

Pratique avancée en gestion de la douleur chronique : exploration d'un modèle de rôle anglais en sciences infirmières

Marianik Boulard^a, inf., M.Sc., Sylvie Le May, PhD^b,

^a Assistante au Supérieur Immédiat (ASI) au PPALV du CLSC Parc-Extension

^b Professeure agrégée, UDM et chercheure CHU Sainte-Justine

La douleur chronique est une problématique de santé complexe qui touche plus d'une personne sur cinq au Canada (Association québécoise de la douleur chronique, 2006). Les traitements offerts doivent être fondés sur des approches biopsychosociales dans un contexte interdisciplinaire puisque cette douleur est multifactorielle. Présentement, les services offerts au Québec dans les cliniques de la douleur sont fragmentés et se fondent principalement sur des approches biomédicales. Conséquemment, le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) en gestion de la douleur chronique est à développer. Le rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, rédigé en mai 2006, recommande une prise en charge plus efficace de la douleur chronique. Il préconise une approche interdisciplinaire dans laquelle l'infirmière pourrait prendre une place équivalente à celles des autres professionnels de la santé et définirait son rôle dans un système plus coordonné et intégré. Il existe certains pays, dont l'Angleterre, où se dessinent des pratiques infirmières exemplaires dans ce domaine. L'auteur principal a séjourné deux mois dans une clinique de douleur de Liverpool ce qui a favorisé sa compréhension du rôle de l'ICS en gestion de la douleur chronique. Le but de cet article est de décrire et de discuter du rôle de l'ICS en gestion de la douleur chronique selon une approche anglaise.

Mots-clés : douleur chronique, approche biopsychosociale, infirmière clinicienne spécialisée, interdisciplinarité, Angleterre.

La Coalition canadienne contre la douleur affirme que des millions de canadiens et de canadiennes vivent avec une douleur chronique débilante qui n'est pas traitée de façon adéquate (Coalition canadienne contre la douleur, 2006). La douleur chronique non cancéreuse devrait être prise en charge d'une manière globale à travers un réseau intégré et au sein d'équipes interdisciplinaires où l'infirmière aurait un rôle avancé (Gatchel, & Turk, 1999; McGonagle, 2004). Cependant, le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) en gestion de la douleur chronique est peu développé au Canada (Musclow, Monakshi, & Watt-Watson, 2002). Il est connu à présent que les ICS en gestion des maladies chroniques peuvent diminuer le nombre de visites annuelles en clinique externe, et

augmenter le nombre de rémissions par la réalisation d'activités telles que l'éducation et le rôle-conseil auprès des patients, des familles et des autres professionnelles de la santé, les groupes de soutien et les services infirmiers téléphoniques ou de triage (Younge & Norton, 2007). En Angleterre, ce rôle a pris de l'essor à partir des années 1990. Les infirmières exercent au sein d'équipes interdisciplinaires en clinique de douleur offrant une multitude de traitements biopsychosociaux (qui visent des facteurs biologiques, des facteurs psychologiques incluant des pensées, des émotions et des comportements ainsi que des facteurs sociaux) (Davis, 2003; Waring, & Booth, 2006). Parmi ces cliniques, «The Walton Centre for Neurology and Neurosurgery»

Cette recherche a été rendue possible en raison d'une Bourse de fin d'études à la maîtrise du MELS accordées à Mme Boulard. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Marianik Boulard, CLSC de Parc-Extension, 7085, Hutchison, Montréal (Québec), H3N 1Y9. Courrier électronique : marianikb@hotmail.com

(WCNN) est un centre intégré de neuroscience qui procure une gamme complète de services en neurologie, neurochirurgie et en gestion de la douleur (The Walton Centre, 2007). L'auteur principal a séjourné deux mois dans cet établissement, ce qui a favorisé sa compréhension du rôle de l'ICS en gestion de la douleur chronique. Le but de cet article est de décrire et de discuter d'un modèle de rôle anglais de l'ICS en gestion de la douleur chronique.

Aspects théoriques

Pratique avancée en sciences infirmières

Il existe plusieurs définitions de la pratique avancée en sciences infirmières selon Hamric, Spross et Hanson (2005). L'idée centrale de la pratique avancée repose en fait sur une expertise de haut niveau. Ainsi, l'infirmière doit avoir des connaissances approfondies sur une population ou un problème de santé particulier, posséder des habiletés et des compétences cliniques particulières, avoir une éducation de niveau supérieur, et une expérience clinique considérable. Il existe plusieurs types de pratique avancée, dont l'infirmière praticienne, l'infirmière anesthésiste et l'infirmière clinicienne spécialisée. Le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) se distingue dans la pratique par des compétences spécifiques : experte clinique, consultante, éducatrice et chercheuse. La compétence prédominante de l'ICS est la pratique du soin direct. Spécifiquement, l'infirmière doit fournir un soin aux patients qui présentent des problèmes de santé complexes (Hamric *et al*, 2005). La douleur chronique représente un problème de santé complexe, qui se traduit différemment d'un individu à l'autre par son caractère subjectif. Il est important de souligner que les interventions cliniques de l'ICS seraient en mesure de provoquer une amélioration des résultats cliniques, de la satisfaction du patient/famille, des allocations de ressources, des connaissances et habiletés du personnel soignant, de la collaboration de l'équipe de soins, et de l'efficacité organisationnelle (Hamric *et al*, 2005). L'ICS doit également agir comme consultante. Elle représente une ressource pour les autres professionnels de la santé et les infirmières afin de prendre des décisions éclairées, d'apporter de nouvelles solutions ou des approches alternatives, le tout dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins. En tant qu'éducatrice, elle peut transmettre ses savoirs aux infirmières, aux patients/familles, et à tous ceux qui en font la demande. L'ICS doit tenter continuellement d'améliorer l'enseignement aux patients/familles en utilisant des stratégies

cognitives, éducationnelles et comportementales (Hamric *et al*, 2005). De plus, toutes les ICS doivent démontrer une certaine compétence de recherche, et être en quête d'amélioration de leur propre pratique. En plus de présenter ces compétences, l'ICS doit démontrer des qualités de leadership professionnel, de collaboration et une capacité de prise de décision éthique. Le leadership est essentiel au rôle d'ICS, car elle doit continuellement innover et améliorer les pratiques de soins, collaborer avec les différents acteurs du réseau de la santé en établissant une relation de confiance solide, et soutenir le patient/famille dans l'obtention de ses droits. L'ICS détient une position unique pour assister les patients dans la détermination de leurs besoins, pour les aider à poser les bonnes questions et évaluer leurs options de traitements, et pour faciliter les références à l'équipe interdisciplinaire pour des résultats optimaux (Hamric *et al*, 2005).

Compréhension du phénomène de la douleur chronique et de son traitement

L'International Association for the Study of Pain (2007) définit la douleur comme une expérience sensorielle et émotive désagréable ressentie dans une ou plusieurs parties du corps liée au dommage réel ou potentiel d'un tissu, ou décrite en termes d'un tel dommage. Cette perception est réelle, que le danger soit véritablement présent ou non. La pensée et les émotions sont impliquées dans la formulation de cette perception et une réponse comportementale s'en suit. L'incidence de la douleur chronique chez la population canadienne adulte varie entre 18 % et 29 % (Association québécoise de la douleur chronique, 2006). Une telle douleur non traitée de façon adéquate peut amener une série de conséquences fâcheuses pour l'individu telles que la dépression, la détérioration physique, la perte de l'indépendance, l'utilisation excessive de médication, une diminution de l'estime de soi, le bris des relations interpersonnelles, allant même jusqu'à l'isolement social. Ces manifestations s'enchaînent dans un cercle vicieux qui engendre l'augmentation de la douleur, de la détresse et des incapacités. La douleur chronique peut affecter toutes les activités de la vie quotidienne, et dans certains cas, toutes les dimensions biopsychosociales et spirituelles de l'individu (Ashburn, & Staats, 1999; McCaffrey, Frock, & Garguilo, 2003; Richardson, & Poole, 2001; Smith, 2003). Par conséquent, la douleur n'est qu'un des nombreux aspects auxquels il faut s'attarder dans le traitement des patients qui souffrent de douleur chronique (Ashburn *et al*, 1999; Veillette *et al*, 2005).

Parmi les conclusions du rapport de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS, 2006), il est

mentionné qu'en raison de l'ampleur de ce problème de santé dans la population générale, la douleur chronique doit être considérée comme une priorité dans les systèmes de santé. L'AETMIS (2006) précise qu'une approche interdisciplinaire est essentielle à la prise en charge de la douleur, qu'il est nécessaire d'offrir des services intégrés et coordonnés, et qu'il est indispensable de former adéquatement les médecins et les professionnels paramédicaux pour optimiser les traitements. La British Pain Society (2007) ajoute qu'un programme de gestion de la douleur, le Pain Management Program (PMP), fondé sur une approche cognitivo-comportementale, est le traitement de choix pour les personnes qui présentent de la douleur persistante affectant leur qualité de vie. Cette approche vise un changement cognitif suffisant pour gérer la douleur physique et émotionnelle ressentie et améliorer les comportements de douleur. Par ailleurs, plusieurs auteurs recommandent que le rôle de l'infirmière soit élargi au sein de l'équipe interdisciplinaire de gestion de la douleur (AETMIS, 2006; Brown *et al*, 2006; Johnson, 2004; McGonagle, 2004; The British Pain Society, 2007; Vaillant, 2004). Certains auteurs reconnaissent aussi l'importance du rôle de l'infirmière spécialisée en gestion de la douleur globale (Ashburn *et al*, 1999; Banks, 2002; Lewandowski, 2004; Musclow, Monakshi, & Watt-Watson, 2002; Richardson, & Poole, 2001; Wells-Federman, Arnstein, & Caudill, 2002). Il est indéniable que l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) offre une contribution unique en gestion de la douleur par son approche holistique de soins (McCaffrey *et al*, 2003; Musclow *et al*, 2002; Ralphs, & Corcoran, 1997), ce qui peut favoriser l'amélioration de la qualité de vie du patient (Godfrey, 2006; Grant, & Meager, 2005). D'ailleurs, le British Pain Society a identifié l'infirmière comme étant un membre clé dans l'équipe de gestion de la douleur (Brown *et al*, 2006; The British Pain Society, 2002).

De façon générale, les programmes interdisciplinaires de gestion de la douleur se fondent sur le principe suivant : le patient doit apprendre à vivre avec sa douleur, à y faire face et s'y adapter, plutôt que d'espérer la voir s'éliminer complètement (Ashburn *et al*, 1999; Davis, 2003; Fullen, 2004 ; Gatchel *et al*, 1999; Johnson, 2004; McGonagle, 2004; Shaw, 2006). Les professionnels de la santé de différentes disciplines doivent agir en ce sens en s'alliant pour offrir des traitements médicaux jumelés à un programme interdisciplinaire de gestion de douleur dans une approche biopsychosociale. On redonne ainsi aux patients un sentiment de contrôle sur leur vie et on augmente leur qualité de vie par la réduction des symptômes et des incapacités (Caudill, 2002; Gatchel, & Okifuji, 2006; Grady,

Severn, & Eldridge, 2006; Hooten, Townsend, Sletten, Bruce, & Rome, 2007; Lewandowski, 2004; McCaffrey *et al*, 2003; Sinnakaruppan, 2002).

Plusieurs modèles biopsychosociaux permettent de mieux comprendre ce phénomène et la nécessité d'intégrer une approche holistique dans la gestion de la douleur chronique (Adams, Poole, & Richardson, 2006; Hadjistavropoulos, & Craig, 2004; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004). Parmi les modèles les plus récents, le modèle biobehavioral de Turk, & Flor (Turk & Flor, 1999; Turk, 2002) démontre que la douleur chronique se définit non plus par une simple explication biomédicale, mais qu'il s'agit d'un phénomène subjectif plus complexe. Dans la majorité des cas, des facteurs biomédicaux sont la cause initiale de la douleur. Au fil du temps, ce sont plutôt les facteurs cognitifs, affectifs et comportementaux qui servent à maintenir ou à exacerber l'intensité de la douleur, et influencent l'adaptation éventuelle ou les incapacités résiduelles. Les facteurs comportementaux (ex. : l'hypervigilance, l'évitement, la fuite, la communication de la douleur telle que des grimaces, des gémissements, etc.) et les facteurs cognitifs (ex. : catastrophisme, peur, croyances) sont d'une importance capitale pour expliquer la douleur chronique. La gestion de la douleur dans cette perspective procure aux individus des techniques qui permettent d'acquérir le contrôle sur les effets de la douleur dans leur vie, en plus de modifier les aspects affectifs, comportementaux, cognitifs et sensoriels de l'expérience de douleur. Il est suggéré qu'une approche biopsychosociale telle que la thérapie cognitivo-comportementale associée à l'exercice physique et la relaxation, peut mener à des changements dans les croyances relatives à la douleur, dans les stratégies d'adaptation, dans l'expression de la sévérité de la douleur, et le changement direct du comportement (Adams *et al*, 2006). De plus, les traitements menant à une augmentation du sentiment de contrôle sur la douleur et à une diminution du catastrophisme sont aussi associés à une diminution de la sévérité de la douleur, à une diminution des incapacités fonctionnelles et à des changements de l'activité physiologique (Adams *et al*, 2006; Keefe *et al*, 2004; Lewandowski, 2004; Turk *et al*, 1999; Turk, 2002). Le modèle biobehavioral souligne l'influence des mécanismes d'apprentissage. Ces mécanismes ne font pas l'objet du présent écrit. Il faut cependant retenir qu'ils déterminent la façon dont une personne agit et réagit à la douleur en ayant appris à le faire par différents moyens. Concrètement, l'individu aura appris à se plaindre, à boiter, à éviter des activités, à avoir peur de faire des mouvements lorsqu'il y a présence de douleur, à réagir de façon agressive,

ou à s'en remettre au destin pour se sortir d'un problème de santé. Il est possible pour l'individu de réapprendre de nouvelles manières d'agir et de penser. Aider ces personnes dans leur apprentissage doit faire partie du rôle de l'intervenant en gestion de la douleur chronique. L'ICS peut y contribuer par des thérapies cognitivo-comportementales individuelles ou de groupe, des séances de relaxation ou tout autre activité reliée à son expertise clinique.

Ces approches globales semblent très peu favorisées dans notre culture. En effet, les cliniques québécoises de la douleur fondent principalement leurs traitements sur le modèle biomédical (qui vise une approche orientée vers la physiopathologie) et consultent les professionnels paramédicaux de façon sporadique. Il n'y a donc pas l'emploi d'équipes interdisciplinaires dans une approche biopsychosociale intégrée (AETMIS, 2006; Laliberté, & Sullivan, 2004; Veillette, Dion, Altier, & Choinière, 2005). Cependant, depuis les années 80, il existe un nombre croissant de programmes de gestion de la douleur (PMP) en Angleterre qui tentent de briser le cercle vicieux de la douleur chronique et de redonner à la personne une qualité de vie par l'apprentissage de stratégies de coping. Ces programmes sont offerts par une équipe interdisciplinaire (Davis, 2003; Waring, & Booth, 2006 ; The Walton Centre, 2007). 58 % des PMP anglais comptent une infirmière clinicienne spécialisée au sein de leur équipe (Waring *et al*, 2006). L'Angleterre est également à l'avant-garde relativement aux nouvelles technologies biomédicales. L'utilisation de neurostimulateurs implantables et de pompes intrathécales se fait depuis plusieurs années dans la gestion de la douleur chronique.

Exploration d'une approche anglaise

Le WCNN possède l'une des premières et des plus importantes cliniques de la douleur du Royaume-Uni. Il offre toutes les modalités de traitement, dont un programme de gestion de douleur, mis sur pied en 1983, qui constitue l'un des traitements possibles parmi une myriade de traitements fondés sur les théories biopsychosociales (The Walton Centre, 2007). L'équipe interdisciplinaire de gestion de douleur chronique est composée de quatre médecins, deux infirmières cliniciennes spécialisées, quatre physiothérapeutes, trois psychologues cliniciens, deux ergothérapeutes et quelques bénévoles. Tous les intervenants sont spécialisés en gestion de la douleur. Ils travaillent selon une approche biopsychosociale, qui inclut l'approche cognitivo-comportementale. Le but est d'apporter des outils et du soutien afin de redonner au patient le

contrôle sur sa douleur, ses activités et sa vie. Les procédures biomédicales vont de la médication à l'implantation d'appareils de haute technologie en passant par tous les traitements plus ou moins invasifs (injections, appareils de stimulation transcutanée, etc.) et la physiothérapie. On combine régulièrement les traitements provenant des différents membres de l'équipe interdisciplinaire. En plus d'offrir des traitements médicaux avancés, tous les membres de l'équipe, dont l'ICS, ont un bagage de connaissances important concernant les facteurs psychologiques et sociaux reliés à la douleur. Il est donc courant d'accompagner les procédures médicales d'enseignement sur les stratégies d'adaptation, sur les réseaux de soutien et sur tous les thèmes pertinents à la quête du reconditionnement biopsychosocial. Afin de maximiser cet enseignement et de permettre un résultat maximal aux traitements médicaux, un programme de gestion de douleur (PMP) est offert aux patients qui présentent des incapacités physiques et une certaine détresse psychologique. Le programme de gestion de la douleur n'est pas un traitement miracle, mais une façon d'apprendre à vivre avec sa douleur, à la contrôler, et à pouvoir reprendre des activités normales selon les capacités de la personne. Exercices légers (physiothérapie et Tai Chi), relaxation, discussions de groupe, et une démarche de planification d'objectifs et d'activités forment le contenu du programme. À la fin de leur passage, les patients indiquent avoir amélioré leur forme physique et leur flexibilité, être capable de faire plus d'activités et de planifier des tâches, avoir amélioré leurs connaissances relatives à la douleur et la médication, se sentir plus en confiance, se sentir mieux, être capable d'apprécier la vie davantage. En outre, plusieurs études démontrent l'efficacité de tels programmes (Hoffman, Papas, Chatkoff, & Kerns, 2007; The British Pain Society, 2007). La richesse du WCNN réside dans l'harmonisation des traitements interdisciplinaires et dans le PMP. Une partie du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) au Walton Centre s'inscrit dans le cadre du PMP. Elle assure la tenue de discussions éducatives de groupe où elle enseigne un sujet spécifique et laisse place à des réflexions de groupe sur le même thème. Les sujets abordés sont le stress et le «coping», les relations interpersonnelles et la sexualité, les pertes et les deuils, ainsi que la différence entre la douleur aiguë et chronique. L'ICS tient aussi des consultations thérapeutiques individuelles selon le besoin. Ces séances consistent principalement à faire la révision de la médication, mais elles demeurent une bonne occasion de parfaire l'éducation sur la douleur. Enfin, elle collabore aux réunions interdisciplinaires

d'études de dossiers où l'on discute de l'évolution de chaque patient engagé dans le programme.

La seconde fonction du rôle de l'ICS réside dans l'organisation collaborative de l'implantation et du suivi d'un neurostimulateur. Cet appareil envoie des impulsions électriques douces et contrôlées de manière précise à la moelle épinière empêchant le signal de la douleur d'atteindre le cerveau. Le mode d'action est ainsi basé sur la théorie du portillon (Meyerson, & Linderth, 2006). Le neurostimulateur implantable est un traitement invasif et coûteux lors de l'implantation, mais qui démontre de bons résultats et une rentabilité prouvée après la deuxième année et demi d'utilisation (Taylor, Taylor, Van Buyten, Buchser, North, & Bayliss, 2004). L'ICS a un rôle important à jouer dans la gestion de ces appareils. En effet, en collaboration avec les autres membres de l'équipe, elle intervient dans le processus d'implantation. Cette tâche correspond à la tenue des essais cliniques individuels. La chirurgie étant très invasive, il est nécessaire de faire l'essai du neurostimulateur avant de l'implanter définitivement. L'ICS fait donc l'enseignement de la procédure, l'évaluation des résultats et la programmation. À la suite de l'implantation par le neurochirurgien, l'ICS s'occupe de la gestion de la douleur aiguë, de la programmation initiale de l'appareil, de l'évaluation et de l'éducation des patients, de la plaie chirurgicale, de la médication combinée, et assure le suivi des patients à la clinique externe (Banks, 2002).

En plus des fonctions de rôle que nous avons abordées, l'infirmière clinicienne spécialisée dans ce domaine possède des connaissances de haut niveau sur la douleur, les facteurs biopsychosociaux contribuant à la chronicisation et aux incapacités, les thèmes reliés à l'impact de la douleur sur la personne, et les traitements tels que la médication, l'approche cognitivo-comportementale et autres choix de traitements. Une autre partie du rôle de l'ICS au WCNN réside dans la gestion de la médication. Elle doit évaluer, assurer le suivi et l'enseignement, et émettre des recommandations lorsqu'elle ne peut prescrire. De plus, elle fait le suivi des patients selon leur étape respective dans le continuum de soins de santé spécialisés en les réévaluant et en leur offrant la gamme de traitements biopsychosociaux adaptés à leur besoin. Enfin, elle assure, avec les autres membres de l'équipe, l'évaluation des nouveaux patients. Une clinique externe d'évaluation des patients souffrant de douleur chronique qui font leur entrée au WCNN a lieu environ une fois par mois. Chacun des membres de l'équipe évalue en groupe ou individuellement le patient. On mesure alors sa douleur et l'impact qu'elle engendre dans sa vie. Des questions ouvertes sur la signification de la douleur, les répercussions sur les relations

interpersonnelles et la perception des limitations fonctionnelles constituent la mesure subjective évaluée habituellement par l'ICS. Cette démarche usuelle est préalable à la rencontre interdisciplinaire et détermine définitivement le traitement requis selon les besoins et les objectifs exprimés par le patient lors de l'évaluation.

En somme, selon le modèle de rôle de l'ICS en gestion de la douleur chronique du Walton Centre, une ICS qui désire pratiquer dans ce domaine devrait pouvoir pratiquer le soin direct auprès des patients, agir comme consultante et éducatrice à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire, et posséder des connaissances approfondies telles que la pharmacologie de la douleur, l'approche biopsychosociale et la maîtrise d'appareils de haute technologie. Enfin, le rôle de l'ICS s'insère dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, elle doit conséquemment participer aussi à des projets de recherche ou de formation continue dans la mesure du possible.

Discussion

En Angleterre, le rôle de l'ICS est florissant car les infirmières peuvent pratiquer dans un environnement qui permet l'interdisciplinarité. Une grande cohésion, du soutien et du respect dans les prises de décision clinique et dans l'action sont parmi les forces d'une telle équipe. Au Walton Centre, chacun des membres apporte sa contribution unique et considère les idées des autres. La somme des parties qui forme un tout efficace contribue à offrir des soins de santé de qualité supérieure. Par contre, on peut remarquer un certain délai dans la prise de décision à cause des réunions et des discussions de cas; certaines décisions devant être prises avec consentement de chacun des membres. À la lumière de ces observations, il serait essentiel d'aplanir les structures d'organisation de soins de santé dans les cliniques de douleur québécoises afin d'en diminuer la hiérarchie et de permettre à tous les intervenants interdisciplinaires de pratiquer sans contrainte.

Nous constatons que les modèles de rôle anglais mettent véritablement en pratique les écrits de Hamric *et al* (2005). En effet, une grande partie du modèle de rôle de l'ICS est consacrée aux soins directs aux patients tels que les soins relatifs à l'implantation et au suivi du neurostimulateur. D'ailleurs, en raison de sa haute efficacité et du rapport coût-efficacité favorable (Taylor, 2006; Taylor *et al*, 2004), il serait intéressant pour les cliniques de douleur québécoises d'utiliser davantage le neurostimulateur implantable parmi les options de traitement. Il faut considérer que l'ICS est en mesure d'offrir une expertise dans ce

domaine et de contribuer à bonifier le rapport coût-efficacité. Certains autres avantages sont à considérer en permettant aux infirmières de prendre en charge le suivi de ce genre de traitement, l'évaluation biopsychosociale de la douleur, et d'autres soins directs spécialisés en collaboration avec les membres d'une équipe interdisciplinaire. Entre autres, les médecins des cliniques de douleur du Québec pourraient approfondir leur domaine d'expertise selon leurs besoins en ayant la possibilité d'y consacrer plus de temps. L'approche de soin holistique de l'ICS est également un aspect favorable qui permettrait d'obtenir des évaluations et des suivis de traitement correspondant bien à la problématique biopsychosociale complexe de la douleur chronique à un moindre coût, le salaire d'une ICS étant moindre que celui d'autres professionnels de la santé.

Parallèlement, l'expérience du Walton Centre aura permis d'apprendre qu'il est primordial que l'ICS possède des aptitudes dans les relations thérapeutiques et dans la communication interpersonnelle. Williams (2003) indique même que les habiletés de communication avancées sont essentielles au rôle d'ICS en gestion de la douleur chronique. Ces patients, par la nature du problème, font face à de nombreux obstacles dans leur vie personnelle. De plus, ce sont des personnes ayant souvent un foyer de contrôle externe, qui ont une pensée catastrophique ou qui sont anxieuses. Il est donc primordial d'être en mesure de faire de l'écoute active et d'être empathique tout en étant capable de poser les limites dans la relation thérapeutique. Une infirmière qui possède de telles habiletés est plus encline à établir facilement une relation de confiance avec le patient. Ceci est d'autant plus important puisque la littérature nous indique que cette relation de confiance est essentielle pour aider un patient douloureux chronique à gérer lui-même son état (Richardson *et al*, 2001; Shaw, 2006).

En plus de satisfaire à la compétence clinique selon Hamric *et al* (2005), l'ICS anglaise effectue des tâches en lien avec la compétence éducationnelle. Le rôle éducationnel est important, car les patients ont besoin de connaître ce qui se passe dans leur corps afin d'apprendre à gérer leur douleur de façon autonome. Redonner le contrôle au patient sur sa vie et sa condition débute souvent par de l'éducation. En d'autres mots, il s'agit d'empowerment ou d'autonomisation qui se définit par la faculté de donner des outils à un individu afin qu'il se prenne en charge par lui-même (Whetten & Cameron, 2005). L'instauration de programmes de gestion de la douleur, qui appliquent le principe d'autonomisation, permettrait de développer cette fonction nouvelle du rôle

d'ICS, en plus d'offrir aux patients un traitement novateur axé sur les dimensions psychosociales de la personne et visant le retour à une qualité de vie satisfaisante.

Bien que nous ayons insisté sur le fait que la douleur chronique se gère de façon interdisciplinaire, il existe également en Angleterre des cliniques communautaires dirigées par des infirmières. Parmi les soins infirmiers offerts, on retrouve les médecines alternatives et complémentaires, les appareils de stimulation transcutanée et le transfert de connaissances. En plus de désengorger les listes d'attente des cliniques de douleur, ces cliniques communautaires d'infirmières améliorent la qualité de vie du patient (Godfrey, 2006). Nous pourrions penser à l'éventualité de démarrer de telles cliniques dans les CLSC ou en pratique privée. L'établissement de cette structure pourrait permettre au nouveau rôle d'ICS en gestion de la douleur chronique de prendre tout son essor et serait surtout accessible aux personnes présentant des douleurs chroniques légères à modérées. Les médecines alternatives et complémentaires en combinaison avec l'éducation selon une approche cognitivo-comportementale constitueraient une perspective intéressante au projet. Les soins offerts seraient tout de même limités sans la collaboration d'autres professionnels de la santé. Au Québec, le diagnostic et la prescription de médication et de certains autres traitements sont principalement réservés aux médecins alors qu'en Angleterre, il existe des crédits universitaires permettant à toutes les infirmières d'obtenir de telles prérogatives. Il serait donc conseillé de mettre en place des formations de cycle supérieur spécialisées en gestion de la douleur dans les universités québécoises, comprenant des apprentissages théoriques et pratiques sur les approches biopsychosociales. Pour ce faire, il serait utile de consulter des modèles d'éducation tels que les curricula d'enseignement de l'International Association for the Study of Pain (2007).

Conclusion

La douleur chronique est une problématique de santé complexe qui atteint des millions de personnes. Plusieurs modèles biopsychosociaux permettent de mieux comprendre ce phénomène et la nécessité d'intégrer une approche holistique dans la gestion de la douleur chronique. Il importe d'offrir des services intégrés par une équipe interdisciplinaire. Parmi les membres de cette équipe, on retrouve l'ICS en gestion de la douleur chronique qui joue un rôle déterminant dans l'offre de la qualité et de l'accessibilité des services. En

Angleterre, le rôle de l'ICS est bien implanté, car les infirmières ont la possibilité de recevoir de la formation spécialisée en gestion de la douleur et peuvent pratiquer dans un environnement qui permet l'interdisciplinarité. La pratique du soin direct spécialisé comprenant l'évaluation du patient, la gestion de la médication, et la maîtrise d'appareils de haute technologie, ainsi que l'éducation et les consultations auprès des patients et des membres de l'équipe interdisciplinaire résument les fonctions du rôle d'ICS en gestion de la douleur chronique.

Qu'il s'agisse de technologies avancées ou de moyens qui font appel à la relation corps-esprit, une multitude d'options de traitements s'offrent à l'équipe interdisciplinaire de gestion de la douleur chronique dont l'ICS fait partie. Il est temps à présent de mobiliser les ressources pour mettre en place ce genre de modèle de gestion dans les cliniques de douleur québécoises afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services aux patients atteints de douleur chronique. Les cliniques de douleur des centres hospitaliers ne sont pas les seuls milieux de pratique où l'ICS peut faire une différence dans l'offre des services. Le milieu communautaire pourra également constituer une autre possibilité. Au Québec, les ressources sont présentes pour arriver à gérer la douleur chronique selon une approche basée sur les données probantes. À présent, le défi est de convaincre les décideurs et de développer les structures qui aideront les personnes aux prises avec une douleur récurrente

Références

- Adams, N., Poole, H., & Richardson, C. (2006). Psychological approaches to chronic pain management: part 1. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 290-300.
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). (2006). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé*. Rapport préparé par Patricia L. Dobkin et Lucy J. Boothroyd (AETMIS 06-04). Montréal : AETMIS.
- Ashburn, M. A., & Staats, P. S. (1999). Management of chronic pain. *The Lancet*, 353(May 29), 1865-1869.
- Association québécoise de la douleur chronique. (2006). *Statistiques*. Disponible sur Internet à l'adresse : www.ladouleurchronique.org. (consulté le 1er février 2007).
- Banks, C. (2002). Spinal cord stimulation for patients with chronic pain conditions. *Professional Nurse*, 17(7), 425-427.
- Brown, C. A., & Richardson, C. (2006). Nurses' in the multi-professional pain team: a study of attitudes, beliefs and treatment endorsements. *European Journal of Pain*, 10(1), 13-22.
- Caudill, M. A. (2002). *Managing pain before it manages you*. Revised eds. New York / London : the Guilford press.
- Coalition canadienne contre la douleur. (2006). *La douleur chronique affecte gravement les milliers de Canadiens qui en souffrent*. Disponible sur Internet à l'adresse : www.canadianpaincoalition.ca. (consulté le 1er février 2007)
- Davis, C. (2003). Pioneers in treating pain. *Nursing Times*, 99(2), 40-1.
- Fullen, B. (2004). Chronic pain – A multi-disciplinary approach. *The World of Irish Nursing*, 12(7).
- Gatchel, R. J., & Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain*, 7(11), 779-793.
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (1999). Interdisciplinary treatment of chronic pain patients. Dans R.J Gatchel, & D.C. Turk (Éds), *Psychosocial factors in pain. Clinical perspectives* (pp.435-444). New York : Guilford Press.
- Godfrey, K. (2006). Giving pain relief. *Nursing Times*, 102(29), 20-21.
- Grady, K. M., Severn, A. M., & Eldridge, P. (2006). *Key topics in pain medicine*. London : Informa Healthcare Ltd.
- Grant, S. A., & Meager, P. (2005). Nurses'role in management and treatment of dystonia. *Nursing Times*, 101(19), 50-51.
- Hadjistavropoulos, T., & Craig, K. D. (2004). *Pain – Psychological perspectives*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2005). *Advanced practice nursing. An integrative approach*. 3e édition. St-Louis: Elsevier Saunders.
- Hoffman, B.M., Papas, R.K, Chatkoff, D.K., & Kerns, R.D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26, 1-9.
- Hooten, W. M., Townsend, C. O., Sletten, C. D., Bruce, B. K., & Rome, J. D. (2007). Treatment outcomes after multidisciplinary pain rehabilitation with analgesic medication withdrawal for patients with fibromyalgia. *American Academy of Pain Medicine*, 8(1), 8-16.
- International Association for the Study of Pain. *IASP Pain Terminology*. Disponible sur Internet à l'adresse : www.iasp-pain.org (consulté le 10 avril 2007).
- International Association for the Study of Pain. *Outline Curriculum on Pain for Schools of Nursing (2e Édition)*. Disponible sur Internet à l'adresse : www.iasp-pain.org (consulté le 10

- avril 2007).
- Johnson, L. (2004). The nursing role in recognizing and assessing neuropathic pain. *British Journal of Nursing*, 13(18), 1092-1097.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. C. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain : current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211.
- Laliberté, S., & Sullivan, M. J. L. (2004). Douleur et incapacité chronique : les bienfaits de la psychologie. *Psychologie Québec*, 21(5), 23-26.
- Lewandowski, W. (2004). Psychological factors in chronic pain : a worthwhile undertaking for nursing ? *Archives of Psychiatric Nursing*, XVIII(3), 97-105.
- McCaffrey, R., Frock, T. L., Garguilo, H. (2003). Understanding chronic pain and the mind-body connection. *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 281-287.
- McGonagle, C. (2004). Pain management – The pain clinic : management of persistent pain. *World of Irish Nursing*, 12(5), 35-36.
- Meyerson, B. A., & Linderoth, B. (2006). Mode of action of spinal cord stimulation in neuropathic pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(4S), S6-S12.
- Musclow, S. L., Monakshi, S., & Watt-Watson, J. (2002). The emerging role of advanced nursing practice in acute pain management throughout Canada. *Clinical Nurse Specialist*, 16(2), 63-67.
- Ralphs, J., & Corcoran, M. (1997). Chronic pain : the cognitive behavioural approach. *British Journal of Community Health Nursing*, 2(6), 297-302.
- Richardson, C., & Poole, H. (2001). Chronic pain and coping : a proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 659-667.
- Shaw, S. M. (2006). Nursing and supporting patients with chronic pain. *Nursing Times*, 20(19), 60-65.
- Sinnakaruppan, I. (2002). Changing perceived coping in chronic pain patients using a newly developed scale: a pilot study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25(4), 345-349.
- Smith, A. A. (2003). Intimacy and family relationships of women with chronic pain. *Pain Management Nursing*, 4(3), 134-142.
- Taylor, R. S. (2006). Spinal cord stimulation in Complex regional pain syndrome and Refractory neuropathic back and leg pain/Failed back surgery syndrome: results of a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(4S), S13-S19.
- Taylor, R. S., Taylor, R. J., Van Buyten, J-P., Buchser, E., North, R., & Bayliss, S. (2004). The cost effectiveness of spinal cord stimulation in the treatment of pain : systematic review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(4), 370-378.
- The British Pain Society. (2002). *Recommendations for nursing practice in pain management*. London : The British Pain Society.
- The British Pain Society. (2007). *Recommended guidelines for pain management programmes for adults*. London : The British Pain Society.
- The Walton Centre. *Pain Management Programme*. www.thewaltoncentre.nhs.uk. (consulté le 1er février 2007).
- Turk, D. C. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Ressource Management*, 7(1), 9-19.
- Turk, D. C., & Flor, H. (1999). Chronic pain: a biobehavioral perspective. Dans R. J Gatchel, & D. C. Turk (Éds), *Psychosocial factors in pain. Clinical perspectives* (pp.18-34). New York: Guilford Press.
- Vaillant, C. (2004). Le rôle de l'infirmière dans une structure d'évaluation et traitement de la douleur. La lettre no8. L'infirmière et la douleur. Institut UPSA de la douleur. www.institut-upsa-douleur.org. (consulté le 22 mai 2007).
- Veillette, Y., Dion, D., Altier, N., & Choinière, M. (2005). The treatment of chronic pain in Québec : a study of hospital-based services offered within anesthesia departments. *Canadian Journal of Anesthesia*, 52(6), 600-606.
- Waring, P., & Booth, A. (2006). UK Pain management programme (PMP) directory. www.britishpainsociety.co.uk. (consulté le 15 avril 2007).
- Wells-Federman, C., Arnstein, P., & Caudill, M. (2002). Nurse-led pain management program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. *Pain Management Nursing*, 3(4), 131-140.
- Whetten, D.A., & Cameron, K.S. (2005). *Developing management skills. Sixth edition*. Upper Saddle River, New Jersey : Pearson Education, inc.
- Williams, H. (2003). Making a difference in chronic pain management. *Nursing Times*, 99(45), 42-43.
- Younge, L., & Norton, C. (2007). Contribution of specialist nurses in managing patients with IBD. *British Journal of Nursing*, 16(4), 208-212.