

Un point de vue infirmier sur la prise en charge de la douleur

En dix minutes, j'ai accepté l'exercice périlleux, de vous faire-part d'un point de vue infirmier sur le prise en charge de la douleur. Un point de vue qui se veut à la fois panoramique au niveau institutionnel et détaillé grâce à un effet de "zoom" sur certaines de nos préoccupations.

Commençons tout d'abord par enlever nos visières et intéressons nous aux relations que l'infirmière entretient avec ses collaborateurs autour de la prise en charge de la douleur. Pour se faire, rappelons que la profession infirmière nous revêt par la législation de deux rôles : le rôle prescrit et le rôle propre. Mais comment ces rôles se répartissent-ils sur le terrain?

Le rôle prescrit en l'occurrence par le médecin est actuellement en plein essor à travers l'élaboration des protocoles douleurs et des formations mises en place pour implanter progressivement ces protocoles au sein des unités de soins. Même si des améliorations doivent certainement encore être apportées, ces protocoles permettent enfin une uniformisation des traitements et de leurs applications en octroyant une plus grande autonomie d'action à l'infirmière. Et c'est ainsi, comme je tenterai de l'illustrer dans un instant, que le rôle propre de l'infirmière connaît une importance grandissante dans la prise en charge des patients algiques.

Faire reconnaître son rôle propre n'est pas chose aisée et pourtant une clé essentielle pour appréhender une prise en charge interdisciplinaire de la douleur. Il ne suffit pas de réunir les membres de différentes disciplines autour d'une problématique quelle qu'elle soit pour se dire "Equipe interdisciplinaire". Encore faut-il qu'autour du patient, chaque professionnel (et je cite : l'infirmière de terrain, l'infirmière relais douleur de l'unité, l'infirmière ressource en douleur au sein de l'institution mais aussi le chirurgien, l'interniste, l'anesthésiste et le kiné, et parfois même le psychologue et l'assistante sociale en cas de douleur chronique) aient TOUS l'humilité de se dire que l'autre, peut non seulement avoir une vision différente de l'expérience douloureuse du patient mais aussi lui apporté une prise en charge spécifique.

Aujourd'hui, il est évident que notre institution a pris conscience que le concept "qualité" en matière de prise en charge de la douleur est non seulement une obligation légale mais aussi une exigence pour les professionnels et un droit pour les patients.

Au-delà de cette prise de conscience, il paraît aujourd'hui essentiel de tenir compte du postulat suivant : "Nous pouvons réunir les plus grands experts de la douleur s'il n'interagissent pas, si ils ne mettent pas en commun leurs regards et surtout leur différence de point de vue, ils ne parviendront pas à prendre en charge la douleur du patient dans sa globalité.

Portons à présent un regard de proximité sur le rôle propre de l'infirmière lors de la prise en charge d'un patient algique. Au petit matin, lors du tour de salle, Mme Germaine décrit au médecin sa nuit difficile emprunte de douleurs quasiment permanentes. Notons d'emblée qu'écouter le récit de Mme Germaine ou avoir vécu 11h00 à ses côtés, marque une nuance qui constitue l'une des spécificité de la profession infirmière.

L'infirmière est en première ligne 24 heures sur 24 entre autres, pour lutter avec les patients contre l'ennemi public n°1 : la douleur.

Cette nuit là, l'infirmière a rapidement pu détecter la douleur ressentie par Mme Germaine et en évaluer l'intensité à l'aide de moyens standardisés. A la lumière de cette évaluation, elle a pu lancer une offensive de seconde intention sur les bases du protocole mis en place par l'anesthésiste. Ouvrons ici une parenthèse pour souligner, que grâce aux nouvelles synergies mises en place dans l'institution, l'évaluation de la douleur fait de plus en plus partie de la surveillance infirmière au même titre que les autres paramètres. (Je ferme la parenthèse).

Malheureusement, après deux heures d'accalmie, force est de constater lors de l'évaluation réalisée par l'infirmière que la douleur de Mme Germaine est à nouveau présente. L'efficacité de la pompe est alors remise en cause et le recours à l'anesthésiste de garde paraît inéluctable. La contre attaque est cette fois massive : un bolus est envoyé en voie péridurale par l'anesthésiste et malgré tout l'ennemi reste omniprésent. Le chirurgien est alors contacté par l'infirmière pour exclure une complication opératoire. Finalement, c'est la position du cathéter péridural qui sera remise en cause et qui nécessitera la mise en place d'une pompe par voie intraveineuse. Il est 3h00 du matin, la nuit a certes été laborieuse pour Mme Germaine mais il est important de souligner que ses douleurs n'ont pas été le fruit d'une passivité mais d'un combat difficile.

Nous n'avons retracé ici que le fil rouge de ce combat jusqu'à son dénouement. L'effet "zoom" nous permet de découvrir que tout au long de ce fil rouge, l'infirmière a également pris l'initiative de mettre en œuvre des petits moyens pour PREVENIR, SOIGNER et ACCOMPAGNER l'expérience douloureuse. Je pense ici aux bouillottes, aux ColdHot Pack® et aux massages mais aussi à une relation d'aide efficace, à la prévention et à l'éducation du patient.

Pour l'illustrer autrement, je rejoins à présent les propos d'Hélène Brocq qui souligne que "pour prendre en charge la douleur des malades, l'infirmière doit certes s'occuper du corps et des symptômes, mais elle doit aussi savoir répondre par une relation d'aide appropriée, à la détresse psychologique qui ne manque pas de nourrir la plainte et parfois la déborde, comme c'est le cas dans la douleur chronique"(1). C'est parce que les médicaments ne font pas tout que l'infirmière a un rôle important : Prendre en charge la douleur du patient dans sa globalité en tenant compte des composantes sensorielle, affective-émotionnelle, cognitive et comportementale.

Certains patients minimisent l'intensité de leur douleur, certains l'amplifient pour être sûrs d'être entendu et d'autres encore la taisent ou la camouflent. Dans tous les cas, cette douleur nous gêne, nous préoccupe, nous interroge et nous fait mal aussi. La douleur de l'autre est douloureuse car elle témoigne, parfois à tort, de notre incapacité à l'avoir évitée ou suffisamment combattue. Elle nous fait mal aussi car elle peut avoir été induite par des soins que nous avons dus prodiguer ou encore car nous sommes convaincus qu'elle aurait pu être évitée.

L'un des risques est que l'infirmière se sente démunie face à la souffrance d'un patient et ne parvienne pas à se faire entendre auprès de ses interlocuteurs. Un jour, l'infirmière n'a plus la force de crier, elle abandonne et ne rapporte plus les événements douloureux. Elle peut alors trouver la douleur normale et estimer qu'on ne peut rien y faire.

Heureusement, de nombreuses initiatives ont été prises au sein de notre institution pour éviter ce scénario catastrophe et ce "Quiz Challenge Douleur" en est une belle illustration.

Ainsi, tel un photographe en fin de reportage, il est déjà l'heure de prendre mes derniers clichés. Une ultime occasion pour vous dire qu'en tant qu'infirmier, je suis à la fois rassuré et heureux de constater que la douleur des patients nous préoccupe chaque jour un peu plus. Aujourd'hui, il est fondamental d'insister sur le fait que la douleur n'est pas inéluctable. Ensemble, en réelle interdisciplinarité nous pouvons la combattre dans sa globalité.

Je vous remercie pour votre attention