

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

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

La douleur de l'attente

Réalisé par : Valérie Martin

Promotion : Bachelor 06

Sous la direction de : Pierre-Yves Roh

Sion, le 6 juillet 2009

1. Introduction	1
1.1. Motivations personnelles	3
1.2. Motivations socio-professionnelles	4
1.3. Objectifs personnels d'apprentissage	6
1.4. Liens avec le référentiel de compétence	6
1.5. Question de départ	8
2. Problématique	10
2.1. Définition générale.....	10
2.2. Revue de la littérature.....	12
2.3. Entretiens exploratoires	13
2.4. Question centrale de recherche.....	14
3. Cadre théorique	16
3.1. Définition.....	17
3.1.1. La douleur	17
3.1.2. Les soins d'urgences	18
3.1.3. La douleur aiguë	19
3.1.4. L'hyperalgésie centrale	21
3.1.5. Théorie du Gate Control.....	22
3.2. Les échelles d'évaluation de la douleur	23
3.2.1. Les échelles d'autoévaluation	23
❖ L'échelle numérique:	23
❖ L'échelle visuelle analogique:	23
3.2.2. Les échelles d'hétéroévaluation	24
3.3. Les principaux traitements de la douleur en urgence	25
3.3.1. Palier des antalgiques (OMS)	26
3.3.2. La Cryothérapie	30

3.4.	Les os	31
3.4.1.	Les membres et leurs os	31
3.4.2.	Les fractures	31
3.5.	Le ressenti	32
3.5.1.	Définition de l'émotion	32
3.5.2.	Le concept de crise	33
3.6.	Les étapes de la relation infirmière-patient selon Peplau	34
❖	L'orientation:	35
❖	L'identification:	36
❖	L'exploitation	36
❖	La résolution	37
3.7.	Le rôle de l'infirmière aux urgences	37
4.	Méthodologie'	40
4.1.	Approche de la recherche.....	40
4.2.	Paradigme utilisé	40
4.3.	Méthode de recherche empirique	41
4.4.	L'échantillonnage.....	41
4.5.	Principes éthiques	42
❖	L'autonomie	42
❖	La bienfaisance, la non-malfaisance.....	42
❖	La justice	43
4.6.	Utilisation des corpus.....	44
5.	Analyse	50
5.1.	Le ressenti du client.....	50
5.1.1.	Le temps d'attente.....	51
5.1.2.	L'information au patient.....	54
5.1.3.	Représentations et urgence	56
5.1.4.	En résumé.....	57

5.2.	Le rôle de l’infirmière	59
5.2.1.	Un regard professionnel.....	59
5.2.2.	Le regard du client	60
5.3.	Le patient et sa douleur	62
5.3.1.	Descriptif des corpus.....	63
5.3.2.	Analyse	64
5.4.	Synthèse de l’analyse.....	67
6.	Discussion.....	70
6.1.	Validité interne.....	71
6.2.	Validité externe.....	72
7.	Conclusion	73
7.1.	Bilan méthodologique	73
7.2.	Bilan professionnel	73
7.3.	Bilan personnel.....	75
8.	Bibliographie	1
❖	Livres.....	1
❖	Recherches et articles	3
❖	Sites internet	4
9.	Annexes :.....	1
1)	Taxonomie de Bloom	1
2)	Questionnaire entretien exploratoire	1
3)	Lettre d’information au patient.....	1
4)	Consentement éclairé.....	1
5)	Approbation de la commission d’éthique.....	1

1. Introduction

Ce travail s'est inscrit dans le cadre de ma formation d'infirmière¹ à la HES-SO Valais. Etudiante en 4ème année, il me fallait, pour obtenir mon Bachelor, réaliser une recherche sur un sujet qui m'interpellait en lien avec ma profession future. Le travail bachelor m'est apparu comme capital dans le sens où il engendre des vocations pour la recherche en soins infirmiers, or, « le travail de recherche, les combats de certaines infirmières ainsi que ceux menés au sein de la profession ont contribué non seulement à l'évolution de la pratique mais aussi à la reconnaissance de la spécificité, auprès d'un large public, professionnel ou non.² »

Il m'a fallu de nombreuses heures de travail ainsi que pas mal d'allers et retours et de déconvenues pour mener à bien ce projet. Ce n'est que lors de la phase de l'analyse que j'ai pris conscience de toutes les révélations qu'offrait une telle démarche. J'ai alors pu entreprendre certaines modifications qui m'ont permis de donner du sens et de faire apparaître un fil rouge dans ma démarche. Dans cette introduction, je tenais à vous donner un aperçu de la réflexion qui m'a conduit à élaborer le sujet que je désirais traiter.

Dans un premier temps, je me suis questionnée sur les interrogations que j'ai pu avoir toute au long de ma pratique professionnelle de stagiaire. J'ai soulevé, grâce à un regard neuf et vierge de préjugés, des éléments qui me paraissaient inapproprié durant mes stages. Il faut dire

¹ Par soucis de clarté pour le lecteur, le terme "infirmière" est utilisé au féminin mais il comprend bien sûr également les hommes.

² JOURNIAC C., DREVET S., JACQUELOT L., SCHABANEL H., SION M-A. *Soins infirmiers : Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche*. Ed. Elsevier-Masson. P. 3. Paris, 2002

aussi que j'ai toujours eu de l'attrait pour les situations d'urgence dans lesquelles il faut s'adapter et agir vite. J'ai tout naturellement voulu traiter de la réanimation. Je me demandais si les infirmières de l'étage étaient prêtes, pratiquement et psychologiquement, à affronter une telle situation. J'ai dû renoncer à ce thème dans la mesure où des travaux de recherches similaires avaient été effectués dans le cadre de la HES-SO. Je me suis alors tournée vers un autre objet : la douleur. Omniprésente à l'hôpital, on la retrouve aussi bien dans les étages qu'aux urgences, elle touche sans distinctions les enfants et les adultes et il arrive fréquemment qu'elle soit induite par les soins. En effet, je me questionnais sur la façon dont était traitée la souffrance de l'être dans les milieux de soins du Valais centrale. Pour ma part, mes représentations me poussent à croire qu'il y a encore de nombreux efforts à consentir pour que cette prise en charge soit optimale.

En choisissant ce thème pour réaliser mon mémoire, j'ai eu bons nombres de discussions avec des personnes de mon entourage. Ces dernières m'ont souvent exprimé leur incompréhension face au plan de soins qu'on leur a proposé. « La douleur était insupportable et j'ai dû menacer pour avoir le droit d'être soulagé » me disait l'un d'entre eux. Cette réflexion vient également des différentes situations que j'ai rencontrées lors de mes stages. Des patients souffraient et j'avais bien du mal à faire entendre ma voix auprès du médecin pour qu'il tente de réajuster le traitement.

Il a fallu ensuite que je m'attarde sur le cadre dans lequel serait menée cette étude. J'ai choisi de me concentrer sur les soins d'urgence. La première raison était, que j'envisage de me former plus avant dans ce contexte une fois ma formation initiale achevée. En deuxième lieu, j'ai estimé que le besoin essentiel de parer aux priorités dans ce type de service pourrait avoir des conséquences sur le traitement de la douleur. En effet, je me suis aperçue que les priorités dépendaient de la situation, du patient

mais également de l'équipe pluridisciplinaire qui le prenait en charge et de ses aspirations.

Dans un second temps, j'ai choisi de préciser l'objet d'étude en définissant le type de patient ainsi que les raisons qui l'ont amené à recourir à un service d'urgence. Comme vu plus haut, la douleur n'épargne généralement personne à l'hôpital. Il y a de multiples facteurs qui poussent le patient à consulter, mais «alors qu'elle représente le premier motif de consultation dans les services d'urgence, la douleur reste encore bien souvent le parent pauvre dans la hiérarchie des traitements mis en œuvre en urgence³. »

Cela étant, il a fallu faire un choix de manière à restreindre mon sujet et à le rendre accessible. J'ai donc choisi de traiter du traumatisme simple chez l'adulte, car mes préconstruits me poussent à croire qu'il n'y a pas de motifs de type diagnostic qui permettraient de mettre en doute le traitement rapide d'une telle douleur. Enfin, j'ai encore défini quels professionnels de la santé étaient concernés dans une étude de ce type.

Nous allons maintenant poser les bases de la recherche en définissant une question de départ utile au développement de la problématique. Mais tout d'abord, laissez-moi vous exposer les raisons d'un tel choix.

1.1. Motivations personnelles

Il y a plusieurs raisons qui m'ont poussée à traiter de ce sujet. En premier lieu, j'ai voulu m'intéresser à l'urgence car j'ai toujours été attirée par ce domaine. Comme vu plus haut, la nécessité d'agir rapidement et en respectant les spécificités de chaque situation me fascine. Petite, j'ai été impressionnée par la passion et le sang froid dont faisaient preuve les pro-

³ DUCASSE J-L. and al. *Dequad urgences: douleurs aiguës en situation d'urgence : des techniques à la démarche qualité*. p.147, Ed. Arnette. Rueil-Malmaison, 2004.

fessionnels de l'urgence que ce soit mon papa, instructeur sapeur-pompier, ou encore mon voisin, ambulancier. Je pense également aujourd'hui que la prise en charge « primaire », sur les lieux même de l'évènement ainsi que les premiers contacts avec l'infirmière des urgences, influencent avec force les suites de l'hospitalisation. J'aspire d'ailleurs à me spécialiser en soins d'urgence, une fois ma formation de base accomplie.

Dans un second temps, j'ai choisi de restreindre mon champ d'étude à la douleur. En effet, il me semble primordial d'en faire une priorité de soins car je pense que lorsque quelqu'un a mal, souffre, il est difficile d'entrer en relation avec lui. Or, la communication avec le patient dans toutes ses dimensions bio-psycho-social et spirituelle me paraît être le point crucial de la profession d'infirmière.

Enfin, et d'une manière plus générale, j'ai sélectionné ce thème car je crois qu'il me passionnera suffisamment pour que je puisse le mener à terme dans les meilleures conditions possibles et faire de ce travail une recherche dite « scientifique », en d'autres termes, une recherche qui s'appuie sur des connaissances vérifiées et actualisées dans le domaine des soins infirmiers et de la médecine.

1.2. Motivations socio-professionnelles

Durant les différents stages que j'ai effectué dans le cadre de ma formation, j'ai pu me rendre compte à quelques reprises que la douleur était parfois insuffisamment évaluée ou encore peu traitée à mes yeux, en comparaison de la description que le patient en faisait et ce pour des raisons que j'ignore. Je n'ai moi-même pas toujours eu le réflexe de la soulager lorsque j'ai rencontré la douleur.

Par exemple, lors de mon stage aux soins intensifs, je suis allée aider une collègue à réinstaller un jeune traumatisé crânien sous sédation. Lorsqu'on l'a tourné sur le côté pour le rafraîchir, je l'ai vu verser plusieurs larmes qui sur le moment m'ont fait dire qu'il était inconfortable. Malgré cela, et bien que ma pensée soit discutable, je n'ai pas eu le réflexe de proposer à son infirmière référente de renforcer la sédation ou de lui administrer un antalgique. En y repensant, je crois que mon manque d'expérience est à l'origine de cette réaction. Cette situation m'interpelle également car elle m'a ouvert les yeux sur la difficulté d'évaluer la douleur dans le genre de cas décrit ci-dessus. Il me vient alors plusieurs questions : quels sont les moyens dont disposent les professionnels pour évaluer la douleur ? Sont-ils suffisamment connus ? Sont-ils fiables et utilisables dans chaque situation ? Les ressources en termes de temps et de soignants sont-elles acceptables pour qu'une évaluation soit effectuée régulièrement ?

Ce sont précisément les motivations décrites ci-dessus et les questions qu'elles mettent en évidence qui vont me permettre dès maintenant de poser mes objectifs personnels d'apprentissage.

1.3. Objectifs personnels d'apprentissage⁴

- A la fin de ce travail, je serai capable d'identifier les différents aspects qui composent la douleur et d'en tenir compte dans mes décisions professionnelles.
- A la fin de ce mémoire, je connaîtrai les moyens d'évaluation de la douleur à disposition des professionnels de la santé. Je saurai juger de leur pertinence afin de les utiliser de manière adéquate et intelligente.
- Durant ce travail, je comparerai les différentes échelles d'évaluation et discuterai de leur application possible dans les soins d'urgence.
- Ce mémoire va me permettre de critiquer les actions que je mets en place pour soulager la douleur dans ma pratique professionnelle et de les réajuster.

1.4. Liens avec le référentiel de compétence

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

Ce travail va me permettre de mieux prendre en compte le client dans ma pratique quotidienne. Il va également me donner une référence solide pour faire entendre mon jugement professionnel au sein de l'équipe interdisciplinaire lors de prise en charge de patient douloureux.

⁴ Ces objectifs ont été formulés en lien avec la Taxonomie de Bloom's en annexe 1. Ainsi « identifier et reconnaître » s'apparente à un bas niveau de compétence alors que « comparer et critiquer » relèvent respectivement de l'analyse et de la synthèse donc un haut niveau de compétence.

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

A la fin de cette démarche, je pense réussir à apprécier les demandes de la clientèle cible de manière objective et professionnelle. Je pourrai également réaliser des actions éducatives et donner des références appropriées à mes futures collègues.

Compétence 5 : Contribuer à la recherche en soins et en santé

J'ai ici pu définir un sujet de recherche issu d'une problématique de terrain. J'apprends à trouver des ressources fiables pour identifier des résultats de recherche utilisable dans ma pratique. De plus, je contribue à développer une pratique infirmière basée sur des connaissances fondées scientifiquement.

Compétence 9 : Exercer sa profession de manière responsable et autonome

Ce travail va m'offrir de nouvelles connaissances pour ma pratique et ainsi favoriser ma prise d'initiatives et de décisions. Il me permettra encore, selon les résultats de ma recherche, de proposer des actions, ou tout du moins, de nouvelles pistes de réflexion pour contribuer au développement de la profession.

1.5. Question de départ

Pour définir ma question de départ, je me suis appuyée sur les motivations énoncées dans mon introduction. J'ai tout d'abord défini les cadres qui font référence à une situation d'urgence. On y retrouve effectivement le service des urgences de l'hôpital mais aussi d'autres acteurs de la chaîne du sauvetage. Ce sont souvent les ambulanciers qui interviennent en premier lors d'un accident. Le cadre, dans ce cas, n'est autre que le terrain. L'ambulancier doit prendre des initiatives et décider seul de la marche à suivre pour son patient. Il s'appuie pour cela sur des protocoles de prise en charge. Il possède une formation différente de l'infirmière à savoir que leur titre correspond à un niveau ES⁵ alors que les soins infirmiers en Suisse romande dispensent des formation HES⁶.

Dans un second temps, je me suis interrogée afin d'identifier mes préconstruits sur la douleur et la définition que je lui donnais. Pour moi, il s'agissait d'un mal ressenti pouvant être fulgurant, soit « aigu », ou latent, soit « chronique ». Je lui ai encore attribué le pouvoir de faire jaillir différentes émotions comme la peur ou la colère. Mes représentations me poussaient à croire que ces sentiments étaient induits par le manque de gestion cognitive de la situation, dû lui-même à un manque de connaissances dans le domaine de la santé. Il en est ressorti que mon travail allait porter sur le ressenti exprimé par le patient de sa douleur. J'ai voulu savoir ce qu'elle impliquait pour lui et dans quelle mesure.

Puis, il m'est apparu que la souffrance de l'urgence est d'abord une douleur aiguë. C'est souvent elle, qui alerte le client sur son besoin immédiat de soins. On la rencontre dans la quasi-totalité des événements urgents. Elle est présente aussi bien dans l'infarctus dû à une pathologie

⁵ Ecole spécialisée, niveau de formation secondaire.

⁶ Haute école spécialisée, niveau de formation tertiaire.

cardiovasculaire sous-jacente que dans le traumatisme d'un accident. J'ai préféré traiter la douleur de la fracture car celle-ci n'a que peu d'influence diagnostic étant donné que la déformation du membre et l'impotence fonctionnelle sont des signes cliniques équivoques.

Au regard de ce qui précède, j'ai pu formuler une question de départ prenant en compte les divers éléments précités :

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

2. Problématique

2.1. Définition générale

Cette recherche s'inscrit dans le cadre des soins infirmiers. Elle a donc besoin d'un concept cadre dans ce domaine pour assurer sa validité interne. « Hildegard Peplau a décrit les soins infirmiers comme un processus interpersonnel thérapeutique. Il s'agit d'une relation humaine entre une personne malade ou une personne ayant un besoin d'aide et une infirmière formée de façon adéquate afin de reconnaître son besoin d'aide et d'y répondre. L'intervention de l'infirmière est thérapeutique, elle porte aide et assistance. »⁷ Dans les soins d'urgence, le rôle de l'infirmière au même titre que celui de l'ambulancier est donc d'identifier et d'évaluer les différents symptômes décrits par le patient. Ils se doivent aussi d'anticiper les complications potentielles et de garantir au client un traitement rapide et personnalisé, en collaboration avec le médecin. La douleur fait partie intégrante de ces symptômes et devrait, selon moi, être définie comme une des priorités dans la prise en charge du client traumatisé. « Les objectifs de la prise en charge de la douleur comprennent sa reconnaissance, le traitement adapté, la réévaluation systématique et régulière⁸ ». Mais voyons ensemble la difficulté de rester objectif au regard des définitions de la douleur proposées ci-dessous.

La douleur a été décrite par l'association internationale d'étude sur la douleur (International association for the study of pain-ISA) comme « une expérience sensorielle, émotionnelle, désagréable associée à une

⁷ KEROUAC S. *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*. Ed. Maloine, Paris, 1994.

⁸ GALINSKI M., ADNET F. *Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence*. In Réanimation N°16, pp. 652-659, p. 652. Bobigny, 2007.

lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion. »⁹ Elle varie en fonction de chaque individu, elle est donc personnelle et impossible à comprendre par autrui dans sa globalité. Comme le dit si bien Le Breton la douleur est incommunicable, il écrit ceci : « Le ressenti de la douleur, partiellement repérable à travers les connaissances des sciences humaines, les témoignages littéraires, et surtout ceux des malades ou des blessés, est d'abord un fait personnel et intime qui échappe à toute mesure, à toute tentative de le cerner et de le décrire, à toute volonté de dire à l'autre son intensité et sa nature. La douleur est un échec radical du langage. »¹⁰

Il devient alors impératif de se demander comment le personnel de la chaîne du sauvetage, médecin, infirmière ou ambulancier, arrive à calmer et traiter les douleurs de ses clients en respectant le ressenti, la culture et la personnalité de chacun. En outre, notre intérêt se portant sur les soins d'urgences, il est utile de rappeler que ce contexte implique dans tous les cas une situation de crise. Cette dernière, qui se mêle aux autres symptômes, exerce bien souvent un effet délétère supplémentaire. J'ai donc cherché diverses études dans la littérature existante pour me renseigner sur les méthodes et l'efficacité du traitement de la douleur du pré-hospitalier au service des urgences.

⁹ Information tirée de VO-VAN F. *La prise en compte de la douleur provoquée iatrogène chez l'adulte*, p. 13 consulté le 15 mai 2008 [en ligne] http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/memoire_Vo_Van.pdf?PHPSESSID=2e410e3548cf3c620dbf042086040fbd

¹⁰ LE BRETON D. *Anthropologie de la douleur*. Ed. Métailié, Paris. 1995. pp. 38-39.

2.2. Revue de la littérature

De nombreux ouvrages et recherches ont été publiés sur la douleur durant les vingt dernières années. Malgré cela et bien que les représentations et les comportements aient évolué¹¹, il semble qu'il y ait encore beaucoup de lacunes quant au traitement et à la prise en charge de la douleur. Pour appuyer mes dires, je citerai ici un passage d'un article sur l'analgésie en urgence chez l'adulte : « La douleur aiguë est un symptôme fréquemment rencontré en médecine d'urgence préhospitalière et intrahospitalière, mais encore trop souvent sous-estimé et insuffisamment traité.¹² ».

Une étude de Jones et Machen de 2003¹³, montre que les professionnels du paramédical en Angleterre ne traitent pas toujours les douleurs auxquelles ils sont confrontés car ils estiment qu'une partie des patients exagèrent leurs maux lors de l'évaluation. Un autre travail, publié en 2008 et mené sur la prise en charge de la douleur dans le préhospitalier en France, montre que malgré la mise en place d'un protocole d'intervention par morphinique, ce dernier n'est pas respecté dans 40% des cas, faute d'une mauvaise évaluation de la douleur¹⁴. Enfin, diverses

¹¹ QUEFFELEC FRADET A. *Traçabilité de l'évaluation de la douleur en SMUR – Evolution*. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 2006.

¹² RICARD-HIBON A., BELPOMME V., BEN HELLAL A., CHOLLET C., MARTY J. *Anal-gésie en urgence chez l'adulte*. In EMC-Médecine N° 1, pp. 80-91. p. 81, Clichy, 2004.

¹³ HENNES H., KIM M. K., *Prehospital pain management : Current status and future direction*. In Clinical pediatric emergency medicine, pp. 25-30. p. 27, 2006.

¹⁴ RICARD-HIBON A. and al. Compliance with a morphine protocol and effect on pain relief in out-of-hospital patients. In The journal of emergency medicine, Vol. 34. N° 3. pp. 305-310, USA, 2008.

recherches¹⁵ effectuées tant en France que dans les pays anglo-saxons démontrent que dans environ 40% à 50% des cas, l'oligoanalgésie en soins d'urgence est due à une sous-évaluation de la douleur par le soignant par rapport à celle qu'en fait le client¹⁶.

2.3. Entretiens exploratoires¹⁷

Au vu des éléments qui précèdent, j'ai cherché à en savoir un peu plus sur le traitement en urgence de la douleur en Valais central. J'ai voulu savoir si les résultats de recherche pour les autres pays européens étaient également applicables au système de santé de notre canton. J'ai donc mené différents entretiens avec des professionnels de l'urgence¹⁸ et du préhospitalier à Sion¹⁹.

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur par l'ambulancier, j'ai pu réaliser un entretien très détaillé qui m'a permis de comprendre les différentes pratiques utilisées par les professionnels pour soulager la douleur. Il en est ressorti, en tout cas si je m'appuie uniquement sur les dires du sujet interrogé, que les protocoles et autres moyens à disposition ainsi que les compétences de l'ambulancier en Valais, permettent une bonne prise en charge de la douleur de son évaluation jusqu'à son traitement.

¹⁵ DUGAN M., DUNN V. *Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients : A replication*. In International Emergency Nursing N°16. pp. 23-28, Ireland, 2007

¹⁶ Ibid, p.25.

¹⁷ Questionnaire en Annexe 2.

¹⁸ Entretien du 16 juillet 08 avec une infirmière et l'infirmier chef de service (ICS) au service des urgences de l'hôpital de Sion.

¹⁹ Entretien du 15 juillet 08 avec un ambulancier certifié, au siège des ambulances et de la police municipale de Sion.

« La prise en charge antalgique en préhospitalier est bien faite, on a de toute façon des résultats en arrivant aux urgences où les gens ont repris des couleurs, sont moins tachypnéiques, moins tachycardes et qui nous remercient d'avoir soulagé leur douleur. »

Je me suis ensuite rendue au service des urgences de l'hôpital de Sion où j'ai été accueillie par une infirmière, puis par l'infirmier chef d'unité de soins, lequel nous a rejoint en cours d'entretien. Bien que des protocoles existent, il semble que ceux-ci soient confidentiels et mes interlocuteurs n'ont pas souhaité me les montrer. Ces derniers m'ont cependant assuré que la prise en charge de la douleur était réalisée par tous les membres de l'équipe de façon optimale.

2.4. Question centrale de recherche

En regard des éléments que j'ai pu relevés lors de la revue de la littérature sur le sujet, le résultat de l'entretien exploratoire mené aux urgences ne me satisfait guère. En effet, différentes études ont démontré que, des progrès ont été faits en matière d'antalgie, mais elles relèvent également aussi que ces efforts ne sont pas encore suffisants. La retenue exprimée par les personnes rencontrées m'a surprise et il m'est difficile de me l'expliquer. Ceci étant, j'ai préféré me concentrer sur l'approche infirmière du patient pour deux raisons. La première était qu'il s'agit là de mon domaine de prédilection et qu'il correspondait parfaitement à mon plan de carrière. Deuxièmement, la complexité de la prise en charge infirmière me semblait plus adaptée à une réflexion sur la douleur qui reste un ressenti plurifactoriel.

En conséquences, je vais baser ma recherche sur le ressenti du patient dans ce service. Je désire connaître ce que ce dernier pense de la manière dont on a soulagé ses douleurs, identifier les moyens qui ont été

utilisés et analyser la gestion globale de la douleur du client par le soignant. Ma question centrale de recherche est la suivante :

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

3. Cadre théorique

Dans ce chapitre, nous allons poser les bases nécessaires à la compréhension de la matière. Cela nous permettra entre autre d'analyser les données recueillies dans la phase empirique en les référant à des données théoriques précises. Or, durant les entretiens que j'ai mené, j'ai dû me rendre à l'évidence que la douleur est certes un problème récurrent lors de fractures mais qu'elle est loin, à elle seule, de donner un aperçu globale du ressenti exprimé par le client. Ces derniers ont eu fort à faire lors de leur découverte du service des urgences. Il a notamment été question, de l'attente, du rôle de l'infirmière, de la qualité des infrastructures et de la dotation en personnel du service concerné. Aussi j'ai choisi d'élaborer mon cadre de manière à ce que ces éléments, bien qu'à première vue ne faisant pas parti de la question centrale, aient une répercussion sur les conclusions de l'analyse de mon travail.

Il s'agira donc, bien sûr, de vous décrire le phénomène de la douleur en détaillant sa physiopathologie, ainsi que d'expliquer le phénomène de douleur aigue. Durant cette première partie nous donnerons également des éléments de compréhension afin d'expliquer les ressentis du client.

Pour continuer dans les définitions nous aborderons la notion de « service d'urgence » avec tout ce que cela implique, en terme d'infrastructure et de personnel. Nous toucherons notamment à des données qui cherchent à mettre en avant le rôle infirmier. Peplau²⁰, sera là notre principale interlocutrice. Nous verrons également quelques facteurs qui tendent à expliquer le pourquoi de l'attente aux urgences.

²⁰ Docteur Hildegard Peplau, qui a créé une théorie de soins à l'intention de la profession infirmière consignée dans son ouvrage « les relations interpersonnelles en soins infirmiers. »

Ensuite, un chapitre sera consacré aux différentes échelles existantes pour évaluer la douleur du patient. Il s'agira d'en décrire quelques unes afin de voir les avantages et les inconvénients de l'utilisation de celles-ci ainsi que de la faisabilité de ce genre d'évaluation en situation d'urgence.

Puis, nous verrons les moyens pharmacologiques et non pharmacologiques utiles dans le traitement de la douleur en urgence. Nous pourrions alors faire ressortir des données concrètes du vécu du client interrogé.

Puisque dans notre question centrale, nous parlons « d'adulte » il sera fort utile de donner des pistes sur cette notion ,en développant de manière synthétique l'évolution psychologique de ce dernier selon qu'il sort de l'adolescence ou qu'il entre bientôt dans le troisième âge.

Enfin, nous nous pencherons plus en détails sur le concept de crise afin de ne pas négliger le cadre et le contexte dans lesquels le patient est pris en charge.

3.1. Définition

3.1.1. La douleur

Comme nous l'avons vu, la douleur est un phénomène extrêmement complexe et ardu à décrire et analyser. Elle comporte notamment différentes dimensions²¹. Si l'on se base sur le Delamare, dictionnaire des termes de médecine, la douleur est imagée comme une « impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cer-

²¹ AVET F. and all. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers : douleur totale et prise en charge*. Ed. Med-line. Paris, 2006.

veau.²² » Mais cette définition est loin d'être exhaustive. Comme le dit Jean Vibes, docteur en médecine, dans son ouvrage²³ sur la douleur, cette dernière est plurifactorielle. Deux axes entrent en jeu, à savoir l'axe physique qui tend à expliquer la localisation de la douleur, son intensité, sa durée et qui se révèle donc être d'ordre plutôt sensoriel. Au niveau psychologique, la douleur peut parfois être lourde de conséquences puisqu'elle concerne l'être dans son moi profond et peut-être assimilé à une perte qui modifie l'image de soi et le caractère de la personne²⁴. Elle touche ainsi à la cognition mais également aux émotions. On remarque bien dans les entretiens menés auprès de la population concernée que le client adulte traumatisé exprime des ressentis différents selon le sens qu'il accorde à sa douleur ou lorsque « comprendre le sens de sa peine est une autre manière de comprendre le sens de sa vie.²⁵ »

Cette douleur que nous recherchons à classer ou à comprendre, tout du moins en partie, est prise en considération dans un cadre spécial, l'urgence. Mais quelles sont les implications de cette affirmation ?

3.1.2. Les soins d'urgences

L'american college of emergency physicians a décrit les soins d'urgence comme : « Les soins d'urgences sont des services de santé prodigués pour évaluer et traiter les conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez sévères pour qu'une personne prudente, possédant un niveau moyen de connaissances en santé

²² DELAMARE J. Dictionnaire des termes de médecine. Ed. Maloine, 25^{ème} éd. p. 234. Paris, 1998.

²³ VIBES J. *Guide de la douleur : le syndrome douloureux chronique*, Ed. Estem, Paris, 2001

²⁴ LE BRETON D. *Anthropologie de la douleur*. Ed. Métailié, Paris, 1995.

²⁵ Ibid, p. 107.

soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente et/ou non prévue est nécessaire²⁶. »

Dans la réalité, seul un petit pourcentage des entrées faites dans ce service correspond à des menaces vitales. J'ai pu trouver diverses sources dont certaine parle de 0,5%²⁷ de menaces vitales réelles et immédiates alors que d'autres vont jusqu'à 15%²⁸ pour les cas que l'on peut considérer comme des urgences au sens de la définition ci-dessus. Toujours est-il que la douleur peut être reléguée au second plan dans les soins d'urgences puisque c'est en premier lieu le risque vital qui se voit évalué. On peut se poser des questions pertinentes lorsque l'on fait un parallèle entre le pourcentage de consultations pour un risque vital, très faible, et le pourcentage qui concerne la douleur, extrêmement élevé. Il est évident pour tout un chacun, que le rôle premier de l'urgentiste est de préserver la vie. Dans un même esprit de classification des priorités, ne pourrait-on pas penser que le rôle premier de l'infirmière des urgences et de soulager la douleur aigue ?

3.1.3. La douleur aigue

Contrairement à la douleur chronique, qui persiste au-delà de six mois, la douleur aigue se manifeste de manière ponctuelle en réponse à une lésion tissulaire. « Elle est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou dé-

²⁶ Définition tirée du site

http://www.chq.gouv.qc.ca/app/DocRepository/1/Unites_fonctionnelles/CH/Urgence_090202.pdf [en ligne], consultée le 21.02.09

²⁷ PENEFF J. L'hôpital en urgence : étude par observation participante. Ed. Métailié. P. 17. Paris, 1992.

²⁸ SHOLTIS-BRUNNER L. and all. Soins infirmiers en médecine et en chirurgie: système immunitaire et tégumentaire. 4^{ème} Ed. De Boeck Université. P.504, Canada, 2006.

crite dans des termes évoquant une telle lésion. Le début est brusque ou lent ; l'intensité varie, de légère à sévère, l'arrêt est prévisible ; la durée est inférieure à six mois.²⁹ »

Lors d'un traumatisme, comme par exemple une fracture d'un membre inférieur, les tissus alentours sont lésés. Il en résulte une réaction inflammatoire. Le corps réagit alors en libérant différentes substances telles que les bradykinines, l'histamine, les interleukines, les leucotryènes, les prostaglandines ainsi que d'autres éléments, à savoir des ions potassium, des ions hydrogène et de l'acide lactique. Il en résulte une vasodilatation et une hyperémie qui permettent un afflux de sang massif dans le territoire inflammé. La perméabilité vasculaire augmente. On peut alors observer une fuite plasmatique qui provoque la création de l'œdème. Ce dernier comprime les fibres nerveuses libres qui stimulées par les médiateurs chimiques se dépolarisent. « Les médiateurs directement algogènes³⁰ qui stimulent les nocicepteurs sont les ions H⁺, les ions K⁺, la sérotonine et la bradykinine³¹ ». L'influx nerveux se dirige alors vers la moelle épinière par les voies afférentes jusqu'au niveau de la corne postérieure. Ce sont principalement les fibres A delta qui transmettent la douleur aiguë. Elles libèrent la substance P, un neurotransmetteur, qui à son tour dépolarise le neurone T. L'information est transmise via les faisceaux spinaux-thalamiques et spinaux-réticulo-thalamiques jusqu'à l'encéphale. Elle traverse le système limbique et l'hypothalamus pour arriver ensuite au thalamus, la porte d'entrée du cortex, où l'on prend conscience de la douleur.

²⁹ MOORHOUSE, DOENGES. *Diagnostics infirmiers: interventions et bases rationnelles*. Trad de la 7^{ème} édition américaine. Ed. De Boeck Université. P. 363. Montréal, 2001

³⁰ Qui provoquent la douleur.

³¹ DUCASSE J-L. and al. *Dequad urgences: douleurs aiguës en situation d'urgence : des techniques à la démarche qualité*. p.147, Ed. Arnette. Rueil-Malmaison, 2004.

« La douleur vive (douleur rapide) est suivie d'une douleur sourde, diffuse, mal localisée, qui disparaît beaucoup plus lentement (douleur lente). On considère que deux catégories de fibres participent en fait à la douleur : des fibres myéliniques de fins diamètres (A delta, 10 m/sec) responsables de la douleur rapide et des fibres amyéliniques (fibres C, 1 m/sec) véhiculant la douleur lente. L'impulsion brève et intense excite les deux types de terminaisons et la différence entre les vitesses de conduction des deux types de fibres explique le décalage des sensations ressenties.³² » Dans le cas où une douleur serait peu ou pas traitée, il peut en résulter un processus complexe d'hyperalgésie centrale qui diminue le seuil de tolérance à la douleur ainsi que l'effet antalgique des médicaments utilisés.

3.1.4. L'hyperalgésie centrale

Le phénomène d'hyperalgésie centrale se produit lorsqu'une douleur se répète ou encore, dans le cas qui nous intéresse, lorsqu'une forte douleur est insuffisamment traitée. Il en advient une diminution de la tolérance à la douleur³³.

En effet, l'hyperalgésie, dans son processus physiologique active la libération de glutamate dans la fente post-synaptique. Celui-ci va se fixer sur les récepteurs NMDA sur le neurone suivant et active la pénétration du calcium dans la cellule. Cette dernière, par réaction, va produire du monoxyde d'azote ainsi que des prostaglandines qui vont revenir en pré-

³² Information tirée du site <http://neurobranches chez-alice.fr/systnerv/systsens/somesthesie4.html> [en ligne], consulté le 25 août 2008.

³³ MARIEB E. Anatomie et physiologie humaines. Ad. De la 6^{ème} Ed. américaine. pp. 510-511 Ed. du renouveau pédagogique. Canada, 2005.

synaptique et stimuler la libération du glutamate. Le cercle vicieux est lancé et contribue à l'abaissement de la tolérance et du seuil de la douleur³⁴.

Il devient alors facile de comprendre l'importance d'une antalgie efficace et rapide dans les soins d'urgence. Sans cela, une douleur chronique s'installe. Elle fragilise le patient dans son psychique et altère la qualité de sa vie quotidienne. De plus, sur le plan financier, les nombreuses consultations et les traitements fréquents, augmentent les coûts de la santé.

3.1.5. Théorie du Gate Control

La théorie du Gate Control ou de la porte médullaire sélective, publiée en 1965 par Melzack et Wall, démontre que « la stimulation des fibres tactiles myélinisées de gros diamètres ($A\alpha$ et β) renforce les mécanismes inhibiteurs physiologiques au niveau de la corne postérieure de la moelle fermant en quelque sorte la porte aux influx nociceptifs véhiculés par les fibres de petits calibres peu myélinisées ou amyéliniques (C).³⁵» Pour simplifier, nous dirons que les sensations tactiles, d'une rapidité supérieure, qui dépolarisent le neurone T empêchent celui-ci pour un temps, de transmettre l'influx douloureux. Pour cela, il faut que les interneurons du site, reçoivent plus d'influx excitateurs que d'influx inhibiteurs, la perception de la douleur est alors effectivement réduite³⁶.

³⁴ Information tirée du cours de Chris Schoepf, du 22 février 2007

³⁵ Information tirée BISSON C. and Cie. *La neurostimulation transcutanée : guide pratique à l'usage des infirmier(e)s ressource douleur*. Novembre 2003. [en ligne] <http://www.institut-upsa-douleur.org/UserFiles/IGWSIUD/File/CLUD/neurostimulation.pdf>, consultée le 20 août 2008.

³⁶ MARIEB E. Anatomie et physiologie humaines. Ad. De la 6^{ème} Ed. américaine. pp. 510-511 Ed. du renouveau pédagogique. Canada, 2005.

3.2. Les échelles d'évaluation de la douleur

Il existe deux principales catégories d'échelles pour évaluer les douleurs à savoir les échelles d'autoévaluation et les échelles d'hétéroévaluation. En urgence, la facilité de réalisation et la rapidité sont des critères essentiels pour juger de la pertinence de ces outils.

3.2.1. Les échelles d'autoévaluation

❖ *L'échelle numérique:*

L'échelle numérique est très simple d'utilisation. Elle se découpe en 100 parties mais peut également l'être en 10. Il s'agit de demander au client d'évaluer sa douleur par rapport à celle-ci, 0 étant « pas de douleur du tout » et 100 « la pire douleur imaginable. »

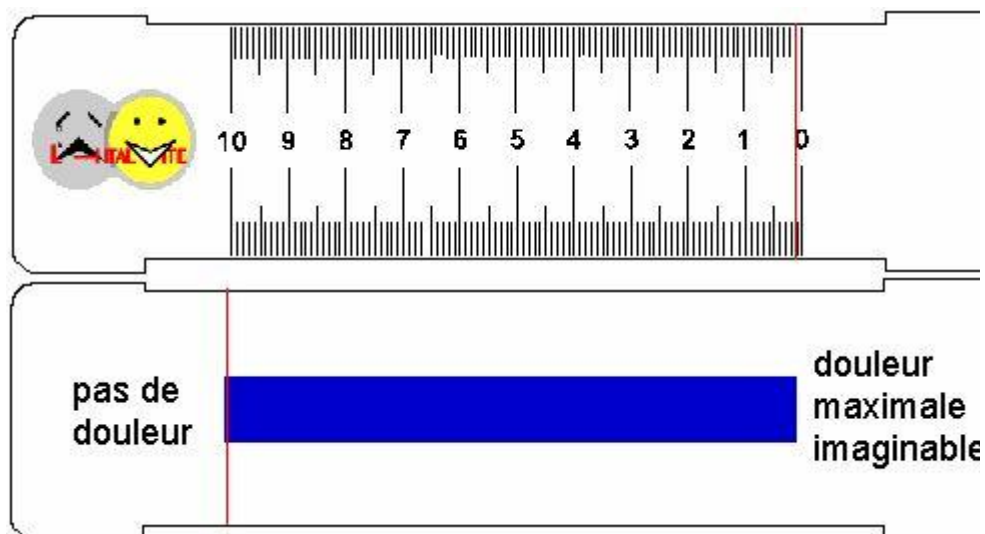
Ses avantages sont la facilité de réalisation et la rapidité de l'évaluation. En ce qui concerne ses défauts, elle demande une compréhension par le patient et requiert que celui-ci soit conscient.

❖ *L'échelle visuelle analogique:*

« L'échelle visuelle analogique est l'échelle de référence pour l'évaluation de la douleur aiguë. [...] C'est également l'échelle privilégiée par les équipes médicales préhospitalières.³⁷ » Elle se présente sous la forme d'une petite réglette graduée de 0 à 10 du côté soignant. Sur la face vue par le patient, une ligne représente la douleur. On demande alors à ce dernier de placer un curseur sur la ligne. Toute à gauche, il n'éprouve au-

³⁷ DUCASSE J-L. and al. *Dequad urgences: douleurs aiguës en situation d'urgence : des techniques à la démarche qualité*. p.13, Ed. Arnette. Rueil-Malmaison, 2004.

cune douleur et tout à droite il ressent la pire douleur imaginable.



présentation de l'EVA³⁸

L'EVA possède cependant des limites au même titre que l'échelle numérique. Pour répondre aux questions du soignant, le patient doit être conscient, parler la même langue (ce qui est parfois délicat en Valais lors de la saison d'hiver qui recèle le plus de fractures et où les touristes étrangers sont nombreux) et être capable d'abstraction.

3.2.2. Les échelles d'hétéroévaluation

Les échelles d'hétéroévaluation sont moins utilisées en soins d'urgence. Elles demandent l'appréciation de l'infirmière qui évalue la douleur du patient en fonction de critères tels que les crispations, les mimiques, les gémissements... Le risque est « une sous-estimation de

³⁸ Image tirée de http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_visuelle_analogique.htm [en ligne] consultée le 27 juillet 2008.

l'intensité douloureuse bien souvent démontrée même en médecine d'urgence.³⁹ »

Par exemple, l'échelle Doloplus évalue le retentissement somatique en se basant sur les positions antalgiques, les mimiques, le sommeil, le retentissement psychomoteur en ce qui concerne l'exécution des activités de la vie quotidienne et le retentissement psychosocial qui évalue le comportement et la vie sociale. Elle comporte un grand nombre de critères, difficilement observables en urgence ce qui la rend impraticable. Par contre, l'échelle de Bourreau qui ne comprend que quatre items à savoir, pousse des gémissements, des plaintes, Front plissé ou crispation du visage, Attitude antalgique, Mouvements précautionneux et qui s'évalue sur trois niveaux, Absent, Faible, Marqué pourrait être utilisée lorsque le patient est incapable de répondre aux questions du soignant ou lorsqu'une incompréhension marquée existe.

3.3. Les principaux traitements de la douleur en urgence

En ce qui concerne le traitement de la douleur en urgence, de nombreux protocoles ont été édités. Il s'agit d'utiliser les échelles vues dans la section précédente et d'appliquer le traitement qui s'y rapporte. Actuellement, les protocoles hospitaliers sont en général basés sur le palier III d'antalgie de l'OMS que je vais vous exposer dans le prochain chapitre

Pour calmer la douleur lors d'une fracture simple, le premier geste à effectuer est l'immobilisation du membre concerné. On réduit ainsi les déchirures provoquées par les os aux tissus alentours ainsi que les frotte-

³⁹ DUCASSE J-L. and al. *Dequad urgences: douleurs aiguës en situation d'urgence : des techniques à la démarche qualité*. p.14, Ed. Arnette. Reuil-Malmaison, 2004.

ments douloureux.

Dans un second temps, il existe un panel de médicaments antalgiques qui permettent aux professionnels de la santé de gérer la majeure partie des types de douleurs, qu'elles soient faibles, modérées ou fortes.

Enfin, on rencontre d'autres thérapies, parfois issues de la théorie du Gate Control comme par exemple l'application de froid, méthode simple et utilisable dans n'importe quel terrain.

3.3.1. Palier des antalgiques (OMS⁴⁰)

L'OMS a défini trois paliers afin de classer les médicaments antalgiques utilisés en médecine traditionnelle.

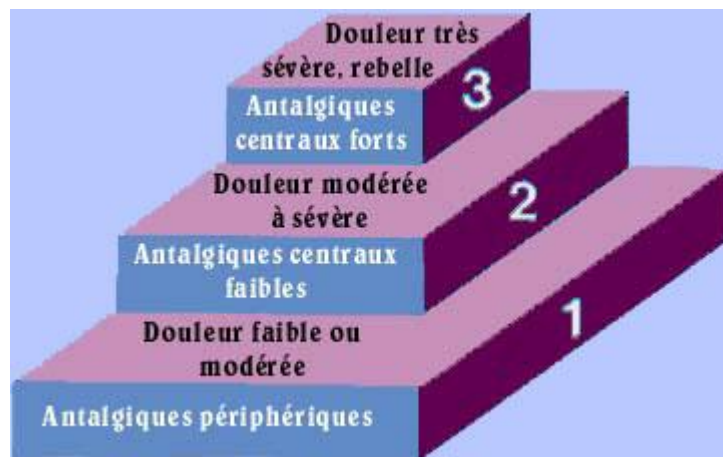


Illustration des paliers utilisés par l'OMS⁴¹

⁴⁰ Organisation mondiale de la santé

⁴¹ Image tirée du site www.infirmiers.com, [en ligne], <http://www.infirmiers.com/etud/cours/pharmaco/antalgiques.php> consultée le 20 août 2008.

Le premier palier concerne les antalgiques périphériques ou non-morphiniques. On y répertorie par exemple le paracétamol ou encore les AINS⁴². Dans le cas de douleurs aiguës survenues suite à un trauma, il est vivement recommandé d'associer les deux types de comprimés pour obtenir un meilleur effet. Cependant, ce traitement peut s'avérer insuffisant.

Le paracétamol (Dafalgan®) possède un mécanisme d'action qui n'est pas encore établi de façon certaine. Toutefois, il a été démontré que ce dernier inhibe la synthèse des prostaglandines au niveau central. Or, on sait que les prostaglandines sont responsables d'une augmentation de la sensibilité nociceptive périphérique. Son action débute 30 minutes après sa prise (per os⁴³ ou IV)⁴⁴ et elle atteint son pic après une à deux heures. Son principal effet secondaire reste l'allergie qui peut aller jusqu'à provoquer un œdème de Quink. On a également pu observer une diminution du taux de plaquettes sanguines ou de globules blancs allant parfois jusqu'à la thrombocytopénie ou encore vers une agranulocytose ou une leucopénie⁴⁵. Des travaux menés par Ulrich Zeilhofer et son équipe de l'institut pour la toxicologie et la pharmacologie clinique à Erlangen en Allemagne ont encore démontrés que la prostaglandine de type 2 supprime la neurotransmission des inhibiteurs glycéroiniques. On espère ainsi faire des progrès dans la recherche d'antalgiques de palier 1 et limiter de cette manière les effets secondaires connus jusqu'ici⁴⁶.

⁴² Anti-inflammatoire non-stéroïdien

⁴³ Absorption orale

⁴⁴ Intraveineux

⁴⁵ Information tirée du Compendium suisse des médicaments, <http://www.compendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi#7550>, [en ligne] consultée le 18 août 2008.

⁴⁶ Information tirée du site <http://www.caducee.net/breves/breve.asp?idb=3008&mots=all> [en ligne], consulté le 14 août 2008.

Les AINS, quant à eux, ont pour principe d'inhiber la cyclo-oxygénase ce qui a pour effet d'empêcher la synthèse des prostaglandines et de la thromboxane A2. Ces agents ont pour principaux effets d'augmenter la température, d'augmenter la sensation des douleurs nociceptives mais également, en ce qui concerne la thromboxane A2, de provoquer une agrégation plaquettaire. Ce mécanisme se met en place lors des réactions inflammatoires et permet de préserver l'homéostasie ainsi que de potentialiser la formation du clou plaquettaire en cas d'hémorragie. On administre par exemple volontiers le Brufen® dans les hôpitaux valaisans mais l'AINS le plus connu est sans conteste l'acide acétylsalicylique plus fréquemment désigné sous le terme d'aspirine. Son pic d'action se situe environ une à deux heures après l'ingestion et ses principaux effets secondaires sont les réactions allergiques, les céphalées, une diminution de l'activité psychique ou encore des effets sur le système gastro-intestinal, nausées, vomissements, ulcères⁴⁷.

Le palier II, répertorie les antalgiques centraux faibles. Il s'agit principalement de la codéine et du tramadol.

En urgence, les médecins prescrivent principalement le Tramal® qui est un opioïde de synthèse. Il possède « une action agoniste pure et non sélective sur les récepteurs opioïde μ , δ et κ avec une affinité plus élevée pour les récepteurs μ ⁴⁸. » « Sa puissance d'action est schématiquement dix fois plus faible que celle de la morphine. Le début de l'action ap-

⁴⁷ Information tirée du Compendium suisse des médicaments, <http://www.compendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> [en ligne], consultée le 19 août 2008.

⁴⁸ Information tirée du Compendium suisse des médicaments, [en ligne] <http://www.compendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi#7550>, consultée le 19 août 2008.

paraît entre 20 et 40 minutes après l'administration IV ou orale de les.⁴⁹ » Au niveau de ses effets secondaires, on remarque souvent des céphalées, des vertiges ou encore une sudation excessive. Cependant, contrairement aux opioïdes dits « forts » il ne provoque pas de dé-sions respiratoires aux doses thérapeutiques.

Enfin, le palier III concerne les antalgiques centraux forts de type morphinique. C'est de la morphine® dont il est le plus souvent question en urgence. « La morphine reste la molécule de référence pour la titration morphinique.⁵⁰ » Il s'agit « d'un agoniste compétitif des récepteurs opiacés, doté d'une très forte affinité pour les récepteurs μ et d'une affinité plus faible pour les récepteurs κ . La morphine déploie son effet analgésique supraspinal et spinal par l'intermédiaire de récepteurs situés dans le SNC. La liaison aux récepteurs provoque une modification de la libération des neuromédiateurs des voies efférentes. Les récepteurs opiacés sont situés à différents niveaux du SNC, mais également sur différents organes périphériques.⁵¹ »

Voici un exemple de protocole⁵² qui devrait être utilisé dans les services d'urgence. Il se base sur l'évaluation de la douleur sur l'EVA en millimètres. C'est-à-dire que la cotation s'étend entre 0 et 100. Il tient également compte de la fréquence respiratoire pour considérer un éventuel arrêt de l'antalgie par morphinique.

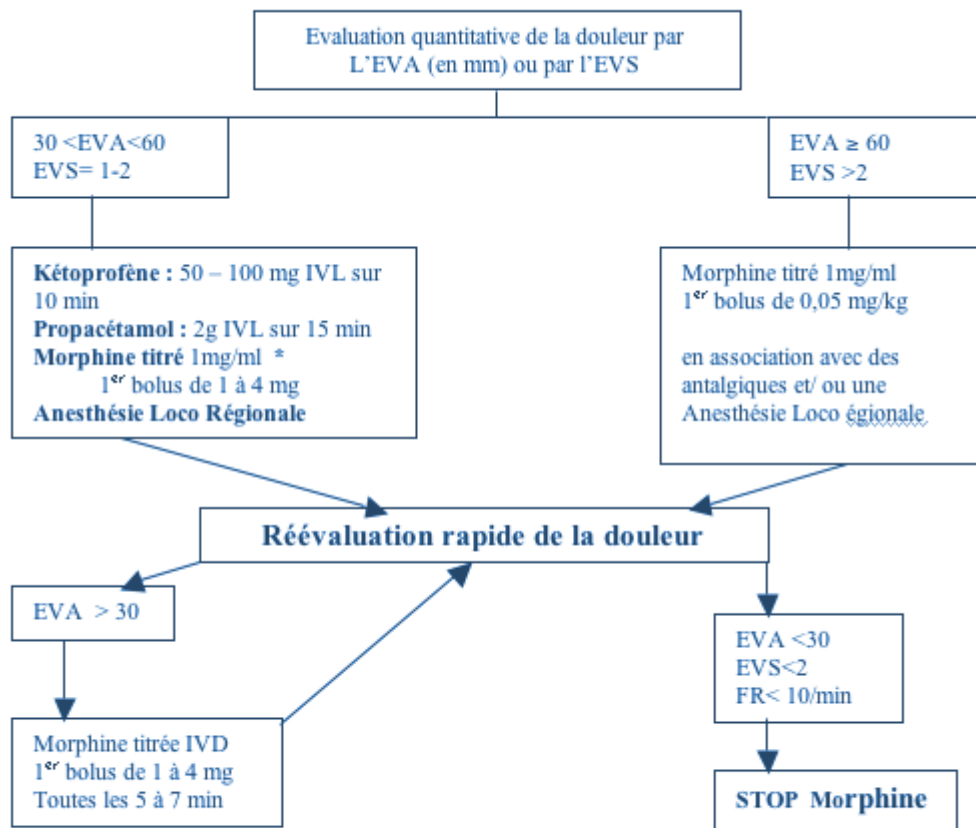
⁴⁹ DUCASSE J-L. and al. *Dequad urgences: douleurs aiguës en situation d'urgence : des techniques à la démarche qualité*. p.69, Ed. Arnette. Rueil-Malmaison, 2004.

⁵⁰ FLETCHER D. et CHAUVIN M. *Douleurs aiguës : références en douleur et analgésie*. Ed. Arnette. P.3. Pays-Bas, 2006.

⁵¹ Information tirée du site : www.compendium.ch. [en ligne], consultée le 20 mars 2009.

⁵² LACROIX C. L'analgésie en SMUR et aux urgences. 9^{ème} colloque de médecine d'urgence. p. 80. France, 2003.

Traitement antalgique en fonction de l'intensité de la douleur



* En fonction des pathologies (infarctus par ex) ou de situations douloureuses prévisibles (relevage, mobilisation)

Lacroix Ch., *L'analgésie en SMUR et aux Urgences*, 9^{ème} Colloque de médecine d'urgence, Libramont, Mai 2003, p.76-81.

3.3.2. La Cryothérapie

La cryothérapie consiste à l'application de froid sur la peau, pour diminuer la température de celle-ci en dessous des 15°C. Elle n'est pas nouvelle puisqu'elle a déjà été décrite par Hippocrate. L'action analgésique est potentialisée grâce au ralentissement de l'influx nerveux, la dépoliarisation du neurone T comme vu dans la théorie du Gate control, la réduction de l'inflammation et de la libération des agents algogènes et aussi par la vasoconstriction qui diminue l'œdème et donc les compressions. Il y existe plusieurs manières d'utiliser ce traitement, soit par l'application de glace, soit des poches contenant du cryogel ou encore par cryothérapie

gazeuse au dioxyde de carbone. Cette technique est simple d'utilisation et peu coûteuse.

3.4. Les os

3.4.1. Les membres et leurs os

Lorsque je parle de fracture d'un membre j'entends par là une fracture des membres supérieurs ou inférieurs. Les membres supérieurs sont composés de l'humérus, du radius, de l'ulna, des carpes, des métacarpes et des phalanges. Les membres inférieurs quant à eux, comprennent entre autre le fémur, la rotule, le tibia, la fibula, les tarses, les métatarses et les phalanges.

Tous sont des os longs qui ont été formé par ossification endochondrale. Ils comportent de ce fait un bourgeon conjonctivo-vasculaire. Ce dernier contient notamment une veine et une artère nourricière mais également des vaisseaux lymphatiques et des neurofibres.

3.4.2. Les fractures

Il existe différents systèmes de classification des fractures. On peut par exemple les nommer selon qu'elles sont déplacée ou non, complète ou incomplète ou encore ouverte ou fermée. « Outre cette classification binaire, on peut décrire toutes les fractures selon leur situation leur aspect ou la nature de la cassure.⁵³ » On voit par exemple des fractures pluri-fragmentaires ou encore par tassement ou enfoncement localisé.

⁵³ MARIEB E. Anatomie et physiologie humaines. Ad. De la 6^{ème} Ed. américaine. p. 197 Ed. du renouveau pédagogique. Canada, 2005.

Chez l'adulte, c'est l'accident sportif ou en véhicule qui provoque le plus souvent la fracture. L'os se brise et certains fragments peuvent également déchirer les tissus sains avoisinants. Les terminaisons nerveuses libres des neurofibres sont stimulées, dans un premier temps par la fracture elle-même et l'hématome qui en découle, puis par l'œdème résultant de l'inflammation. C'est ce processus qui engendre une douleur aiguë. Chaque mouvement du membre fracturé provoque une nouvelle dépolarisation des terminaisons nerveuses et renforce ce mal. Cet éclaircissement apporté, on comprend aisément quelles souffrances peuvent provoquer les fractures.

3.5. Le ressenti

3.5.1. Définition de l'émotion

Dans ce travail, nous cherchons donc à mettre en avant le vécu propre du patient. « Or, pas plus que pour la douleur, il n'existe de définition satisfaisante de l'émotion : cette carence supplémentaire contribue d'ailleurs largement à expliquer la difficulté qu'il y a à définir la douleur⁵⁴. »

Tirer des généralités, bien que celles-ci permettent de faire avancer la qualité des soins lorsqu'elles sont prises en considération, ne nous intéresse guère⁵⁵. Il nous faut malgré tout donner une définition type de l'émotion pour pouvoir ensuite faire émerger des tendances lors de l'analyse. J'ai donc pris le parti de vous présenter celle qui suit car elle me paraît tout à fait exhaustive, à savoir qu'elle tient compte de divers facteurs biologiques et psychologiques qui entrent en jeu dans les ressentis.

⁵⁴ VIBES J. *Guide de la douleur : le syndrome douloureux chronique*. P. 18, Ed. Estem, Paris, 2001.

⁵⁵ Pour preuve, on cherche à développer l'évidence base nursing

J'ai pu observer de manière concrètes ces différences dans les entretiens que j'ai menés.

« L'émotion est une réponse extrêmement rapide de l'organisme suite à certaines circonstances inhabituelles de l'environnement qui se caractérise par un ensemble de réponses physiologiques, comportementales-expressives et cognitives expérientielles concomitantes⁵⁶. »

3.5.2. Le concept de crise

Différents auteurs ont étudiés le concept de crise tels que Geissler, sociologue allemand ou Caplan, psychologue. Cette dernière a défini la crise comme « un déséquilibre psychologique chez un sujet vivant une situation difficile ou dangereuse, laquelle lui pose un problème important qu'il ne peut régler ni éviter au moyen des ressources habituelles de résolution de problèmes.⁵⁷ »

La crise naît d'un événement extérieur identifiable au sujet sans qu'il soit forcément atteint d'une psychopathologie. Elle est d'abord physiologique et des mécanismes se mettent en place pour permettre dans sortir. Bien qu'elle soit difficile à vivre, la crise n'a pas forcément une connotation négative puisqu'elle permet à l'homme de « grandir » et d'apprendre.

La crise comporte quatre stades de développement selon Caplan. Le premier stade correspond à l'exposition à l'événement stressant. Le sujet fait alors appelle à ses ressources personnelles afin de trouver une solution. Dans le second stade, le patient n'arrive pas à faire face et son anxiété augmente. Elle passe alors au troisième stade et tente par tous

⁵⁶ LUMINET O. Psychologie des émotions: confrontation et évitement. P.210. Ed. De Boek, Bruxelles, 2002.

⁵⁷ TOWNSEND M.C. In soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale pp. 154-158.

les moyens, en utilisant ses ressources internes et externes de résoudre le problème. Au stade quatre, le point de rupture est atteint et il en résulte une désorganisation majeure dans la vie de la personne concernée. L'anxiété atteint son paroxysme⁵⁸.

On dénombre six types de crise selon Caplan, toutefois nous ne nous intéresserons ici, qu'à celle qui nous concerne à savoir la crise situationnelle. Elle correspond à une forte réaction à un événement stressant extérieur au sujet. En effet, lors d'un traumatisme, le sujet se retrouve confronté à un contexte nouveau. Il souffre, ne peut rien faire pour se sentir soulagé et est pris en charge par des professionnels qu'il ne connaît pas et dont il a de la peine à comprendre le discours. Il sent également une certaine tension autour de lui, de ses proches, des témoins, ou parfois même des soignants. Cette situation appelle à trouver un schéma de la relation entre le client et ses ressentis et le professionnel qui le prend en charge. Cela nous aidera à comprendre de quelle manière l'infirmière peut influencer de manière positive la tension et l'anxiété qui résulte de la crise. C'est ce que nous allons découvrir avec la conception des soins infirmiers d'Hildegard E. Peplau.

3.6. Les étapes de la relation infirmière-patient selon Peplau⁵⁹

Pour Hildegard E. Peplau, les soins infirmiers peuvent être défini comme une relation entre une personne ayant besoin de services de santé et une infirmière formée à reconnaître ces besoins et à y répondre. L'infirmière fait parti d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle elle tient un rôle propre qui consiste à mettre en avant sa fonction d'instrument

⁵⁸ TOWNSEND M.C. In soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale pp. 154-155.

⁵⁹ HILDEGARD E. PEPLAU. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Ed. InterEditions pour la trad. Française, Paris, 1995.

éducatif avec un fort potentiel de maturation pour son patient. Elle intervient à la fois sur le plan curatif mais également sur le plan préventif avec pour objectif principal d'aider les gens à rester bien portant.

Pour se faire, elle entre en relation avec le client qu'elle soigne. « La démarche de soins est éducative et thérapeutique lorsque l'infirmière et le patient en arrivent à se connaître et à se respecter mutuellement en tant que personnes semblables, bien que différentes, et en tant que personnes partageant la résolution de problèmes.⁶⁰ »

Cette relation s'inscrit dans une démarche, composée de quatre étapes qui tendent à permettre au client de devenir autonome face à sa santé. J'entends par là qu'il acquiert des connaissances et compétences mais également qu'il soit conscient des ressources à sa disposition dans une résolution de problèmes dont la complexité le dépasse. J'expose ici ces quatre étapes, qui seront utilisées lors de l'analyse pour voir si la relation selon Peplau a pu être établie, bien que le service des urgences ait une vocation différente, et quelles en sont les conséquences sur la prise en charge globale du patient et de sa douleur.

❖ ***L'orientation:***

Il s'agit là de la rencontre entre l'infirmière et le client. Ce dernier se présente avec un « besoin-ressenti » dû à son problème de santé, une fracture dans le cas qui nous intéresse. Ses attentes vis-à-vis de l'infirmière sont encore vagues. Il ignore les possibilités que lui offre cette relation. Le rôle de l'infirmière est donc de l'orienter pour qu'il soit à même de connaître et comprendre son problème ainsi que de l'informer des services auxquels il peut faire appel dans le système hospitalier. De plus, elle se doit d'aider le client à utiliser l'énergie, née des tensions et de l'anxiété, de façon positive afin de faire face à sa situation. « En deman-

⁶⁰ HILDEGARD E. PEPLAU. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Ed. InterEditions pour la trad. Française, Paris, 1995, p. 9-10.

dant et en recevant de l'aide, le patient se sent pour ainsi dire bientôt chez lui, parce qu'il sait qu'il a le droit d'exprimer ses désirs et que ceux-ci seront pris en considération. ⁶¹»

❖ ***L'identification:***

L'étape d'identification permet au patient de se positionner face à sa situation. Il identifie ainsi les composantes de son besoin et apprend à y faire face lui-même en utilisant les ressources que l'infirmière lui a présentées durant l'orientation. Il se sent en sécurité dans la relation et se sent à l'aise pour exprimer ses émotions. Il peut également s'identifier à la soignante et apprendre par imitation, « même si ce n'est pas l'objectif premier de l'expérience éducative. ⁶²»

Par exemple, en soins d'urgence, le client pourrait prendre soins de positionner sa jambe comme l'a fait l'infirmière dans un premier temps et ainsi intégrer une position antalgique de manière consciente.

❖ ***L'exploitation***

« Après s'être identifié à une infirmière qui sait reconnaître et comprendre les relations interpersonnelles en jeu dans la situation, le patient passe à une étape de pleine utilisation des services qui lui sont offerts. Selon l'idée qu'il se fait de sa situation, il va tenter de diverses manières de tirer le meilleur parti de sa relation avec l'infirmière et d'exploiter pour son intérêt et ses besoins personnels tous les biens et services mis à sa disposition. ⁶³ » Il entre dans une phase de « pré-convalescence » où il est partagé entre le désir de redevenir indépendant et celui de rester sous la protection et dans le confort des soins prodigués par l'infirmière.

⁶¹ HILDEGARD E. PEPLAU. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Ed. InterEditions pour la trad. Française, Paris, 1995. p. 30.

⁶² Ibid, p. 33.

⁶³ Ibid, pp. 36-37.

❖ **La résolution**

Les besoins que le client exprimait au début de sa prise en charge disparaissent peu à peu et les liens de dépendance finissent de s'estomper. On assiste alors à un retour à l'autonomie du client. Il se fixe de nouveaux objectifs et se prépare à retourner chez lui. Il se peut que la guérison biologique à proprement parler ne corresponde pas à cette étape qui revêt plutôt un caractère psychologique.

3.7. Le rôle de l'infirmière aux urgences

Le rôle de l'infirmière a été décrit dans l'histoire par différents auteurs et a connu une évolution importante. « La pratique des soins est sans doute la plus vieille pratique du monde.⁶⁴ » Alors que lors de ses débuts, le soin était grandement lié à la femme, l'essor et la reconnaissance nouvelle de la profession a permis de lui attribuer des compétences multiples et propres à sa discipline. « La perception de la profession a elle aussi évolué, parallèlement à la modification de la pratique. La relation thérapeutique a joué de plus en plus un rôle prépondérant et a enrichi la technicité grandissante. Les infirmières ont peu à peu affirmé la spécificité de leur savoir et ont acquis le statut de professionnelles de la santé.⁶⁵ » Pour exemple, il suffit de s'appuyer sur le référentiel de formation qui décrit et énumère ce que l'on peut attendre d'une infirmière dans son savoir, son savoir être ou son savoir faire.

L'OMS définit les soins infirmiers comme : « La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les grou-

⁶⁴ COLLIÈRE, M-F, « Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. » Paris : InterEditions, 1982, p.21

⁶⁵ JOURNIAC C., DREVET S., JACQUELOT L., SCHABANEL H., SION M-A. *Soins infirmiers : Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche*. Ed. Elsevier-Masson. P. 3. Paris, 2002

pes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.⁶⁶ »

Il n'y a pas de différences fondamentales entre l'infirmière des urgences ou l'infirmière d'un autre service. Si l'on se base sur le référentiel de compétences de la HES, il ressort que certaines sont plus ou moins essentielles et développées selon que l'on travaille dans un service ou dans l'autre. Aux urgences par exemple, l'infirmière doit faire preuve d'une vision globale, d'une grande maîtrise des priorités et d'une facilité certaine à établir l'anamnèse de manière rapide et complète. Elle est également confrontée de manière constante à la technicité requise pour mettre en place des soins médicaux délégués. Les compétences qui la touchent de près sont donc principalement :

La compétence une : Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle.

⁶⁶ Information tirée du site « Infirmiers.com » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/inf/historique.php> (page consultée le 21.02.09)

La compétence deux : Construire avec la clientèle une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins

La compétence quatre : Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions.

4. Méthodologie^{67,68}

4.1. Approche de la recherche

Cette recherche s'est inscrite dans le cadre d'une recherche de type phénoménologique. Elle visait à décrire et analyser les ressentis exprimés par des clients dans une situation donnée. Or, si l'on s'en réfère à la définition de l'analyse phénoménologique, « l'accent est mis sur le processus interactif par lequel les individus donnent une signification à une situation sociale déterminée. Elle vise à décrire l'expérience, à dégager la nature des phénomènes et la signification que les personnes leur accordent.⁶⁹ »

4.2. Paradigme utilisé

Ce travail tant à entrer dans les critères de la recherche qualitative. En effet, il est essentiel pour moi de rappeler qu'il n'y a pas « une bonne réponse », surtout lorsqu'on aborde le sujet de la douleur, mais que chaque ressenti doit être pris en compte sans jugement. Or, « dans la tradition naturaliste, les chercheurs soulignent le caractère profond de la nature humaine, la capacité qu'on les humains de façonner et de créer leurs propres expériences et l'idée que la vérité se compose de plusieurs réalités.

⁶⁷ LOISELLE C.G. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Ed. Erpi, Québec, 2007.

⁶⁸ QIVY R., CAMPENHOUDT L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Ed. Dunod, Paris, 2005.

⁶⁹ SCHOEP C. *Méthodologie : devis de recherche en soins infirmiers et recherches qualitatives/quantitatives*. Support de cours, p. 6. Avril 2008.

Par conséquent, la recherche naturaliste met l'accent sur la compréhension de l'expérience humaine telle qu'elle est vécue.⁷⁰ »

4.3. Méthode de recherche empirique

L'outil que j'utilise pour la collecte des données est un entretien semi-directif avec des patients. Les questions posées ont ainsi été de plusieurs types : des questions fermées pour répondre à des critères statistiques permettant une meilleure validité interne et externe tel que l'âge, la profession, la culture, le type de fracture. D'autres questions étaient ouvertes dans lesquelles je demandais au patient de me décrire les événements importants qui s'étaient produits lors de sa prise en charge aux urgences, ce qu'il avait ressenti et ce qu'il pouvait me dire de sa douleur ainsi que de la façon dont elle avait été soulagée

4.4. L'échantillonnage

L'échantillonnage a été sélectionné grâce au personnel infirmier du service d'orthopédie d'un hôpital du Valais central. Ils ont bien voulu me désigner les patients susceptibles de pouvoir participer à mon enquête. Les sujets devaient avoir entre 18 et 65 ans et avoir transité au service des urgences avant d'être transféré dans le service pour une fracture fermée d'un membre. Ils devaient encore parler couramment le français et être domiciliés hors du canton du Valais. Ils ont notamment été éclairés une première fois sur la garantie de l'anonymat et la possibilité de se retirer à tout moment de l'enquête.

⁷⁰ LOISELLE C.G. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Ed. Erpi, p. 18 Québec, 2007.

4.5. Principes éthiques

L'association suisse des infirmiers et infirmières (ASI) a édité une brochure⁷¹ concernant les quatre grands principes éthiques à respecter dans notre profession. Toutes les définitions que vous trouverez ci-dessous sont issues de cette brochure. Je n'ai pas utilisé de référence pour chaque point afin de rendre le texte plus lisible.

❖ **L'autonomie**

L'autonomie sous-entend la capacité de définir ses objectifs personnels et d'agir en conséquence. Elle implique liberté personnelle et autodétermination, le fait de donner soi-même un contenu spécifique à ses actes, le droit d'avoir et d'exprimer ses propres valeurs et opinions.

Dans mon travail, je me suis engagée à donner toutes les informations utiles⁷² aux participants de façon à ce qu'ils puissent se déterminer seuls et en connaissance de cause sur leur volonté de répondre à mes questions. Ils pouvaient à tout moment se retirer de l'enquête par une simple déclaration, sans avoir à donner d'explications. En outre, j'ai pris soin de leur faire signer un formulaire de consentement éclairé⁷³ qui démontre que j'ai respecté cet engagement. Je certifie encore que je n'ai porté aucun jugement sur les ressentis ou toute autre déclaration des patients.

❖ **La bienfaisance, la non-malfaisance**

Le principe de bienfaisance se réfère à l'obligation morale d'aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique, ce qui favorise son bien-être, à

⁷¹ ASI. L'éthique : l'éthique dans la pratique des soins. Berne, 2003.

⁷² Annexe 3.

⁷³ Annexe 4.

l'obligation morale de protéger et défendre les intérêts d'autrui, sa vie, sa sécurité, sa santé.

La non-malfaisance sous-entend la capacité de reconnaître, de réduire ou d'éviter les risques potentiels, en relation avec le développement des connaissances, de la recherche, de la société. Il s'agit de ne pas causer – délibérément ou non – de préjudice physique ou moral à autrui, de ne pas faire le mal, de prévenir le mal, de supprimer ce qui cause le mal.

Le but de ce travail était de mettre en évidence les éventuels manques d'un système de soins et non ceux d'une équipe ou d'une personne en particulier. Il avait pour objectif prioritaire d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion, afin d'améliorer la prise en charge de la douleur et non de juger ou de critiquer ce qui avait été mis en place jusqu'à aujourd'hui. Je me suis donc engagée à toujours rester objective dans mes déclarations et à baser ces dernières sur des faits observables et vérifiables de manière à apporter quelque chose à la profession et non à la discréditer.

❖ **La justice**

La justice représente à la fois un droit fondamental des individus et le système qui définit et applique ce qui est juste dans la société. Dans le domaine de l'éthique, le principe de justice fait référence à la reconnaissance et au respect des droits, des intérêts, du mérite d'une personne ou d'un groupe et de la part qui lui/leur revient.

Tout au long de cette recherche, je me suis efforcée de ne jamais pratiquer le plagiat. Ainsi, toutes les définitions, explications, données ou autres écrits qui ne m'appartiennent pas seront été signalés comme tel et rendu à leur auteur.

Je me suis également engagée à respecter les démarches obligatoires pour ce type de recherche, à savoir de me présenter devant une

commission d'éthique et d'obtenir son autorisation⁷⁴ avant d'entreprendre quelle que démarche que ce soit auprès des patients.

4.6. Utilisation des corpus

Souvenons-en nous, la question principale était de découvrir « Quel res-senti exprime le client adulte souffrant d'une fracture du membre, au sujet de la prise en charge de sa douleur par l'infirmière, dans un service d'urgences du Valais central? » J'ai choisi ici de vous exposer en quelques mots les conditions d'entretiens. Dans un second temps, j'ai réalisé un tableau qui met en perspective les questions posées et les réponses obtenues en lien avec les thèmes définis lors de la construction des entretiens définitifs.

Pour tenter de donner un début de réponse à mon interrogation, je me suis rendue directement auprès des patients. Je suis allée les retrouver en orthopédie⁷⁵ quelques heures après qu'ils aient fréquenté le service des urgences. Cela m'a permis d'avoir toute la concentration des patients qui me répondaient. Si je les avais interrogés directement aux urgences, j' imagine que les réponses auraient été plus empreintes d'émotions et de spontanéité mais le stress et la douleur m'auraient probablement pré-tertiée, en terme de développement des réponses et également d'une certaine peur du client de voir ses dires conditionner les suites de sa prise en charge. J'ai choisi de manière volontaire, des sujets domiciliés à l'extérieur du Valais, dans l'optique d'un regard plus objectif de la qualité des soins reçus. En effet, j'ai estimé lors de mon échantillonnage que les polémiques diverses ainsi que les médias locaux, pourraient influencer de manière négative les propos tenus par les clients.

⁷⁴ Annexe 5 .

⁷⁵ Service qui se dévoue à la chirurgie des os et de l'appareil locomoteur.

J'ai mené une première série d'entretiens, quatre, que nous considérerons comme « pré-tests » au lendemain des fêtes de Noël. Je me suis rapidement aperçue que mon questionnement omettait bon nombre de données, à savoir par exemple le rôle de l'infirmière dans la prise en charge du client dans sa globalité et plus concrètement de sa douleur. Or, une recherche en soins infirmiers ne peut se targuer d'une validité quelconque si l'essence même de la profession⁷⁶, à savoir le rôle, n'y est pas traité. J'ai donc retravaillé mes questions d'entretien en ce sens afin de pouvoir décrire et analyser le soin offert par l'infirmière et non celui prodigué par le médecin. Nous verrons, dans le courant de l'analyse que cela n'a pas été chose simple. *Elles font seulement la réception, après il n'y a eu que des docteurs je crois*⁷⁷. Malgré de multiples essais de recentrage des sujets, les médecins occupent une grande place pour les clients dans les soins d'urgence. *Disons que le patient, enfin en tout cas en ce qui me concerne, lorsque médecin il y a, se sent peut-être plus rassuré. Non pas que le rôle de l'infirmière soit négligeable, au contraire, elles sont vraiment très bien ici !*

La suite des entretiens s'est déroulée dans les jours qui ont suivi et s'est achevée le 1^{er} janvier 2009. Les sujets représentés, venaient aussi bien d'autres cantons romands comme Vaud, Genève ou de France et de Belgique. Ils étaient âgés entre vingt-cinq et soixante-six ans et m'ont tous ouvert chaleureusement la porte de leur chambre pour répondre à mes questions. Au niveau logistique, j'ai parfois été interrompue par les allers-retours incessants des hélicoptères, ce qui n'a pas manqué de suggérer des commentaires de la part de mes interlocuteurs. « *Après trente heures comme ça on en peut plus !* »

⁷⁶ Cette affirmation n'engage que l'auteur.

⁷⁷ Dans cette section, tous les passages en italique correspondent à des extraits d'entretien.

Après avoir effectué une lecture attentive et complète de mes corpus, je me suis rendue à l'évidence que la douleur ne peut pas être isolée de son contexte. Elle entre dans une liste de facteurs qui, réunis, témoignent de la qualité des soins prodigués dans un service d'urgence. Nous disions dans la définition de cette dernière qu'elle comportait un axe psychologique. Aussi j'ai déduit de mes entretiens que l'intensité de la douleur ressentie de manière subjective variait en fonction de la satisfaction générale de la prise en charge⁷⁸. A contrario l'évaluation « objective » dirons-nous, à savoir estimée sur l'échelle visuelle analogique obtenait en général des résultats beaucoup moins satisfaisants⁷⁹. Mais voyons plutôt un aperçu sous forme de tableau des réponses obtenues en regard des questions et des thèmes abordés.

⁷⁸ Il ne s'agit là que d'une hypothèse qui me permettra par la suite de ressortir des indicateurs de la qualité de prise en charge.

⁷⁹ Des résultats satisfaisants seraient une évaluation de la douleur par le patient à maximum 2 sur l'échelle visuelle analogique.

<p>Tableau</p> <p>Récapitulatif</p>	<p>Le ressenti du client en lien avec l'information, le temps d'attente et les préconstruits</p>	<p>Le rôle de l'infirmière aux urgences vu par le client</p>	<p>Le ressenti de la douleur et son traitement par médicaments ou moyens simples</p>
<p>Type de questions posées</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) D'une manière générale, pouvez-vous me parler de ce que vous avez vécu durant votre passage aux urgences 2) Selon vous, l'information que l'on vous a dispensé était-elle suffisante ? 3) Le temps d'attente était-il supportable pour vous ? 4) Quels préconstruits aviez-vous avant de venir aux urgences sur ce service ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Selon vous, quel rôle à l'infirmière aux urgences ? 2) Diriez-vous qu'elle a un rôle propre ou pensez-vous qu'elle est dépendante du médecin ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pour vous, qu'est-ce que la douleur ? 2) Pensez-vous que cette douleur est utile ? 3) Quelle était votre douleur moyenne (sur l'EVA) durant le temps que vous avez passé aux urgences ? 4) A-t-on utilisé des médicaments ou d'autres moyens pour soulager votre douleur ?

Sélection de réponses obtenues	<p>Le ressenti du client en lien avec l'information, le temps d'attente et les préconstruits</p> <p>1) Je suis arrivé ici, on m'a pris et on m'a demandé des informations pour pouvoir attendre en salle d'attente. Ensuite j'ai attendu pour faire les radios et qu'ils regardent les radios puis on m'a dit qu'on allait m'opérer.</p> <p>Bon, la première chose qu'on m'a dite, c'est qu'il y avait beaucoup de monde et que j'allais devoir attendre. Je souffrais vraiment beaucoup mais j'ai eu l'impression de passer assez rapidement en radio.</p> <p>La première chose qu'on m'a demandée c'est si je voulais aller en première ou en deuxième classe...</p>	<p>Le rôle de l'infirmière aux urgences vu par le client</p> <p>1) Je ne sais pas, donner les premiers soins au patient puis ensuite il y a quelqu'un de plus spécialisé qui vient...</p> <p>Au niveau de la prise en charge, ils ont pris mon adresse de l'assurance puis ils m'ont posé des questions sur ma santé</p> <p>Disons que d'abord elle doit reconforter la personne, la tranquilliser et puis la faire patienter.</p> <p>Elle n'avait pas d'étiquette, rien du tout... Je n'ai pas réussi à me rendre compte, si c'était une secrétaire ou si c'était une infirmière.</p> <p>2) Disons que lorsqu'il y a un médecin je me sens plus rassurée...</p> <p>Le rôle de l'infirmière aux ur-</p>	<p>Le ressenti de la douleur et son traitement par médicaments ou moyens simples</p> <p>1) C'est quelque chose d'insupportable qu'il faut absolument traiter...</p> <p>Il y a deux sortes de douleur, la douleur physique qui passe et la douleur sentimentale. Avec la douleur, on doit entre guillemets se relever...</p> <p>La douleur ? je l'accepte, c'est peut-être la bonne réponse.</p> <p>2) Oui absolument (5 fois)</p> <p>Non pas du tout (2 fois)</p> <p>3) Alors je dirais 12 ou peut-être 20...</p> <p>Ca dépendait mais je pense que c'est monté jusqu'à 8</p> <p>Je dirais environ 7 ou 8</p>

	<p>Le ressenti du client en lien avec l'information, le temps d'attente et les préconstruits</p> <p>2) Non pas vraiment mais ça ne m'a pas trop gêné parce que j'avais d'autres soucis en fait à cause de la douleur.</p> <p>Disons que c'est loin d'être satisfaisant de laisser quelqu'un comme ça si longtemps. C'est ce manque d'information, cette indécision...</p> <p>3) J'ai eu beaucoup d'attente parce qu'il y avait plein de traumatisés qui arrivaient les uns après les autres</p> <p>4) On peut avoir l'image qu'il y a à la télé ou dans l'émission « urgences ». On pense tout de suite qu'il y en a qui court dans tous les sens...</p>	<p>gences vu par le client</p> <p>Elles font seulement la réception, après il n'y a eu que des docteurs je crois...</p> <p>Hmmm... oui je pense qu'elle peut travailler seule...</p>	<p>Le ressenti de la douleur et son traitement par médicaments ou moyens simples</p> <p>La question de la douleur ? 6-7 mais vous savez je suis un dur...</p> <p>4) Oui en salle d'attente juste un dafalgan®...</p> <p>Je crois que j'ai eu de la morphine et plus tard du Tramal®.</p> <p>Elle m'a mis des coussins sous le genou...</p> <p>De la glace ? non pas du tout mais je crois que ça n'aurait pas servi à grand-chose de toute manière...</p>
--	--	---	---

5. Analyse

Afin de faciliter la lecture de ce travail, j'ai repris les thèmes énoncés dans le tableau récapitulatif pour construire mon analyse. J'ai tenté de mettre en évidence les points clés que j'ai pu relever dans mes corpus et je me suis basée sur les récurrences pour tirer des généralités applicables au groupe interviewé.

5.1. Le ressenti du client

Lors de la construction de mon cadre, j'avais choisi de définir le ressenti comme l'ensemble des émotions qui naissent d'une situation exceptionnelle. Pour revenir à ma question centrale de recherche, j'ai décidé d'utiliser cette définition pour traiter du vécu du client dans le service des urgences. Or l'émotion comprend plusieurs niveaux de réponses, physiologiques, comportementales et cognitives⁸⁰. Dans les corpus, j'ai identifié de manière aisée des éléments en liens avec les aspects comportementaux et cognitifs mais le physiologique n'a pas été décrit par les sujets. J'émetts deux hypothèses à cet état de fait. La première est que mes questions n'appelaient pas ce type de réponses. La deuxième est que le premier choc de l'accident à proprement parler étant passé, les manifestations physiologiques (par exemple : tachypnées ou palpitations) avaient cédé leur place à d'autres types d'émotions.

J'ai pu relever plusieurs indicateurs du ressenti en lisant et relisant mes entretiens. L'idée était de relever les facteurs qui selon moi influençaient de manière positive ou négative les propos du client interrogé. J'ai identifié les principaux qui sont le temps d'attente, la qualité de

⁸⁰ LUMINET O. *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*. Ed. De Boeck université. Bruxelles, 2002.

l'information dispensée et les préconstruits du client sur les services d'urgence.

5.1.1. Le temps d'attente

Le temps d'attente dans les services d'urgence a cru de manière importante ces quinze dernières années⁸¹. Or, ce rallongement « heurte les attentes des patients qui privilégient la rapidité d'accès et la disponibilité des médecins des urgences plus que, par exemple, la qualité de la prise en charge de la douleur.⁸² »

J'ai eu beaucoup d'attente parce qu'il y avait plein de traumatisés qui arrivaient les uns après les autres, y a des priorités... ça avait une importance parce que le médecin de Vissoie avait téléphoné [...] Ils savaient que c'était une urgence, mais que ce n'était pas une urgence urgente. Je pouvais rester dans l'état que j'étais sans risque. Exemple, si quelqu'un a une fracture du crâne, il passe avant moi, parce que ça met en péril sa vie, Tandis que moi je ne pouvais pas aggraver mon cas. Par contre c'était long. Et c'était dur !

J'ai pu relever une certaine ambivalence, qui a perduré dans tous mes entretiens concernant le temps d'attente. En effet, du point de vue cognitif, tous les sujets étaient d'accord pour dire que compte tenu des conditions météorologiques excellentes, du nombre d'accidentés et de la gravité de leur cas l'attente était tout à fait compréhensible et convenable. *Bon j'ai été accueilli gentiment mais j'ai dû attendre pas mal de temps parce que vu que c'est vraiment la saison des accidents maintenant...* Malgré cela, certains ont relevé la pénibilité de cette attente. *Et après ils*

⁸¹ YERSIN B. Difficultés d'accès aux urgences : un indicateur sensible de la crise du système de santé ? In Revue Médicale Suisse N° 75. août 06, consulté [en ligne] URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=31556> le 2 avril 09.

⁸² Ibid

m'ont fait des contrôles depuis six heures jusqu'à onze heures le soir, alors ce n'est pas pour critiquer l'hôpital, mais bon... c'est la situation qui a fait ça...

Ce n'est pas pour critiquer l'hôpital mais je suis resté quarante heures sans boire ni manger alors au niveau confort du malade, ce que c'était long !

Ils devraient augmenter le personnel, parce qu'il y a quand même plus que le reste de l'année alors si ils ne sont que quatre ou cinq...

L'attente m'a interpellée et m'a questionnée sur les conditions de celle-ci. En effet, j'ai émis l'hypothèse que cette dernière est tolérable si le patient sait pourquoi il attend et si sa douleur lui permet de la supporter⁸³. Encore une fois, il est judicieux de rappeler que « seule la personne souffrante est juge de sa propre douleur.⁸⁴ » Mais, me direz-vous, quels liens faites-vous entre le temps d'attente et le ressenti du patient concernant sa douleur ? Il semblerait que ce dernier, en temps que facteur stressant, influence la perception émotionnelle du vécu douloureux. « Plus que l'attente elle-même, ce sont les conditions de l'attente que les patients acceptent difficilement.⁸⁵ » J'ai alors entrepris des démarches afin de mieux rendre compte des conditions d'attente du service concerné. Premièrement, j'ai consulté de manière systématique le dossier du patient. J'ai choisi de le faire en fin d'entretien de manière à ce que les différentes annotations ne m'induisent pas dans un schéma de préconstruits qui prêterait un regard objectif. J'ai constaté durant ce processus que les clients

⁸³ Etant entendu qu'une douleur peut-être considérée comme supportable si le patient la considère comme telle.

⁸⁴ AVET F. and all. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers : douleur totale et prise en charge*. Ed. Med-line. Paris, 2006.

⁸⁵ BROSSIER C. *L'attente aux urgences vécu par les patients*. In Journal qualité des HUG. Consulté [en ligne], le 3.03.09 adresse URL : qualite.hug-ge.ch/_library/pdf/journee_qualite_projets2006/B7_attente_urgence.pdf. Genève, 2006

concernés par l'attente ont soit reçu un antalgique de Palier I, à savoir dans tous les cas du Dafalgan® soit n'ont reçu aucun antalgique. Or, « Dans le cadre de son rôle propre, le personnel infirmier doit évaluer la douleur sans prescription médicale et il est habilité à entreprendre et adapter les traitements antalgiques dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, signés et datés par les médecins.⁸⁶ » Cette citation est tirée de la loi française. Les renseignements que j'ai pris durant mes entretiens exploratoires montrent que les protocoles présignés d'antalgie existent également en Valais. On peut donc penser que ceux-ci ont autant d'intérêt à être utilisés de manière régulière. A noter que ces protocoles permettent l'administration d'antalgique jusqu'au palier III. Je n'ai malheureusement pas pu confirmer cette information de source formelle car les interlocuteurs que j'ai rencontrés aux urgences ne désiraient pas publier leur protocole de quelle que manière que ce soit.

Je peux donc conclure que dans l'ensemble, les patients interrogés ont mis en place des schémas cognitifs pour rendre acceptable leur attente. « Au fil des années, chacun apprend à faire face aux stressors et à se construire une banque personnelle de stratégies d'adaptation.⁸⁷ » J'entends par là que le fait de voir que le service des urgences était en ébullition leur a permis de relativiser leur ressenti.

⁸⁶ AVET F. and all. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers : douleur totale et prise en charge*. Ed. Med-line. Paris, 2006.

⁸⁷ LATREILLE D., ROY F. *Processus de crise : adaptation des APQS, programme de formation accrédité*. Canada, 2004

5.1.2. L'information au patient

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les conditions de l'attente sont déterminantes dans le ressenti exprimé par le client. Or, la qualité de l'information reçue fait partie intégrante de ces conditions. Si l'on revient au cadre théorique, nous avons pu voir que selon Hildegard Peplau⁸⁸, l'étape de l'orientation correspond à la première approche entre l'infirmière et le client. Celui-ci a un besoin-ressenti mais il ne connaît pas encore les possibilités que lui offre les soins infirmiers pour y répondre. Le rôle de l'infirmière est donc de l'orienter pour lui montrer ce qu'elle peut lui offrir. De plus, un service de tri a été mis en place dans l'hôpital concerné. Il devrait avoir pour but « l'éducation en matière de santé et l'information sur les ressources disponibles à l'intérieur et à l'extérieur du milieu hospitalier.⁸⁹ » « La fonction information est déterminante dans la qualité de l'accueil. [...] Ces informations, mêmes minimales, sont rassurantes et utiles.⁹⁰ »

Au regard de ce qui précède, j'ai décidé de questionner les sujets sur l'information qu'ils ont reçue au service des urgences. Je leur ai simplement demandé s'ils pensaient qu'ils avaient reçu suffisamment d'informations lors de leur passage aux urgences. Les réponses ont été partagées : parfois l'information est déficitaire voir absente et d'autres fois les clients estiment qu'on leur a exposé clairement ce qui allait suivre.

⁸⁸ HILDEGARD E. PEPLAU. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Ed. InterEditions pour la trad. Française, Paris, 1995.

⁸⁹ ULRICH M. Soins d'urgence : perspective infirmière. P. 5. Ed. Elsevier-Masson, Paris, 1994.

⁹⁰ AUBERT M., CARPENTIER J.-P., PETEL T. Urgences/réanimation transfusion sanguine : soins infirmiers. Les nouveaux cahiers de l'infirmière, édition 5. p. 91. Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2005

Disons que c'est loin d'être satisfaisant de laisser quelqu'un comme ça si longtemps. C'est cette indécision en fait, ce manque d'information...

Oui, et on m'a tout de suite expliqué comment ça allait se passer, ce qu'il y avait comme possibilité, ce qui m'attendait si je rentrais en Belgique sans me faire opérer ici, ce qui m'attendait si je me faisais opérer...

Non, pas vraiment. Je n'ai pas reçu d'informations parce qu'ils attendaient l'avis de l'ostéopathe (orthopédiste en réalité) qui a fait très long pour venir.

Non pas vraiment mais ça ne m'a pas trop gêné parce que j'avais d'autres soucis à cause des douleurs de l'accident.

J'ai pu aisément constater dans mes corpus que le premier critère de satisfaction du client, concernant l'information qu'il a reçu, se rapporte au regard qu'il pose sur une information de qualité. En effet, le regard personnel que pose le patient sur les tâches et devoirs de l'infirmière est déterminant. Comme nous l'avons vu plus haut, l'orientation selon Peplau consiste à présenter au client les possibilités qui s'offrent à lui. Or, clairement, et nous y reviendront dans le chapitre sur le rôle qu'a tenu l'infirmière aux urgences, ces enseignements n'ont pas été dispensés. Le jugement critique des sujets ne peut donc pas être retenu comme recevable objectivement, puisqu'il se base uniquement sur les préconstruits de ces derniers. Mais alors justement, quels préconstruits pouvons-nous identifier chez les clients concernant les services d'urgence et leur fonction ?

5.1.3. Représentations et urgence

« En 1946, la première définition légale de la profession confirmait son entière dépendance au pouvoir médical et limitait la fonction à l'exécution des actes de soins prescrits par les médecins. [...] La législation actuelle reconnaît à la fonction un rôle propre.⁹¹ »

Globalement, au niveau du service des urgences, les sujets ont ressorti bon nombre de points positifs. Ces déclarations ne se base pas sur un idéal comme nous avons pu le voir dans la section précédente mais bien sur les représentations que les clients avaient avant de venir aux urgences en Valais. Ils déterminent leur récit en effectuant des comparaisons avec ce qu'ils ont connu dans d'autres cantons ou pays.

Je sais pas en fait, j'étais déjà allé aux urgences à St-Denis et c'est sûr que ce n'est pas la même prise en charge. Ce n'est pas le même matériel, ici les bâtiments sont récents, le matériel pour faire les radios et récent, c'est vrai que c'est de la qualité, c'est rassurant tout ça...

Bon moi j'ai des expériences aux Etats-Unis, où ce n'est pas toujours fantastique. Alors je trouve qu'ici on a été bien soigné...

D'autres ont des représentations liées aux séries télévisées modernes telle que « Urgences ». « Lors d'une urgence vitale, la série adopte le point de vue des profanes, soit de répondre par l'agitation, la vitesse. Dans la réalité, le calme peut être une démonstration de la bonne gestion de la situation.⁹² »

⁹¹ ABRIC J.-C. Pratiques sociales et représentations. Ed. Presse universitaire de France. P. 84. Paris, 1994

⁹² HERMELIN A. « Urgences », entre réalité et fiction, une série qui motive les étudiants en soins infirmiers ? Travail Bachelor, p.7. Sion, 2007.

J'ai déjà été aux urgences mais on peut avoir l'image qu'il y a l a télé dans l'émission « urgences », c'est un peu ça l'image que j'ai. Ça ressemble assez, mais en fait c'est moins speed, plus calme. Quand on entend le mot « urgence », on pense tout de suite qu'il y en a qui court dans tous les sens mais en réalité c'est assez calme et je pense qu'il faut faire les choses bien, pas trop rapidement.

D'autres encore, on des représentations biaisées de la réalité. Par exemple, je cite le cas de cette patiente qui relate que son fils a attendu six heures pour avoir un plâtre, temps qu'elle a trouvé extrêmement long à côté de ce qu'elle a vécu elle-même en Valais. Puis au fil de l'entretien, je me suis rendu compte qu'elle, avait attendu trente-six heures. Il est difficile de comprendre ce qui amène de tels propos mais j'émetts l'hypothèse que les conditions de l'attente et le sens qu'elle y a accordé lui on permit de vivre ces moments de manière positive.

En Belgique ce n'est pas bien. On dit toujours mince, il faut qu'on aille aux urgences. J'ai des enfants, un s'est cassé le bras il n'y a pas si longtemps que ça. Ça a mis six heures entre le moment où je suis arrivée à l'hôpital et le moment où il est ressorti avec son plâtre. Donc on sait quand on va aux urgences chez nous, qu'il faut prévoir un certain temps. Ici, j'ai été franchement épatée de la rapidité avec laquelle j'ai été soignée. [plus tard dans l'entretien] Entre le moment où je suis arrivée aux urgences et le moment où l'on m'a opérée, il s'est écoulé environ trente-six heures...

5.1.4. En résumé

Concernant le ressenti général des clients interviewés, il ressort que pour la majorité d'entre eux, leur passage aux urgences s'est bien déroulé. J'entends par là que peu voir pas d'émotions à connotation négative ne sont ressorties dans mes corpus. Les patients ont bien vécu leur hospi-

talisation en urgences à savoir qu'ils étaient calmes et qu'ils avaient une vision cognitive réaliste de la gravité de leur cas. C'est probablement un des facteurs qui a permis de relativiser les temps d'attente parfois long pour un regard extérieur.

De manière subjective, ils ont été satisfaits de la qualité de l'information qui leur a été dispensé. Pour ceux qui ont répondu favorablement à cette question, on peut observer qu'ils ont reçu des informations en ce qui concerne les possibilités qui s'offraient à eux au niveau médical et chirurgical. L'information infirmière, comme par exemple, le pourquoi de l'attente, le droit des patients, le fait de pouvoir appeler au cas où ils auraient besoin de quelque chose n'a pas été clairement explicité. En ce qui concerne les sujets qui ont dit n'avoir reçu aucune information, ils rajoutent toujours que cela n'a pas été un facteur stressant ou déterminant dans la qualité des soins qu'ils ont reçu.

Je nuancerais cependant ces propos pour plusieurs raisons : la vision des sujets a été biaisée par les préconstruits émanant de divers autres expériences ainsi que par la comparaison du système de soin valaisan aux autres systèmes cantonaux ou nationaux, en résumé, par leurs expériences antérieures des soins. En effet, lorsque l'on prend en compte le contexte global, un accident, seul, loin de chez soi, on peut émettre l'hypothèse qu'une prise en charge, même si elle n'est pas optimale, devient salvatrice. De plus les représentations que nous allons développer dans le chapitre suivant et qui concernent le rôle de l'infirmière aux urgences apportent des explications plus avancées sur les raisons de ces critiques.

5.2. Le rôle de l'infirmière

5.2.1. Un regard professionnel

Comme vu dans le cadre de référence l'infirmière des urgences possède un rôle qui lui est propre et qui diffère par certains points de ses collègues de l'étage.

« Par ses études, sa formation et son expérience spécialisée, l'infirmière du service des urgences est capable de reconnaître et d'évaluer les problèmes de santé des patients en situation de crise, d'établir des priorités, de surveiller l'état des blessés et des patients dont l'état est critique, de soutenir les familles et de répondre à leurs besoins, d'encadrer les autres membres du personnel soignant, en plus d'offrir un enseignement aux patients et aux familles.⁹³ »

De mon point de vue, d'étudiante en soins infirmiers, l'infirmière des urgences a plusieurs rôles. Elle se charge en premier lieu de l'accueil et du triage des patients. Elle définit par une anamnèse succincte, rapide et circonstanciée, la gravité de la situation du patient en collaboration avec le médecin. Déjà à ce stade, si le client est stable, elle doit réaliser une évaluation de la douleur. On parle ici de rôle propre. J'entends par là que cet acte relève de l'autonomie de l'infirmière sans avoir au préalable d'ordre médical. Elle tient également un rôle psychologique dans lequel son attitude, son empathie et son savoir faire lui confère des pouvoirs d'apaisement et d'aide à la gestion de la situation pour le patient comme pour ses accompagnants. « Plusieurs études mettent en évidence le rôle capital de la parole, de la communication, du dialogue dans cette capacité à rendre possible cette relation, à dédramatiser une situation, à rendre to-

⁹³ SHOLTIS-BRUNNER L. and all. Soins infirmiers en médecine et en chirurgie: système immunitaire et tégumentaire. 3^{ème} Ed. De Boeck Université. P.1716, Canada, 1999.

lérable une période d'attente, à donner du sens à ce qui est vécu par les uns et par les autres.⁹⁴ » Mais lorsque je lis la globalité de cet écrit réalisé lors du 3^{ème} congrès mondiale des infirmiers et infirmières francophone je ne peux que déchanter. Il semblerait que les motivations de l'infirmière des urgences soient plus d'ordre technique et que la communication la rebute, surtout en ce qui concerne les patients qu'elle considère comme « non-urgent ». « On pense par exemple aux dorsalgies et douleurs ostéo-articulaires chroniques, aux troubles du comportement, aux assuétudes diverses... Les plaintes répétitives et bien connues de ces patients n'appellent pas au dialogue puisque ce dernier risque de n'aboutir à rien de concret et d'appréciable.⁹⁵ » Enfin, elle exécute les ordres médicaux délégués dans le respect des critères de qualité⁹⁶ requis.

Je viens d'établir un tableau plus ou moins exhaustif du regard qu'un professionnel de la santé peut porter sur le rôle de l'infirmière aux urgences. Il va me servir à établir un comparatif par rapport aux représentations des sujets que j'ai interviewés. Il permet également de tenter d'émettre des hypothèses quant aux déclarations des sujets qui vont suivre.

5.2.2. Le regard du client

Lors de mes entretiens j'ai pu établir de manière « inquiétante » que l'infirmière des urgences ne semble pas reconnue par le client. J'utilise le terme « inquiétant » car je me suis aperçue que non seulement le rôle propre global décrit par le professionnel est ignoré de tous les sujets mais aussi car le patient n'a parfois pas remarqué la présence même

⁹⁴ STUCKENS D. Le dialogue avec le client/patient est-il vraiment au cœur des soins d'urgence. 3^{ème} congrès mondial des infirmiers et infirmières francophone. Belgique, 2006

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Les critères de qualité sont l'efficacité, le confort, la sécurité, l'économie et l'esthétique.

de l'infirmière. Pour obtenir ses informations j'ai posé deux types de questions au client à savoir : Selon vous l'infirmière a-t-elle un rôle propre dans lequel elle peut exercer sa profession sans la présence du patient ? Et la seconde : Selon vous, quel rôle a l'infirmière aux urgences ?

Lorsque j'ai posé ces questions j'ai souvent dû recentrer le patient qui s'égarer. Eux n'ont vu que des secrétaires et des médecins. Je demandais à l'un d'entre eux ce qu'il pensait de la prise en charge infirmière, j'ai été surprise par sa réponse : *Au niveau de la prise en charge ? Moi j'ai rien de spécial à dire. Ils ont pris mon adresse de l'assurance et ils m'ont posé quelques questions au sujet de ma santé. Ou encore : j'ai pas réussi à me rendre compte, si c'était une secrétaire ou si c'était une infirmière. Elle n'avait pas d'étiquette, rien du tout...* le sujet suivant : *D'une manière générale ? Disons que le patient, enfin en tout cas en ce qui me concerne, lorsque médecin il y a, se sent peut-être plus rassuré...* et enfin : *Elles font seulement la réception, après il n'y a eu que des docteurs je crois.*

J'émetts plusieurs hypothèses à cet état de fait. La première est que les préconstruits des clients s'appuient sur des fictions telle que « Urgences ». *On peut avoir l'image qu'il y a à la télé ou dans l'émission « Urgences »*, m'a confié un patient lorsque je lui demandais l'image qu'il avait des urgences avant de s'y rendre. En effet, dans cette série, deux phénomènes peuvent donner un début d'explication à mes constations. Si l'on analyse attentivement le rôle qu'y tiennent les infirmières, on remarque rapidement que ces dernières, peu présentes, ne font que répondre aux ordres reçus par les médecins. L'anamnèse, l'accueil et la communication sont également assurés par ceux-ci. Ensuite, le fait que l'une des infirmière de la série poursuit ses études et devient à son tour médecin peut révéler un message erroné de mon point de vue. En définitif, la distinction entre le médecin et l'infirmière n'y est pas très clair. Le téléspectateur, qui devient patient, peu penser qu'aux urgences le travail est hiérarchisé et non pluridisciplinaire.

La seconde hypothèse me fait croire que l'infirmière des urgences à de la peine à affirmer sa profession dans son rôle propre. Elle exécute bon nombre de gestes techniques par la force des choses, ce qui peut pousser le client non-initié à la confondre avec un médecin. *Une doctoresse est venue avec un jeune homme. Il devait être apprenti je crois, parce qu'elle lui a expliqué comment poser une perfusion. Alors il a commencé mais après il a eu peur et c'est elle qui a fini.*

De plus, une fois mes entretiens achevés, j'ai voulu consulter les dossiers des patients dressés par l'infirmière des urgences afin de comparer certaines données en lien avec l'évaluation et le traitement de la douleur. Je n'ai pu relever que peu d'informations utiles car ces derniers étaient pratiquement vides. Je n'ai observé qu'à une ou deux reprises une évaluation succincte de la douleur de type « algique » et à une reprise une évaluation selon l'EVA. Aucune autre donnée n'était consignée. On peut penser que la charge de travail était telle que l'infirmière n'a pas pu considérer ses annotations comme prioritaires dans sa prise en charge.

5.3. Le patient et sa douleur

J'ai consulté plusieurs ouvrages sur les traitements à mettre en œuvre en urgences.⁹⁷ Du guide médical au guide infirmier, j'ai été surprise de constater que certains ne présentent que quelques lignes sur la prise en charge de la douleur. En effet, « il apparaît que plus de 85% des pa-

⁹⁷ Par exemple : MARC B. MIROUX P., PIEDADE I., BENVENISTE R. *Guide infirmiers des urgences*. Ed. Elsevier-Masson, France, 2008.

Ou encore : AUBERT M., CARPENTIER J-P. PETEL T. *Urgences/Réanimation, transfusion sanguine*. 5^{ème} éd. Des nouveaux cahiers de l'infirmière. Ed. Elsevier-Masson, France, 2005.

tients présentent une douleur à l'entrée et que seul la moitié expriment une diminution de leur douleur lors de leur passage aux urgences.⁹⁸ »

Lors de mes entretiens, j'ai donc choisi de poser plusieurs questions aux sujets afin de me faire une idée de ce qu'il en est dans la pratique valaisanne. J'ai entre autre demandé une évaluation de la douleur sur une échelle numérique⁹⁹ de 0 à 10 en précisant les consignes¹⁰⁰. J'ai également questionné les patients sur la définition qu'ils donnent à la douleur et sur son utilité. Je commencerai ici par une phase descriptive ou je ne fais que relater les corpus enregistrés. Dans une seconde phase, je tenterai une analyse des données en lien avec le cadre théorique. De plus, j'émettrai quelques opinions personnelles.

5.3.1. Descriptif des corpus

Voici quelques passages tirés des entretiens. Pour faciliter la compréhension, je restitue les corpus en lien avec la douleur dans leur intégralité et par sujet en sautant certains passages qui n'ont pas leur place ici.

Quand je suis arrivé aux urgences on m'a donné des calmants parce que j'avais vraiment mal. Je dirais que ma douleur est montée jusqu'à 8. J'ai reçu un Dafalgan® lorsque j'étais en salle d'attente. On ne m'a pas mis de glace, mais je pense que sur un bras cassé ça sert à rien. Après, j'ai reçu un dérivé de la morphine et puis de la morphine je crois. Globa-

⁹⁸ QUENEAU P., OSTERMANN G. *Le médecin, le malade et la douleur*. Ed. Elsevier-Masson. P. 511. France, 2004.

⁹⁹ Dans les soins d'urgence, il me semble plus judicieux d'utiliser l'EVA. « L'EVA reste la référence », expliquent D. Fletcher et Chauvin M. dans leur ouvrage de référence sur la douleur aiguë. (FLETCHER D. et CHAUVIN M. *Douleurs aiguës : références en douleur et analgésie*. Ed. Arnette. P.2. Pays-Bas, 2006.) Afin de pouvoir enregistrer vocalement les réponses des sujets, j'ai dû me contenter de l'échelle numérique.

¹⁰⁰ 0 = aucune douleur et 10 = la pire douleur imaginable.

lement, je pense que chaque fois que j'ai demandé, à part peut-être une fois où j'ai eu l'impression que c'était un peu long, parce que j'ai demandé à quelqu'un mais qui s'occupait pas de moi... Enfin je lui ai dit que j'avais trop mal et c'est allé un moment avant qu'une autre personne vienne mais à part ça... Oui je pense que la douleur est utile, de toute façon elle est inévitable mais avec la douleur on doit, entre guillemets, se relever.

Non, on ne m'a rien donné contre la douleur. J'étais couché sur ma civière et je suis resté là. Dans l'ambulance, c'était bien, parce que la structure, l'immobilisation m'ont permis de ne pas avoir mal. Mais bon, je suis très résistant donc... Le médecin savait que j'avais mal. A la douleur sur 10, je dirais que c'était une douleur supportable entre 6 et 7. La douleur est parfaitement utile. Enfin si j'avais dit à l'infirmière que j'avais mal, à mon avis elle aurait téléphoné au médecin pour qu'il me donne quelque chose.

Pour moi la douleur c'est quelque chose d'insupportable qu'il faut absolument traiter par analgésiques, des antalgiques. J'avais mal à 7-8 et j'ai reçu des calmants du Tramal® et de la morphine. La douleur n'est pas utile, je trouve ça complètement stupide de supporter la douleur alors qu'on peut la calmer...

Je pense que la douleur est utile parce que ça empêche d'aller trop loin. Alors moi, j'ai certainement eu 8, parce que de toute façon, même avec les anti-douleurs, ils étaient obligés, ils n'avaient pas le choix, il fallait qu'il bouge ma jambe. Dès qu'ils la bougeaient, par exemple pour la mettre dans une gouttière, y a rien à faire j'avais franchement mal !

5.3.2. Analyse

Si l'on se base uniquement sur les chiffres donnés concernant l'évaluation de la douleur, on s'aperçoit rapidement que la douleur n'a pas été suffisamment traitée. J'entends par là qu'au regard de ce qui aurait dû être appliqué pour une bonne efficacité, le type de produit utilisé ainsi que son dosage n'a pas été correctement réalisé. Or, il est question du rôle propre de l'infirmière. « La formation, l'explication aux soignants et l'application stricte de protocoles d'antalgie représentent probablement une des clés majeures d'une analgésie réussie. Il apparaît donc qu'un patient se présentant aux urgences avec une douleur intense doit être évalué par l'infirmière d'accueil et bénéficier d'une filière protocolée d'analgésie urgente. [...] La disponibilité du médecin ne doit pas entrer en compte dans les premières phases de la prise en charge de la douleur.¹⁰¹ »

En reprenant les paliers de l'antalgie selon l'OMS ainsi que le tableau de protocoles qui suit, il est clair que l'idéal aurait été une titration de morphiniques de palier III. « L'adaptation en temps réel des doses d'antalgiques à la réponse du patient en termes d'efficacité et de tolérance est capitale pour permettre un traitement optimal. En pratique, ce principe de titration est utilisable pour l'administration des morphiniques et est devenu la référence du traitement de la douleur aiguë.¹⁰² »

De plus, n'ayant pas pu bénéficier des protocoles mis en place dans l'hôpital concerné, je me suis questionnée lors de la réalisation du cadre sur les traitements non-médicamenteux que les infirmières peuvent mettre en place lors de douleurs de ce type. Il apparaît clairement que l'immobilisation et la cryothérapie, application de froid, sont garants de soulagement pour le patient. On trouve d'ailleurs dans un livre d'orthopédie traumatologie adressé aux infirmières, ce genre de

¹⁰¹ FLETCHER D. et CHAUVIN M. *Douleurs aiguës : références en douleur et analgésie*. Ed. Arnette. P.129. Pays-Bas, 2006.

¹⁰² Ibid. p.3

conseil : « immobilisation antalgique dans une attelle¹⁰³. » J'ai donc demandé aux sujets interviewés, si ils avaient bénéficié de ce type de prise en charge. A deux reprises, j'ai eu une réponse positive de la part du client. *On m'a mis des coussins sous le genou, qui m'ont soulagé...*

J'ai également consulté les dossiers des patients qui avaient été établis aux urgences. Je n'ai pu que constater un manque d'évaluation. Elles étaient souvent absentes du dossier ou alors n'apparaissaient qu'à une reprise sous diverses formes type : « algique » ou une fois « EVA à 7 ». De plus, comme dit plus haut, en ce qui concerne les observations et actions de l'infirmière seul le Dafalgan® a été inscrit dans le dossier de soin. Il est probable que les antalgiques aient été validés dans la section qui concerne les médicaments, mais je pense qu'il est essentiel de les noter également dans le plan de soins. Ce dernier permet de noter une observation, une action et une évaluation en lien. (par exemple : 17h, EVA à 8, dans les actions : Xmg de Morphine IV, puis 17h20 dans évaluation EVA à 3.) Il est donc difficile de faire une analyse rigoureuse et reflétant la réalité. Les patients m'ont assuré avoir reçu aussi bien du Dafalgan®, que du Tramal® ou de la morphine®, j'émetts donc l'hypothèse qu'il leur a effectivement été administré ce genre de traitement.

J'ai encore remarqué lors des entretiens que les patients décrivaient la douleur comme utile dans la majeure partie des cas. Ils invoquaient pour cela le fait que la douleur leur permettait de ne pas aller trop loin et ainsi de ne pas se blesser plus qu'ils ne l'étaient déjà. Elle joue alors ce rôle « de signal d'alarme ». Je présume également que la douleur permet de justifier sa présence aux urgences. Je me demande alors si le client, dans ses représentations, a avantage à ne plus avoir mal. La douleur, pour lui, fait partie de la normalité de sa situation. D'un point de vue cognitif, elle présente donc l'avantage de ne pas faire perdre son temps

¹⁰³ ABO A.-M. and all. Orthopédie-traumatologie: modulopratique. Ed. Estem, France, 2003.

inutilement « à la gentille infirmière qui a déjà beaucoup de travail » et devient donc utile dans l'intégration positive du sens de l'expérience vécue.

5.4. Synthèse de l'analyse

Le décorticage des corpus achevés, il est temps de répondre à la question de la recherche qui était : Quel ressenti exprime le client adulte souffrant d'une fracture du membre, au sujet de la prise en charge de sa douleur par l'infirmière, dans un service d'urgences du Valais central? Il s'agit ici d'exposer des éléments qui permettent un début de réflexion sur la question précitée. Je n'ai pas la prétention de répondre exhaustivement ou scientifiquement.

Si l'on se contente de l'attitude des sujets lors des entretiens et que l'on se base sur leur appréciation globale, il en est ressorti qu'ils étaient satisfaits de la prise en charge et qu'ils n'ont pratiquement jamais exprimé d'émotions négatives telles que la peur ou la tristesse. Je me suis retrouvée face à des patients souriants, enchantés des soins reçus. Etaient-ils heureux d'avoir un peu de divertissement dans leur journée, ou simplement soulagés de pouvoir exprimer leur vécu des urgences, je ne le saurai probablement jamais. Une des raisons relève probablement de la comparaison des systèmes de santé cantonaux ou nationaux. Le fait est que le non verbal lors des entretiens tranche de manière inexplicable avec les informations qu'ils ont bien voulu me donner. Voici en quelques points les données concrètes que j'ai pu relever.

L'attente était parfois trop longue pour les sujets. Elle a souvent duré plusieurs heures. Malgré cela, l'impression qu'ils ont eu de la charge de travail élevée et du peu de personnel pour y faire face a permis un rendu cognitif satisfaisant compte tenu des conditions.

Les avis divergent sur la quantité et la qualité des informations reçues par les patients. Certains expriment un ressenti satisfaisant, d'autres beaucoup moins. Toujours est-il qu'au vu de l'exposé d'H. Peplau lors du cadre de référence, le lecteur comprendra que cet aspect mériterait d'être retravaillé et développé. Une information complète et précoce augmente les chances de créer une alliance thérapeutique et éducative de qualité entre l'infirmière et le client.

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur, de nombreux manques ont été mis en lumière. Les évaluations n'étaient pas développées voir absentes et les traitements, médicamenteux ou non, insuffisants. Cela dit, les clients qui évaluaient leur douleur entre 6 et 8 pour la plupart, n'expriment pas un vécu douloureux gênant ou insurmontable. Pour eux, le maximum a été fait de la part du personnel soignant. Il est normal d'avoir mal dans ce genre de situation et il faut s'y résoudre.

Enfin, quant au rôle propre de l'infirmière des urgences, on peut dire qu'il est quasiment inexistant du point de vue des clients. Le patient a confondu les secrétaires, les infirmières et les médecins. Beaucoup de monde a gravité autour de lui lors de son passage aux urgences. Probablement que la situation de crise qu'il vivait, a empêché le sujet de s'attarder sur ce qui peut être considéré par lui comme un détail. Au final, peu importe qui s'occupe de lui, du moment qu'il le fait bien. Par contre, pour la profession et sa reconnaissance, une telle situation n'est pas acceptable pour les yeux d'une étudiante. Doit-on attribuer cet état de fait à une surcharge de travail qui oblige à repenser les priorités ? Les décisions politiques prises ces dernières années ont voulu centraliser les urgences de manière à acquérir une meilleure qualité des soins. L'argument qui a été avancé, était que cela permettrait d'avoir des professionnels d'expérience et un regroupement des compétences. On a aussi voulu diminuer les coûts de la santé pour le contribuable. Il me faut aujourd'hui remettre en question plusieurs points : une centralisation des urgences signifient également une charge de travail extrême, particulièrement du-

rant la saison d'hiver. Le stress et la fatigue ainsi engendré chez le personnel de soins ne risque-t-il pas de péjorer cette qualité des soins si recherchée ? Les retentissements de cette décision ne touche pas que les urgences mais également les blocs opératoires et les services de chirurgie de l'hôpital concerné. On en arrive à devoir installer trois patients dans une chambre prévue pour deux alors que les hôpitaux périphériques pourraient accueillir une partie de l'excédent. Malheureusement les transferts interhospitaliers ont également un coût qui semble difficile à gérer pour l'administrateur. L'infirmière des urgences doit ainsi exercer sa profession dans un cadre hostile, où elle ressent un manque de soutien et de compréhension de sa hiérarchie. Elle est forcée de se rendre à l'essentiel dans sa pratique et de ne traiter que les priorités. Toujours est-il que pour le législateur, n'a été fait que ce qui a été écrit. Or, on peut se poser des questions bien légitimes sur les risques encourus par les soignantes lorsque l'on voit le peu d'annotations réalisées.

6. Discussion

Il est temps de faire une autocritique du travail que j'ai accompli. Je ne reviendrais pas ici sur les résultats, les éléments essentiels ayant été traité dans la phase de l'analyse. J'ai plutôt choisi de mettre en avant les éléments qui ont prêté ma recherche ainsi que d'analyser les validités internes et externes de celle-ci.

En ce qui concerne ma question centrale, je me suis aperçue à mesure que mon travail avançait de son manque de pertinence. En effet, j'ai expliqué à maintes reprises que la douleur est subjective et quelle appartient à celui qui la vit. Or, elle est plus que ça. La douleur découle du sujet et de ses particularités bio-psycho-social et spirituelles. Elle dépend également du contexte et du cadre dans lesquels elle est vécue. Et, si l'on s'attarde sur le contexte de l'urgence, une multitude de facteurs se combinent dans la construction du ressenti d'un patient. Paradoxalement, le sujet de la douleur seul, si subjectif et individuel, doit être étudié de manière objective et quantitative pour que la recherche dont il fait l'objet apporte des réponses transposables à divers contextes. De plus, les sujets que j'ai inclus dans mes entretiens présentaient un contexte particulier de par l'éloignement de leur foyer et des positions cognitives ou ressenties qui en découlent. Il va s'en dire qu'une même étude, menée auprès de valaisans pourrait amener des éléments comparatifs plutôt tranchant avec ce qui a été décrit ici en terme de satisfaction et de ressenti.

Il me faut également mettre en évidence que j'ai eu du mal à me glisser dans la position du chercheur. Ce n'est que lors des entretiens et de la phase de l'analyse que j'ai pu briser mes préconstruits. Jusque là, j'ai plutôt réalisé un travail où j'ai cherché à étayer mes idées préconçues par des preuves tirées de la littérature. Avec le recul, je pense que si j'avais réussi à me sortir de ce schéma, j'aurais posé d'autre type de questions.

Pour aller plus loin et donner suite à cette recherche, j'ai pris parti de m'attarder sur quelques nouveaux problèmes que j'ai identifiés en analysant les corpus. Ainsi, il me paraîtrait utile de mener un travail sur la capacité en infrastructure et en personnel, pour accueillir un bassin de population aussi dense que celui que l'on observe l'hiver, en Valais. On pourrait aussi se demander quels moyens pourraient être utilisés pour faciliter le travail administratif et d'annotations de l'infirmière des urgences afin qu'elle puisse gérer toutes les priorités de soins.

6.1. Validité interne

Concernant la validité interne de ma recherche, je ressors plusieurs éléments positifs. J'ai respecté avec beaucoup de rigueur le cadre légal des entretiens. Pour cela, j'ai obtenu l'aval de la commission d'éthique de l'Etat du Valais¹⁰⁴. J'ai aussi eu l'approbation écrite et signée des sujets qui ont pris part librement à cette enquête. Je me suis également appliquée à conserver des méthodes et un contexte d'entretien identiques pour tous les patients interrogés, à savoir que je les ai sélectionnés selon des critères préétablis dans un même service, à la même période. Je me pose par contre des questions en ce qui concerne la classe d'âge choisie. C'est l'adulte dont il était question dans ma recherche. Or, je ne pourrais l'affirmer vu le nombre restreint de clients interrogés, mais il m'a semblé que les plus jeunes (20-30 ans) avaient un point de vue qui différait quelque peu de leurs aînés (50-65 ans). L'échantillon a été établi de manière aléatoire à savoir que j'ai précisé les critères d'inclusion et d'exclusion aux infirmières présentes dans le service. Ainsi ce sont-elles qui m'ont dirigées vers les clients concernés. On peut se demander si elles n'ont pas effectué inconsciemment un premier tri afin de ne pas m'exposer à des patients considérés comme « difficiles ».

¹⁰⁴ Annexe 5.

Lors des entretiens, j'ai probablement induit des biais dans la formulation de mes questions. En effet, certaines réponses ont en partie probablement été influencées par mes intonations ou mes tournures de phrases. Il m'est aussi arrivé de sortir du cadre des entretiens en rebondissant sur les propos tenus par les patients ce qui a eu pour conséquence d'amener des éléments nouveaux mais sans atteindre la saturation de ceux-ci.

Malgré cela, si l'on entend par validité interne, l'applicabilité de la recherche à la population interviewée, je pense que dans l'ensemble le résultat est plutôt positif. Le groupe était passablement homogène dans l'expression de ses ressentis.

6.2. Validité externe

Il s'agissait d'effectuer une initiation à la recherche. Je n'ai donc aucune prétention à exposer concerner la validité externe de ce travail. J'en ai profité pour faire un apprentissage par problème. A savoir que les erreurs de méthodologie que j'ai commise tout au long de ce travail m'ont permis de comprendre et de mieux appréhender les exigences d'une vraie recherche scientifique. Aussi je m'aperçois que les biais que j'ai introduit en cherchant à m'approcher de la réalité qui était mienne au début de ce challenge, empêchent mes résultats d'être applicables dans d'autres situations, d'autres temps, à d'autres populations. Le fait d'avoir voulu cibler une population non indigène joue aussi un rôle dans ce constat. Il n'y a donc pas de possibilité de généralisation.

7. Conclusion

Pour conclure, je pensais reprendre mes objectifs personnels d'apprentissage. Il apparaît clairement aujourd'hui que ceux-ci sont minimalistes et ne collent pas avec ce que cette recherche m'a réellement apporté. Je vais tenter de m'attarder sur plusieurs points sous forme de bilans d'apprentissage.

7.1. Bilan méthodologique

Au vu des points principaux que j'ai relevé dans la discussion, il est clair que je ne peux me targuer d'avoir acquis et utilisé une démarche méthodologique à la perfection. Cependant, je pose un constat très positif de ce travail. En effet, j'ai appris à appréhender un travail de recherche dans son ensemble. Je connais les étapes nécessaires à la réalisation d'un mémoire. J'ai également pu acquérir des compétences critiques quant à la validité d'une recherche. Je saurai, à l'avenir, utiliser des résultats qui relèvent de démarches scientifiques dans ma pratique quotidienne des soins.

7.2. Bilan professionnel

Cette démarche m'a permis de me rendre compte du travail qu'il reste encore à faire afin de donner un caractère unique et reconnaissable à la profession d'infirmière. Il est apparu clairement que le rôle autonome de cette dernière est encore méconnu du grand public. Il va s'en dire que chaque professionnelle est responsable de ce constat. Il manque encore de l'élan à la profession pour faire évoluer sa démarche de recherche personnelle.

Dans l'avenir, l'évidence base nursing va probablement prendre de l'essor. Je tiens à donner l'exemple et à utiliser des résultats probants pour argumenter mes actions de soins lors de ma pratique quotidienne. Il faut encore ajouter à cette démarche l'importance de continuer à se former pour maintenir à jour ses compétences, les renouveler et prétendre à un rôle d'experte. Certaines disciplines, faisant partie intégrante de notre profession, restent encore uniquement basées sur le faire. Ainsi, quelques décisions spécifiques, comme par exemple le choix d'un matériel adéquat lors de la réfection de pansement spéciaux, appartiendront peut-être un jour à l'infirmière.

Pour acquérir de l'autonomie et de l'importance, l'infirmière doit se faire une place sur la scène politique et économique nationale. Elle possède selon moi toutes les ressources et les compétences nécessaires à un tel combat. Il y va de la responsabilité de chacune de considérer et de faire considérer sa profession.

Plus pratiquement, j'ai pu revisiter certaines bases propres à notre profession. Dès lors, je tiens à rappeler ici l'importance de la communication dans les soins mais surtout dans les soins d'urgence. En effet, le contexte particulier de l'urgence demande une prise en charge globale du client et de son entourage de manière ponctuelle mais efficace. Si un jour, comme je le désire, j'ai l'occasion d'y exercer, je mettrai un point d'honneur à toujours garder ce principe dans mes priorités. Cela me permettra de mettre en avant certaines compétences relevant du rôle autonome de l'infirmière. Je pourrais également par ce biais apaiser des situations de crise, génératrice d'anxiété et de malentendus pour le patient, sa famille et l'équipe soignante.

7.3. Bilan personnel

Cette recherche m'a demandé de fournir un effort continu et soutenu. Je suis fière d'avoir réussi à la mener de son commencement à son terme dans les délais qui m'étaient impartis. Pour cela, j'ai dû apprendre à faire preuve de rigueur et d'organisation. Je me suis rendue à l'évidence que je fonctionne énormément sur la crainte des échéances. J'ai alors pris mes responsabilités et je me suis imposée des rendez-vous réguliers avec mon directeur de mémoire. Je savais que de cette manière, je serai obligée d'avancer par étapes continues.

De plus, j'ai eu fort à faire pour gérer les pressions exercées par la formation dans son ensemble. Il m'a fallu mener de front des examens importants, mon stage final ainsi que l'avancement de ce mémoire. J'ai ainsi pu développer des compétences de gestion des priorités. J'ai dû faire des choix, respecter un planning préétabli et m'obliger à aller de l'avant.

Pour conclure définitivement, laissez-moi encore vous offrir une dernière réflexion en lisant cet extrait que je tire d'un des entretiens que j'ai menés. Je le dédie à tous les professionnels de la santé :

Avant d'avoir ce que j'ai eu là, je voyais les gens dans les hôpitaux qui avaient l'air de souffrir un peu mais je ne m'en rendais pas vraiment compte. A partir du moment où ça m'est arrivé à moi, j'ai compris ce qu'était avoir vraiment mal. La douleur n'est pas utile du tout. Les antalgiques comme la morphine me paraissent essentiels. Lorsqu'il a trop mal, le patient est limité et si on ne le traite pas efficacement on limite encore son combat déjà difficile vers la guérison...

8. Bibliographie

❖ Livres

JOURNIAC C., DREVET S., JACQUELOT L., SCHABANEL H., SION M-A. *Soins infirmiers : Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche*. Ed. Elsevier-Masson. Paris, 2002

DUCASSE J-L. and al. *Dequad urgences: douleurs aiguës en situation d'urgence : des techniques à la démarche qualité*. Ed. Arnette. Rueil-Malmaison, 2004.

KEROUAC S. *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*. Ed. Maloine, Paris, 1994.

LE BRETON D. *Anthropologie de la douleur*. Ed. Métailié, Paris.

AVET F. and all. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers : douleur totale et prise en charge*. Ed. Med-line. Paris, 2006.

DELAMARE J. *Dictionnaire des termes de médecine*. Ed. Maloine, 25ème éd. Paris, 1998.

VIBES J. *Guide de la douleur : le syndrome douloureux chronique*, Ed. Es-tem, Paris, 2001

PENEFF J. *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*. Ed. Métailié. P. 17. Paris, 1992.

SHOLTIS-BRUNNER L. and all. *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie: système immunitaire et tégumentaire*. 4ème Ed. De Boeck Université. P.504, Canada, 2006.

MOORHOUSE, DOENGES. *Diagnostics infirmiers: interventions et bases rationnelles*. Trad de la 7^{ème} édition américaine. Ed. De Boeck Université. Montréal, 2001.

FLETCHER D. et CHAUVIN M. *Douleurs aiguës : références en douleur et analgésie*. Ed. Arnette. Pays-Bas, 2006

LACROIX C. *L'analgésie en SMUR et aux urgences*. 9^{ème} colloque de médecine d'urgence. France, 2003

LUMINET O. *Psychologie des émotions: confrontation et évitement*. Ed. De Boeck, Bruxelles, 2002.

PEPLAU H. *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Ed. InterEditions pour la trad. Française, Paris, 1995.

COLLIERE, M-F, « *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. » Paris : InterEditions, 1982.

LATREILLE D., ROY F. *Processus de crise : adaptation des APQS, programme de formation accrédité*. Canada, 2004

ULRICH M. *Soins d'urgence : perspective infirmière*. Ed. Elsevier-Masson, Paris, 1994.

AUBERT M., CARPENTIER J.-P., PETEL T. *Urgences/réanimation transfusion sanguine : soins infirmiers*. Les nouveaux cahiers de l'infirmière, édition 5. Ed. Elsevier-Masson, Paris, 2005

ABRIC J.-C. *Pratiques sociales et représentations*. Ed. Presse universitaire de France. Paris, 1994

STUCKENS D. *Le dialogue avec le client/patient est-il vraiment au cœur des soins d'urgence*. 3^{ème} congrès mondial des infirmiers et infirmières francophone. Belgique, 2006

QUENEAU P., OSTERMANN G. *Le médecin, le malade et la douleur*. Ed. Elsevier-Masson. France, 2004

ABO A.-M. and all. *Orthopédie-traumatologie: modulopratique*. Ed. Estem, France, 2003.

MARIEB E. *Anatomie et physiologie humaines*. Ad. De la 6^{ème} Ed. américaine. Ed. du renouveau pédagogique. Canada, 2005

LOISELLE C.G. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Ed. Erpi, Québec, 2007.

QUIVY R., CAMPENHOUDT L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Ed. Dunod, Paris, 2005.

❖ **Recherches et articles**

GALINSKI M., ADNET F. *Prise en charge de la douleur aiguë en médecine d'urgence*. In Réanimation N°16, pp. 652-659, p. 652. Bobigny, 2007.

VO-VAN F. *La prise en compte de la douleur provoquée iatrogène chez l'adulte*, p. 13 consulté le 15 mai 2008 [en ligne]
http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/memoire_Vo_Van.pdf?PHPSESSID=2e410e3548cf3c620dbf042086040fbd

QUEFFELEC FRADET A. *Traçabilité de l'évaluation de la douleur en SMUR – Evolution*. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 2006

RICARD-HIBON A., BÉLPOUME V., BEN HELLAL A., CHOLLET C., MARTY J. *Analgesie en urgence chez l'adulte*. In EMC-Médecine N° 1, pp. 80-91. p. 81, Clichy, 2004.

HENNES H., KIM M. K., *Prehospital pain management : Current status and future direction*. In Clinical pediatric emergency medicine, pp. 25-30. p. 27, 2006.

RICARD-HIBON A. and al. *Compliance with a morphine protocol and effect on pain relief in out-of-hospital patients*. In The journal of emergency medicine, Vol. 34. N° 3. pp. 305-310, USA, 2008.

DUIGAN M., DUNN V. *Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients : A replication*. In International Emergency Nursing N°16. pp. 23-28, Ireland, 2007

TOWNSEND M.C. In soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale pp. 154-158.

ASI. L'éthique : l'éthique dans la pratique des soins. Berne, 2003.

YERSIN B. *Difficultés d'accès aux urgences : un indicateur sensible de la crise du système de santé ?* In Revue Médicale Suisse N° 75. août 06

BROSSIER C. *L'attente aux urgences vécu par les patients*. In Journal qualité des HUG. Genève, 2006.

HERMELIN A. « Urgences », entre réalité et fiction, une série qui motive les étudiants en soins infirmiers ? Travail Bachelor. Sion, 2007.

❖ **Sites internet**

<http://neurobranches.chez-alice.fr>

<http://www.institut-upsa-douleur.org>

<http://www.antalvite.fr/>

www.infirmiers.com

<http://www.compendium.ch>

<http://www.caducee.net>

9. Annexes :

- 1) Taxonomie de Bloom
- 2) Questionnaire entretien exploratoire
- 3) Lettre d'information au patient
- 4) Consentement éclairé
- 5) Approbation de la commission d'éthique