consulté le 17 juin 2011)
- Légifrance. Le service public de diffusion du droit. Code de la santé publique [en ligne]. Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913892&dateTexte=&categorieLien=cid>
(consulté le 18 août 2010)
- Les autorités fédérales de la Confédération Suisse – Loi fédérale sur l'assurance maladie /LAMal – Article 32, 1994, Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a32.html
(consulté le 01 mai 2010)
- Réseau douleur des HUG. Rubrique Communication-Thema santé-Douleur. Adresse URL : http://www.hug-ge.ch/actualite/ABC_sante/douleur/la_douleur.html

(consulté le 10 juin 2011)

- Réseau douleur, Hôpitaux Universitaires de Genève, *Le bon antalgique au bon moment (adultes) – Recommandations* [en ligne] Adresse URL : http://reseaudouleur.hug-ge.ch/library/pdf/bon_antalgique.pdf
(consulté le 04 mai 2011)
- Site de l'hôpital du Valais. Adresse URL : <http://www.rsv-gnw.ch>
(consulté le 04 mai 2011)

Bases de données :

- BDSP - Banque de Données Santé Publique. Adresse URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/>
- Cinahl Databases. Adresse URL : <http://web.ebscohost.com>
- Réseau des bibliothèques de Suisse occidentale. Bibliothèque numérique RERO DOC. Adresse URL : <http://doc.rero.ch>
- The Cochrane Library. Adresse URL : <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

11. ANNEXES

A. GRILLES D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Hypothèses	Objectifs		Question principale	Question de relance	Liens avec cadre de référence
Les éléments que prennent en compte les infirmières pour décider d'administrer ou non un antalgique prescrit <i>en réserve</i> sont nombreux, diversifiés et propres à chaque professionnelle	Décrire les éléments sur lesquels se basent les infirmières pour déterminer de l'administration ou non d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i>	Etape de la démarche de soins	Quels éléments prenez-vous en compte dans votre recueil de données auprès d'un adulte qui a une prescription d'antalgiques en réserve?	A quel moment évaluez-vous la douleur ?	<u>Concept douleur</u> : -évaluation (composantes, outils, etc.) -types et composantes -type de médicament antalgique - effets secondaires liés au traitement antalgique et à une douleur sous-traitée <u>Concept rôle infirmier</u> :
		Recueil de données		Quel type d'évaluation effectuez-vous chez vos patients ? Spécifiquement chez les patients présentant des douleurs ?	

				Quels outils utilisez-vous le plus couramment ?	-rôle infirmier dans la prise en charge et l'évaluation de la douleur <u>Démarche de soins :</u> 1 ^{ère} étape
		Formulation de diagnostics infirmiers	Si vous travaillez avec la méthode des diagnostics infirmiers, lesquels proposez-vous dans votre prise en soins des patients douloureux ?	Si non, comment formulez-vous le problème ?	<u>Démarche de soins :</u> 2 ^{ème} et 3 ^{ème} étape
		Formulation objectifs de soins	Quels est votre objectif de soins chez un patient douloureux ?	Quel est l'objectif pour vous d'administrer un antalgique en réserve ?	<u>Concept douleur :</u> objectifs de la prise en charge

		Interventions infirmières	<p>A quel moment décidez-vous de donner un antalgique prescrit en réserve à un de vos patients ?</p> <p>Vous sentez-vous à l'aise avec ce soin ?</p> <p>Proposeriez-vous d'autres interventions ?</p>	Sur quels critères vous basez-vous dans votre décision ?	<p><u>Concept douleur</u> :</p> <p>-Médicaments antalgiques</p> <p><u>Concept du rôle infirmier</u> :</p> <p>-rôle infirmier concernant les traitements de la douleur</p> <p><u>Démarche de soin</u> :</p> <p>4^{ème} étape</p>
		Evaluation des interventions réalisées	<p>Comment procédez-vous l'évaluation de l'intervention que vous réalisez ?</p>	<p>Quels réajustements pourriez-vous proposer ?</p> <p>Quelles autres interventions pourraient faire suite à votre évaluation ?</p>	<p><u>Démarche de soin</u> :</p> <p>5^{ème} étape</p> <p><u>Concept du rôle infirmier</u> :</p> <p>-rôle infirmier concernant les traitements de la douleur</p>

					<u>Concept douleur</u> : -médicaments antalgiques
Le rôle propre infirmier est ressenti comme prépondérant lors de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes une responsabilité accrue est alors ressentie par l'infirmière	Identifier la perception des infirmières de l'importance du rôle propre et de la responsabilité lors d'administration d'un antalgique en réserve par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes		Comment percevez-vous votre rôle concernant l'administration d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i> par rapport à un antalgique prescrit à intervalles fixes ?	Quel rôle infirmier est selon vous prioritairement engagé lors de l'administration d'un antalgique prescrit <i>en réserve</i> ? Quelle est la place du votre rôle propre dans ce soin ? Qu'en est-il de la responsabilité infirmière ? En quoi cela peut-il influencer vos interventions ?	<u>Concept du rôle infirmier</u> : -le rôle infirmier dans les soins -rôle infirmier concernant les traitements de la douleur -responsabilité infirmière

La politique du service en matière de gestion de la douleur influence la démarche de soins infirmiers en vue de l'administration d'un antalgique prescrit en réserve	Distinguer les éléments de la politique de service en matière de gestion de la douleur influençant l'administration d'un antalgique prescrit en réserve		Quels sont les éléments qui peuvent selon vous faciliter ou entraver votre intervention en lien avec les antalgiques prescrits en réserve ?	Quels facteurs vous incitent ou vous freine dans l'utilisation des antalgiques prescrits <i>en réserve</i> ? Qu'est-ce qui est actuellement mis en place dans votre service en matière d'antalgie ? La politique de service (existante ou non) peut-elle avoir un impact sur vos pratiques ? En quoi un protocole serait-il facilitateur ou entravant pour la prise de décision d'administrer un	<u>Démarche de soin :</u> -facteurs conditionnant le raisonnement infirmier <u>Concept du rôle infirmier :</u> -influence des politiques de services sur le rôle infirmier
--	---	--	--	---	---

				<p>antalgique de <i>réserve</i> ?</p> <p>(ex. : administrer un antalgique en réserve si EVA 3 ou plus, si modification du score de douleur, pas d'effets indésirables, etc.)</p>	
			<p>Avez-vous encore quelque chose à me témoigner ?</p>		

B. LETTRE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

TRAVAIL DE BACHELOR SUR LE JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER FACE À UNE PRESCRIPTION MÉDICALE D'ANTALGIQUE PRESCRIT « EN RÉSERVE » CHEZ UN ADULTE SOUFFRANT DE DOULEURS AIGÜES

Réalisé par Valérie Bonnaz, étudiante à la HES-SO// Valais, Filière Soins Infirmiers
Sabine Derouiche, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO// Valais

Informations destinées aux personnes participant à l'étude

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO//Valais, filière Soins Infirmiers, j'entreprends un Travail de Bachelor sur le jugement clinique infirmier face à une prescription médicale d'antalgiques prescrits « en réserve » chez un adulte souffrant de douleurs aiguës.

Mon travail de recherche a pour but de comprendre les éléments pris en compte dans la démarche infirmière lors d'administration d'antalgiques prescrits « en réserve ». Ce travail est réalisé en binôme avec une collègue de promotion, Fabienne Rocha Ramos, qui elle travaillera sur le même thème mais auprès d'un service de pédiatrie. Notre choix se dessine ainsi en vue de voir, à l'aboutissement de notre travail, si des différences sont évidentes en lien avec le type de patients et la politique de soins en matière de gestion de la douleur de chaque service. Nous cherchons à mieux comprendre le processus de décision infirmier pour l'administration d'un antalgique prescrit « en réserve » et en aucun cas faire ressortir une bonne ou mauvaise pratique de soins ou porter un jugement sur les comportements des professionnels. Nous sommes simplement dans une optique de compréhension d'un phénomène.

Directement concerné(e) par le sujet, vous êtes pour moi une source précieuse d'information.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur le déroulement de mon étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative. Par ailleurs, même si, dans un premier temps,

vous acceptez, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous forme d'une enquête par le biais d'entretiens. Si vous acceptez d'y participer, je prendrai contact avec vous, en collaboration avec Mme Roten Myriam, pour fixer un rendez-vous en vue d'un entretien. Celui-ci se déroulera entre vous et moi, sur votre lieu de travail (endroit calme, retiré) ou un autre endroit de votre choix pour autant que l'atmosphère soit propice à la discussion, au moment qui vous conviendra le mieux. Il durera environ 30 à 45 minutes. Cet entretien sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard à la fin février 2012.

Au début de l'entrevue, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous pourriez avoir. Vous serez ainsi en mesure de me confirmer ou non votre participation à l'étude.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez libre en tout temps de refuser de répondre à certaines questions si celles-ci venaient à vous déranger. Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publication dans des revues professionnelles.

Je ne peux malheureusement vous offrir de compensation en échange du temps que vous me consacrerez, toutefois il me serait précieux pour l'avancée de ma recherche.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette lettre.

Valérie Bonnaz
Etudiante en Soins Infirmiers

Contacts :

- Valérie Bonnaz, étudiante HES-SO// Valais
Tél. : 027/346.08.23 – 079/820.53.28
Adresse e-mail : v.bonnaz@bluewin.ch
- Mme Derouiche Sabine, professeure et directrice du travail de Bachelor à la HES-SO Valais. Chemin de l'Agasse 5, 1950 Sion
E-mail : sabine.derouiche@hevs.ch

C. LETTRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

TRAVAIL DE BACHELOR SUR LE JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER FACE À UNE PRESCRIPTION MÉDICALE D'ANTALGIQUE PRESCRIT « EN RÉSERVE » CHEZ UN ADULTE SOUFFRANT DE DOULEURS AIGÜES

Réalisé par Valérie Bonnaz, étudiante à la HES-SO// Valais, Filière Soins Infirmiers
Sabine Derouiche, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO// Valais

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant au mémoire de fin d'étude

Le/la soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du travail de Bachelor nommé ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce Travail Bachelor.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce Travail Bachelor sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis retranscrits anonymement dans le document relatif au Travail Bachelor.
- Est informé(e) et assuré(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du Travail Bachelor, à savoir au plus tard fin février 2012.
- Consent à ce que les données recueillies pour le Travail Bachelor soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre du Travail Bachelor sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au Travail Bachelor mentionné dans l'entête.

Date :

Signature :

Contacts :

- Valérie Bonnaz, étudiante HES-SO// Valais
Tél. : 027/346.08.23 – 079/820.53.28
Adresse e-mail : v.bonnaz@bluewin.ch
- Mme Derouiche Sabine, professeure et directrice du travail de Bachelor à la HES-SO Valais. Chemin de l'Agasse 5, 1950 Sion
E-mail : sabine.derouiche@hevs.ch

D. PORTRAIT DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

<u>Données socio-démographiques :</u>	Nombre d'années d'expérience dans les soins	Formation	Expériences professionnelles antérieures	Formation post-grade en antalgie
Infirmière n° 1	13 ans	Française	Service de médecine, soins intensifs, intérimaire en pédiatrie, réanimation et psychiatrie	×
Infirmière n° 2	7 ans + 17 ans comme infirmière assistante	Suisse (niveau I-II)	Gériatrie, médecine, neurochirurgie, clinique de réadaptation, EMS	×
Infirmière n° 3	3 ans	Française	×	×
Infirmière n° 4	3 ans	Portugaise (universitaire)	×	×
Infirmière n° 5	21 ans	Suisse (soins généraux)	Médecine interne, chirurgie cardiaque	×
Infirmière n° 6	28 ans	Suisse (soins généraux)	Médecine, santé publique, chirurgie	×
Infirmière n° 7	25 ans	Suisse (soins généraux)	Médecine, chirurgie	×
Infirmière n° 8	9 ans	Française	Gériatrie, soins palliatifs, intérimaire en chirurgie ambulatoire et orthopédie	×

E. TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CARACTÉRISTIQUES DE LA DOULEUR AIGÜE ET CHRONIQUE²⁰⁸

	Symptôme aigu	Syndrome chronique
Finalité biologique	utile, protectrice	inutile, destructrice
Mécanisme générateur	uni factoriel	plurifactoriel
Réactions somato-végétatives	réactionnelles	habituation ou entretien
Composante affective	anxiété	dépression
Comportement	réactionnel	appris
Modèle	médical classique	pluridimensionnel somato-psycho-social
Objectif thérapeutique	curatif	réadaptatif

²⁰⁸ BOCCARD, Eric, DEYMIER, Valérie. *Pratique du Traitement de la Douleur*. Institut UPSA de la Douleur, Édition 2006. ISBN : 2-910844-13-7. p.41

F. EFFETS SECONDAIRES DES OPIOÏDES

✓ **La constipation**

C'est l'effet indésirable le plus fréquent, expliquant l'association d'un laxatif quasi systématiquement dès le début du traitement²⁰⁹. Elle s'explique par une atonie des fibres longitudinales du tube digestif et une hypertonie des fibres musculaires et des sphincters²¹⁰.

✓ **Rétention urinaire**

Cet effet secondaire est dû à une augmentation du tonus du sphincter vésical ainsi qu'à une diminution du tonus vésical²¹¹.

✓ **Nausées et vomissements**

Ils surviennent chez 20 à 60% des patients quelle que soit la voie d'administration, suite à la stimulation de la zone chémoréceptrice dans l'area postrema ainsi qu'en induisant un retard de la vidange gastrique et une hypertonie du pylore²¹². Cet effet indésirable semble s'atténuer après quelques jours de traitement²¹³.

✓ **Somnolence ou agitation psychomotrice**

La somnolence peut survenir chez un patient sous opioïdes, elle peut être induite par une récupération suite à une douleur intense ou à un surdosage de médicaments. Une agitation psychomotrice, le comportement opposé, peut également survenir, particulièrement chez les jeunes enfants ou les personnes âgées²¹⁴.

✓ **Effets cardiovasculaires**

Une hypotension liée à une vasodilatation artériolaire et veineuse est possible sous traitement opioïde ainsi qu'une bradycardie liée à une stimulation du système parasympathique²¹⁵.

✓ **Effets sur l'oeil**

En interagissant avec la composante parasympathique du nerf oculo-moteur commun, la morphine induit la contraction des fibres lisses du sphincter de l'iris provoquant un myosis²¹⁶.

²⁰⁹ CHAFFOUR-ADER, Claire., DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner.* (Op. cit.), p. 145

²¹⁰ CHAUVIN, Marcel, BEAULIEU, Pierre. *Pharmacologie des opioïdes.* (Op. cit.), p. 57

²¹¹ Ibid, p. 57

²¹² Ibid, p. 57

²¹³ NICOLAS, Patrick, ABEILLÉ, Dominique. *Pharmacologie et soins infirmiers.* (Op. cit.), p. 105

²¹⁴ CHAFFOUR-ADER, Claire., DAYDE, Marie-Claude. *Petit précis de la douleur. Comprendre, évaluer, traiter, accompagner.* (Op. cit.), p.149

²¹⁵ CHAFFOUR-ADER, Claire., DAYDE, Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur.* (Op. cit.), p.117

²¹⁶ NICOLAS, Patrick, ABEILLÉ, Dominique. *Pharmacologie et soins infirmiers.* (Op. cit.), p. 104-105