

Evaluation et gestion infirmière de la douleur aiguë chez la personne âgée démente en milieux de soins aigus

Revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor

Par

Patricia Piller & Karine Roux
Promotion 2012-2015

Sous la direction de: M. Jean-Michel Rossier

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

09 Juillet 2015

Résumé

Etat des connaissances : Le vieillissement démographique de la population est en constante augmentation ainsi que l'incidence des démences. De ce fait, une augmentation des hospitalisations des personnes âgées est remarquée. Il a été relevé que le personnel infirmier est confronté à des difficultés de communication avec les personnes démentes. L'évaluation et la gestion de la douleur aiguë dans les milieux de soins aigus, chez cette population, en sont donc compliquées.

Problématique : La douleur aiguë est souvent exprimée par les personnes démentes au travers d'un changement de comportement. Le personnel infirmier est confronté à des difficultés d'interprétation des comportements et les attribue souvent à d'autres phénomènes que la douleur. Ainsi, aucune évaluation de la douleur avec une échelle standardisée n'est entreprise, ce qui engendre un traitement inadapté de la douleur.

Le but de ce travail est de mettre en évidence de quelle manière le personnel infirmier évalue et gère la douleur aiguë chez cette population dans un contexte de soins aigus.

Méthode : C'est une revue de littérature étoffée permettant de faire une recension des connaissances actuelles. La recherche d'articles a eu lieu entre janvier et avril 2015. Les critères d'inclusion étaient une ancienneté des articles de moins de quinze ans, provenant d'Europe, des Etats-Unis ou du Canada et incluant des sujets de plus de soixante-cinq ans atteints de démence modérée à sévère, étant hospitalisés dans un contexte de soins aigus et souffrant de douleur aiguë. Diverses stratégies ont été utilisées dans plusieurs banques de données afin d'obtenir sept articles scientifiques.

Résultats : Plusieurs difficultés ont été relevées dans l'évaluation de la douleur aiguë chez les personnes âgées atteintes de démence. Il a été mis en évidence que la « Verbal Rating Scale » et l'échelle des faciès sont des échelles d'évaluation de la douleur pouvant être utilisées chez la personne démente. Différentes pratiques de gestion pharmacologique de la douleur ont été recensées. Toutefois, l'absence d'un traitement adapté chez cette population persiste.

Discussion : La plupart des personnes atteintes de démence modérée à sévère sont capables d'utiliser des échelles d'auto-évaluation de la douleur. Il a été prouvé que le personnel infirmier rencontre des difficultés face à l'interprétation des changements de comportement et que les préjugés existants par rapport à la gestion de la douleur chez les personnes démentes sont un obstacle. Un besoin de formations continues et de directives sur la gestion de la douleur a été relevé. Plusieurs pistes pouvant améliorer les pratiques d'évaluation et de gestion de la douleur aiguë chez cette population ont été décelées.

Mots-clés : douleur aiguë, personnes âgées, démence, soins aigus, évaluation de la douleur, gestion de la douleur

Keywords : Acute Pain, Aged, Dementia, Hospitals, Pain Measurement, Pain Management

Zusammenfassung

Forschungsstand: Die demographische Alterung der Bevölkerung nimmt zu, genauso wie die Häufigkeit von Demenz. Daher wird ein Anstieg der Krankenhauseinweisungen bei älteren Menschen beobachtet. Es wurde festgestellt, dass Pflegekräfte Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit demente Menschen haben. Die Erfassung und das Management von akuten Schmerzen, in einem akuten Pflegesetting bei dieser Bevölkerung, sind schwierig.

Problemstellung: Akuter Schmerz wird oft von dementen Menschen durch eine Änderung in ihrem Verhalten zum Ausdruck gebracht. Pflegekräfte sind mit Schwierigkeiten bei der Interpretation dieses Verhaltens konfrontiert und bringen diesem oft mit anderen Phänomenen als Schmerzen in Verbindung. Deswegen wird keine Schmerzerfassung mit einer standardisierten Skala gemacht, was zu unzureichenden Behandlung von Schmerzen führt.

Das Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, wie Pflegekräfte akute Schmerzen bei dieser Bevölkerung, in einem akuten Setting, erfassen und managen.

Methode: Dies ist eine Literaturübersicht die eine Überprüfung des derzeitigen Wissens darstellt. Die Suche nach Forschungen fand zwischen Januar und April 2015 statt. Einschlusskriterien waren Artikeln die jünger als fünfzehn Jahre sind, die aus Europa, den Vereinigten Staaten oder Kanada stammen und die eine Bevölkerung älter als fünfundsechzig Jahre hatten. Die Bevölkerung musste unter akuten Schmerzen leiden und an einer mittelschweren bis schweren Demenz erkrankt sein. Sie mussten auch in einem akuten Setting hospitalisiert sein. Verschiedene Strategien wurden in mehreren Datenbanken verwendet, um sieben wissenschaftliche Artikeln zu erhalten.

Ergebnisse: Mehrere Schwierigkeiten bei der Erfassung von akuten Schmerzen bei älteren Menschen mit Demenz wurden festgestellt. Es wurde betont, dass die "Verbal Rating Scale" und die Gesichtsskala Schmerzerfassungsskalen sind, die für Menschen mit Demenz eingesetzt werden können. Verschiedene pharmakologische Schmerzmanagement-Pflegen wurden identifiziert, aber der Mangel an geeigneter Behandlung bei diesen Patienten besteht.

Diskussion: Die meisten Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz sind in der Lage, Selbsteinschätzungsskalen der Schmerz zu verwenden. Es ist erwiesen, dass Pflegekräfte Schwierigkeiten mit der Interpretation von Verhaltensänderungen haben und dass bestehende Vorurteile gegenüber der Behandlung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz ein Hindernis sind. Ein Bedarf an Weiterbildung und Richtlinien zur Schmerzbehandlung wurde angehoben. Es konnten mehrere Hinweise für eine Verbesserung der Erfassung und des Management von akuten Schmerzen bei diesen Patienten gefunden werden.

Schlüsselwörter: Akuter Schmerz, Ältere Menschen, Demenz, Akutes Pflegesetting, Schmerzerfassung, Schmerzmanagement

Keywords: Acute Pain, Aged, Dementia, Hospitals, Pain Measurement, Pain Management

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement Monsieur Jean-Michel Rossier qui nous a accompagné tout au long de notre travail.

Nous remercions affectueusement Madame Anne-Claire Deschenaux, Madame Ludivine Jordan et Monsieur Claude Longchamp pour le temps qu'ils nous ont mis à disposition afin de relire notre travail.

Pour finir, nous remercions cordialement Madame Christelle Yigit pour son aide précieuse dans la mise en page informatique de notre travail.

Table des matières

Introduction	1
Etat des connaissances	3
Personnes âgées	4
Démence	4
Communication avec la personne démente	5
Douleur aiguë	6
Evaluation de la douleur chez la personne âgée	6
Gestion de la douleur aiguë chez la personne âgée	7
Problématique et question de recherche	8
Concepts et cadre de référence	11
Concepts	12
Douleur aiguë	12
Personne âgée	13
Soins aigus	15
Cadre de référence	15
Théorie de la Validation selon Naomi Feil	15
Méthode	18
Critères d'inclusion	19
Critères d'exclusion	19
Stratégies de recherche	20
Figure 1 : Diagramme des stratégies de recherche	23
Analyse des articles	24
Résultats	25
Methodologie des recherches	26
Evaluation de la douleur aiguë chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère en milieu de soins aigus	26
Difficultés liées à l'environnement de soins	26
Difficultés liées aux professionnels de la santé	26
Difficultés liées au type de profession et aux unités de soins	26
Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur	27
Autres obstacles	27
Capacité des personnes atteintes de démence à évaluer leur douleur	28
Echelles d'évaluation de la douleur utilisées	29

Gestion de la douleur aiguë chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère en milieu de soins aigus	30
Pratiques pharmacologiques de gestion de la douleur	30
Molécules administrées	30
Prescription, posologie et administration d'analgésiques	30
Voies d'administration des analgésiques	32
Objectifs de l'analgésie	32
Pratiques au sein de l'unité de soins et entre différents services	33
Pratiques non-pharmacologiques de gestion de la douleur aiguë	33
Pratiques spécifiques de gestion de la douleur	33
Communication et attitude du personnel infirmier	34
Environnement matériel et social	34
Difficultés rencontrées par les professionnels de la santé dans la gestion de la douleur aiguë	35
Différences entre les professions de soins	35
Manque de connaissances et de formations continues	35
Manque de moyens dans l'environnement et la structure de travail	35
Difficultés de gestion de la douleur aiguë liées à la démence et à d'autres pathologies	36
Attentes et suggestions du personnel infirmier	37
Incidence du délirium et prédispositions	37
Discussion	39
Limites de la revue de littérature étoffée	43
Implications pour la pratique infirmière	44
Perspectives futures	46
Conclusion	47
Liste des références bibliographiques	49
Annexes	53

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des stratégies de recherche

23

Introduction

Dans le cadre de notre formation HES en soins infirmiers, nous effectuons cette revue de littérature étoffée en vue de l'obtention de notre diplôme Bachelor. Nous nous intéressons aux thèmes de la personne âgée, de la démence et de la douleur aiguë dans un contexte de soins aigus. Durant notre formation, nous avons accompli plusieurs périodes de formation pratique dans un contexte de soins aigus. Nous avons été interpellées par les difficultés du personnel infirmier à évaluer et à gérer la douleur auprès des patients atteints de démence modérée à sévère.

Le nombre de personnes âgées est en augmentation et l'incidence des hospitalisations de cette population est donc également croissante. De plus, le risque de développer une démence augmente de façon significative en lien avec le vieillissement. Une part de la population atteinte de démence souffre de difficultés de communication, ce qui peut entraver l'expression de leur douleur et donc, compliquer une détection précoce ainsi qu'une gestion efficace de la douleur.

Cette revue de littérature étoffée a pour but d'évaluer l'état des connaissances actuelles sur ces thèmes d'intérêt. De plus, l'analyse de différentes études peut apporter des pistes d'amélioration pour la pratique infirmière et les recherches futures.

Etat des connaissances

Ce chapitre introduit les sujets traités dans cette revue de littérature étoffée d'après l'état actuel des connaissances. Ces données permettent de mieux saisir la problématique étudiée.

Personnes âgées

Ces dernières décennies, un vieillissement démographique de la population a pu être constaté dû à l'avancée technologique de la médecine ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de vie. Selon l'office fédéral de la statistique, cette tendance continuerait à évoluer vers une augmentation de la population âgée. Il est estimé que la population des personnes de plus de septante-neuf ans passera de 346'000 en 2006, ce qui équivaut à 5 % de la population totale, à 942'000 en 2050, soit 12% de la population totale (OFS, 2008, pp.8-14). La personne âgée est plus à risque de développer des morbidités durant son vieillissement, ce qui augmente la probabilité d'une hospitalisation (OFS, 2008, p. 17).

Démence

L'augmentation du nombre de personnes âgées et de leur espérance de vie augmente considérablement le taux de démence. Selon l'association des homes et institutions sociales suisse (2013), en 2012, il y avait environ 110'000 personnes souffrant de démence, dont 8% étaient âgées de plus de soixante-cinq ans et 30% de plus de nonante ans (p. 3). Selon les estimations de l'OFS, chiffres de 2009, il y aura 200'000 personnes atteintes de démence en 2030 (p. 3).

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) (2000, p. 198), on peut supposer une démence d'après les critères diagnostiques suivants :

« *Déficits cognitifs multiples (mémoire et langage ou praxies ou gnosies ou fonctions exécutives).*

Déclin cognitif ou déclin par rapport au fonctionnement antérieur.

Début progressif et déclin continu.

Absence d'atteinte du système nerveux central, absence d'affection générale, absence de toxicité médicamenteuse, d'alcool ou de stupéfiants.

Absence de confusion mentale.

Absence de dépression ou de psychose. »

Communication avec la personne démente

Différents troubles du langage font partie des symptômes potentiels de la démence. La personne atteinte de démence peut utiliser des expressions imprécises, ne plus se souvenir des noms d'objets et même présenter de l'aphasie dans les stades avancés de la maladie (Townsend, 2010, p. 284).

L'étude parue dans la revue médicale de Liège (Chatelle, Vanhauzenhuyse, Mergam, De Val, Majerus, Boly, Bruno, Boveroux, Demertzi, Gosseries, Ledoux, Peigneux, Salmon, Moonen, Faymonville, Laureys & Schnakers, 2008, p. 429), « *Mesurer la douleur chez le patient non communicant* », indique que les patients souffrant d'une démence à un stade avancé peuvent présenter de la confusion, de l'agitation et de l'incapacité à communiquer clairement leurs sensations, ce qui entraîne des difficultés dans la communication. Ces difficultés présentes chez la personne démente peuvent être accrues dans la phase postopératoire à la suite de complications liées à une chirurgie, tel que l'état confusionnel aigu, dont l'incidence est plus élevée chez les personnes âgées (Pfitzenmeyer, Musat, Lenfant & Turcu 2001, p. 649).

La douleur aiguë rencontrée durant la phase postopératoire chez cette population est souvent sous-évaluée et donc sous-traitée, ce qui augmente le risque de complications et de confusion aiguë (Belbachir, 2007).

Douleur aiguë

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (UPSA, 2010, p. 15),

« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. Elle est donc subjective et repose avant tout sur le ressenti du patient, ce qui la rend difficile à quantifier et à qualifier. D'autant plus que la douleur n'est pas liée systématiquement à une lésion, une caractéristique qui rend son étude complexe. »

La douleur aiguë est caractérisée par un début brutal, un arrêt prévisible et sa durée ne dépasse pas une période de six mois (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr, 2012, p. 353).

Evaluation de la douleur chez la personne âgée

L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées n'ayant pas de démence est une tâche complexe à réaliser du fait de la fragilité de ces personnes et des douleurs mixtes qu'elles peuvent présenter. De plus, on retrouve régulièrement chez cette population des troubles sensoriels et/ou moteurs, ce qui rend l'auto-évaluation des douleurs plus difficile que chez un sujet jeune (UPSA, 2010, p. 47).

Des recommandations concernant l'évaluation de la douleur chez la personne âgée démente montrent que le personnel infirmier doit suivre différentes étapes. En premier lieu, si les proches aidants sont présents, une anamnèse doit être faite avec

eux. En deuxième lieu suivra un examen clinique. Et finalement, il est conseillé de pratiquer à la fois une auto-évaluation et une hétéro-évaluation chez la même personne (Michel, 2009, p. 9).

Gestion de la douleur aiguë chez la personne âgée

Il a été établi que les personnes âgées reçoivent nettement moins d'antalgie que des patients plus jeunes, en particulier les traitements opiacés ou différentes molécules combinées. De plus, il est fréquent que l'antalgie soit prescrite en réserve et donc administrée au besoin malgré des douleurs constantes. (Institut UPSA, 2010, p.83).

Selon Beloeil (2006), les personnes âgées sont concernées par un ralentissement du métabolisme, une diminution de la fonction rénale et du volume de distribution, ce qui implique que les produits pharmacologiques peuvent s'accumuler dans l'organisme et occasionner des complications (pp. 37-38).

Problématique et question de recherche

Les difficultés rencontrées par le personnel infirmier lors de douleurs chez une personne âgée sans démence sont clairement démontrées. Il paraît donc évident que la douleur aiguë chez une personne âgée atteinte de démence augmente la complexité de l'évaluation et de la gestion de la douleur.

Une revue de littérature a mis en évidence que les composantes de la douleur aiguë ne sont pas les mêmes que dans la douleur chronique. En effet, lors d'une douleur chronique, l'individu utilise une réponse à la fois émotionnelle et cognitive. A l'inverse, une réponse sensorielle sera donnée lors de douleur aiguë. Il est prouvé que dans la maladie d'Alzheimer, les structures cérébrales touchées sont en premier lieu celles qui interviennent dans la douleur chronique (affectivité et cognition). Les patients atteints de la démence d'Alzheimer sont susceptibles d'être plus réceptifs à la douleur aiguë car la zone cérébrale sensorielle est, dans une certaine mesure, préservée dans cette maladie (Belin & Gatt, 2006, p. 252).

Chez la population démente, la douleur est souvent exprimée par un changement de comportement tel que l'agitation verbale ou physique (Voyer, 2006, pp. 291-292). D'autres indices de la douleur sont la mimique, un retrait social et un comportement défensif de l'endroit douloureux (Société Tunisienne de Médecine interne, S.d.). Ces manifestations sont souvent associées par le personnel infirmier à une fatigue ou un besoin d'attention plutôt qu'à une douleur aiguë (Voyer, 2006, pp. 291-292). Dès lors, aucune évaluation avec une échelle valide n'est entreprise et la gestion de la douleur n'est pas optimale. La personne reste souvent inconfortable durant une période plus longue que si elle avait pu s'exprimer librement sur ses symptômes ou si une évaluation spécifique avait été mise en place (Voyer, 2006, pp. 291-292).

Diverses études montrent que les personnes âgées démentes reçoivent, de manière générale, moins d'antalgie que les personnes âgées sans démence, pour la même pathologie douloureuse. Une des causes les plus importantes de ce phénomène est la difficulté d'évaluer la douleur (Belin & Gatt, 2006, p. 248). Selon Belbachir (2007), des raisons possibles à l'antalgie trop faible chez le sujet dément sont l'absence de communication, l'altération de l'expérience douloureuse selon les professionnels de la santé et les comorbidités.

Tous ces éléments démontrent des difficultés dans l'évaluation de la douleur entraînant un sous traitement de celle-ci chez la population âgée, en particulier celle atteinte de démence. Comme l'évaluation de la douleur est plus difficile dans le cadre d'une démence modérée à sévère, les modalités d'évaluation diffèrent de celles présentes lors de démence légère. Cette revue de littérature étoffée a pour but de mettre en évidence de quelle manière le personnel infirmier évalue et gère la douleur aiguë chez cette population dans un contexte de soins aigus. Ainsi la question de recherche est :

Comment améliorer l'évaluation et la gestion de la douleur aiguë par le personnel infirmier chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère dans un contexte de soins aigus ?

Concepts et cadre de référence

Concepts

Douleur aiguë

Selon Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr (2012, p. 353), la douleur aiguë est définie comme une

« Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion. Le début est brusque ou lent ; l'intensité varie de légère à considérable ; l'arrêt est prévisible ; la durée est inférieure à six mois. »

La douleur aiguë est souvent caractérisée par un excès de nociception. Ceci est le résultat de lésions des tissus périphériques qui provoquent une augmentation conséquente des influx douloureux dans le système nerveux. Cette stimulation excessive provient des nocicepteurs périphériques qui sont des terminaisons nerveuses réparties dans tout le corps agissant lors de stimuli nocifs. En effet, lors de lésions tissulaires, les cellules endommagées sécrètent des substances inflammatoires qui activent ces nocicepteurs. Cette « forme » de douleur correspond aux brûlures, aux traumatismes, aux douleurs postopératoires ainsi qu'à différentes maladies occasionnant des douleurs soit aiguës, soit chroniques (Mooser, 2013a, p. 2-3).

Pour Smeltzer & Bare (2011), la majorité des blessures causant des douleurs aiguës nécessite moins de six mois pour guérir. De ce fait, considérer une douleur comme aiguë au-delà de la guérison complète d'une blessure n'est pas correct. Cela provoque des souffrances inutiles pour le patient en raison d'un traitement inadapté. Dans cette situation, la douleur doit être considérée comme chronique (p. 287).

La douleur aiguë peut avoir de nombreux effets sur l'organisme et entraîner une réponse au stress du système neuro-endocrinien. Cette réponse est caractérisée par des changements immunologiques, inflammatoires et endocriniens qui sont susceptibles d'entraîner des effets négatifs, en particulier chez les personnes âgées, dont la guérison peut être retardée (Smeltzer & Bare, 2011, pp. 289-292). De plus, une douleur non traitée peut mener à des complications importantes chez la personne âgée, comme un décubitus ou un syndrome de « glissement ». Les effets néfastes peuvent aussi apparaître chez l'entourage de la personne. Le personnel infirmier peut ressentir un sentiment d'impuissance, d'usure et d'épuisement, la famille peut être découragée ou surprotéger la personne démente (Muller, Metzger, Schwetta & Walter, 2012, pp. 283-284).

Personne âgée

Plusieurs auteurs définissent la personne âgée comme étant une personne de soixante-cinq ans ou plus. Dans le contexte de vie actuel, la population tend à devenir toujours plus âgée, et grâce aux progrès de la médecine, vit plus longtemps en bonne santé. De ce fait, définir un âge à partir duquel une personne est âgée devient difficile (Haute Autorité de Santé, 2007, p. 13). Dans cette revue de littérature étoffée, le seuil de soixante-cinq ans et plus est maintenu pour catégoriser les données.

Le vieillissement, aussi appelé sénescence, est caractérisé par des processus physiologiques et psychologiques modifiant les fonctions et la structure du corps humain à partir de l'âge avancé. C'est un processus lent et progressif qui ne doit pas être assimilé aux symptômes des maladies existantes. Ce processus diffère pour chaque individu. Cette phase de la vie occasionne une baisse des capacités

fonctionnelles qui engendre des difficultés de l'organisme à faire face aux situations stressante ou d'agression (Mooser, 2013b, p. 1-2).

De plus, le vieillissement normal entraîne de nombreux changements physiologiques, comme une baisse de la vitesse de réaction et d'exécution. La personne âgée aura une réponse retardée aux stimuli environnementaux, ce qui augmente son temps d'adaptation à un nouvel environnement et favorise les chutes (Miller, 2007, p. 88). Un autre exemple de vieillissement de l'organisme est l'apparition de difficultés de déglutition liées au vieillissement mécanique tel que l'affaiblissement musculaire, la rigidité articulaire et ligamentaire ainsi qu'une diminution des capacités neurologiques (diminution des réflexes, commande motrice plus lente et troubles cognitifs) (Mooser, 2013b, p 11).

Une hypothèse tend à dire que les personnes âgées ont une capacité réduite « à souffrir ». Celle-ci est souvent la cause d'une sous-estimation de la douleur auprès de la population âgée. Les facteurs en faveur de cette hypothèse sont des anomalies des voies nociceptives comme un seuil somesthésique plus élevé, un seuil de douleur modifié (plus élevé pour la sensibilité à la chaleur et diminué pour la sensibilité à la pression) et des mécanismes d'analgésie endogène moins efficaces (Muller & al., 2012, p. 283).

En lien avec les traitements pharmacologiques, il est important de mentionner que le processus de vieillissement entraîne des modifications principalement au niveau hépatique et rénal (Pickering, 2006, p. 99). De plus, les symptômes liés à une pathologie peuvent avoir des influences sur l'action médicamenteuse. Les changements liés au vieillissement peuvent être augmentés, de sorte que l'effet du médicament en sera modifié. Certaines pathologies, comme l'insuffisance cardiaque, peuvent exacerber les effets thérapeutiques et les effets secondaires des

traitements. Inversement, les effets secondaires ont une influence négative sur la pathologie. Ces phénomènes sont importants pour cette revue de littérature étoffée, car la plupart des personnes âgées démentes souffrent de polyopathie et sont donc plus vulnérables aux interactions médicamenteuses. (Miller, 2007, pp. 171-172).

Soins aigus

OdaSanté (2011) définit les soins aigus comme étant des soins liés à une pathologie de survenue aiguë, une blessure, ou une dégradation de l'état général dans le cadre d'une maladie chronique. Ces soins ont pour but de soulager les symptômes des patients, de diminuer l'intensité de la cause d'hospitalisation et d'accompagner le patient vers une guérison ou une stabilisation de son état. Les unités chirurgicales font partie des soins aigus. Dans un contexte de soins aigus, le personnel infirmier se doit d'être vigilant et réactif car l'état de santé des patients peut se modifier rapidement.

Cadre de référence

Théorie de la Validation selon Naomi Feil

La théorie de la Validation est basée sur le concept de l'empathie qui permet la mise en place d'une relation de confiance. Son principal objectif est de parvenir à garder un contact avec les personnes âgées démentes par des techniques de communication verbale et non verbale qui favorisent une relation respectueuse de leur identité propre. Les comportements de ces personnes sont perçus comme des manifestations de leurs besoins existentiels en tant que personne à part entière (Institut M&R, 2015).

Le personnel infirmier doit utiliser l'empathie afin de comprendre la raison qui est derrière chaque comportement. Dans cette théorie, les personnes d'âge avancé et étant désorientées doivent pouvoir clore leur vie afin de pouvoir mourir en paix. Elles « retournent » ainsi dans le passé pour conclure ce qui n'a pas été fait et ainsi donner un sens à leur existence. L'intervenant a pour seul objectif d'aider la personne à atteindre son but, en lui prouvant qu'il a reconnu ses émotions (Feil, 1992, p 1). Le personnel soignant voulant travailler avec la théorie de la Validation doit se rendre compte de plusieurs aspects dans son interaction avec la personne très âgée désorientée. En effet, il ne doit pas vouloir à tout prix « ramener » la personne désorientée dans le présent si celle-ci se trouve dans le passé. Il ne doit pas adopter une attitude de surprotection ou de stimulation car les personnes désorientées sont très sensibles à l'authenticité ou au manque de celle-ci. Il faut également proscrire toute forme d'infantilisation (Feil, 1992, p 1-5).

Naomie Feil (1992) a défini quatre stades de la désorientation. Le premier est la « malorientation » durant lequel la personne essaie de régler des conflits passés de façon détournée tout en s'accrochant à la réalité. Le deuxième est la « confusion temporelle » où la personne commence à se replier sur elle-même. A cause de nombreuses pertes physiques et sociales, elle décroche de la réalité et se crée son propre « monde ». Le troisième stade est celui du « mouvement répétitif ». La personne ne pouvant pas communiquer ses sentiments, tente de résoudre ses conflits en exécutant des mouvements ou des sons répétitifs, ce qui a pour objectif de l'apaiser. Le quatrième est celui de « l'état végétatif » caractérisé par un repli total sur soi. La personne coupe le contact avec le monde extérieur et abandonne ses tentatives de résolution de conflits (pp. 28-38).

Pour la compréhension de l'implication de cette théorie dans l'évaluation et la gestion de la douleur aiguë, l'accent est mis sur le troisième stade de la

désorientation, c'est-à-dire le stade du « mouvement répétitif ». Divers moyens d'action de « validation » sont proposés afin d'entrer en relation avec la personne désorientée. Le toucher et le contact visuel authentique permettent d'établir une relation de confiance, de diminuer le stress et de favoriser le sentiment de sécurité. L'utilisation d'une intonation rassurante est un autre moyen de faire émerger des souvenirs de sécurité et de diminuer le stress.

Néanmoins, avant tout acte de Validation, la première étape est d'apprendre à connaître la personne âgée désorientée, de comprendre son vécu. Pour ce faire, l'intervenant doit poser des questions simples en lien avec la biographie de la personne. Par exemple, une question pour explorer le présent pourrait être : « Que préférez-vous faire ou avec qui préférez-vous être ? ». A l'inverse les questions concernant l'exploration du passé de la personne sont basées sur les souvenirs simples de leur vie (loisirs, religion, école...). Le fait de poser ces questions engendre une relation de confiance et permet également d'évaluer le stade de désorientation de la personne afin de mettre en place les stratégies spécifiques de Validation (Feil, 1992, pp. 46-60).

Méthode

Le but de ce travail étant de faire une recension des connaissances actuelles sur la problématique choisie, le devis d'une revue de littérature étoffée s'est imposé. Ce devis permet d'apporter des pistes pour la pratique infirmière et/ou de futures recherches sur le sujet.

La recherche d'articles scientifiques s'est déroulée entre janvier et avril 2015, à l'aide de différentes stratégies de recherche présentées ci-dessous.

Critères d'inclusion

Les articles étaient inclus s'ils dataient de moins de dix ans (2005-2015), étaient de langue française, allemande ou anglaise. Les sujets d'études devaient être âgés de soixante-cinq ans ou plus, être atteints de démence modérée à sévère, être hospitalisés dans un contexte de soins aigus et souffrir de douleur aiguë. Les articles inclus devaient provenir de pays européens, des Etats-Unis ou du Canada.

Suite au peu de résultats avec ces critères d'inclusion, il a été décidé d'élargir le critère d'ancienneté des articles à quinze ans (2000-2015).

Critères d'exclusion

Les articles étaient exclus s'ils dataient de plus de quinze ans (1999 et moins), si les sujets d'étude avaient un âge inférieur à soixante-cinq ans, étaient atteints de démence légère et/ou souffraient de douleur chronique. Les articles traitant des milieux de soins de longue durée ont également été exclus.

Stratégies de recherche

Stratégie N°1. La recherche dans PubMed a été faite avec les termes MESH « Postoperative Pain » et « Dementia ». Dix articles ont été trouvés, deux articles ont été retenus car ils correspondaient au thème choisi.

Dans les « Related citations » d'un des deux articles, trois nouveaux articles ont été trouvés et retenus.

Stratégie N°2. Une recherche dans PubMed avec les termes MESH « Pain » et « Aged » et « Dementia » a donné un résultat de quatre cents quatorze articles dont un a été retenu. En recherchant cet article en version complète, deux autres articles correspondant au sujet ont pu être trouvés.

Stratégie N°3. La recherche dans PubMed avec les termes MESH « Dementia » et « Pain » et « Nursing » a donné un résultat de quarante-sept articles. Les articles datant de plus de dix ans ont été exclus, trente-quatre articles sont ressortis. Quatre articles ont été retenus.

En cherchant la version complète d'un article dans Google Scholar, deux nouveaux articles dont les titres correspondaient au sujet d'intérêt ont été trouvés.

Lors de la recherche d'un autre article en version complète dans Google Scholar, un nouvel article a été trouvé.

Stratégie N°4. La recherche dans PubMed avec les termes MESH « Postoperative Pain » et « Nursing » et « Dementia » a eu un article comme résultat qui avait déjà été choisi. Cependant, dans les « Related citations » un nouvel article a pu être trouvé.

Stratégie N°5. La recherche dans Google Scholar avec les mots « Assessment of Pain » et « Dementia » a permis de trouver deux articles.

Stratégie N°6. La recherche dans Cinhal avec les termes « postoperative pain » et « dementia » a donné trente-deux résultats. Un article a été retenu.

Stratégie N°7. La recherche dans Google Scholar avec les mots « Dementia » et « Pain » a permis de trouver deux articles.

Stratégie N°8. La recherche dans PubMed avec les termes MESH « Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitives Disorders » et « Pain Measurement » avec le critère de restriction « Version complète gratuite » a donné un résultat de huitante-trois articles, dont deux ont été retenus.

Stratégie N°9. La recherche dans PubMed avec les termes MESH « Dementia » et « Hospitals » et « Pain » a donné dix résultats, deux articles ont été retenus.

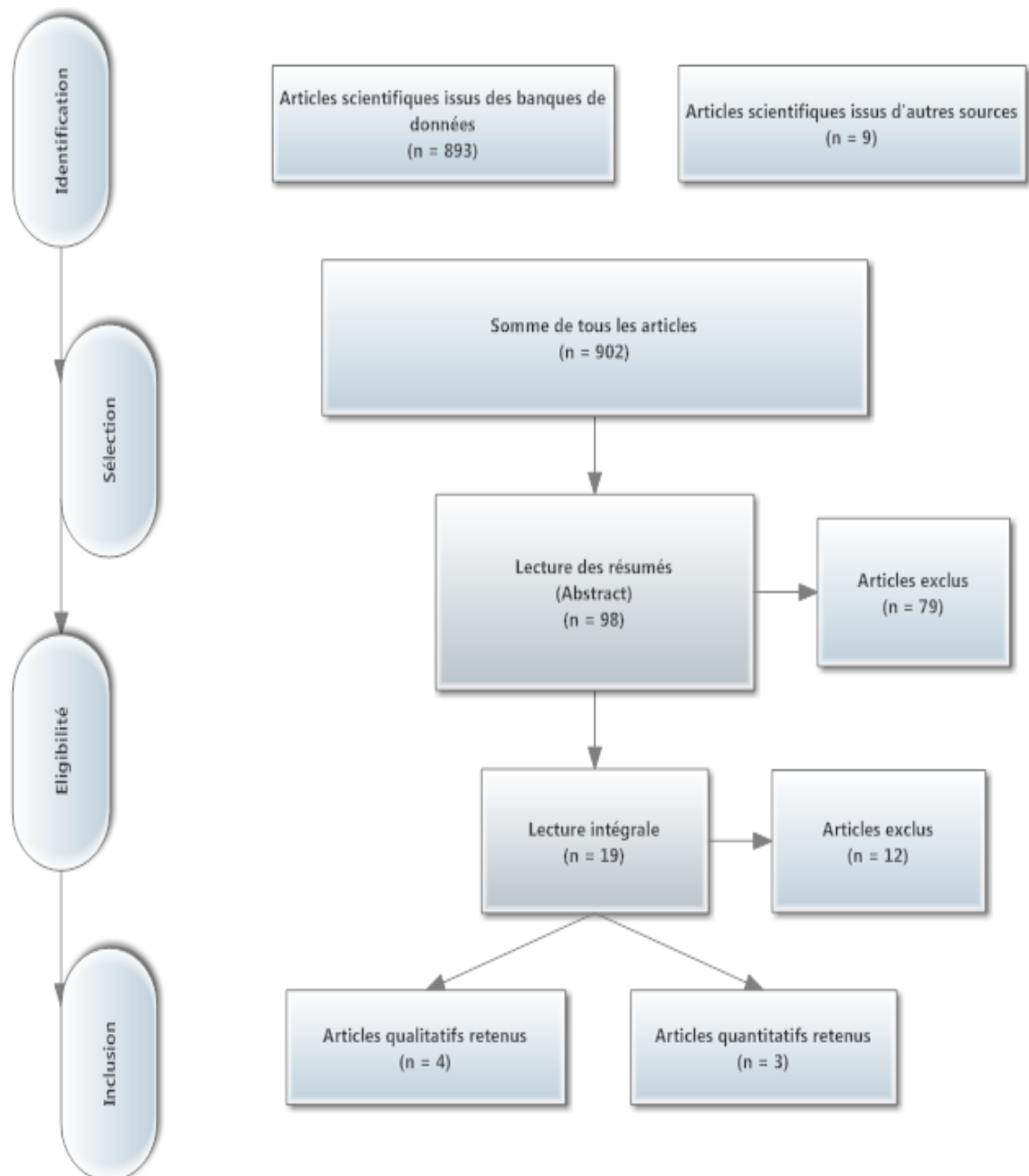
Stratégie N°10. La recherche dans PubMed avec les termes MESH « Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitives Disorders » et « Hospitals » et « Pain » a donné un résultat de vingt-six articles dont un correspondait au thème et a été retenu.

Stratégie N°11. La recherche dans PubMed avec les termes MESH « Alzheimer Disease » et « Pain » a donné un résultat de cent nonante-quatre articles, dont un a été retenu.

Stratégie N°12. La recherche dans PubMed avec les termes MESH « Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitives Disorders » et « Pain Measurement » avec le

critère de restriction « Version complète gratuite » a donné un résultat de huitante-trois articles dont deux correspondaient au sujet d'intérêt et ont été retenus.

Figure 1 : Diagramme des stratégies de recherche



Analyse des articles

Les grilles d'analyse d'étude quantitative ainsi que les grilles d'analyse d'étude qualitative fournies par la Haute Ecole de Santé de Fribourg ont été utilisées pour analyser les différents articles inclus.

Résultats

Méthodologie des recherches

Sur les dix-neuf articles lus intégralement, douze ont été exclus parce qu'ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Les sept études retenues datent de 2000 à 2014 et se sont déroulées en : Suisse (n=1), Finlande (n=3) et Etats-Unis (n=3). Quatre études ont un design qualitatif et trois ont un design quantitatif. Cinq études ont été approuvées par un comité d'éthique. Les deux autres ne mentionnent aucune information à ce sujet mais semblent être éthiquement correctes.

Un tableau récapitulatif des résultats pour l'évaluation de la douleur ainsi qu'un autre pour la gestion de la douleur ont été élaborés afin de synthétiser et de catégoriser les différents résultats.

Evaluation de la douleur aiguë chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère en milieu de soins aigus

Difficultés liées à l'environnement de soins

Selon Morrison et Siu (2000), des échelles d'évaluation de la douleur sont utilisées dans les institutions de soins de longue durée, en s'appuyant sur les proches aidants ou le personnel infirmier proche de la personne atteinte de démence car ceux-ci sont en mesure d'interpréter tous changements, même subtils, dans le comportement de la personne (p. 245).

Difficultés liées aux professionnels de la santé

Difficultés liées au type de profession et aux unités de soins

Le type de profession influence la qualité des évaluations de la douleur. Celle-ci diffère entre les différents types de profession et entre les différents services. Ainsi, le nombre moyen d'évaluations infirmières de la douleur dans un service de chirurgie était de 5.24 par jour, contre 2.4 évaluations infirmières par jour dans un service de médecine. Quant aux médecins, ils effectuaient en moyenne 0.48

évaluations de la douleur par jour dans un service de chirurgie, contre 0.87 évaluations par jour dans un service de médecine (Mehta, Siegler, Henderson & Reid, 2010, pp. 5-6). Un autre résultat important est que le personnel infirmier considérant la gestion de la douleur comme suffisante utilise deux fois plus souvent une échelle d'évaluation de la douleur que celui pensant que la gestion de la douleur est insuffisante (Rantala, Kankkunen, Kvist & Hartikainen, 2012, p.75).

Utilisation des échelles d'évaluation de la douleur

Comme démontré ci-dessus, les différentes échelles d'évaluation de la douleur ne sont pas utilisées de la même manière par les différents types de profession. Mehta et al. (2010) démontrent que deux tiers du personnel infirmier enregistrent des scores numériques de la douleur, tandis que moins de 5% des médecins le font (p. 6). Une étude de Rantala et al. (2012) a démontré qu'un tiers du personnel infirmier évalue la douleur avec une échelle d'évaluation (p. 79).

Autres obstacles

D'autres obstacles dans l'évaluation de la douleur aiguë ont été mentionnés : l'insuffisance de la documentation par rapport aux effets des analgésiques, un déficit de l'audition chez le patient et la difficulté à évaluer les différentes intensités de douleur à cause du peu de temps que le personnel infirmier peut accorder aux patients déments (Rantala & al., 2014b, p. 212).

Dans une étude ayant pour but d'évaluer la performance des échelles d'auto-évaluation chez les personnes atteintes de démence sévère et de comparer celles-ci avec les données observationnelles, il a été prouvé que la capacité des patients à comprendre différentes échelles d'évaluation de la douleur dépendait du degré de déficience cognitive et du type d'échelle utilisée (meilleure compréhension de la Verbal Rating Scale (VRS) et de l'échelle des faciès) mais était indépendante du

type de démence dont est atteint le patient (Pautex, Michon, Guedira, Emond, Le Lous, Samaras, Michel, Herrmann, Giannakopoulos & Gold, 2006, pp. 1041-1042).

Capacité des personnes atteintes de démence à évaluer leur douleur

L'étude de Mehta et al. (2010) démontre que la plupart des patients déments (sévérité de la démence non précisée) peuvent donner des scores de douleur à l'aide d'une auto-évaluation (p. 6). Une autre étude a montré qu'environ deux tiers des patients atteints de démence sévère pouvaient utiliser de manière appropriée une échelle d'auto-évaluation de la douleur (Pautex & al., 2006, p. 1043). Ces résultats contredisent ceux d'une étude antérieure qui avait montré que la plus grande difficulté dans l'évaluation et la gestion de la douleur chez cette population était l'incapacité de ceux-ci à utiliser de façon adéquate une auto-évaluation pour la description de leur douleur (Morrison & Siu, 2000, p. 245).

Cependant, le personnel infirmier interrogé au sujet des obstacles à la gestion de la douleur postopératoire chez les patients atteints de démence a exprimé une grande difficulté à évaluer correctement la douleur à cause d'une diminution des capacités cognitives (Rantala & al., 2014b, p. 212). Ces patients démontrent souvent une incapacité à apprécier les modifications de leur douleur et ressentent chaque épisode douloureux comme si c'était une nouvelle douleur. Ce phénomène s'explique par la défaillance des fonctions exécutives indispensables à l'intégration de l'expérience de la douleur. Dans de telles situations, le personnel infirmier aura tendance à surmédiquer les patients pour répondre à leur détresse (Kelley, Siegler & Reid, 2008, p. 584).

Echelles d'évaluation de la douleur utilisées.

Dans une étude, dont le but était de décrire les pratiques de gestion de la douleur postopératoire, les échelles d'évaluation de la douleur les plus souvent rapportées par le personnel infirmier étaient l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle VRS et une échelle d'évaluation des comportements (PAINAD). Cette étude exprime également que l'EVA, échelle la plus fréquemment utilisée des trois, n'est pas adaptée pour la majorité des personnes atteintes de démence (Rantala & al., 2012, pp. 79-80).

Pautex et al. (2006) ont prouvé que la VRS, l'EVA et l'échelle des faciès étaient des échelles d'évaluation de la douleur fiables mais que les patients déments comprenaient mieux la VRS et l'échelle des faciès. Ce résultat renforce la déclaration que l'EVA peut ne pas être appropriée pour les patients atteints de démence grave. Une explication à ceci est que ces patients n'ont plus la capacité requise de la pensée abstraite (p. 1044).

Un point important souligné par Kelley et al. (2008) est qu'avant d'utiliser une échelle d'évaluation de la douleur, une évaluation des capacités cognitives doit être effectuée avec des instruments standardisés comme le Mini-Mental State Examination (MMSE) ou le Mini-Cog (p. 585).

Gestion de la douleur aiguë chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère en milieu de soins aigus

Pratiques pharmacologiques de gestion de la douleur

Molécules administrées

Rantala et al. (2014a) ont montré que durant les deux premiers jours postopératoires suite à une fracture de la hanche, les patients déments recevaient principalement du paracétamol et des opioïdes forts. L'opioïde le plus souvent utilisé était l'oxycodone administrée par voie orale ou en solution injectable. La morphine n'a été que très rarement utilisée. Les résultats ont démontré que les patches transdermiques (par exemple le Fentanyl) ont été utilisés mais ne sont pas adaptés dans la gestion de la douleur aiguë car le principe actif commence à agir tardivement et la titration des doses est rigide (p. 3101).

Prescription, posologie et administration d'analgésiques

Il a été démontré que les analgésiques étaient fréquemment administrés avant les événements douloureux ou l'activité physique ainsi que sur toute la journée à heure régulière (Rantala & al., 2012, p. 75). Dans une autre étude menée par Rantala et al. (2014a), le personnel infirmier a rapporté que, durant les deux premiers jours postopératoires, la dose quotidienne moyenne d'oxycodone administrée par voie orale était de quatorze à vingt-six milligrammes. Ce faible dosage pourrait être expliqué par le fait qu'une personne âgée nécessite moins d'opioïdes qu'un adulte jeune pour avoir un même degré de soulagement de la douleur (p. 3102).

Morrison et Siu (2000) signalent que les patients sans démence reçoivent en moyenne trois fois plus d'analgésie opiacée que ceux atteints de démence avancée et plus de 40% d'entre eux rapportaient malgré cela une forte douleur durant la

phase postopératoire. 24% des patients déments avaient une prescription pour une analgésie sur toute la journée à heures régulières ; 76% n'avaient que des prescriptions de réserve (pp. 244-246). Dans l'étude de Mehta et al. (2010) uniquement 15 % des patients déments ont reçu une analgésie sur toute la journée à heure fixe (p. 7). Cette différence de prescription entre les patients déments et non déments peut s'expliquer par le fait que les patients atteints de démence sont incapables de communiquer leur douleur, ce qui mène à des difficultés d'évaluation de la douleur entraînant un traitement analgésique insuffisant. De plus, les comportements résultants d'une douleur aiguë sont souvent subtils, et peuvent être interprétés comme des signes de désorientation. La peur de provoquer une désorientation ou un délirium peut également influencer négativement la prescription d'analgésiques. Les résultats démontrent aussi un nombre d'obstacles à l'analgésie suffisante tels qu'un manque de connaissances de la gestion des effets secondaires des opioïdes et des préjugés amenant l'hypothèse que la douleur postopératoire ne peut pas être éliminée. La peur de la dépendance aux opioïdes est également un obstacle pour le personnel infirmier (Morrison & Siu, 2000, pp. 244-246).

L'étude de Pautex et al. (2006) démontre également un traitement insuffisant de la douleur chez cette population car la moitié des patients ont signalé une douleur et environ un tiers de ceux-ci n'ont reçu aucune analgésie (p. 1043).

Rantala et al. (2014b) émettent l'hypothèse que les médecins sont hésitants à prescrire une analgésie suffisante et que le personnel infirmier peut ne pas donner assez de médicaments pour un soulagement adéquat de la douleur de peur d'une surmédication. Cette peur peut être due au fait que les personnes atteintes de démence aient souvent des comorbidités et reçoivent donc une polymédication, ce qui augmente le risque d'interaction lors de l'administration d'analgésiques (p. 217).

Voies d'administration des analgésiques

La voie d'administration la plus utilisée est la voie orale. Cette voie d'administration peut ne pas être adaptée à certains patients s'ils souffrent de troubles de la déglutition ou s'ils refusent de prendre les médicaments (Rantala & al., 2014a, p. 3102).

Objectifs de l'analgésie

Dans une étude basée sur des interviews du personnel infirmier, les résultats démontrent qu'en général, le but de la gestion de la douleur postopératoire chez les personnes démentes après une opération de la hanche, est une légère douleur n'empêchant pas le fonctionnement normal. Certains professionnels du personnel infirmier ont dit qu'une indolence complète après une opération indique souvent que le patient est incapable de se déplacer. De plus, ils estiment qu'une légère douleur rappelle au patient de faire attention à ne pas mettre trop de poids sur la jambe opérée, en particulier si le patient est confus et oublie qu'il a été opéré (Rantala & al., 2014a, p. 3102).

Morrison et Siu (2000) démontrent l'importance d'un traitement adéquat de la douleur postopératoire car, si celle-ci n'est pas traitée ou insuffisamment traitée, le résultat fonctionnel peut être fortement entravé. De plus, la douleur induit souvent une tachycardie qui augmente le besoin en oxygène du myocarde, ce qui peut entraîner une ischémie myocardique. En outre, la douleur ou la peur de la douleur peuvent mener à une diminution de l'activité physique dans la phase postopératoire, ce qui accroît le risque de thrombo-embolie, induit un retard dans la thérapie physique augmentant la durée du séjour et le temps de récupération fonctionnelle (p. 246).

Pratiques au sein de l'unité de soins et entre différents services

Dans leur étude décrivant les pratiques de gestion de la douleur en phase postopératoire, chez les patients âgés déments ayant une fracture de la hanche en Finlande, Rantala et al. (2012) indiquent que 73% du personnel infirmier a évalué et documenté les effets des analgésiques. Les différences les plus importantes dans les pratiques de la gestion de la douleur ont pu être observées entre les différents hôpitaux (p. 79).

Mehta et al. (2010) ont également constaté une variation des pratiques de gestion de la douleur chez les patients atteints de démence, à l'intérieur et entre les différents services de soins. Les différences concernaient la quantité d'opioïdes reçue (les patients hospitalisés dans un service de chirurgie recevaient en moyenne quatre fois plus d'opioïdes que les patients hospitalisés dans un service de médecine), la prescription et l'administration des médicaments (la plupart des patients recevaient des opioïdes de réserve et non à heure fixe). Différents facteurs peuvent être impliqués dans cette variation comme ceux liés au patient (origine de la douleur aiguë et sévérité de la démence) et ceux liés aux professionnels (connaissances sur les médicaments analgésiques et leurs effets secondaires, habitudes de prescription du service) (p. 7).

Pratiques non-pharmacologiques de gestion de la douleur aiguë

Pratiques spécifiques de gestion de la douleur

Les résultats de Rantala et al. (2012) démontrent que le personnel infirmier privilégie les pratiques spécifiques de gestion de la douleur comme le repositionnement, l'aide dans les activités de la vie quotidienne et l'application de froid. A l'opposé, la musicothérapie, l'application de chaleur et la réorganisation de l'environnement du patient sont peu utilisés (p. 75). Mehta et al. (2010) ont trouvé

des résultats similaires. Dans leur étude, ils ont prouvé que les méthodes spécifiques telles que la distraction, le repositionnement et l'application de froid étaient plus souvent utilisés dans les services de chirurgie que dans les services de médecine (p. 6).

Communication et attitude du personnel infirmier

Dans l'étude de Rantala et al. (2012), citée précédemment, le personnel infirmier met en évidence que les patients atteints de démence nécessitent des méthodes de travail paisibles et pacifiques pour se sentir à l'aise. Pour ce faire, il utilise souvent des pratiques émotionnelles comme l'apaisement, la consolation et l'interaction empathique. Le fait de donner des informations appropriées sur les événements à venir et sur la cause de la douleur a également été relevé. De plus, le fait de connaître la personne a été souligné, car cela permet de comprendre la manière dont les personnes démentes expriment de façon individuelle la douleur. Toutes ces actions permettent d'agir sur l'anxiété et la détresse qui sont des facteurs pouvant intensifier la douleur (p. 79).

A l'inverse, le fait de banaliser l'expérience de la douleur et le manque d'écoute empathique envers les patients et leur famille sont des attitudes défavorables à une gestion appropriée de la douleur (Rantala & al., 2014b, p. 213).

Environnement matériel et social

Un environnement paisible est important pour les patients atteints de démence. Il a été relevé que favoriser de petites chambres peut y contribuer. La présence de la famille a également été jugée comme importante car elle permet de calmer le patient (Rantala & al., 2012, p. 77).

Difficultés rencontrées par les professionnels de la santé dans la gestion de la douleur aiguë

Différences entre les professions de soins

Les différences entre les professionnels de la santé débutent déjà dans leurs objectifs de soins. En effet, le personnel infirmier de plus de cinquante ans et avec plus de quinze ans d'expérience dans les soins avait plus souvent un objectif idéaliste qui est de soulager complètement la douleur (Rantala & al., 2014a, pp. 3102-3103).

Il existe aussi de grandes différences entre les diverses professions de santé mais Mehta et al. (2010) ont relevé que la reconnaissance et la communication orale et écrite des moyens pharmacologiques de gestion de la douleur ont connu des améliorations (p. 6).

Manque de connaissances et de formations continues

Afin d'améliorer l'évaluation et la gestion de la douleur aiguë chez les patients atteints de démence, il est important que la documentation et la communication des résultats ainsi que des préoccupations entre les différentes professions de soins soient uniformisées. De plus, les professionnels de la santé ont besoin de recevoir les directives de gestion de la douleur aiguë chez cette population qui existent déjà et qui sont fondées sur des preuves scientifiques (Mehta & al., 2010, p. 8).

Manque de moyens dans l'environnement et la structure de travail

Rantala et al. (2014b) ont relevé de nombreuses barrières à une gestion adéquate de la douleur comme un environnement agité, le manque de temps du personnel infirmier (p. 213) et le manque de moyens permettant d'organiser un environnement confortable et calme. D'autres facteurs empêchant le personnel

infirmier d'utiliser les méthodes spécifiques de gestion de la douleur sont le manque de ressources et le manque de personnel (Rantala & al., 2012, pp. 77-78).

Difficultés de gestion de la douleur aiguë liées à la démence et à d'autres pathologies

Le personnel infirmier doit faire face à des difficultés dans la gestion de la douleur pharmacologique des personnes démentes. Lorsque les analgésiques sont prescrits en réserve, les patients ont parfois des difficultés à anticiper la douleur avant certaines activités ou oublient de demander une réserve médicamenteuse. De plus, ils ne reconnaissent pas les effets secondaires de la médication ce qui implique une surveillance renforcée de la part du personnel infirmier envers l'efficacité et les effets secondaires des traitements. Une autre difficulté est que parfois, même un traitement agressif ne soulage pas la douleur. Dans ce cas, l'arrêt du traitement peut être la meilleure solution pour le patient, mais ceci est difficile à mettre en pratique avec les patients déments, car ils peuvent ne pas prendre une part active dans leurs propres soins (Kelley & al., 2008, pp. 583-584).

Les personnes démentes sont sujettes à la confusion qui peut entraîner une incompréhension du sens des soins. Ce phénomène amène souvent des résistances aux soins et peut rendre l'administration des traitements difficile. Dans d'autres situations, les patients peuvent ne pas se rappeler des informations et instructions données par le personnel infirmier, ce qui les expose à des situations douloureuses (Rantala & al., 2014b, p. 217).

Les défis dans la gestion de la douleur aiguë chez cette population selon une interview du personnel infirmier sont les troubles de la déglutition, le refus des patients de prendre le traitement et le fait que les patients traités par analgésie péridurale ou intraveineuse tentent souvent d'arracher leur cathéter. Le personnel infirmier a fait des suggestions pour éviter ces problèmes qui comprenaient un autre

moyen d'administration (injection intraveineuse ou intramusculaire), le fait d'écraser les médicaments ou encore d'administrer des comprimés effervescents (Rantala & al., 2014a, p. 3101).

Attentes et suggestions du personnel infirmier

Rantala et al. (2014b) ont questionné le personnel infirmier de plusieurs hôpitaux sur leurs attentes et leurs suggestions pour améliorer la gestion de la douleur aiguë chez les personnes atteintes de démence. Les attentes principales étaient une dotation suffisante en personnel, des cours de formation continue, une cohérence dans les pratiques, des lignes directrices et une meilleure coopération entre les différentes professions de la santé. Le personnel infirmier a relevé que la disponibilité du personnel formé spécifiquement pour la gestion de la douleur était un atout (p. 217).

Dans une autre étude de la même année, les suggestions émises étaient un meilleur traitement préopératoire de la douleur en utilisant différentes méthodes afin d'obtenir un résultat plus favorable dans le soulagement de la douleur postopératoire, et la création d'unités spécialisées dans les soins aux personnes démentes à l'intérieur des établissements de soins aigus (Rantala & al., 2014a, p. 3101).

Incidence du délirium et prédispositions

Kelley et al. (2008) relèvent dans leur étude que la démence est un facteur prédisposant au délirium. D'autres facteurs sont la douleur, la fièvre, l'hypoxie et les effets secondaires du traitement. Ceux-ci peuvent guider les professionnels lors du choix du traitement et de la prise en charge de la personne (p. 583). Rantala et al. (2014b) donnent d'autres facteurs pouvant mener à un délirium comme la

polymédication, les comorbidités, la contention physique, ainsi qu'une douleur intense et une analgésie insuffisante (p. 214).

Ces éléments démontrent que les personnes âgées atteintes de démence et ayant une douleur aiguë sont à haut risque de développer un délirium compliquant ainsi les soins et pouvant augmenter la durée d'hospitalisation.

Discussion

Dans ce chapitre, les différents résultats démontrés auparavant sont mis en lien et comparés avec « l'état des connaissances », « la problématique », « les concepts » et « le cadre de référence ».

Les résultats démontrent que, malgré les signes des personnes atteintes d'une démence à un stade avancé, comme la confusion, l'agitation et la difficulté à communiquer clairement la douleur (Chatelle & al., 2008, p. 429), la plupart d'entre elles sont en mesure d'utiliser une échelle d'auto-évaluation de la douleur (Mehta & al., 2010, p.6 ; Pautex & al., 2006, p. 1043). Cependant, Rantala et al. (2014b) mentionnent des difficultés liées à la confusion telles que l'incompréhension des patients en regard des soins et l'oubli d'informations et d'instructions données par le personnel infirmier (p. 217). Ces oublis pourraient être minimisés à l'aide de techniques d'organisation de l'environnement de la personne, comme le fait d'installer des fiches de rappel à la vue de la personne.

Michel (2009) conseille d'utiliser une auto-évaluation doublée d'une hétéro-évaluation chez les patients atteints de démence pour l'évaluation de la douleur (p. 9). Les résultats obtenus par Pautex et al. (2006) démontrent que l'utilisation de la VRS et de l'échelle des faciès est plus indiquée pour évaluer la douleur que l'EVA car les patients déments en démontrent une meilleure compréhension (p. 1044). Ces moyens d'évaluation peuvent être instaurés facilement dans les hôpitaux suisses car l'accès aux échelles d'évaluation de la douleur est promue et que ce soin infirmier est réalisable dans la pratique courante.

Rantala et al. (2014a) ont observé des doses faibles d'analgésiques prescrites aux personnes atteintes de démence durant les deux premiers jours postopératoires suite à une fracture de la hanche. Ils tentent d'expliquer ce phénomène par le fait qu'une personne âgée a besoin d'une dose plus faible d'opioïdes qu'un adulte jeune

pour en ressentir l'effet analgésique. Ces résultats concordent avec les informations délivrées par l'UPSA (2010), qui dit également que les patients plus jeunes reçoivent nettement plus d'antalgie que les personnes âgées. Beloeil (2006) explique ceci par le fait que les personnes âgées sont à risque d'accumuler les substances pharmacologiques, et donc, de développer des effets indésirables (pp. 37-38).

L'Institut UPSA (2010) fait part d'une fréquente prescription d'analgésiques en réserve (p. 83). Morrison et Siu (2000) ont obtenu des résultats similaires car 76% des patients de leur étude avaient reçu des prescriptions de réserve (pp. 244-246). Pourtant, la littérature révèle que les personnes âgées démentes sont souvent incapables d'anticiper les événements douloureux. De plus, ils sont susceptibles d'oublier de demander une réserve médicamenteuse en cas de douleur (Kelley & al., 2008, pp. 583-584). Ceci démontre une des problématiques dans le traitement insuffisant de la douleur chez cette population. En effet, le personnel infirmier devant se positionner face au personnel médical en faveur des patients, peut encourager la prescription d'analgésiques à heure fixe dans l'intérêt du patient vulnérable.

Diverses études ont montré que les personnes âgées démentes reçoivent moins d'analgésiques que les personnes âgées n'ayant pas de démence (Belin & Gatt, 2006, p.248), comme le démontre les résultats de Morrison et Siu (2000, pp. 244-246). Ce phénomène peut être imputé aux difficultés de communication rencontrées par le personnel infirmier avec la population démente. En effet, celle-ci est souvent incapable de communiquer de manière claire sa douleur, ce qui complique la reconnaissance et l'évaluation de la douleur (Pfitzenmeyer & al., 2001, p.649).

Voyer (2006) a exprimé que les manifestations de la douleur, comme l'agitation verbale ou physique, sont souvent associées à tort par le personnel infirmier à une fatigue ou un besoin d'attention (pp. 291-292). Ceci peut indiquer un besoin de formations continues du personnel infirmier au sujet de l'évaluation de la douleur aiguë chez les patients atteints de démence. En effet, comme l'indiquent Morrison et Siu (2000), le personnel infirmier des milieux de soins aigus rencontre des difficultés dans l'évaluation de la douleur chez cette population, car il n'est souvent pas en mesure d'interpréter des changements subtils dans le comportement de la personne (p. 246). Le personnel infirmier est souvent démuni lorsqu'il est confronté à ce type de situations. De ce fait, il entreprend rarement une évaluation avec une échelle valide, ce qui entraîne une durée plus longue de souffrance pour la personne démente (Voyer, 2006, pp. 291-292). Mehta et al. (2010) montrent par leur étude que les professionnels de la santé ont besoin de directives de gestion de la douleur fondées sur des preuves scientifiques (p. 8). Afin de comprendre et de faire face aux manifestations comportementales des personnes âgées démentes, Naomie Feil propose des pistes d'action pouvant guider le personnel infirmier dans sa prise en charge. Ces actions sont d'utiliser le toucher, un contact visuel authentique et une intonation rassurante afin de créer une relation de confiance avec la personne atteinte de démence et permettre de mieux saisir le sens des comportements (Feil, 1992, pp.58-60).

Tout comme Smeltzer et Bare (2011), Morrison et Siu (2000) avaient déjà démontré qu'une douleur aiguë non traitée peut avoir des conséquences sur l'organisme, entraîner des complications, augmenter la durée du séjour et retarder la guérison. Ceci montre la nécessité d'un traitement adéquat de la douleur (p. 246).

Les personnes âgées connaissent des changements au niveau physiologique, tels qu'une modification des voies nociceptives (Muller & al., 2012, p. 283) et un

ralentissement de la fonction hépatique et rénale (Pickering 2006, p. 99). Ces phénomènes peuvent amener les médecins à ne pas prescrire une analgésie suffisante et le personnel infirmier à ne pas administrer assez de médicaments pour soulager correctement la douleur, de peur d'une surmédication. En effet, les personnes âgées souffrent souvent de comorbidités et reçoivent une polymédication, donc le risque d'interactions avec les analgésiques est augmenté (Rantala & al., 2014b, p. 217).

Selon la théorie de la Validation de Naomie Feil, le personnel infirmier doit créer une relation de confiance avec la personne démente, emplie d'empathie. Il doit maintenir le contact avec cette personne grâce à des techniques de communication verbale et non verbale qui permettent l'expression des besoins existentiels (Institut M&R, 2015). Le personnel infirmier a relevé qu'il était important d'utiliser des méthodes de travail paisibles comme les pratiques émotionnelles de gestion de la douleur (Rantala & al., 2012, p. 79). Les attitudes néfastes relevées dans les résultats sont un manque d'écoute empathique ainsi que la banalisation de l'expérience de la douleur (Rantala & al., 2014b, p. 213).

Limites de la revue de littérature étoffée

Cette revue de littérature étoffée représentait un premier exercice dans le domaine de la recherche. Les critères scientifiques ont été respectés du mieux possible et avec la meilleure des volontés malgré l'inexpérience des auteures.

Ce travail s'intégrait dans le cursus de troisième année Bachelor en soins infirmiers. De ce fait, le temps à disposition était fortement réduit en comparaison avec le temps accordé aux chercheurs professionnels.

Tous les articles étaient en anglais, ce qui n'est pas la langue maternelle des auteures de cette revue, c'est pourquoi les subtilités du vocabulaire anglophone n'ont peut être pas été saisies.

L'étude de Morrison et Siu datait de l'an 2000 et pouvait de ce fait, ne pas contenir des informations actuelles. Cependant, l'étude a amené des données importantes sur les différences de traitement entre les personnes démentes et celles n'ayant pas de démence. De plus, elle a été comparée aux études plus récentes.

Implications pour la pratique infirmière

Rantala et al. (2012) ont démontré que seulement un tiers du personnel infirmier évaluait la douleur avec une échelle (p. 79). Ce résultat montre qu'il faut encore améliorer l'utilisation d'échelles standardisées dans les unités de soins aigus. Pour évaluer la douleur chez la personne atteinte de démence modérée à sévère, la VRS et l'échelle des faciès sont les plus indiquées (Pautex & al., 2006, pp. 1041-1042). L'EVA n'est, quant à elle, pas adaptée pour les personnes souffrant de démence sévère (Rantala & al., 2012, pp. 79-80). De plus, il serait judicieux d'évaluer les fonctions cognitives des patients à l'aide d'instruments valides comme le MMSE ou le Mini-Cog, avant d'utiliser une échelle d'évaluation de la douleur (Kelley & al., 2008, p. 585).

Concernant l'administration d'analgésiques, il est conseillé de les donner sur toute la journée et à heure fixe ainsi que sous forme de réserve avant les événements douloureux comme la réfection d'un pansement ou les soins d'hygiène (Rantala & al., 2012, p. 75 ; Kelley & al., 2008, pp. 583-584). De plus, le personnel infirmier a suggéré de favoriser l'administration de comprimés effervescents ou d'écraser les comprimés. Si cela n'est pas possible, les injections intraveineuses ou

intramusculaires sont recommandées (Rantala & al., 2014a, p. 3101). Afin d'optimiser le traitement analgésique, il est important d'améliorer la coopération entre les différents professionnels de la santé (Rantala & al., 2014b, p. 217).

Des cours de formation continue sont nécessaires pour le personnel infirmier afin d'augmenter leurs connaissances sur les effets attendus et les effets secondaires des opioïdes chez la population âgée (Morrison & Siu, 2000, pp. 244-246 ; Mehta & al., 2010, p. 7). De plus, l'implantation de directives de gestion de la douleur aiguë fondées sur des preuves doit être améliorée (Mehta & al., 2010, p. 8). Il a été suggéré par le personnel infirmier que la création d'unités spécialisées dans l'accompagnement aux personnes démentes dans un contexte de soins aigus pourrait améliorer la qualité des soins (Rantala & al., 2014a, p. 3101).

Plusieurs points sont également à prendre en compte lorsqu'une personne âgée démente souffre de douleur aiguë. Premièrement, une écoute empathique et une interaction paisible contribue à diminuer l'anxiété et la détresse chez le patient, ce qui est important car ces facteurs peuvent augmenter l'intensité de la douleur (Rantala & al., 2012, p. 79). Deuxièmement, il faut être attentif à surveiller étroitement l'apparition d'un délirium car la démence en est un facteur prédisposant (Kelley & al., 2008, p. 583 ; Rantala & al., 2014b, p. 214) et celui-ci peut entraîner des complications graves pour le patient.

Perspectives futures

Cette revue de littérature étoffée a mis en évidence que de futures recherches sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité des moyens non pharmacologiques de gestion de la douleur aiguë.

D'autres recherches devraient aussi avoir lieu pour faire émerger des interventions facilitant la reconnaissance de la douleur aiguë chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère.

Conclusion

Ce travail a démontré une évolution positive de l'évaluation et de la gestion de la douleur aiguë chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère au fil des années. Cependant, il y a encore trop peu d'évaluations entreprises par le personnel infirmier à l'aide d'outils standardisés. Il existe de nombreuses directives concernant la gestion pharmacologique de la douleur qui peuvent être utilisées dans la pratique infirmière. Malgré tout, la présence de préjugés, en particulier par rapport aux opioïdes, représentent une barrière importante à la gestion efficace de la douleur aiguë chez les personnes âgées atteintes de démence. Cette revue de littérature étoffée a mis en évidence plusieurs pistes pouvant être implantées dans la pratique infirmière afin d'améliorer l'évaluation et la gestion de la douleur aiguë auprès des personnes âgées démentes. De nouvelles recherches sont nécessaires pour augmenter les connaissances permettant de détecter la douleur aiguë chez la population âgée atteinte de démence et de la gérer avec des méthodes non pharmacologiques.

Cette revue de littérature étoffée nous a permis d'avoir un questionnement approfondi sur le sujet d'intérêt choisi. Nous avons développé des compétences en matière de méthodologie de recherche et d'analyse d'articles scientifiques. Ce processus nous a permis de répondre à notre question de recherche à l'aide de connaissances récoltées dans des bases de données scientifiques. Effectuer ce travail a été pour nous une opportunité d'accroître nos savoirs sur l'évaluation et la gestion de la douleur aiguë chez la population âgée démente dans un contexte de soins aigus.

Liste des références bibliographiques

- Belbachir, A. (2007). Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007 : Conférence d'actualisation, Les Essentiels, Médecine d'urgence, Evaluation et traitement de la douleur (641-651). Paris : Elsevier Masson SAS.
- Belin, C. & Gatt, M.-T. (2006). Douleur et démence. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement* 4(4), 247-254. doi : 10.1684/pnv.2006.0025
- Beloeil, H. (2006). Anesthésie du grand vieillard : Spécificités pharmacologiques à prendre en compte (Thèse, Département d'anesthésie-réanimation, CHU de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre). Accès : <http://www.mapar.org/article/pdf/593/Sp%C3%A9cificit%C3%A9s%20pharmacologiques%20%C3%A0%20prendre%20en%20compte.pdf>
- Chatelle, C., Vanhauzenhuyse, A., Mergam, A.N., De Val, M., Majerus, S., Boly, M., Bruno, M.A., Boveroux, P., Demertzi, A., Gosseries, O., Ledoux, D., Peigneux, P., Salmon, E., Moonen, G., Faymonville, M.E., Laureys, S., Schnakers, C. (2008). Mesurer la douleur chez le patient non communicant. *Revue Médicale de Liège*, volume 63, 429-437.
- Comte-Sponville, A., Allaz, A.F., Aquino, J.P., Cedraschi, C., Gibson, S., Krakowski, I., Lussier, D., Michel, M., Perrot, S., Pickering, G., Rat, P., Rousselot, H., Ruault, G., Wary, B. (2010). Douleur et personne âgée. Paris : Institut UPSA de la douleur.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Geissler-Murr, A. C. (2012). *Diagnostics infirmiers: Interventions et justifications* (3^{ème} éd.) (353). Bruxelles : De Boeck.
- Feil, N. (1992). *Validation : Un guide pour aider les personnes âgées désorientées* Paris : Editions Pradel.
- Fitzenmeyer, P., Musat, A., Lenfant, L., Turcu, A. (2001). Altération cognitive post-opératoire chez le sujet âgé. *La Presse Médicale*, 13, 648-652.
- Frances, A., Pincus, H.A. & First, M.B. (2000). DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Texte révisé. France : Masson éditeur.
- Haute Autorité de Santé (2007). *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*. Accès http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitration_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf
- Haute école spécialisée bernoise Institut de l'Âge (2013). *Prise en charge des personnes atteintes de démence dans les EMS : Une enquête nationale-Rapport d'évaluation des résultats [Brochure]*. Berne : Curaviva Schweiz.
- Institut de Formation M&R (2014). *VFvalidation : Formation à la méthode de Validation selon Naomi Feil*. Accès : <http://vfvalidation.fr/>
- Kelley, A. S., Siegler, E. L. & Reid, M. C. (2008). Pitfalls and Recommendations Regarding the Management of Acute Pain Among Hospitalized Patients with

Dementia. *Pain Medicine*, 9(5), 581-586. doi : 10.1111/j.1526-4637.2008.00472.x

Klingshirn, A. (2014). SCPD ou symptômes comportementaux et psychologiques des formes de démence [Powerpoint]. Accès : https://webetu.ecolelasource.ch/courses/DASSPV/SASME2014/document/Documents de cours/Cours_AKlingshirn/SCPD_2014.pdf

Mehta, S. S., Siegler, E. L., Henderson, C. R. & Reid, M. C. (2010). Acute Pain Management in Hospitalized Patients with Cognitive Impairment: A study of Provider Practices and Treatment Outcomes. *Pain Medicine Journal*, 11(10), 1516-1524. doi : 10.1111/j.1526-4637.2010.00950.x.

Michel, M. (2009). Evaluation de la douleur chez le sujet âgé non communicant. *Annales de Gérontologie, numéro spécial*, 9.

Miller, C. A. (2007). *L'essentiel en soins infirmiers gérontologiques*. Montréal : Beauchement.

Mooser, F. (2013). *La douleur nociceptive* [Polycopié]. Accès <http://www.heds-fr.ch/FR/ecole/campus/pages/intranet.aspx>

Mooser, F. (2013). *Physiopathologie du processus de vieillissement : Module 08 (bachelor)* [Polycopié]. Accès <http://www.heds-fr.ch/FR/ecole/campus/pages/intranet.aspx>

Morrison, R. S. & Siu, A. L. (2000). A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(4), 240-248.

Muller, A., Metzger, C., Schwetta, M. & Walter, C. (2012). *Soins infirmiers et douleurs* (4^{ème} éd.) (283-284). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

OdaSanté (2011). *Commission de développement, Plan d'étude cadre pour les spécialisations en soins d'anesthésie EPD ES, soins intensifs EPD ES et soins d'urgence EPD ES : Définition du concept de « soins aigus »*. Accès http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.odasante.ch%2Fdownload.php%3Ffile%3Ddcs%2Fusers%2F1486%2FDefinition_soins_aigus.docx&ei=1jRnVc_QL8vd7_QbunYEw&usq=AFQjCNE6hgVQzTXyAAG5-uXmjamXtYNBng&bvm=bv.93990622,d.ZGU

Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samaras, D., Michel, J.-P., Herrmann, F., Giannakopoulos, P. & Gold, G. (2006). Pain in Severe Dementia : Self-Assessment or Observational Scales ? *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(7), 1040-1045.

- Perrin, O., Carbajal, R. (2014). CNRD-Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur : La prise en charge de l'analgésie postopératoire chez les patients âgés. Accès : <http://www.cnr.fr/La-prise-en-charge-de-l-analgesie.html>
- Pickering G. (2006). Pharmacologie de la douleur chez la personne âgée. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement* 4(2), 95-102.
- Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. (2012). Post-Operative Pain Management Practices in Patients with Dementia -The Current Situation in Finland. *The Open Nursing Journal*, 6, 71-78.
- Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. (2014). Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia – reported by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3095-3106. doi : 10.1111/jocn.12548
- Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. (2014). Barriers to Postoperative Pain Management in Hip Fracture Patients with Dementia as Evaluated by Nursing Staff. *Pain Management Nursing*, 15(1), 208-219.
- Schmid Botkine, C., Rausa-De Luca, F. (2008). Bulletin d'information démographique: Vieillissement démographique et adaptations sociales [Brochure]. Neuchâtel : Office fédérale de la statistique (OFS).
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2011). *Soins infirmiers Médecine et chirurgie: Brunner et Suddarth* (5^{ème} éd.) (283-324). Bruxelles : De Boeck.
- Société Tunisienne de Médecine interne (S.d.). *Les douleurs chez la personne âgée en pratique gériatrique quotidienne*. Accès <http://www.stmi.org.tn/docs/VIII%20congres/douleur/HTML/douleursujetage.htm>
- Townsend, M. C. (2010). *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale* (2 éd.) (p. 284). Canada : Editions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : Une approche adaptée aux CHSLD. Canada : Editions du renouveau pédagogique inc.

Annexes

Table des annexes

- **Annexe A** : Déclaration d'authenticité
- **Annexe B** : Grilles d'analyse des articles retenus
- **Annexe C** : Tableaux récapitulatifs des résultats des articles analysés
- **Annexe D** : Echelles d'évaluation de la douleur
 - D1** : Verbal Rating Scale (VRS)
 - D2** : Echelle d'évaluation des faciès
 - D3** : Echelle Visuelle Analogique (EVA)
 - D4** : Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)
- **Annexe E** : Echelles d'évaluation de la fonction cognitive
 - E1** : Mini Mental State Examination (MMSE)
 - E2** : Mini-Cog

Annexes A***Déclaration d'authenticité.***

«Nous déclarons avoir réalisé ce travail de bachelor sans l'aide d'une tierce personne et selon les règles et les normes édictées par l'école. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées.»

Karine Roux et Patricia Piller

Annexe B***Grilles d'analyse des articles retenus***

Les grilles d'analyse présentées ci-après ont été remplies avec la traduction littérale des articles écrits en anglais.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Morrison, R. S. & Siu, A. L. (2000). A Comparison of Pain and Its Treatment in Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(4), 240-248.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Comparaison de la douleur et de son traitement entre les personnes atteintes de démence sévère et les personnes cognitivement intactes, ayant une fracture de la hanche.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Contexte, nombre de participants, méthodes d'évaluation, résultats importants, suggestions pour l'avenir.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Problème actuel de non-traitement et de sous-traitement de la douleur quelle qu'elle soit chez les personnes âgées, et encore plus chez celles atteintes de démence sévère.
Recension des	-Résume-t-elle les connaissances	X			Bon résumé de la situation actuelle concernant la gestion de

écrits	sur les variables étudiées ?				la douleur postopératoire de cette population.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucune théorie ou concept ne sont utilisés.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les personnes démentes sont plus à risque d'avoir une douleur non-traitée ou sous-traitée.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Les hypothèses sont justifiées par des études faites peu avant celle-ci.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Les auteurs disent dans le résumé que c'est une étude de cohorte prospective mais ne le mentionne pas dans le chapitre « méthode ».
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Patients de 70 ans et plus ayant un diagnostic de fracture de la hanche (col du fémur ou intertrochantérienne). Patients cognitivement intacts avec un score au MMSE de 18 points ou plus (sur 24 points → fonction cognitive normale). Patients démentes avec des antécédents de démence et un score de 6 ou 7 sur l'échelle de détérioration globale de Reisberg (démence sévère à très sévère).
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte	X			97 personnes au total : 38 patients démentes et 59 patients cognitivement intacts.

	de la recherche ?			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		<p>La détection d'un délirium (critère excluant de l'étude) s'est faite avec la CAM (méthode d'évaluation de la confusion).</p> <p>L'absence de démence avec le MMSE.</p> <p>La présence de démence sévère avec l'échelle de détérioration globale de Reisberg.</p> <p>La douleur avec une échelle de notation numérique à 5 points (0 = pas de douleurs, 4 = douleur très sévère) chez les patients cognitivement intacts.</p> <p>Le délirium chez les sujets déments a aussi été évalué à l'aide des notations dans les dossiers de l'équipe interdisciplinaire concernant un changement ou une modification de l'état mental nouveau ou accru.</p> <p>Les médicaments ont été classés selon l'OMS : non opioïde, opiacé faible et opiacé fort. Les doses des opioïdes ont été converties en équivalents parentéraux de sulfate de morphine (oxycodone correspondant à 1,5mg).</p> <p>L'indice de gestion de la douleur a été calculé à partir de l'analgésique le plus fort utilisé (0 = aucun, 1 = non opioïde, 2 = opiacé faible, 3 = opiacé fort) et la douleur la plus sévère annoncée (0 = pas de douleur, 1 = douleur légère, 2 = douleur modérée, 3 = douleur sévère) → score inférieur à 0 =</p>

					<p>analgésie insuffisante.</p> <p>Les caractéristiques des patients et les doses équivalentes de sulfate de morphine ont été comparées avec des T-Tests et les différences de variance avec le Chi-Quare.</p>
--	--	--	--	--	---

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Mehta, S. S., Siegler, E. L., Henderson, C. R. & Reid, M. C. (2010). Acute Pain Management in Hospitalized Patients with Cognitive Impairment: A study of Provider Practices and Treatment Outcomes. *Pain Medicine Journal*, 11(10), 1516-1524. doi : 10.1111/j.1526-4637.2010.00950.x.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Gestion de la douleur aiguë chez les patients hospitalisés atteints de déficience cognitive : une étude des pratiques des fournisseurs de soins et des résultats de traitement.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il contient le contexte, le but, les méthodes, les résultats et les conclusions.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			La gestion de la douleur chez cette population est difficile pour de nombreuses raisons. Les patients atteints de déficience cognitive sont un groupe à risque de recevoir un traitement insuffisant de la douleur en milieu hospitalier. Pour les fournisseurs de soins, cette population rend l'évaluation de la

				<p>douleur souvent plus difficile car elle nécessite en générale une approche triangulée d'auto-évaluation, d'évaluation de la personne soignante et de l'observation directe. Ceci peut demander beaucoup de temps et nécessiter un plus grand jugement clinique dans les décisions concernant la gestion. Les manifestations de la douleur chez cette population peuvent être des troubles du comportement Comme les patients sont admis dans des services différents à l'hôpital, ces divers fournisseurs de soins ne connaissent pas nécessairement les comportements associés à la douleur et peuvent craindre que les effets secondaires des analgésiques n'aggravent les symptômes comportementaux présents. Les troubles du comportement peuvent réduire les efforts d'identification et de gestion de la douleur et peuvent conduire, à la place, à l'utilisation d'antipsychotiques pour apaiser les signes de détresse.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		<p>Les recherches ont montré une haute prévalence de douleur chez les personnes âgées, allant de 48% à 70%. De plus, 60% des personnes âgées souffrant de fracture de la hanche sont atteintes d'une déficience cognitive. Une recherche a montré que 50% des patients âgés ayant une fracture de la hanche et ayant une douleur modérée à sévère ont reçu une analgésie insuffisante. Les efforts mis en place pour résoudre ce problème sont : la promotion de l'utilisation de lignes directrices fondées sur des données probantes, des programmes de qualité spécifique à l'hôpital et d'évaluation, des essais de protocoles et l'implémentation de normes</p>

				<p>nationales. Les connaissances sur les pratiques de gestion de la douleur chez cette population sont encore restreintes. Les recherches suggèrent que les patients atteints de troubles cognitifs reçoivent nettement moins d'analgésiques opiacés et non-opioïdes que les patients âgés cognitivement intacts. L'altération de la mémoire à court terme peut modifier l'interprétation et la réponse au soulagement de la douleur, ce qui peut conduire à l'escalade des doses d'analgésiques qui entraînent des effets secondaires importants.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X	Aucune théorie et aucun concept ne sont utilisés dans cette étude.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		Le manque d'évaluation de la douleur dans cette population peut mener à une détection insuffisante et un sous-traitement de la douleur. Générer des connaissances sur les pratiques actuelles de gestion de la douleur pourrait contribuer à éclairer les futurs efforts d'intervention chez cette population de patients insuffisamment étudiée.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X		
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X		C'est une revue rétrospective des dossiers médicaux.

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X		<p>L'étude inclut les patients admis dans un centre de soins tertiaire urbain à New York. Les participants potentiellement inclus devaient être âgés de 65 ans ou plus et être admis dans un service gériatrique, un service orthopédique ou être vu par le service de consultation gériatrique durant la période du 1^{er} septembre 2006 au 30 septembre 2007. Les critères d'admission étaient : 1) âgé de 65 ans ou plus, 2) un problème de douleur aiguë au moment de l'admission, 3) un diagnostic de démence, de trouble cognitif ou de perte de mémoire, ou des preuves de traitement actif de la démence dans la liste des médicaments. Les patients souffrant de douleurs thoraciques aiguës ont été exclus. Un échantillon de 100 patients a été choisi pour cette étude descriptive basée sur les ressources disponibles pour la collecte de données. L'objectif des chercheurs était de rassembler un échantillon de 50 participants admis dans un service d'orthopédie et 50 participants admis dans d'autres services pour évaluer une éventuelle différence entre les groupes dans les résultats de l'étude. Un total de 787 dossiers de patients ont été examinés afin d'identifier 50 patients éligibles à partir du service d'orthopédie. 737 n'étaient pas admissibles pour les raisons suivantes : âgés de moins de 65 ans (n = 422), aucun rapport de douleur au moment de l'admission (n = 1), aucun diagnostic de déficience cognitive/démence (n = 311) et aucun dossier médical disponible (n = 3). Un total de 903 admissions à d'autres services a été examiné afin d'identifier les patients éligibles admis dans un autre service médical, comprenant les unités gériatriques (n = 628) et d'autres unités</p>
---------------------------	--	---	--	--

				<p>dans lesquelles des consultations du service de consultation gériatrique ont eu lieu (n = 275). Les motifs d'exclusion comprenait un âge de moins de 65 ans (n = 52), aucun rapport de douleur au moment de l'admission (n = 568), aucun diagnostic de déficience cognitive/démence (n = 185), et une douleur de poitrine avec une origine présumée cardiaque (n = 48). 33 patients de l'unité gériatrique et 17 patients suivis par le service de consultation gériatrique répondaient aux critères d'inclusion et étaient admissibles à l'étude. 9 des 50 patients orthopédiques ont reçu une consultation du service de consultation gériatrique. Un diagnostic de déficience cognitive à l'admission a été identifié grâce à l'évaluation initiale faite par un médecin, une infirmière, un travailleur social concernant un antécédent de démence ou de troubles cognitifs, ou l'utilisation de médicaments contre la démence tels que les inhibiteurs du cholinestérase.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		<p>Les chercheurs ont analysé les dossiers médicaux électroniques et les notes manuscrites des fournisseurs de soins. Ils ont utilisé des tests statistiques pour vérifier les associations entre les diverses variables.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		<p>Les statistiques descriptives ont été calculées pour les données démographiques des participants, les facteurs cliniques, et les facteurs du traitement de la douleur. Des tests</p>

				<p>de Chi-Quare ont été utilisés (ou T-tests le cas échéant) afin d'évaluer les associations entre le type de service (chirurgie ou médecine) et les cinq principaux résultats de l'étude. Pour évaluer les associations entre les effets secondaires pré-spécifiés et l'utilisation d'opioïdes et d'autres variables indépendantes, les chercheurs ont employé des modèles logistiques linéaires avec erreur binaire qui comprenaient la dose d'opiacé classé en 3 niveaux, l'équipe (chirurgie ou médecine), un diagnostic de fracture (par rapport aux autres diagnostics), l'interaction entre l'équipe et la fracture, le sexe du patient, l'âge du patient (moins de 80 ans contre 80-89 ans contre 90 ans et plus), la durée du séjour à l'hôpital (5 jours ou moins par rapport à 5-8 jours par rapport à 9 jours et plus), et l'existence d'un traitement de douleur à heures fixes (oui/non). Les variables quantitatives « âge » et « durée du séjour » ont été initialement analysées dans leur forme originale comme covariables. Les modèles où l'âge et la durée de séjour ont été entrés comme variables catégoriques ont montré essentiellement les mêmes résultats (la même direction et approximativement la même signification) et sont présentés dans ce rapport. Les variables du modèle ont été choisies sur la base de la littérature et de la conception de l'étude. Les interactions entre ces variables ont été examinées individuellement et conjointement pour l'inclusion dans le modèle. La variable de la dose a été examinée à plusieurs égards : la dose totale simple lors d'une hospitalisation, la dose totale divisée par le nombre de jours où le médicament a été reçu, et la dose totale divisée par le nombre total de jours</p>
--	--	--	--	--

					d'hospitalisation. Les résultats ne diffèrent pas substantiellement dans l'utilisation de ces trois approches pour quantifier l'exposition aux opiacés pendant l'hospitalisation. Les chercheurs présentent la dose totale d'opioïde administrée divisée par le nombre de jours d'hospitalisation car ils estiment que c'est la meilleure mesure d'exposition des opioïdes durant toute la durée d'une hospitalisation.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	La procédure de recherche est décrite de façon détaillée. Les chercheurs n'ont pas mentionné s'ils avaient pris des mesures appropriées pour préserver les droits des participants ou s'ils ont contacté une commission d'éthique.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Toutes les associations proposées par les chercheurs dans le chapitre « Introduction » sont analysées statistiquement.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires,	X			Les chercheurs donnent des commentaires sur chaque résultat que l'étude a fourni.

	tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			L'étude montre que des améliorations dans la reconnaissance et la déclaration des méthodes de gestion pharmacologique de la douleur ont eu lieu, mais il reste une grande variabilité entre les différents fournisseurs de soins. La population de cette étude diffère des études précédentes car elle inclut à la fois des patients atteints de fracture et ceux n'ayant pas de fracture et elle se concentre uniquement sur les patients ayant des troubles cognitifs. Ces patients ont aussi été admis dans différents services, dont la médecine et l'orthopédie. En ce qui concerne les pratiques d'évaluation de la douleur, l'étude confirme les résultats antérieurs, c'est-à-dire, la majorité des patients souffrant de troubles cognitifs sont en mesure de fournir des scores grâce à une auto-évaluation de la douleur.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs sont conscients qu'il existe plusieurs limites à leur étude : la conception transversale a permis d'identifier les associations sans pouvoir déterminer la causalité ; l'incapacité à identifier la sévérité de la démence dans la population limite l'interprétation des données d'évaluation et de gestion de la douleur ; l'échantillon, sur la base de commodité, est faible (surtout de couleur blanche et originaire d'un établissement) ce qui limite la généralisation des résultats ; la faible prévalence de la déficience cognitive comme diagnostic à l'admission a rendu difficile l'identification des sujets admissibles ; un grand nombre de personnes âgées sont admis à l'hôpital avec une déficience cognitive mais qui n'est
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			

					pas clairement identifiée ; la documentation peut ne pas refléter exactement les pratiques réelles.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Cette étude démontre un besoin d'interventions de suivi qui facilitent l'emploi des directives de gestion de la douleur fondées sur des preuves en pratique hospitalière quotidienne. L'intégration de ces stratégies dans un protocole plus spécifique pourrait aider à améliorer la gestion de la douleur chez cette population.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'étude est bien présentée et contient les différents chapitres importants à la compréhension du lecteur.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les chercheurs ont explicité les résultats qu'ils ont obtenus dans leur étude et les ont argumentés à l'aide d'analyses statistiques. Les chercheurs sont conscients des limites de leur étude. Les données peuvent ne pas être généralisables à tous les individus de cette population, malgré tout, les résultats apportent des informations importantes pour de prochaines études et pour la pratique courante des soins.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Références de l'article analysé : Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. (2014). Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia – reported by nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23, 3095-3106. doi : 10.1111/jocn.12548					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Les analgésiques en soins postopératoires chez les patients ayant une fracture de la hanche et atteints d'une démence – rapports d'infirmières.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Les chercheurs décrivent brièvement les buts et objectifs, le contexte, le design, les méthodes, les résultats, les conclusions et la relevance pour la pratique clinique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le point de vue des infirmières est important parce que les infirmières ont l'obligation morale de traiter de manière appropriée la douleur des patients âgés, en particulier ceux qui sont vulnérables. Elles jouent un rôle central dans le suivi de la douleur et le choix des analgésiques à administrer, en particulier lorsque les analgésiques sont prescrits en réserve.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X		La chirurgie est le meilleur analgésique pour les fractures de la hanche et la majorité de la douleur postopératoire peut être bien gérée avec l'utilisation appropriée des analgésiques. Plus de 98% des fractures sont réparées chirurgicalement pour des besoins de soulagement de la douleur, une réadaptation précoce et une bonne mobilité. Environ 21-25% des patients ayant une fracture de la hanche ont au moins une déficience cognitive modérée, ce qui entraîne une complexité supplémentaire pour l'atteinte d'un contrôle optimal de la douleur postopératoire. Malgré un risque élevé d'événements indésirables des analgésiques chez les personnes âgées, ces risques doivent être soigneusement évalués en fonction des bénéfices potentiels. Les risques ne peuvent pas devenir aussi considérables lorsque la surveillance appropriée et une administration à court terme des opioïdes à forte dose ont lieu.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X	Les chercheurs ne définissent pas de cadre conceptuel ou d'orientation idéologique dans leur étude.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X		1) Quels types d'analgésiques, voies d'administration et doses quotidiennes typiques sont administrés ? 2) Quelles sont les combinaisons typiques, les voies d'administration et les doses quotidiennes d'analgésiques ? 3) Quelles sont les autres méthodes pharmacologiques de traitement de la douleur utilisées

				(par exemple péridurale ou rachianesthésie) ? 4) Quel genre de problèmes ont identifié les infirmières dans le traitement pharmacologique postopératoire de la douleur chez les patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche ?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X		
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X		Cette étude a été faite par le biais de questionnaires contenant des questions structurées et des questions ouvertes décrivant l'utilisation d'analgésiques (analgésiques, voie d'administration, dose quotidienne administrée) chez les patients atteints de démence au cours des 2 premiers jours postopératoires, telle que rapportée par les infirmières. Le questionnaire portait aussi sur les combinaisons courantes d'analgésiques et les autres traitements pharmacologiques de la douleur (péridural et rachianesthésie).
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X		Le nombre total de participants était de 494 infirmières. Seulement 269 infirmières ont répondu au questionnaire (54%). Au total, il y avait 127 infirmières travaillant dans un hôpital universitaire et 142 dans un hôpital du centre ville. Aucune différence significative n'a été trouvée entre ces 2 groupes en ce qui concerne les caractéristiques des infirmières. L'âge moyen était de 40.8 ans, l'expérience moyenne de travail dans l'unité était de 9.7

					<p>ans et l'expérience moyenne dans les soins était de 15.3 ans. La plupart des participants était des travailleurs à temps plein avec contrat à durée indéterminée.</p> <p>Les participants travaillent dans un service d'orthopédie dans 7 hôpitaux universitaires et 10 hôpitaux du centre ville de Finlande. Le nombre moyen de premières fractures de la hanche était de 315 fractures dans les hôpitaux universitaires et 196 dans les hôpitaux du centre ville pour l'année 2009. Tous les hôpitaux universitaires et 10 hôpitaux du centre ville sur 15 ont été inclus dans l'étude. 4 hôpitaux du centre ville qui ont eu moins de 100 fractures à traiter durant l'année 2009, ont été exclus, ainsi qu'un hôpital du centre ville qui a refusé de participer. Les 17 hôpitaux inclus ont traité environ 70% de tous les patients admis à l'hôpital pour des fractures de la hanche en Finlande en 2012.</p>
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	L'échantillon de participants semble être suffisamment grand pour ce type d'étude mais les chercheurs ne disent rien sur la saturation des données.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?			X	Les chercheurs donnent les thèmes des différentes questions ainsi que la forme des questions mais ne

mesures					décrivent pas le questionnaire utilisé.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le questionnaire est un outil adapté pour ce type d'étude.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital de district de Savo du Nord. L'autorisation de procéder à l'étude a été obtenue dans chaque hôpital. La participation à l'étude était volontaire et anonyme.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les chercheurs ont utilisé différentes méthodes et outils statistiques pour analyser les résultats qualitatifs et quantitatifs. Ils ont scrupuleusement analysé les données obtenues en parcourant différentes étapes.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?		X		Le traitement des données n'a pas été décrit par les chercheurs.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux,	X			Les chercheurs ont synthétisé leurs résultats en texte et sous forme de tableaux. Les résultats statistiquement

	graphiques, etc.) ?				significatifs contiennent la valeur p et sont relevés par les chercheurs. Les principaux résultats sont clairement démontrés.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les chercheurs mettent leurs résultats en lien avec différentes recherches antérieures et comparent leurs résultats à celles-ci pour en tirer des conclusions.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?		X		
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Une limite majeure de cette étude est que ce n'était pas un essai clinique. Par conséquent, il est impossible de rédiger des conclusions précises basées sur cette étude sur la façon dont la douleur est effectivement traitée chez les patients atteints de démence. D'autre part, l'échantillon national était large, et tous les répondants avaient connaissance des analgésiques utilisés chez les patients atteints de démence. Les noms et les doses de médicaments administrés par les infirmières ont été rapportés à partir de la mémoire des infirmières, aucune instruction spécifique n'a été donnée pour le signalement de l'utilisation des analgésiques pendant une certaine période de temps. Cela peut affaiblir la validité de l'étude. Dans d'autres études, au lieu de recueillir des données d'infirmières, cette structure de questionnaire peut être utilisée comme base pour une étude clinique avec des

				<p>échantillons de patients ayant une fracture de la hanche. Le taux de 54% de réponses peut être un risque d'abandon potentiel des différences des participants. Une partie qualitative d'une analyse contient toujours une certaine interprétation, et la fiabilité est toujours dépendante de l'objectivité de l'interprétation. Les données qualitatives ont été soigneusement lues plusieurs fois et vérifiées ensuite pour atteindre une interprétation objective.</p>
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		<p>D'autres recherches devraient se concentrer sur l'identification plus directe des pratiques de traitement pharmacologique de la douleur postopératoire chez les patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche par des essais cliniques, par exemple, l'utilisation réelle des opioïdes transdermiques ou de la codéine en observant l'intensité de la douleur au moyen d'échelles d'évaluation de la douleur et en la comparant aux analgésiques administrés.</p> <p>Il existe un besoin de protocoles uniformes pour l'administration d'analgésiques chez les patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche dans les contextes postopératoires. La flexibilité dans la titration de la dose doit être la priorité lors du choix d'analgésiques dans les milieux de soins aigus, les opioïdes transdermiques doivent être évités. La présence de polypharmacologie, des comorbidités et des</p>

					problèmes de déglutition chez les patients atteints de démence devrait être prise en compte lors de l'administration d'analgésiques. Les infirmières ont également suggéré une amélioration sous la forme d'unités spécialisées adaptées aux patients atteints de démence dans les milieux de soins aigus, de sorte que leurs caractéristiques spéciales soient mieux prises en comptes.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'étude est rapportée de manière claire et est construite correctement. Les chercheurs n'ont pas parlé de la manière dont les résultats ont été mesurés ou analysés, ce qui est un point faible de l'étude. Cependant, ils ont parfaitement rapporté leurs résultats et ont fait des liens entre ceux-ci et les études antérieures existantes.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Le nombre de participants est élevé pour un devis de recherche qualitatif, ce qui donne du poids aux résultats de cette étude. Les résultats obtenus peuvent être utilisés dans la pratique clinique ainsi que pour de futures recherches.

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Références de l'article analysé : Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. (2014). Barriers to Postoperative Pain Management in Hip Fracture Patients with Dementia as Evaluated by Nursing Staff. <i>Pain Management Nursing</i> , 15(1), 208-219.					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Barrières dans la gestion de la douleur postopératoire chez les patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche, évaluées par le personnel infirmier
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé explique brièvement l'introduction, la méthodologie, les résultats et les conclusions de l'étude.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			La douleur chez les personnes atteintes de démence est récemment devenue un sujet de grand intérêt. Toutefois, ces études ont été généralement portées sur l'évaluation de la douleur dans les institutions de soins à long terme. Il y a très peu d'études sur le traitement de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence, et seules quelques études ont été réalisées dans les établissements de soins aigus. Un nombre considérable

				<p>de patients ont besoin de réparations de fractures de la hanche et souffrent de troubles cognitifs et de démence. Malgré un traitement chirurgical généralement couronné de succès, la fracture de la hanche constitue une grave menace à la vie, à la mobilité et à l'indépendance. On estime que 1.3 millions de fractures de la hanche se sont produites dans le monde entier chez les adultes en 1990, avec des prédictions de nombre s'élevant de 7.3 à 21.3 millions d'ici l'an 2050. Une série d'études ont soutenu que la douleur aiguë est mal détectée et évaluée, et donc insuffisamment traitée, chez les personnes souffrant de troubles cognitifs qui ont des difficultés à exprimer leur douleur verbalement. La gestion efficace de la douleur favorise la mobilisation et l'indépendance fonctionnelle qui entraîne une diminution de la morbidité. L'évaluation fiable et le traitement efficace de la douleur sont considérés comme complexes chez cette population pour de nombreuses raisons. Premièrement, les personnes atteintes de démence perdent progressivement leur capacité à exprimer la douleur. Deuxièmement, les comorbidités et la polymédication existantes compliquent le traitement de la douleur. Cette complexité dans la gestion de la douleur reflète aussi le fait que le délirium est fréquent (34-61%) suite à une fracture de la hanche, et la démence est le facteur de risque le plus important dans le développement d'un délirium. Le délirium est une perturbation de la conscience et des fonctions cognitives, avec une apparition rapide et fluctuante bien sûr, et le</p>
--	--	--	--	---

					<p>lien de causalité sous-jacente. De plus, il rend la détection de la douleur plus difficile. De graves douleurs, la polymédication et les comorbidités sont des facteurs de risque qui sont présents dans le développement d'un délirium. Ces facteurs de risque posent ensemble des défis supplémentaires pour la détection, l'évaluation et le traitement de la douleur. Le point de vue du personnel infirmier est important car son rôle est essentiel dans le traitement de la douleur postopératoire chez les patients fragiles avec une incapacité à exprimer leur douleur et d'autres besoins clairement. Les infirmières agissent comme défenseurs des patients et doivent être proactives en s'assurant que les personnes âgées aient un soulagement adéquat de la douleur. Le but de la présente étude était de rapporter les perceptions du personnel infirmier concernant les obstacles à la gestion de la douleur postopératoire chez les patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche, de leurs attentes et des moyens offerts par leurs employeurs pour surmonter ces obstacles.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			<p>Les chercheurs expliquent en détail la revue de littérature qu'ils ont faite pour développer le questionnaire.</p> <p>Il est important d'identifier les barrières à la gestion de la douleur lors d'une fracture de la hanche chez les personnes atteintes de démence car il est connu que la douleur est sous-traitée chez cette population. Plusieurs</p>

					<p>obstacles à la gestion optimale de la douleur ont été proposés dans la littérature comme étant des obstacles liés aux soignants, aux patients et liés au système de gestion de la douleur chez les patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche. Dans la littérature précédente, des attentes du personnel infirmier ont été identifiées, comme l'amélioration de la coopération multiprofessionnelle, l'éducation et la mise à jour adéquate du personnel pour surmonter ces obstacles. L'employeur peut faciliter la gestion de la douleur chez les patients atteints de démence en fournissant des conditions de travail où il est possible d'assurer la gestion de la douleur de façon qualifiée. L'identification des attentes et des possibilités offertes par les employeurs dans la gestion de la douleur postopératoire chez les patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche pour les infirmières pourrait être utilisée pour développer des stratégies pour améliorer la gestion de la douleur. Les difficultés d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées en raison de problèmes cognitifs ont été citées par le plus grand nombre d'infirmières comme étant un obstacle à l'évaluation et la gestion optimale de la douleur dans les unités médicales aiguës. D'autres problèmes liés au patient incluent des difficultés dans l'évaluation de la douleur en raison de problèmes sensoriels. Sous-diagnostiquée et non traitée, la douleur peut également contribuer à l'augmentation des symptômes</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>comportementaux pénibles chez les patients atteints de démence. Les signes comportementaux de la douleur ne sont pas faciles à reconnaître, à savoir, le comportement devrait être répété plusieurs fois et observé en présence du même soignant avant qu'il ne soit lié à la douleur. Les expériences et les expressions de douleur chez les patients ayant des troubles cognitifs sont parfois ignorées par le personnel soignant. Les obstacles liés au personnel comprennent le manque de connaissances ; la réticence du médecin de prescrire un soulagement adéquat de la douleur, de peur de se voir surmédiquer le patient ; la propre réticence de l'infirmière à donner des médicaments de peur de surmédiquer le patient. Selon une étude, l'administration d'analgésique a rarement été suivie d'une réévaluation de la douleur. 92% des infirmières ont déclaré dans une étude que l'administration d'analgésique était la méthode la plus fréquemment utilisée dans la gestion de la douleur ; 51% étaient d'avis que cela est toujours mis en œuvre et 47% qu'elle était parfois mise en œuvre. Une étude a identifié plusieurs obstacles liés au système. Il s'agit d'un manque de fonctionnement optimal de l'équipe, d'obstacles à la communication, et du temps insuffisant. Ces obstacles ont souligné la nécessité d'un soutien institutionnel pour la gestion de la douleur. Les politiques institutionnelles pourraient mettre la priorité à la gestion de la douleur et aider à surmonter certains de ces obstacles. Un manque de temps perçu pour l'évaluation et le traitement de la</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>douleur représentait un obstacle typique à la gestion efficace de la douleur. Le fonctionnement de l'équipe multiprofessionnelle est important en raison des défis liés à une réponse plus proactive au traitement dans ce groupe vulnérable. Dans une étude, les infirmières ont signalé que les difficultés à communiquer avec les médecins et les difficultés à communiquer avec eux sur le type et/ou la dose d'analgésiques étaient les plus grands obstacles à la gestion de la douleur. Les infirmières formées en tant qu'expertes de la douleur ont quant à elles, été suffisamment disponibles pour une consultation, et les connaissances sur les médicaments de la douleur étaient acceptables.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Les auteurs n'évoquent aucun cadre conceptuel ou théorique.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			<p>Les questions de recherche sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Quel type de barrières le personnel infirmier identifie-t-il à la gestion de la douleur postopératoire chez les patients atteints d'une démence et ayant une fracture de la hanche ? 2) Quelles sont les variables de fond du personnel infirmier identifiées comme liées aux barrières dans la gestion de la douleur ? 3) Quelles sont les attentes et les possibilités offertes par les employeurs, selon le rapport du personnel infirmier, qui permettent de surmonter

					les obstacles à la gestion de la douleur postopératoire chez les patients souffrant d'une démence et ayant une fracture de la hanche ?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Un devis d'étude transversal a été utilisé pour le questionnaire. Des questions ouvertes ont été utilisées pour identifier les obstacles, les attentes et les possibilités offertes par les employeurs dans la gestion de la douleur postopératoire chez les patients atteints de démence. Les chercheurs ont été méticuleux dans l'élaboration de leur questionnaire. Ils l'ont testé de différentes manières afin de s'assurer de sa validité, de sa fiabilité et sa cohérence interne. Les chercheurs ont reçu 331 questionnaires pour analyser les résultats, ce qui représente un nombre important pour un devis d'étude qualitatif.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			La population était les infirmières travaillant dans les unités chirurgicales des hôpitaux du centre-ville et dans tous les hôpitaux universitaires où l'incidence de premières fractures de la hanche était > à 100 par an. Sur les 17 hôpitaux admissibles, 634 membres du personnel infirmier ont traité environ 70% de tous les patients admis à l'hôpital pour des fractures de la hanche

					en Finlande. Sur les 634 questionnaires distribués, 340 ont été retournés. 9 ont été exclus à cause du manque de réponses aux questions de recherche, de sorte que pour l'étude finale, 331 questionnaires ont été analysés, soit un taux de 52% de réponses
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Les chercheurs n'évoquent pas le sujet de la saturation des données mais le fait d'avoir 331 questionnaires pour l'analyse des données paraît suffisant pour le devis d'étude transversal utilisé.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le questionnaire élaboré par les chercheurs contenait des questions structurées et des questions ouvertes et était adapté au phénomène étudié et aux questions de recherche.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du district hospitalier du Nord de Savo et l'autorisation de procéder à l'étude a été obtenue séparément de chaque hôpital selon ses procédures individuelles. La participation à l'étude était volontaire et les infirmières ont répondu au questionnaire de façon

					anonyme.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			<p>Les chercheurs ont énoncé les points principaux du déroulement de leur étude. L'enquête a été menée de mars à mai 2011. Les critères d'inclusion étaient le personnel infirmier travaillant dans les unités chirurgicales des hôpitaux du centre-ville et dans tous les hôpitaux universitaires où l'incidence de premières fractures de la hanche était > à 100 par an. Sur les 17 hôpitaux admissibles, 634 membres du personnel infirmier ont traité environ 70% de tous les patients admis à l'hôpital pour des fractures de la hanche en Finlande. Sur les 634 questionnaires distribués, 340 ont été retournés. 9 ont été exclus à cause du manque de réponses aux questions de recherche, de sorte que pour l'étude finale, 331 questionnaires ont été analysés, soit un taux de 52% de réponses. Une partie du questionnaire est composé de 4 sous-groupes : 1) caractéristiques des infirmières (sexe, âge, profession, expérience de travail dans l'unité actuelle et dans les soins de santé, contrat, arrangement de l'emploi, changements de travail) et la participation à l'éducation dans la gestion suffisante de la douleur postopératoire chez les patients atteints de démence, 2) les obstacles perçus par le personnel infirmier à la gestion de la douleur postopératoire, 3) l'exploration de leurs attentes pour l'amélioration de la qualité dans la gestion de la douleur, 4) questions sur les</p>

					facilitateurs offerts par l'employeur dans la gestion de la douleur. Les items ont été notés sur une échelle de Likert de 5 points allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord).
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les pourcentages ont été utilisés pour signaler les caractéristiques des répondants. La normalité de la distribution a été analysée à l'aide d'histogrammes. Comme les données ont été distribuées normalement, et les comparaisons ont été effectuées entre deux ou plusieurs échantillons indépendants, le test T de deux échantillons indépendants (pour les variables dichotomiques) et des analyses de variance (pour analyser les différences entre plus de deux échantillons) ont été appliqués. Des différences statistiquement significatives étaient définies comme $p < 0,05$. Les items individuels ont été interprétés de telle sorte que Likert 1 et 2 indiquent un désaccord, 3 ni accord ou ni en désaccord, et 4 et 5 un accord. Les questions ouvertes ont été analysées par analyse de contenu qualitatif par le chercheur principal. Le but de l'analyse qualitative était de permettre une description complète des obstacles perçus, des attentes et des possibilités offertes par les employeurs du point de vue du personnel infirmier. L'analyse a porté à la fois sur des items visibles évidents, se référant au contenu manifeste et au contenu latent, ce qui signifie les contenus traitant des aspects relationnels et de l'interprétation de la signification sous-jacente du

					texte. Les données quantitatives ont été analysées avec l'utilisation de SPSS 17.0 pour Windows (SPSS, Chicago, IL), et les données qualitatives ont été analysées en utilisant l'analyse de données qualitatives des logiciels de recherche ATLAS.ti 06.02.25.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les chercheurs ont explicité tous les résultats significatifs obtenus grâce à leur questionnaire. Ils les ont présentés sous forme de texte et sous forme de tableaux de manière claire.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les chercheurs mettent leurs résultats en lien avec ceux d'études antérieures et en tirent des conclusions.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	Les chercheurs n'évoquent pas la question de la généralisation des résultats, mais le nombre important de participants à cette étude descriptive indique que les résultats peuvent être utilisés pour la pratique clinique et les recherches futures.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Une des limites est que la gestion de la douleur semble être un phénomène complexe, et les questions structurées sur les obstacles à la gestion de la douleur n'analysent pas en profondeur la situation de l'individu avec des expériences de démence, ni les défis du point de vue du personnel infirmier concernant l'efficacité de l'évaluation et de la gestion de la douleur. Une limite

				<p>potentielle était l'utilisation d'un instrument nouvellement développé, car aucun des instruments validés n'était disponible. L'analyse des questions ouvertes a produit de nouvelles informations sur le sujet d'intérêt. Une autre limite possible était le potentiel d'abandon systématique des répondants. Lors du test de fiabilité de l'échelle, des corrélations faibles dans le sous-groupe « obstacles perçus » pourraient réduire la fiabilité de cette échelle. Deux des trois éléments où de faibles corrélations existent peuvent ne pas convenir à ce contenu, parce que cette échelle a été développée pour identifier les obstacles à la gestion de la douleur dans la déficience cognitive à un stade de la démence. Une autre limite est le grand nombre (jusqu'à 37%) de " ni d'accord ni en désaccord" dans les avis du questionnaire. La fiabilité de l'analyse de contenu qualitatif représente toujours un certain niveau d'interprétation. Les questions ouvertes ont fourni en plus des barrières, les attentes et les possibilités offertes par les employeurs, et des informations générales sur la qualité des soins lors du traitement de patients atteints de démence dans les établissements de soins aigus. Certains commentaires n'étaient pas très instructifs, étant aussi peu qu'un mot par cotation. Dans certains cas, lors de l'analyse du texte, il était difficile d'interpréter en quoi le commentaire était lié à la gestion de la douleur. Dans les questions ouvertes, il était aussi difficile d'interpréter l'association entre la démence et le délirium, et dans certains cas il y</p>
--	--	--	--	--

					avait des doutes que ces termes aient été utilisés de manière interchangeable.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			La complexité de l'évaluation fiable de la douleur et de la gestion efficace de la douleur chez les patients atteints de démence est difficile. Il y a un besoin de lignes directrices cohérentes et pratiques, d'une coopération multiprofessionnelle, et d'éducation de mise à jour pour améliorer le traitement de la douleur dans cette population vulnérable et surmonter les obstacles existants en matière d'évaluation et de traitement de la douleur. Le principal obstacle à la gestion efficace de la douleur a été des difficultés dans l'évaluation de la douleur en raison d'un déclin de la cognition. La mise à jour de l'éducation sur l'interprétation des signes comportementaux de la douleur est nécessaire, afin d'éviter des souffrances inutiles et l'utilisation de dispositifs de contrainte physique chez les patients atteints de démence résistant aux soins ou étant agressifs, ainsi que l'application de différents types d'échelles de la douleur selon le degré de déficience cognitive. Les observations de comportements clés associés à la douleur postopératoire chez les patients ayant une fracture de la hanche et une démence avancée peuvent entraîner un meilleur soulagement de la douleur. L'objectif pour la recherche future est de savoir quelles peuvent être les interventions visant à améliorer la reconnaissance de la douleur afin d'obtenir de meilleurs

					<p>résultats pour les patients dans la gestion de la douleur ciblée, et d'apprendre les défis de la gestion de la douleur postopératoire chez les patients présentant une démence ou un délirium. Les conclusions de cette étude peuvent également être utilisées dans la pratique et dans d'autres études portant sur la gestion de la douleur chez les patients atteints de démence. En outre, les résultats peuvent être utilisés tout en développant des stratégies spécifiques d'évaluation comportementale de la douleur aiguë lorsque la démence est présente.</p>
Aspects du rapport	Questions	oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Les chercheurs ont présenté de manière claire et compréhensible les différentes parties de leur étude ainsi que les résultats qu'ils ont obtenus. Ils ont détaillé la méthodologie qu'ils ont utilisée pour créer leur questionnaire, ainsi que les différents tests qu'ils lui ont fait passer pour s'assurer de la validité de celui-ci.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Cette étude a été réalisée selon les normes scientifiques et procure de nombreuses informations utiles au développement de l'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë chez les personnes démentes.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samaras, D., Michel, J.-P., Herrmann, F., Giannakopoulos, P. & Gold, G. (2006). Pain in Severe Dementia : Self-Assessment or Observational Scales ? *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(7), 1040-1045.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Douleur lors de démence sévère : Auto-évaluation ou échelles d'observation ?
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Les chercheurs expliquent brièvement les objectifs, le design, le contexte, les participants, les mesures, les résultats et la conclusion de leur étude.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			La douleur et les troubles cognitifs sont fréquents chez les personnes âgées. On estime qu'entre 50% et 86% des personnes âgées rapportent un certain degré de douleur qui peut nuire à leur qualité de vie. La douleur non traitée peut provoquer des symptômes secondaires de troubles du sommeil, perte de poids et de dépression et peut affecter gravement la qualité de vie. La douleur peut être

				particulièrement difficile à identifier chez les personnes souffrant de troubles cognitifs, car elle peut se manifester de façon atypique comme de l'agitation, l'augmentation de la confusion et une diminution de la mobilité. L'évaluation de l'intensité de la douleur est une composante essentielle de l'évaluation de la douleur. L'auto-évaluation est considérée comme la méthode d'évaluation de la douleur la plus précise et appropriée chez les personnes cognitivement intactes, mais dans la plupart des paramètres cliniques, la douleur chez les patients atteints de démence sévère est toujours évaluée par des échelles observationnelles remplies par le personnel infirmier, et les auto-évaluations ne sont même jamais tentées.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X	Les chercheurs n'ont utilisé aucun cadre théorique ou conceptuel dans leur étude.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		Le but de l'étude est d'évaluer la performance des échelles d'auto-évaluation chez les patients atteints de démence sévère hospitalisés et de la comparer avec les données observationnelles.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et	X		Bien que des rapports récents aient démontré que l'auto-évaluation de la douleur peut être fiable chez les personnes

	recherches antérieures ?				atteintes de déficience cognitive légère et modérée, il y a un manque de connaissance sur la performance des échelles d'auto-évaluation de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence sévère.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	C'est une étude clinique prospective, mais les chercheurs le disent uniquement dans le résumé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Tous les patients francophones âgés de 65 ans et plus, hospitalisés dans les services gériatriques ou de psychiatrie gériatrique durant une période de 15 mois ayant les critères de démence du DSM IV, avec un score de MMSE inférieur à 11 et une note de démence clinique de 3 ou plus étaient admissibles à l'étude. Les critères d'exclusion étaient un délirium, des symptômes psychiatriques aigus tels que des idées délirantes ou des pensées suicidaires, le fait de recevoir des soins de fin de vie et une déficience sensorielle sévère.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			129 patients ont participé à l'étude ce qui est un nombre correct pour une étude clinique prospective.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			La maladie d'Alzheimer (MA) et la démence vasculaire ont été diagnostiquées d'après les critères de la National Institute of Neurological and Communicative Disease, de la Stroke/Alzheimer's Disease et de la Related Disorders Association. La démence fronto-temporale a été

				<p>diagnostiquée d'après les critères de la National Institute of Neurological and Communicative Disease et de l'Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences. La démence à corps de Lewy a été diagnostiquée d'après les critères du consortium de la démence à corps de Lewy. Les cas où les patients étaient atteints à la fois de la MA et de la démence vasculaire ont été diagnostiqués comme ayant une démence mixte. Les autres données recueillies comprenaient le diagnostic d'admission, les comorbidités et l'utilisation d'analgésiques. Les 3 échelles d'auto-évaluation unidimensionnelles différentes suivantes ont été présentées à chaque patient dans un ordre aléatoire. L'échelle verbale (VRS) à 6 items est constituée d'une liste d'adjectifs qui décrivent les différents niveaux de douleur. Les chercheurs ont demandé aux patients de signaler quel adjectif décrivait le mieux leur douleur actuelle. Un ensemble d'adjectifs français qui sont inclus dans la version française validée du questionnaire de McGill a été utilisé. L'échelle visuelle analogique horizontale (EVA) se compose d'une ligne de 10cm avec 2 extrêmes de la douleur : aucune douleur et une douleur sévère. Les chercheurs ont demandé aux patients de placer un marqueur vertical coulissant pour indiquer le niveau de douleur auquel ils sont actuellement confrontés ; l'intensité de la douleur est mesurée grâce à la distance en cm entre la position zéro et l'endroit marqué. L'échelle des faciès se compose d'un dessin de 7 visages qui expriment une douleur croissante (pas de douleurs = 0 ; douleur sévère = 6). L'échelle Doloplus-2 a été développée</p>
--	--	--	--	--

				<p>pour évaluer la douleur chez les personnes âgées souffrant de troubles de la communication. Elle comprend 5 éléments somatiques (plaintes somatiques, posture de protection adoptée au repos, protection des zones douloureuses, expression du visage et regard, et structure du sommeil) et 2 éléments psychomoteurs (basés sur l'observation de 1) se laver, s'habiller ou les 2, 2) la mobilité, 3) des éléments psychosociaux comme la communication, l'interaction sociale et le comportement). Chaque item est noté de 0 à 3, ce qui donne un score global compris entre 0 et 30. Un score de 5 ou plus est considéré comme une indication de la douleur.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		<p>Pour comparer les caractéristiques des patients avec différents niveaux de gravité de la démence, les variables catégorielles ont été évaluées en utilisant le test Chi-Quare ou celui de Fisher, et les variables continues ont été évaluées en utilisant l'analyse des variances ou test de Kruskal-Wallis. La régression logistique a été utilisée pour prédire la compréhension des différentes échelles d'auto-évaluation après un ajustement pour l'âge, le score MMSE, le type de démence, la présence de dépression, et le type d'échelle utilisée. Pour évaluer la fiabilité de la compréhension de l'échelle chez les patients atteints de démence sévère, l'échantillon a été divisé en 2 groupes : le groupe avec la démence la plus sévère, correspondant à des cas se classant au 50^{ième} percentile ou moins sur le MMSE, et le groupe avec une démence un peu moins sévère, qui avait un score au-dessus du 50^{ième} percentile sur le MMSE. Le coefficient</p>

				<p>d'intercorrélations a été utilisé pour mesurer la fiabilité inter- et intrarelativité. Le coefficient de corrélation de Spearman a été choisi pour évaluer la force de l'association entre les intensités de douleur mesurée entre les différentes échelles. Un score de pourcentage a été utilisé pour chaque échelle ou pas de douleur = 0% et douleur sévère = 100%. Le test de Wilcoxon a été utilisé pour évaluer si la douleur évaluée avec l'échelle observationnelle était sous-estimée ou surestimée par rapport à l'auto-évaluation. Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel statistique Stata 7.0, à l'exception de l'analyse de fiabilité qui a été réalisée à l'aide du SPSS, version 11.0.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X		<p>L'évaluation a été effectuée dans une pièce calme et le patient était assis. Chaque échelle a été expliquée au patient en utilisant un texte standard, et un matériel de distraction standardisé a été utilisé entre chaque présentation. Les patients pouvant démontrer la compréhension d'au moins une échelle ont ensuite été invités à indiquer leur niveau de douleur actuel. Le même enquêteur (50% des cas) ou un examinateur différent qui a été aveuglé à la première évaluation, a répété toute la procédure 30 minutes plus tard. Les patients ont démontré la compréhension d'une échelle si, dans les 2 cas, ils ont été en mesure d'expliquer son utilisation et pouvaient indiquer correctement la position qui correspondait à aucune douleur, et celle qui mesure la douleur la plus sévère. À chaque occasion, des explications ont été répétées jusqu'à 3 fois avant que le patient ne soit</p>

					considéré comme incapable de comprendre une échelle. Le même jour, le personnel infirmier en charge du patient a rempli indépendamment une échelle d'évaluation observationnelle de la douleur : l'échelle Doloplus-2. Les chercheurs et le personnel infirmier ont été aveuglés par rapport aux évaluations qu'ils n'ont pas faites passées. Le comité d'éthique local a approuvé le protocole de l'étude, et tous les participants à l'étude, ou des substituts appropriés, ont donné un consentement éclairé écrit.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les analyses statistiques sont expliquées ci-dessus.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les chercheurs expliquent de manière claire les résultats qu'ils ont obtenus sous forme de texte et de tableaux.
Discussion Intégration de la théorie et des	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que	X			Les chercheurs comparent leurs résultats à ceux des études antérieures et en tirent des conclusions. Les chercheurs n'ont pas utilisé de cadre conceptuel ou

concepts	des recherches antérieures ?			théorique pour leur étude.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		L'échelle observationnelle n'a été que modérément liée à des échelles d'auto-évaluation de la douleur. En outre, elle a sous-estimé le niveau de douleur par rapport à la norme des critères d'auto-évaluation. Ces résultats ne peuvent pas automatiquement être généralisés à toutes les échelles d'observation ni à tous les contextes de soins, mais ils indiquent que l'utilisation courante de ces échelles observationnelles dans la démence sévère n'est pas justifiée.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X	Les chercheurs énoncent uniquement les forces de leur étude, mais n'évoquent pas les limites de celle-ci.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		L'auto-évaluation, le plus haut standard de mesure de la douleur, peut être effectuée de manière fiable dans une grande proportion de personnes âgées atteintes de démence sévère.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		L'étude est présentée de manière claire et précise. Les chercheurs expliquent de façon complète les démarches qu'ils ont suivies pour classifier les différents types de démence et tester la fiabilité des échelles d'évaluation de la douleur qu'ils ont étudiées.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se	X		129 patients ont participé à cette étude, ce qui est un nombre acceptable malgré le devis d'étude quantitatif car les chercheurs ont standardisé l'évaluation de la capacité à

	révéler utiles pour la discipline infirmière ?				comprendre les échelles et à les utiliser, de telle sorte qu'un entretien devait leur nécessiter un temps considérable. Les résultats sont fiables et peuvent être généralisés. C'est une étude qui respecte les normes scientifiques.
--	--	--	--	--	--

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Références de l'article analysé :					
Kelley, A. S., Siegler, E. L. & Reid, M. C. (2008). Pitfalls and Recommendations Regarding the Management of Acute Pain Among Hospitalized Patients with Dementia. <i>Pain Medicine</i> , 9(5), 581-586. doi : 10.1111/j.1526-4637.2008.00472.x					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Pièges et recommandations concernant la gestion de la douleur aiguë chez les patients hospitalisés atteints de démence.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Les objectifs, le design, le contexte, la population, les résultats et les conclusions sont clairement définis et donnent une vision d'ensemble de la recherche menée.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			La population de personnes âgées atteintes de démence est croissante aux Etats-Unis ce qui amènent les cliniciens à devoir gérer la douleur chez cette population.
Recension des	-Résume-t-elle les connaissances sur le	X			Des études antérieures ont démontré une forte prévalence de la douleur chez les personnes âgées.

écrits	problème ou phénomène étudié ?				Chez cette population, la douleur peut avoir des conséquences importantes sur leur vie (morbidity augmentée, déclin fonctionnel, isolement social, anxiété, augmentation des tendances suicidaires, augmentation de l'utilisation des structures sanitaires, délirium). La participation des patients dans l'évaluation de leur douleur a été facilitée par la construction de diverses échelles d'évaluation de la douleur. Les patients déments peuvent participer à l'évaluation de leur douleur, car plusieurs outils d'évaluation rendent l'interprétation des signes cliniques possible (posture, expression faciale et activité physique) pour le personnel. Les personnes atteintes de démence n'arrivent souvent pas à déterminer si leur douleur s'est modifiée dans le temps. De plus, les déficiences cognitives limitent la capacité de signalement de la douleur et des effets secondaires des médicaments, ainsi que la participation au traitement.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Les chercheurs ne définissent pas de cadre conceptuel ou d'orientation idéologique.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Les chercheurs ne formulent pas de questions mais nomment les buts suivants : identifier les pièges pouvant survenir dans la gestion de la douleur chez les personnes âgées démentes et fournir des recommandations pour minimiser les pièges.

	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Les difficultés des personnes démentes à rapporter adéquatement leur douleur et à prendre part au traitement peuvent interférer avec la capacité des cliniciens à obtenir un soulagement efficace de la douleur.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			X	Les chercheurs ne décrivent pas les méthodes utilisées mais nomment dans le chapitre « Introduction » qu'il s'agit d'une étude de cas.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?			X	Les chercheurs disent dans le chapitre « Introduction » que le contexte est un hôpital de soins tertiaires urbain situé à New York City et que la population inclue des personnes âgées de 70 ans et plus présentant une démence et de la douleur.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Aucune donnée n'apparaît sur la saturation des données.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des	-Les instruments de collecte des données		X		Pas de données à ce sujet.

données et mesures	sont-ils décrits ?				
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?		X		Pas de données à ce sujet.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?		X		Pas de données à ce sujet.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?		X		Pas de données à ce sujet.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?		X		Pas de données à ce sujet.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Cas 1 concernant les pièges dans la sélection d'un traitement médicamenteux : Il s'agit d'un homme de 85 ayant une démence modérée (aucun Mini-Mental State Exam (MMSE) n'a été fait) admis pour multiples fractures

				<p>des côtes et hydropneumothorax gauche suite à une chute induite par une syncope. Le premier jour, le patient a reçu une dose unique de 4mg de morphine en intraveineux, un drain thoracique a été posé et une pompe d'analgésie contrôlée par le patient (PCA) a été installée. Le patient n'a pas utilisé la PCA ; les chercheurs n'ont pas pu identifier la cause de cela mais ont fait 2 suppositions : soit le patient ne comprenait pas le système, soit il a oublié de l'utiliser. Le traitement a été changé au profit de l'acétaminophène combiné avec de la codéine 1 à 2 comprimés en réserve toutes les 6 heures. Le patient a continué à avoir des douleurs, surtout lors de mouvements. La famille a demandé à ce que le patient reçoive une antalgie plus forte. L'hospitalisation du patient a été compliquée par 2 épisodes d'hypoxie et un délirium. Le drain thoracique a été retiré au 10^{ième} jour ce qui a conduit à une réduction importante de la fréquence et de l'intensité de la douleur. Un traitement d'oxycodone et d'acétaminophène a été instauré à heures fixes 2 fois par jour. Le patient n'a pas eu de nouveaux épisodes de douleurs très fortes et a pu sortir de l'hôpital au 15^{ième} jour.</p> <p><u>Piège</u> : Les patients atteints de démence peuvent ne pas se rappeler de demander une antalgie de réserve ou d'anticiper la douleur avant certaines activités. La démence prédispose les patients au délirium ainsi que la douleur, la fièvre, l'hypoxie, les effets secondaires des</p>
--	--	--	--	--

				<p>médicaments. Cela peut influencer la sélection du traitement et la prise en charge médical.</p> <p>Cas 2 concernant les pièges dans la reconnaissance des effets secondaires : Une femme de 89 ans souffrant de démence légère (MMSE à 28/30) a été admise après une chute au home. La patiente souffrait d'une fracture compressive de la vertèbre T10 lui causant des douleurs dorsales. De l'oxycodone et de l'acétaminophène ont été prescrits à raison de 2 comprimés toutes les 8 heures en réserve ainsi que des doses supplémentaires de morphine en intraveineux pour les douleurs fortes. Au 2^{ième} jour, la douleur était insuffisamment traitée et un traitement de sulfate de morphine par voie intraveineuse a été mis en place à raison de 2mg aux 3 heures en réserve. Au 3^{ième} jour, la patiente présente une distension abdominale et des nausées. Un traitement laxatif a été mis en place et la patiente reçoit de la morphine à action longue par voie orale (15mg 2 fois par jour) et de la morphine à libération immédiate (15mg toutes les 4 heures en réserve). Au 5^{ième} jour la distension abdominale est aggravée et le diagnostic de pseudo-obstruction du côlon est posé. Tous les opiacés ont été stoppés et une sonde naso-gastrique ainsi qu'une sonde rectale ont été posées. La patiente a reçu du narcan qui n'a pas diminué la distension. Après 4 jours, la distension avait disparu, les sondes ont été enlevées et la patiente a pu rentrer en home sans aucun</p>
--	--	--	--	---

				<p>traitement antalgique.</p> <p><u>Pièges</u> : Les patients atteints de démence ne reconnaissent pas les effets secondaires de la douleur ce qui peut mener à une augmentation du traitement antalgique. Les soignants doivent surveiller étroitement les effets secondaires des médicaments, y compris la constipation, ainsi que l'efficacité du traitement antalgique.</p> <p>Cas 3 concernant les pièges dans l'ajustement de la médication : Une femme de 81 ans atteinte d'une démence vasculaire (MMSE de 24 sur 30) et une maladie valvulaire cardiaque se présente après une chute à domicile avec une fracture de la hanche droite. Elle reçoit un traitement de morphine par voie intraveineuse à raison d'un mg toutes les 4 heures en préopératoire. La patiente était capable de signaler la douleur mais ne pouvait pas apprécier les modifications d'intensité de la douleur ce qui a mener à une augmentation des doses de morphine administrées. Au 4^{ième} jour la dose de morphine était de 10mg par voie intraveineuse toutes les 4 heures avec des réserves d'oxycodone et d'acétaminophène toutes les 8 heures en réserve. La patiente a développé un délirium et a refusé la chirurgie. L'opération a pu avoir lieu car la patiente n'avait plus sa capacité de discernement selon une évaluation psychiatrique et le fils donna l'accord pour la chirurgie. En postopératoire la morphine a été stoppée</p>
--	--	--	--	--

				<p>et un traitement de tramadol et d'acétaminophène (50mg toutes les 8 heures) a été introduit. La patiente est partie dans un établissement de réhabilitation au 14^{ième} jour.</p> <p><u>Piège</u> : Les patients atteints de démence sont souvent incapables d'évaluer les modifications de leur douleur. Ils vivent chaque épisode douloureux comme si c'était le premier car les fonctions exécutives nécessaires à l'intégration de l'expérience de la douleur sont défaillantes. De ce fait, l'équipe soignante surcompense le traitement antalgique à cause de la détresse du patient.</p> <p>Cas 4 concernant l'échec du traitement : Un homme de 82 ans avec une démence modérée (MMSE non présent) atteint d'une maladie vasculaire et de douleurs neuropathiques au niveau du membre inférieur droit est admis aux urgences avec une dysarthrie de survenue et un affaissement facial droit. Le patient rapporte des hallucinations auditives qui pour lui sont dues à son traitement de méthadone. La méthadone a été interrompue et un traitement de gabapentin a été introduit. Les symptômes neurologiques se sont résorbés mais une douleur importante à la mobilisation persistait. Pendant 18 jours, le traitement antalgique comprenait 1800mg de gabapentin et un patch de fentanyl de 50mcg/heure. Aucune amélioration de la douleur n'a été observée et des effets secondaires sont apparus avec</p>
--	--	--	--	---

					<p>une confusion croissante, une léthargie, une difficulté à la déglutition et une pneumonie probablement due à une aspiration. Après une discussion en équipe, la décision de réduire drastiquement les analgésiques a été prise car il n'y avait aucune amélioration de la douleur et les effets secondaires étaient trop importants. Le patient est rentré à domicile avec un traitement d'hydrocodone toutes les 8 heures en réserve, la confusion a disparu après l'arrêt des traitements mais aucune amélioration de la douleur n'a été perçue.</p> <p><u>Piège</u> : Les traitements agressifs peuvent ne pas soulager la douleur dans certains cas. L'arrêt du traitement peut être dans le meilleur intérêt du patient mais est spécialement difficile chez les patients atteints de démence car ceux-ci ne peuvent pas participer au plan de soins.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Les chercheurs n'interprètent pas les résultats à partir d'une approche philosophique ou de recherches antérieures.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?		X		Les chercheurs ne parlent pas de la question de la généralisation des résultats.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des		X		Aucune donnée à ce sujet.

	limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Les chercheurs disent qu'il est important d'évaluer de façon rigoureuse l'origine de la douleur et de réévaluer au besoin le diagnostic, en particulier si la description du patient manque de précisions. Les patients doivent être informés des effets secondaires potentiels afin de pouvoir alerter les soignants et les soignants doivent anticiper les effets secondaires potentiels et prendre les mesures de prévention qui s'imposent. Il existe un risque de surdosage lorsque l'objectif du traitement est un soulagement total de la douleur, en particulier si le patient n'est pas apte à recevoir un traitement en réserve. Pour pallier à cette situation, les chercheurs émettent quelques pistes : les aides-soignants doivent être capables de reconnaître les signes non verbaux de douleur afin de demander à l'infirmière d'administrer une antalgie de réserve ; une antalgie anticipatoire doit être administrée avant les soins ou les activités douloureux ; des échelles d'évaluation de la douleur adaptées aux personnes âgées ayant une capacité limitée à la communication doivent être utilisées (l'échelle d'expression faciale, la liste d'évaluation de la douleur pour les personnes âgées non communicantes (PACSLAC)). Les chercheurs disent que dans certains cas, une gestion totale de la douleur n'est pas possible. Le fonctionnement cognitif des patients doit être évalué à l'aide d'instrument standardisé comme le MMSE ou le Mini-Cog. Les chercheurs disent</p>

					que de futures recherches sont nécessaires pour déterminer la meilleure façon de traiter la douleur chez cette population. Il est nécessaire d'entreprendre des études d'intervention qui évaluent des stratégies de gestion de la douleur pharmacologiques et non pharmacologiques chez ce groupe de patients. Selon les chercheurs, des outils doivent être développés et testés afin d'aider les cliniciens à évaluer quels patients sont aptes à utiliser une antalgie de réserve ou une pompe PCA. Un autre champ de recherche serait le développement d'un outil pouvant aider le patient dément ou son aidant naturel à intégrer le soulagement de la douleur sur le long terme.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Les chercheurs ont omis d'écrire le chapitre « méthodologie » ce qui entraîne une non-connaissance du déroulement de l'étude. Les chercheurs n'ont pas non plus avancé les limites de leur étude. Une limite importante est le peu de participants.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Bien que les chercheurs n'aient pas détaillé leur façon de procéder, ils donnent des pistes intéressantes pour la pratique infirmière et propose des sujets de recherche à venir. Selon le design choisi par les chercheurs, il n'était pas indispensable de détailler la méthodologie et le

					nombre de participants correspond aux critères des études de cas, donc les données de cette étude peuvent être utilisées pour la pratique infirmière.
--	--	--	--	--	---

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Références de l'article analysé : Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. (2012). Post-Operative Pain Management Practices in Patients with Dementia -The Current Situation in Finland. <i>The Open Nursing Journal</i> , 6, 71-78.					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Gestion de la douleur postopératoire chez les patients atteints de démence – La situation actuelle en Finlande
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Les chercheurs expliquent brièvement le but, la problématique, la méthodologie, les résultats et l'implication pour la pratique clinique et les futures recherches.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			La population âgée est à haut risque de fracture de la hanche. En effet 7000 blessures en Finlande sont répertoriées chaque année. Parmi celles-ci, 21-25% des patients souffrent au moins d'une déficience cognitive modérée. Les personnes âgées atteintes de démence ont un risque élevé de chute et de fracture principalement à cause des facultés centrales affaiblies qui entraînent une réduction de l'équilibre et de la marche. La démence semble être un facteur de risque indépendant de chute.

				<p>La douleur aiguë est définie comme « une douleur d'apparition récente et de durée limitée ». Elle est en général identifiable en relation temporelle et causale d'une blessure ou d'une maladie. Les personnes démentes sont à risque de sous traitement de la douleur. Des preuves montrent que ces patients n'ont pas reçu une gestion adéquate de la douleur lors de leur hospitalisation. Cette population est à risque d'avoir une sous-évaluation de la douleur et un retard considérable dans l'administration d'un analgésique à cause du retard d'identification de la douleur. Des études montrent que les personnes atteintes d'une démence modérée à sévère et ayant une fracture de la hanche ont reçu un tiers de l'analgésie opioïde par rapport aux patients cognitivement intacts. Une bonne gestion de la douleur comprend le fait de prêter attention aux droits de l'homme. Les personnes âgées atteintes de démence et en perte d'autonomie perdent la capacité de communiquer verbalement, et sont donc à haut risque d'avoir une gestion de la douleur insuffisante. Le rôle du personnel infirmier est essentiel dans l'affirmation de soins de qualité pour ce groupe de patients vulnérables. Un traitement insuffisant de la douleur chez ces patients entraîne non seulement de la souffrance humaine, mais aussi des séjours plus longs à l'hôpital, une marche retardée et une déficience fonctionnelle à long terme. Durant la dernière décennie, il y a eu un intérêt croissant pour la douleur chez les personnes âgées. Des</p>
--	--	--	--	--

				recherches sont nécessaires pour élaborer des stratégies efficaces afin de gérer la douleur chez les patients atteints de démence dans le cadre des soins aigus.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X		<p><i>Pratiques infirmières dans la gestion de la douleur aiguë :</i></p> <p>Les principes à suivre sont l'administration de médicaments analgésiques avant l'expérience de douleur vécue par la personne (avant la réfection des pansements, les soins douloureux,...), avant l'activité physique, les administrer de manière régulière dans le temps et documenter l'effet des analgésiques (y compris les effets secondaires). Au niveau postopératoire l'évaluation devrait être faite toutes les quatre heures avec des échelles d'évaluation de la douleur pendant les premiers jours. L'administration d'analgésiques adéquats avant les événements douloureux est essentielle car la douleur associée au mouvement postopératoire est plus intense que la douleur au repos. Cependant, il semble que la douleur associée au mouvement ait été une préoccupation mineure en gestion de la douleur postopératoire. Dans un contexte de soins aigus, il est nécessaire de noter l'intensité de la douleur au moins toutes les 4 heures lors du suivi de routine afin de guider le traitement et les décisions de gestion de la douleur. Une étude menée par Mehta et ses collègues a démontré que seulement 7% des patients de chirurgie atteints de troubles cognitifs (62% ont des fractures à l'origine de la douleur aiguë) avaient une analgésie sur 24 heures.</p>

					<p>L'usage limité de l'administration d'analgésique sur 24 heures pourrait s'expliquer par un manque de familiarité avec l'application de directives de gestion de la douleur fondées sur des preuves existantes. La norme d'or pour l'évaluation de la douleur est l'auto-déclaration, c'est l'indicateur le plus fiable de la présence ou de l'intensité de la douleur. Les patients atteints de troubles cognitifs légers peuvent dans la plupart des cas rapporter eux-mêmes leur niveau de douleur oralement, par contre, les personnes atteintes de troubles cognitifs modérés à sévères peuvent avoir des difficultés ou être incapables de communiquer leur douleur. L'intensité de la douleur est mesurée par exemple grâce à l'échelle visuelle analogique (EVA), la Verbal Descriptor Scale (VRS) et l'échelle des faciès. L'EVA est largement utilisée dans le milieu hospitalier (elle est composée d'une ligne horizontale à 100mm sans aucune graduation avec un curseur que le patient doit déplacer selon l'intensité de la douleur) mais celle-ci nécessite la capacité de distinguer des différences subtiles dans l'intensité de la douleur et peut être difficile à utiliser pour certaines personnes âgées. Si une personne est incapable de présenter verbalement la douleur, une option consiste à évaluer la douleur grâce à l'observation des comportements comme l'échelle PAINAD (5 items : la respiration, les vocalisations négatives, l'expression du visage, le langage corporel et la capacité de consolation ; items marqués de 0-2 points dans l'intensité du comportement</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>indicatif ; les résultats vont de 0 qui signifie « aucune douleur » à 10 qui signifie « douleur sévère ») développée par Warden et al (2003). Si c'est une démence plus légère, l'échelle de descripteur verbale (VRS ; 0 = pas de douleurs, 4 = douleur insupportable) peut aussi être envisagée. Titler et al. ont évalué 1 454 dossiers médicaux de patients atteints de fractures de la hanche et ont constaté, bien que presque tous les patients aient eu une documentation liée à la douleur (99%), que seulement 54% avaient des douleurs évaluées avec une échelle de notation numérique, 4% avec une échelle non-numérique (telle que la VRS ou l'échelle des faciès), et 7% avec des comportements non verbaux de douleur. Un tiers des patients n'ont eu aucune évaluation de la douleur documentée.</p> <p><i>Pratiques de traitement non pharmacologique dans les milieux de soins aigus</i> : Les analgésiques sont un pilier dans la gestion de la douleur aiguë, mais il existe de nombreux traitements non pharmacologiques qui sont utilisés de façon complémentaire aux méthodes de traitements pharmacologiques efficaces dans les milieux de soins aigus. Certaines stratégies comme les techniques de relaxation peuvent ne pas être possibles pour les personnes souffrant de troubles cognitifs en raison des difficultés de communication. Les interventions non pharmacologiques les plus souvent utilisées dans le cadre de fracture de la hanche sont : le repositionnement,</p>
--	--	--	--	--

					<p>l'utilisation de dispositifs de décompression et l'application de froid. Il a été démontré que l'anxiété est un facteur prédictif et est associée à une plus forte intensité de la douleur postopératoire. La relation entre la douleur et l'anxiété est réciproque car la peur exacerbe la douleur et la douleur à son tour semble promouvoir la peur et l'anxiété. Essayer de modifier l'état émotionnel de la personne, de faire diminuer son stress ou sa peur est un élément efficace pour diminuer également la douleur. Ces émotions doivent être incluses dans l'évaluation régulièrement et ensuite des techniques de communication peuvent être mises en place (calmer, soutien apaisant, présence...). Les personnes atteintes de démence ont un seuil diminué pour le stress que l'environnement occasionne, donc un environnement calme, paisible et confortable, sans bruits et à la bonne température est aussi un facteur de diminution de stress et de peur. L'utilisation de la musique a également démontrée une efficacité pour détourner l'attention de la douleur et promouvoir un sentiment de détente et de bien-être. Cela réduirait également l'intensité de la douleur et le besoin d'opioïdes en postopératoire (revue Cochrane), mais l'ampleur du profit est faible. Il y a par contre peu de preuves cohérentes sur le bénéfice des massages dans le traitement de la douleur postopératoire. Les données sur le refroidissement local postopératoire sont mixtes : des réductions significatives de la consommation d'opioïdes et des scores de douleur</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>après une variété d'opérations orthopédiques ont été rapportées ; d'autres études n'ont montré aucune de ces réductions. Dans une étude faite à partir des dossiers médicaux des aidants naturels s'occupant des patients hospitalisés souffrant de troubles cognitifs et ayant une douleur aiguë, les résultats ont indiqué que les méthodes non pharmacologiques (comme la distraction, le repositionnement et l'application de froid) ont fréquemment été utilisées (75%). Il y a des limites à l'utilisation des thérapies non pharmacologiques, car les bases de données concernant l'utilisation de thérapies non médicamenteuses pour gérer la douleur aiguë nécessitent la poursuite d'un développement plus approfondi. L'absence de preuves concernant les effets de nombreuses thérapies non pharmacologiques ne signifie pas automatiquement que ces méthodes sont inefficaces. Il est conseillé d'utiliser toutes les méthodes qui semblent efficaces.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			<p>Le concept de douleur aiguë : La douleur aiguë est définie comme la douleur d'apparition récente et de durée limitée probable. Habituellement, elle est identifiable en relation temporelle et causale à une blessure ou une maladie.</p>
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			<p>Les questions sont :</p> <p>Quelles sont les pratiques utilisées par les équipes soignantes dans la gestion de la douleur postopératoire</p>

					chez les patients atteints d'une démence et ayant une fracture de la hanche ? Quelles sont les variables du personnel infirmier liées à leur pratique de gestion de la douleur ?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Dans la dernière décennie, il y a eu un intérêt croissant de la douleur chez les personnes âgées mais des recherches sont nécessaires pour élaborer des stratégies efficaces pour gérer la douleur chez les patients âgés atteints de démence dans le cadre de soins aigus. Le but de cette étude était de décrire les pratiques de gestion de la douleur postopératoire chez les patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			C'est une étude transversale. Les chercheurs ont créé un questionnaire en se basant sur des recherches antérieures afin de l'utiliser. Cette méthode correspond au devis de recherche. Les questionnaires ont été transmis à une personne de contact dans chaque unité, qui les a distribués et a parlé au personnel infirmier. Une lettre d'information était jointe au questionnaire.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			
	-Les chercheurs ont-ils saturé les			X	Pas de données

	données ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Aucun questionnaire n'a été trouvé pour évaluer les pratiques de gestion de la douleur postopératoire par le personnel de soins infirmiers chez les personnes atteintes de démence dans un cadre de soins aigus, un nouveau questionnaire a donc été élaboré. L'échelle a été basée sur des études de recherche précédentes. Les pratiques de gestion de la douleur présentés dans cet article font partie de l'échelle « Gestion de la douleur postopératoire chez les patients atteints d'une démence et ayant une fracture de la hanche » qui existe déjà, de la sous-échelle « Pratiques de traitement de la douleur (17 items) », du traitement pharmacologique de la douleur, de la connaissance des effets secondaires des analgésiques, des barrières à la gestion de la douleur, des changements de comportement liés à la douleur, de la documentation de la douleur, des pratiques les plus efficaces de traitement de la douleur non pharmacologiques, des conditions opérationnelles de développement de la gestion de la douleur et des attentes pour la gestion de la douleur. La première partie du questionnaire a porté sur des données démographiques, y compris l'hôpital, le sexe, l'âge, la profession, l'expérience de travail tant à l'emploi actuel

				que dans les soins de santé en général, le contrat, les modalités d'emploi et les quarts de travail. Les autres informations de fond comprenaient la participation à une formation continue, et les opinions concernant l'objectif principal de la gestion de la douleur et de la suffisance de la gestion de la douleur postopératoire.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X		Tous les thèmes abordés dans le phénomène de départ se retrouvent dans les questions de recherche ainsi que dans le questionnaire élaboré.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Une personne par service était de référence pour distribuer le questionnaire. Une lettre d'information a été jointe au questionnaire. Période de collecte de données de Mars à Mai 2011. Le droit des participants n'est pas clairement défini dans l'étude.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X		Les chercheurs ont été méticuleux dans l'analyse de leur questionnaire ; ils ont effectué de nombreuses analyses statistiques pour approuver la validité et la cohérence de leur instrument de mesure. Ils expliquent en détail les différentes étapes qu'ils ont suivies pour l'élaboration du questionnaire et expliquent comment l'étude s'est déroulée.

Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			<p>Les chercheurs ont utilisé les tests T et l'analyse de variance afin de savoir s'il y avait des différences significatives dans les réponses des infirmiers en fonction des variables de fond. Ainsi les méthodes de soulagement de la douleur émotionnelle changeaient par rapport au sexe ($p = 0.013$) du soignant répondant et à la formation continue ($p = 0.035$) qu'il/elle avait suivi.</p> <p>Les chercheurs ont utilisé le logiciel ATLAS.TI pour l'analyse de la qualité du contenu des questions ouvertes.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les chercheurs présentent les résultats de manière claire et compréhensible sous forme de texte et à l'aide de différents tableaux.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les chercheurs mettent leurs résultats en lien avec les résultats de recherches antérieures et en tirent des conclusions. Les chercheurs ne font pas de lien avec le concept de la « douleur aiguë » qu'ils ont expliqué dans l'introduction.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs n'abordent pas le sujet de la généralisation des conclusions.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Cette recherche a des limites. Elle a été réalisée en utilisant un instrument nouvellement développé et après

					<p>avoir analysé les questions ouvertes, de nouveaux aspects dans les pratiques de soins infirmiers ont été trouvés, comme une approche de travail paisible, faciliter la présence de parents et fournir des renseignements appropriés aux patients. Le taux de réponses était de 53%, ce qui peut être un risque d'abandon de différences potentielles des sujets. Les taux de réponses entre les différents hôpitaux variaient considérablement, de sorte que dans les hôpitaux universitaires, le taux de réponses était de 59% et dans les hôpitaux du centre-ville de 48%. La validité et le pré-test du questionnaire se sont faits dans une seule unité chirurgicale (n = 19) avant l'utilisation. Les questions ouvertes ont été analysées par analyse de contenu, mais il est important d'être conscient que le texte implique toujours des significations multiples et qu'il y a toujours un certain degré d'interprétation. C'est une question importante lors de l'examen de la fiabilité des conclusions de l'analyse du contenu qualitatif. Les documents primaires ont été lus attentivement à plusieurs reprises et les déclarations faites sous chaque code ont été vérifiées par la suite afin d'obtenir une interprétation objective.</p>
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Les conclusions suivantes ont été tirées sur la base de l'étude :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Plus de la moitié du personnel infirmier a considéré la gestion de la douleur postopératoire comme suffisante pour les patients atteints de

					<p>démence et ayant une fracture de la hanche. Cela ne supprime pas la possibilité de sous-traitement, parce que l'évaluation de la douleur des personnes démentes est une tâche très exigeante.</p> <ol style="list-style-type: none">2) L'échelle d'évaluation de la douleur la plus fréquente est l'EVA, qui ne convient pas pour la plupart des personnes atteintes de démence. Il y a une nécessité de mettre en place des interventions éducatives dans lesquelles différentes échelles d'évaluation de la douleur et des expressions comportementales de la douleur soient implantées dans la pratique en fonction de la gravité de la déficience cognitive.3) Il est nécessaire de prendre en compte les aspects émotionnels de soulagement de la douleur pour les personnes atteintes de démence. La présence de parents ou d'autres personnes proches peut aider à reconnaître les moyens individuels d'exprimer la douleur et d'assurer une communication interpersonnelle qui diminue l'anxiété chez les patients atteints de démence.4) Les méthodes non pharmacologiques les plus courantes sont le repositionnement, la thérapie par le froid et l'aide dans les activités quotidiennes. <p>L'administration de médicaments analgésiques avant une mobilisation ou un événement douloureux, l'administration d'analgésiques sur 24 heures et de façon régulière ont été couramment utilisées comme méthodes</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>pharmacologiques de soulagement de la douleur.</p> <p>Sur la base de cette étude, il y a un besoin de formation et de mise à jour pour le personnel infirmier sur l'utilisation des échelles de douleur différentes selon le degré de déficience cognitive. Cette intervention éducative est nécessaire car une utilisation plus commune des échelles d'évaluation de la douleur était significativement liée à une croyance que la gestion de la douleur postopératoire chez ce groupe de patients était suffisante. Des études d'intervention sont nécessaires afin de déterminer la façon dont l'évaluation de la douleur aiguë chez les patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche pourrait être améliorée. Un défi pour la recherche future comprend la découverte de la situation actuelle de la gestion de la douleur postopératoire du point de vue des personnes âgées atteintes de démence, par exemple en examinant les dossiers médicaux concernant les pratiques de gestion de la douleur ou d'observation ou de leur entrevue, mais cela pourrait être difficile en raison de déficits dans les capacités verbales et cognitives de ces personnes.</p>
Aspects du rapport	Questions	oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
Questions	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une	X			Les chercheurs ont présenté leur étude en détaillant les différents chapitres (résumé, introduction, méthodologie,

générales Présentation	analyse critique minutieuse ?				résultats et discussion). L'étude était organisée de façon claire et compréhensible. Le procédé des chercheurs est en grande partie explicité.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les chercheurs ont reçu 333 questionnaires d'infirmières travaillant dans différents hôpitaux, ce qui permet une généralisation des résultats. Les auteurs citent les faiblesses de leurs études. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés dans la pratique courante ainsi que pour les recherches futures. Les chercheurs donnent une piste de recherche future afin de continuer à approfondir le sujet.

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

Annexe C***Tableaux récapitulatifs des résultats des articles analysés***

Tableau récapitulatif des résultats 1:

<p>Evaluation de la douleur aiguë chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère en milieu de soins aigus</p>	<p><u>Difficultés liées à l'environnement de soins de la personne</u></p>		<ul style="list-style-type: none"> • Les évaluations de la douleur en maison de soins se font avec des échelles s'appuyant sur les aidants naturels ou les professionnels de la santé qui sont familiers à la personne atteinte de démence et qui savent interpréter les changements subtils dans les comportements. Une telle continuité de soins dans un hôpital est plus difficile et de ce fait les échelles ne sont pas utilisées. (Morrison, R. S. & Siu, A.L. 2000, p.245 [Traduction des auteures]).
	<p><u>Difficultés liées aux professionnels de la santé (médecin, infirmière, physiothérapeute...)</u></p>	<p><i>Le type de profession de soins et les différentes unités de soins</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • « La qualité des évaluations de la douleur diffère considérablement en fonction du type de fournisseur de soins. » (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.6 [Traduction des auteures]). • « Les infirmières qui considéraient la gestion de la douleur comme suffisante (plus de la moitié) dans leur unité de soins ont dit utiliser les échelles de la douleur deux fois plus souvent que les autres. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.75 [Traduction des auteures]). • Le nombre moyen d'évaluation infirmière pour les patients chirurgicaux était de 5.24 contre 2.40 pour les patients médicaux. Le nombre moyen d'évaluation des médecins pour les patients chirurgicaux était de 0.48 contre 0.87 pour les patients médicaux. (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.5 [Traduction des auteures]).

		<p><i>Peu d'utilisation des échelles de la douleur</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Des scores numériques de la douleur ont été enregistrés dans les 2/3 des cas par les infirmières mais par moins de 5% des médecins. » (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.6 [Traduction des auteures]). • « 31% des infirmières ont évalué la douleur à l'aide d'une échelle de la douleur. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.75 [Traduction des auteures]). • « Moins d'un tiers des infirmières ont convenu que certaines échelles d'évaluation de la douleur étaient utilisées dans leur unité. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.75 [Traduction des auteures]).
		<p><i>Autres obstacles</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • D'autres obstacles incluait : Une documentation insuffisante des effets des analgésiques (48%), des difficultés d'évaluation de la douleur en raison de déficit de l'audition (45%) et le fait de ne pas connaître les niveaux de douleur en raison du manque de temps passé avec les patients atteints de démence (52%). (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.212 [Traduction des auteures]). • En comparant les cas de démence les plus sévère avec les cas ayant un score supérieur à la médiane sur le MMSE, les résultats ont démontré que la capacité à comprendre lors des deux évaluations était liée au degré de déficience cognitive (mieux pour les scores MMSE >6) et le type d'échelle utilisée (mieux pour la VRS et l'échelle des faciès), mais pas au type de démence. (Pautex, S., Michon, A., Guedira, M. & Co 2006, pp.1014-1042 [Traduction des auteures]).

	<p><u>Capacités des personnes atteintes de démence à évaluer leur douleur</u></p>	<p>Capacité à l'évaluation de leur douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « La majorité des patients souffrant de troubles cognitifs sont en mesure de fournir des scores grâce à une auto-évaluation de leur douleur (troubles cognitifs de niveau non précisé). » (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.6 [Traduction des auteures]). • « 61% de tous les patients ont démontré la compréhension d'au moins une échelle. 49% des patients ayant un score MMSE de 6 ou moins ont démontré la compréhension d'une seule échelle. » (Pautex, S., Michon, A., Guedira, M. & Co 2006, p.1042 [Traduction des auteures]). • « Près de 2/3 des patients âgés hospitalisés atteints de démence sévère étaient en mesure d'utiliser une échelle d'auto-évaluation de manière fiable. » (Pautex, S., Michon, A., Guedira, M. & Co. 2006, p.1043 [Traduction des auteures]).
		<p>Pas de capacité à l'évaluation de leur douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Le principal obstacle à la gestion de la douleur postopératoire évaluée par le personnel soignant chez les patients atteints de démence, était les difficultés dans l'évaluation de la douleur en raison de la baisse de la cognition (86%). » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.212 [Traduction des auteures]). • Les patients atteints de démence sont souvent incapables d'évaluer les modifications de leur douleur. Ils vivent chaque épisode douloureux comme si c'était le premier car les fonctions exécutives nécessaires à l'intégration de l'expérience de la douleur sont défaillantes. De ce fait, l'équipe soignante surcompense le traitement antalgique à cause de la détresse du patient. (Kelley, A.S., Siegler, E.L. & Reid, M.C. 2008, p.584 [Traduction des auteures]).

			<ul style="list-style-type: none"> • Une difficulté majeure dans l'évaluation et la gestion de la douleur chez les patients atteints de démence avancée est l'incapacité de ces patients à utiliser des méthodes d'auto-évaluation et de décrire leur douleur de manière adéquate. <i>(Morrison, R. S. & Siu, A.L. 2000, p.245 [Traduction des auteures]).</i>
	<p><u>Echelles d'évaluation utilisées chez les personnes atteintes de démence.</u></p>		<ul style="list-style-type: none"> • « Les échelles d'évaluation de la douleur les plus souvent mentionnées étaient l'EVA, l'échelle VRS et l'évaluation comportementale général (PAINAD). » <i>(Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.78 [Traduction des auteures]).</i> • « Le fonctionnement cognitif des patients doit être évalué à l'aide d'instrument standardisé comme le MMSE ou le Mini-Cog. » <i>(Kelley, A.S., Siegler, E.L. & Reid, M.C. 2008, p.585 [Traduction des auteures]).</i> • Les trois échelles d'auto-évaluations testées étaient fiables, mais une bien meilleure compréhension de la VRS et de l'échelle des faciès a été trouvée. Ceci suggère que l'EVA, qui est l'échelle d'évaluation la plus souvent utilisée, peut ne pas être la plus appropriée pour les patients atteints de démence grave, qui n'ont généralement pas la capacité requise de la pensée abstraite. <i>(Pautex, S., Michon, A., Guedira, M. & Co 2006, p.1044 [Traduction des auteures]).</i> • « L'échelle d'évaluation de la douleur la plus fréquente est l'EVA, qui ne convient pas pour la plupart des personnes atteintes de démence. » <i>(Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.79 [Traduction des auteures]).</i>

Tableau récapitulatif des résultats 2

<p>Gestion de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère en milieu de soins aigus.</p>	<p><u>Pratiques de gestion de la douleur pharmacologique chez la population âgée démente.</u></p>	<p><i>Molécules administrées</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Le traitement pharmacologique des patients atteints de démence et ayant une fracture de la hanche est principalement basé sur l'administration de paracétamol et d'opioïdes forts pendant les 2 premiers jours postopératoire. » (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.101 [Traduction des auteures]). • « L'oxycodone par voie orale ou en solution injectable a été l'opioïde fort le plus couramment utilisé, la morphine a été rarement utilisée. » (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3099 [Traduction des auteures]). • « L'utilisation de patchs transdermiques tels que fentanyl a été rapporté bien que ceux-ci ne soient pas adaptés dans la gestion de la douleur aiguë en raison de l'arrivée tardive de l'action et de la rigidité de la titration des doses. » (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3101 [Traduction des auteures]).
		<p><i>Prescription et posologie de l'administration des médicaments antalgiques</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Les pratiques d'administration d'analgésiques les plus courantes ont été l'administration d'analgésiques avant les événements douloureux (96%), avant l'activité physique (94%) et l'administration à heure régulière (94%). » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.75 [Traduction des auteures]). • Les infirmières ont signalé que les doses quotidiennes d'oxycodone administrées par voie orale étaient en moyenne entre 14 et 26mg dans les deux premiers jours postopératoires. Une explication pour les faibles doses rapportées dans cette étude est qu'il y a aussi une diminution liée à l'âge dans la nécessité de recevoir des opioïdes pour atteindre un même degré de soulagement de la douleur qu'un adulte jeune. (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3099

			<p><i>[Traduction des auteures]</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients cognitivement intacts ont reçu en moyenne le triple du montant d'analgésie opiacée que les patients atteints de démence avancée en sachant que plus de 40% des personnes cognitivement intactes ont rapporté une douleur forte en phase postopératoire malgré l'analgésie administrée. <i>(Morrison, R. S. & Siu, A.L. 2000, p.244 [Traduction des auteures])</i>. • « Seulement 24% des patients atteints de démence ont reçu un ordre médical pour une analgésie à heure fixe. Les 76% restants ont reçu une analgésie de réserve si l'infirmière ou le médecin observait un comportement pouvant résulter de la douleur. » <i>(Morrison, R. S. & Siu, A.L. 2000, p.245 [Traduction des auteures])</i>. • « La différence de prescription analgésique entre les patients cognitivement intacts et ceux atteints de démence peut s'expliquer par : <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'incapacité de communiquer la douleur, ce qui entraîne des difficultés dans l'évaluation et conduit à un traitement insuffisant. ➤ Les comportements associés à la douleur aiguë peuvent être subtils. ➤ La crainte d'exacerber ou de précipiter un épisode de délirium. » <i>(Morrison, R. S. & Siu, A.L. 2000, p.246 [Traduction des auteures])</i>. • « Seulement 15% des patients atteints de déficience cognitives ont reçu des médicaments à heures fixes. » <i>(Mehta, S. S, Siegler, E.L.,</i>
--	--	--	--

			<p><i>Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.7 [Traduction des auteures]).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • « Les chercheurs listent un certain nombre d'obstacles pouvant contribuer à une analgésie insuffisante: une connaissance insuffisante de la gestion des effets indésirables des opiacés, des idées fausses sur l'inéluabilité de la douleur après la chirurgie et la peur de la dépendance. » (<i>Morrison, R. S. & Siu, A.L. 2000, p.246 [Traduction des auteures]).</i> • « Environ la moitié des patients de l'échantillon ont signalé une douleur et environ un tiers de ceux-ci n'ont pas reçu d'analgésiques. (Démontre le sous traitement de la douleur dans cette population). » (<i>Pautex, S., Michon, A., Guedira, M. & Co 2006, p.1043 [Traduction des auteures]).</i> • L'incidence des maladies coexistantes chez les personnes atteintes de démence est difficile du fait de la polymédication, ce qui peut augmenter le risque d'interactions lors de l'administration d'analgésiques. Cela peut être la raison pour laquelle les infirmières hésitent à donner des médicaments contre la douleur (23%) et les médecins hésitent à prescrire un soulagement adéquat de la douleur (22%), de peur d'une surmédication. (<i>Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.217 [Traduction des auteures]).</i> • En moyenne, 44% des patients cognitivement intacts ont rapporté une douleur très forte en préopératoire et 42% ont rapporté une douleur similaire en postopératoire. La moitié des patients cognitivement intacts qui ont rapporté une douleur modérée à très forte ont reçu une analgésie insuffisante pour leur niveau de douleur, et moins de 25% ont reçu un ordre médical pour une analgésie à heure fixe pendant toute leur hospitalisation. (<i>Morrison, R. S. & Siu, A.L. 2000, p.244 [Traduction des auteures]).</i>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • « 60% des patients ont reçu des analgésiques. 47% ont en reçu du premier palier de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 11% ont en reçu du 2^{ième} palier de l'OMS et 9% ont en reçu du 3^{ième} palier. » (Pautex, S., Michon, A., Guedira, M. & Co 2006, p.1042 [Traduction des auteures]). • « 40% des patients n'ont reçu aucune antalgie. » (Pautex, S., Michon, A., Guedira, M. & Co 2006, p.1041 [Traduction des auteures]). • Des opioïdes ont été prescrits pour tous les patients admis dans un service de chirurgie et 93% d'entre eux ont reçu des opioïdes pour soulager la douleur. 43% des patients médicaux ont reçu une prescription d'opioïdes et 36% d'entre eux ont en reçu pendant leur hospitalisation. (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.5 [Traduction des auteures]). • « La dose quotidienne moyenne d'équivalent parentéral de sulfate de morphine était de 5.84mg pour les patients dans un service de chirurgie et de 1.43mg pour les patients dans un service de médecine. » (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.6 [Traduction des auteures]).
		Voie d'administration	<ul style="list-style-type: none"> • « L'administration par voie orale a été rapportée comme étant la plus commune bien qu'elle ne soit pas adaptée à certains patients souffrant de troubles de la déglutition ou qui refusent de prendre la médication. » (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3102 [Traduction des auteures]).

		<i>But de l'antalgie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • « La plupart des infirmières ont déclaré que le but de la gestion de la douleur postopératoire chez cette population est une légère douleur qui n'empêche pas le fonctionnement normal. » (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3100 [Traduction des auteures]). • Certaines infirmières ont fait valoir que l'indolence complète en phase postopératoire signifie souvent que le patient est incapable de se déplacer. Elles ont également estimé qu'une légère douleur rappelle aux personnes de faire attention à mettre moins de poids sur la jambe opérée. Cela est particulièrement le cas lorsque le patient est confus et, par conséquent, ne se souvient pas que sa jambe a été opérée. (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3101 [Traduction des auteures]). • Les chercheurs donnent aussi des raisons incitant à traiter agressivement la douleur postopératoire : une douleur non traitée ou insuffisamment traitée peut avoir un impact substantiel sur le résultat fonctionnel, la douleur peut induire une tachycardie augmentant ainsi le besoin en oxygène du myocarde, ce qui peut mener à une ischémie myocardique, la douleur ou la peur de la douleur peuvent conduire à une limitation de l'activité physique postopératoire ce qui peut accroître le risque de thrombo-embolie, la douleur peut induire un retard dans la thérapie physique et donc affecter la durée du séjour et la récupération fonctionnelle postopératoire. (Morrison, R. S. & Siu, A.L. 2000, p.246 [Traduction des auteures]).
		<i>Pratiques au sein de l'unité de soins et entre différents services</i>	<ul style="list-style-type: none"> • « 73% des infirmières ont évalué et documenté les effets des analgésiques chez les patients. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.75 [Traduction des auteures]). • Les pratiques de gestion de la douleur chez les personnes atteintes de troubles cognitifs varient à l'intérieur et entre les différents services de

			<p>soins. Cette variabilité concerne la quantité d'opioïde reçue (les patients de chirurgie ont reçu en moyenne 4 fois plus d'opioïdes que les patients de médecine), la prescription des médicaments et le modèle d'administration (la majorité des patients ont reçu des doses d'opioïdes en réserve et non à heure fixe).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les facteurs liés au patient qui peuvent avoir contribué à cette variabilité sont l'origine de la douleur aiguë et la gravité de la déficience cognitive. ➤ Les facteurs liés aux professionnels peuvent être l'état des connaissances sur les médicaments analgésiques et les effets secondaires, ce qui peut également avoir une incidence sur les habitudes de prescription de toutes les disciplines. <p>(Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.7 [Traduction des auteures]).</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Le plus grand nombre de différences dans les pratiques de gestion de la douleur peut être observé entre le personnel des différents hôpitaux. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p. 79 [Traduction des auteures]).
	<p><u>Pratiques de gestion de la douleur non-pharmacologique chez la population âgée démente</u></p>	<p><i>Pratiques de gestion spécifiques</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Les méthodes non pharmacologiques telles que la distraction, le repositionnement ou l'application de froid ont été utilisées plus fréquemment chez les patients des services de chirurgie. » (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.6 [Traduction des auteures]). • « Les méthodes privilégiées dans la gestion de la douleur chez le personnel infirmier étaient des pratiques de gestion spécifiques de la douleur comme le repositionnement (100%), l'aide dans les activités de la vie quotidienne (97%) et les applications de froid (93%). » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.75 [Traduction des auteures]).

			<ul style="list-style-type: none"> • « Les méthodes telles que la thérapie par la musique, l'application de chaleur ou la réorganisation de l'environnement de la personne ne sont pas beaucoup utilisées. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.75 [Traduction des auteures]).
		<p><i>Pratiques de communication et attitudes du personnel infirmier</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • « La méthode la plus utilisée dans les pratiques émotionnelles à été l'apaisement et la consolation (85%) de la part des soignants. En opposition, la présence lors des moments douloureux n'a été que de 42%. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.75 [Traduction des auteures]). • Le personnel infirmier a souligné que les patients atteints de démence ont besoin de méthodes de travail paisibles et pacifiques afin de les faire se sentir à l'aise et calme. Donner des informations appropriées sur ce qu'il va se passer ensuite et informer de la cause de la douleur sont également ressortis comme importants. (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.77 [Traduction des auteures]). • « Connaître la personne à été mis en évidence pour comprendre comment les personnes atteintes de déficiences cognitives expriment la douleur individuellement. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.79 [Traduction des auteures]). • « Une communication paisible, une interaction empathique et fournir des informations sont importants pour éviter l'anxiété et la détresse qui sont des facteurs qui peuvent augmenter l'intensité de la douleur. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.79 [Traduction des auteures]).

		<i>Environnement matériel et social</i>	<ul style="list-style-type: none"> « La présence de la famille a été souligné comme importante afin d'obtenir le calme du patient. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.77 [Traduction des auteures]). « Les patients atteints de démence ont besoin d'un environnement paisible avec de petites chambres. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.77 [Traduction des auteures]).
	<u>Difficultés de gestion de la douleur chez la population âgée démente par les professionnels de soins (médecins, infirmières, physiothérapeutes...)</u>	<i>Différences entre les professions de soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> « Des améliorations ont eu lieu dans la reconnaissance et la déclaration des méthodes de gestion de la douleur pharmacologique mais il reste une grande variabilité entre les différents fournisseurs de soins. » (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.6 [Traduction des auteures]). « Les infirmières de plus de 50 ans et avec plus de 15 ans d'expérience de travail dans les soins de santé étaient plus susceptibles d'avoir un objectif principal idéaliste de soulagement complet de la douleur dans la gestion de la douleur. » (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3100 [Traduction des auteures]).
		<i>Manques de connaissance, de remise à niveau sur le sujet</i>	<ul style="list-style-type: none"> « Les professionnels de la santé devraient être plus souvent informés des directives de gestion de la douleur aiguë chez les personnes atteintes de déficiences cognitives existantes et fondées sur des preuves. » (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.8 [Traduction des auteures]). « Améliorer la documentation et la communication des résultats et préoccupations entre toutes les disciplines de soins est une première étape pour améliorer l'évaluation et la gestion de la douleur aiguë chez les patients atteints de troubles cognitifs. » (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.8 [Traduction des auteures]).

		<i>Manques de moyens dans l'environnement et la structure de travail</i>	<ul style="list-style-type: none"> • « Le manque de ressources et de temps ainsi que le manque de personnel sont des problèmes dans l'utilisation des méthodes d'allègement de la douleur non-pharmacologique et de la gestion de la douleur. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.77 [Traduction des auteures]). • « Le personnel infirmier a également soulevé que les moyens pour le personnel d'organiser un environnement confortable sont limités par les structures. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2012, p.79 [Traduction des auteures]). • « Le personnel mentionne le manque de temps comme un obstacle à des soins de haute qualité et à la gestion de la douleur. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.213 [Traduction des auteures]). • « Un environnement agité a été considéré comme un obstacle à la gestion de la douleur. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.213 [Traduction des auteures]).
		<i>Mauvaise attitude envers le patient</i>	<ul style="list-style-type: none"> • « Les obstacles liés au personnel incluaient des attitudes telles que banaliser l'expérience de la douleur et le manque d'écoute empathique des patients atteints de déficits cognitifs et des membres de la famille. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.213 [Traduction des auteures]).
	<u>Difficultés liées à la pathologie de la personne (troubles cognitifs) dans la gestion de la douleur aiguë.</u>		<ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières ont rapporté que les principaux défis pour le soulagement de la douleur chez cette population comprennent des difficultés de déglutition, le refus des patients de prendre des médicaments et les patients qui essaient de tirer sur les cathéters périduraux ou veineux. Les suggestions pour résoudre ces problèmes

			<p>incluent d'autres moyens d'administrer les analgésiques (injection intraveineuse ou intramusculaire), le broyage des médicaments ou l'administration de comprimés effervescents. (<i>Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3101 [Traduction des auteures]</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Les patients atteints de démence peuvent ne pas se rappeler de demander une antalgie de réserve ou d'anticiper la douleur avant certaines activités. » (<i>Kelley, A.S., Siegler, E.L. & Reid, M.C. 2008, p.583 [Traduction des auteures]</i>). • Les patients atteints de démence ne reconnaissent pas les effets secondaires du traitement ce qui peut mener à une augmentation du traitement antalgique. Les soignants doivent surveiller étroitement les effets secondaires des médicaments, y compris la constipation, ainsi que l'efficacité du traitement antalgique. (<i>Kelley, A.S., Siegler, E.L. & Reid, M.C. 2008, p.583 [Traduction des auteures]</i>). • Les patients atteints de démence sont parfois confus et peuvent ne pas comprendre le sens de la procédure de soins, cela amène des résistances aux soins, ce qui peut engendrer des difficultés dans l'administration des traitements. Deuxièmement, le patient ne se souvient pas toujours des informations et instructions données, par conséquent il est exposé à des situations douloureuses. (<i>Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.217 [Traduction des auteures]</i>). • Les traitements agressifs peuvent ne pas soulager la douleur dans certains cas. L'arrêt du traitement peut être dans le meilleur intérêt du patient mais est spécialement difficile chez les patients atteints de démence car ceux-ci ne peuvent pas participer au plan de soins. (<i>Kelley, A.S., Siegler, E.L. & Reid, M.C. 2008, p.584 [Traduction des auteures]</i>).
--	--	--	--

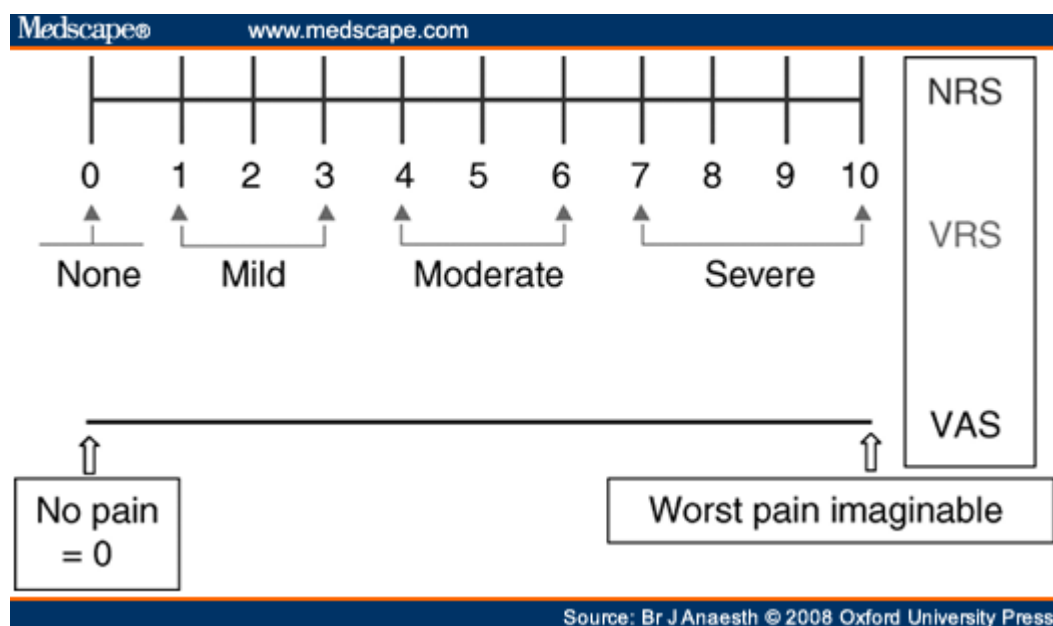
	<p align="center"><u>Attentes et suggestions du personnel infirmier</u></p>		<ul style="list-style-type: none"> • « Les attentes du personnel infirmier sont : Une dotation en personnel adéquate, la mise à jour de l'éducation, des pratiques cohérentes, des lignes directrices et un renforcement de la coopération multi professionnelle. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, pp.213-214 [Traduction des auteures]). • « La disponibilité des experts de la douleur pour une consultation était un atout majeur. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.217 [Traduction des auteures]). • « Les infirmières ont suggéré une amélioration sous la forme d'unités spécialisées dans les établissements de soins aigus adaptées aux patients atteints de démence. » (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3101 [Traduction des auteures]). • « Les infirmières ont suggéré un meilleur traitement préopératoire de la douleur, en utilisant une analgésie multimodale et une analgésie péridurale par exemple, pour atteindre un soulagement suffisant de la douleur postopératoire. » (Rantala, M., Sirpa, H., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2014a, p.3101 [Traduction des auteures]).
<p align="center">Incidence et prédispositions du délirium chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère et vivant une expérience de douleur aiguë dans les milieux de soins aigus</p>			<ul style="list-style-type: none"> • L'incidence du délirium dans le groupe de patients cognitivement intacts d'après l'évaluation avec la CAM était de 7% (4/58 personnes) et de 13% (5/30 personnes) dans le groupe de patients atteints de démence. Celle-ci augmentait lors de l'utilisation des rapports des médecins et des infirmières à 9% pour les patients cognitivement intacts et à 16% pour les personnes atteintes de démence. (Morrison, R. S. & Siu, A.L. 2000, pp.242-243 [Traduction des auteures]).

			<ul style="list-style-type: none">• « Un délirium a été enregistré chez 36% des patients de chirurgie par rapport à 16% des patients de médecine. » (Mehta, S. S, Siegler, E.L., Henderson, C.R. & Reid, M.C. 2010, p.6 [Traduction des auteures]).• « La démence prédispose les patients au délirium ainsi que la douleur, la fièvre, l'hypoxie, les effets secondaires des médicaments. Cela peut influencer la sélection du traitement et la prise en charge médical. » (Kelley, A.S., Siegler, E.L. & Reid, M.C. 2008, p.583 [Traduction des auteures]).• Les obstacles à la gestion de la douleur tels que la polymédication, les comorbidités et les contraintes physiques, également mentionnés dans les questions ouvertes, sont notamment les facteurs de risques qui sont présents dans le développement d'un délirium. (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.214 [Traduction des auteures]).• La confusion et les symptômes associés tels que la résistance aux soins et l'agression, qui ont été mentionnées comme des obstacles à la gestion de la douleur selon l'analyse des questions ouvertes, peuvent en outre, être des symptômes d'un état confusionnel aigu, c'est-à-dire le délirium. (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p. 214 [Traduction des auteures]).• « Une douleur intense et une analgésie insuffisante sont bien connues pour augmenter le risque de délirium chez les patients cognitivement intacts. » (Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.214 [Traduction des auteures]).
--	--	--	---

Utilisation de moyens de contention chez les personnes âgées atteintes de démence modérée à sévère.			<ul style="list-style-type: none">• Le personnel a reconnu la détresse émotionnelle que les restrictions causent aux patients et au personnel, mais a estimé que sans contraintes il y avait des risques que certains patients arrachent les dispositifs mis en place, causant la douleur ou l'arrêt de la médication supplémentaire contre la douleur. <i>(Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p.212 [Traduction des auteures]).</i>• Le personnel infirmier a indiqué que la résistance aux soins et l'agitation chez les patients atteints de démence peut conduire à une utilisation des dispositifs de contention, bien que ces types de changements de comportements puissent indiquer l'apparition de la douleur. <i>(Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T. & Hartikainen, S. 2014b, p. 214 [Traduction des auteures]).</i>
--	--	--	--

Annexes D

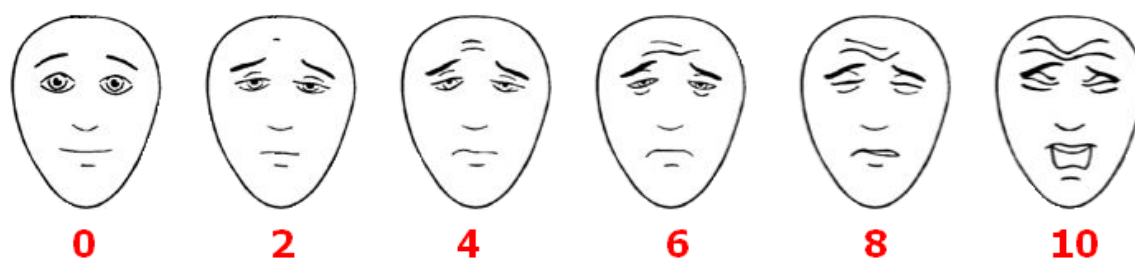
Grilles d'évaluation de la douleur

Annexe D1**Verbal Rating Scale (VRS).**

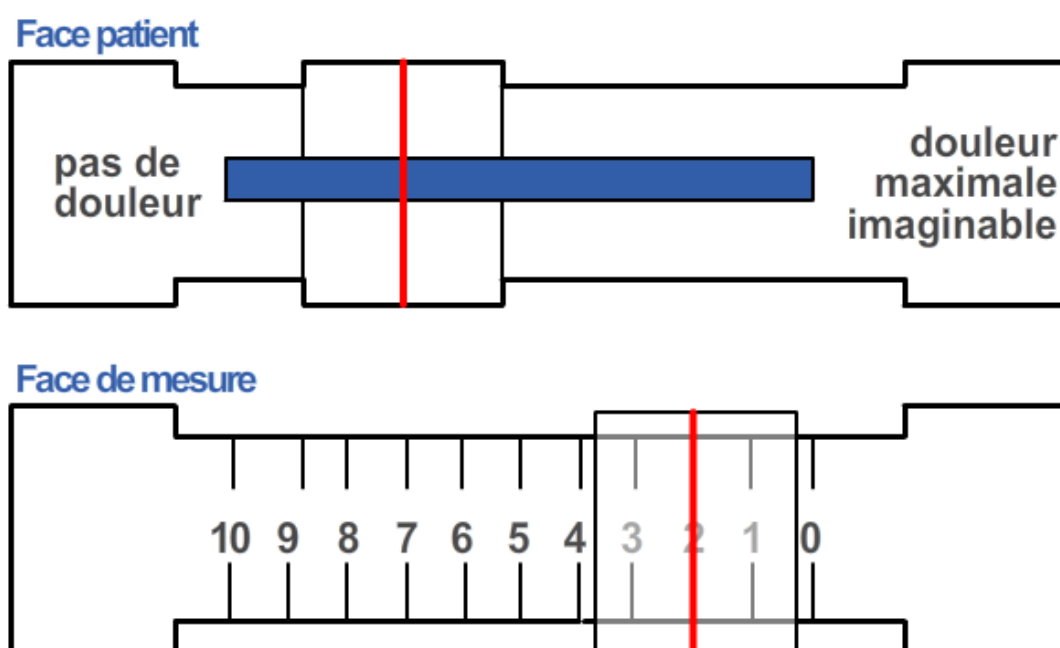
Medscape Multispecialty (2008). Assessment of pain. Accès
http://www.medscape.com/viewarticle/580952_2

Annexe D2**Echelle d'évaluation des faciès.**

Savino, F., Vagliano, L., Ceratto, S., Viviani, F., Miniero, R. & Ricceri, F. (2013). *Pain assessment in children undergoing venipuncture : The wong-baker faces scale versus skin conductance fluctuations*. Accès <https://peerj.com/articles/37/>

**Cotation de la douleur selon le faciès sélectionné**

Lionel Raffin (2010). *Prise en charge de la douleur*. Accès <http://www.smart-doc.org/projects/dggdoul/>

Annexe D3**Echelle Visuelle Analogique (EVA).****EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE**

Smartfiches Médecine (2014). *EVA : Echelle visuelle analogique*. Accès <http://smartfiches.fr/handicap-douleur-soins-palliatifs/item-131-bases-neurophysiologiques-mecanismes-physiopathologiques-douleur-aigue-chronique/evaluation-douleur>

Annexe D4**Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD).****Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)**

Instructions: Observe the patient for five minutes before scoring his or her behaviors. Score the behaviors according to the following chart. Definitions of each item are provided on the following page. The patient can be observed under different conditions (e.g., at rest, during a pleasant activity, during caregiving, after the administration of pain medication).

Behavior	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	<ul style="list-style-type: none"> Normal 	<ul style="list-style-type: none"> Occasional labored breathing Short period of hyperventilation 	<ul style="list-style-type: none"> Noisy labored breathing Long period of hyperventilation Cheyne-Stokes respirations 	
Negative vocalization	<ul style="list-style-type: none"> None 	<ul style="list-style-type: none"> Occasional moan or groan Low-level speech with a negative or disapproving quality 	<ul style="list-style-type: none"> Repeated troubled calling out Loud moaning or groaning Crying 	
Facial expression	<ul style="list-style-type: none"> Smiling or Inexpressive 	<ul style="list-style-type: none"> Sad Frightened Frown 	<ul style="list-style-type: none"> Facial grimacing 	
Body language	<ul style="list-style-type: none"> Relaxed 	<ul style="list-style-type: none"> Tense Distressed pacing Fidgeting 	<ul style="list-style-type: none"> Rigid Fists clenched Knees pulled up Pulling or pushing away Striking out 	
Consolability	<ul style="list-style-type: none"> No need to console 	<ul style="list-style-type: none"> Distracted or reassured by voice or touch 	<ul style="list-style-type: none"> Unable to console, distract, or reassure 	
TOTAL SCORE				

(Warden et al., 2003)

Scoring:

The total score ranges from 0-10 points. A possible interpretation of the scores is: 1-3=mild pain; 4-6=moderate pain; 7-10=severe pain. These ranges are based on a standard 0-10 scale of pain, but have not been substantiated in the literature for this tool.

Source:

Warden V, Hurley AC, Volker L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9-15.

PAINAD Item Definitions

(Warden et al., 2003)

Breathing

1. *Normal breathing* is characterized by effortless, quiet, rhythmic (smooth) respirations.
2. *Occasional labored breathing* is characterized by episodic bursts of harsh, difficult, or wearing respirations.
3. *Short period of hyperventilation* is characterized by intervals of rapid, deep breaths lasting a short period of time.
4. *Noisy labored breathing* is characterized by negative-sounding respirations on inspiration or expiration. They may be loud, gurgling, wheezing. They appear strenuous or wearing.
5. *Long period of hyperventilation* is characterized by an excessive rate and depth of respirations lasting a considerable time.
6. *Cheyne-Stokes respirations* are characterized by rhythmic waxing and waning of breathing from very deep to shallow respirations with periods of apnea (cessation of breathing).

Negative Vocalization

1. *None* is characterized by speech or vocalization that has a neutral or pleasant quality.
2. *Occasional moan or groan* is characterized by mournful or murmuring sounds, wails, or laments. Groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
3. *Low level speech with a negative or disapproving quality* is characterized by muttering, mumbling, whining, grumbling, or swearing in a low volume with a complaining, sarcastic, or caustic tone.
4. *Repeated troubled calling out* is characterized by phrases or words being used over and over in a tone that suggests anxiety, uneasiness, or distress.
5. *Loud moaning or groaning* is characterized by mournful or murmuring sounds, wails, or laments in much louder than usual volume. Loud groaning is characterized by louder than usual inarticulate involuntary sounds, often abruptly beginning and ending.
6. *Crying* is characterized by an utterance of emotion accompanied by tears. There may be sobbing or quiet weeping.

Facial Expression

1. *Smiling or inexpressive*. Smiling is characterized by upturned corners of the mouth, brightening of the eyes, and a look of pleasure or contentment. Inexpressive refers to a neutral, at ease, relaxed, or blank look.
2. *Sad* is characterized by an unhappy, lonesome, sorrowful, or dejected look. There may be tears in the eyes.
3. *Frightened* is characterized by a look of fear, alarm, or heightened anxiety. Eyes appear wide open.
4. *Frown* is characterized by a downward turn of the corners of the mouth. Increased facial wrinkling in the forehead and around the mouth may appear.
5. *Facial grimacing* is characterized by a distorted, distressed look. The brow is more wrinkled, as is the area around the mouth. Eyes may be squeezed shut.

Body Language

1. *Relaxed* is characterized by a calm, restful, mellow appearance. The person seems to be taking it easy.
2. *Tense* is characterized by a strained, apprehensive, or worried appearance. The jaw may be clenched. (Exclude any contractures.)
3. *Distressed pacing* is characterized by activity that seems unsettled. There may be a fearful, worried, or disturbed element present. The rate may be faster or slower.
4. *Fidgeting* is characterized by restless movement. Squirming about or wiggling in the chair may occur. The person might be hitching a chair across the room. Repetitive touching, tugging, or rubbing body parts can also be observed.
5. *Rigid* is characterized by stiffening of the body. The arms and/or legs are tight and inflexible. The trunk may appear straight and unyielding. (Exclude any contractures.)
6. *Fists clenched* is characterized by tightly closed hands. They may be opened and closed repeatedly or held tightly shut.
7. *Knees pulled up* is characterized by flexing the legs and drawing the knees up toward the chest. An overall troubled appearance. (Exclude any contractures.)
8. *Pulling or pushing away* is characterized by resistiveness upon approach or to care. The person is trying to escape by yanking or wrenching him- or herself free or shoving you away.
9. *Striking out* is characterized by hitting, kicking, grabbing, punching, biting, or other form of personal assault.

Consolability

1. *No need to console* is characterized by a sense of well-being. The person appears content.
2. *Distraught or reassured by voice or touch* is characterized by a disruption in the behavior when the person is spoken to or touched. The behavior stops during the period of interaction, with no indication that the person is at all distressed.
3. *Unable to console, distract, or reassure* is characterized by the inability to soothe the person or stop a behavior with words or actions. No amount of comforting, verbal or physical, will alleviate the behavior.

Annexes E

Grilles d'évaluation de la fonction cognitive

Annexe E1**Mini Mental State Examination (MMSE).****Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)****Orientation**

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- (si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19. Cigare
 20. Fleur
 21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. *Quel est le nom de cet objet ?*
 23. Montrer votre montre. *Quel est le nom de cet objet ?*
 24. *Ecoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"*
 25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :*

Prenez cette feuille de papier avec la main droite

26. Pliez-la en deux
 27. Et jetez-la par terre
 28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : **"Fermez les yeux"** et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit*
 29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
 Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

30. Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
"Voulez-vous recopier ce dessin ?"

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitreneau J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental

State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003 ;13(2) :209-36.

Haute Autorité de Santé (2012). *Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)*. Accès <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/mmse.pdf>

Annexe E2

Mini-Cog.

MINI-COG™

Instructions

ADMINISTRATION	SPECIAL INSTRUCTIONS																								
1. Get patient's attention and ask him or her to remember three unrelated words. Ask patient to repeat the words to ensure the learning was correct.	<ul style="list-style-type: none"> Allow patient three tries, then go to next item. The following word lists have been validated in a clinical study:¹⁻³ <table> <tr> <td>Version 1</td> <td>Version 3</td> <td>Version 5</td> </tr> <tr> <td>• Banana</td> <td>• Village</td> <td>• Captain</td> </tr> <tr> <td>• Sunrise</td> <td>• Kitchen</td> <td>• Garden</td> </tr> <tr> <td>• Chair</td> <td>• Baby</td> <td>• Picture</td> </tr> <tr> <td>Version 2</td> <td>Version 4</td> <td>Version 6</td> </tr> <tr> <td>• Daughter</td> <td>• River</td> <td>• Leader</td> </tr> <tr> <td>• Heaven</td> <td>• Nation</td> <td>• Season</td> </tr> <tr> <td>• Mountain</td> <td>• Finger</td> <td>• Table</td> </tr> </table> 	Version 1	Version 3	Version 5	• Banana	• Village	• Captain	• Sunrise	• Kitchen	• Garden	• Chair	• Baby	• Picture	Version 2	Version 4	Version 6	• Daughter	• River	• Leader	• Heaven	• Nation	• Season	• Mountain	• Finger	• Table
Version 1	Version 3	Version 5																							
• Banana	• Village	• Captain																							
• Sunrise	• Kitchen	• Garden																							
• Chair	• Baby	• Picture																							
Version 2	Version 4	Version 6																							
• Daughter	• River	• Leader																							
• Heaven	• Nation	• Season																							
• Mountain	• Finger	• Table																							
2. Ask patient to draw the face of a clock. After numbers are on the face, ask patient to draw hands to read 10 minutes after 11:00 (or 20 minutes after 8:00).	<ul style="list-style-type: none"> Either a blank piece of paper or a preprinted circle (other side) may be used. A correct response is all numbers placed in approximately the correct positions AND the hands pointing to the 11 and 2 (or the 4 and 8). These two specific times are more sensitive than others. A clock should not be visible to the patient during this task. Refusal to draw a clock is scored abnormal. Move to next step if clock not complete within three minutes. 																								
3. Ask the patient to recall the three words from Step 1.	Ask the patient to recall the three words you stated in Step 1.																								

Scoring

3 recalled words	Negative for cognitive impairment
1-2 recalled words + normal CDT	Negative for cognitive impairment
1-2 recalled words + abnormal CDT	Positive for cognitive impairment
0 recalled words	Positive for cognitive impairment

References

1. Borson S, Scanlan J, Booth M, Vinikoro P, Delamater A. The mini-cog: a cognitive "vital signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(11):1021-1027.
2. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Curgulli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. 2002;51(10):1461-1469.
3. McCartan JR, Anderson P, Kulskowski MA et al. Finding dementia in primary care: the results of a clinical demonstration project. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2):210-217.

Mini-Cog™ Copyright © Borson. Reprinted with permission of the author (borson@bu.edu). All rights reserved.