

Être à la merci et ne pas être entendu

Un expert diplômé en soins d'anesthésie peut aussi devenir un patient dans un service d'anesthésie. S'il n'est pas inclus dans le traitement avec ses compétences, il est menacé d'avoir de mauvais souvenirs de son séjour à l'hôpital. Témoignage d'une expérience personnelle.

Les patients qui travaillent eux-mêmes dans les soins sont généralement exigeants pour les soignants qui les prennent en charge. Les experts diplômés en soins d'anesthésie ne font pas exception.

Dès qu'il s'agit d'anesthésie pour eux-mêmes, ils souhaitent déterminer le type d'anesthésie, exprimer des demandes supplémentaires et choisir de préférence eux-même leur équipe pour les soins péri-opératoires. Malheureusement, cela n'est pas toujours possible dans notre travail anesthésiologique quotidien. Néanmoins, la consultation pré-anesthésique est aussi le bon moment pour les soignants en anesthésie, devenus patients, d'exprimer des souhaits, des idées et des besoins et de discuter de la procédure anesthésiologique ensemble et sur un pied d'égalité avec l'anesthésiste responsable.

Mon histoire

Je suis un expert diplômé en soins d'anesthésie et, à part de sévères nausées et vomissements postopératoires (NVPO), je n'ai aucune maladie secondaire pertinente. Mon problème est une question de douleur qui existe depuis plus d'un an et qui a été causé par un traumatisme accidentel. Depuis, la douleur fait partie de ma vie, ce qui m'affecte gravement dans mon quotidien professionnel et privé. Afin d'éliminer le problème de la douleur, une opération orthopédique électorale a été planifiée pour corriger voire soulager les symptômes existants.

Lors de la consultation pré-anesthésique, j'ai exprimé mes souhaits, besoins et préoccupations concernant l'anesthésie de l'opération à venir. Un opioïde (Palexia® Retard) était prévu en prémédication,

en pré opératoire. En per opératoire, une anesthésie intraveineuse combinée avec une procédure d'anesthésie régionale avec cathéter pour le traitement de la douleur postopératoire a été planifiée. L'antalgie post opératoire devait être effectuée selon les standards et avec du Palexia® Retard. La déclaration de l'anesthésiste chargé de mon anesthésie résonne encore aujourd'hui dans mes oreilles: «Ne vous inquiétez pas, nous le ferons comme nous en avons discuté. Vous êtes entre de bonnes mains avec nous.»

Le jour de l'opération, je me suis présenté tôt, trop tôt, à l'admission. J'étais un peu nerveux (enfin peut-être même un peu plus qu' «un peu nerveux»), même si j'essayais de penser, d'être et de rester «positif». «Ça ira bien, c'est juste une opération», me disais-je. «Je n'ai pas peur, je suis juste nerveux,» répétais-je. J'étais principalement préoccupé par l'intervention chirurgicale et j'espérais que tout serait fait comme discuté au préalable. Je n'avais pas peur de l'anesthésie elle-même, nous en avions bien discuté et je sais comment ça marche. Combien de fois, dans mon travail quotidien, je répète à des patients qui sont probablement tout aussi stressés et peut-être également effrayés: «N'ayez pas peur, vous n'êtes pas seul et nous sommes toujours avec vous». Souvent, trop souvent?! Comme j'aimerais avoir mes collègues de travail de confiance à côté de moi maintenant, mais je suis «loin de chez moi», dans un autre hôpital.

La première déception est venue dans la zone d'attente: il n'y avait pas de Palexia® Retard comme analgésique pré opératoire. De la morphine ou de la péthidine seraient également administrées en post-

opératoire. L'opération étant qualifiée de "très douloureuse", on m'a conseillé de choisir un médicament. Après un échange avec le médecin-chef anesthésiste responsable, il a pourtant été possible de faire venir pour moi du Palexia® depuis le service et de l'Oxynorm® a été prescrit en réserve. Cette «déception» avant l'opération n'a pas vraiment conduit à la détente et ne m'a pas calmé, mais bon, le processus a continué avec l'anesthésie régionale et l'opération.

Postopératoire

La première chose dont je me souviens est un environnement calme et chaleureux. Une infirmière sympathique et empathique s'occupe de moi en salle de réveil. Après le passage du médecin-chef anesthésiste responsable en salle de réveil et la stabilisation de ma douleur avec l'Oxynorm®, je suis transféré dans le service, sans douleur.

Là, l'infirmière qui s'occupe de moi a connecté la pompe à perfusion au cathéter régional et m'a apporté les médicaments, y compris le Palexia®. Pour moi, c'était effrayant qu'elle ne sache pas à quel dosage le Palexia® était prescrit. Elle voulait me rassurer, me disant que la dose était la bonne et qu'elle serait administrée matin et soir.

Malheureusement mes douleurs ont de nouveau augmenté. Après en avoir parlé à l'infirmière, celle-ci a augmenté le débit de la pompe (ropivacaïne). Cependant, elle n'a pas pris note de ma déclaration! La douleur n'était pas dans la zone couverte par le cathéter régional. De plus, personne dans le service n'avait jamais vérifié la sensibilité, la motricité et la chaleur de la zone opérée.

Au milieu de la nuit, je me suis réveillé avec une douleur intense. Sans trop réfléchir, j'ai demandé une réserve d'anti-douleur. J'étais fatigué et je voulais dormir, mais surtout je ne voulais plus avoir mal. Ma plus grande crainte avant l'opération était de possibles douleurs postopéra-

toires et des nausées. Et quel a été le résultat? J'étais à l'hôpital et j'avais mal!

Le premier jour postopératoire, dans cet hôpital, il n'y a normalement pas de visites par le chirurgien ou le service de douleur aiguë. S'il n'y a pas de complications, les patients porteurs d'un cathéter régional ne seront plus pris en charge. Mais dans l'après-midi, j'avais à nouveau une douleur intense; exactement douze heures après l'épisode de la nuit dernière. Je n'étais pas rétabli, mais plutôt épuisé par la douleur. Encore une fois, j'ai obtenu un médicament de la réserve anti-douleur. Entre-temps, je me mis à douter: est-ce que je recevais vraiment une préparation de Palexia® retard? Le soir, mes doutes se sont confirmés – je n'avais pas reçu de comprimé retard. L'infirmière n'a pas pu répondre à ma question sur quelle en était la raison. Comme le médecin du service était déjà parti, elle a écrit une note pour les infirmières du lendemain afin que mon inquiétude puisse être discutée pendant la visite.

Comme les processus de travail au sein d'un hôpital peuvent être différents! Nous n'avons pas de problème comparable en anesthésie. Un médecin est toujours à proximité ou joignable rapidement en cas de problème, nous n'avons rien à écrire pour en discuter le lendemain. Dans un service de soins, tout semble beaucoup plus lent et plus tranquille, du moins que ce à quoi je suis habitué.

La tentative d'abandon de la procédure d'anesthésie régionale a été planifiée et réalisée le deuxième jour postopératoire à 6 heures du matin, mais sans évaluation de la douleur ni ajustement, dans le même temps, d'autres analgésiques ou de la médication de réserve des antidouleurs. De plus, la dose de Palexia® n'a pas été ajustée après la visite, alors qu'on me l'avait promis la veille. Je n'avais pas l'impression d'être pris au sérieux, mes inquiétudes n'étaient pas été entendues. Cela a augmenté mon sentiment d'être dépendant. Les responsables n'avaient déjà pas répondu à ma première déclaration de douleur et avaient augmenté la ropivacaïne, bien que la douleur ne se situe pas au niveau des nerfs couverts par l'anesthésie régionale. L'infirmière responsable n'a retiré le ca-

théter que dans l'après-midi, après que je l'aie explicitement demandé. Même à ce moment, les responsables n'étaient pas intéressés par une évaluation de la douleur. Déçu et frustré, j'aurais adoré emballer mes affaires et rentrer chez moi.

Réflexions complémentaires

Malheureusement, à cause du traumatisme dont j'ai parlé, ce n'était pas la première fois que je me retrouvais à l'hôpital en tant que patient. À mon avis, les soins postopératoires et la thérapie postopératoire de la douleur auraient pu être meilleurs pour moi. Une visite d'antalgie par un «service de la douleur» ou la consultation active d'un tel service par les infirmières du service m'auraient mis en confiance. Un service de la douleur aurait soulagé le personnel infirmier, qui aurait pu discuter de la problématique de la douleur avec les spécialistes de façon interdisciplinaire et interprofessionnelle. «Nous» en tant que patients pouvons, à mon avis, bénéficier grandement d'un service d'antalgie (anesthésiologique) si le traitement est effectué individuellement et centré sur le patient et que la médication est évaluée avec le patient en tant qu'expert de sa douleur. De plus, les procédures effectuées par les cathéters anesthésiques régionaux peuvent être contrôlées quotidiennement et la quantité d'anesthésique local peut être ajustée individuellement. À mon avis, la thérapie de la douleur ne devrait pas être réalisée par une seule discipline, mais par une équipe interprofessionnelle et interdisciplinaire. De plus, les infirmières dans les services, avec leurs connaissances spécialisées, doivent connaître et discuter d'autres approches possibles de thérapie pharmacologique et non pharmacologique de la douleur.

Je me demande souvent comment mon séjour à l'hôpital aurait pu mieux se passer pour moi. Comme mentionné, je me suis senti à la merci de la situation postopératoire et laissé seul. Être patient n'a pas été une bonne expérience pour moi. Qu'est-ce qu'il m'a manqué? Que pourrais-je apprendre? Aurais-je dû apporter moi-même une boîte de Palexia® pour obtenir le bon médicament? Rétrospectivement, il est possible de savoir ce qui aurait été mieux. Alors que dans mon travail en

anesthésie je peux prescrire les mesures postopératoires pour les patients que je soigne et en discuter avec l'anesthésiste responsable, en tant que «patient-anesthésiste» je n'ai même pas été entendu et n'ai pas eu l'occasion de discuter de mes analgésiques avec un médecin et de faire le point sur des changements.

De manière générale, il m'aurait été utile de m'impliquer davantage dans les soins et de me concentrer davantage sur mes besoins et mes souhaits. Ceci repose sur l'approche des «soins centrés sur le patient» (1). Avec ce modèle, le discours et le dialogue entre le personnel soignant et le patient peuvent être promus aux trois niveaux (micro, méso, macro). Après tout, les soins et le soutien aux patients nécessitent plus que des compétences techniques. Il existe la prétention que toutes les formes de connaissances et d'action soient intégrées et en même temps que les patients soient accompagnés dans les différentes options dans un esprit de partenariat. Cela peut augmenter la satisfaction.

Résumé

Un patient de la «branche» signifie pour l'équipe soignante qu'elle est en «observation». À mon avis, ces patients sont beaucoup plus sensibles aux actions du personnel infirmier et à la façon dont elles sont menées. Même si mon histoire concerne principalement le service infirmier, j'ai appris de moi-même en tant que patient et je fais un appel aux anesthésistes: Écoutez vos patients et pensez toujours à ce que vous voudriez si vous étiez dans leur situation. Vivez activement les soins centrés sur le patient! Soyez honnête à ce sujet et ne faites pas de promesses que vous ne pouvez pas tenir. Parce que les promesses creuses brisent la confiance des patients. Néanmoins: Je tiens à remercier tous ceux qui ont été impliqués dans mon traitement pour leur travail et leur engagement.

1. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*. 2006;56(5): 472-9.

Contact Anonyme
Connu de la rédaction