

Quels sont les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières ?

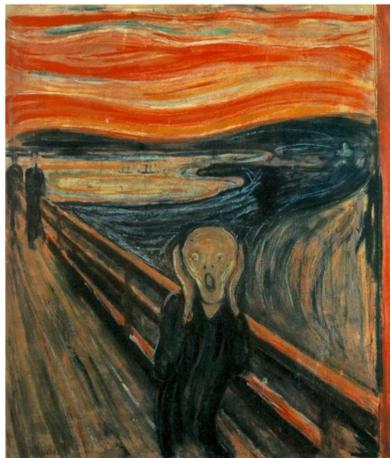
F. Teike Lüthi, MSc¹; C. Gueniat, MSc²; F. Nicolas¹, P. Thomas¹, A.-S. Ramelet, PhD^{1,2,3}

¹ Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse, ² Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Lausanne, Suisse,

³ Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Lausanne, Suisse

«Pain reported by somebody else falls into the category we reserve for whatever is invisible, subjective, immaterial, and therefore unreal.»

(Morris, 2000, cité dans Craig, 2009, p. 29⁴)



Le Cri, E. Munch (1893)

F. Teike Lüthi
Centre des Formations, CHUV,
Lausanne
Fabienne.Teike-luethi@chuv.ch

INTRODUCTION

De nombreuses études démontrent que la prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés est élevée. Les conséquences d'une douleur non soulagée peuvent être physiologiques, physiques, sociales et psychologiques. Ces complications engendrent alors également des répercussions économiques.

L'infirmière assume une grande part de la responsabilité du soulagement de la douleur, notamment par l'évaluation, la documentation, l'administration de l'antalgie prescrite et la transmission aux différents membres de l'équipe.

De nombreux facteurs participent cependant à une gestion sub-optimale de la douleur. Ils ont été classifiés en trois catégories. Les obstacles en lien avec le patient, les soignants ou le système¹.

Le but de cette étude descriptive transversale est d'identifier les obstacles à une gestion optimale de la douleur des patients hospitalisés en milieu hospitalier aigu, tels que perçus par les infirmières.

METHODES

Cette étude a obtenu l'approbation de la Commission cantonale (Vd) d'éthique.

Après une traduction standardisée et des tests de cohérence interne, le questionnaire *Nurses' Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices tool (NPOP)*² a été envoyé par voie électronique aux infirmières directement impliquées dans les soins et travaillant depuis au moins 3 mois dans 4 services de médecine et de chirurgie d'un hôpital tertiaire romand. Un rappel a été envoyé automatiquement après 2 et 4 semaines aux non-répondants.

Le NPOP comprend 40 questions réparties sur une base théorique par l'auteur² autour des 3 catégories précédemment citées. L'évaluation de chaque question est réalisée sur une échelle de Likert en 7 points mesurant l'intensité de l'interférence de cet obstacle avec la gestion de la douleur: 1 = n'interfère jamais, 7 = interfère toujours.

*The communication model of pain*³ est le cadre théorique de cette recherche.

RESULTATS

70 infirmières ont retourné le questionnaire (taux de réponse de 65,4%).

24 obstacles prioritaires interfèrent dans la prise en charge de la douleur, totalisant près de 80% de la problématique (Table 1):

- 9 concernent la dimension patient, plus spécifiquement leurs difficultés à utiliser les outils d'évaluation, leurs craintes par rapport aux traitements, leur volonté de ne pas déranger et les problèmes d'observance médicamenteuse
- 7 sont liées au système et aux problématiques de manque de temps, de collaboration insatisfaisante avec les médecins ou au manque de connaissance des médecins
- 8 touchent la dimension infirmière et plus particulièrement leurs connaissances et attitudes en lien avec l'évaluation, la gestion médicamenteuse et la documentation.

Sur cette base, les questions totalisant 50% des obstacles ont été retenues comme nécessitant des actions prioritaires (Tableau 1), il s'agit des 12 premiers énoncés qui représentent 52,9% des obstacles totaux.

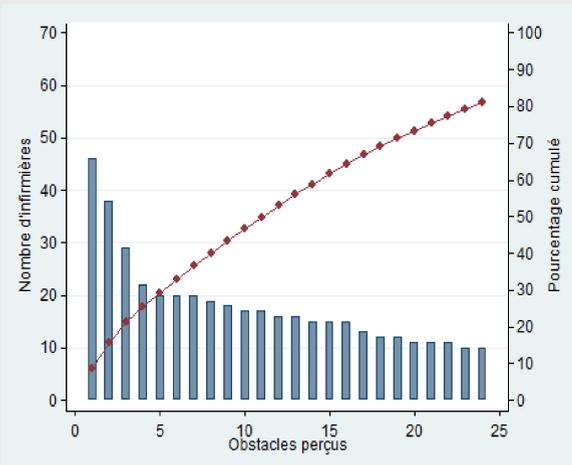


Figure 1. Diagramme de rangs des obstacles à la gestion de la douleur limité aux 24 énoncés les plus souvent identifiés.

RESULTATS

N = 70			
Rang	Obstacle (énoncé du NPOP)	Dimension	n (%)
1	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause des troubles cognitifs	Infirmière	46(65,71)
2	La difficulté des patients à remplir les échelles de douleur	Patient	38(54,29)
3	Le manque de temps pour offrir des approches non pharmacologiques pour soulager la douleur	Système	29(41,43)
4	La réticence des patients à prendre des antalgiques par peur de devenir dépendant	Patient	22(31,43)
5	La volonté des patients à tolérer la douleur chronique	Patient	20(28,57)
5	Les patients ne voulant pas déranger les infirmières	Patient	20(28,57)
5	La réticence des médecins à prescrire un traitement adéquat pour soulager la douleur par peur de sur-doser les patients atteints de démence ou de délirium	Système	20(28,99)
8	La difficulté de croire la douleur rapportée par les patients parce qu'ils sont incohérents d'une fois à l'autre, et que leurs propos ne correspondent pas à leur comportement non verbal	Patient	19(27,14)
9	La réticence des patients à prendre des antalgiques à cause des effets secondaires	Patient	18(25,71)
10	Ne pas savoir à combien la douleur est acceptable pour chaque patient	Infirmière	17(24,29)
10	Ne pas connaître l'intensité de la douleur des patients à cause du manque de temps passé avec eux	Système	17(24,29)
12	Les pratiques incohérentes autour des doses de réserve pour un patient	Infirmière	16(23,19)
12	La tendance à documenter seulement si le soulagement de la douleur n'est pas atteint ou si le patient refuse ses antalgiques	Infirmière	16(22,86)

Tableau 1. Obstacles interférant avec la gestion de l'antalgie

Pour l'ensemble du questionnaire, la dimension patient génère le plus de perception d'obstacles. Seule une différence entre les services a été identifiée comme statistiquement significative. Les infirmières d'un des 4 services ont identifié moins d'obstacles interférant avec la gestion de la douleur (M = 3,2, ET = 0,6) comparé aux autres services (M entre 3,4 et 3,7, ET entre 0,4 et 0,8) (p < 0,01). Aucune caractéristique démographique n'influence la perception d'obstacles.

DISCUSSION

Ces résultats confirment la complexité des enjeux du processus d'évaluation et de soulagement de la douleur. Ils s'intègrent parfaitement au cadre théorique et mettent en perspective combien la transaction patient-infirmière est influencée par des facteurs contributifs.

Les obstacles se cristallisent surtout autour de la dimension-patient, invitant l'infirmière et l'institution à mettre en œuvre les conditions qui les lèveront afin que les patients puissent bénéficier d'une approche multimodale de qualité.

Les résultats infirment la cause unique du manque de connaissance des infirmières comme seul responsable de cette problématique.

Si la répartition des 3 catégories d'obstacles est aisée en théorie, cette vision linéaire n'est pas compatible avec la complexité de la réalité clinique, ni avec le cadre théorique de l'étude.

Plusieurs thématiques clés inter-reliées émergent de cette étude : **les défis de l'évaluation, l'influence des représentations, les difficultés de communication, et le manque de connaissances et de temps.**

CONCLUSIONS

Les institutions et les centres de formation doivent repenser leurs stratégies afin d'améliorer la qualité des prestations infirmières et ainsi offrir aux patients un confort maximal.

Les **recommandations** principales de cette étude concernent des aspects cliniques: boîtes à outils, éducation thérapeutique, poste d'infirmière référente douleur, et des aspects formatifs favorisant des approches interprofessionnelles de type travail sur les représentations et analyse de la pratique.

REFERENCES

1. Borneman, T., Koczywas, M., Sun, V., Piper, B. F., Smith-Idell, C., Laroya, B.,...Ferrell, B. (2011). Effectiveness of a clinical intervention to eliminate barriers to pain and fatigue management in oncology. *Journal of Palliative Medicine, 14*(2), 197-205. doi: 10.1089/jpm.2010.0268
2. Coker, E., Papaioannou, A., Turpie, I., Dolovich, L., Kaasalainen, S., Taniguchi, A., & Burns, S. (2008). Pain management practices with older adults on acute medical units. *Perspectives, 32*(1), 5-12.
3. Schiavenato, M., & Craig, K. D. (2010). Pain assessment as a social transaction: beyond the "gold standard". *Clinical Journal of Pain, 26*(8), 667-676. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181e72507
4. Craig, K. D. (2009). The social communication model of pain. *Canadian Psychology, 50*(1), 22-32. doi: 10.1037/a0014772