

La gestion de la douleur postopératoire chez la personne âgée : effets d'interventions éducatives auprès de membres d'une équipe de soins

Audrey Gagnon ^a, inf., M.Sc., Sylvie Le May ^b, inf., Ph.D. & Odette Roy ^c, inf., Ph.D.

^a Conseillère clinicienne en soins infirmiers à la Direction des soins infirmiers et associée aux programmes clientèles de chirurgie et d'ophtalmologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

^b Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^c Adjointe à la directrice des soins infirmiers, chercheure et responsable au Centre d'excellence en soins infirmiers, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

La douleur est un phénomène complexe. Une gestion optimale de celle-ci, en soins postopératoires, exige l'implication de tous les membres de l'équipe de soins. De plus, l'infirmière fait face à un défi supplémentaire lorsqu'elle doit gérer la douleur postopératoire d'un patient âgé. Dans la perspective d'améliorer les soins offerts à la personne âgée, des interventions éducatives en gestion de la douleur postopératoire ont été offertes aux membres d'une équipe de soins. Avant d'effectuer les interventions, l'auteure principale de cet article a effectué une révision de plusieurs dossiers de l'unité de chirurgie ciblée. Une analyse attentive lui a permis d'identifier certaines opportunités d'amélioration correspondant aux lignes directrices du Registered Nurse' Association of Ontario (RNAO, 2002). Ensuite, elles ont été introduites dans les deux interventions éducatives développées et appliquées par l'auteure principale. La première intervention consistait en la présentation de trois modules de formation sur la gestion de la douleur postopératoire des personnes âgées. La deuxième intervention prenait la forme d'un coaching individuel à l'aide d'une approche réflexive auprès d'infirmières. À la suite de ces interventions, un questionnaire mesurant l'appropriation de connaissances a été distribué à l'ensemble des participants. Les résultats démontrent une amélioration des connaissances, de la documentation et de la pratique clinique en matière de gestion de la douleur postopératoire des personnes âgées. Finalement, les auteures proposent des recommandations pour la clinique et la gestion des services infirmiers.

Mots-clés : douleur postopératoire, personne âgée, intervention éducative, infirmière, approche réflexive.

La douleur est un phénomène complexe et sa gestion demande l'implication de tous les membres de l'équipe de soins. Ce travail d'équipe permet à l'infirmière de collecter les données nécessaires à la création d'un plan d'interventions pertinent ayant comme but un meilleur contrôle de la douleur. Une gestion adéquate de la douleur aiguë en postopératoire favorise un rétablissement plus rapide et permet de prévenir certaines complications pouvant avoir des répercussions à court, moyen et long terme (Dunwoody, Krenzschek, Pasero, Rathmell & Polomano, 2008). Lorsque le patient est âgé, il peut être difficile de bien évaluer la douleur, surtout s'il est craintif à l'exprimer. Lors de son évaluation

clinique, l'infirmière doit tenir compte des particularités reliées à cette clientèle afin de favoriser une récupération fonctionnelle optimale sans complications et une durée normale du séjour hospitalier (Prowse, 2006). Néanmoins, l'avancement des connaissances médicales au niveau des techniques chirurgicales et anesthésiques permet maintenant d'effectuer, de façon sécuritaire, davantage de procédures chirurgicales à une clientèle de plus en plus âgée. En ce sens, une diminution des critères d'admissibilité à la chirurgie est observée donnant ainsi l'accès à une clientèle plus vulnérable (Dunwoody et al., 2008; Kehlet & Wilmore, 2008).

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Audrey Gagnon, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 5415, boul. de l'Assomption, Montréal, Québec, H1T 2M4. Courrier électronique : agagnon1.hmr@ssss.gouv.qc.ca

Par ailleurs, plusieurs auteurs affirment que la douleur chez la personne âgée est sous-estimée, sous-évaluée et sous-traitée par les professionnels de la santé, dont les infirmières (Richards & Hubbert, 2007; Wary, Lamouille & Villard, 2005). Le manque de connaissances sur le sujet serait un des facteurs prépondérants (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organisations [JCAHO], 2001).

L'objectif de cet article est de présenter le déroulement et les résultats obtenus à la suite d'une expérience de stage dans le cadre d'un programme de maîtrise. Cette étude s'est inscrite dans une initiative institutionnelle visant à améliorer les pratiques cliniques concernant la gestion de la douleur postopératoire des personnes âgées. Dans la foulée de cette prérogative clinique, des interventions éducatives ont été effectuées auprès d'une équipe de soins sur une unité de chirurgie.

Recension des écrits

La douleur chez la personne âgée

La neurophysiologie de la douleur chez la personne âgée comprend différents mécanismes complexes et encore mal connus (Lussier & Mallet, 2005). Ces auteurs reconnaissent que des changements anatomiques et physiopathologiques pourraient expliquer en partie la difficulté de certains patients âgés à décrire et à localiser leur douleur de façon précise. Wary et al. (2005) affirment que la douleur des personnes âgées est encore souvent sous-estimée, sous-évaluée et sous-traitée, et ce, même si la JCAHO (2001) recommande aux professionnels de la santé de considérer la douleur comme le cinquième signe vital. Des mythes et des fausses croyances populaires, véhiculés dans la population ainsi que chez les professionnels de la santé, peuvent devenir un obstacle à la gestion optimale de la douleur. Par exemple, Jensen (2008) soutient que, selon la croyance populaire, il est normal de souffrir avec l'âge.

Par ailleurs, la douleur chronique est présente chez environ 25 à 50 % des personnes de plus de 65 ans (American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons, 2002). Dans un milieu de soins aigus, les professionnels de la santé peuvent avoir de la difficulté à faire la différence entre la douleur aiguë et la douleur chronique lors de l'évaluation chez la personne âgée (Parke, 1998). Sebag-Lanoë & Wary (2002) expliquent que les gens âgés peuvent éviter de parler de leur douleur par crainte de déranger ou par peur du diagnostic et des investigations. De plus, il ajoute que des troubles sensoriels, de la

mémoire ou du langage peuvent les empêcher d'exprimer verbalement leur douleur. Pour ces raisons, les infirmières doivent demeurer attentives aux manifestations de comportements de la douleur (Prowse, 2006). Elles doivent valider leurs perceptions en communiquant avec la personne âgée dans le but de lui offrir des interventions adéquates pour soulager la douleur (Brown & McCormack, 2006; Dunwoody et al., 2008; Parke, 1998). Enfin, Marchand (2009) explique que pour traiter la douleur chez les personnes âgées, une approche multidisciplinaire et holistique qui respecte davantage les dimensions biopsychosociales de l'être humain doit être mise de l'avant.

La gestion adéquate de la douleur postopératoire chez la personne âgée

Kehlet & Wilmore (2008) ainsi que Pasero & Belden (2006) mentionnent qu'une gestion optimale de la douleur en postopératoire est la clé de la récupération fonctionnelle et qu'elle assure une reprise plus rapide des activités. En effet, Kehlet & Wilmore (2002) soutiennent qu'une gestion adéquate de la douleur en postopératoire facilite l'alimentation, la mobilisation et le sommeil chez la clientèle en général. À cet égard, ces auteurs ont rédigé un programme (*The fast track surgical program*) comprenant neuf recommandations spécifiques qui ont pour but d'accélérer le processus de récupération fonctionnelle après une chirurgie. Ces auteurs mettent en évidence la contribution et la participation essentielles des infirmières à la mise en application et au bon fonctionnement du programme ainsi que pour assurer le suivi de la gestion optimale de la douleur. Elles doivent accorder une attention plus particulière aux personnes âgées vulnérables, car la gestion inadéquate de la douleur contribue à augmenter le risque de développer des complications après la chirurgie (Brown & McCormack, 2006; Dunwoody et al., 2008; Pasero & Belden, 2006; Prowse, 2006). Plusieurs études scientifiques démontrent une relation entre une gestion inadéquate de la douleur aiguë et le développement de certaines complications. Au niveau de la santé physique, par exemple, on constate l'augmentation de la tension artérielle, l'angine instable, la rétention liquidienne, la pneumonie, la perturbation du système immunitaire (augmentation du temps de cicatrisation tissulaire, infection, septicémie) (American Association of Critical-Care Nurses & Carlson, 2008; Dunwoody et al., 2008; JCAHO, 2001). Pasero & Belden (2006) évoquent également la diminution de la masse musculaire reliée au refus de se mobiliser dû à une douleur aiguë. De plus, Jensen (2008) explique que le fait de ne pas être soulagé peut occasionner des

conséquences au niveau de la santé mentale comme l'augmentation du stress et de l'anxiété, la diminution du sentiment de bien-être, et l'augmentation du risque de dépression et de delirium (Lindesay, Rockwood & Macdonald, 2002).

L'évaluation de la douleur et la prise de médicaments analgésiques doivent s'effectuer sur une base régulière et non à la demande du client (Registered Nurse' Association of Ontario [RNAO], 2002). L'infirmière doit procéder à un suivi rigoureux auprès de cette clientèle pour favoriser l'adhérence à la médication antalgique et assurer une gestion des effets indésirables (Gloth, 2001; Kehlet & Wilmore, 2002). De plus, chez la personne âgée, il est recommandé de gérer la douleur postopératoire par la combinaison de médicaments analgésiques et d'interventions non-pharmacologiques (Brown & McCormack, 2006). Selon Gloth (2001), après une chirurgie, l'acétaminophène doit constituer la base du traitement analgésique, car il s'agit d'un médicament sécuritaire pour la personne âgée. De même, l'utilisation des opioïdes est essentielle pour soulager la douleur postopératoire, mais la personne âgée est plus sensible aux effets secondaires comme la dépression respiratoire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2009), la constipation et les nausées ou vomissements (Gloth, 2001). Un titrage prudent des opioïdes doit être effectué et cette classe de médicaments analgésiques doit être administrée en association avec un non-opiacé pour obtenir une meilleure gestion de la douleur (Gloth, 2001; RNAO, 2002).

En résumé, une gestion adéquate de la douleur postopératoire peut diminuer la période de convalescence, la durée du séjour hospitalier, les coûts reliés aux soins de santé (Dunwoody et al., 2008; Kehlet & Wilmore, 2008; Pasero & Belden, 2006; Prowse, 2006), l'occurrence de certaines complications postopératoires dont la chronicisation de la douleur (Dunwoody et al., 2008; Kehlet, Jensen & Woolf, 2006) ainsi que prévenir le déclin fonctionnel de la personne âgée vulnérable (Brown, 2004; Morrison, Flanagan, Fischberg, Cintron & Siu, 2009).

Les interventions éducatives pour un changement de pratique en gestion de la douleur

L'enseignement aux infirmières des meilleures pratiques en gestion de la douleur est essentiel, car elles sont le groupe de professionnelles responsable de l'évaluation et de la gestion optimale de la douleur après une chirurgie (Ravaud, Keita, Porcher, Durand-Stocco, Desmots, & Mantz, 2004). En ce qui concerne la nature des programmes de formation continue sur

la gestion de la douleur postopératoire destinés aux infirmières, quelques études ont été recensées par McCaffery & Ferrell (1996, 1997), mais aucun programme ne concernait spécifiquement la clientèle âgée.

De même, les lignes directrices du RNAO sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur offrent des recommandations pour la formation. L'une de ces recommandations stipule que les programmes de formation doivent être conçus pour faciliter les changements chez les infirmières, au niveau de leurs connaissances, de leur compétence, de leurs attitudes et de leurs croyances. Mintzberg (1975) affirme que l'implantation des meilleures pratiques sur le terrain requiert un guide de bonnes pratiques et des stratégies d'implantation comme le questionnement réflexif visant l'amélioration de la pratique du soignant. Twycross (2002) ajoute qu'une combinaison de stratégies d'enseignement telles les vignettes cliniques, une approche réflexive et les clubs de lecture doit être actualisée régulièrement afin d'améliorer les connaissances et mettre à jour la pratique des infirmières. Thompson et al. (2001) proposent que l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) soit capable d'utiliser une multitude d'approches facilitant le changement de pratique, car elle est un modèle de rôle, possède des aptitudes pédagogiques et de mentorat et peut influencer la planification d'audits cliniques.

Lors d'un stage de 2^e cycle en pratique infirmière avancée, Feiter (2007) a développé une approche réflexive spécifique à la pratique clinique d'infirmières en regard de la gestion de la douleur des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs. Elle a utilisé le processus de l'analyse réflexive selon Atkins & Murphy (1994). Les résultats obtenus ont permis d'observer que l'approche réflexive a aidé à mieux outiller et structurer les infirmières dans leur démarche lors de situations complexes. Enfin, les infirmières ayant bénéficié de cette approche ont démontré une satisfaction face à leurs interventions.

Cadres conceptuels

Deux cadres conceptuels ont été mis à profit pour la création d'interventions éducatives. Un premier cadre, celui de Parke (1998), a servi de guide lors de la diffusion des résultats probants. Un deuxième cadre, celui d'Atkins & Murphy (1994), a été utilisé pour la mise en application du coaching individuel pour accompagner le changement des pratiques cliniques.

Lors d'une étude ethnographique, Parke (1998) s'est intéressée à la capacité des infirmières spécialisées en soins gériatologiques à évaluer et

à assurer une gestion adéquate de la douleur chez des personnes âgées présentant une atteinte cognitive. À la suite de cette étude, un cadre conceptuel a été développé par cette auteure. Le modèle soutient le développement du jugement clinique et l'évolution de la capacité clinique des infirmières à détecter la présence d'une douleur. Certains éléments de ce cadre soutiennent les interventions éducatives. Ces interventions ciblent notamment la réduction des fausses croyances ainsi que l'amélioration des connaissances théoriques et du jugement clinique. De plus, elles contribuent à l'amélioration du processus décisionnel des infirmières quant aux choix des meilleures actions à poser face à une personne âgée souffrante.

De plus, le cadre théorique d'Atkins & Murphy (1994) a été utilisé pour le coaching individuel. S'inspirant de l'expérience de Feiter (2007), l'infirmière-stagiaire doit recréer la mise en application de l'approche réflexive utilisée par cette dernière. Le processus d'accompagnement effectué à l'aide d'étapes ciblées fait appel au jugement clinique de l'infirmière quant aux meilleures actions à appliquer tout en faisant un parallèle avec les meilleures pratiques cliniques. Ces auteurs proposent cinq étapes que voici : 1) décrire une situation qui a laissé un inconfort (incluant les pensées et les sentiments); 2) analyser les sentiments et les connaissances reliés à la situation; 3) évaluer les connaissances qui aident à résoudre le problème; 4) identifier de nouvelles stratégies d'apprentissage (réflexion après l'action); 5) entreprendre une action suite à l'expérience.

Méthode

Dans un premier temps, l'auteure principale a fait plusieurs rencontres avec la chef du programme de chirurgie, l'infirmière-chef et l'équipe soignante d'une unité de chirurgie colorectale. Les informations fournies expliquaient le but du stage et le plan pour l'application des interventions éducatives. Dans un deuxième temps, l'auteure principale a procédé à une étude de 20 dossiers de patients opérés et âgés de plus de 65 ans. Une lecture attentive de la documentation incluant les notes d'évolution infirmières, le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le formulaire « Surveillance des paramètres cliniques » a permis de retrouver des opportunités d'amélioration de la gestion de la douleur. Ces aspects à bonifier émanaient des lignes directrices du RNAO et ont été introduits dans les interventions éducatives prévues (Reconnaissance des signes de douleur, évaluation et documentation à l'aide du PQRST, prise régulière

de la médication analgésique, évaluation continue de la douleur, accompagnement du patient et de son proche dans l'acquisition de connaissances en matière de gestion de la douleur postopératoire).

Le but du stage visait l'atteinte d'une meilleure gestion de la douleur des personnes âgées opérées. Par la suite, les objectifs suivants ont été formulés : 1) améliorer les connaissances théoriques des membres de l'équipe de soins concernant la gestion de la douleur postopératoire chez les personnes âgées; 2) améliorer la pratique clinique des infirmières en regard de la planification de la gestion de la douleur des personnes âgées opérées, 3) améliorer la documentation de l'évaluation de la douleur. Pour atteindre les objectifs du stage, des interventions éducatives auprès d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires et de commis intermédiaires ont été effectuées. La participation à ces sessions de formation s'est élargie à l'ensemble de l'équipe de soins afin de favoriser la valorisation du rôle de chacun et pour démontrer l'importance de la contribution de tous pour une meilleure gestion de la douleur des personnes âgées opérées. Pour arriver au changement de pratique clinique, deux types d'interventions ont été privilégiés soit une série de trois modules de formation et un coaching individuel selon une approche réflexive auprès d'infirmières. Lors de discussions concernant la présentation du stage, cinq infirmières se sont portées volontaires au coaching individuel.

Modules de formation sur la gestion de la douleur

Le contenu des trois modules de formation a été inspiré des résultats d'études recensées sur les meilleures pratiques relatives à la gestion de la douleur postopératoire des personnes âgées (Brown, 2004; Brown & McCormack, 2006; Dunwoody et al., 2008; Gloth, 2001; Jensen, 2008; Kehlet, Jensen & Woolf, 2006; Morrison et al., 2009; Parke, 1998; Pasero & Belden, 2006; Pasero & McCaffery, 2004; Prowse, 2006). En résumé, les objectifs poursuivis par chacun des modules sont respectivement: ébranler les fausses croyances, réviser les éléments d'évaluation et documenter la douleur ainsi que de décrire les meilleures pratiques pour améliorer la prise en charge de la douleur postopératoire des personnes âgées. La planification des horaires de formation a été réalisée en collaboration avec l'infirmière-chef. Chaque module d'une durée de vingt minutes a été offert à l'équipe de soins avant, durant, ou après les heures de travail à raison de trois à quatre sessions par jour, et ce, sur trois semaines consécutives. L'unité de soins effectuait la rémunération des participants. Un total de 40 sessions de formation ont été offertes à l'ensemble

des membres de l'équipe de soins et le taux de participation global a été de 43 % (36/84) pour les trois modules. Les participants se répartissaient de la façon suivante : 78 % (7/9) étaient des infirmières cliniciennes; 47 % (15/32) des infirmières; 47 % (10/22) des infirmières auxiliaires; 18 % (3/17) des préposés aux bénéficiaires et finalement 25 % (1/4) des commis intermédiaires.

Interventions de coaching auprès d'infirmières

La deuxième intervention consistait en un coaching individuel s'inspirant de l'approche réflexive d'Atkins et Murphy (1994), auprès de cinq infirmières volontaires de l'unité. Dans le cadre de ces rencontres individuelles, chaque infirmière était invitée à présenter une situation de soin vécue où la douleur d'un patient âgé avait été difficile à soulager. Elle analysait et ressortait des aspects de détection précoce, d'évaluation et de gestion de la douleur en tenant compte non seulement de la communication verbale de la douleur mais aussi des comportements de souffrance manifestés par le patient âgé opéré. En respect avec les soins à offrir à la clientèle âgée, l'échange et la discussion devaient guider le choix des interventions individualisées s'appuyant sur les meilleures pratiques cliniques.

Outils d'évaluation

Un questionnaire a été créé par les trois auteurs à l'intention des participants. Ce dernier mesurait l'appropriation des connaissances acquises à la suite des formations. Pour chacun des énoncés, ils devaient indiquer leur degré d'accord selon l'échelle de Likert, suivante : 1) fortement en désaccord, 2) en désaccord, 3) en accord, 4) fortement en accord, 5) N/A- ne s'applique pas. De plus, afin de structurer l'application du coaching individuel selon les cinq étapes de l'approche réflexive d'Atkins et Murphy (1994), un guide a été développé par l'auteure principale. Ce guide a permis de colliger l'ensemble des informations à chaque étape charnière de l'approche réflexive.

Résultats des interventions éducatives

Les résultats du questionnaire d'appropriation de connaissances, une synthèse du coaching individuel ainsi que des commentaires généraux formulés par les participants à la fin du stage sont présentés tour à tour dans les sections suivantes.

Les modules de formation

Le questionnaire mesurant l'appropriation de connaissances a été distribué à cinquante

participants. Vingt-cinq questionnaires ont été remplis et analysés. On constate que 80 % (20/25) des répondants ont assisté au module 1; 92 % (23/25) ont assisté au module 2 et 80 % (20/25) ont assisté au module 3. Parmi l'ensemble des répondants, 24 % (6/25) travaillent à titre d'infirmières cliniciennes, 52 % (13/25) occupent des fonctions d'infirmière, 20 % (5/25) sont des infirmières auxiliaires et 4 % (1/25) des commis intermédiaires. Le tableau 1 présente les réponses obtenues au questionnaire sur l'appropriation des connaissances à la suite des modules de formation.

À la section des commentaires du questionnaire, les répondants ont déclaré avoir une plus grande considération de la douleur des personnes âgées. Ils se disaient plus attentifs aux comportements non verbaux et être davantage en mesure de comprendre l'importance du soulagement efficace de la douleur postopératoire des personnes âgées et son influence sur la reprise des activités et la prévention de complications postopératoires. Plusieurs de ces répondants ont aussi ajouté que l'approche réflexive utilisée constitue un excellent moyen pour transmettre de nouvelles connaissances.

Le coaching individuel

Le coaching individuel a été effectué auprès de cinq infirmières qui se sont portées volontaires. Ces infirmières totalisaient une moyenne de quinze années d'expérience et deux d'entre elles détenaient un baccalauréat en sciences infirmières. La session de coaching durait une heure environ et avait lieu sur le temps de travail de l'infirmière. L'analyse du coaching individuel est basée sur les cinq étapes spécifiques du cadre théorique d'Atkins et Murphy (1994). Voici en résumé les résultats saillants de cette analyse.

Lors de la première étape, les situations de soins soumises par les infirmières devaient respecter certaines conditions. Il s'agissait de patients âgés de plus de 65 ans ayant vécu une douleur postopératoire insupportable et difficile à gérer. Cette situation devait obligatoirement avoir généré un sentiment d'inconfort chez l'infirmière.

À la deuxième étape, l'analyse des données collectées a confirmé que les sentiments les plus souvent vécus par les infirmières étaient de l'impuissance face à la douleur difficile à soulager, de la frustration ainsi que de la déception lorsqu'un plan d'intervention débuté n'était pas poursuivi par les équipes du quart de travail suivant. Par ailleurs, on a constaté qu'au-delà des sentiments vécus, certaines infirmières, en collaboration avec leurs patients âgés, ont été capables d'atteindre un soulagement de la douleur à 3/10. Ensuite, elles ont pu reconnaître la douleur comme étant un signe précoce de complications physiologiques.

Tableau 1

Accord sur l'appropriation des connaissances en regard des interventions éducatives

Éléments d'appropriation	Fortement en désaccord	En désaccord	En accord	Fortement en accord
1. Reconnaître les comportements de la douleur chez la personne âgée	-	-	20%	80%
2. Comprendre l'impact négatif de la douleur non soulagée d'une personne âgée opérée (ex. : Risque de déclin fonctionnel, délirium, douleur chronique, ↑ temps de la récupération postopératoire)	-	-	12%	88%
3. Utiliser « le thermomètre d'intensité de la douleur » et le PQRST lors de nouvelle douleur ou d'un écart important avec l'évaluation précédente	-	4%	32%	64%
4. Documenter au dossier la douleur de mes patients (notes infirmières, PTI, formulaire « Surveillance des paramètres cliniques »)	-	5%	15%	80%
5. Transmettre des informations complètes aux membres de mon équipe sur la douleur des patients âgés	-	-	20%	80%
6. Établir avec mon patient, un objectif de soulagement optimal de la douleur équivalent à 3/10	-	-	17%	83%
7. Faire un meilleur usage des médicaments analgésiques prescrits	-	-	18%	82%
8. Proposer aux personnes âgées opérées des interventions non pharmacologiques	-	5%	18%	77%
9. Enseigner l'utilisation judicieuse des médicaments analgésiques en association avec des interventions non pharmacologiques pour favoriser une meilleure prise en charge de la douleur à domicile	-	4%	13%	83%

À la troisième étape, les infirmières ont signalé l'importance de donner la médication analgésique régulièrement en phase postopératoire. De plus, elles ont précisé l'importance d'être à l'écoute des comportements non verbaux des patients âgés, d'anticiper la douleur et de prévenir les effets secondaires de la médication analgésique.

À la quatrième étape, les infirmières ont affirmé que la discussion autour de leurs expériences vécues les a conduits à préciser des interventions infirmières fondées sur une meilleure pratique. Par exemple, l'importance de documenter l'intensité de

la douleur afin de favoriser la communication et la collaboration intra et interprofessionnelle. Il y a eu également des échanges sur l'importance de la continuité des soins. À cet égard, une meilleure documentation de la gestion de la douleur au plan thérapeutique infirmier (PTI) a été identifiée comme étant une stratégie efficace pour atteindre cet objectif. De même, l'importance d'enseigner au patient à cibler une intensité équivalente à 3/10 a été renforcée. De plus, l'enseignement au patient et à ses proches, en prévision du congé, a été revu

afin de bien contrôler la douleur lors du retour à domicile.

À la cinquième étape, les infirmières ont elles-mêmes généré des stratégies d'interventions infirmières pour atteindre un soulagement optimal de la douleur. Par exemple, elles ont mentionné à plusieurs reprises des efforts à faire pour améliorer la documentation de la gestion de la douleur au PTI ainsi qu'au formulaire « Surveillance des paramètres cliniques ». Certaines ont identifié le PTI comme un excellent moyen pédagogique pour transmettre leurs connaissances aux infirmières moins expérimentées. Ces infirmières ont aussi affirmé qu'elles seraient plus vigilantes dans l'administration régulière des médicaments analgésiques, l'enseignement aux patients ainsi qu'à l'intégration et la participation des personnes à leurs soins. Finalement, toutes les infirmières étaient convaincues de l'importance d'une gestion adéquate de la douleur comme facteur déterminant dans la récupération fonctionnelle des personnes âgées et la prévention des complications postopératoires.

De plus, certains commentaires verbalisés par les membres de l'équipe à la fin du stage démontraient une appréciation positive des interventions éducatives. Par exemple, un préposé aux bénéficiaires a mentionné être plus attentif pour détecter la douleur possible chez les patients âgés. Il a déclaré : « Maintenant, lorsque je réponds à la cloche d'un patient âgé, je suis plus à l'écoute. Je me sens meilleur pour repérer sa douleur. Je sais maintenant que si nous soulageons bien sa douleur, il partira plus vite chez lui et il aura peut-être moins de conséquences à long terme ». Une infirmière clinicienne a aussi remarqué une amélioration dans la pratique clinique : « Depuis les interventions éducatives, je remarque que l'acétaminophène est administré plus fréquemment et plus régulièrement ». De plus, une infirmière a constaté un effet positif dans sa pratique clinique. Elle documente davantage ses interventions : « J'utilise davantage le PTI pour assurer la continuité de mon plan de gestion de la douleur. J'inscris la douleur aiguë qui interfère dans les activités comme problème, et je détermine des directives individualisées ». L'ensemble de ces résultats témoigne des retombées positives des interventions éducatives sur la pratique clinique.

Discussion

Réflexion sur l'expérience de l'application des interventions

Les discussions engendrées dans le cadre des modules et des rencontres de coaching individuel

ont permis de riches échanges entre l'auteure principale et les membres de cette équipe. L'analyse d'une situation difficile de gestion de la douleur postopératoire d'un patient âgé permettait la création de stratégies d'amélioration du soulagement de la douleur. Ainsi, l'accompagnement soutenait le développement du jugement clinique de l'infirmière dans la conduite à tenir dans ces situations. Dans le même ordre d'idées, ce stage met en relief l'importance de l'autonomie de l'infirmière dans le choix des interventions non pharmacologiques de soulagement de la douleur susceptibles de contribuer au confort et à la détente. À titre d'exemple, l'infirmière peut suggérer à la personne âgée de se distraire en écoutant de la musique, en regardant des photos ou en lisant un livre. Par ailleurs, il a aussi permis d'apprécier jusqu'à quel point l'utilisation judicieuse de la médication analgésique prescrite au besoin s'avère positive sur le rétablissement de la santé des personnes âgées. Ces différents aspects propres à la médication concordent parfaitement avec l'une des stratégies mises du RNAO (2002) qui suggère l'administration régulière des médicaments analgésiques accompagnée d'une réévaluation régulière de la douleur. L'infirmière peut aussi demander conseil au médecin traitant ou au pharmacien lorsqu'elle n'arrive pas à soulager la douleur (Brown & McCormack, 2006; Prowse, 2006). À cet égard, lors des coachings individuels, certaines infirmières ont mentionné leurs frustrations face au manque de continuité dans le soin. Cela s'est produit, entre autres, lorsqu'elles amorçaient un plan de gestion de la douleur à l'aide d'un opiacé en combinaison avec un non-opiacé administré régulièrement, et que cette conduite n'était pas poursuivie durant les quarts de travail suivants. Selon elles, l'information verbale transmise lors du rapport inter-service avait possiblement été oubliée.

À la lumière de ces constats et à la suite des discussions avec les infirmières tout au long du stage, nous avons convenu que les interventions débutées par l'infirmière bénéficieraient d'une plus grande visibilité si elles étaient inscrites au PTI. Durant ce stage, les infirmières ont eu l'opportunité d'échanger sur la pertinence du PTI dans la détermination des problèmes ou besoins prioritaires et pour assurer une meilleure continuité des soins. Il est évident, à ce stade-ci, de reconnaître que le PTI devient une pièce de documentation infirmière qui reflète les meilleures pratiques infirmières.

Les différentes activités générées durant ce stage permettent de réaliser qu'une gestion adéquate de la douleur constitue le fruit d'un travail d'équipe. En invitant l'ensemble de l'équipe à la formation, les participants ont pu s'approprier le

défi clinique, que représente le soulagement de la douleur et aussi réaliser que chacun, selon ses compétences, contribue à l'amélioration de l'état des patients âgés opérés. Pour cette raison, les interventions éducatives doivent s'adresser à tous les membres de l'équipe de soins afin de favoriser une pratique collaborative. Les propos dégagés lors de l'analyse des questionnaires et des discussions avec les infirmières suggèrent l'importance de la communication des stratégies à l'ensemble de l'équipe. La responsabilité professionnelle conduit l'infirmière à exercer un suivi adéquat, quelle que soit la capacité du patient âgé à exprimer sa douleur (Dunwoody et al., 2008). Afin d'encourager la participation du patient âgé et son proche, un outil d'accompagnement, tel un journal de la douleur, peut être utilisé dans la perspective de faciliter le suivi de la gestion de la douleur (RNAO, 2002). En ce sens, la personne âgée se sentira impliquée dans les soins et elle pourra poursuivre les stratégies initiées par l'infirmière soignante lors du retour à domicile. Ce constat relevé dans le cadre du stage est aussi corroboré par Hickman, Newton, Halcomb, Chang, & Davidson (2007) qui affirment que les membres de l'équipe doivent garder à l'idée qu'il est essentiel de bien préparer le patient âgé et ses proches avant le congé. Ils doivent être capables de prendre en charge les soins de façon adéquate et connaître les médicaments à prendre et les signes de complications à surveiller (Hughes, 2003). En lien avec ce stage, une trousse d'enseignement, en tout point conforme aux meilleures pratiques, a été développée et est diffusée à la clientèle de ce centre hospitalier.

Conclusion

Au terme de cette expérience, il est pertinent de rappeler l'importance de sensibiliser davantage les membres des équipes de soins aux personnes âgées opérées, car elles expriment différemment leur douleur et sont plus susceptibles d'avoir des complications. De plus, les équipes de soins entretiennent souvent des préjugés et des fausses croyances à l'égard du soulagement de la douleur de cette clientèle. Cette expérience montre les retombées positives des interventions éducatives sur le soulagement de la douleur auprès des patients âgés opérés qui sont plus efficaces lorsque combinées à du coaching individuel.

Les résultats émanant de cette expérience en termes d'amélioration significative sur le plan de la gestion des services infirmiers et de la clinique sont corroborés par les écrits récents. En ce sens, il est intéressant de faire un lien entre une gestion adéquate de la douleur et des économies « à faire ». Par exemple, un meilleur soulagement de

la douleur et une prévention des complications postopératoires ont le potentiel de diminuer la durée du séjour hospitalier. Les infirmières-chefs doivent encourager leurs équipes à poursuivre leur formation en lien avec le phénomène de la douleur. De plus, certaines activités éducatives réalistes, par exemple des mini-cliniques, du coaching individuel, des clubs de lecture et des discussions selon l'approche réflexive, favorisent et soutiennent le changement de pratique. Dans le cadre de ces activités, à tour de rôle, les infirmières sont invitées à présenter leurs situations cliniques sur le sujet à l'ensemble de l'équipe. En lien avec cette expérience, il est intéressant de préciser jusqu'à quel point une conseillère clinicienne en soins infirmiers ou une infirmière clinicienne spécialisée influence le transfert des pratiques exemplaires en soutenant les équipes de différentes manières tant au niveau de la pratique clinique, de l'enseignement et de la recherche.

Références

- American Association of Critical-Care Nurses, & Carlson, K.K. (2008). *Advanced critical care nursing*. St. Louis, MO : Elsevier Saunders.
- American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. (2002). *Clinical practice guidelines*. Repéré à <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/JGS5071.pdf>.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1994). Reflective practice. *Nursing Standard*, 8(39), 49-56.
- Brown, D. (2004). A literature review exploring how healthcare professionals contribute to the assessment and control of postoperative pain in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6B), 74-90.
- Brown, D., & McCormack, B. (2006). Determining factors that have an impact upon effective evidence-based pain management with older people, following colorectal surgery : an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1287-1298.
- Dunwoody, C.J., Krenzischek, D.A., Pasero, C., Rathmell, J.P., & Polomano, R.C. (2008). Assessment, physiological monitoring, and consequences of inadequately treated acute pain. *Pain Management Nursing*, 9 (Suppl 1), S11-S21.
- Feiter, J. (2007). *Développement d'une approche réflexive, sur la pratique clinique d'infirmières relativement à la gestion de la douleur de personnes âgées atteintes de déficits cognitifs*. Montréal : Université de Montréal.
- Gloth, F.M. 3rd (2001). Principles of perioperative pain management in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 553-573.

- Hickman, L., Newton, P., Halcomb, E.J., Chang, E., & Davidson, P. (2007). Best practice interventions to improve the management of the older people in acute care settings : a literature review. *Journal of Advanced Nursing, 60*(2), 113-126.
- Hughes, S. (2003). Promoting independence : the nurse as coach. *Nursing Standard, 18*(10), 42-44.
- Jensen, M.P. (2008). *Managing pain in the older adult*. New York : Springer.
- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. (2001). *Implementing the new pain management standards*. Oakbrook Terrace, IL : JCAHO.
- Kehlet, H., Jensen, T.S., & Woolf, C.J. (2006). Persistent postsurgical pain : risk factors and prevention. *Lancet, 367*(9522), 1618-1625.
- Kehlet, H., & Wilmore, D.W. (2002). Multimodal strategies to improve surgical outcome. *American Journal of Surgery, 183*, 630-641.
- Kehlet, H., & Wilmore, D.W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery, 248*(2), 189-198.
- Lindesay, J., Rockwood, K., & Macdonald, A. (2002). *Delirium in old age*. New-York : Oxford University Press.
- Lussier, D., & Mallet, L. (2005). Particularités pharmacologiques de la douleur chez le patient âgé. Dans P. Beaulieu, Pharmacologie de la douleur. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur (2^e éd.)*. Montréal : Chenelière Éducation.
- McCaffery, M., & Ferrell, B.R. (1996). Correcting misconceptions about pain assessment and use of opioid analgesics : educational strategies aimed at public concerns. *Nursing Outlook, 44*(4), 184-190.
- McCaffery, M., & Ferrell, B.R. (1997). Nurses' knowledge of pain assessment and management : how much progress have we made? *Journal of Pain and Symptoms Management, 14*(3), 175-188.
- Mintzberg, H. (1975). The manager's job : folklore and fact. *Harvard Business Review, (July-August)*, 49-61.
- Morrison, R.S., Flanagan, S., Fischberg, D., Cintron, A., & Siu, A.L. (2009). A novel interdisciplinary analgesic program reduces pain and improves function in older adults after orthopedic surgery. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(1), 1-10.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2009). [Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central \(2^e éd.\)](http://www.oiiq.org/sites/default/files/193_doc.pdf). Document repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/193_doc.pdf
- Parke, B. (1998). Gerontological nurses' ways of knowing. Realizing the presence of pain in cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing, 24*(6), 21-28.
- Pasero, C., & Belden, J. (2006). Evidence-based perianesthesia care : accelerated postoperative recovery programs. *Journal of Perianesthesia Nursing, 21*(3), 168-176.
- Pasero, C., & McCaffery, M. (2004). Comfort-function goals : a way to establish accountability for pain relief. *American Journal of Nursing, 104*(9), 77-78, 81.
- Prowse, M. (2006). Postoperative pain in older people : a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 16*(1), 84-97.
- Ravaud, P., Keïta, H., Porcher, R., Durand-Stocco, C., Desmots, J.M., & Mantz, J. (2004). Randomized clinical trial to assess the effect of an educational programme designed to improve nurses' assessment and recording of postoperative pain. *British Journal of Surgery, 91*(6), 692-698.
- Richards, J., & Hubbert, A.O. (2007). Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing, 8*(1), 17-24.
- Registered Nurse' Association of Ontario (2002). *Évaluation et prise en charge de la douleur. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Bâti l'avenir des soins infirmiers.* Document repéré à [http://www.rnao.org/Storage/11/547_%C3%89](http://www.rnao.org/Storage/11/547_%C3%89%C3%99valuation%20et%20prise%20en%20charge%20de%20la%20douleur.pdf)
- Sebag-Lanoë, R., & Wary, B. (2002). *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T.A., Mulhall, A., & Thompson, D. R. (2001). Research information in nurses' clinical decision-making : what is useful? *Journal of Advanced Nursing, 36*(3), 376-388.
- Twycross, A. (2002). Educating nurses about pain management : the way forward. *Journal of Clinical Nursing, 11*(6), 705-714.
- Wary, B., Lamouille, C., & Villard, J.-F. (2005). Douleur physique, souffrance morale : Évaluation de la douleur chez la personne âgée. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie, 12*(117), 326-328.