

Obstacles à la prise en charge de la douleur induite par les soins chez les personnes âgées en milieu de soins aigus

Revue de littérature

Travail de Bachelor

Par

Julie Bongard et Pauline Dumont

Promotion 2015 – 2018

Sous la direction de Joëlle Tischhauser

Haute École de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

12 juillet 2018

Résumé

Introduction : les personnes âgées constituent la classe d'âge la plus présente en milieu hospitalier et sont donc plus susceptibles de subir des procédures douloureuses. De plus, elles sont exposées à un grand nombre de comorbidités et sont donc plus vulnérables à des douleurs intenses. Il est inquiétant de constater que la prévalence de la douleur induite par les soins en milieu hospitalier est élevée malgré l'existence d'outils d'évaluation spécifiques et de protocoles adaptés.

Objectif : le but de ce travail est d'identifier les obstacles à la prise en charge optimale de la douleur induite par les soins chez les personnes âgées en milieu de soins aigus.

Méthode : cette revue de littérature compte sept articles scientifiques issus des bases de données PubMed et CINAHL au moyen de mots-clé et de descripteurs.

Résultats : trois catégories d'obstacles à la prise en charge optimale de la douleur induite par les soins chez les personnes âgées en milieu hospitalier sont présentées, à savoir : les obstacles liés aux patients, au personnel infirmier et au système. La discussion des résultats permet de les mettre en lien avec les différentes étapes de la prise en charge de la douleur en milieu hospitalier : prévention, évaluation, gestion.

Conclusion : cette revue de littérature a permis d'identifier les obstacles à la prise en charge optimale de la douleur induite par les soins chez les personnes âgées en milieu hospitalier ainsi que de mettre en évidence le manque d'application des outils et recommandations déjà existants. Il serait cependant intéressant d'étudier des interventions permettant d'aller au-delà de ces barrières et ainsi améliorer la prise en charge de la douleur induite.

Mots-clé : Aged, Barriers, Care-related, Elderly, Inpatients, Older adults, Older people, Pain management, Pain measurement

Table des matières

RÉSUMÉ.....	II
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES TABLEAUX	VI
REMERCIEMENTS.....	VII
INTRODUCTION.....	1
PROBLÉMATIQUE	4
Phénomène de la douleur.....	5
Définition	6
Classification	6
Personnes âgées hospitalisées	7
Douleur et personnes âgées.....	8
Douleur induite	9
Définition.....	10
Prévalence	10
Conséquences pour le patient âgé.....	10
Conséquences pour le soignant.....	11
Moyens de prévention	12
Procédures douloureuses.....	12
Question de recherche	12
CADRE THÉORIQUE	13
Science infirmière.....	14
Métaparadigme infirmier	14
La personne – être humain	15
La santé.....	15
L’environnement	15
Le soin.....	16
Paradigmes infirmiers.....	16
Les écoles de pensées.....	17
Le <i>Human caring</i> de Jean Watson.....	18
Éléments centraux.....	19
Approfondissement de trois processus de <i>caritas</i>	21
Liens avec les métaparadigmes.....	22

MÉTHODOLOGIE	23
Devis	24
Critères d’inclusion	24
Critères d’inclusion	24
Critères d’exclusion	24
Forces - limites	25
Recherche et sélection d’articles	25
Équations de recherches	26
RÉSULTATS	27
Présentation des articles	28
“Pain Intensity in Hospitalized Adults. A Multilevel Analysis of Barriers and Facilitators of Pain Management” (Van Hecke & al., 2016)	28
“Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people : A qualitative observation and interview study” (Manias, 2012)	29
“Nurses’ knowledge of pain and its management in older people” (Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016).....	30
“Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study” (Coutaux & al., 2008)	31
“Care-related pain in hospitalized patients : Severity and patient perception of management” (Ambrogi & al., 2014).....	32
“Nurses’ perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units” (Coker & al., 2010).....	33
“Hospitalized patients’ vs. nurses’ assessments of pain intensity and barriers to pain management” (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018).....	34
Présentation des résultats	36
Douleur induite - Douleur des patients hospitalisés.....	36
Prévalence	36
Procédures douloureuses.....	36
Facteurs de risque.....	37
Intensité de la douleur	37
Barrières à l’évaluation et à la gestion de la douleur liées aux patients hospitalisés	38
Communication.....	38
Échelles de la douleur	39
Médication antalgique	39
Croyances	40
Nature de la douleur chez les personnes âgées.....	40
Barrières à l’évaluation et à la gestion de la douleur liées aux infirmières.....	41
Communication.....	41
Échelles de la douleur	41
Médication antalgique	42
Éducation et expérience.....	43
Barrières à l’évaluation et à la gestion de la douleur liées au système	43
DISCUSSION	45

Douleur en milieu hospitalier	46
Prévention de la douleur induite par les soins.....	47
Évaluation de la douleur induite par les soins.....	49
Communication	49
Échelles de la douleur	51
Lacunes dans les compétences en matière de santé.....	52
Gestion de la douleur induite par les soins	53
Communication	53
Opiïodes et autres antalgiques.....	54
Efficacité des traitements	56
Connaissances	57
CONCLUSION	58
RÉFÉRENCES.....	61
APPENDICES.....	66

Liste des tableaux

Figure 1 : <i>HUMAN CARING</i> ET MÉTAPARADIGMES INFIRMIERS	22
---	----

Remerciements

Nous remercions Madame Joëlle Tischhauser, notre directrice de travail de Bachelor, pour nous avoir guidées et conseillées durant toute l'élaboration de notre projet.

Nos remerciements vont également à Monsieur Michel Dumont pour avoir pris le temps de relire et corriger notre travail.

Introduction

A l'heure actuelle, le vieillissement démographique de la population est un phénomène connu et qui ne cesse d'augmenter (Merçay, 2017). De plus, en Suisse, les personnes âgées constituent la population présentant le plus haut taux d'hospitalisations (Observatoire suisse de la santé, 2017). Il est donc naturel d'en déduire qu'elles sont plus à même de subir des procédures pouvant entraîner des douleurs. Par ailleurs, les personnes âgées sont susceptibles de souffrir d'un plus grand nombre de comorbidités (Rustøen & al. (2005); Gibson & Lussier (2012), cité dans Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016) et sont donc vulnérables à des douleurs plus intenses (Proctor & Hirdes (2001); Leong & al. (2007); Gibson & Lussier (2012), cité dans Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016). Il est inquiétant de constater que certaines études montrent une prévalence élevée de la douleur induite par les soins en milieu hospitalier (Ambrogi & al., 2014 ; Coutaux & al., 2008). Il est donc raisonnable d'en conclure que la douleur induite est encore sous-traitée, ceci malgré l'existence d'outils d'évaluation spécifiques et d'interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques adaptées. Or, l'absence de prise en charge de la douleur peut avoir de sérieuses conséquences, tant chez les patients âgés que chez les professionnels de santé.

La prise en charge de la douleur induite par les soins est de la responsabilité du personnel infirmier. Ce travail vise à identifier les différents obstacles à la prévention, à l'évaluation et à la gestion optimale de la douleur induite par les soins en milieu hospitalier.

Cette revue de littérature s'inscrit dans le cadre de la dernière année de formation du Bachelor en soins infirmiers de la Haute école de santé de Fribourg. Il s'agit premièrement de faire un état des connaissances actuelles et d'illustrer le cheminement ayant mené à la question de recherche. La deuxième partie présente le cadre théorique utilisé dans ce travail. La troisième partie explique les différentes

étapes de recherche ayant mené à la sélection des articles analysés. La quatrième partie présente les résultats obtenus. Enfin, la dernière partie consiste en une analyse des résultats.

Problématique

Phénomène de la douleur

“Pendant longtemps, la douleur a été vécue comme une fatalité. L'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui des moyens importants permettant de réduire, dans des proportions considérables, la douleur des patients.” (Bernard Kouchner, 1998, p. 1)

La prise en charge de la douleur est l'un des rôles principaux de l'infirmière, en particulier en milieu de soins aigus (Prowse (2006), cité dans Fitzgerald, Tripp & Halksworth-Smith, 2017). En effet, étant 24h/24 auprès du patient, elle est en première ligne lorsqu'il s'agit d'évaluer et de gérer la douleur (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018). S'il est difficile d'évaluer précisément la prévalence de la douleur aiguë en milieu hospitalier, une revue systématique de littérature publiée en 2016 avance un pourcentage allant de 37,7 à 84% (Gregory & McGowan, 2016). Celle-ci est donc encore à l'heure actuelle sous-traitée, pour des raisons multiples et complexes telles que le manque de formation des médecins et des infirmières, le coût élevé des antalgiques ou encore l'hésitation des patients à signaler leur douleur (Rawe & al., 2009; Jungquist & al., 2017). Parmi la douleur aiguë présente en milieu hospitalier, on retrouve la douleur induite par les soins dont l'étiologie est extérieure à la pathologie dont souffre le patient (Cimerman & Thibault, 2009).

Afin de contextualiser de manière pertinente le sujet de ce travail, différentes définitions et classifications de la douleur vont être abordées. Quelques données épidémiologiques liées aux personnes âgées hospitalisées ainsi que les particularités de la douleur chez les personnes âgées seront développées. Enfin, c'est le phénomène de la douleur induite qui pourra être précisé.

Définition

Selon Acapo, Seyrès et Savignat (2017), “la douleur est un phénomène complexe, subjectif et multidimensionnel, dont l'objectif principal est de prévenir l'organisme d'un danger potentiel” (p. 47). Il s'agit là de la douleur aiguë, qui, en stimulant le système nerveux sympathique, déclenche une réaction de “fuite ou de lutte” de l'organisme et lui permet à terme de faire face (Helms & Barone, 2008). De plus, la douleur est également définie comme “une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite en termes de tels dommages” [traduction libre] (IASP Task Force on Taxonomy (1994), cité dans Williams & Craig, 2016, p. 2420). Enfin, il est important de noter que, selon McCaffery, “la douleur est ce que la personne en dit et existe au moment où elle le dit” [traduction libre] (1968, cité dans Herr & al., 2006, p. 44).

La douleur peut faire l'objet de différentes classifications selon que l'on s'attarde sur les mécanismes générateurs, son profil évolutif ou son impact sur les activités et le comportement du patient (Acapo, Seyrès & Savignat, 2017).

Classification

Si l'on se base sur les mécanismes physiopathologiques de la douleur, une classification en trois catégories est possible : les douleurs neuropathiques, les douleurs dysfonctionnelles et les douleurs nociceptives (Acapo, Seyrès & Savignat, 2017).

La douleur neuropathique résulte d'une lésion ou d'une maladie affectant directement les structures du système nerveux central ou périphérique. Elle est chronique et peut se manifester de nombreuses façons : paresthésies, sensations de brûlures ou de chocs électriques ou encore des hyperalgies par exemple (Helms & Barone, 2008).

Les douleurs dysfonctionnelles quant à elles traduisent un dysfonctionnement du système nerveux central, sans qu'aucune lésion de ce dernier ne puisse être identifiée, comme dans le cas de la fibromyalgie par exemple (Acapo, Seyrès & Savignat, 2017).

Les douleurs nociceptives, qui couvrent la majorité des douleurs aiguës et donc des douleurs induites par les soins, se caractérisent par "une localisation précise et circonscrite, sans topographie neurologique" (Acapo, Seyrès & Savignat, 2017, p. 47).

La douleur induite par les soins est au coeur de ce travail. Elle est le plus souvent une douleur aiguë par excès de nociception (Cimerman & Thibault, 2009). A noter qu'elle sera définie et explicitée ci-après.

Enfin, si les mécanismes en causes ne sont pas encore clairement élucidés, des facteurs tels que l'intensité de la douleur aiguë post-opératoire immédiate, ou encore des stimuli nociceptifs continus peuvent créer une chronicisation de la douleur aiguë (Acapo, Seyrès & Savignat, 2017; Dunwoody & al., 2008; Voscopoulos & Lema, 2010), d'où l'importance de prendre en charge de manière optimale toute douleur aiguë, y compris les douleurs induites par les soins.

Personnes âgées hospitalisées

D'après les dernières projections de l'Office fédérale de la Statistique (OFS), le nombre des plus de 65 ans pourrait passer de 1,5 millions en 2015 à près de 2,7 millions en 2045 (Merçay, 2017). De plus, selon les dernières statistiques disponibles auprès de l'OBSAN, le taux standardisé d'hospitalisations des personnes âgées en Suisse est de 261,6 pour 1000 habitants pour les 65-79 ans, et de 423 pour 1000 habitants pour les 80 ans et plus (Observation suisse de la santé, 2017). Les personnes âgées constituent donc la classe d'âge la plus représentée dans ce milieu

de soin. Il est dès lors raisonnable d'en déduire que la proportion de personnes âgées hospitalisées en milieu de soins aigus va augmenter dans les années à venir. De plus, ces dernières sont susceptibles de souffrir d'un plus grand nombre de comorbidités (Rustøen & al. (2005); Gibson & Lussier (2012), cité dans Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016). Les personnes âgées hospitalisées sont donc vulnérables à des douleurs plus intenses (Proctor & Hirdes (2001); Leong & al. (2007); Gibson & Lussier (2012), cité dans Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016).

En raison de cette situation, le personnel soignant se trouve confronté jour après jour à des problématiques spécifiques à cette population, notamment la gestion de la douleur, qui lorsqu'elle concerne des personnes âgées, a ses propres particularités.

Douleur et personnes âgées

Selon Aubrun (2008), "30 à 40% des patients âgés hospitalisés présentent des déficiences sensorielles, des troubles du langage ou un déficit cognitif gênant l'expression de leur douleur". Le patient âgé peut alors n'être capable d'aucune communication verbale, comme dans les cas de démences sévères à très sévères, ou souffrir d'une comorbidité l'empêchant de s'exprimer correctement tel "qu'une aphasie, une dysarthrie sévère ou une aphonie" (Pradines, 2010, p. 4). De même, les troubles sensoriels graves tels que la surdité totale ou des troubles visuels sévères ne permettent pas l'utilisation d'échelles traditionnelles (Pradines, 2010). Le personnel soignant est donc tenu de s'adapter aux modifications liées à l'âge avancé. Si l'auto-évaluation doit toujours être privilégiée, il convient d'utiliser des échelles validées spécifiques d'hétéro-évaluation dans les cas où les troubles de la communication rendent l'auto-évaluation impossible : on peut ainsi citer l'échelle Doloplus-2, l'Algoplus ou encore l'ECPA-2 (voir Appendice B) (Cimerman & Thibault, 2009 ; Pradines, 2010). Ces échelles permettent par exemple de repérer des signes

évocateurs de la douleur présents chez les patients souffrant de troubles cognitifs sévères, tels que les expressions faciales, des verbalisations et vocalisations spécifiques, des mouvements du corps particuliers, une modification des relations interpersonnelles, une modification des routines ainsi qu'une altération de l'état mental (voir Appendice C) (American Geriatrics Society, 2002).

De plus, il est important d'attirer l'attention sur le fait que le seuil de la douleur n'est pas plus élevé chez les personnes âgées. La douleur ne résulte pas du processus normal de vieillissement bien que sa prévalence augmente avec l'âge. Elle résulte d'un processus pathologique, qu'il soit physique ou psychologique (Aubrun, 2008), alors que le vieillissement est un phénomène physiologique normal. Malgré cela, le "mythe" qu'avoir mal devient normal en vieillissant persiste (Hadjistavropoulos & al., 2007, p. 2).

D'autres problématiques comme la peur injustifiée de créer des dépendances aux opioïdes ou le stoïcisme accru des personnes âgées face à la douleur peuvent mener à des problèmes de compréhension et d'évaluation précise de la douleur chez les personnes âgées (Hadjistavropoulos & al., 2007 ; Aubrun, 2008; Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016).

Douleur induite

Parmi les causes possibles de la douleur aiguë, il en est une qui n'est pas encore suffisamment considérée, à savoir la douleur provoquée par les soins (Cimerman & Thibault, 2009). Alors même que ce phénomène fait l'objet d'un intérêt accru depuis les années 1990, elle a principalement été étudiée en pédiatrie, oncologie et soins intensifs ou dans le cadre de procédures particulières (Ambrogi & al., 2014).

Définition

Selon Cimerman et Thibault (2009), “la douleur provoquée par les soins est le plus souvent une douleur aiguë, par excès de nociception, liée à une cause extérieure à la pathologie dont souffre le patient” (p. 1).

Il existe deux types de douleurs liées aux soins. Le premier type concerne les douleurs aiguës ou subaiguës immédiates et concerne les soins paramédicaux (injections intramusculaires par exemple), les gestes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique (prise de sang ou encore soins d’ulcères par exemple), les traitements, les mobilisations, les situations comme les attentes prolongées sur les brancards ou encore les transports. Le deuxième type concerne les douleurs chroniques à distance de certains traitements comme la chirurgie, certains médicaments ou encore la radiothérapie (Coutaux & Collin, 2008).

Prévalence

Une enquête réalisée à l’aide d’un même questionnaire dans trois hôpitaux français rapporte que 30 à 65% des personnes hospitalisées ont souffert de douleur liée à un soin durant les 24 heures précédant l’enquête. De plus, les douleurs liées aux soins sont fréquemment sous-évaluées en particulier chez les populations fragiles telles que les personnes âgées (Coutaux & Collin, 2008).

Conséquences pour le patient âgé

L’absence de prise en compte de la douleur induite chez les patients âgés peut avoir de sérieuses conséquences, tant physiques que psychologiques, pouvant aller jusqu’à une augmentation du taux de morbidité et de mortalité, sous l’influence de l’activation du système sympathique. Les taux d’hormones associés au stress grimpent en conséquence et peuvent aggraver des comorbidités déjà présentes telle qu’une insuffisance cardiaque par exemple (Hervy, 2002). De plus, comme cité plus

haut, une douleur aiguë non-traitée risque de se chroniciser et d'entraîner nombre de conséquences négatives pour le patient (Acapo, Seyrès & Savignat, 2017; Dunwoody & al., 2008; Voscopoulos & Lema, 2010). En ce qui concerne les patients âgés, cela se traduit notamment par une déficience fonctionnelle, des chutes, une réadaptation lente, des changements d'humeur (dépression et anxiété), une socialisation réduite, des troubles du sommeil et de l'appétit, un recours plus fréquent aux soins et des coûts de la santé augmentés (American Geriatrics Society, 2009).

Elle se traduit également à court terme par de la fatigue, de l'agitation nécessitant la répétition du soin, des malaises, de l'oppression ou encore de l'exaspération ; à long terme une dégradation de la qualité de vie, une phobie des soins, une suspension voire un arrêt total de ces derniers sont également possibles (Cimerman & Thibault, 2009).

Conséquences pour le soignant

Loin de n'avoir des conséquences que pour le patient, la douleur induite peut engendrer des répercussions sur le soignant. La plupart du temps, la souffrance subie par le patient conduit à l'insatisfaction du soignant par rapport à son travail. Celui-ci éprouve alors une baisse de son estime qui peut le pousser à fuir les soins, nier la douleur exprimée par les patients, souffrir d'épuisement professionnel ou même abandonner la profession (Cimerman & Thibault, 2009). De plus, la douleur induite par les soins place souvent le soignant face à un dilemme éthique. En effet, la gestion de la douleur est sous-tendue par les principes de bienveillance, non-malfaisance et autonomie (du patient) : lorsque l'infirmière doit effectuer des soins ou des gestes à visée diagnostique, elle se retrouve à mettre en balance l'importance de ces soins pour le bien du patient avec l'expérience douloureuse subjective de ce dernier (Rawe & al., 2009).

Moyens de prévention

Les moyens permettant de prévenir la douleur induite due à des procédures douloureuses sont connus et prescrits dans plusieurs services. Cependant, ceux-ci sont peu employés notamment en raison de facteurs organisationnels tels que le manque de personnel, le manque de temps pour les mettre en pratique, de problèmes de budget mais aussi en raison d'un refus de la part de certains soignants de se croire à l'origine de la douleur (Cimerman & Thibault, 2009 ; Fitzgerald, Tripp & Halksworth-Smith, 2017).

Procédures douloureuses

Enfin, très peu d'études ont été menées afin d'identifier, du point de vu des patients, les procédures douloureuses. En effet, les travaux existants se basent sur des gestes connus comme étant douloureux mais ne font pas état de gestes ou encore de soins n'étant pas considérés comme douloureux par le personnel soignant comme par exemple les mobilisations, les toilettes, etc. (Coutaux & al., 2008 ; Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016).

Question de recherche

Au vu des différents éléments développés ci-dessus, il a été décidé que la question de recherche de ce travail serait la suivante :

**Quels sont les obstacles à la prise en charge optimale de la douleur
induite par les soins chez les personnes âgées hospitalisées en milieu
de soins aigus ?**

Cadre théorique

Au vu de la problématique exposée précédemment, il nous a paru intéressant d'inscrire ce travail dans la théorie du *Human caring* de Jean Watson. Il s'agit de donner ainsi un cadre de référence à l'analyse des résultats et la possibilité de démontrer leur pertinence dans une perspective infirmière.

Dans un premier temps, un bref survol des éléments fondateurs de la discipline infirmière en tant que science productrice de savoirs sera présenté, dans le but de mettre en perspective dans un deuxième temps la théorie du *Human caring* de Jean Watson au sein des sciences infirmières.

Enfin, les concepts en lien avec la théorie du caring seront explicités et mis en lien avec les métaparadigmes infirmiers.

Science infirmière

Diverses circonstances ont mené à l'avènement de la discipline infirmière en tant que science des soins infirmiers (Debout, 2008). Sous l'influence des écrits de Thomas Kuhn et de son approche revisitée de la science, et poussée par les écrits fondateurs de certains auteurs comme Carper ou Donaldson et Crowley (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 4), ou encore Fawcett (Alligood, 2014), tous en 1978, la discipline infirmière va se structurer et nourrir ainsi sa « quête constante [de] critères de scientificité » (Debout, 2008).

Métaparadigme infirmier

“Un métaparadigme a pour fonction de résumer les missions sociales et intellectuelles d'une discipline et d'en délimiter les sujets d'intérêt auprès de ses membres” [traduction libre] (Kim (1989; 2010), cité dans Fawcett & Desanto-Madeya, 2012, p. 4). Il englobe les concepts généraux qui identifient les centres d'intérêts d'une discipline, les modèles, les théories, ... qui décrivent et expliquent ces concepts

et formulent les relations existantes entre ces derniers [traduction libre] (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012, p. 4)

En recherchant dans des écrits antérieurs ce qui pouvait caractériser la substance de la discipline, Jacqueline Fawcett a ainsi pu dégager quatre concepts centraux qu'elle va ensuite inscrire dans ce qui constitue aujourd'hui le métaparadigme infirmier : la personne (individu, famille, groupe), le soin (*to nurse, nursing*), l'environnement et la santé (Debout, 2008; Fawcett & Desanto-Madeya, 2012, p. 5; Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 5).

La personne – être humain

Il concerne l'individu, mais aussi les familles, communautés et tout autre groupe ou ensemble prenant part aux soins infirmiers.

La santé

Selon Fawcett et Desanto-Madeya (2012), la santé se conçoit comme "le processus humain de la vie et de la mort" [traduction libre] (p.6). L'OMS quant à elle définit la santé comme "état de complet bien-être physique, mental et social, [ne consistant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (OMS, 1946, p. 100).

L'environnement

L'environnement en tant que concept central du métaparadigme infirmier inclut autant les proches d'une personne que son environnement physique. Il concerne également les lieux de soins, qu'il s'agisse d'infrastructures telles que les hôpitaux, le domicile ou encore la société dans son ensemble (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012, p. 6). Enfin il comprend "tous les déterminants culturels, sociaux, politiques et

économiques au niveau local, régional, national et international en lien avec la santé de l'être humain" [traduction libre] (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012, p. 6)

Le soin

Il concerne non seulement la définition même des soins infirmiers, mais également les actions infirmières entreprises avec ou pour les personnes ainsi que les buts et conséquences de ces actions (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012, p. 6)

Paradigmes infirmiers

En 1970, les travaux de Kuhn, philosophe de sciences et physicien, mettent en avant la notion de "paradigme". Il les définit comme des "grands courants de pensée, ou façon de voir et de comprendre le monde" (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 27). Un changement de paradigme permet ainsi de faire progresser une discipline scientifique en cela qu'il influe sur la manière de considérer tant la pratique, la recherche, la formation et la gestion que la politique qui y sont liées : il s'agit de pouvoir appréhender une nouvelle réalité, pour laquelle une certaine compréhension du monde alors en vigueur n'est plus adéquate (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 27). A noter qu'un nouveau paradigme ne signifie pas forcément la disparition du précédent : plusieurs paradigmes peuvent ainsi cohabiter.

Les travaux de Newman, Sime et Cocoran-Perry (1991) (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 28) ont fait émerger trois paradigmes qui ont marqué l'évolution, le développement et l'utilisation des savoirs en sciences infirmières : le paradigme de la catégorisation, le paradigme de l'intégration et le paradigme de la transformation (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 29-30) :

- paradigme de la catégorisation : ensemble de phénomènes divisibles en catégories, classes ou groupes définis et considérés comme étant des éléments isolables ou des manifestations simplifiables. Dans la santé, cela se traduit par

exemple par la recherche d'un facteur causal responsable de la maladie (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 29)

- paradigme de l'intégration : reconnaissance des multiples éléments et manifestations d'un phénomène ainsi que du contexte spécifique dans lequel ce dernier se produit. Cela a mené dans le monde infirmier à la définition de savoirs propres à la discipline et à la reconnaissance de la personne en tant qu' "être biopsychosocial, culturel et spirituel en interaction avec son environnement" (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 29-30).

- paradigme de la transformation : reconnaissance de l'unicité de chaque phénomène. Chaque phénomène possède une structure et des manifestations (*pattern*) unique, et en tant qu'unité globale, interagit de manière "réciproque et simultanée avec une unité globale plus large, [...] avec le monde qui l'entoure. Le tout doit être appréhendé pour pouvoir comprendre un phénomène" (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 30).

A ces paradigmes se rattachent des écoles de pensées, qui témoignent des différentes perspectives existantes concernant la discipline infirmière.

Les écoles de pensées

Selon Meleis (2007), "toutes les conceptions [écoles de pensées] reflètent des réalités et des idéaux à un moment précis du développement de la discipline infirmière" (Pepin, Kérouac & Ducharme 2010, p. 50).

Le fait est que des théoriciennes se sont attachées à décrire de manière structurée les conceptions sur lesquelles, selon elles, repose leur expérience de soignante en termes de pratique, de recherche, de gestion et de formation (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 49).

Pepin, Kérouac et Ducharme (2010) identifient ainsi six écoles de pensées, qui permettent d'organiser les différentes conceptions de la discipline infirmière selon leurs concepts clés et leurs bases philosophiques et scientifiques : l' cole des besoins, de l'interaction, des effets souhait es, de l'apprentissage de la santé, des *patterns* et du *caring* (p. 50). Il est à noter que d'autres classifications des écoles de pensées existent (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 50), et qu'une  cole de pensées peut regrouper à la fois des philosophies, des modèles ou des théories (Raile Aligood, 2014, p. 41)

La théorie retenue comme cadre d'analyse pour ce travail est celle du *Human Caring* de Jean Watson, qui se situe dans l' cole du *caring*. Le *caring* doit se comprendre à la fois comme "une manière fondamentale d'être dans le monde et un idéal moral " (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 69). En termes de soins, ce concept implique "des aspects affectifs ou humanistes relatifs à l'attitude et à l'engagement, de même que des aspects instrumentaux ou techniques, [...] qu'il est important de ne pas [...] séparer" (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 69). De plus, la personne est consid r e dans sa globalité, avec ses propres valeurs, croyances, son mode de vie et sa culture (Leininger, 1988a; 2007; Watson 1979; 2008, cité dans Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 70). Ces différents éléments expliquent notamment le rattachement de l' cole du *caring* au paradigme de la transformation.

Le terme "*caring*" est difficilement traduisible en français : "prendre soin" en est la traduction la plus utilis e en français, bien qu'elle n'implique pas explicitement la notion de sollicitude comprise dans le terme anglais *caring* (Vigil-Ripoche, 2012).

Le *Human caring* de Jean Watson

Jean Watson, à l'origine de la théorie du *Human caring*. N e en 1940, elle obtient son diplôme d'infirmière en 1961. Suivront une licence, un master en soins infirmiers

psychiatriques et un doctorat en psychologie de l'éducation/*counselling* (Neves, Malaquin-Pavan & Debout, 2008). Elle est actuellement (entre autres) professeure et doyenne émérite de la Faculté de soins infirmiers de l'Université du Colorado à Denver, campus *Anschutz Medical Center*, où elle fut la titulaire pendant seize ans de la première chaire en sciences du *caring* des Etats-Unis (Watson Caring Science Institute Dr Jean Watson, 2018).

Eléments centraux

Watson définit la discipline infirmière à la fois comme une science humaine et un art. Le *caring* est considéré comme un idéal moral, dont les aspects curatifs du rôle de l'infirmière ne sont qu'un élément (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 70). Le *caring* constitue en revanche "l'essence du soin infirmier" (Watson (1979; 1988; 2006) cité dans St-Germain, Blais & Cara, 2008, p. 59). En effet, selon Watson, "le but des soins infirmiers est d'aider la personne à atteindre un plus haut niveau d'harmonie entre son âme, son corps et son esprit" (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 71). Il s'agit donc de considérer le *caring* comme "un idéal moral qui établit une relation de personne à personne entre le soignant et la personne soignée" (St-Germain, Blais & Cara, 2008).

Les éléments centraux de sa théorie sont : le moment de *caring*, le *caring* en tant que soin transpersonnel ainsi que les processus de *caritas* [traduction libre] (Caruso, Cisar & Pipe, 2008, p. 127).

Sa théorie repose premièrement sur l'existence de ce qu'elle nomme un moment, une occasion de *caring* : une opportunité de *caring* se présente lorsque l'histoire de vie et le champ phénoménal uniques de l'infirmière et de la personne soignée se rencontrent (Cara & O'Reilly, 2008, p. 38). Le champ phénoménal représente ici le "cadre de référence ou [...] la totalité des expériences de la personne". En effet,

Watson définit la personne comme étant une “entité vivante”, qui au-delà d’un être purement physique et spirituel, évolue de manière unique et subjective dans son environnement et possèdent donc une façon propre “d’être dans le monde” (Neves, Malaquin-Pavan & Debout, 2008, p. 42). De plus, Watson accorde une importance particulière à l’harmonie du corps, de l’esprit et de l’âme, dans leur unicité (Raile Aligood, 2014, p. 41).

En effet, le deuxième élément central de sa théorie, la relation transpersonnelle de *caring* suppose que l’infirmière aille au-delà de l’évaluation objective, et montre un intérêt pour la compréhension subjective et profonde de la signification donnée par le patient à de son état de santé (Cara & O’Reilly, 2008, p. 39). Ainsi, la relation de *caring* transpersonnelle “vise la protection, l’amélioration et la préservation de la dignité humaine, l’intégralité et l’harmonie de la personne soignée” (Watson (1999; 2005), cité dans Cara & O’Reilly, 2008, p. 39). Elle est ancrée sur les valeurs humanistes et altruistes du soignant (St-Germain, Blais & Cara, 2008). Elle exige de plus un effort d’authenticité de la part de l’infirmière, car c’est au travers de sa propre histoire et des ses propres expériences qu’elle va pouvoir construire une relation transpersonnelle avec son patient (Caruso, Cisar & Pipe, 2008).

Enfin, afin de guider la mise en oeuvre de ses conceptions dans la pratique, Watson a développé dix facteurs caratifs, “destinés à compléter tout en contrastant fortement les “facteurs curatifs” de la médecine conventionnelle” [traduction libre] (Watson & Woodward, 2015). Ils évoluent dans ses derniers écrits en processus de *caritas* cliniques (voir Appendice D).

Approfondissement de trois processus de *caritas*

Dans le cadre de ce travail, les processus de *caritas* 4, 7 et 8 ont été retenus afin de pouvoir mettre en lien de manière pertinente les résultats et la question de recherche.

4) Développer des relations d'aide, de confiance et de *caring*. Afin de développer une relation d'aide, de confiance et de *caring*, il est nécessaire de faire preuve d'authenticité et de franchise [traduction libre] (Sitzman & Watson, 2018, p. 75). En effet, une présence authentique et une vraie attention à soi-même et à l'autre permet de faciliter la confiance et permet à la relation d'aide et de soins de s'établir [traduction libre] (Sitzman & Watson, 2018, p. 75). Une telle relation implique de la part de l'infirmière un savoir, un savoir-être et un savoir-faire afin de pouvoir rencontrer le patient dans son propre espace, et de promouvoir l'émancipation du potentiel du patient et de sa famille (Raile Aligood, 2014, p. 41; St-Germain, Blais & Cara, 2008, p. 59).

7) Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne. "Enseigner, c'est beaucoup plus que de présenter un contenu pertinent et d'exhorter celui ou celle qui apprend à appliquer avec sagesse ce qu'il ou elle a appris à n'importe quelle situation dans laquelle il ou elle se trouve" [traduction libre] (Sitzman & Watson, 2018, p. 107).

Il s'agit de tenir compte de la signification intellectuelle, symbolique et culturelle en lien avec ce qui est enseigné, et de transformer ainsi ce moment en véritable moment transpersonnel, en permettant aux deux parties, enseignant et apprenant, d'être affectées par cette expérience (Watson, (2008), cité dans Sitzman & Watson, 2018, p. 107).

8) Créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine. Il est important, dans une perspective de guérison, de considérer à la fois l'environnement externe et interne, personnel et collectif (Sitzman & Watson, 2018, p. 117). En effet, l'environnement ne s'arrête pas à des notions de stress, confort, intimité, sécurité et propreté des espaces, mais inclut aussi les réalités socio-culturelles et spirituelles de la personne soignée (Rafael, 2000). De plus, l'infirmière n'est pas seulement la créatrice de cet environnement, mais elle en est un élément intégral (Rafael, 2000). Ainsi, dans un environnement de soin et de *caring* digne, chaque mot, chaque pensée, chaque action et toute interaction interpersonnelle doivent être considérés comme interconnectés et essentiels (Sitzman & Watson, 2018, p. 117).

Liens avec les métaparadigmes

Au travers des différents éléments centraux de la théorie du *Human caring* de Watson, ce sont l'ensemble des métaparadigmes infirmiers qui sont abordés :

HUMAN CARING ET MÉTAPARADIGMES INFIRMIERS

Personne	Environnement	Santé	Soin
« être dans le monde » en continuité dans le temps et l'espace corps, âme et esprit dont l'expérience constitue un champ phénoménal unique	Réalité interne (biophysique, mentale et spirituelle) de la personne et réalité externe (environnement immédiat) de la personne	perception d'être uni avec ce qui est - unicité et harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit	art et sciences humaine du caring idéal moral : relation transpersonnelle 10 processus de caritas pour guider

(d'après Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 81; Neves, Malaquin-Pavan & Debout, 2008)

Méthodologie

Ce chapitre détaille la méthode ayant mené à la sélection des articles scientifiques utilisés pour l'élaboration de ce travail permettant de répondre à la question de recherche.

Devis

Ce travail vise à élaborer une revue de littérature, selon les exigences requises. Le but de ce Bachelor Thesis est de présenter les barrières à la prise en charge optimale de la douleur induite par les soins chez la personne âgée en milieu de soins aigus en passant par l'analyse de cinq études quantitatives, une étude qualitative et une étude mixte.

Critères d'inclusion

Afin de préciser la recherche, les critères d'inclusion et d'exclusion suivant ont été appliqués à la recherche d'articles :

Critères d'inclusion

- études publiées en français et en anglais
- études publiées entre 2003 et 2018
- études traitant de la douleur induite ou de la douleur aiguë
- études traitant de la personne âgée ou de l'adulte
- études se déroulant en milieu de soins aigus
- études traitant des barrières à la gestion optimale de la douleur

Critères d'exclusion

- études publiées dans une autre langue que le français ou l'anglais
- études datant de plus de 15 ans
- études traitant de la douleur chronique
- études concernant les enfants
- études se déroulant hors du milieu de soins aigus

Forces - limites

Une des limites rencontrées dans la réalisation de cette revue a été la difficulté à trouver des articles ciblés uniquement sur la douleur induite par les soins datant de moins de dix ans. En effet, la douleur induite est un sujet qui commence à être reconnu dans les soins et qui émerge peu à peu dans la littérature. Elle est très étudiée en pédiatrie, oncologie, soins intensifs ainsi que pour certains actes médicaux particuliers, mais de manière plus restreinte chez les adultes en général, et encore moins chez les personnes âgées.

Cependant, les causes et conséquences de la douleur aiguë et de la douleur induite présentent de nombreuses similitudes, raison pour laquelle des études concernant la douleur aiguë en milieu hospitalier ont été incluses dans la sélection d'articles. De la même manière, pour ce qui est de l'évaluation de la douleur induite chez les personnes âgées, les recherches sont centrées sur les difficultés d'évaluation de la douleur en général, et non forcément de celle induite par les soins, mais en raison des liens qui existent entre douleur générale en milieu hospitalier et douleur induite par les soins, des études sur la douleur des personnes âgées hospitalisées figurent dans la sélection finale.

Au vu de ces différents constats, les articles retenus apportent, chacun selon leur domaine d'expertise, un éclairage singulier et complémentaire et qui contribue à répondre à la question de recherche.

Recherche et sélection d'articles

La recherche d'articles scientifiques a été effectuée entre novembre 2017 et mai 2018 sur deux bases de données, à savoir PubMed et CINAHL. Afin de trouver des articles ayant des chances de répondre à la question de recherche, plusieurs termes de recherche ont été choisis, traduits librement en anglais, puis introduits

dans HeTOP et CINAHL Headings afin de les rendre compatibles avec les algorithmes de recherche. Il a parfois été nécessaire d'utiliser des simples mots-clés dans nos équations de recherches (voir Appendice E).

Équations de recherches

Le processus de sélection final des articles s'est déroulé en plusieurs étapes. Un premier tri a été effectué d'après les titres des articles. La lecture des résumés a ensuite permis d'affiner le choix. Enfin, grâce à une lecture rapide des articles ainsi retenus, une sélection finale a pu être effectuée. Ces deux dernières étapes ont notamment permis d'éliminer les articles dont les devis ne correspondaient pas aux exigences de ce travail (revue de littérature par exemple) ou dont les sujets s'écartaient trop de la question de recherche (voir Appendice F).

Un diagramme de flux résumant le processus de sélection des articles a également été réalisé (voir Appendice G).

Résultats

Présentation des articles

Les grilles d'analyse et de lecture critique des articles sont à consulter à l'Appendice H.

“Pain Intensity in Hospitalized Adults. A Multilevel Analysis of Barriers and Facilitators of Pain Management” (Van Hecke & al., 2016)

Le but de l'étude quantitative de Van Hecke et al. (2016), “Pain Intensity in Hospitalized Adults. A Multilevel Analysis of Barriers and Facilitators of Pain Management”, est d'évaluer l'intensité de la douleur chez les patients adultes hospitalisés et de déterminer les barrières et les facilitateurs à sa gestion liés aux patients, aux infirmières et au système. Les liens entre ces différentes composantes ont également été analysés. Au total, 351 patients âgés en moyenne de 61,7 ans hospitalisés dans 35 unités différentes (16 services de chirurgie, 14 services de médecine interne, 4 services de gériatrie et 1 service de réadaptation) de deux hôpitaux de Belgique et 304 infirmières travaillant dans ces 35 unités ont participé à cette étude. Afin de recueillir des données, quatre outils différents ont été utilisés : l'échelle numérique de la douleur (NRS), *The Barriers to Pain Assessment and Management Scale* après y avoir apporté quelques modifications, le *Single Item Literacy Screener* et l'outil *Eight-item social capital scale*. En plus d'identifier les barrières à la gestion de la douleur chez les personnes âgées, les auteurs mettent en évidence une association significative entre l'intensité haute de la douleur et plusieurs variables, à savoir les patients plus jeunes, la prise d'antalgiques, la conviction que ceux-ci n'améliorent pas la douleur, des compétences insuffisantes en matière de santé chez les patients, les infirmières sans formation supérieure ainsi que les inquiétudes des infirmières en rapport avec les effets secondaires.

Le fait que l'étude soit transversale pose problème dans l'analyse de certaines variables et appelle à de la prudence notamment dans l'interprétation de certains résultats. De plus, le taux de participation des infirmières (39,0%) et des patients (63,1%) était limité. Enfin, l'évaluation des compétences en matière de santé est basée sur une échelle ne testant qu'une seule des composantes de cet item.

Cette étude a cependant été sélectionnée car elle permet d'aborder non seulement les barrières liées à tous les acteurs de la situation, mais elle analyse également les liens existants entre les différents éléments, ce qui permet d'apprécier l'influence réciproque que certaines variables peuvent avoir les unes sur les autres.

“Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people : A qualitative observation and interview study” (Manias, 2012)

Dans l'étude qualitative *“Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people : A qualitative observation and interview study”* (Manias, 2012), l'auteur se propose d'examiner la manière dont la douleur est évaluée et gérée chez les patients âgés admis en unité d'évaluation gériatrique (*geriatric evaluation and management unit*). En effet, si la douleur est connue pour être une problématique commune pour les patients âgés hospitalisés, il n'y a que peu de connaissances sur la façon dont la complexité de la pratique concrète affecte l'évaluation et la gestion de la douleur chez ces patients.

Une étude observationnelle en milieu naturel, suivie d'interviews, menée dans deux unités situées chacune dans un hôpital universitaire public durant des périodes déterminées ($n=75$) de la journée a permis d'observer les interactions entre infirmières ($n=34$) et patients ($n=285$).

Il en est ressorti quatre thèmes majeurs permettant d'illustrer la réalité et les difficultés de la gestion et de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées

hospitalisées : la communication parmi les infirmières et entre les infirmières et les patients, les stratégies de gestion de la douleur, les aspects environnementaux et organisationnels des soins et la complexité de la nature de la douleur. Si le fait d'être observé peut mener un professionnel à modifier sa pratique habituelle et donc influencer les données récoltées, cette limite potentielle est tempérée par une mise en rapport avec des études antérieures sur cette problématique.

Cette étude a été retenue car elle permet de cibler les difficultés liées à l'évaluation et la gestion de la douleur des personnes âgées hospitalisées. De plus, le devis qualitatif de l'étude a permis de recueillir des données riches à ce sujet.

“Nurses’ knowledge of pain and its management in older people“ (Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016)

Le but de l'étude quantitative de Furjanic, Cooney et McCarthy (2016), *“Nurses’s knowledge of pain and its management in older people”*, est d'identifier les connaissances des infirmières au sujet de la gestion de la douleur chez les personnes âgées hospitalisées en milieu de soins aigus. L'étude s'est déroulée dans deux hôpitaux situés dans l'ouest de l'Irlande. Sur 415 infirmières ayant reçu le questionnaire, 94 d'entre-elles satisfaisant aux critères d'inclusion ont répondu au *Pain Elderly Questionnaire*. Celles-ci étaient réparties dans des services de médecine et de chirurgie adultes et seul un petit nombre d'entre elles travaillaient dans des services de gériatrie. Le fait que l'enquête se soit déroulée dans deux hôpitaux uniquement ainsi que le faible taux de réponses (23%) et donc la taille limitée de l'échantillon par rapport à la population peuvent être considérés comme des limites à cette étude.

Cette étude a néanmoins été sélectionnée car elle permet un état des lieux des connaissances des infirmières au niveau de l'évaluation et de la gestion de la douleur

chez les patients âgés hospitalisés. De plus, les résultats présentent des similitudes avec ceux d'autres articles de cette revue. Les auteurs ont ainsi démontré que les participants avaient des lacunes en termes de gestion de la douleur chez les personnes âgées hospitalisées avec un score moyen ne dépassant pas la barre de 65%. Les questions ayant obtenu le plus faible pourcentage de réponses correctes concernaient la pharmacologie, notamment l'utilisation d'opioïdes.

“Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study“ (Coutaux & al., 2008)

L'étude quantitative de Coutaux et al. (2008), *“Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study”*, a pour but d'identifier les procédures ou les situations susceptibles d'induire ou d'augmenter la douleur chez les patients hospitalisés mais aussi de déterminer quelles sont les procédures les plus douloureuses et quelles sont les procédures douloureuses les plus fréquentes. Cette étude s'est déroulée dans les hôpitaux Henri Mondor et Pitié-Salpêtrière à Paris. Au total, 684 patients avec un âge médian de 58 ans ont participé à cette étude. L'unique limite de cette dernière est sa conception rétrospective sur une période de quinze jours pouvant provoquer un biais de mémorisation. Les auteurs ont relevé une fréquence et une diversité de procédures douloureuses inattendues mais aussi un grand nombre de procédures qui, alors qu'elles sont considérées comme anodines, s'avèrent actuellement être douloureuses. Ils ont également souligné que, sur 648 procédures rapportées, 57% engendraient des douleurs sévères à extrêmement sévères. Cette étude a été sélectionnée au vu de la grande taille de son échantillon, de l'âge médian des participants de 58 ans, qui se rapproche d'une population âgée, mais aussi parce qu'elle est traitée de la douleur induite par les soins chez une large population de patients hospitalisés.

“Care-related pain in hospitalized patients : Severity and patient perception of management“ (Ambrogi & al., 2014)

L'étude nommée *“Care-related pain in hospitalized patients : Severity and patient perception of management”* réalisée par Ambrogi et al. (2014) a pour but d'évaluer la prévalence et les caractéristiques de la douleur induite par les soins ainsi que la gestion de cette dernière puis, par la suite, de déterminer les facteurs en lien avec sa sévérité. Elle s'est déroulée dans un hôpital universitaire parisien. Au total, 938 patients hospitalisés dans un service de médecine, de chirurgie ou dans une unité de soins intensifs ont participé à l'enquête. 540 d'entre eux (58%) ont rapporté avoir souffert de douleur induite par les soins durant les 15 jours précédant la récolte de données. L'une des limites à cette étude est la même que celle rapporté dans l'étude réalisée par Coutaux et al. (2006), à savoir qu'elle est basée sur une enquête rétrospective à deux semaines ce qui peut impliquer un biais de rappel. De plus, le fait qu'aucune donnée sur le type de traitements préventifs proposés puis délivrés ainsi que sur leur efficacité n'ait été récoltée représente une autre limite à cette étude. Cependant, les auteurs ont réussi à identifier les procédures douloureuses les plus fréquemment rapportées et celles engendrant une douleur intense. De plus, ils ont démontré qu'un traitement préventif n'a été proposé et administré que dans moins d'un quart des procédures. Ils ont également présenté les facteurs liés à la sévérité de la douleur induite par les soins. Cette étude a été retenue au vu de la grande taille de son échantillon. De plus, elle concerne une population générale de patients hospitalisés dont l'âge médian de ceux ayant souffert de douleur induite est de 54,2 (SD 18,2) ans, incluant donc également une population de personnes âgées.

“Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units” (Coker & al., 2010)

Dans leur étude ayant pour contexte une initiative d'élaboration de recommandations visant à faciliter une mise en œuvre réussie des nouvelles attentes en matière de gestion de la douleur, Coker et al. ont deux buts : premièrement déterminer dans quelle mesure les infirmières en soins aigus prenant en charge des personnes âgées souffrant de douleurs persistantes croient avoir adopté des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur. Deuxièmement, il s'agit de déterminer les obstacles perçus par les infirmières à l'évaluation et à la prise en charge optimale de la douleur chez les personnes âgées hospitalisées en milieu de soins aigus.

Pour ce faire, une étude à devis séquentiel exploratoire mixte a été entreprise. L'étude s'est déroulée dans six unités de soins aigus ayant déjà participé à une étude antérieure des auteurs. La partie qualitative ayant abouti à l'élaboration d'un outil d'évaluation des obstacles perçus par les infirmières dans l'évaluation et la gestion de la douleur a été menée auprès de 36 infirmières. Cet outil a ensuite été intégré à une étude transversale descriptive qui visait à établir à quel point les infirmières pensaient que chaque barrière contribuait à une évaluation inadéquate de la douleur. L'échantillon de cette deuxième partie de l'étude est constituée de 115 infirmières (population, $n=192$) travaillant sur les mêmes six unités concernées par la première partie de l'étude.

Au terme de l'étude, les résultats suivants ont pu être dégagés : la perception qu'ont les infirmières des obstacles à la prise en charge optimale de la douleur chez les adultes âgés en soins aigus et la mesure dans laquelle elles ont adopté quatre pratiques issues des guidelines sont souvent en inadéquation avec la pratique.

Utiliser des outils d'évaluation de la douleur chez les patients atteints de déficience cognitive, stimuler les auto-évaluations de la douleur, offrir une antalgie selon les besoins, réactualiser les outils et les protocoles, rendre les alternatives non-pharmacologiques accessibles et aider les patients et les familles dans la gestion des effets secondaires permettraient de cibler les douzes obstacles à la gestion et l'évaluation de la douleur les plus importants.

Il est précisé dans l'étude que l'outil créé dans la première partie n'a pas été soumis à des tests de validité et de fiabilité, et que cela peut être considéré comme une limite. Il a néanmoins été décidé de conserver cette étude pour l'analyse, car elle est citée dans d'autres études ultérieures concernant les barrières à l'évaluation et la gestion de la douleur chez les personnes âgées hospitalisées. De plus une partie des résultats sont consistants avec la littérature scientifique concernant la complexité de la douleur chez les personnes âgées.

“Hospitalized patients’ vs. nurses’ assessments of pain intensity and barriers to pain management” (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018)

Cette étude vise à identifier au sein d'une population d'adultes hospitalisés si les patients et les infirmières évaluent de manière équivalente l'intensité de la douleur d'une part, et les barrières à l'évaluation de la douleur liées aux patients d'autre part.

L'intensité de la douleur a été évaluée au moyen d'une échelle numérique de la douleur, et les barrières à l'évaluation de la douleur au moyen de l'adaptation (traduction) d'un outil développé dans une étude antérieure. L'adaptation de l'outil a été soumise à des tests afin d'en valider la cohérence interne, résultant en un alpha de Cronbach à 0,68, considéré comme acceptable.

Cette étude est une étude quantitative transversale qui s'est déroulée entre octobre 2012 et avril 2013 au sein de 35 unités différentes (16 services de chirurgie,

14 services de médecine interne, 4 services de gériatrie et 1 service de réadaptation) de deux hôpitaux de Belgique. Un total de 351 patients ont accepté de participer à l'étude, et parmi les infirmières concernées par ces patients, 247 ont accepté de répondre. En ce qui concerne l'évaluation des barrières, un total de 176 résultats (patients-infirmières) ont pu être traités. A noter que la récolte de données à l'origine de cette étude est la même que pour l'étude "*Pain Intensity in Hospitalized Adults. A Multilevel Analysis of Barriers and Facilitators of Pain Management*" (Van Hecke & al., 2016).

Les résultats ont montré un accord modéré entre patients et infirmières en ce qui concerne l'évaluation de la douleur. De plus, une association significative existe entre l'intensité de la douleur évaluée par les patients et la sur-évaluation, sous-évaluation, ou évaluation adéquate de la douleur par les infirmières. Enfin, les infirmières ont systématiquement sous-évalué les croyances des patients en termes de gestion de la douleur.

Malgré le fait que cette étude se base sur la même récolte de données qu'une autre des études retenues, elle a été incluse dans le corpus d'analyse de ce travail car les variables ont été traitées différemment. De plus, même si la population concernée comprend des patients hospitalisés en général, l'âge médian des patients est de 63 ans (EI 28), ce qui permet une mise en relation pertinente avec d'autres résultats concernant la douleur des personnes âgées hospitalisées. Il est à noter cependant que les patients souffrant de troubles cognitifs ou sensoriels ont été exclu de cette étude, ce qui pourrait selon les auteurs rendre les résultats d'évaluation de l'intensité de la douleur un peu trop optimistes.

Présentation des résultats

Douleur induite - Douleur des patients hospitalisés

Prévalence

Dans l'étude réalisée par Van Hecke et al. (2016) à laquelle ont participé 351 patients hospitalisés dans 35 unités différentes, les auteurs démontrent que la prévalence de la douleur (en général) atteignait 64,4%. De plus, Coutaux et al. (2008), rapportent dans leur étude que sur 684 patients hospitalisés ayant participé à l'enquête, 378 (55%) ont souffert de douleur induite par les soins. Enfin, les données récoltées dans l'étude d'Ambrogi et al. (2014) montrent que 58% des patients participant à l'étude (n=938) ont rapporté avoir souffert de douleur induite par les soins dans les quinze jours précédents.

Procédures douloureuses

Dans l'étude de Coutaux et al. (2008), un total de 671 événements douloureux ont été rapportés dont 52% ont été réalisés par du personnel non-médical. Ces événements ont été engendrés par 81 procédures différentes. Celles-ci ont été catégorisées par les auteurs en huit sous-groupes, à savoir :

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| - ponctions vasculaires | - mobilisations |
| - ponctions non-vasculaires | - imageries |
| - procédures invasives autres | - autres examens diagnostiques |
| - traitements | - examens physiques |

Parmi ces procédures douloureuses, les plus fréquemment rapportées étaient les ponctions vasculaires (38%) avec une douleur faible à modérée dans 58% des cas

et les mobilisations (24%) avec cette fois-ci une douleur sévère à extrêmement sévère dans 67% des cas. En comparaison, dans l'étude d'Ambrogi et al. (2014) à laquelle ont participé 938 patients, sur un total de 907 procédures douloureuses, les deux procédures les plus fréquentes étaient également les ponctions vasculaires (37,8%) et les mobilisations (17,8%). Dans cette même étude, 36,4% des procédures ($n=330$) engendraient des douleurs sévères. Les procédures considérées comme étant les plus douloureuses étaient les ponctions invasives non-vasculaires, les cathétérismes, les mobilisations et les examens radiologiques ($p<0,0001$). Dans l'étude de Coutaux et al. (2008), les données révèlent que 371 des procédures réalisées (57%) engendrent des douleurs sévères à extrêmement sévères et que 28% d'entre elles sont des ponctions vasculaires et 27% des mobilisations.

Facteurs de risque

Les résultats de l'étude d'Ambrogi et al. (2014) montrent que les patients souffrant de douleur induite étaient plus susceptibles d'avoir eu une expérience douloureuse dans les 24h précédentes ($p<0,0001$), étaient hospitalisés pour au moins une semaine ($p=0,007$) et avaient au moins un niveau d'éducation bachelor ($p=0,02$).

Intensité de la douleur

Dans l'étude d'Ambrogi et al. (2014), les auteurs ont réussi à identifier les facteurs liés à la sévérité de la douleur induite. Ainsi, en analyse univariée, les variables associées à la sévérité de la douleur induite par les soins étaient le type de procédures ($p<0,0001$), l'unité d'hospitalisation ($p=0,01$), la durée d'hospitalisation ($p=0,003$) et une douleur ressentie durant les 24 dernières heures ($p=0,0001$). En analyse multivariée, les variables associées à la sévérité de la douleur induite par les soins étaient le type de procédures ($p=0,0004$), la durée du séjour ($p=0,003$) et une

douleur due à une chirurgie ressentie durant les 24 dernières heures. Cependant, l'unité d'hospitalisation n'est plus présentée comme une variable associée à la sévérité de la douleur.

Dans leur étude, Coutaux et al. (2008) démontrent que l'intensité de la douleur est plus élevée pour les événements répétés que pour ceux n'ayant été effectués qu'une seule fois. En effet, l'intensité de la douleur pour 62% des événements répétés était considérée comme sévère à extrêmement sévère et l'intensité de la douleur de seul 53% des événements uniques était considérée comme sévère à extrêmement sévère ($p=0,02$). De plus, Van Hecke et al. (2016) ont établi une association significative entre des mauvaises compétences en santé chez les patients hospitalisés et des douleurs plus élevées ($p<0,05$).

Barrières à l'évaluation et à la gestion de la douleur liées aux patients hospitalisés

Communication

Les troubles cognitifs ainsi que les troubles sensoriels liés à l'âge présents chez certaines personnes âgées peuvent entraver la communication entre infirmières et patients et rendre difficile une évaluation et une gestion optimale de la douleur. En effet, sur la base d'une étude qualitative observationnelle réalisée par Manias (2012), la confusion ou l'incapacité de certains patients âgés à exprimer leurs besoins en termes de soulagement de la douleur poussent les infirmières à se fier les unes aux autres pour déterminer les besoins antalgiques de ces patients. Un participant à l'étude menée par Furjanic, Cooney et McCarthy (2016) rapporte également que les personnes âgées manquent parfois de vocabulaire pour décrire de façon appropriée leur douleur. Enfin, l'étude qualitative observationnelle de Manias (2012) relève que, dans les interactions entre les infirmières et les patients âgés, ces derniers utilisent

parfois des descripteurs très variés pour décrire leur expérience, omettant volontairement le terme de douleur.

Dans leur étude à laquelle ont participé 351 patients hospitalisés dans 35 unités différentes, Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018) identifient que 37,9% des patients adultes hospitalisés sont réticents à signaler leur douleur, alors que les infirmières s'occupant de ces patients estiment que ce n'est le cas que de 10,5% d'entre eux.

Échelles de la douleur

La difficulté à compléter les échelles d'évaluation de la douleur est relevée dans trois études (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018 ; Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016 ; Van Hecke & al., 2016). Ainsi Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018) et Van Hecke et al. (2016) indiquent que 40,7% des patients adultes hospitalisés éprouvent des difficultés à compléter une échelle numérique de la douleur. Il est important de noter que ces deux études se basent sur la même récolte de données. Cependant, Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018) ont également évalué la perception des infirmières : elles estiment ainsi que seuls 12,6% des patients éprouvent des difficultés à compléter une échelle numérique.

Chez Furjanic, Cooney et McCarthy (2016), il est rapporté par une infirmière que l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées est parfois difficile car certains peinent à comprendre le concept d'échelle de la douleur (pas d'échelles précises mentionnées).

Médication antalgique

Dans leurs études respectives dont les résultats sont basés sur la même récolte de données, Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018) et Van Hecke et al. (2016) rapportent que 51% des patients adultes hospitalisés signalent une réticence à

prendre des opiacés. De plus, Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018) indiquent qu'en revanche, les infirmières pensent que seul 16,6% de ces mêmes patients éprouvent cette même réticence.

La crainte de développer une addiction aux antalgiques est rapportée par 37% des patients adultes hospitalisés, alors que selon les infirmières, ils ne sont que 5,3% (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018). En dehors des risques d'addiction, 47% des patients adultes hospitalisés évoquent une réticence à prendre des antalgiques par craintes des effets secondaires (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018 ; Van Hecke & al., 2016). Selon Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018), les infirmières estiment que seul 7,7% de ces mêmes patients craignent souffrir d'effets secondaires.

Croyances

L'étude de Van Hecke et al. (2016) démontre que l'une des barrières à la gestion de la douleur des patients adultes hospitalisés la plus souvent signalée par ces derniers est le fait de ne pas vouloir être un fardeau pour les infirmières (47%). De plus, dans la même étude, 43,3% d'entre eux sont convaincus qu'il est déconseillé de prendre des antalgiques.

Dans le cas précis des personnes âgées hospitalisées, Furjanic, Cooney et McCarthy (2016) indiquent qu'une infirmière rapporte que les patients âgés pensent souvent que la douleur fait partie du vieillissement physiologique, et sont donc plus lents à signaler leurs douleurs.

Nature de la douleur chez les personnes âgées

Dans son étude, Manias (2012) observe qu'il est parfois difficile pour les infirmières de prendre en charge de manière adéquate la douleur chez les personnes âgées

hospitalisées en raison de la présence souvent simultanées de douleurs aiguës et chroniques.

Barrières à l'évaluation et à la gestion de la douleur liées aux infirmières

Communication

Dans l'étude d'Ambrogi et al. (2014) traitant de la douleur induite chez les patients hospitalisés, il est rapporté que des informations concernant les procédures douloureuses (n=422) ont été données dans 51,1% uniquement.

Échelles de la douleur

Dans l'étude de Coker et al. (2010), il ressort que 72,1% des infirmières sont persuadées que l'utilisation d'une échelle d'évaluation est le meilleur moyen d'évaluation de la douleur chez la personne âgée. Cependant les données de cette même étude indiquent que seul 39,6% des infirmières utilisent toujours une échelle pour évaluer la douleur de leurs patients. De plus, d'après l'étude de Manias (2012), il a pu être observé que, même lorsque des échelles d'évaluation de la douleur appropriées étaient présentes sur l'unité, celles-ci n'étaient pas forcément utilisées. A noter que, dans l'étude réalisée par Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018), les infirmières utilisaient leur propre expertise afin d'évaluer la douleur dans 28% (n=68) des cas et qu'elles n'évaluaient pas la douleur dans 19,8% (n=48) des cas.

Les résultats de l'étude de Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018) montrent également que le niveau d'accord entre patients et infirmières au sujet de l'intensité de la douleur est plus élevé lorsque les infirmières utilisent une échelle validée de la douleur (ICC 0,44 $p < 0,001$) que lorsqu'elles se fient à leur propre jugement (ICC 0,36, $p = 0,005$) ou n'évaluent pas du tout la douleur (ICC 0,41, $p = 0,005$).

Médication antalgique

L'étude de Furjanic, Cooney et McCarthy (2016), dans laquelle plus d'un tiers des infirmières participantes ($n=35$) n'ont pas obtenu un score supérieur à 57% au questionnaire évaluant leurs connaissances au sujet de la gestion de la douleur chez les personnes âgées, révèle que 72% des infirmières interrogées manquaient ou avaient de fausses connaissances au sujet des effets des opioïdes chez les personnes âgées. A noter que l'étude observationnelle de Manias (2012) révèle que souvent, les infirmières préfèrent attendre de voir si la douleur a été soulagée par une dose fixe de Paracétamol avant de donner une antalgie plus forte. L'une des participantes relève qu'il faut être attentif aux effets secondaires des opioïdes. Cette nécessité d'être conscient des effets secondaires potentiels des opioïdes sur les personnes âgées se retrouve également dans les commentaires faits par les infirmières participant à l'étude de Furjanic, Cooney et McCarthy (2016).

Dans l'étude de Coker et al. (2010), 37% des infirmières interrogées ($n=115$) ont identifié la réticence des médecins à prescrire une antalgie adaptée pour des patients déments ou atteints de delirium par peur de les sur-médiquer comme une barrière interférant fréquemment avec une gestion optimale de la douleur chez les patients âgés hospitalisés. Les données récoltées chez Manias (2012) indiquent également une réticence des gériatres de l'unité (unité d'évaluation gériatrique) à prescrire des opioïdes aux patients âgés par craintes des effets secondaires potentiels tels que la dépression respiratoire, une altération de l'état cognitif ou encore la constipation.

Dans l'étude d'Ambrogi et al. (2014) sur les douleurs induites des patients hospitalisés, les données récoltées montrent qu'un traitement préventif antalgique n'a été proposé que dans 32,5% ($n=137$) des procédures douloureuses. Il ressort également de cette même étude qu'un traitement antalgique efficace n'a été administré que dans 30,3% ($n=128$) des cas. De plus, les données indiquent que le

taux de proposition et d'administration d'un traitement antalgique préventif varie fortement selon le type de soin effectué ($p < 0,0001$ dans les deux cas) : par exemple lors de ponctions vasculaires, un traitement antalgique préventif a été proposé dans 14,6% des cas uniquement, contre 50% pour les ponctions invasives non-vasculaires.

Éducation et expérience

Dans l'étude de Furjanic, Cooney et McCarthy (2016), les infirmières ayant de l'expérience ($n=75$) quant à la gestion de la douleur chez les personnes âgées ont obtenu des scores significativement plus élevés au questionnaire évaluant leurs connaissances au sujet de la gestion de la douleur chez les personnes âgées que celles n'ayant pas une telle expérience ($U=414$, $z=-2.24$, $p=0.025$, $r=0.23$), même si 32% d'entre-elles n'ont pas obtenu un score supérieur à 57%. De plus, chez Van Hecke et al. (2016), une association significative a été établie entre une intensité élevée de la douleur chez les adultes hospitalisés et le fait pour les infirmières de ne pas avoir de formation avancée.

Les résultats de Coker et al. (2010) montrent également une association significative entre les années d'expériences des infirmières et le fait d'être plus susceptible d'identifier la difficulté d'évaluer la douleur chez les patients atteints de troubles cognitifs comme interférant fréquemment ou très fréquemment ($r=-0,196$, $p=0,04$).

Barrières à l'évaluation et à la gestion de la douleur liées au système

Selon l'étude de Van Hecke et al. (2016), l'une des barrières à la gestion de la douleur chez les patients hospitalisés citée par 30,6% des infirmières ($n=93$) était le fait de n'avoir pas assez de temps à disposition afin d'écouter les patients. De plus, dans une étude sur les barrières à la gestion optimale de la douleur chez les personnes âgées perçues par les infirmières (Coker & al., 2010), 48% des infirmières

($n=55$) indiquent n'avoir pas assez de temps à disposition afin de pratiquer des enseignements aux patients. Dans cette même étude (Coker & al., 2010), 55% des infirmières ($n=63$) mentionnent n'avoir pas assez de temps à disposition afin de pratiquer des interventions non-pharmacologiques visant un soulagement de la douleur.

L'administration d'antalgiques à heure fixe a été relevé comme problématique dans l'étude de Manias (2012) se déroulant dans une unité d'évaluation gériatrique. En effet, les personnes âgées ayant fréquemment des traitements médicamenteux importants (dus notamment à la présence simultanée de plusieurs comorbidités), les tournées de médicament prennent du temps, et l'administration d'antalgique s'en trouve retardée.

Un autre motif de retard mis en évidence dans l'étude de Manias (2012) en ce qui concerne l'administration des antalgiques opioïdes spécifiquement est le fait de devoir effectuer un double-contrôle (deux soignants). Cette contrainte est signalée comme particulièrement problématique durant les veilles, où, dans l'unité concernée par l'étude, il n'y a qu'un soignant présent.

Enfin, les résultats de l'étude de Coker et al. (2010) montrent que la désorganisation d'un service (par exemple, avoir à chercher la clé des stupéfiants, à obtenir des co-signatures, à trouver médicaments spécifiques, etc.) est également une barrière interférant fréquemment avec une gestion optimale de la douleur chez les personnes âgées, en particulier chez les infirmières ayant peu d'expérience professionnelle (corrélation significative $r=-0,219$, $p=0,02$).

Discussion

Douleur en milieu hospitalier

Les deux études indiquant la prévalence de la douleur induite par les soins (Ambrogi & al., 2014; Coutaux & al., 2008) montrent des taux proches, respectivement 58% et 55%. De plus, l'étude de Van Hecke et al., (2016) indique une prévalence de la douleur en général en milieu hospitalier de 64,4% . Ces résultats sont consistants avec ceux présentés dans une revue de littérature systématique (Gregory & McGowan, 2016).

Les données issues de la littérature concernant les personnes âgées, montrent que leur douleur est souvent mal gérée (Halaszynski (2013), Herr (2010), cité dans Fitzgerald, Tripp & Halksworth-Smith, 2017), en particulier chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs (Hadjistavropoulos & al., 2007). Les personnes âgées connaissant le plus haut taux d'hospitalisations, d'interventions chirurgicales, de blessures et de maladies sont donc plus susceptibles de souffrir de douleur (Gibson & Lussier, 2012). Elles sont également susceptibles de présenter un plus grand nombre de comorbidités (Rustøen & al. (2005), Gibson & Lussier (2012), cité dans Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016).

Cela tend à confirmer les résultats de l'étude de Manias (2012) qui note qu'il est parfois difficile pour les infirmières de prendre en charge de manière adéquate la douleur chez les personnes âgées hospitalisées en raison de la présence simultanée de douleurs aiguës et chroniques, ces dernières étant généralement dues à la présence d'une comorbidité telles que la maladie de Parkinson, l'arthrite ou l'ostéoporose par exemple. Cependant, l'étude de Van Hecke et al. (2016) n'a pas montré d'association significative entre une intensité de la douleur plus élevée et un âge avancé, alors que les auteurs mentionnent des données contradictoires au sein de la littérature avec certaines études qui évoquent que l'intensité de la douleur augmente avec l'âge et qu'elle est de plus sous-traitée.

Enfin, l'étude d'Ambrogi et al. (2014), démontre qu'un lien significatif a pu être établi entre la douleur induite par les soins chez les patients ayant subi une expérience douloureuse dans les 24 heures précédentes, étant hospitalisés depuis au moins une semaine ou ayant un niveau d'éducation bachelor ou supérieur.

Les différents résultats de cette revue de littérature montrent que les obstacles à une prise en charge optimale de la douleur en milieu de soins aigus, et notamment la douleur induite chez les personnes âgées, sont présents à toutes les étapes du processus : prévention, évaluation et gestion. C'est de cette manière qu'ils vont être discutés dans la suite de ce travail.

Prévention de la douleur induite par les soins

Les deux études centrées sur les douleurs induites par les soins chez des patients adultes hospitalisés (Ambrogi & al., 2014; Coutaux & al., 2008) ont répertorié les procédures douloureuses les plus fréquentes (ponctions vasculaires et mobilisations) ainsi que les plus intensément douloureuses (ponctions invasives non-vasculaires et mobilisations). A ce sujet, il est intéressant de noter que Manias (2012) indique dans son étude observationnelle que les infirmières justifient souvent le recours à des mobilisations régulières pour éviter d'autres problèmes tels que les escarres par exemple, même en sachant que cela peut déclencher ou exacerber des douleurs existantes. Lorsque l'infirmière réalise ces soins, elle se retrouve donc à mettre en balance leur importance pour le bien du patient avec l'expérience douloureuse subjective de ce dernier.

Coutaux et al. (2008) soulignent que de nombreuses procédures considérées comme anodines par les soignants se révèlent en fait être douloureuses pour les patients. Dans cette même étude, c'est donc une fréquence et une diversité de procédures douloureuses inattendues qui sont démontrées. Cela pose problème

sachant que la répétition d'un soin augmente également l'intensité de la douleur (Coutaux & al., 2008). En effet, depuis une dizaine d'années, plusieurs chercheurs ont démontré que des stimuli nociceptifs continus peuvent mener à une chronicisation de la douleur (Acapo, Seyrès & Savignat, 2017; Dunwoody & al., 2008; Voscopoulos & Lema, 2010). Au vu du risque de chronicisation de la douleur aiguë et donc de la douleur induite, il est important que l'infirmière évalue soigneusement la pertinence de réaliser des soins douloureux comme les ponctions vasculaires par exemple (Ambrogi & al., 2014). En effet, il en va de la responsabilité de l'infirmière d'organiser les soins en tenant compte de la douleur que ceux-ci peuvent provoquer : cela signifie de regrouper certaines procédures, ou de les différer si les conditions ne sont pas idéales et peuvent être adaptées (Malaquin-Pavan, 2005, p. 50).

La fréquence, pertinente ou non, des procédures douloureuses n'est pas le seul facteur à considérer en matière de prévention. Dans l'étude réalisée par Ambrogi et al. (2014), les auteurs démontrent qu'un traitement préventif n'a été proposé que dans 32,5% des procédures réalisées. A noter tout de même que le MEOPA n'est pas assez connu ou utilisé pour pallier la douleur induite par les soins bien qu'il soit indiqué et que des protocoles aient été établis pour de nombreuses procédures comme les réfections de pansements par exemple (Annequin & al. (2000); Calleary & al. (2007); Aboumarzouk & al. (2011); Young & al. (2012); Yuxiang & al. (2012), cité dans Ambrogi & al., 2014). De plus, ce traitement est connu comme étant efficace et bien toléré même chez les populations fragiles comme les personnes âgées (Annequin & al. (2000); Nicolas & Lassauzay (2009); Reinoso-Barbero & al. (2011), cité dans Ambrogi & al., 2014). Sachant que l'une des étiologies avérées de la douleur induite par les soins est une "sous-utilisation des thérapeutiques symptomatiques (notamment les couvertures antalgiques, le respect des délais d'actions)" (Malaquin-Pavan, 2005, p. 43), et qu'il en va de la responsabilité de l'infirmière de "connaître la

physiologie de la douleur aiguë et chronique [et] les thérapeutiques s'y rapportant" (Malaquin-Pavan, 2005, p. 38), il serait intéressant d'investiguer quelles sont les raisons qui font que des thérapeutiques antalgiques validées ne sont malgré tout pas utilisées.

Enfin, Van Hecke et al. (2016) ont établi une association significative entre de mauvaises compétences en santé chez les patients hospitalisés et des douleurs plus sévères. Les personnes âgées sont d'autant plus à risque d'avoir de mauvaises compétences en santé en raison de problèmes visuels, de concentration et cognitifs liés à l'âge avancé (Baker, Gazmararian, Sudano & Patterson (2000), cité dans Van Hecke & al., 2016). Selon Watson, l'infirmière se doit de proposer un enseignement qui réponde aux besoins spécifiques de la personne, et qui prenne en compte son style de compréhension. Il serait dès lors intéressant d'évaluer si la mise en place d'interventions ou programmes adaptés, notamment aux personnes âgées, pouvait améliorer les compétences en santé des patients hospitalisés et minimiser ainsi la douleur induite par les soins.

Évaluation de la douleur induite par les soins

Communication

La communication avec les personnes âgées peut poser de nombreux défis, notamment avec les personnes atteintes de troubles sensoriels ou de troubles cognitifs. Les résultats de deux études (Manias, 2012; Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018) font ainsi ressortir la difficulté d'évaluer la douleur chez les patients atteints de troubles cognitifs, et l'une d'entre elles indique que le manque d'expérience joue un rôle dans le degré de difficulté éprouvé par les infirmières (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018). Ces difficultés poussent également les

infirmières à se fier à leur propre jugement plutôt que d'utiliser des échelles appropriées, même lorsque celle-ci sont disponibles dans l'unité (Manias, 2012). Or, une autre étude montre que le niveau d'accord concernant l'évaluation de l'intensité de la douleur est plus faible lorsque les infirmières se fie à leur propre expertise (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018).

Le fait de ne pas utiliser d'outils d'évaluation est d'autant plus surprenant que la littérature montre que des échelles validées et adaptées à l'évaluation de la douleur chez les patients non-communicants existent et ont fait preuve de leur efficacité (Pradines, 2010). Il serait donc intéressant d'investiguer les raisons qui poussent le personnel soignant à ne pas utiliser de tels outils.

Deux études (Manias, 2012; Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016) relèvent dans leurs résultats le fait que les patients âgés utilisent des descripteurs très variés tout en omettant le terme de "douleur", ou manquent de vocabulaire pour décrire précisément leur douleur, ce qui peut rendre parfois peu aisé une évaluation précise de la douleur. Or, selon Watson, c'est à l'infirmière, de par son savoir, son savoir-être et son savoir-faire de rencontrer le patient dans son propre espace. Il lui appartient donc de s'adapter au discours et aux expressions du patient.

Le développement d'une relation de soins transpersonnelle telle que Watson la conçoit pourrait également aider à appréhender une autre problématique relevée dans une étude (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018), à savoir que plus d'un tiers des patients adultes hospitalisés participants sont tout simplement réticents à signaler leur douleur, alors que les infirmières estiment que seul un dixième d'entre eux le sont. Dans l'étude de Van Hecke et al. (2016), les données montrent que près de la moitié des patients indiquent ne pas vouloir être un fardeau pour les infirmières.

Selon Watson, l'infirmière doit pouvoir appréhender la réalité du patient, et la signification profonde que ce dernier donne à son état de santé. Ce n'est que dans ces conditions que peut s'établir une relation de confiance et de *caring* entre le patient et l'infirmière. Or, l'écart important existant entre les dires des patients et les représentations que s'en font les infirmières concernant le signalement de la douleur tend à démontrer qu'il existe un fossé significatif entre la réalité du patient telle qu'il la vit et la manière dont l'infirmière l'appréhende.

Échelles de la douleur

Dans leur étude, Coker et al. (2010) démontrent que la majorité des infirmières sont persuadées que l'utilisation d'une échelle d'évaluation est le meilleur moyen d'évaluer la douleur chez la personne âgée. Pourtant, seul 39,6% d'entre elles en utilisent toujours pour évaluer la douleur de leurs patients. De plus, Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018), montrent que le niveau d'accord entre patients et infirmières au sujet de l'intensité de la douleur est plus élevé lorsque les infirmières utilisent une échelle validée de la douleur que lorsqu'elles se fient à leur propre jugement ou n'évaluent pas la douleur.

Deux études (Dequeker, Van Lancker & Van Hecke, 2018; Van Hecke & al., 2016) démontrent que près de la moitié des patients hospitalisés éprouvent des difficultés à compléter les échelles d'évaluation de la douleur. Il est important de mentionner que, dans leur étude, Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018), les infirmières estiment que seul 12,6% des patients éprouvent des difficultés à compléter une échelle numérique d'évaluation de la douleur.

Comme cité plus haut ("Communication" p.49-50) ce n'est pas tant la disponibilité d'outils validés d'évaluation de la douleur adaptés à toutes situations (y compris pour les patients âgés non-communicants) qui fait défaut, mais plutôt leur utilisation.

La différence importante entre le taux d'infirmières qui pensent que les patients éprouvent de la difficulté à remplir une échelle et ce que les patients indiquent eux-mêmes questionne : il serait intéressant de voir si ces représentations différentes peuvent expliquer le fait de ne pas avoir recours à des échelles spécifiques d'évaluation de la douleurs, pour les personnes âgées en particulier, comme par exemple l'échelle Doloplus - 2 (voir Appendice B).

Lacunes dans les compétences en matière de santé

Furjanic, Cooney et McCarthy (2016) indiquent dans leur étude qu'une infirmière a rapporté que les personnes âgées pensent souvent que la douleur fait parti du vieillissement physiologique et sont donc plus lentes à la signaler. Même s'il s'agit d'un résultat isolé qui demande à être confirmé par des études plus poussées, cette information entre en résonance avec les données de la littérature qui montrent que le mythe de la douleur comme composante normale du vieillissement physiologique est encore très présent, et qu'un certain stoïcisme des personnes âgées face à la douleur peut également pousser ces dernières à ne pas la signaler (Dunwoody & al., 2008; Hadjistavropoulos & al., 2007). Or, les résultats concernant un lien entre l'âge et une modification de la perception de la douleur sont contradictoires et ne peuvent être considérés comme cliniquement significatifs (American Geriatrics Society, 2009).

Dans la perspective d'un enseignement-apprentissage tel que le développe Watson, il s'agirait donc de partir de ces représentations erronées, mais faisant partie de la réalité des patients, de la douleur comme caractéristique normale du vieillissement, afin de les déconstruire et de redonner à l'expérience douloureuse une cohérence susceptible d'aider le patient vers la guérison. Cela suppose un engagement de la part de l'infirmière, qui doit peut-être déconstruire ses propres

représentations, pour ensuite pouvoir adapter son discours et son enseignement au champ phénoménal du patient.

Gestion de la douleur induite par les soins

Communication

Dans l'étude de Coker et al. (2010), l'une des barrières les plus fréquentes à la gestion de la douleur chez les personnes âgées évoquée par près de la moitié des infirmières interrogées était le manque de temps à disposition pour réaliser des enseignements. Les données récoltées dans l'étude de Van Hecke et al. (2016) montrent qu'environ un tiers des infirmières estime ne pas avoir suffisamment de temps pour écouter les patients. Les auteurs de cette dernière étude mentionnent cependant que leurs résultats sont plus bas que ceux retrouvés dans la littérature (valeurs se situant à environ 50%). Une des raisons principales évoquée pour expliquer cet écart est le faible taux de réponses obtenues (39% des infirmières concernées) ce qui pourrait laisser supposer que seules les infirmières se sentant très concernées par la thématique, et dès lors moins susceptible d'identifier des barrières, ont répondu (Van Hecke & al., 2016).

La communication avec les personnes âgées peut représenter à elle-seule un défi (présence de troubles sensoriels et de troubles cognitifs, patients non-communicants, etc.). Associé au manque de temps à disposition cela ne contribue donc pas à créer un environnement de soins idéal, propice à une prise en charge qui met la réalité du patient au centre des préoccupations. Sachant que l'infirmière est un élément intégral de cet environnement (Rafael, 2000), il lui incombe de chercher malgré tout à entrer en relation avec le patient : Watson indique ainsi qu'il est important pour l'infirmière d'être pleinement présente et attentive, focalisée sur l'échange entre elle-même et le patient (Sitzman & Watson, 2018, p. 75-76). Dans ce cadre-là, il revient également à

l'infirmière la responsabilité de chercher à adresser ou contourner les contraintes institutionnelles pouvant gêner l'établissement d'un environnement de soins propice à la guérison (Raile Aligood, 2014, p. 100).

Opioïdes et autres antalgiques

Les résultats issus de plusieurs études montrent que de nombreux obstacles liés aux opiacés existent encore, tant du côté des infirmières que des patients.

Les résultats de Dequeker, Van Lancker et Van Hecke (2018) relèvent que plus de la moitié des patients hospitalisés sont réticents à prendre des opioïdes alors que les infirmières indiquent penser que ce taux est bien inférieur.

Les réticences concernant la prise d'opioïdes sont liées pour plus d'un tiers des patients adultes hospitalisés à leur crainte de développer une addiction. Il y a à nouveau un écart important entre les craintes des patients et les représentations que les infirmières en ont : à peine plus de 5% pensent que cela est un problème.

Cet écart démontre qu'il y a encore un effort à fournir de la part du personnel soignant pour appréhender ce qui constitue vraiment la réalité des patients en matière de médication antalgique et ainsi pouvoir proposer des soins cohérents et pertinents avec leurs situations. Cela pourrait se traduire par des enseignements ciblés sur les besoins spécifiques des patients en ce qui concerne l'utilité, les effets secondaires et les risques associés aux antalgiques, notamment les opioïdes. En effet, en ce qui concerne les personnes âgées, il a été évoqué dans la littérature que la réticence à demander des opioïdes pourrait refléter des inquiétudes aujourd'hui dépassées concernant les risques réels d'addiction à ces substances (Dunwoody & al., 2008).

Ainsi, les craintes des patients liées à un manque de connaissances des opioïdes autant que l'écart existant entre les représentations des patients et des infirmières à ce sujet sont un obstacle à une gestion pharmacologique optimale de la douleur.

En ce qui concerne les infirmières, une étude (Furjanic, Cooney & McCarthy, 2016) relève la nécessité pour ces dernières d'être conscientes des effets secondaires potentiels des opioïdes chez les personnes âgées. Cependant, Il est intéressant de noter que dans cette même étude, les résultats indiquent que plus de deux tiers des infirmières manquent ou ont de fausses connaissances au sujet des effets des opioïdes chez les personnes âgées. De plus, deux études (Manias 2012; Dequeker, Van Lancker & Van Ecke, 2018) identifient la réticence des médecins à prescrire des opioïdes chez les patients âgés hospitalisés par crainte de surmédication.

Or, selon la littérature, les risques d'addiction et d'effets secondaires des opioïdes chez les personnes âgées, sans être inexistant, ne justifient pas les échecs actuellement constatés dans la prise en charge des douleurs sévères chez cette population (Hadjistavropoulos & al., 2007 ; American Geriatrics Society, 2009).

Au-delà des opioïdes, une étude (Van Hecke et al., 2016) relève que près de la moitié des patients interrogés signalent une réticence à prendre des antalgiques en général, par peur des effets secondaires, alors que selon les infirmières, ils ne seraient que 7,7% à éprouver ces craintes. Il est intéressant de noter que les différences entre la réalité du patient et les représentations des infirmières ne s'appliquent pas uniquement aux opioïdes, mais également au reste des médicaments antalgiques. Cela peut donner à penser qu'il s'agit dès lors d'une problématique plus générale, qui demande à être investiguée et pour laquelle des interventions devraient être envisagées.

Selon Watson, l'infirmière se doit de créer un environnement, externe et interne, propice à la guérison. Or, pour ce qui est de l'administration d'antalgiques, plusieurs obstacles relevant de l'environnement externe du patient ont été relevés dans les études analysées. Ainsi, des retards dans l'administration des antalgiques sont signalés dans deux études. Manias (2012) relève que l'administration d'antalgiques à heure fixe durant les tournées de médicament est souvent décalée en raison du nombre important de traitements à administrer par patient (dans un contexte d'unité de réadaptation gériatrique). De plus, le double-contrôle exigé pour l'administration d'opioïdes pose problème, en particulier lors des veilles où un seul soignant est présent sur l'unité. Les résultats récoltés par Coker et al. (2010) font également ressortir que les co-signatures entre autres interfèrent fréquemment avec une gestion optimale de la douleur chez les personnes âgées. D'une manière plus générale, c'est la désorganisation d'un service, c'est à dire avoir à chercher la clé de l'armoire où sont stockés les stupéfiants ou encore trouver des médicaments spécifiques qui est citée comme obstacle, en particulier chez les infirmières ayant peu d'expérience. A la lumière de ce dernier item, c'est donc non seulement l'environnement physique et logistique externe du patient qui est en cause, mais également les savoirs et savoir-faire (expérience professionnelle) de l'infirmière qui gênent l'existence d'un environnement de soin propice à la guérison.

Efficacité des traitements

En ce qui concerne les douleurs induites des patients hospitalisés, selon les résultats de l'étude d'Ambrogi et al. (2014), seul un tiers des patients concernés ont reçu un traitement antalgique efficace lors d'une procédure douloureuse. Ce résultat est inquiétant étant donné que la gestion inadéquate de la douleur aiguë peut mener à une chronicisation de la douleur qui peut avoir de sérieuses conséquences chez les personnes âgées comme une déficience fonctionnelle, des chutes, une réadaptation

lente, des changements d'humeur (dépression, anxiété), une socialisation réduite, des troubles du sommeil et de l'appétit, un recours plus fréquent aux soins et des coûts de la santé augmentés (American Geriatrics Society, 2009).

De plus, fournir un traitement adéquat de la douleur induite par les soins est une responsabilité éthique du personnel soignant (Fine (2007); Ferrell (2005), cité dans Rawe & al., 2009).

Connaissances

L'étude de Van Hecke et al. (2016) démontre que l'une des barrières à la gestion de la douleur signalée par les patients est le fait que ces derniers ne veulent pas être un fardeau pour les infirmières. Les auteurs de cette même étude (Van Hecke & al., 2016) indiquent qu'un certain nombre de patients (43,3%) sont convaincus qu'il est déconseillé de prendre des antalgiques. Cela montre encore une fois qu'un des éléments essentiels de la relation patient-personnel soignant selon le *caring* de Watson, à savoir la rencontre du champ phénoménal de l'infirmière et du patient n'est à l'heure actuelle une réalité pas encore suffisamment établie en ce qui concerne la prise en charge de la douleur en milieu hospitalier, et par conséquent, de la douleur induite par les soins chez les personnes âgées hospitalisées.

Dans l'étude de Furjanic, Cooney et McCarthy (2016), les données montrent que les infirmières plus expérimentées ont obtenu de meilleurs résultats au questionnaire évaluant leurs connaissances au sujet de la gestion de la douleur chez les personnes âgées que celles n'ayant pas une telle expérience. Au vu de l'association significative entre une intensité de la douleur plus haute et un degré de formation moins élevé des infirmières démontré dans leur étude, Van Hecke et al. (2016) suggèrent que les hôpitaux devraient encourager la formation avancée et la formation continue mais aussi répartir les infirmières avec une formation avancée dans chaque unité.

Conclusion

La prise en charge de la douleur chez les aînés est un phénomène complexe nécessitant une offre de soins adaptée à chaque patient. La douleur induite par les soins en milieu hospitalier auprès des populations adultes en général, et des personnes âgées en particulier, reste une problématique qui n'a pas encore été suffisamment étudiée, malgré le fait que ces populations représentent déjà une majorité des hospitalisations (en Suisse), et que les douleurs induites non-traitées peuvent avoir de sérieuses conséquences tant pour les patients que pour le personnel soignant.

Néanmoins, en se basant sur des études ciblées sur la douleur en milieu hospitalier, la douleur induite par les soins en milieu aigus, les barrières à la prise en charge de la douleur en milieu hospitalier ainsi que sur les particularités de la douleur chez les personnes âgées, il a été possible d'établir des liens pertinents permettant de répondre à la question de recherche de cette revue. Ainsi, il a été possible d'identifier les obstacles liés aux patients, aux infirmières et au système entravant la prévention, l'évaluation et la gestion de la douleur induite par les soins chez les personnes âgées en milieu de soins aigus.

Au terme de cette revue de littérature, il est surprenant de constater qu'un nombre important d'outils et de recommandations permettant la prise en charge des douleurs induites sont présents dans les unités mais ne sont pas systématiquement utilisés par le personnel soignant. Il serait intéressant d'investiguer les raisons de ces manquements.

De plus, il semble exister un écart important entre la réalité vécue par les patients et les représentations que les infirmières en ont. Or, selon la théorie du *Human caring* qui a servi de cadre de référence à cette revue, il est nécessaire que l'infirmière et son patient partagent une réalité commune afin de créer une relation propice à la guérison.

Ce travail nous a permis d'appréhender l'importance que peut prendre la douleur dans le quotidien des patients, en particulier des personnes âgées. Il est primordial en tant que soignant de garder à l'esprit que la douleur est une expérience personnelle et subjective et que tout acte de soin aussi insignifiant qu'il puisse paraître peut, selon le patient, se transformer en expérience douloureuse. La prévention, l'évaluation et la gestion de la douleur induite par les soins devraient faire partie des automatismes de la pratique infirmière.

Références

- Acapo, S., Seyrès, P., Savignat, E. (2017). Définition et Evaluation de la douleur. *Kinésithérapie, La Revue*, 17(186), 44-55.
- Ambrogi, V., Tezenas du Montcel, S., Collin, E., Coutaux, A., Bourgeois, P. & Bourdillon, F. (2014). Care-related pain in hospitalized patients : Severity and patient perception of management. *European Journal of Pain*, 19(3), 313-321.
- American Geriatrics Society. (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), S204 - S224.
- American Geriatrics Society. (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1331-46.
- Aubrun, F. (2008). Editorial. *Douleurs*, 9(1), 1.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 4, 37-45.
- Cara, C., O'Reilly, L., Delmas, P., Brousseau, S. & Rosenburg, N. (2015). *Version francophone des Watson's 10 Caritas Processes* © (2007). Repéré à <https://www.watsoncaringscience.org/wp-content/uploads/2015/11/FrenchCaritasProcesses.pdf>
- Caruso, E. M., Cisar, N., & Pipe, T. (2008). Creating a healing environment : An innovative educational approach for adopting Jean Watson's theory of human caring. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 126-132.
- Cimerman, P., & Thibault, P. (2009). Douleurs induites par les soins. *Douleurs*, 60(615-M), 10.
- Coker E., Papaioannou A., Kaasalainen S., Dolovich L., Turpie I., Taniguchi A. (2010), Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units, *Applied Nursing Research* 23 p 139-146
- Coutaux, A., & Collin, E. (2008). Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. Procedural pain : epidemiology, effects, predictive factors. *Douleur et analgésie*, 21(3), 126.
- Coutaux, A., Salomon, L., Rosenheim, M., Baccard, A.-S., Quiertant, C., Papy, E., Blanchon, T., Collin, E., Cesselin, F., Binhas, M. & Bourgeois, P. (2008). Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study. *European Journal of Pain*, 12(1), 3-8.
- Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 2, 72-82.
- Dequeker, S., Van Lancker, A. & Van Hecke, A. (2018), Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 160–171.

- 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. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(1), S15-S27.
- Fawcett, J. & Desanto-Madeya, S. (2012). The structure of Contemporary Nursing Knowledge, dans Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (pp 3-25). FA Davis. Repéré à <https://ebookcentral.proquest.com>
- Fitzgerald, S., Tripp, H. & Halksworth-Smith, G. (2017). Assessment and management of acute pain in older people : barriers and facilitators to nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 48-58.
- Furjanic, M., Cooney, A. & McCarthy, B. (2016). Nurses' knowledge of pain and its management in older people. *Nursing Older People*, 28(9), 32-37.
- Gibson, S. J. & Lussier, D. (2012). Prevalence and Relevance of Pain in Older Persons. *Pain Medicine*, 13, 23-26.
- Gregory, J., & McGowan, L. (2016). An examination of the prevalence of acute pain for hospitalised adult patients : a systematic review. *Journal of clinical nursing*, 25(5-6), 583-598.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R. ... & Williams, J. (2007). An Interdisciplinary Expert Consensus Statement on Assessment of Pain in Older Persons, *Clinical Journal of Pain*, 23(1), S1-S43.
- Helms, J. E., & Barone, C. P. (2008). Physiology and treatment of pain. *Critical care nurse*, 28(6), 38-49.
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., ... & Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient : position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.
- Hervy, M.-P. (2002). Conséquences de la douleur non-soulagée. Dans R. Sebag-Lanoë, B. Wary & D. Mischlich *La douleur des femmes et des hommes âgés*, Masson, Paris
- Jungquist, C. R., Vallerand, A. H., Sicoutris, C., Kwon, K. N., & Polomano, R. C. (2017). Assessing and managing acute pain : a call to action. *AJN The American Journal of Nursing*, 117(3), S4-S11.
- Kouchner B., Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés, SP 4 43 2644 Repéré à http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/docs/plan_douleur_1998.pdf
- Malaquin-Pavan, E. (2005). Prévention et soulagement des douleurs induites : le rôle des soignants. Dans S. Donnadiou (coordinateur scientifique), *Les douleurs induites* (pp 37-56). Institut UPSA de la douleur, Rueil-Malmaison, France. Repéré à https://www.cnr-d.fr/IMG/pdf/douleurs_induites_BASE.pdf

- Manias, E. (2012). Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: a qualitative observation and interview study. *International journal of nursing studies*, 49(10), 1243-1254.
- Merçay, C. (2017). *Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'international Health Policy Survey 2017 de la fondation Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)* [Brochure]. Neuchâtel, Suisse : Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Neves, C., Malaquin-Pavan, E. & Debout, C. (2008). Modèles conceptuels et théories de soins, caractéristiques et utilisation pratique. *Soins la revue de référence infirmière*, 724, 38-43.
- Observatoire suisse de la santé. (2017). Taux d'hospitalisations dans les hôpitaux de soins aigus. Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus>
- Organisation mondiale de la santé. (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100). Repéré à <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal, QC, Chenelière Éducation Inc.
- Pradines, B. (2010, octobre). *Evaluation de la douleur du patient non communicant. Douleur des personnes âgées*. Communication présentée à la 5ème journée du CNRD, Douleur provoquée par les soins, Paris, France. Repéré à <http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Pradines.pdf>
- Rafael, A. R. F. (2000). Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 23(2), 34-49.
- Raile Aligood, M. (éd) (2014). *Nursing Theories : Utilization and application*, Mosby, St-Louis, USA :Elsevier Inc.
- Rawe, C., Trame, C. D., Moddeman, G., O'malley, P., Biteman, K., Dalton, T., ... & Walker, S. (2009). Management of procedural pain : Empowering nurses to care for patients through clinical nurse specialist consultation and intervention. *Clinical nurse specialist*, 23(3), 131-137.
- Sitzman, K. & Watson, J. (2014). *Caring science, mindful practice : Implementing Watson's human caring theory*. New York, USA : Springer Publishing Company.
- St-Germain, D., Blais, R. & Cara, C. (2008). La contribution de l'approche de caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. *Recherche en soins infirmiers*, 4, 57-69.
- Van Hecke, A., Van Lancker, A., De Clercq, B., De Meyere, C., Dequeker, S. & Devulder, J. (2016). Pain Intensity in Hospitalized Adults. A Multilevel Analysis of Barriers and Facilitators of Pain Management. *Nursing Research*, 65(4), 290 – 300.

- Vigil-Ripoche, M. A. (2012). Prendre soin, care et caring. Dans M. Formarier, & L. Jovic, *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 244-249). Toulouse, France : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
- Voscopoulos, C. & Lema, M. (2010). When does acute pain become chronic? *British journal of anaesthesia*, 105, i69-i85.
- Watson Caring Science Institute, Dr Jean Watson (2018). Bio Sketch. Repéré à <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/>
- Watson, J. & Woodward, T. K. (2015). Jean Watson's theory of human caring. Dans M. C. Smith & M. E. Parker (éd). *Nursing theories and nursing practice* (pp 351-369). Philadelphie, USA : FA Davis.
- Williams, A. C. D. C. & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423.

Appendices

Appendice A

Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans cette revue de littérature sont nommées et clairement Identifiées ».

Fribourg, le 12 juillet 2018

Julie Bongard

Pauline Dumont

Appendice B
Échelles de la douleur

**Echelle ALGOPLUS : observation comportementale de la douleur aiguë
chez la personne âgée non communicante**

Nom – Prénom :

Date de l'évaluation de la douleur												
Heure												
	oui	non										
1 Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total oui	/ 5		/ 5		/ 5		/ 5		/ 5		/ 5	

Avril 2016

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_algo_plus_outils.pdf

**Echelle DOLOPLUS 2 : observation comportementale de la douleur
chez la personne âgée non communicante**

Nom, Prénom :

Mois / Année :

Jours :

RENTENTISSEMENT SOMATIQUE						
<i>PLAINTES SOMATIQUES</i>						
➤ Pas de plainte	0	0	0	0	0	0
➤ Plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1	1
➤ Plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2	2	2
➤ Plaintes spontanées continues	3	3	3	3	3	3
<i>POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS</i>						
➤ Pas de position antalgique	0	0	0	0	0	0
➤ Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1	1	1
➤ Position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2	2	2
➤ Position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3	3	3
<i>PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES</i>						
➤ Pas de protection	0	0	0	0	0	0
➤ Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1	1	1
➤ Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2	2	2
➤ Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3	3	3
<i>MIMIQUE</i>						
➤ Mimique habituelle	0	0	0	0	0	0
➤ Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1	1	1
➤ Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2	2	2
➤ Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3	3	3
<i>SOMMEIL</i>						
➤ Sommeil habituel	0	0	0	0	0	0
➤ Difficultés d'endormissement	1	1	1	1	1	1
➤ Réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2	2	2
➤ Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3	3	3
RENTENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR						
<i>TOILETTE ET/OU HABILLAGE</i>						
➤ Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0	0
➤ Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1	1	1
➤ Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2	2	2
➤ Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3	3	3
<i>MOUVEMENTS</i>						
➤ Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0	0
➤ Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1	1	1
➤ Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2	2	2
➤ Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3	3	3

Echelle DOLOPLUS 2

RENTENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL						
<i>COMMUNICATION</i>						
> Inchangée	0	0	0	0	0	0
> Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1	1	1
> Diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2	2	2
> Absence ou refus de toute communication	3	3	3	3	3	3
<i>VIE SOCIALE</i>						
> Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)	0	0	0	0	0	0
> Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1	1
> Refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2	2	2
> Refus de toute vie sociale	3	3	3	3	3	3
<i>TROUBLES DU COMPORTEMENT</i>						
> Comportement habituel	0	0	0	0	0	0
> Troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1	1	1
> Troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2	2	2
> Troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3	3	3
						Score

Avril 2016

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_doloplus_outils.pdf

**Echelle ECPA : Evaluation comportementale de la douleur
chez la personne âgée non communicante
(avant et pendant les soins)**

Nom, Prénom :

Date :

Heures :

OBSERVATION AVANT LES SOINS						
<i>EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE</i>						
➤ Visage détendu	0	0	0	0	0	0
➤ Visage soucieux	1	1	1	1	1	1
➤ La personne grimace de temps en temps	2	2	2	2	2	2
➤ Regard effrayé et/ou visage crispé	3	3	3	3	3	3
➤ Expression complètement figée	4	4	4	4	4	4
<i>POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)</i>						
➤ Aucune position antalgique	0	0	0	0	0	0
➤ La personne évite une position	1	1	1	1	1	1
➤ La personne choisit une position antalgique	2	2	2	2	2	2
➤ La personne recherche sans succès une position antalgique	3	3	3	3	3	3
➤ La personne reste immobile comme clouée par la douleur	4	4	4	4	4	4
<i>MOUVEMENTS (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)</i>						
➤ La personne bouge ou ne bouge pas comme les jours précédents	0	0	0	0	0	0
➤ La personne bouge comme les jours précédents mais évite certains mouvements	1	1	1	1	1	1
➤ Lenteur, rareté des mouvements contrairement aux jours précédents	2	2	2	2	2	2
➤ Immobilité contrairement aux jours précédents	3	3	3	3	3	3
➤ Absence de mouvement ou forte agitation contrairement aux jours précédents	4	4	4	4	4	4
<i>RELATION A AUTRUI</i>						
Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression						
➤ Même type de contact que d'habitude*	0	0	0	0	0	0
➤ Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1	1	1	1	1	1
➤ Evite la relation contrairement à l'habitude*	2	2	2	2	2	2
➤ Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3	3	3	3	3	3
➤ Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4	4	4	4	4	4
OBSERVATION PENDANT LES SOINS						
<i>ANTICIPATION ANXIEUSE AUX SOINS</i>						
➤ La personne ne montre pas d'anxiété	0	0	0	0	0	0
➤ Angoisse du regard, impression de peur	1	1	1	1	1	1
➤ Personne agitée	2	2	2	2	2	2
➤ Personne agressive	3	3	3	3	3	3
➤ Cris, soupirs, gémissements	4	4	4	4	4	4
<i>REACTIONS PENDANT LA MOBILISATION</i>						
➤ La personne se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0	0	0	0	0	0
➤ La personne a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1	1	1	1	1	1
➤ La personne retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2	2	2	2	2	2
➤ La personne adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3	3	3	3	3	3
➤ La personne s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4	4	4	4	4

Echelle ECPA

<i>REACTIONS DES ZONES DOULOUREUSES PENDANT LES SOINS</i>						
> Aucune réaction pendant les soins	0	0	0	0	0	0
> Réaction pendant les soins, sans plus	1	1	1	1	1	1
> Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2	2	2	2	2	2
> Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3	3	3	3	3	3
> La personne s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4	4	4	4	4
<i>PLAINTES EXPRIMEES PENDANT LES SOINS</i>						
> La personne ne se plaint pas	0	0	0	0	0	0
> La personne se plaint si le soignant s'adresse à lui	1	1	1	1	1	1
> La personne se plaint dès la présence du soignant	2	2	2	2	2	2
> La personne gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3	3	3	3	3	3
> La personne crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4	4	4	4	4	4
Score						

Avril 2016

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/documents/le-bon-outil/echelle_ecpa_outils.pdf

Appendice C

Signes évocateurs de la douleur chez les personnes âgées souffrant de déficiences cognitives

Expressions faciales	Légers froncements des sourcils, visage triste et effrayé, grimaces, front ridé, yeux fermés ou serrés, clignements rapides des yeux et toute autre déformation du visage
Verbalisations et vocalisations	Soupirs, gémissements, plaintes, grognements, cris, respiration bruyante, appels à l'aide, agressions verbales
Mouvements du corps	Rigidité, gigotements, hyperactivité, balancements, mouvements réduits, altération de la mobilité et démarche
Modification des interactions interpersonnelles	Agressivité, combativité, résistance aux soins, diminution des interactions sociales, comportements sociaux inappropriés, disruptifs, retrait social
Modification des routines	Refus de se nourrir, modification de l'appétit, augmentation des périodes de repos, modification des habitudes de sommeil et de repos, arrêt brutal des activités habituelles, augmentation de la déambulation
Modification de l'état mental	Pleurs ou larmes, augmentation de la confusion, irritabilité ou détresse,

[traduction libre], p. S211

American Geriatrics Society. (2002). The Management of Persistent Pain in Older Persons. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), S204 - S224

Appendice D
Facteurs caritatifs et Processus de caritas

Facteurs caratifs	Processus de caritas
1) Système de valeurs humanistes et altruistes	1) Soutenir les valeurs humanistes - altruistes à travers une pratique de bonté, de compassion et d'égalité avec soi et autrui
2) Croyance-espoir	2) Insuffler la confiance ainsi que l'espoir et honorer les autres
3) Prise de conscience de soi et des autres	3) Être sensible à soi et aux autres en préservant les croyances et les pratiques individuelles
4) Relation thérapeutique d'aide et de confiance	4) Développer des relations d'aide, de confiance et de caring
5) Expression de sentiments positifs et négatifs	5) Promouvoir et accepter les sentiments positifs et négatifs par l'écoute authentique du récit d'autrui
6) Processus de caring créatif visant la résolution de problèmes	6) Utiliser des méthodes de résolution de problèmes scientifiques créatives pour réaliser une prise de décision empreinte de caring
7) Enseignement-apprentissage transpersonnel	7) Partager l'enseignement et l'apprentissage qui répondent aux besoins individuels et aux différents styles de compréhension de la personne
8) Soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel	8) Créer un environnement de guérison, pour le soi physique et spirituel, qui respecte la dignité humaine
9) Assistance en regard des besoins de la personne	9) Assister la personne dans ses besoins humains physiques, émotionnels et spirituels de base
10) Forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles	10) S'ouvrir aux mystères et aux miracles de la vie

Facteurs caratifs : Cara, C., et O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 37-45

Processus de caritas : Cara C., O'Reilly L., Delmas P., Brousseau S., Rosenberg N. (2015), *Version francophone des Watson's 10 Caritas Processes* © (2007), Repéré à <https://www.watsoncaringscience.org/wp-content/uploads/2015/11/FrenchCaritasProcesses.pdf>

Appendice E
MeSH terms et CINAHL descriptors

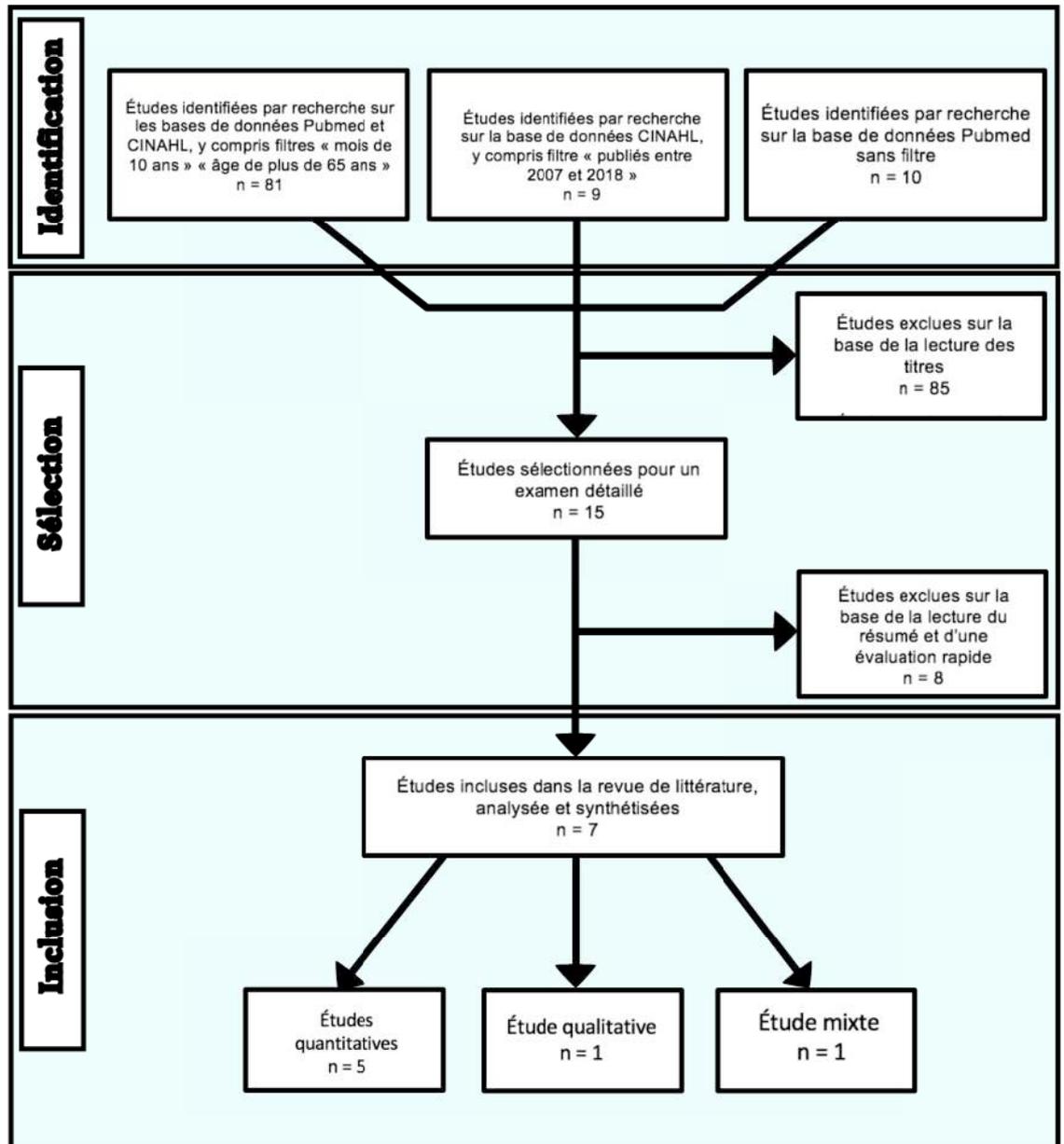
Termes de recherche	MeSH terms	CINAHL descriptors	Mots-clé
elderly / older people	aged / elderly	aged	older people
care-related pain	-	treatment related pain	care-related pain
acute care	-	acute care	
barriers / obstacles	-	-	obstacles / barriers
pain management	pain management	pain management	-
pain assessment	pain measurement	pain measurement	-
acute pain	acute pain	-	acute pain
hospitalized patients	inpatients	inpatients	hospitalized patients

Appendice F
Équations de recherche

MeSH terms / CINAHL descriptors / mots-clé	Bases de données	Articles trouvés	Articles retenus	Références des articles
<p>“Older people” [MeSH Major Topic] AND “Pain management” [MeSH Major Topic] Filtres : publiés dans les 10 dernières années, âge de plus de 65 ans</p>	PubMed	34	1	<p>“Nurses’ knowledge of pain and its management in older people”</p>
<p>“Pain measurement” [Word in Major Subject Heading] AND “inpatients” [Word in Major Subject Heading] Filtre : publiés entre 2007 et 2018</p>	CINAHL	9	2	<p>“Hospitalized patients’ vs nurses’ assessments of pain intensity and barriers to pain management”</p> <p>“Pain Intensity in Hospitalized Adults. A multilevel Analysis of Barriers and Facilitators of Pain Management”*</p>
<p>“Pain measurement” [Word in Major Subject Heading] AND “older adults OR elderly OR aged” [Word in Subject Heading] AND “barriers” Filtres: publiés entre 2007 et 2018, âge de plus de 65 ans</p>	CINAHL	35	2	<p>“Pain Intensity in Hospitalized Adults. A multilevel Analysis of Barriers and Facilitators of Pain Management”*</p> <p>“Nurses’ perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units”</p>
<p>“Pain management” [MeSH Major Topic] AND “inpatients” [MeSH Major Topic] Filtres : publiés dans les 10 dernières années, âge de plus de 65 ans</p>	PubMed	12	2	<p>“Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people: A qualitative observation and interview study”</p> <p>Care-related pain in hospitalized patients: Severity and patient perception of management”</p>
<p>“aged” [MeSH Terms] AND “pain measurement” [MeSH Terms] AND “care-related”</p>	PubMed	10	1	<p>“Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study”</p>

* Même article se retrouvant dans deux équations de recherche

Appendice G
Diagramme de Flux



D'après Prisma
(2009)

Appendice H
Grilles de résumé et de lecture critique

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Van Hecke, A., Van Lancker, A., De Clercq, B., De Meyere, C., Dequeker, S. & Devulder, J. (2016). Pain Intensity in Hospitalized Adults. A Multilevel Analysis of Barriers and Facilitators of Pain Management. <i>Nursing Research</i> , 65(4), 290 – 300.
Introduction Problème de recherche	Intensité de la douleur chez les patients hospitalisés. Barrières à la gestion de la douleur liées aux patients, aux infirmières et au système. Association entre l'intensité de la douleur et les barrières et facilitateurs à sa gestion.
Recension des écrits	<p>La douleur a un impact négatif sur le sommeil, sur l'activité physique, sur la dépression et l'anxiété et est associée à une durée d'hospitalisation plus longue, à un taux de réadmissions plus élevés et augmente les coûts de la santé.</p> <p>Au cours des dernières décennies, des efforts ont été déployés pour améliorer la qualité des soins en mettant l'accent sur la gestion de la douleur. De nombreux hôpitaux ont introduit l'évaluation de la douleur comme un 5^{ème} signe vital et la douleur y est donc évaluée quotidiennement. Cependant, malgré un intérêt accru pour la gestion de la douleur ainsi que l'évolution dans sa prise en charge, la prévalence de la douleur reste élevée (> 50% chez les patients hospitalisés).</p> <p>Une prévalence élevée de la douleur indique que son évaluation et sa prise en charge restent difficiles. Ces difficultés sont d'origine multifactorielle et liées aux caractéristiques de la douleur par exemple (subjectivité, fluctuation, imprévisibilité, exacerbation) ou encore aux barrières à l'évaluation et à la gestion de la douleur.</p> <p><u>Obstacles liés aux patients :</u> Plusieurs études ont identifié les croyances des patients (comme par exemple « les antidouleurs ne contrôlent pas la douleur » ou encore « les gens deviennent facilement dépendants aux antidouleurs ») comme étant des obstacles liés aux patients. D'autres obstacles liés aux patients sont les difficultés à compléter les échelles d'évaluation de la douleur ainsi que la réticence à prendre des antalgiques. Cependant, peu d'études ont investigué les liens entre l'intensité de la douleur et les obstacles à sa gestion liés aux patients.</p> <p>Au cours des dernières années, beaucoup d'attention a été accordée aux compétences en santé (<i>health literacy</i>) chez les patients et à leur relation avec les résultats en matière de santé. Les compétences en santé sont définies comme « les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé ». Les compétences en santé impliquent de multiples facteurs (comme par exemple les facteurs sociaux, les facteurs individuels, les aptitudes à parler, à écrire, à compter et à lire).</p>

	<p>Une étude européenne réalisée en 2011 a révélé que 12% des participants avaient des compétences en santé inadéquates et que 35% des participants avaient des compétences en santé insuffisantes. La littérature indique qu'une faible compétences en santé est associée à de moins bons résultats sur le plan de la santé comme la consommation inadéquate de médicaments (<i>lower intake of medication</i>).</p> <p>Une étude récente a examiné l'impact de faibles compétences en santé chez les patients souffrant de douleur chronique et a rapporté une association sur plusieurs niveaux entre les connaissances sur les antidouleurs et les compétences en santé.</p> <p>A l'heure actuelle, la relation entre de faibles compétences en santé comme étant une barrière liée aux patients et l'intensité de la douleur reste inexplorée.</p> <p><u>Obstacles liés aux infirmières :</u> Les obstacles liés aux soins infirmiers les plus souvent signalés sont le manque de temps, le manque de connaissances et d'éducation, et la difficulté à évaluer la douleur.</p> <p>Une étude a identifié la recherche d'attention de la part des patients, le manque de temps et le déséquilibre de pouvoir entre les infirmières et les médecins comme des obstacles à la gestion adéquate de la douleur. Cependant, il n'est pas indiqué dans quelles mesures ces barrières influencent la douleur chez les patients.</p> <p><u>Obstacles liés au système :</u> Des recherches sur la gestion de la douleur ont permis d'identifier diverses barrières liées au système. Le retard dans le traitement de la douleur, comme par exemple la recherche du médicament prescrit, est l'obstacle lié au système le plus souvent cité.</p> <p>La recherche sur les barrières à la gestion de la douleur est rare et a souvent été limitée aux obstacles à la gestion de la douleur liée au cancer et à la douleur postopératoire. De plus, aucune recherche n'a pris en compte la structure hiérarchique des organisations.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le modèle de Donabedian a été utilisé pour évaluer la relation entre les barrières et les facilitateurs structurels et procéduraux et l'intensité de la douleur.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude est de répondre aux questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - quelle est l'intensité de la douleur chez les patients hospitalisés ? - quelles sont les barrières et quels sont les facilitateurs à la gestion de la douleur liés aux patients, aux infirmières et au système ? - quels sont les liens entre l'intensité de la douleur et les barrières/facilitateurs à la gestion de la douleur ?
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif : étude transversale.

<p>Population, échantillon et contexte</p>	<p><u>Contexte :</u> 2 hôpitaux de Belgique : 39 unités d'un hôpital universitaire et d'un hôpital non-universitaire ont été invitées à participer à l'étude. A noter que les 2 hôpitaux ont un centre spécialisé dans la douleur. 35 unités (16 unités de chirurgie, 14 unités de médecine interne, 4 unités de gériatrie et 1 unité de réadaptation) ont finalement participé à l'étude.</p> <p><u>Population :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - patients : <ul style="list-style-type: none"> ● critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> > avoir 18 ans ou plus > comprendre le néerlandais > fournir un consentement éclairé ● critères d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> > cognition ou conscience altérée - infirmières <ul style="list-style-type: none"> ● critère d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> > travailler dans l'une des unités participant à l'étude ● critère d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> > être étudiant infirmier <p><u>Echantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - patients : 556 patients ont été invités à participer à l'étude mais 351 (63,1%) ont rempli le questionnaire. Âge moyen de 61,7 ans (écart-type = 18,5 ans). Presque autant d'hommes que de femmes. - infirmières : 788 infirmières ont été invitées à participer à l'étude mais 304 (39,0%) ont rempli le questionnaire. Âge moyen de 38,9 ans (écart-type = 11,3 ans). 87,5% étaient des femmes. 66,8% ont estimé avoir des connaissances modérées sur la douleur. 5,6% ont estimé avoir des connaissances limitées sur la douleur.
<p>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</p>	<p><u>Instruments de mesure :</u></p> <p><u>Intensité de la douleur :</u> L'échelle de notation numérique a été utilisée pour mesurer l'intensité de la douleur. Il a été demandé aux patients d'indiquer leur douleur sur une échelle de 0 à 10 avec les instructions suivantes : 0 = aucune douleur, 10 = la pire douleur imaginable. L'échelle de notation numérique est couramment utilisée dans la pratique et est un outil ayant été évalué comme valide et fiable.</p> <p><u>Barrières à la gestion de la douleur liées aux patients :</u></p>

L'outil « *The Barriers to Pain Assessment and Management Scale* » a été utilisée pour mesurer les barrières à la gestion de la douleur liées aux patients. Cette échelle est basée sur un questionnaire utilisé dans des études antérieures et a été traduite en néerlandais. La méthode de Delphes en 2 étapes avec 5 experts en douleurs et/ou en sciences infirmières a permis d'en valider le contenu. Par la suite, une étude pilote a été réalisée. Ces 2 procédures ont permis d'apporter à l'outil certaines modifications.

Après avoir été adaptée, l'échelle comprenait 10 items dont chacun d'eux était une barrière à la gestion de la douleur liée aux patients. Chaque item était évalué de 1 (= fortement d'accord) à 5 (= fortement en désaccord). Bien que les réponses originales aient été utilisées pour l'analyse des données, afin de faciliter la présentation des résultats les réponses obtenues ont été classées en 3 catégories (1 et 2 = d'accord, 3 = neutre, 4 et 5 = pas d'accord). 2 items, à savoir : « la difficulté à compléter l'échelle de la douleur » et « ne pas s'attendre à ce que les antalgiques améliorent la douleur » ont été évalués à l'aide des codes suivant : 1 = oui, 2 = non, 3 = pas d'opinions.

Compétences en santé des patients :

Les compétences en santé des patients ont été mesurées à l'aide de l'outil « *Single Item Literacy Screener* » qui a été traduit en néerlandais. C'est un instrument ayant été évalué comme étant valide. Il met l'accent sur les aptitudes des individus à lire en mesurant combien de fois un adulte a besoin d'aide pour lire un document médical. Chaque item était évalué de 1 (= aucune aide nécessaire) à 5 (= toujours). Ces codes ont été transformés pour l'analyse des données comme suit : 1 et 2 = aucune aide nécessaire, 3, 4 et 5 = aide nécessaire.

Barrières à la gestion de la douleur liées aux infirmières :

L'adaptation du « *The Barriers to Pain Assessment and Management Scale* » a également été utilisée pour mesurer les barrières à la gestion de la douleur liées aux infirmières. Concernant ces dernières, l'échelle comprenant 6 items dont chacun d'eux était une barrière à la gestion de la douleur liée aux infirmières. Chaque item était évalué de 1 (= fortement d'accord) à 5 (= fortement en désaccord). Les réponses obtenues ont été classées en 3 catégories (1 et 2 = d'accord, 3 = neutre, 4 et 5 = pas d'accord) afin de faciliter l'analyse.

Barrières à la gestion de la douleur liées au système :

L'adaptation du « *The Barriers to Pain Assessment and Management Scale* » a également été utilisée pour mesurer les barrières à la gestion de la douleur liées au système. Chaque item était évalué de 1 (= fortement d'accord) à 5 (= fortement en désaccord). Il a été rempli par les infirmières.

Capital social :

Le capital social a été mesuré à l'aide de l'outil « *Eight-item social capital scale* » qui a été traduit en néerlandais. Cet instrument mesure les croyances, les attitudes et les valeurs partagées par les professionnels au travail mais aussi la prise de décision, le leadership et les responsabilités mutuelles. Chaque item était évalué de 1 (= fortement d'accord) à 5 (= fortement en désaccord).

Données démographiques et autres variables :

Les variables démographiques et cliniques ont été recueillies en tant que facilitateurs potentiels. Les données démographiques et cliniques des patients (âge, sexe, comorbidités, type de chirurgie et utilisation d'antalgiques) ont été recueillies à partir du dossier médical électronique du patient.

	Les données démographiques concernant le personnel infirmier recueillies étaient : l'âge, le sexe, le niveau de scolarité et les années d'expérience en soins infirmiers.
Déroulement de l'étude	<p>L'étude s'est déroulée dans 2 hôpitaux de Belgique d'octobre 2012 à avril 2013.</p> <p>Le cas de chaque patient hospitalisé durant la période du déroulement de l'étude était analysé par un membre de l'équipe de soins. Les patients possédant les conditions requises étaient invités à participer à l'étude.</p> <p>Toutes les infirmières travaillant dans les unités prenant part à l'étude étaient invitées à y participer au moyen d'un questionnaire qu'elles recevaient. Elles avaient une durée de 2 semaines pour répondre au questionnaire, auprès quoi un rappel leur était envoyé. Le questionnaire pouvait être déposé dans une boîte installée dans l'unité après avoir été placé dans une enveloppe fermée.</p> <p>Concernant les patients, 2 chercheurs avaient pour tâche de lire les questions à haute voix aux patients et d'encercler la réponse à leur place.</p>
Considérations éthiques	<p>L'approbation éthique a été obtenue par les comités d'éthique des 2 hôpitaux.</p> <p>Les participants ont reçu des informations orales et écrites avant de décider de participer ou non à l'étude. Tous les patients ont dû fournir un consentement éclairé signé.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Des statistiques descriptives ont été réalisées pour les variables dépendantes (intensité de la douleur) et prédictives (variables démographiques et cliniques, obstacles à la gestion de la douleur, compétences en santé et capital social).</p> <p>Ces statistiques ont été présentées à l'aide de</p> <ul style="list-style-type: none"> - moyennes avec les déviations standards pour les variables continues distribuées approximativement normalement (par exemple, l'intensité de la douleur) - fréquences pour les variables ordinales et nominales. <p>Le programme SPSS 20.0 a été utilisé pour effectuer l'analyse descriptive.</p> <p>Une analyse multiniveau à deux niveau a été réalisée pour analyser les données:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niveau patient => variables prises en compte: intensité de la douleur, données démographiques et liées au traitement, obstacles liés au patient et la compétences en matière de santé. - niveau unité de soins => variables prises en compte: obstacles liés aux infirmières et au système, y compris le capital social <p>Deux cas ont été exclus de l'analyse multiniveau par manque de données.</p> <p>Le logiciel statistique MLwiN 2.29 (<i>Centre for Multilevel Modeling, Université de Bristol, Bristol, Royaume-Uni</i>) a été utilisé pour effectuer l'analyse multiniveau.</p>
Présentation des résultats	<p><u>Intensité de la douleur :</u></p> <p>La prévalence de la douleur était de 64,4% avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 36,7% douleur légère

- 19,1% une douleur modérée
- 8,0% une douleur intense

Deux patients ont été incapables de fournir un score numérique pour évaluer leur douleur.

Barrières à la gestion de la douleur :

Les barrières les plus fréquemment perçues par les patients étaient :

- la réticence à prendre des opiacés (51,0%)
- la crainte des effets secondaires (47,0%)
- le fait de ne pas vouloir être un fardeau pour les infirmières (47,0%)
- le fait d'être convaincu qu'il déconseillé de prendre des antalgiques (43,3%)
- la difficulté à compléter une échelle d'évaluation de la douleur (40,7%)

En général, les infirmières n'étaient pas d'accord avec les items représentant les barrières à la gestion de la douleur liées aux infirmières.

92,4% des infirmières ont perçu la douleur comme étant une de leurs priorités.

84,6% des infirmières ont indiqué que les antalgiques prescrits étaient disponibles dans l'unité

2,3% des infirmières étaient en désaccord avec le fait qu'elles craignaient d'administrer des antalgiques en raison de leurs effets secondaires (résultat contradictoire entre résumé narratif et tableau de résultats)

30,6% des infirmières ont perçu comme barrière à la gestion de la douleur un temps à disposition insuffisant pour écouter le patient.

49,1% des patients ont déclaré ne jamais avoir besoin d'aide pour lire un document médical.

5,7% des patients ont déclaré avoir toujours besoin d'aide pour lire un document médical.

6,6% des patients ont déclaré avoir souvent besoin d'aide pour lire un document médical.

19,8% des patients ont déclaré avoir parfois besoin d'aide pour lire un document médical.

18,7% des patients ont déclaré avoir rarement besoin d'aide pour lire un document médical.

Peu de barrières à la gestion de la douleur liées au système ont été rapportées.

Analyse multiniveau

Différentes étapes ont été réalisées, avec pour modèle final retenu le modèle 5h.

Le modèle a montré une association significative entre une intensité de la douleur plus élevée et

- un âge plus jeune ($p < 0,01$),
- les patients recevant une analgésie ($p < 0,01$),
- les patients pensant que la douleur ne s'améliore pas après la prise de médicaments ($p < 0,01$)
- les patients ayant des compétences inadéquates en matière de santé ($p < 0,05$)
- les infirmières sans formation avancée ($p < 0,05$)

<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>- la crainte des infirmières d'effets secondaires ($p < 0,01$)</p> <p>Dans cette étude, 64,4% des patients ont rapporté souffrir de douleurs de différentes intensités, chiffre qui est cohérent avec les données tirées de la littérature. La douleur moyenne de tous les patients de tous les services était de 2,2 sur une échelle de 0 à 10.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la barrière à la gestion de la douleur liée aux patients la plus souvent signalée est, pour de multiples raisons, la réticence à prendre un antalgique - ne pas vouloir déranger les infirmières ou encore la difficulté à compléter les échelles d'évaluation de la douleur ont également été signalées par les patients comme étant des barrières à la gestion de leur douleur. Les résultats obtenus sont cohérents avec ceux trouvés dans la littérature - dans cette étude, peu d'infirmières ont reconnu l'existence de barrières à la gestion de la douleur liées aux infirmières - 30% des infirmières était d'accord avec le fait que le manque de temps constituait un obstacle à la gestion optimale de la douleur <p>La littérature révèle des valeurs plus élevées sur les barrières rapportées dans cette étude. Par exemple, dans la littérature, le manque de temps a été rapporté par plus de 50% des infirmières.</p> <p>L'une des explications pourrait être le type d'infirmières ayant participé à l'étude. En effet, le faible taux de réponses (39%) pourrait indiquer que les infirmières intéressées par le sujet étaient plus susceptibles de participer à l'étude et, de ce fait, ont signalé moins d'obstacles à la gestion de la douleur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - les barrières à la gestion de la douleur liées au système comme les médicaments indisponibles sur l'unité, l'accès limité à un spécialiste de la douleur et les difficultés à contacter les médecins pour discuter de la gestion de la douleur étaient moins rapportées dans cette étude que dans la littérature <p>Ceci pourrait s'expliquer par les efforts déployés par la Belgique tant au niveau fédéral qu'institutionnel pour améliorer la gestion de la douleur.</p> <p>Cette étude a étudié l'association entre la douleur et les variables démographiques des patients et des infirmières, des variables cliniques et des barrières à la gestion de la douleur liées aux patients, aux infirmières et au système.</p> <p>Cette étude a montré une association significative entre l'intensité de la douleur et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'âge - les antalgiques - la conviction que les analgésiques n'améliorent pas la douleur - des compétences en santé insuffisantes - une formation infirmière avancée - la peur des effets secondaires <p>Les données trouvées dans la littérature sont contradictoires en ce qui concerne l'association entre la douleur et l'âge. Cette étude a trouvé une association négative entre l'intensité de la douleur et l'âge, avec des douleurs plus élevées associées un jeune âge. Cependant, certains auteurs affirment qu'il y a une augmentation de la douleur avec l'âge et que celle-ci est souvent contestée et non-traitée. D'autres auteurs indiquent que la douleur diminue avec l'âge, ce qui est lié à une présentation atypique de la maladie chez le patient âgé.</p>
---	---

	<p>L'étude a également identifié une association entre l'administration d'antalgiques et l'intensité de la douleur. Cette étude était une étude transversale et, par conséquent, ne prend pas en compte l'aspect temporel. Pour être en mesure d'identifier si les patients souffrant de douleur reçoivent une thérapie contre la douleur adéquate, une étude longitudinale devrait être effectuée.</p> <p>A noter que seul l'opinion des infirmières a été consulté. D'autres recherches pourraient également chercher à identifier les barrières perçues par les médecins en regard de la gestion de la douleur, car ces professionnels de la santé jouent un rôle important dans la gestion de la douleur.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - étude transversale : impossibilité d'identifier des associations causales entre les variables / ne permet pas de déterminer si les associations observées reflètent une causalité inverse - certains facteurs de confusion non pris en compte dans l'étude pourraient également influencer les associations observées - possible biais dû au pourcentage élevé d'infirmières n'ayant pas participé à l'étude - utilisation d'une échelle mesurant les compétences en santé des patients se focalisant sur les aptitudes de lecture des participants
Conséquences et recommandations	<p>L'identification des barrières à la gestion de la douleur peut aider à améliorer celle-ci dans la pratique clinique. Cette étude a révélé de multiples facteurs contribuant à une intensité de la douleur plus élevée.</p> <p>Premièrement, le fait que les patients soient convaincus que les antalgiques n'améliorent pas la douleur et que les infirmières ont peur des effets secondaires indique un manque d'informations de la part des 2 partis. Les infirmières pourraient informer les patients afin d'abolir leurs fausses croyances et, à leur tour, devraient être formées et soutenues afin de minimiser leur peur des effets secondaires.</p> <p>Deuxièmement, cette étude a révélé qu'une intensité de la douleur plus élevée était associée à des compétences en santé inadéquates. Par conséquent, des efforts devraient être fournis, tant au niveau national qu'institutionnel, afin d'optimiser les compétences en santé et, indirectement, minimiser la douleur. De plus, les personnes âgées sont plus vulnérables à de mauvaises compétences en santé en raison de leur risque plus élevé de problèmes visuels, de concentration et cognitifs, facteurs associés à l'âge avancé.</p> <p>Troisièmement, un résultat intéressant est le fait que les patients traités dans des unités où les infirmières avaient un diplôme d'études supérieures ont rapporté moins de douleur que les patients traités dans des unités avec peu ou pas d'infirmières possédant un diplôme d'études supérieures. Les hôpitaux pourraient optimiser la thérapie de la douleur en encourageant la formation avancée et la formation continue et en employant au moins quelques infirmières titulaires de diplômes supérieurs dans chaque service.</p>
Commentaires	-

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Van Hecke, A., Van Lancker, A., De Clercq, B., De Meyere, C., Dequeker, S. & Devulder, J. (2016). Pain Intensity in Hospitalized Adults. A Multilevel Analysis of Barriers and Facilitators of Pain Management. <i>Nursing Research</i> , 65(4), 290 – 300.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Problème : intensité de la douleur chez les adultes hospitalisés, barrières et facilitateurs à la gestion de la douleur. Population : patients hospitalisés. Cependant, le titre ne précise pas que les barrières et facilitateurs à la gestion de la douleur sont non seulement étudiés auprès des patients mais également auprès des infirmières.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise clairement les parties principales de la recherche (contexte, but, méthode, résultats et discussion).
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			-
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension des écrits fait un état des connaissances actuelles. Les auteurs soulignent le fait qu'il y a peu de recherches sur les barrières à la gestion de la douleur qui ont été réalisées. De plus, les études déjà menées se concentrent sur les douleurs oncologiques ou les douleurs post-opératoires.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le modèle de Donabedian a été utilisé afin d'évaluer la relation entre les barrières et les facilitateurs structurels et procéduraux et l'intensité de la douleur.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les auteurs expliquent que les buts de cette étude sont de répondre aux questions suivantes : - quelle est l'intensité de la douleur chez les patients hospitalisés ? - quelles sont les barrières et quels sont les facilitateurs à la gestion de la douleur liés aux patients, aux infirmières et au système ? - quels sont les liens entre l'intensité de la douleur et les barrières/facilitateurs à la gestion de la douleur ?

Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Les auteurs précisent qu'il s'agit d'une étude transversale.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population à l'étude est définie. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont explicités.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est décrit de façon détaillée. Deux tableaux présentent les caractéristiques des patients et celles des infirmières participant à l'étude.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Tous les outils utilisés pour la collecte de données sont décrits clairement.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			-
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			L'étude s'est déroulée d'octobre 2012 à avril 2013 dans deux hôpitaux de Belgique. Les infirmières travaillant dans les unités participant à l'étude ont toutes reçu un questionnaire et avaient deux semaines pour y répondre.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'approbation éthique a été obtenue par les comités d'éthique des deux hôpitaux. Les participants ont reçu des informations orales et écrites avant de décider de participer ou non à l'étude. Tous les patients ont dû fournir un consentement éclairé signé.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			-
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés à l'aide de résumé narratif et de tableaux. Les liens entre les deux sont clairs. Il est important de mentionner qu'il y a tout de même une erreur dans la présentation des résultats. En effet, le tableau 3 présentant les barrières à la

					gestion de la douleur indique que seul 2,3% des infirmières ont peur des effets secondaires des médicaments alors que le résumé narratif indique que seul 2,3% des infirmières étaient en désaccord avec le fait qu'elles avaient peur d'administrer des antalgiques en raison des possibles effets secondaires.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Les résultats sont organisés selon le modèle de Donabedian à des fins d'analyse.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats obtenus sont mis en lien avec des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Un paragraphe est dédié aux limites de l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		-
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs ne semblent pas vraiment traiter des conséquences de leur étude sur la pratique mais font des recommandations en lien les résultats qu'ils ont obtenus.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		Les auteurs ne font pas de recommandations pour les travaux de recherches futurs.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			-
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Manias, E. (2012). Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people : a qualitative observation and interview study. <i>International journal of nursing studies</i> , 49(10), 1243-1254.
Introduction Problème de recherche	La douleur continue d'être un problème commun chez les patients hospitalisés plus âgés, mais on sait peu de choses sur la façon dont les complexités de la pratique clinique affectent l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez ces patients.
Recension des écrits	La douleur continue d'être un problème récurrent pour les personnes âgées, qu'elle soit aiguë ou chronique. De nombreuses problématiques spécifiques à l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées en milieu hospitalier ont déjà été identifiées dans des études antérieures. Il y a un manque flagrant de recherches qualitatives sur la problématique de la complexité de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée hospitalisée : seules deux études par interviews et deux études par observation en milieu naturel concernant cette problématique ont été identifiées par l'auteur.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Question de recherche/buts	But principal de cette étude : examiner comment la douleur a été évaluée et prise en charge chez les patients âgés hospitalisés dans des unités d'évaluation gériatrique. Objectifs secondaires : - explorer comment les infirmières interagissent entre elles et avec les patients plus âgés au sujet de l'évaluation de la douleur et des pratiques de prise en charge de la douleur - identifier les obstacles qui influent sur la façon dont la douleur est évaluée et gérée chez ces patients
Méthodes Devis de recherche	Devis qualitatif : étude observationnelle en milieu naturel.

Population, échantillon et contexte	<p>Contexte : deux unités similaires (unités d'évaluation gériatrique) de deux hôpitaux d'enseignement publics australiens.</p> <p>Population :</p> <p>Infirmières : infirmières employées en fixe par les institutions (exclusion des infirmières intérimaires) 44 infirmières éligibles => n=34 infirmières ont donné leur accord pour participer à l'étude = 77% (recrutement par session d'informations)</p> <p>Patients</p> <p>Patients éligibles si</p> <ul style="list-style-type: none"> - douleur chronique ou aiguë durant les dernières 24 h précédant la période d'observation - pris en charge par une infirmière participant à l'étude <p>Si état confusionnel ou démence, nécessité d'avoir le consentement d'un proche ou du représentant légal</p> <p>Exclusion des patients médicalement instables</p> <p>Patients éligibles 342 => patients d'accord de participer (ou accord des proches) : n=285</p>
Méthode de collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> - Observation en milieu naturel des interactions entre infirmières et patients à différentes périodes de la journée et de la nuit <p>=> Ces périodes ont été déterminées après des discussions avec les infirmières employées dans les unités, et couvrent les changements d'équipe, les veilles et les soirées, les soins de base et les moments d'administration des analgésiques.</p> <p>=> - Périodes d'observation entre minuit et midi : 03h30, 07h30 et 10h30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Périodes d'observation entre midi et minuit : 15h30, 18h30 et 22h30. Durée d'une période d'observation 2 à 3 h <p>Durée estimée comme appropriée pour une observation soutenue, sans causer de fatigue au chercheur ou au participant.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les données ont été collectées entre 2007 et 2009</p> <p>Observation menée par un assistant de recherche ayant une importante expérience antérieure dans la recherche qualitative en hôpital.</p> <p>Un enregistreur audio portable muni d'un microphone a été utilisé pour consigner les observations et les entrevues et permettre une description rapide des activités.</p> <p>Après chaque période d'observation, des questions de clarification ont été posées lors d'une courte entrevue avec l'infirmière participante et ces commentaires ont également été enregistrés sur bande audio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au total, 75 observations ont été effectuées sur les différentes périodes pré-déterminées <p>Entre 12 et 13 observations ont été effectuées pour chacune des six périodes afin d'assurer la saturation des données</p> <p>Plus de 200 h d'observations ont été réalisées dans l'ensemble</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par un comité d'éthique (<i>Human research committee</i>) commun aux deux hôpitaux.</p> <p>Les patients et les infirmières ont été assurés de la confidentialité absolue des informations recueillies.</p> <p>Les personnes qui ont interagi avec les infirmières participantes et les patients ont été informées verbalement de l'étude pendant ou immédiatement après l'observation, et ont eu l'occasion de voir leur conversation retirée des données de recherche.</p> <p>La confidentialité concernant les deux hôpitaux participants a également été assurée à la demande des cadres supérieurs des soins infirmiers de chaque hôpital.</p>
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Transcription verbatim des enregistrements (périodes d'observation et entretiens de suivi). - Utilisation de statistiques descriptives pour résumer les données démographiques concernant les patients et les infirmières - Utilisation du modèle décrit par Ritchie et Spencer pour l'analyse des données des transcriptions

<p>Traitement/ Analyse des données</p>	<p>5 étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Familiarisation 2) Identification d'un cadre thématique 3) Indexation 4) <i>Charting</i> 5) <i>Mapping</i> et interprétation <p>- Analyse des résultats par l'auteur de l'étude et un chercheur indépendant, individuellement, puis détermination des thématiques par consensus</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Données démographiques</p> <p>Infirmières</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age : entre 22 et 60 ans (moyenne 45,5 ans, écart-type 11,5 ans) - Genre : 32 femmes (94,1%) - H/semaine : 8 et 40 h par semaine (médiane = 32,0 h) - Ancienneté : 7 et 480 mois (médiane = 44 mois) <p>Patients</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age : 62 à 96 ans (M = 80,9 ans, Ecart-type = 8,4 ans) <p>Résultats</p> <p>Quatre thématiques principales, chacune avec des sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - LA COMMUNICATION PARMI LES INFIRMIERES ET ENTRE LES PATIENTS AGES ET LES INFIRMIERES <ul style="list-style-type: none"> > <i>Communication entre infirmières au sujet du vécu de la douleur par les patients</i> - Les infirmières comptaient beaucoup les unes sur les autres pour déterminer l'antalgie des patients, car certains patients étaient confus ou étaient incapables d'exprimer leurs besoins. > <i>Communication des infirmières avec les patients concernant la douleur</i> - Un simple questionnaire était utilisé pour tous les patients, indépendamment de possibles obstacles à la communication - Un simple questionnaire a stimulé la colère, la frustration ou des réponses vagues chez certains patients > <i>Communication des patients avec les infirmières concernant la douleur</i> - Les patients se plaignaient de leur douleur lorsqu'ils devaient se déplacer pour effectuer une activité - Les patients ont communiqué leurs préoccupations au sujet des analgésiques qui leur ont été prescrits - LES STRATEGIES DE GESTION DE LA DOULEUR <ul style="list-style-type: none"> > <i>Utilisation de méthodes non-pharmacologiques</i> - Des moyens non-pharmacologiques étaient employés de manière très importante pour aider à soulager la douleur chronique - L'importance des moyens non-pharmacologiques était constamment renforcée

	<p>> <i>Titration régulière des antalgiques</i> - Les patients souffrant de douleurs à l'admission se voyaient prescrire du Paracétamol en dose fixe et les patients avec des douleurs sévères, des doses fixes contrôlées d'Oxycodone</p> <p>> <i>Utilisations des analgésiques pour traiter les douleurs soudaines ou douleurs induites</i> L'antalgie sur demande (PRN) était disponible lors de douleurs soudaines ou induites, mais les infirmières préféraient souvent attendre pour évaluer si l'antalgie fixe par Paracétamol était à même de soulager la douleur avant de donner une dose plus forte de PRN</p> <p>- ASPECTS CONTEXTUELS ET ORGANISATIONNELS DES SOINS</p> <p>> <i>Influence du moment de la journée sur l'administration de l'antalgie</i> - Les analgésiques à dose fixe sont administrés pendant les tournées de médicaments L'administration d'analgésiques fixes était souvent retardée en raison du nombre de médicaments à administrer et de la durée des tournées - Le double-contrôle de tous les opioïdes créait souvent du retard dans l'administration de l'antalgie, en particulier pendant les veilles</p> <p>> <i>Complexité des besoins en soins des patients</i> - Les besoins complexes en soins des patients ayant une influence sur la douleur comprennent la confusion, l'immobilité causée par des maladies chroniques comme la maladie de Parkinson, l'ostéoporose ou l'arthrose, les effets secondaires des opioïdes tels que les étourdissements et la confusion, l'incontinence ou les besoins urgents durant la nuit.</p> <p>> <i>Procédures d'évaluation de la douleur et d'administration des analgésiques</i> - De nombreux outils d'évaluation de la douleur adaptés aux patients plus âgés étaient disponibles dans les plans d'évaluation et de prise en charge de la douleur, mais les infirmières ne se fiaient généralement qu'à de simples questions pour évaluer la douleur. - Les procédures visant à diminuer les antalgiques étaient suivies : réévaluation du traitement pour identifier et stopper/diminuer tout médicament inapproprié ou inutile.</p> <p>- LA COMPLEXITE DE LA NATURE-MEME DE LA DOULEUR</p> <p>> <i>intensité de la douleur ressentie</i> - Il y avait des jugements sur ce qui constituait une « douleur tolérable », avant l'administration d'un analgésique</p> <p>> <i>descripteurs utilisés pour qualifier la douleur ressentie</i> La nature de la douleur a été affectée par des descripteurs appliqués à l'expérience douloureuse des patients en termes de présence simultanée de douleurs chroniques et aiguës, de localisation de la douleur et de différenciation entre douleur et inconfort.</p>
Discussion	<p>Principaux résultats à retirer de cette étude :</p> <p>> NATURE DES PROCESSUS DE COMMUNICATION UTILISES POUR EVALUER LA DOULEUR,</p>

Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Le fait de n'utiliser que de simples questions pour évaluer la douleur du patient âgé, en dépit des difficultés particulières comme les troubles sensoriels liés à l'âge ou les démences peut conduire à des ambiguïtés ou des mauvaises interprétations et, au final, une prise en charge peu efficace de la douleur. - Des outils d'évaluation de la douleur adaptés aux différentes situations étaient disponibles, mais les infirmières persistaient souvent à utiliser de simples questions - Ainsi, les infirmières basent leur évaluation de la douleur sur des pratiques habituelles plutôt que sur des soins personnalisés impliquant des outils validés et adaptés <p>> ÉQUILIBRE PRECAIRE DE LA TENTATIVE DE TRAITEMENT EFFICACE DE LA DOULEUR TOUT EN EVITANT LES EFFETS INDESIRABLES DES ANALGESIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Focus sur éliminer au maximum toute médication susceptible d'interférer avec les comorbidités ou troubles liés à l'âge des patients - les infirmières ont adopté un « rôle de policier » avec l'administration d'analgésiques - s'assurant que les patients recevaient leurs analgésiques à dose fixe régulièrement et à temps, mais en attendant également l'intervalle spécifié avant d'administrer un analgésique sur demande, quitte à ne pas l'administrer du tout. <p>Le problème avec le fait de retarder au maximum l'administration d'antalgiques sur demande est que la douleur risque d'atteindre un pic et de devenir difficilement gérable par la suite.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'objectif dominant de la dé-prescription signifiait également que les infirmières avaient tendance à se concentrer sur la capacité des patients à tolérer la douleur une fois que toutes les possibilités de dosage fixe étaient épuisées, plutôt que d'empêcher une escalade de la douleur par l'antalgie sur demande. - Les infirmières utilisaient souvent des moyens tels que les mobilisations pour éviter l'apparition de pathologies tels que les escarres ou les infections pulmonaires, même si ces mobilisations accentuaient les douleurs des patients, et souvent sans administrer d'antalgie supplémentaire. <p>Essentiellement, les infirmières justifient ces pratiques du fait qu'elles visent au final le bien-être du patient.</p> <p>> ASPECTS ENVIRONNEMENTAUX ET ORGANISATIONNELS DES SOINS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alors que la prescription d'antalgiques à heures fixes est reconnue comme bonne pratique, les infirmières n'étaient pas toujours en mesure d'assurer une administration en temps et en heure. Cela était surtout dû au fait de devoir administrer des traitements comportant souvent de nombreux médicaments, ce qui retardait le déroulement des tournées. - Les infirmières avaient tendances à se focaliser sur les douleurs aiguës au détriment des douleurs chroniques, alors que les patients âgés ont souvent des typologies de douleurs complexes, du fait des nombreuses comorbidités qu'ils peuvent présenter. <p>> NATURE COMPLEXE DES EXPERIENCES DOULOUREUSES DES PATIENTS AGES.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exprimer la douleur comme un inconfort était une stratégie d'adaptation pour les personnes âgées qui tentaient de nier ou de rejeter la présence de la douleur. <p>En voyant la douleur de cette façon (en tant qu'inconfort), elle pouvait être supportée et tolérée.</p>
Forces et limites	<p>Possibles limites : Le fait d'être observé peut mener à pratiquer différemment.</p>

	<p>Cependant, des recherches observationnelles antérieures montrent que la sensibilisation des participants à l'observation diminue avec le temps, surtout si des stratégies appropriées sont employées pour réduire l'anxiété</p> <p>Au cours des entrevues de suivi, les infirmières ont indiqué qu'elles se sentaient à l'aise pendant les observations et qu'elles étaient en mesure d'entreprendre librement leurs activités cliniques.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Implications pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières doivent être pleinement conscientes de l'expression de la douleur des patients sans porter de jugements ni d'excuses pour savoir si des mesures pharmacologiques de soulagement de la douleur peuvent attendre. - L'étude a démontré que les patients atteints de formes légères ou modérées de démence peuvent s'exprimer clairement sur la nature de leur douleur, et les infirmières doivent écouter leurs préoccupations et les prendre au sérieux. - Communiquer avec les patients pour négocier la façon dont la douleur est gérée devrait se produire à des moments précis et non pas de manière automatique lors des tournées de médicaments - En se focalisant, de manière individuelle, sur l'impact que la douleur a sur les activités de la vie quotidienne, il est très probable qu'il serait possible de contrôler la douleur sans augmenter les effets secondaires dus aux analgésiques. - Une utilisation proactive plus répandue des outils d'évaluation de la douleur sur mesure spécialement conçus pour les patients ayant une capacité cognitive réduite est nécessaire.
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Manias, E. (2012). Complexities of pain assessment and management in hospitalised older people : a qualitative observation and interview study. <i>International journal of nursing studies</i> , 49(10), 1243-1254.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Tous les détails nécessaires à une vue d'ensemble de l'articles sont présents et clairement énoncés.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			La mise en contexte est brève mais adresse les problématiques qui vont ensuite être abordées dans l'étude.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Elle relève principalement le manque de recherches qualitatives sur le sujet (deux études identifiées), et le peu de recherches en général.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			X	Il n'est pas vraiment fait mention de cadre théorique mais l'auteur parle de la richesse que peut apporter une étude qualitative au sujet de recherche choisi.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Un but principal ainsi que 2 buts secondaires sont identifiés.
Méthodes	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Observation en milieu naturel.

Devis de recherche	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Les avantages de ce devis qualitatif par rapport au sujet d'étude sont abordés dans l'introduction puis plus spécifiquement dans la section « méthode ».
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les critères d'inclusion sont explicités.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			La méthode d'échantillonnage est également mentionnée.
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Le développement de l'outil de collecte de données est justifié et basé sur des recherches antérieures et il est fait mention des méthodes de validation. La transcription et l'analyse des données sont justifiées en faisant référence à des modèles issus de la littérature scientifique. Il est fait mention de la saturation des données. Un chercheur indépendant avec une importante expérience dans la recherche qualitative en hôpital a effectué les observations sur le terrain.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			-
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'approbation du comité d'études couvrant les 2 sites hospitaliers a été obtenue. Anonymité des données garantie (pour les hôpitaux comme pour les patients). Le consentement pour les patients déments a été obtenu auprès des proches ou du représentant légal. Possibilité pour les personnes amenées à interagir avec les infirmières et les patients participants de voir leurs conversations retirées des données.

Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			-
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			L'auteur se base sur un modèle issu de la littérature scientifique.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Chaque résultat est illustré par des exemples de verbatim.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			-
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			L'auteur a fait appel à un chercheur indépendant pour l'analyse des données (en plus de sa propre analyse).

Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			L'auteur fait régulièrement référence à la littérature scientifique pour mettre en perspective ses propres résultats, de manière ciblée selon les items abordés.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		-
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Concernant la pratique, l'auteur relate plutôt les implications de son étude et ne fait pas de réelles recommandations. Il fait en revanche une série de recommandation pour des recherches futures.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			.-
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Furjanic, M., Cooney, A. & McCarthy, B. (2016). Nurses' knowledge of pain and its management in older people. <i>Nursing Older People</i> , 28(9), 32-37.
Introduction Problème de recherche	Des études ont démontré qu'un manque de connaissances de la part des cliniciens (<i>clinicians</i>) peut entraver la gestion efficace de la douleur. A l'hôpital, les infirmières sont généralement les premières personnes en contact avec les patients et peuvent être leurs défenseurs pour une gestion optimale de la douleur. Cependant, des recherches ont démontré que les infirmières manquent de connaissance sur la gestion de la douleur. Il existe actuellement peu d'études se concentrant spécifiquement sur la gestion de la douleur chez les personnes âgées en milieu de soins aigus.
Recension des écrits	En 2060, 30% de la population de l'union européenne sera âgée de 65 ans ou plus. En Europe, sur 1'000 personnes hospitalisées, 173 sont des personnes âgées ce qui indique que celles-ci sont souvent soignées à l'hôpital. De plus, la durée moyenne d'un séjour dans un hôpital prodiguant des soins aigus et de 8 à 12 jours pour les personnes âgées. En plus d'un taux d'hospitalisation élevé, les personnes âgées connaissent un grand nombre de comorbidités. Ces facteurs rendent les personnes âgées plus vulnérables à la douleur aiguë. De nombreuses études ont montré une prévalence de la douleur de près de 53% chez la personne âgée durant le mois précédent. Dans une étude, 37% des personnes âgées ont rapporté être préoccupées par la douleur. La douleur est un phénomène complexe et affecte négativement la santé et la qualité de vie des personnes âgées. La douleur est liée à des indicateurs de mauvaise qualité de vie tels qu'une augmentation des symptômes dépressifs, des insomnies et un isolement social. Une évaluation inadéquate de la douleur chez les personnes âgées conduit souvent à une douleur sous-traitée ou non-traitée.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Hypothèses/question de recherche/buts	Identifier les connaissances des infirmières au sujet de la douleur chez la personne âgée ainsi que sa prise en charge dans les hôpitaux prodiguant des soins aigus.
Méthodes Devis de recherche	Etude quantitative, descriptive et transversale.

Population, échantillon et contexte	Contexte : 2 hôpitaux choisis par convenance et faisant parti d'un groupe de soins de santé dans l'ouest de l'Irlande. Population : infirmières travaillant dans des services de médecine adulte, de chirurgie adulte et de gériatrie. Echantillon : toutes les infirmières répondant aux critères d'inclusion.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Afin de recueillir les données, le questionnaire « Pain Elderly Questionnaire » (PEQ) a été utilisé. C'est un auto-questionnaire composé de questions interrogeant les données démographiques des infirmières et de 14 énoncés vrai/faux. C'est un instrument fiable avec un alpha de Cronbach de 0,84. De plus, le questionnaire entier ou des parties de celui-ci ont été utilisés dans d'autres études. Un score élevé obtenu au questionnaire indique de grandes connaissances. Afin que les participants puissent ajouter des commentaires sur la gestion de la douleur chez les personnes âgées à l'hôpital, une partie en texte libre a été incluse au questionnaire. Cependant, en raison de contraintes de temps et de ressources limitées, cette partie n'a été ni pilotée ni validée mais a été incluse pour augmenter la richesse des données.
Déroulement de l'étude	La collecte de données s'est déroulée sur une période de 3 semaines entre le mois d'avril et de mai 2015.
Considérations éthiques	L'étude a reçu l'approbation éthique de la part du comité d'éthique de la recherche clinique de l'hôpital.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 22.0. Des statistiques descriptives et inférentielles ont été utilisées pour interpréter les données.
Présentation des résultats	Au total, 415 questionnaires ont été distribués au sein des 2 hôpitaux. Il y a eu un taux de réponse de 23% mais 2 questionnaires ont été exclus car les infirmières ne répondaient pas aux critères d'inclusion ($n=94$). 93% des participants étaient des femmes âgées de 21 à 62 ans et 69% détenaient un baccalauréat ou un diplôme d'études supérieures en sciences infirmières. Les répondantes étaient des infirmières expérimentées et près de 2/3 d'entre elles (64%) avaient plus de 10 ans d'expériences. Les personnes ayant répondu au questionnaire étaient réparties dans les services de médecine, de chirurgie et seul un petit nombre d'entre elles travaillaient en gériatrie. <u>Connaissances sur la douleur et sur la gestion de la douleur :</u> Les scores obtenus au questionnaire allaient de 7 à 100% et le score moyen obtenu était de 65% .

La question n°7 traitant de l'évaluation de la douleur a produit le pourcentage le plus élevé de réponses correctes (96% de réponses correctes). La question n°10 traitant des effets des opioïdes a produit le pourcentage le plus faible de réponses correctes (28% de réponses correctes).

Les 4 questions ayant obtenu le plus faible pourcentage de réponses correctes (questions n°9, 10, 11 et 13) sont de nature pharmacologique avec 3 questions traitant de l'utilisation des opioïdes. L'étude a révélé que 72% des personnes interrogées manquaient de connaissance ou avaient de fausses connaissances au sujet des effets des opioïdes chez les personnes âgées et que 52% avaient de fausses croyances au sujet de la dépendance aux opioïdes. L'étude a cependant révélé aucune corrélation entre l'âge ou les années d'expérience et les réponses correctes aux questions sur les opioïdes.

Les 3 questions ayant obtenu le pourcentage de réponses correctes le plus élevé se rapportaient à l'évaluation de la douleur et aux principes de gestion de la douleur. Plus de 95% des participants ont identifié correctement que l'évaluation de la douleur et son diagnostic ne sont pas des responsabilités principales des médecins.

Impact de l'éducation et de l'expérience sur la gestion de la douleur :

Environ 82% des participants ont déclaré avoir de l'expérience dans la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées. Cependant, 32% de ces participants ont obtenu des scores égaux ou inférieurs à 57%.

Les répondants ayant de l'expérience dans la gestion de la douleur chez les personnes âgées avaient des scores significativement plus élevés que ceux n'ayant pas une telle expérience.

Près de 75% des participants ont déclaré n'avoir pas assisté à des séances de formation sur la gestion de la douleur au cours des 2 dernières années. Cependant, détenir un diplôme d'études supérieures en soins infirmiers gériatriques ou assister à des séances éducatives n'a pas influencé significativement les scores ($p > 0,05$). Il n'y a aucune corrélation entre l'âge, le nombre d'années à exercer le métier, le milieu de travail ou la qualification des infirmières et le nombre de réponses correctes ($p > 0,05$).

Partie en texte-libre :

Seuls 14 participants ont inscrit des commentaires dans la partie en texte libre. 2 thèmes ont émergé de l'analyse de son contenu, à savoir :

- la complexité de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées
- les défis de la gestion de l'administration d'antalgiques

Les commentaires indiquent que les personnes âgées ne reconnaissent pas toujours éprouver de la douleur ou supposent que la douleur est un processus normal du vieillissement. Un participant a noté : « les personnes âgées croient souvent que la douleur fait partie du processus de vieillissement et ils sont plus lents à rapporter des symptômes qu'une personne plus jeune ». Un autre participant a noté : « certaines personnes âgées se plaignent rarement de douleurs. Elles disent souvent qu'elles sont envahies par la douleur. Il peut être difficile d'évaluer la douleur chez certaines personnes âgées parce qu'elles trouvent difficile de comprendre le concept d'échelle de la douleur. Elles peuvent également manquer de vocabulaire pour décrire leur douleur de manière appropriée.

Les participants ont exprimé des inquiétudes sur la façon dont les antalgiques peuvent affecter les personnes âgées. Des commentaires tels que : « les personnes âgées sont plus susceptibles d'accumuler des opioïdes » et « il est important d'être conscient des effets secondaires potentiels tels que la

	constipation » soulignent que les infirmières ont besoin d'avoir des connaissances pharmacologiques et physiopathologiques spécifiques aux personnes âgées afin de prendre en charge leur douleur.
Discussion Interprétation des résultats	<p>Cette étude a révélé des lacunes au sujet des connaissances chez les participants, comme en témoigne le score total moyen qui était de 65%. Ce résultat est comparable à ceux obtenus dans 2 autres études réalisées dans d'autres pays dans lesquelles le même instrument a été utilisé et où les scores totaux moyens étaient de 41 et 71%. Il est inquiétant de constater que plus de 1/3 des participants n'ont pas obtenu un score plus haut que 57%.</p> <p>La plupart des personnes interrogées manquaient de connaissances pharmacologiques spécifiques à la prise en charge de la douleur des personnes âgées. La moitié des participants avaient de fausses croyances au sujet de la dépendance aux opioïdes chez les personnes âgées et 3/4 ont identifié de façon incorrecte les effets des opioïdes chez les personnes âgées. Ces lacunes sont cohérentes avec celles ressorties d'études internationales précédentes ce qui soulève de l'inquiétude et questionne : est-ce que la douleur des personnes âgées est gérée adéquatement en milieu de soins aigus ?</p> <p>Les personnes âgées présentent un risque élevé d'effets indésirables causés par les médicaments en raison de changements physiologiques et de changements liés aux maladies. Il est donc important que les infirmières connaissent la pharmacodynamique et la pharmacocinétique afin de pouvoir prévenir, identifier et gérer les effets secondaires des antalgiques. Les effets secondaires des opioïdes que les infirmières peuvent identifier sont la somnolence, les vertiges, les nausées, les vomissements ainsi que la constipation.</p> <p>Dans cette étude, même si leurs scores globaux étaient faibles, les infirmières ayant plus d'expérience dans la gestion de la douleur chez les personnes âgées ont obtenu des résultats significativement plus élevés que celles ayant une expérience limitée. Ceci peut indiquer que l'expérience dans la gestion de la douleur chez les personnes âgées n'équivaut pas à une augmentation des connaissances et démontre que les formations continues sont importantes quelle que soit l'expérience. Les résultats obtenus dans d'autres études suggèrent que les infirmières expérimentées peuvent manquer de connaissances.</p> <p>Dans la partie en texte libre, les participants ont soulevé les difficultés de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées, en particulier en raison de la langue et de la terminologie utilisée.</p> <p>Les participants ont soulevé que les personnes âgées tardent à signaler leur douleur, ce qui peut être attribuée au stoïcisme. Ils ont également soulevé que les personnes âgées ont de la difficulté à comprendre les échelles d'évaluation de la douleur.</p> <p>Ni la participation à des séances de formation sur la gestion de la douleur ni la possession d'un diplôme d'études supérieures en soins infirmiers gériatriques n'a influencé les résultats obtenus. Il pourrait être intéressant, durant le cursus permettant d'obtenir un diplôme de niveau supérieur, de déterminer combien de temps est consacré aux cours sur la gestion de la douleur et d'en examiner le contenu. Cette étude suggère que les infirmières ont des connaissances insuffisantes.</p>
Forces et limites	<p>Limite : étude réalisée uniquement au sein de 2 hôpitaux d'Irlande (localisation restreinte), petite taille de l'échantillon, faible taux de réponses.</p> <p>Force : résultats obtenus cohérents avec ceux d'études internationales antérieures ce qui indique que le manque de connaissance des infirmières prenant en charge la douleur des personnes âgées est un problème mondial.</p>

<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les guides pratiques de gestion des opioïdes pour les personnes âgées suggèrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'instaurer un médicament à la fois et à faible dose et de l'augmenter progressivement en fonction de la réponse - de surveiller de d'évaluer les effets du traitement dans l'heure suivant l'administration et ensuite au moins toutes les 4 heures - de considérer l'utilisation d'interventions non-pharmacologiques <p>Les guides pratiques d'évaluation de la douleur reconnaissent ce problème et suggèrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les infirmières évaluant la douleur chez les personnes âgées devraient utiliser des synonymes du mot « douleur » <p>Afin d'améliorer l'évaluation de la douleur, les guides pratiques suggèrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les infirmières choisissent des échelles d'évaluation de la douleur standardisées qui correspondent le mieux aux besoins de chaque patient - les infirmières utilisent plusieurs outils différents <p>Les commentaires des participants indiquent que les personnes âgées hospitalisées peuvent ressentir de la douleur inutilement. L'utilisation de questions ouvertes et d'un instrument d'évaluation de la douleur multidimensionnel aideraient à améliorer la communication entre les patients et les infirmières. RCP et al. (2007) ont développé un algorithme pour l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées auquel les infirmières peuvent se référer et adapter leur évaluation à chaque patient. Ce serait un guide utile dans la pratique parce qu'il encourage l'utilisation d'autres descripteurs ainsi que l'observation de signes de la douleur.</p> <p>BPS et BGS (2015) recommandent une éducation et une formation normalisées sur la douleur pour tous les fournisseurs de soins de santé. Des études ont démontré que la mise en pratique de programmes d'éducation sur la douleur avait un effet positif sur les connaissances des infirmières au sujet de la douleur.</p>
<p>Commentaires</p>	<p>-</p>

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Furjanic, M., Cooney, A. & McCarthy, B. (2016). Nurses' knowledge of pain and its management in older people. <i>Nursing Older People</i> , 28(9), 32-37.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Problème : connaissances de la douleur et de sa gestion chez les personnes âgées. Population : infirmières. Le titre ne précise cependant pas le contexte (hôpitaux prodiguant des soins aigus).
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise clairement les parties principales de la recherche (but, méthode, résultats et discussion).
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est clairement formulé (manque de connaissance de la part des infirmières au sujet de la gestion de la douleur).
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension des écrits se base sur des travaux concernant les personnes âgées et la douleur. Elle souligne le fait que peu d'études se concentrent sur la gestion de la douleur chez les personnes âgées en milieu de soins aigus.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucune théorie et aucun concept ne sont énoncés dans cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les auteurs expliquent que le but de cette étude est d'identifier les connaissances des infirmières au sujet de la douleur et de sa gestion chez les personnes âgées hospitalisées dans des hôpitaux prodiguant des soins aigus.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Les auteurs précisent qu'il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et transversale.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X		La population à l'étude est définie.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X		Les critères d'inclusion sont explicités.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X	La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X		Le questionnaire utilisé est clairement décrit.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X		-
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X		L'étude s'est déroulée sur une période de 3 semaines entre le mois d'avril et de mai 2015. Les auteurs disent que 415 questionnaires ont été envoyés au sein des 2 hôpitaux mais ne précisent pas par quel moyen.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X		L'étude a reçu l'approbation éthique de la part du comité d'éthique de la recherche clinique de l'hôpital (<i>Healthcare group</i> pour les deux sites hospitaliers de l'étude)
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X		-
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats sont présentés à l'aide de résumé narratif et de tableaux. Les liens entre les 2 sont clairs Il manque cependant les tableaux présentant les analyses de corrélations relatées dans le résumé narratif.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X	Aucun cadre théorique ni conceptuel n'est énoncé dans cette étude.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		Les résultats obtenus sont mis en lien avec des études antérieures.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Un paragraphe est dédié aux limites de l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		-
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs ne semblent pas vraiment traiter des conséquences de leur étude sur la pratique mais font des recommandations en lien les résultats qu'ils ont obtenus.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		Les auteurs ne font pas de recommandations explicites en matière de recherche. Ils font cependant des recommandation en matière de formation (réévaluation de certain programmes de formation à la gestion de la douleur) et également en terme de pratique, pour stimuler l'utilisation d'outils ou de guidelines déjà existants.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			C'est un article plutôt court (6 pages). Il contient cependant toutes les informations importantes.
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Coutaux, A., Salomon, L., Rosenheim, M., Baccard, A.-S., Quiertant, C., Papy, E., Blanchon, T., Collin, E., Cesselin, F., Binhas, M. & Bourgeois, P. (2008). Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study. <i>European Journal of Pain</i> , 12, 3-8.
Introduction Problème de recherche	Douleur induite par les soins chez les patients hospitalisés.
Recension des écrits	Pour prévenir la douleur, il est nécessaire d'évaluer celle causée par les soins et les procédures médicales. Ce type de recherches a souvent été entrepris au sein de départements pédiatriques, mais plus rarement dans les soins aux adultes, hormis en chirurgie et oncologie. Ces dernières recherches se focalisent cependant sur les procédures connues pour être douloureuses. Il existe à ce jour peu de littérature scientifique sur les procédures douloureuses en général, et sur la fréquence et l'intensité de la douleur qu'elles causent. Aucune étude ne s'est penchée sur un échantillon général de patients hospitalisés (transversal au niveau des départements). De plus, il n'existe pas à ce jour une étude qui considère de manière exhaustive la douleur induite par les soins, sans cibler certaines procédures connues comme douloureuses.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Hypothèses/question de recherche/buts	L'objectif de cette étude est d'identifier les procédures (traitements, examens, etc.) ou les situations (telles qu'un déplacement ou une attente) susceptibles d'induire ou d'augmenter la douleur chez les patients hospitalisés mais aussi de déterminer les procédures les plus douloureuses et celles les plus fréquemment douloureuses..
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif, étude transversale.
Population, échantillon et contexte	Population : patients hospitalisés en soins aigus dans les hôpitaux Henri Mondor et Pitié-Salpêtrière à Paris (total de 57 départements de soins aigus comprenant un total de 3'000 lits) le jour où les interviews ont été menés (n=2152). Échantillon : 1/3 de patients dans chaque unité a été sélectionné au hasard avant d'être soumis aux critères d'exclusion (n=684). Critères d'exclusion : - ne consent pas à participer à l'étude - n'est pas capable de communiquer correctement ou de comprendre les questions (ex : connaissance du français insuffisante)

	<p>Ce dernier critère excluait d'office les patients en soins intensifs, mais ce département a pu être évalué en posant des questions aux patients qui avaient été précédemment hospitalisés en soins intensif (durant ce même séjour).</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Dix médecins ou infirmiers ont suivi une formation spéciale afin d'interroger les participants. A noter qu'ils n'ont pas interrogé les patients hospitalisés dans leurs propres unités afin d'éviter d'influencer leurs réponses.</p> <p>L'étude s'est déroulée de manière rétrospective, l'interview concernant les événements des 15 jours précédents.</p> <p>La 1^{ère} partie du questionnaire consistait à collecter des informations générales (âge, sexe et durée d'hospitalisation), la présence d'une maladie quelconque et si oui ou non, les patients interrogés ont expérimenté durant leur hospitalisation en cours des procédures médicales, des examens, des traitements ou toute autre situation ayant provoqué une douleur d'une quelconque intensité.</p> <p>La douleur postopératoire en soi ne faisait pas partie des données collectées.</p> <p>Un 2^{ème} questionnaire était entamé dès qu'un patient mentionnait une expérience douloureuse. Il concernait le type de procédure/situation, l'intensité perçue de la douleur (échelle verbale simple comportant 4 items : douleur légère, modérée, sévère et extrêmement sévère) et la fréquence de la procédure durant les 15 jours précédant l'interview.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les interviews ont eu lieu en l'espace de 1 journée dans les départements des hôpitaux Henri Mondor et Pitié-Salpêtrière à Paris.</p> <p>Lorsqu'un patient issu de la sélection randomisée n'était pas disponible, l'enquêteur revenait plus tard dans la journée, jusqu'à pouvoir interroger le patient en question.</p>
Considérations éthiques	<p>L'obtention d'un consentement écrit et signé était nécessaire pour pouvoir interroger les patients, ce qui excluait d'emblée les personnes incapables, pour différentes raisons, de comprendre et communiquer aisément en français. De plus, les enquêteurs n'interrogeaient pas les patients hospitalisés dans leurs propres unités afin d'éviter d'influencer leurs réponses.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les statistiques sont entièrement descriptives. Toutes les procédures ont été classées par fréquence et par intensité afin d'identifier les procédures les plus fréquemment rapportées comme douloureuses et celles rapportées comme les plus douloureuses.</p> <p>Une étude analytique a cherché à évaluer si l'intensité de la douleur perçue était associée au fait que la procédure soit répétée, puisque cette dernière pouvait modifier la perception de la douleur pendant la prise en charge.</p> <p>Toutes les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS [version non précisée].</p>
Présentation des résultats	<p>Parmi les 2'152 patients éligibles, presque un tiers a été sélectionné au hasard et tous ont accepté de participer à l'enquête ($n=684$).</p> <p>Cet échantillon comprenait 402 patients (59%) souffrant de douleurs provenant d'une maladie sous-jacente. 59% d'entre eux évaluaient cette douleur comme étant sévère ou extrêmement sévère.</p> <p>A noter que la durée médiane de l'hospitalisation était de 6 jours.</p> <p>La prévalence de la douleur induite par les soins était de 55%. Un total de 671 événements douleurs ont été cités avec une moyenne de 1,8 événements par patient.</p>

	<p>Procédures douloureuses Ces 671 événements douloureux étaient en relation avec 81 procédures différentes. La moitié (52%) ont été exécutées par du personnel non-médical et 31% ont eu lieu en dehors du département où était hospitalisé le patient. Les procédures ont été classées en 8 sous-groupes, à savoir : ponctions vasculaires, ponctions non-vasculaires, procédures invasives autres, mobilisations, traitements, imageries et autres examens à visée diagnostique, examens physiques. Les procédures engendrant des douleurs les plus fréquemment rapportées étaient les ponctions vasculaires et les mobilisations.</p> <p>Intensité de la douleur Les procédures ont été classées selon l'intensité de la douleur qu'elles engendraient. Plus de la moitié des épisodes douloureux, parmi lesquels la plupart étaient des ponctions vasculaires (28%) ou des mobilisations (27%), ont été classés comme sévère ou extrêmement sévère. L'intensité de la douleur variait en fonction du type de procédure. Si les ponctions vasculaires étaient la procédure douloureuse la plus fréquente avec une douleur d'intensité modérée (douleur d'intensité faible à modérée dans 58% des cas), les mobilisations étaient fréquentes (en termes d'occurrence absolue) et très douloureuses (douleurs rapportées comme sévère à extrêmement sévère dans 67% des cas). L'intensité maximale de la douleur a été évaluée plus élevée pour les événements ayant été répétés que pour ceux ayant été réalisés une seule fois (62% d'épisodes de douleurs sévère à extrêmement sévères contre 53%, p=0,02).</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Selon les auteurs, cette étude est la première évaluant la douleur induite chez une large population de patients adultes hospitalisés. La douleur induite par les soins est un large concept qui inclut la douleur durant un examen médical, des soins infirmiers, des déplacements à l'intérieur de l'hôpital mais aussi durant les périodes d'attente durant des imageries à visée diagnostique ou encore des traitements (tels que la radiothérapie ou des procédures chirurgicales mineures). Cette étude montre une fréquence et une diversité de procédures douloureuses inattendues. Elle montre également que de nombreuses procédures considérées comme routinières et inoffensives sont actuellement douloureuses (comme un examen clinique ou la récolte d'un échantillon de sang) de même que certaines procédures qui ne sont pas directement liées aux soins apportés aux patients (par exemple les déplacements ou les périodes d'attente). Dans cette étude, plus de la moitié des patients ont souffert de douleurs induites par les soins avec 57% des événements dont la douleur était évaluée comme sévère à extrêmement sévère. La prévention de la douleur induite par les soins peut ainsi être améliorée dans notre pratique de tous les jours.</p> <p>Ce résultat est cohérent avec celui d'une large étude de 5'957 participants, ayant subi 6 procédures spécifiques, et parmi lesquels 63% n'ont pas reçu d'analgésiques. Les résultats ont indiqué quelles procédures sont extrêmement douloureuses. Ils ont également démontré que les procédures de routines comme le prélèvement d'échantillon de sang peuvent être considérées comme très douloureuses par les patients. Cette information est importante pour les professionnels de la santé qui supposent souvent que la douleur induite par les examens de routine est considérée comme transitoire alors qu'elle est une vraie préoccupation.</p>

	<p>Tenter de prévenir la douleur à l'aide de procédures appropriées prend souvent beaucoup de temps et exige une coopération efficace entre tous les membres de l'équipe. Les procédures de prévention de la douleur devraient être utilisées par toutes les unités. A l'heure actuelle, on sait que les patients hésitent à se plaindre ou à parler de leur douleur s'ils ne sont pas spécifiquement interrogés à ce sujet par les infirmières ou les médecins, et l'évaluation subjective de la douleur ne semble pas fiable. De plus, les enquêtes comparant la douleur des patients à son évaluation subjective faite par les soignants montrent des résultats contradictoires.</p> <p>Une enquête réalisée auprès d'un grand nombre d'oncologues et de médecins généralistes a révélé que le personnel médical et non médical sous-estimait constamment la douleur, bien que le personnel des services d'oncologie et de pédiatrie semblait plus préoccupé et conscient de la douleur. Il semble que la prise en compte insuffisante de la douleur ne soit pas due à de l'indifférence de la part des soignants mais plutôt à la méconnaissance de la nature douloureuse de certaines procédures et à la méconnaissance de l'entier des moyens préventifs et analgésiques à disposition. La majorité des épisodes douloureux rapportés étaient fait par le personnel soignant même si les examens cliniques exécutés par des médecins étaient également mentionnés comme douloureux.</p>
Forces et limites	<p>La principale limite méthodologique de cette étude est sa conception rétrospective, sur une période de 15 jours, ayant exposé l'enquête à un biais de mémorisation.</p> <p>Dans une étude réalisée en 2001, les auteurs ont démontré qu'une étude rétrospective était une conception valide pour l'évaluation de la douleur puisque les patients se rappellent avec précision de la sévérité d'un épisode douloureux aigu pendant au moins 1 semaine après cet événement. Le choix d'une période de 2 semaines a permis de rendre compte de procédures plus rarement réalisées avec un biais minime, considérant que la moitié des patients étaient hospitalisés moins de 6 jours.</p> <p>Force : cette étude a permis de faire un sondage sur toutes les procédures douloureuses parmi 3'000 patients hospitalisés sur une période de 15 jours.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Une expérience douloureuse, même de courte durée, n'est jamais souhaitable et devrait donc être prévenue au mieux par les connaissances et compétences actuelles.</p> <p>De plus, une accumulation de preuves semble indiquer qu'une mauvaise prise en charge de la douleur aiguë, même brève, peut avoir des conséquences à long terme (référence à d'autres études) et mener, de par des lésions physiologiques au niveau des tissus mous et du système nerveux afférent, à des douleurs chroniques.</p> <p>Enfin, en guise d'exemple, il existe une corrélation, entre l'intensité de la douleur chez les personnes âgées et les conséquences immédiates en postopératoire pour les fractures de hanche.</p> <p>La prévention de la douleur induite par les soins peut ainsi être améliorée dans la pratique de tous les jours (sachant que plus de la moitié des patients interrogés ont mentionné des épisodes de douleur induite par les soins).</p> <p>Deux catégories de procédures douloureuses ressortent de cette étude :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) les procédures plus rares, mais invariablement très douloureuses 2) les procédures plus fréquentes et également douloureuses <p>Pour ce qui est de la première catégorie, il conviendrait de procéder selon les étapes suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) confirmer à l'aide d'études/sondages l'intensité douloureuse de ces procédures particulières b) questionner l'utilité de la procédure au cas par cas et ne l'exécuter qu'en cas d'absolue nécessité, par du personnel qualifié

	<p>c) mettre à disposition des protocoles spécifiques d'antalgie préventive, y compris si possible des moyens non-pharmacologiques</p> <p>d) évaluer l'efficacité de ces protocoles</p> <p>Pour ce qui est de la deuxième catégorie, il conviendrait d' :</p> <p>a) éviter autant que possible les répétitions inutiles</p> <p>b) identifier les populations à risques, y compris (mais pas exclusivement) les personnes âgées, les femmes, les jeunes patients et les patients souffrant de maladies causant déjà des douleurs intenses</p>
Commentaires	Cette étude fournit des données uniques sur la douleur induite par des procédures communes auprès d'une population étendue d'adultes hospitalisés.

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Coutaux, A., Salomon, L., Rosenheim, M., Baccard, A.-S., Quiertant, C., Papy, E., Blanchon, T., Collin, E., Cesselin, F., Binhas, M. & Bourgeois, P. (2008). Care related pain in hospitalized patients : a cross-sectional study. <i>European Journal of Pain</i> , 12, 3-8.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le seul détail qui n'apparaît pas dans le titre est le fait qu'il s'agit d'une population de patients hospitalisés comprenant uniquement des adultes.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise clairement les différentes parties de l'article (contexte, objectif, méthodologie, résultats, conclusion).
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui. Cependant, les auteurs ciblent une population de patients hospitalisés mais ne précisent pas qu'il s'agit uniquement d'adultes.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Oui. De plus, la recension des écrits fait état du manque de littérature sur le sujet actuel.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucune théorie et aucun concept ne sont énoncés dans cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	Le but de l'étude est clair (l'objectif de cette étude est d'identifier les procédures (traitements, examens, etc.) ou les situations (telles qu'un déplacement ou une attente) susceptibles d'induire ou d'augmenter la douleur chez les patients hospitalisés mais aussi de déterminer les procédures les plus douloureuses et les procédures douloureuses les plus fréquentes).
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Les auteurs précisent qu'il s'agit d'une étude rétrospective et transversale. Le devis de recherche n'est pas évoqué. Cependant, il est clair qu'il s'agit d'un devis quantitatif.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population à l'étude est définie de façon précise (patients hospitalisés en soins aigus dans les hôpitaux Henri Mondor et Pitié-Salpêtrière à Paris).
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Le processus de recrutement des patients de l'étude est décrit. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont mentionnés, explicités et justifiés.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Le questionnaire composé de 2 parties est clairement décrit.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			-
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Le déroulement est clairement décrit et il est mentionné que le personnel infirmier et médical ayant mené les interviews a reçu une formation spéciale à cet effet.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?			X	Il est fait mention de l'obtention d'un consentement écrit à signer par les patients comme critère d'inclusion absolu pour participer à l'étude. De plus, les enquêteurs n'interrogeaient pas les patients hospitalisés dans leurs propres unités afin d'éviter d'influencer les réponses de ceux-ci. Il n'est fait aucune mention de l'obtention de l'accord (ou de la nécessité d'obtenir un tel accord) auprès des commissions d'éthique des hôpitaux/autorités publiques concernées.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les données ont été analysées de manière descriptive. De plus une étude analytique a été réalisée (son nom n'est pas spécifié) pour évaluer si l'intensité de la douleur perçue était associée au fait que la procédure était répétée.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés à l'aide de résumés narratifs et de tableaux. Les liens entre les 2 sont clairs.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est évoqué dans cette étude.

	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont mis en lien avec des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites de l'étude sont clairement énoncées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Les auteurs mentionnent que leur étude fournit des données uniques sur une large population (adultes hospitalisés) mais n'aborder pas directement la question de la généralisation des conclusions.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs font des recommandations en lien avec les résultats obtenus.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		Les auteurs ne font pas de recommandations pour les travaux de recherche futurs.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			-
Commentaires :	-				

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Ambrogi, V., Tezenas du Montcel, S., Collin, E., Coutaux, A., Bourgeois, P. & Bourdillon, F. (2014). Care-related pain in hospitalized patients : Severity and patient perception of management. <i>European Journal of Pain</i> , 1 – 9.
Introduction Problème de recherche	L'intensité de la douleur induite par les soins auprès des patients hospitalisés et leur perception de sa gestion.
Recension des écrits	<p>Les patients hospitalisés subissent fréquemment des procédures douloureuses. La douleur induite par les soins est devenue une préoccupation chez les professionnels de la santé dès le début des années 1990. Elle a principalement été étudiée dans les domaines de la pédiatrie, de l'oncologie, de la chirurgie et au sein des unités de soins intensifs ou dans le cadre de procédures spécifiques. Peu d'études concernant la prise en charge de la douleur chez l'ensemble des patients hospitalisés ont été effectuées. De plus, une étude réalisée par Coutaux et Collin (2008) a mis en évidence que la douleur induite par les soins était sous-évaluée et que celle-ci n'était pas prise en compte ou gérée de façon suffisante.</p> <p>En France, le Haut Conseil de la Santé Publique a élaboré, dans son programme de lutte contre la douleur 2006 – 2010, des recommandations permettant de prévenir la douleur induite par les soins, principalement chez les enfants. La prise en charge de la douleur induite par les soins chez les enfants s'est améliorée au cours des années 1990, notamment avec l'utilisation de l'oxyde nitreux, sans que la douleur induite par les soins chez les nouveau-nés soit systématiquement prise en charge.</p> <p>La douleur induite par les soins est responsable de l'inconfort du patient et peut avoir des conséquences cliniquement significatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des études réalisées sur des animaux et sur des humains ont démontré qu'une accumulation de stimuli nociceptifs peut mener à une hyperexcitabilité centrale, mécanisme supposé causer des hyperalgésies dans le contexte d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme - les patients hospitalisés dans un service de soins intensifs se souviennent très bien des procédures douloureuses répétées. - après un traitement adéquat de la douleur induite par les soins : <ul style="list-style-type: none"> ➤ la durée de la ventilation ainsi que la durée du séjour passé à l'hôpital a diminué chez les patients traumatisés sévères ➤ l'occurrence des décompensations sévères diminuait en soins intensifs ➤ le taux de survie à long terme pour les patients traités par chirurgie pour un carcinome colorectal été amélioré <p>A la connaissance des auteurs, aucune étude n'a analysé la façon dont les adultes hospitalisés perçoivent la prise en charge de la douleur induite par le personnel soignant dans toutes ses interventions. De plus, un traitement analgésique adéquat est un aspect important de la qualité des soins.</p>

	Une étude précédente (Bourdillon et al. 2012) réalisée dans un hôpital universitaire de Paris a démontré une prévalence de la douleur de 59% (induite par les soins ou non) et 81% de patients satisfaits de la gestion de leur douleur.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Hypothèses/question de recherche/buts	Evaluation de la prévalence et des caractéristiques de la douleur induite par les soins, sa prise en charge et les facteurs en lien avec sa sévérité au sein d'un hôpital universitaire de Paris (même hôpital que dans l'étude de Bourdillon et al. 2012).
Méthodes Devis de recherche	Etude transversale Devis quantitatif, étude corrélationnel (pas précisé dans l'article).
Population, échantillon et contexte	Contexte : - hôpital universitaire parisien Population (n = 1214) - patients hospitalisés dans cet hôpital : ➤ 38 départements cliniques différents, à savoir : 21 départements de médecine, 11 départements de chirurgie (dont 1 département d'obstétrique), 2 départements de soins intensifs comportant plusieurs unités, 2 départements psychiatriques dont un département de pédopsychiatrie (la seule unité pour enfants de l'hôpital) et 2 unités de réhabilitation Echantillon (n = 938) : - patients pouvant communiquer - patients hospitalisés pendant au moins 24 heures
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	L'enquête a été menée par des étudiants en médecine et des étudiants en soins infirmiers ayant reçu une formation spécifique ou par des médecins exerçant au sein du département d'évaluation et de traitement de la douleur. Les données ont été récoltées à l'aide d'un questionnaire divisé en 4 parties ; la 1 ^{ère} partie du questionnaire consistait à récolter des informations générales telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le type d'unité dans laquelle les patients étaient hospitalisés ainsi que la durée de leur séjour à l'hôpital. De plus, il était demandé aux patients s'ils avaient ressenti de la douleur au cours des 24 dernières heures. Si c'était le cas, ceux-ci complétaient alors la 2 ^{ème} partie du questionnaire qui mettait l'accent sur les caractéristiques de leur douleur puis la 3 ^{ème} partie du questionnaire traitant de leurs perceptions quant au traitement de leur douleur. Cette 3 ^{ème} partie s'est terminée par une question portant sur la diminution de la douleur au cours des 24 dernières heures et sur le niveau de satisfaction du patient face à la prise en charge de sa douleur.

	<p>L'étude actuelle s'est concentrée sur la 4^{ème} partie du questionnaire qui traite de la prévalence et de la gestion de la douleur induite par les soins. Pour les patients ayant déclaré avoir souffert de douleur induite par les soins dans le courant des 15 jours précédant l'enquête (n = 540), cette 4^{ème} partie du questionnaire a permis de recueillir des informations sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intensité de la douleur (notée sur une échelle verbale simple avec 4 catégories de descripteurs de douleur : faible, modérée, intense et très intense) - la fréquence de la procédure (si celle-ci avait été effectuée plusieurs fois pendant l'hospitalisation) - les informations reçues par le patient (si celui-ci avait été informé que la procédure pouvait être douloureuse) - les traitements préventifs (est-ce qu'un traitement préventif avait été proposé ? est-ce qu'un traitement préventif avait été administré ?) <p>Les procédures douloureuses rapportées par les patients ont été classées dans l'une des 8 catégories citées dans les études de Coutaux et Collin (2008) et de Coutaux et al. (2008).</p> <p>Les douleurs induites par les soins ont quant à elles été classées en 2 catégories, à savoir : les douleurs sévères (intenses et très intenses) et les douleurs non sévères (faibles et modérées).</p>
Déroulement de l'étude	Cette étude est basée sur une enquête rétrospective (à 2 semaines) réalisée durant une journée (13.10.2009) dans un hôpital de Paris. Afin de récolter les données, un questionnaire divisé en 4 parties a été proposé aux patients correspondant aux critères d'inclusion.
Considérations éthiques	Les enquêteurs étaient tenus de ne pas interroger les patients qu'ils soignaient. Le comité d'examen institutionnel local a approuvé le protocole d'étude. Les patients ont donné leur consentement pour participer à l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les caractéristiques des patients, les procédures douloureuses et la gestion de la douleur induite par les soins ont été analysés à l'aide de moyennes, de pourcentages et de fréquences.</p> <p>Le test du χ^2 (variables catégorielles) et le T-test (variables quantitatives) ont été utilisés pour les comparaisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les facteurs associés à la sévérité de la douleur induite par les soins ont été analysés par régression logistique hiérarchique univariée suivie d'une régression logistique hiérarchique multivariée par étapes - Un modèle hiérarchique a été choisi en raison de la structure hiérarchique des données (un patient aurait pu subir plusieurs procédures) - Les variables indépendantes étudiées dans l'analyse de régression étaient les caractéristiques physiques et démographiques des patients incluant l'âge, le sexe, la catégorie de procédure, l'unité d'hospitalisation, la durée du séjour, si la procédure a été répétée durant l'hospitalisation, la présence de douleur dans les dernières, la cause de la douleur éprouvée dans les dernières 24 heures et la gestion de la douleur induite par les soins - Le modèle multivarié a été ajusté selon l'âge, le sexe et la catégorie de procédure. - Les variables significatives sur l'analyse univariée ont été incluses dans l'analyse de régression logistique multivariée par sélection ascendante par étapes, les variables non significatives ($p=0,05$)

Présentation des résultats	<p>Dans l'analyse univariée, les variables associées à l'intensité de la douleur induite par les soins étaient la catégorie de procédures, l'unité hospitalière, la durée du séjour et une expérience douloureuse dans les 24 heures précédentes.</p> <p><u>Caractéristiques des patients :</u> Sur les 938 patients ayant répondu au questionnaire, 540 (58%) ont rapporté avoir souffert de douleur induite par les soins durant les 15 jours précédant l'enquête. 51,2% d'entre eux étaient des hommes, l'âge moyen était de 54,2 avec un écart-type de 18,2 ans et l'âge médian était de 54 ans. 55,0% d'entre eux étaient hospitalisés dans un service de médecine, 26,7% dans un service de chirurgie, et 11,7% dans un service de soins intensifs. 47,8% possédait un baccalauréat. Comparés aux 398 patients n'ayant pas souffert de douleur induite par les soins durant les 15 jours précédant l'enquête, ceux ayant souffert de douleur induite par les soins étaient plus susceptibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'avoir souffert de douleur durant les 24 heures précédant l'enquête (70,4% vs 44,3% ; $p < 0,0001$) - d'être hospitalisés pendant au moins 1 semaine (48,7% vs 38,3% ; $p = 0,007$) - d'avoir un haut niveau d'éducation (au moins un baccalauréat) (52,2% vs 44,3% ; $p = 0,02$) <p>Cependant, ni l'âge ni le sexe n'étaient corrélés avec le fait d'avoir ressenti de la douleur induite par les soins durant les 15 jours précédant l'enquête.</p> <p><u>Caractéristiques et gestion de la douleur induite par les soins :</u> Les 540 patients ayant souffert de douleur induite par les soins ont reportés 907 procédures douloureuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 59,4% avaient subi 1 catégorie de procédures - 25,9% avaient subi 2 catégories de procédures - 14,1% avaient subi plus que 2 catégories de procédures <p>Les 4 procédures douloureuses les plus fréquemment rapportées étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les ponctions vasculaires (37,8%) - les mobilisations (17,8%) - les interventions thérapeutiques (12,3%) - les drainages ou cathétérismes (10,9%) <p>Parmi les 907 interventions douloureuses, 36,4% d'entre elles étaient associées à une douleur intense. Les procédures les plus douloureuses étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les ponctions invasives non vasculaires (50% des ponctions invasives non vasculaires induisent une douleur intense) - les cathétérismes (47,9% des cathétérismes induisent une douleur intense) - les mobilisations (45,3% des mobilisations induisent une douleur intense) - l'examen radiologique (43,1% des examens radiologiques induisent une douleur intense) <p>$p < 0,0001$</p>
----------------------------	--

	<p>Les patients ont déclaré avoir reçu des informations concernant la procédure dans seulement 51% des cas. Un traitement préventif n'a été proposé que dans 32,5% et l'administration d'un traitement efficace n'a été rapportée que dans 30,3%. Dans l'ensemble, un traitement a été proposé et administré dans moins de ¼ des procédures.</p> <p><u>Facteurs liés à la sévérité de la douleur induite par les soins :</u> Les facteurs associés à la sévérité de la douleur induite par les soins étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le type de procédures <ul style="list-style-type: none"> ➤ ponctions invasives non vasculaires (par exemple : ponction lombaire, arthrocentèse, myélographie, biopsie) ➤ procédures de drainage ➤ procédures de cathétérismes (par exemple : pose de sonde vésicale, endoscopie) - l'unité d'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> ➤ service de chirurgie - la durée de l'hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> ➤ durée d'hospitalisation supérieure à 1 mois - une douleur ressentie durant les 24 dernières heures <p>Les auteurs ont réussi à identifier les facteurs liés à la sévérité de la douleur induite. Ainsi, en analyse univariée, les variables associées à la sévérité de la douleur induite par les soins étaient le type de procédures ($p < 0.0001$), l'unité d'hospitalisation ($p = 0.01$), la durée d'hospitalisation ($p = 0.003$) et une douleur ressentie durant les 24 dernières heures ($p = 0.0001$).</p> <p>En analyse multivariée, les variables associées à la sévérité de la douleur induite par les soins étaient le type de procédures ($p = 0.0004$), la durée du séjour ($p = 0.003$) et une douleur due à une chirurgie ressentie durant les 24 dernières heures. Cependant, l'unité d'hospitalisation n'est plus présentée comme une variable associée à la sévérité de la douleur.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>En France, 3 programmes nationaux ont été mis en place en 1999 dans le but d'améliorer la gestion de la douleur et d'en diminuer sa prévalence. La prévalence de la douleur induite par les soins mesurée dans une étude de 2002 (réalisée par les mêmes auteurs) était quasiment la même que celle mesurée dans cette étude. Cependant, la caractérisation des douleurs sévères et très sévères est passée de 57% à 37%.</p> <p>La procédure douloureuse la plus fréquemment rapportée dans cette étude était la ponction vasculaire (ponction veineuse) avec cependant l'intensité de douleur la plus faible. A noter que les prélèvements sanguins sont fréquents et répétés (même quotidiennement) et l'intensité de la douleur augmente en fonction du nombre de procédures pratiquées.</p> <p>Les mobilisations sont courantes et représentent 45% des douleurs induites par les soins d'intensité sévère. L'étude de 2002 est la 1^{ère} étude montrant que les mobilisations engendraient un niveau de douleur élevé. Après avoir lancé une campagne impliquant des informations sur la douleur</p>

engendrée par les mobilisations ainsi qu'une formation à la bonne mobilisation des patients par des kinésithérapeutes, l'hôpital où a été réalisée cette étude a vu les mobilisations douloureuses des patients passées de 24% en 2002 à 18% en 2009.

Selon une étude, le traitement pharmacologique est souvent insuffisant et doit être associé à des approches non pharmacologiques dans la perspective d'une approche plus large de la gestion de la douleur comprenant une meilleure information au patient et les conséquences sur les options de traitement.

Dans cette étude, seule la moitié des procédures douloureuses étaient accompagnées d'informations. Les procédures invasives et spécifiques telles que le cathétérisme et les ponctions invasives non vasculaires étaient plus susceptibles d'être accompagnées d'informations que les procédures de routine (ponctions vasculaires, mobilisations). **Les professionnels de la santé n'envisagent souvent pas que les procédures de routine peuvent causer des douleurs aux patients.** En effet, le caractère douloureux des procédures n'est souvent pas pris en compte et la douleur est souvent considérée comme transitoire. De plus, prévenir la douleur avec des procédures appropriées semble souvent prendre beaucoup de temps et exige une coopération efficace entre tous les membres du personnel.

La douleur induite par les ponctions invasives non vasculaires était la mieux gérée dans cette étude en partie en raison des **protocoles spécifiques établis par des infirmiers et des médecins dans le but de prévenir la douleur.**

En ce qui concerne la douleur induite par le cathétérisme, l'administration d'un traitement préventif n'était que de 27% malgré une information suffisante, ce qui pourrait être lié à des protocoles antalgiques insatisfaisants.

Dans cet hôpital, la **quantité d'informations délivrées, les propositions et les administrations de traitement étaient insuffisantes** malgré l'existence de traitements préventifs et de protocoles liés à l'utilisation d'anesthésiques locaux ou encore d'agents d'inhalation applicables à certaines procédures.

L'oxyde nitreux n'est pas suffisamment connu ou utilisé pour soulager la douleur induite par les soins bien que les indications et les protocoles soient établis pour de nombreuses procédures (pansements, les procédures hématologiques douloureuses, les procédures urodynamiques, les colonoscopies, interventions chirurgicales mineures).

Cette étude n'a trouvé aucune association entre l'intensité de la douleur induite par les soins et sa gestion telles que rapportées par le patient. Cette constatation peut être due à un biais. En effet, les procédures les plus douloureuses sont souvent celles qui sont le plus protocolées.

	<p>La relation entre la satisfaction du patient et la douleur fait débat. En effet, certaines études ont démontré qu'il y avait un lien entre la satisfaction concernant la gestion la douleur simultanée et la douleur ressentie durant les 24 dernières heures alors que des patients peuvent être satisfaits même si leur douleur n'a pas été soulagée tant qu'ils se sont senti pris en charge par des professionnels.</p> <p>En outre, l'éducation des agents de santé sur la gestion du CRP diffère probablement selon la discipline. La durée de l'hospitalisation est probablement un facteur de confusion, lié à la sévérité de la CRP et à l'unité d'hospitalisation.</p> <p>En analyse multivariée, l'unité d'hospitalisation n'était pas associée à la sévérité de la douleur induite par les soins (après avoir été ajustée selon l'âge, le sexe et la catégorie de procédure).</p> <p>Cette étude a démontré qu'une attention particulière doit être accordée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux patients hospitalisés pour une longue période - aux patients ayant ressenti des douleurs durant les 24 dernières heures liées à une intervention chirurgicale ou à un traitement - aux patients subissant : <ul style="list-style-type: none"> ➤ des ponctions invasives non vasculaires ➤ des cathétérismes ➤ des mobilisations ➤ des examens radiologiques
Forces et limites	<p>Force : cette enquête a été réalisée auprès de tous les patients hospitalisés présentant une multitude d'affections et ayant subi plusieurs types de procédures. Les résultats obtenus peuvent donc être appliqués à l'ensemble des patients hospitalisés, au contraire des autres études ayant étudié la douleur induite par les soins auprès des enfants, au sein d'unités spécifiques ou des procédures spécifiques.</p> <p>Limites : cette étude est basée sur une enquête rétrospective à 2 semaines, chose pouvant impliquer un biais de rappel. Cependant, selon des études réalisées, la capacité des patients à se souvenir précisément de la sévérité de la douleur induite par les soins est précise. Le fait de ne pas avoir récolté des données sur le type de traitement proposé et délivré ainsi que sur son efficacité représente une autre limite.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Concernant les ponctions veineuses, la prise en charge de la douleur induite par les soins pourrait cibler une population particulière de patients à risque de douleur sévère comme les patients oncologiques, les enfants, les patients hospitalisés en unité de soins intensifs, les patients subissant des procédures répétées ou les patients ayant éprouvé de la douleur lors d'une procédure précédente et demandant un traitement préventif. L'utilisation d'EMLA ou d'oxyde nitreux pourrait être proposé.</p>

	<p>Il serait pertinent de demander au personnel de la santé d'éviter de répéter trop souvent des prélèvements sanguins, en évaluant soigneusement leur utilité.</p> <p>Concernant la prévention de la douleur, la Société américaine de gestion de la douleur par des soins infirmiers a recommandé, qu'avant une intervention, le personnel de santé établisse, en collaborant avec le patient, un plan de soins individualisé visant le confort.</p> <p>Le patient devrait recevoir des informations positives et neutres concernant la procédure qu'il va devoir subir : la mention d'expériences négatives semble augmenter l'intensité de la douleur. De plus, la participation du patient à son traitement antalgique est associée à un meilleur soulagement de la douleur.</p> <p>L'oxyde nitreux est un traitement efficace et bien toléré, même dans les populations fragiles comme les enfants, les adultes plus âgés, les malades en phase terminale ou encore dans des unités prenant en charge les traumatismes aigus de l'adulte.</p> <p>Par conséquent, les professionnels de la santé devraient avoir moins peur d'utiliser ce traitement.</p> <p>De plus, les professionnels de la santé pourraient être formés à l'utilisation de techniques alternatives dans la gestion de la douleur telles que des stratégies non pharmacologiques (physiothérapie, hypnose). De nombreuses recherches sur les interventions psychologiques visant à prévenir la douleur induite par les soins chez les nouveau-nés et chez les adultes ont été effectuées. La distraction et l'hypnose semblent les plus efficaces pour soulager la douleur. Aussi, la réalité virtuelle, la musicothérapie et les interventions cognitivo-comportementales peuvent être utilisées en tant qu'analgésiques non pharmacologiques complémentaires dans la gestion de la douleur induite par les soins. Les attitudes du personnel médical (personnel soignant ?) en regard de la douleur ne sont pas toujours adéquates et doivent changer en particulier parce que la gestion de la douleur et les particularités des soins médicaux influent sur la satisfaction face au traitement.</p> <p>Le personnel de la santé pourrait diminuer la douleur induite par les soins en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - étant formé systématiquement et spécifiquement à la gestion de la douleur induite par les soins, en particulier en : <ul style="list-style-type: none"> ➤ fournissant des informations de qualité ➤ délivrant des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques appropriés
Commentaires	-

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Ambrogi, V., Tezenas du Montcel, S., Collin, E., Coutaux, A., Bourgeois, P. & Bourdillon, F. (2014). Care-related pain in hospitalized patients : Severity and patient perception of management. <i>European Journal of Pain</i> , 1 – 9				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Problèmes : sévérité de la douleur induite par les soins, perceptions des patients face à la gestion de leur douleur. Population de l'étude : patients hospitalisés.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise très bien les parties principales de la recherche (contexte, méthode, résultats, conclusion).
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est clairement formulé. Le contexte, à savoir le manque d'études sur cette problématique particulière (population d'adultes hospitalisés) est clairement énoncé et mis en perspective par rapport à d'autres populations pour lesquelles de la littérature scientifique existe déjà.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension des écrits fait état du manque de littérature et se base sur des travaux plus spécifiques ne concernant qu'une partie de la problématique.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucune théorie ni aucun concept ne sont énoncés cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Oui, les auteurs expliquent que le but de cette enquête est d'évaluer la prévalence, les caractéristiques et la gestion de la douleur induite par les soins et d'étudier les facteurs liés à sa sévérité.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Les auteurs précisent qu'il s'agit d'une étude transversale mais ne donnent pas d'autres informations sur le devis de recherche.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population à l'étude est définie de façon précise.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les critères d'inclusion et d'exclusion sont explicités.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Il s'agit d'un questionnaire divisé en 4 parties dont le contenu est décrit.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			-
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Le processus est décrit dans son intégralité mais pas de manière continue.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Le comité d'examen institutionnel local a approuvé le protocole d'étude. Les patients devaient donner leur consentement pour participer à l'étude. De plus, les enquêteurs étaient tenus de ne pas interroger les patients qu'ils soignaient.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			-
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés à l'aide de résumé narratif et de tableaux. Les liens entre les 2 sont clairs.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel énoncé.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Dans la mesure du possible, les différents éléments sont mis en lien avec des études antérieures.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites et les forces de l'étude sont clairement énoncées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			La généralisation des conclusions est abordée comme étant l'une des forces de cette étude au vu de sa population, des procédures analysées et des pathologies considérées.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			X	Les auteurs ne semblent pas vraiment traiter des conséquences de leur étude sur la pratique mais font des recommandations en lien avec leurs résultats. Ils mentionnent en revanche les conséquences qu'une étude antérieure similaire, réalisée dans le même hôpital, a eu sur les pratiques de soins concrètes en termes de gestion de la douleur.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			X	Des recommandations en matière de recherche sont faites concernant uniquement certains points précis de la discussion des résultats.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cependant, les recommandations pour la pratique sont entremêlées à la discussion.
Commentaires :	-				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Coker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Dolovich, L., Turpie, I., & Taniguchi, A. (2010). Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. <i>Applied Nursing Research</i> , 23(3), 139-146.
Introduction Problème de recherche	Perception des infirmières à l'égard des barrières à une prise en charge optimale de la douleur chez les personnes âgées en milieu de soins aigus.
Recension des écrits	<p>Brève présentation et description du <i>Diffusion of Innovation Model</i> qui explique comment une innovation ou l'adoption de nouvelles recommandations de pratique et/ou de comportements est influencée par les caractéristiques de celui qui l'adopte, de l'environnement et de la pratique recommandée en soit.</p> <p>Présentation du <i>Perceived Stage of Adoption Tool</i> tel que conçu par Titler et al. (2003), qui mesure le stade d'adoption des pratiques fondées sur des données probantes selon les étapes de sensibilisation, de persuasion et de mise en œuvre de Rogers (1995).</p> <p>Exemple d'utilisation de cet outil dans le contexte d'une étude sur le traitement de la douleur aiguë chez les patients âgés hospitalisés souffrant de fracture de la hanche.</p> <p>Plusieurs obstacles à l'évaluation et à la prise en charge optimales de la douleur dans une variété de paramètres cliniques ont été suggérés dans la littérature et peuvent être classés en 3 catégories, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - barrières liées au patient (craintes au sujet de l'addiction, déficiences sensorielles et cognitives, stoïcisme, réticence à signaler la douleur, effets secondaires et croyance que la douleur est normale) - barrières liées au soignant (manque de connaissances, difficulté à communiquer avec patients et attitudes des médecins et des infirmières en regard de la douleur) - les barrières liées au système (experts de la douleur ne sont pas disponibles, manque de capacité à consulter les pairs, difficulté à contacter ou à communiquer avec les médecins, accès limité aux pharmaciens, manque d'évaluations approfondies de la douleur à base de référence et manque d'approches standardisées) <p>Cependant, les études réalisées à ce sujet considéraient des patients hospitalisés et souffrant de douleurs liées à la chirurgie ou des patients résidents dans une unité de soins de longue durée. Les connaissances au sujet des obstacles à la prise en charge de la douleur persistante chez les personnes âgées hospitalisées en unités de médecine générale manquent.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Une partie de l'étude se base sur le modèle <i>Diffusion of Innovations Model</i> (Rogers, 1995). Il n'y a pas de cadre concernant l'ensemble de l'étude.

Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Les objectifs de cette étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de déterminer dans quelle mesure les infirmières exerçant en milieu de soins aigus et prenant en charge des personnes âgées souffrant de douleurs persistantes croient avoir adopté des recommandations provenant de guides de pratique clinique liées à l'évaluation et à la gestion de la douleur - de déterminer les barrières perçues par les infirmières à l'égard d'une évaluation et d'une gestion optimale de la douleur chez les personnes âgées hospitalisées en milieu de soins aigus
Méthodes Devis de recherche	<p>Design exploratoire séquentiel mixte :</p> <p>a) Phase 1 = approche qualitative => identification d'obstacles et facilitateurs potentiels à une évaluation et gestion optimale de la douleur parmi les personnes âgées hospitalisées => développement d'un outil « <i>Nurses Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices</i> »</p> <p>b) Phase 2 = étude transversale quantitative descriptive Utilisation de l'outil développé en phase 1 pour évaluer dans quelle mesure les infirmières croient que chaque obstacle contribue à une moins bonne gestion de la douleur.</p>
Population, échantillon et contexte	<p>Contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Multisite academic health sciences center</i> <p>Phase 1: Échantillon de convenance</p> <ul style="list-style-type: none"> - 36 infirmières travaillant dans les 6 unités de soins aigus dans lesquelles une étude antérieure des mêmes auteurs a eu lieu <p>Phase 2: Population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - infirmières travaillant dans les 6 unités de soins aigus ($n=192$) <p>Echantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 114 infirmières, 1 infirmière auxiliaire: - 60% travaillaient à temps plein - 40% travaillaient à temps partiel - durée d'expérience en tant qu'infirmière de 12 ans ou 143,9 mois (écart-type = 100,2 mois, intervalle = 6 – 420 mois ou 0,5 – 35 ans) - environ 90% des infirmières participant à l'enquête travaillaient déjà dans l'une des 6 unités durant l'enquête précédente (Coker et al., 2008)
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Phase 1 <u>Elaboration de l'outil de récolte de données :</u></p> <p>L'outil de récolte de données est un questionnaire qui a été élaboré à partir de discussions de groupe, dont les données ont été retranscrites à l'aide de diagramme, auxquelles participaient 36 infirmières travaillant dans les 6 unités de soins aigus dans lesquelles avait été réalisée l'étude antérieure (Coker et al., 2008).</p> <p>Après les discussions de groupes, 3 membres de l'équipe de recherche (un gériatre, un pharmacien et une infirmière, tous spécialisés en méthodes de recherche et en gestion de la douleur) ont à nouveau utilisé des diagrammes permettant d'agencer les idées qu'ils ont par la suite organisées afin</p>

	<p>d'établir les items du questionnaire. Les autres membres de l'équipe de recherche, ayant tous des connaissances au sujet de la douleur, étaient invités à ajouter des catégories d'items s'ils en ressentaient le besoin.</p> <p>Le questionnaire a été finalement conçu afin d'évaluer à quelle fréquence les infirmières croyaient que chacun des 40 items interféraient avec l'évaluation et la gestion optimales de la douleur chez les personnes âgées au sein de leur unité. Les options de réponses vont de « n'interfère jamais » à « interfère toujours » sur une échelle à 7 points.</p> <p>A noter que le questionnaire a été envoyé à toute l'équipe de recherche pour obtenir un feedback mais aussi, pour le tester, à des étudiants en soins infirmiers afin d'évaluer sa clarté et le temps pour y répondre.</p> <p>Phase 2: <u>Enquête :</u> Le questionnaire était divisé en 3 parties, à savoir</p> <ol style="list-style-type: none"> a) questions au sujet des participants (rôle infirmier, le statut d'emploi, expérience dans l'unité et expérience en tant qu'infirmier-ère) b) l'outil décrit en phase 1 : <i>Nurses' Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices</i> c) une version personnalisée du <i>Perceived Stage of Adoption Tool</i> pour évaluer les pratiques suivantes fondées sur des preuves traitant de l'évaluation et de la gestion de la douleur <ol style="list-style-type: none"> 1. utilisation d'une échelle permettant d'évaluer la douleur persistante chez les personnes âgées hospitalisées 2. évaluation régulière de la douleur chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs 3. administration d'analgésiques à heure fixe ou au besoin dans le contexte de douleur persistante chez les personnes âgées 4. identifier et documenter les effets des analgésiques sur le soulagement de la douleur chez les personnes âgées
Déroulement de l'étude	Le questionnaire a été envoyé à toutes les infirmier-ères travaillant au sein des 6 unités de soins aigus de l'hôpital universitaire ($n=192$). Le questionnaire a été envoyé une 2 ^{ème} fois 2 semaines après le 1 ^{er} envoi puis une 3 ^{ème} fois peu après le 2 ^{ème} envoi (méthode permettant d'augmenter le taux de réponse).
Considérations éthiques	L'étude et le processus de consentement ont été validés par les universités Hamilton Health Sciences et McMaster et par la faculté Health Sciences Joint Research Ethics Board.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>La gestion des données et l'analyse statistique ont été effectuées en utilisant le programme SPSS, version 11.5 (SPSS, Chicago, IL).</p> <p>Les caractéristiques des participants ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives.</p> <p>- la relation entre les années d'expérience des infirmières et la mesure dans laquelle elles ont perçu les facteurs comme des obstacles calculée par une corrélations de rang de Spearman => Ce test non paramétrique a été favorisé car le Kolmogorov-Smirnov test de normalité a révélé que les distributions pour chaque item étaient significativement différents de la normale.</p>

	<p>- le <i>Nurses' Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices survey</i> a été analysé en classifiant les 40 items selon la fréquence avec laquelle les infirmières ont identifié l'obstacle comme interférant fréquemment, très fréquemment, ou toujours. => Par exemple, le 16e item (c.-à-d. "difficulté à évaluer la douleur chez les personnes âgées en raison de troubles cognitifs) avait le plus grand nombre d'infirmières indiquant qu'il était une barrière qui interférait fréquemment ou plus. Il a donc été classé en numéro 1. Les items ont été affichés sous forme d'un Pareto diagramme, un outil de qualité ayant l'apparence d'un graphique à barres où les valeurs entrées sont arrangées en ordre descendant Les barres sont accompagnées d'un graphique linéaire qui montre les totaux cumulatifs de chaque catégorie. Les graphiques de Pareto sont utiles parce qu'ils peuvent être utilisés pour identifier les facteurs ayant le plus grand effet cumulatif sur le résultat, permettant de focaliser l'attention sur les quelques facteurs importants.</p> <p>- l'ampleur de l'adoption des quatre pratiques d'évaluation et de gestion de la douleur dans le <i>Perceived Stage of Adoption Tool</i> a été calculée conformément à la méthodologie de Brett (1987) en faisant la moyenne des scores d'adoption pour chaque pratique. Des points ont été attribués pour chaque étape (ignorant = 0, conscient = 1, persuasion = 1, utilise parfois = 1, et utilise toujours = 2), et les totaux ont été moyennés pour l'échantillon. Les scores ont été catégorisés comme (a) conscient = 0.5-1.49, (b) persuadé = 1.5-2.49, (c) utilise parfois = 2.5-3.49, et (d) utilise toujours = 3.5-4.0.</p>
Présentation des résultats	<p>PERCEPTION DES INFIRMIERES DE LEUR NIVEAU D'ADOPTION DES PRATIQUES DE GESTION ET D'EVALUATION DE LA DOULEUR</p> <p>- utilisation d'une échelle d'évaluation pour les douleurs persistantes chez les personnes âgées hospitalisée sans troubles cognitif ni d'expressions : moyenne du score d'adoption à 2.99 (utilise parfois) sur une échelle de 0-4 => 91% des infirmières étaient au stade de la conscience / 72% étaient persuadées / 57% l'utilisent parfois / 40% l'utilisent toujours</p> <p>- évaluation de la douleur chez les patients âgés avec des troubles cognitifs => 78% étaient au stade de la conscience / 76% étaient persuadées / 66% l'utilisent parfois / 28% l'utilisent toujours</p> <p>- administration d'analgésiques 24h/24. 78% étaient au stade de la conscience / 79% étaient persuadées / 79% l'utilisent parfois / 15% l'utilisent toujours</p> <p>- surveiller les effets des analgésiques sur le soulagement de la douleur en les documentant dans le dossier de santé 83% étaient au stade de la conscience / 92% étaient persuadées / 47% l'utilisent parfois / 50% l'utilisent toujours</p> <p>OBSTACLES PERÇUS PAR LES INFIRMIERES DANS LES PRATIQUES D'EVALUATION ET DE GESTION DE LA DOULEUR</p> <p>Les 40 barrières comprises dans l'enquête ont été classées en fonction du nombre d'infirmier-ères indiquant qu'elles interféraient fréquemment ou plus avec l'évaluation et la gestion optimale de la douleur.</p> <p>- Les 12 premières barrières représentaient 50% du contenu et demandent une action prioritaire.</p> <p>- 7 (58%) de ces 12 obstacles étaient liés au patient (difficulté à évaluer la douleur chez les patients souffrant de troubles cognitifs, barrières linguistiques, problèmes sensoriels : les patients signalent la douleur au médecin mais pas à l'infirmière, difficulté à compléter les échelles de douleur, volonté de supporter la douleur et réticence à prendre des médicaments en raison de leurs effets secondaires).</p>

	<p>- 4 (33%) des 12 principaux obstacles étaient liés au système (temps insuffisant pour soulager la douleur avec des interventions non-pharmacologiques, temps insuffisant pour l'éducation thérapeutique, interventions non-pharmacologiques visant un soulagement de la douleur indisponibles et désorganisation du système de soins).</p> <p>- 1 des obstacles était lié au soignant (réticence à prescrire en raison de la peur de la surmédication).</p> <p>Les scores sur seulement 2 des obstacles étaient corrélés avec des années d'expérience en soins infirmiers.</p> <p>=> Les infirmier-ères avec le moins d'expériences étaient plus susceptibles d'identifier la difficulté à évaluer la douleur chez les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs comme étant une barrière interférant fréquemment ou plus à l'évaluation et à la gestion de la douleur (p=0,04).</p> <p>=> Les infirmier-ères moins expérimenté-es trouvaient également la désorganisation du système de soins (chercher la clé permettant d'accéder aux narcotiques, obtenir des signatures, trouver de médicaments) comme étant une barrière interférant fréquemment ou plus à l'évaluation et à la gestion de la douleur (p=0,02).</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Les perceptions des infirmier-ères à l'égard des obstacles empêchant l'évaluation et la gestion optimales de la douleur rapportées dans cette étude n'étaient pas toujours congruentes avec les résultats obtenus dans l'étude précédente (Coker et al., 2008).</p> <p>RESULTATS INCONGRUENTS ENTRE LES DEUX ETUDES</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas signaler la douleur pour ne pas déranger les infirmières : 36% => étude actuelle - ne pas signaler sa douleur à l'infirmière mais au médecin : 53% => étude actuelle - s'appuyer sur des évaluations de la douleur par les patients qui n'étaient pas sollicitées : 75% => étude précédente (Coker et al., 2008) . <p>=> Cela souligne le besoin d'obtenir une évaluation de la douleur des patients de façon routinière, peut-être avec d'autres signes vitaux, en particulier lorsque les antalgiques sont en réserve ou prescrit en fixe.</p> <p>RESULTATS LIES AU <i>PERCEIVED STAGE OF ADOPTION TOOL</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 79% des infirmières pensent qu'une antalgie 24h/24 est préférable à une antalgie à la demande (PRN), malgré le fait que seulement 15% des infirmières indiquent donner toujours une analgésie 24h/24. <p>=> La proportion d'infirmières indiquant qu'elles ont toujours mis en œuvre cette pratique est compatible avec les résultats de Titler et al. (2003) dans leur étude sur les patients douloureux.</p> <p>Cependant, les infirmières dans leur étude [Titler] étaient au stade de la conscience de cette pratique, alors que les infirmières de cette étude indiquent qu'elles sont au stade de la persuasion.</p> <p>Il est surprenant que la divergence entre les proportions d'infirmières persuadées et la proportion d'infirmières mettant toujours en œuvre la pratique n'a pas conduit à une plus haute proportion d'infirmières indiquant que des pratiques incompatibles autour des médicaments PRN étaient une barrière fréquente</p> <p>=> seulement 35% indique qu'il en était ainsi.</p> <p>=> Seulement 19% des infirmières ont déclaré que se concentrer sur l'administration de médicaments régulièrement programmés et ne pas vérifier et offrir un soulagement PRN à moins que le patient demande était une barrière fréquente.</p> <p>=> dans l'étude précédente (Coker et al., 2008) la moitié des patients rapportant des douleurs n'avaient pas reçu leur médication PRN .</p>

=> risque de sous-traitement de la douleur lorsque prescription PRN - lien avec étude antérieure de Titler (2003)

- 76% des infirmières ont indiqué que la douleur chez les personnes âgées souffrant de déficience cognitive devrait être évaluée toutes les 4 heures (stade de la persuasion) mais seules 28% d'entre elles ont déclaré toujours le faire.

=> la proportion de "le fait parfois" (65,8) est en contraste avec les résultats de Herr et al. (2004) concernant des adultes hospitalisés âgés souffrant de douleur aiguë où les infirmières étaient au stade d'adoption "le fait toujours"

- barrière citée comme fréquente par le plus grand nombre d'infirmières :
 - > La difficulté à évaluer la douleur des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs (66%)
- autres barrières citées comme fréquentes :
 - > La difficulté à évaluer la douleur des patients en raison de barrières linguistiques (52%)
 - > La difficulté à évaluer la douleur des patients en raison de troubles sensoriels (48%)
 - > la difficulté des patients à comprendre l'échelle numérique d'évaluation de la douleur (47%)

=> Cela indique l'importance d'offrir d'autres alternatives à l'évaluation de la douleur.

ex: dans l'étude précédente (Coker et al., 2008), le « *Iowa Pain Thermometer* » est l'outil ayant connu le moins d'échecs dans l'auto-évaluation de la douleur.

=> En savoir plus sur l'auto-évaluation de la douleur dans les cas de démences légères à modérées mais aussi sur les observations à faire et les comportements dans les cas de démences plus sévères peut aider les infirmières à surmonter ces obstacles.

- infirmières qui "utilisent toujours" une échelle d'évaluation de la douleur : 40% => consistant avec les résultats d'une étude antérieure
- infirmières qui pensent que l'échelle d'évaluation de la douleur était la méthode préférée d'évaluation (stade de la persuasion) : 72%

=> Pourtant, dans l'étude précédente (Coker et al., 2008) dans les cas où l'échelle numérique avait été utilisée, seule 5% d'entre elles ont été complétées.

- 47% des infirmières signalent la difficulté des patients à compléter une échelle de la douleur, par ex. numérique

=> l'échelle numérique était le seul outil disponible dans leurs unités, une plus large variété d'outils devrait être proposée.

- infirmières pensant que la documentation les effets des analgésiques dans le dossier patient (*health record*) est la pratique à adopter (stade de la persuasion) : 92%
- infirmières documentant toujours les effets des analgésiques dans le dossier patient (*health record*) : 51%

=> Cependant, ceci n'était pas apparent dans l'étude précédente (Coker et al., 2008) où seulement un tiers des graphiques [dans les dossier patients?] contenaient une documentation de la douleur sur les dernières 24h .

- La réticence des patients à prendre un médicament en raison de ses effets secondaires ont été cités comme étant une barrière fréquente à la gestion de la douleur : 41%

=> l'enseignement au patient qui pourrait modifier ce comportement a été lui-même considéré comme étant une barrière fréquente à la gestion de la douleur en raison du manque de temps (48%)

	<p>- La barrière ayant le deuxième impact le plus important était le temps insuffisant pour offrir aux patients des interventions non-pharmacologiques afin de diminuer la douleur (55%) => congruent avec l'étude précédente (Coker et al., 2008) ou une seule référence à un méthode alternative est documentée => dans une étude antérieure citée, il est suggéré qu'il est possible que les interventions non-pharmacologiques soient appliquées mais non documentées car le fait de ne pas les documenter peut être perçu comme ayant moins de conséquences que pour les mesures pharmacologiques</p> <p>- l'indisponibilité des mesures de confort en tant qu'alternatives aux médicaments contre la douleur se classe neuvième dans l'impact. Peut-être seraient-elles considérées si elles étaient plus facilement disponibles.</p> <p>- La réticence des médecins à prescrire un antalgique adéquat par peur de surmédiquer les patients souffrant de délirium ou de démence était considéré comme un obstacle à la gestion de la douleur par 37% des infirmières. => Seules 20% des infirmières ont rapporté la réticence des personnes âgées à prendre un antalgique par peur de dépendance comme étant une barrière fréquente à la gestion de la douleur. => 1% des infirmières ont rapporté leur propre réticence à administrer un antalgique aux personnes âgées par peur de surmédication comme étant une barrière fréquente à la gestion de la douleur. => 25% des infirmières ont rapporté le manque de connaissances et d'expériences des médecins en matière de prescription d'antalgiques comme étant une barrière fréquente à la gestion de la douleur. => Seules 12% des infirmières ont rapporté leur propre manque de confiance dans l'évaluation de plusieurs types de douleur comme étant un obstacle à la gestion de la douleur.</p> <p>RESULTATS CLASSES COMME N'INTERFERANT PAS FREQUEMMENT AVEC LA DOULEUR MAIS INTERESSANT A RETENIR</p> <p>- ne pas savoir (pour l'infirmière) quelle intensité de douleur est tolérable pour un patient : 15% => en contradiction avec les résultats de l'étude précédente (Coker et al., 2008) qui considérait cet item comme très handicapant pour l'interprétation des scores de douleurs</p> <p>- il est inquiétant de voir que l'item "volonté des patients de supporter la douleur chronique" (36%) et "le manque de temps pour une éducation [au patient]" (48%) arrivent si haut dans la liste des obstacles (respectivement 12 et 6)</p> <p>- il est important de noter que les obstacles liés à "l'absence d'approche documentée de l'évaluation de la douleur" "ne pas avoir une méthode cohérente d'évaluation de la douleur", et "ne pas avoir la possibilité d'obtenir par d'autres infirmières des conseils sur l'évaluation de la douleur"- les processus mêmes abordés dans les guidelines et apparemment manquant dans l'étude précédente (Coker et al., 2008) - ne sont plus perçus comme une barrière fréquente</p>
Forces et limites	<p>Limite : le <i>Nurses' Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices</i> demande à être testé. En effet, des tests de validité et de fiabilité n'ont pas été effectués Les résultats de cette étude sont dès lors de nature exploratoire et pourraient constituer la 1^{ère} étape à des recherches futures.</p> <p>Force : pas citées dans l'étude.</p>

<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Le but de cette étude était d'en apprendre plus sur les obstacles empêchant les infirmières de pratiquer selon recommandations dans les guides de bonnes pratiques publiées liées à la douleur et la prise en charge des personnes âgées hospitalisées. Malgré la publication de guidelines par le comité de la douleur de l'hôpital, il existe des obstacles à leur adoption. Guidelines pouvant cibler les barrières citées dans cette étude comme ayant l'impact le plus important sur l'évaluation et la gestion de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stimuler activement les auto-évaluations de la douleur chez le patient - utiliser des outils appropriés pour l'évaluation de la douleur chez les patients ayant une déficience cognitive - offrir régulièrement une antalgie à la demande plutôt que de compter sur les demandes des patients - redessiner les outils, les protocoles et la documentation, - rendre les alternatives non-pharmacologiques au soulagement de la douleur plus accessibles - créer des solutions innovantes pour aider les patients et les familles à comprendre l'importance de la prévention et de la gestion des effets secondaires des stratégies de gestion de la douleur <p>En lien avec la littérature scientifique sur le sujet, il serait important que les unités soient équipées de différents outils qui ancrent les bonnes pratiques des guidelines dans la pratique quotidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> - des organigrammes stimulant la documentation de l'évaluation de la douleur ou l'évaluation des interventions pour la douleur de manière plus rapide et attractive - une variété d'outils d'évaluation de la douleur fiables à la disposition des infirmières; - une boîte à outil ou un <i>unit-based cart</i> d'alternatives aux analgésiques - des ordres ou des protocoles prêts à l'emploi - des dossier de suivi des médicaments qui incluent le score de la douleur ayant déclenché l'intervention et le score de la douleur après l'intervention <p>Les activités éducatives, par opposition aux conférences, cours et ateliers, peuvent aider les infirmières à apprendre les techniques d'évaluation de la douleur chez les patients âgés souffrant de troubles cognitifs, d'enseignement en santé, d'utilisation d'alternatives aux médicaments et d'autres pratiques de gestion de la douleur.</p> <p>Des infirmiers de pratique avancée sont récemment arrivés sur les sites de l'hôpital de l'étude pour compléter l'unité de soins aigus et les équipes de soins palliatifs.</p> <p>Enfin, la vérification et la rétroaction, après la mise en application des interventions associées à l'introduction des guidelines, représenteront peut-être une nouvelle étape dans l'évaluation et de la prise en charge de la douleur qui contrastera avec l'état illustré dans l'étude précédente (Coker 2008).</p>
<p>Commentaires</p>	<p>-</p>

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Coker E., Papaioannou A., Kaasalainen S., Dolovich L., Turpie I., Taniguchi A. (2010), Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units, <i>Applied Nursing Research</i> 23 p 139-146				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Le titre précise très clairement la population étudiée, le contexte, et l' une des problématiques considérées, à savoir les barrières à la gestion optimale de la douleur. Cependant, il ne laisse pas deviner que la perception d'adoption ou non d'une pratique en matière de gestion de la douleur est également testée dans l'étude.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?		X		Non, il s'agit d'un résumé narratif qui mentionne les problématiques qui ont été testées et étudiées (les deux problématiques, contrairement au titre) et donne des recommandations de pratiques basées sur les résultats obtenus (pas mentionnés précisément dans le résumé)
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le phénomène de la douleur chez les personnes âgées, à l'origine des problématiques qui vont être étudiées, est clairement formulé et la contextualisation est pertinente. Elle établit à la fois le contexte général des problèmes liés à la gestion de la douleur chez les personnes âgées ainsi que le contexte particulier du lieu de l'étude , c'est à dire une étude antérieure entreprise dans le cadre d'une évaluation visant à déterminer la nécessité d'établir des guidelines concernant les pratiques de gestion de la douleur au sein des unités médicales du centre de santé en question (<i>multi-academic health center</i>).
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Elle situe les deux problématiques visées dans l'étude (perception du niveau d'adoption des pratiques et barrière à la gestion optimale de la douleur)
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Pour la problématique du niveau de perception de l'adoption d'une pratique, le modèle (<i>Diffusion of Innovations Model</i> , Rogers, 1995) est mentionné. Un cadre théorique pour l'ensemble de l'étude n'est cependant pas précisé.

Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Oui les deux questions de recherches sont clairement formulées.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis est précisé (devis séquentiel exploratoire mixte) et les phases qualitative et quantitative sont ensuite détaillées.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Des informations sur la population sont données dans les parties décrivant les phases de l'étude.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les caractéristiques de la population sont précisées au début de la partie « Résultats », dans une section à part.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Les auteurs mentionnent cependant avoir utilisé une version modifiée de l'approche de Dilman pour tenter d'augmenter le taux de réponse (envoi d'un email de rappel 2 semaines après la première sollicitation, et d'un deuxième rappel peu après).
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Tous les outils sont décrits. Pour l'outil créé dans la première phase de l'étude, le processus d'élaboration est décrit. Pour le <i>Perceived Stage of Adoption Tool</i> , il est précisé qu'il a été adapté pour les items d'intérêt de l'étude.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			L'utilisation de plusieurs outils différents permet de cibler les problématiques annoncées.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Le déroulement des phases qualitative et quantitative de l'études sont décrites, ainsi que la manière dont elles s'imbriquent.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			L'étude et le processus de consentement ont été validés par les universités Hamilton Health Sciences et McMaster et par la faculté Health Sciences Joint Research Ethics Board.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	C'est indiqué dans le résultat narratif mais certains chiffres annoncés sont difficilement vérifiables dans les tableaux.

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Les tableaux de résultats sont présents, accompagnés d'un résumé narratif, mais certains résultats exposés dans le résumé narratif n'apparaissent dans aucun tableau (analyse de corrélation par exemple).
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Oui, pour ce qui est de la problématique concernée, à savoir le niveau de perception de l'adoption d'une pratique
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?			X	Les résultats de l'étude sont essentiellement mis en rapport avec les résultats de l'étude antérieure, réalisée sur le même site, mentionnée dans la contextualisation de l'étude.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			-
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils précisent que la nature exploratoire de leur étude ne permet pas de généralisation et devrait plutôt servir de base à des recherches futures.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs font des recommandations sous forme de suggestions sur des améliorations pouvant adresser les items considérés comme les barrières les plus gênantes à une gestion optimale de la douleur chez les personnes âgées en milieu de soins aigus.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Oui, ils suggèrent la réalisation d'études permettant de dépasser le stade exploratoire de leur propre étude.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X	X		La partie méthodologique et contextuelle de l'article est relativement structurée et permet une bonne analyse. La présentation des résultats et la discussion sont beaucoup plus difficile à suivre, comprendre et à analyser.
Commentaires :	Malgré ces faiblesses, notamment en ce qui concerne les résultats et la discussion, cet article, une fois mis en rapport avec d'autres études, permet un apport intéressant sur les barrières à la gestion optimale de la douleur chez les personnes âgées en milieu de soins aigus.				

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Dequeker, S., Van Lancker, A. & Van Hecke, A. (2018), Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 74, 160–171 ,
Introduction Problème de recherche	Plusieurs études ont signalé un accord faible à modéré entre l'évaluation de la douleur effectuée par le patient et celle effectuée par l'infirmière. Beaucoup de ces études se sont concentrées sur groupe de patients spécifique (oncologie, chirurgie, ...). Aucune étude n'a encore étudié le niveau d'accord entre patients et infirmière par rapport aux obstacles à l'évaluation de la douleur liés aux patients.
Recension des écrits	Les infirmières jouent un rôle crucial dans la prise en charge de la douleur : elles sont le principal observateur de la douleur et de l'inconfort chez les patients, car elles fournissent des soins directs aux patients 24 heures sur 24. La majorité des infirmières ont un rôle d' <i>advocacy</i> quand il s'agit de douleur et de gestion de la douleur. Par conséquent, pour fournir une gestion adéquate de la douleur, une évaluation précise de l'intensité de la douleur par les infirmières est importante. Plusieurs études mesurant l'accord entre l'évaluation de l'intensité de la douleur par les patients et celle par les infirmières ont été publiées. Leurs résultats sont contradictoires. L'identification des barrières jouent un rôle crucial dans la mise en place d'une amélioration des soins. La littérature fait état de nombreuses barrières à une évaluation et une gestion adéquate de la douleur, parmi lesquelles les barrières liées au patient. Les croyances des patients telles que « les antalgiques ne peuvent pas contrôler la douleur » et « il est facile de devenir dépendant ». La réticence à prendre des antalgiques (par crainte d'addiction ou d'effets secondaires) ainsi que les difficultés à compléter une échelle d'évaluation de la douleur sont aussi citées. A la connaissance des auteurs, aucune étude n'a été réalisée sur le niveau d'accord entre infirmières et patients au sujet des barrières liées aux patients dans l'évaluation et la gestion de la douleur Il est essentiel que les infirmières aient une connaissance précise des obstacles liés à la prise en charge de la douleur liés aux patients afin de fournir des soins adéquats pour la douleur et une éducation adaptée aux perceptions des patients sur la douleur.
Cadre théorique ou conceptuel	-
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de l'étude est d'évaluer le niveau d'accord entre infirmières et patients hospitalisés en ce qui concerne l'intensité de la douleur et les barrières liées aux patients dans l'évaluation de la douleur.

Méthodes Devis de recherche	Étude empirique quantitative transversale.
Population, échantillon et contexte	<p>Population : patients et infirmières de 39 unités de chirurgie, médecine interne et gériatrie de deux hôpitaux (un hôpital public et un hôpital universitaire)</p> <p>Unités ayant accepté de participer à l'étude $n=35$ (chirurgie $n=16$, médecine interne $n=15$, gériatrie $n=4$)</p> <p>Échantillon :</p> <p>Patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Critères d'inclusion : âgé de plus de 18 ans / comprenant le néerlandais / capable de donner un consentement éclairé > Critère d'exclusion : patients sédatisés ou avec troubles cognitifs (ainsi qu'annoncés par le professionnel de santé responsable) <p>=> $n = 351$</p> <p>Infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Critère d'inclusion : toutes les infirmières responsables des patients concernés et présentes au moment de l'étude <p>=> 70,4 % de réponses</p> <p>$n = 247$ pour paire infirmières-patients</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Intensité de la douleur</p> <p>L'intensité de la douleur a été évalué par les patients au moyen d'une échelle numérique (NRS) allant de 0 à 10 (choix validé par des études antérieures sur la validité de l'utilisation d'une telle échelle).</p> <p>Les infirmières ont dû donner un score de douleur pour chaque patient dont elles s'occupaient et concerné par l'étude. De plus, elles ont dû préciser si elles avaient utilisé : une échelle validée de mesure de la douleur, leur expertise professionnelle, ou pas évalué.</p> <p>Dans les cas de non-évaluation, les infirmières ont admis ne pas avoir évalué la douleur du patient, mais pensaient tout de même pouvoir en estimer l'intensité.</p> <p>Obstacles à l'évaluation de la douleur</p> <p>Utilisation chez les infirmières et les patients d'une échelle des obstacles à l'évaluation et la gestion de la douleur développée dans une étude antérieure. L'échelle est composée de 5 items à grader selon une échelle de Likert en 5 point (de 1, accord total à 5 désaccord total).</p> <p>L'échelle ayant été développée en anglais, elle a été traduite en néerlandais et soumise à un processus de validation, avec en test final un alpha de Cronbach à 0,68 (=acceptable) pour mesure la cohérence interne l'échelle finale.</p> <p>Données démographiques et autres variables</p> <p>Données démographiques et autres variables considérées : âge, genre, niveau d'éducation, profession actuelle, comorbidités, chirurgies et connaissances / compétences en matière de santé (health literacy).</p>
Déroutement de l'étude	<p>Information à toutes les infirmières des unités potentiellement participantes ($n=39$) par email.</p> <p>Appel téléphonique aux infirmières-cheffes d'unités une semaine plus tard pour savoir si elles acceptaient que leur unité participe ($n=35$)</p> <p>Données récoltées entre octobre 2012 et avril 2013.</p>

	<p>Un membre de l'équipe soignante a fourni une liste des patients éligibles le jour de la récolte de données. Une des infirmières de l'unité a fourni une liste des infirmières responsables des patients concernés.</p> <p>Patients Les données démographiques, les échelles numériques de la douleur ainsi que l'échelle des barrières liées au patient ont été récoltées via un interview structuré avec un des chercheurs. Les données concernant les comorbidités et les chirurgies ont été consultées dans les dossier médicaux.</p> <p>Infirmières Les échelles numériques de la douleur et celles des barrières liées aux patients ont été remplies indépendamment du patient, dans un interview structuré avec un des chercheurs.</p> <p>=> temps pris pour remplir les échelles noté pour les patients et les infirmières (but comparatif) => code anonyme donné à chaque « paire » infirmières-patient pour assurer le lien entre les données</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Approbation de l'étude par les comités d'éthique des deux hôpitaux concernés. Informations orales et écrites données aux patients et aux infirmières. Consentement éclairé par écrit pour tous les patients. Consentement éclairé par oral pour les infirmières.</p>
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p>Utilisation du SPSS version 19.0 (SPSS Incorporated, Chicago, IL, USA) pour l'analyse statistiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - statistiques descriptives pour chaque item d'intérêt => les données n'étant pas distribuées de manière égale, les fréquences, médianes et écarts interquartiles ont été inclus - utilisation du test de Wilcoxon signed-rank pour comparer la différence au niveau du groupe entre les médianes de l'intensité de la douleur et des barrières liées aux patients dans l'évaluation de la douleur - interprétation selon Landis et Koch (1977) du coefficient de corrélation intraclasse (ICC) pour l'accord entre patients et infirmières au sujet de l'intensité de la douleur et les barrières liées aux patients dans l'évaluation de la douleur : => $\leq .20$ indiquant une légère concordance, $.21-.40$ indiquant un accord équitable, $.41-.60$ indiquant un accord modéré, $.61-.80$ indiquant un accord substantiel et $\geq .81$ indiquant un accord presque parfait => Des analyses par sous-groupes ont été faites: intensité de la douleur (pas de douleur, douleur légère, douleur modérée et douleur intense), unité (chirurgicale, médecine interne et gériatrique), sexe, âge (≤ 64 et ≥ 65 ans) et méthode d'évaluation de la douleur de l'infirmière. - une régression logistique binaire univariée a été utilisée pour tester les liens entre différentes variables - une régression logistique multiple a été utilisée pour identifier l'influence de variables indépendantes sur l'estimation de la douleur et sur les cinq barrières liées au patient à l'évaluation de la douleur

	<p>=> les variables indépendantes avec un p-value $\leq .25$ en analyse univariée ont été considérées dans l'analyse multiple => les Odds ratios (OR) et IC à 95% ont été rapportés. Les résultats ont été considérés statistiquement significatifs à p-value $\leq 0,05$.</p>
Présentation des résultats	<p>DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - taux de participation des patients à l'étude : 63%, n=351 sur 556 patients éligibles - femmes : 54,1% /hommes : 45,9% - unité de chirurgie : 45,6% / unité de médecine interne : 44,7% / unité gériatrique : 9,7% - taux de participation des infirmières concernées : 70,4% <p>INTENSITÉ DE LA DOULEUR</p> <p>Selon patients</p> <ul style="list-style-type: none"> - aucune douleur : 35,6% (NRS = 0), - douleur légère : 36,8% (NRS = 1– 3) - douleur modérée à sévère : 27,0% (NRS ≥ 4) <p>Selon infirmières</p> <ul style="list-style-type: none"> - aucune douleur : 33,9% - douleur légère : 36,8% (NRS = 1– 3) - douleur modérée à sévère : 26,4% (NRS ≥ 4) <p>MÉTHODES D'ÉVALUATION INFIRMIÈRES</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilisation d'une échelle valide d'évaluation de la douleur : 52,3% - utilisation de leur expertise : 28% - pas d'évaluation de la douleur : 19,8% <p>BARRIÈRES LIÉES AU PATIENT DANS L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR</p> <ul style="list-style-type: none"> - difficultés à évaluer sa propre douleur : <ul style="list-style-type: none"> <i>Patients</i> : 40,7% <i>Infirmières</i> : 12,6% - réticence à signaler sa douleur <ul style="list-style-type: none"> <i>Patients</i> : 37,9% <i>Infirmières</i> : 10,5% - réticence à prendre des antalgiques de peur de devenir dépendant <ul style="list-style-type: none"> <i>Patients</i> : 37% <i>Infirmières</i> : 5,3%

- réticence à prendre des antalgiques de peur des effets secondaires

Patients : 47%

Infirmières : 7,7%

- Réticence à prendre des opioïdes

Patients : 51%

Infirmières : 16,6%

ACCORD CONCERNANT L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

Niveau individuel

Au niveau individuel, un accord modéré dans l'évaluation de l'intensité de la douleur a été trouvé entre les patients et les infirmières (ICC = 0,43)

=> Parmi les quatre niveaux de douleur, un léger accord sur l'intensité de la douleur a été trouvé entre les patients et les infirmières.

Un accord plus élevé a été trouvé pour les patients avec une douleur légère (ICC = 0,19) et pour les patients avec une douleur sévère (ICC = 0,15)

Analyse par sous-groupes

Unité de séjours

- patients hospitalisés en médecine interne (ICC = 0,40)

- patients hospitalisés chirurgie (ICC = 0,46)

- patients hospitalisés en gériatrie (ICC = 0,26)

Méthode d'évaluation utilisée par l'infirmière

- utilisation d'une échelle d'évaluation validée : ICC = 0,44

- utilisation de leur expertise : ICC 0,36

- pas d'évaluation de la douleur : ICC = 0,41

Age des patients

- patients < 65 ans : ICC = 0,53

- patients > 65 ans : ICC = 0,29

Genre

- hommes : ICC = 0,45

- femmes : ICC = 0,40

Sous- et sur-évaluation de la douleur

- surévaluation par les infirmières : 13,7%

- sous-évaluation par les infirmières : 14,3%

	<p>Analyse multivariée</p> <ul style="list-style-type: none"> - les probabilités d'estimer adéquatement la douleur pour les infirmières ont diminué de 24,0% lorsque l'intensité de la douleur chez les patients a augmenté (OR = 0,76; IC 95%: 67,86). - la probabilité de surestimer la douleur chez les infirmières a diminué de 30,0% lorsque l'intensité de la douleur chez les patients a augmenté (OR = 0,70; IC 95% 0,54 à 0,90). - les risques de sous-estimer la douleur pour les infirmières étaient de 1,93 fois plus élevés chez les patients présentant une intensité de la douleur plus élevée (OR = 1,93; IC 95%: 1,51-2,47). <p>ACCORD SUR LES BARRIÈRES LIÉES AU PATIENT DANS LA GESTION DE LA DOULEUR</p> <ul style="list-style-type: none"> - les infirmières ont indiqué que, selon elles, les patients avaient significativement moins de difficultés avec l'évaluation de l'intensité de la douleur (Mdn 4,0) par rapport aux patients (Mdn 2,0) au niveau du groupe (z = 11,98; p<0,001) - un nombre significativement plus élevé de patients ont rapporté une réticence à l'analgésique par crainte d'une dépendance (Mdn 4,0) par rapport aux infirmières (Mdn 4,5) (z = 7,69; p<0,001) - un nombre significativement plus élevé de patients étaient réticents aux analgésiques par crainte des effets secondaires (Mdn 3,0) par rapport aux infirmières (Mdn 4,0) (z = 8,30, p<0,001) - les patients étaient significativement plus réticents à rapporter leur douleur (Mdn 3,0) par rapport aux infirmières (Mdn 5,0) (z = 6,55; p <0,001) - les infirmières ont indiqué que beaucoup moins de patients étaient réticents à prendre des opioïdes (Mdn 4,0) comparativement aux patients (Mdn 2,0) (z = 5,99; p<0,001) <p>Association en lien avec le profil des patients (degré d'éducation, chirurgie, sexe)</p> <ul style="list-style-type: none"> - association significative entre le profil du patient (niveau d'éducation, chirurgie et sexe) et l'estimation adéquate de trois des obstacles liés aux patients par les infirmières > Les probabilités d'estimer adéquatement la réticence aux médicaments contre la douleur par crainte des effets secondaires par les infirmières ont diminué lorsque les patients avaient un niveau d'éducation plus élevé (enseignement secondaire : OR = 0,37; IC 95% 0,18-0,77) (enseignement supérieur : OR = 0,30; IC 95% 11,1182) > Les probabilités d'estimer adéquatement la réticence à signaler une douleur par les infirmières ont diminué de 50% lorsque le patient n'avait pas subi de chirurgie (OR = 0,50; IC 95%: 27,94). > Les probabilités d'estimer adéquatement la réticence à prendre des opioïdes par les infirmières ont diminué de 50% lorsque le patient était une femme (OR = 0,50; IC à 95%: 27 à 92).
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>INTENSITÉ DE LA DOULEUR</p> <ul style="list-style-type: none"> - taux de patients ayant signalé une douleur au moment de l'étude : 63,8% => taux correspondant à la prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés observée dans d'autres études. <p>- de manière globale, les infirmières semblent évaluer correctement la douleur de leurs patients (environ 70% des cas) Cependant, l'accord au niveau individuel entre les patients et les infirmières pour l'intensité de la douleur était modéré (ICC = 0,43).</p>

	<p>=> il reste donc une marge de progression, résultat confirmé par la littérature sur le sujet. => l'utilisation d'outils validés d'évaluation de la douleur semble produire un accord entre patients et infirmières légèrement plus haut MAIS les infirmières ne les utilisaient pas dans presque 50% des cas, ce qui pourrait expliquer l'accord modéré entre patients et infirmières Il faut encourager les infirmières à utiliser des échelles de la douleurs validées dans leurs évaluations.</p> <p>- le fait pour les infirmières de se fier à leur expertise pour évaluer la douleur pose la question de savoir si le patient a été consulté La recherche a indiqué que les infirmières sont influencées par leurs propres croyances, ce qui peut nuire à une évaluation précise de la douleur.</p> <p>- le niveau d'accord entre infirmières et patients âgés était plus faible que pour les autres groupes d'âge Cela pourrait s'expliquer par (apport de la littérature). > le fait que les infirmières supposent que des patients âgés ne sont pas capables d'utiliser une échelle de la douleur > difficultés dues aux troubles cognitifs, troubles sensoriels, dysphasie et aphasie => Ce n'est cependant pas le cas de toutes les personnes âgées et l'évaluation par le patient devrait rester une priorité. Lorsque ce n'est pas possible, il faut utiliser une échelle comportementale de la douleur par exemple.</p> <p>BARRIÈRES LIÉES AU PATIENT DANS L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR</p> <p>- des différences très importantes ont pu être observées entre les avis des patients et des infirmières en ce qui concerne les barrières liées aux patients dans l'évaluation de la douleur > les infirmières sous-évaluent fortement les croyances des patients en matière de gestion de la douleur => explications possibles (apports de la littérature) : manque de connaissances / utilisation de cadre de référence différents par les infirmières. => si les infirmières ne questionnent pas activement leurs patients au sujet de leur croyances concernant la gestion de la douleur, elles ne pourront pas déterminer de manière adéquate en quoi ces croyances peuvent influencer la gestion de la douleur. - La littérature indique que les patients sont généralement réticents à parler de douleur et de barrières à la gestion de la douleur. Les explications possibles à ce phénomène sont : > manque de connaissances > fausses idées comme par exemple le fait que les opioïdes mènent [forcément] à l'addiction > mauvaise relation infirmière-patient</p>
Forces et limites	<p>FORCES</p> <p>- large échantillon => échantillon patients hétérogène pour une représentation authentique de la pratique clinique => patients de différents services d'un hôpital universitaire et d'un hôpital public afin de prendre en compte les facteurs liés aux institutions - l'utilisation d'un outil d'évaluation de l'intensité de la douleur validé minimise le risque de biais</p> <p>LIMITES</p> <p>- le taux de réponses de 63% par rapport aux patients éligibles</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - le taux de réponses de 70,4% parmi les infirmières concernées => explications possibles à ce taux : manque de temps perçu par les infirmières pour participer à l'étude - exclusion des patients souffrants de troubles cognitifs ou troubles sensoriels, nécessitant des outils d'évaluation de la douleur spécifiques => possibilité de résultats trop « optimistes » - nécessité d'explorer l'influence de la temporalité sur l'évaluation de la douleur => dans cette étude, différence acceptée entre évaluation infirmière et patient de 3 heure, ce qui pourrait expliquer l'ICC léger sur ce sujet - de plus, d'autres facteurs de confusion pas pris en compte dans cette étude tels que les caractéristiques liées aux infirmières et les données sur les périodes d'évaluation (par exemples les différents horaires) pourraient expliquer l'estimation insuffisante, excessive et adéquate de la douleur par les infirmières
Conséquences et recommandations	<p>RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - il est crucial d'identifier les obstacles de manière très précise pour pouvoir mettre en place des changements dans la pratique - les infirmières devraient être capable d'identifier les barrières liées au patient dans la gestion de la douleur afin de les réduire et optimiser la prise en charge pour les patients - les infirmières doivent être conscientes des croyances des patients et chercher à explorer activement les barrières des patients - l'utilisation d'un questionnaire structuré pourrait aider à mieux évaluer l'existence de ces barrières - en connaissant l'existence de ces barrières, l'infirmière peut éduquer le patient et les faire tomber => des programmes d'éducation dans ce domaine ont fait leurs preuves pour des patients cancéreux mais demandent à être testés pour d'autres groupes de patients - des évaluations routinière de la douleur centrées sur les patients devraient être faites, pour pallier le fait que nombre de patients ne signalent pas leur douleur si ça ne leur est pas activement demandé - les institutions devraient choisir une unique échelle de la douleur à utiliser afin d'uniformiser les pratiques et diminuer la confusion possible pour les patients - en ce qui concerne les patients âgés, les infirmières devraient être formées à utiliser des outils d'évaluation de la douleur spécifiques et validés <p>RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'effet de l'utilisation par les infirmières d'une échelle de la douleur validée sur l'accord entre l'évaluation de l'intensité de la douleur par les patients et les infirmières doit être exploré dans d'autres recherches - en connaissant l'existence des barrières à la gestion de la douleur, l'infirmière peut éduquer le patient et les faire tomber => des programmes d'éducation dans ce domaine ont fait leurs preuves pour des patients cancéreux mais demande à être testés pour d'autres groupes de patients - dans cette étude, une régression logistique binaire multiple a été utilisée pour explorer l'association de la sur- sous- ou correcte évaluation de l'intensité de la douleur selon l'âge des infirmières et des patients, le sexe des patients, le plus haut diplôme des patients, l'emploi actuel des patients, les jours admis à l'hôpital, la comorbidité, la chirurgie, les compétences en matière de santé et l'intensité de la douleur. Dans d'autres recherches, une régression multinomiale avec un résultat à trois niveaux pourrait être considérée

Commentaires	
--------------	--

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Dequeker, S., Van Lancker, A. & Van Hecke, A. (2018), Hospitalized patients' vs. nurses' assessments of pain intensity and barriers to pain management. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 74, 160–171				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La seule chose qui n'apparaît pas dans le titre est que l'étude se focalise sur les obstacles liés aux patients dans l'évaluation et la gestion de la douleur.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			-
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			-
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les différentes études déjà réalisées sur la problématique de l'accord entre infirmières et patients au sujet de l'évaluation de l'intensité de la douleur sont citées et les résultats contradictoires qu'elles proposent sont résumés. La problématique des obstacles à l'évaluation et la gestion de la douleur, et notamment les obstacles liés aux patients est brièvement mise en perspective par rapport à la littérature déjà existante. Enfin, les auteurs annoncent qu'à leur connaissance, aucune étude concernant directement leur question de recherche n'a déjà été réalisée
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		-
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			-

Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			-
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La double population (infirmières et patients) est décrite ainsi que le contexte (sites hospitaliers, type d'unités) dans lequel l'étude a eu lieu.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les critères d'inclusion et d'exclusion sont explicités pour les patients et les infirmières participant à l'étude.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Sans qu'il n'y ait de justification statistique, la large taille de l'échantillon est présentée comme une force de l'étude.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les différents instruments utilisés sont décrits et justifiés et leur adaptation et validation si nécessaire sont explicités. Il n'y a pas d'indication sur la saturation des données.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les outils s'appuient sur des recherches antérieures et le recours à des experts a été utilisé pour faire valider les adaptations nécessaires à l'étude.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			L'article décrit les différentes étapes de la récolte de données sur le terrain ainsi que les étapes antérieures (création des outils de récolte de données, validation des outils, prise de contact avec la population).
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Les comités d'éthiques concernés sont mentionnés. Les consentements ont été obtenus pour patients et infirmières. L'anonymisation des données est évoquée (codage anonyme des « paires » de questionnaires patient-infirmières)
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			La version du logiciel statistique est précisée. Les différents types d'analyse statistique utilisés sont mentionnés et justifiés selon les variables étudiées (statistiques descriptives, analyses univariées et multivariées)
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			La synthèse narrative est d'une grande aide pour comprendre l'analyse multivariée notamment.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	-	-	-	Aucun cadre théorique à ce travail.

	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont mis en lien de manière précise avec des études antérieures, selon les catégories auxquelles ils appartiennent.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Elles sont détaillées et liées à des recommandations pour des recherches futures quand cela est pertinent.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils précisent qu'une des particularité de leur échantillon (exclusion des patients atteints de troubles cognitifs ou sensoriels) rend possiblement leurs résultats « trop optimistes » en termes généraux.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Il y a une section dédiée aux recommandations pour la pratique.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Il y a la fois des recommandation de recherches liées aux limites de l'études ainsi que des recommandations plus générales.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			-
Commentaires :	-				

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.