

NOTE TO USERS

This reproduction is the best copy available.

UMI[®]

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**EFFET DE L'IMPLANTATION D'UNE LIGNE DIRECTRICE DES
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN ÉVALUATION DE LA DOULEUR
AUPRÈS DE PATIENTS AYANT SUBI UNE CHIRURGIE DE LA
HANCHE**

PAR

JOHANNE LAPRÉ

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA FACULTÉ DE MÉDECINE EN VUE DE
L'OBTENTION DU GRADE DE MAÎTRE ES SCIENCES (M.Sc.) EN
SCIENCES CLINIQUES**

OCTOBRE 2010

Membres du jury

Nicole Bolduc, inf., M.Sc.

Patricia Bourgault, inf., PH.D.

Isabelle Reeves, inf., PH.D.

Odette Doyon, inf., PH.D.

Directrice de recherche

Directrice de recherche

Membre du jury, interne au département

Membre du jury, externe au département



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-79783-9
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-79783-9

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

À Réjean, Sébastien et Marc-Étienne
ainsi que ma mère Marie-Paule

RÉSUMÉ

Mémoire de Johanne Lapré

Titre : Effet de l'implantation d'une Ligne directrice des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur auprès de patients ayant subi une chirurgie de la hanche

La gestion de la douleur n'est pas optimale. Des observations en phase postopératoire démontrent qu'il existe des écarts importants entre la pratique exemplaire reposant sur des données probantes et la pratique actuelle qui n'est pas associée à un guide de pratique. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO, 2002) propose une Ligne directrice des pratiques exemplaires (LDPE) en gestion de la douleur incluant l'évaluation et le soulagement ainsi qu'un modèle de mise en place de cette ligne directrice. Le but de cette étude est d'évaluer l'effet de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur auprès de patients ayant subi une chirurgie de la hanche. Un devis quasi expérimental à séries temporelles interrompues multiples a été utilisé avec mesures avant et après l'intervention de recherche auprès d'un groupe contrôle (n=17) et expérimental (n=17). L'intervention de recherche, réalisée dans un contexte de changement, comprenait une activité de formation et de mentorat. Des mesures ont été prises auprès des patients du groupe contrôle et expérimental sur l'intensité de la douleur (Journal quotidien de la douleur) aux jours 2, 4 et 6 postopératoires. Parallèlement, la documentation de l'évaluation de la douleur au dossier clinique a été relevée aux mêmes jours. Enfin, auprès du personnel soignant, les connaissances sur la gestion de la douleur (Toronto) ont été recueillies avant l'intervention de recherche soit au début de la formation et après, une fois la période de mentorat complétée. Les résultats ne démontrent pas de différence significative chez les patients quant au soulagement. La documentation de l'évaluation de la douleur n'est pas plus fréquente après l'intervention de recherche. De plus, il n'y a pas de différence significative chez le personnel soignant en lien avec les connaissances, en regard de la douleur avant et après la formation. L'implantation de la LDPE n'a pas atteint les résultats escomptés notamment en raison de certains changements organisationnels imprévus. Ainsi, malgré des résultats mitigés, il est primordial de poursuivre l'implantation de cette pratique exemplaire avec une approche andragogique en prenant en considération le contexte organisationnel.

MOTS CLÉS : douleur, postopératoire, évaluation de la douleur, pratiques exemplaires, programme de formation

TABLE DES MATIÈRES

PREMIER CHAPITRE – INTRODUCTION	11
1.1 PROBLÉMATIQUE	11
1.2 RECENSION DES ÉCRITS	16
1.2.1. Gestion de la douleur	16
1.2.1.1. Phénomène de la douleur	16
1.2.1.2. Particularité de la douleur à une chirurgie de la hanche chez les personnes âgées	21
1.2.1.3. Barrières à la gestion de la douleur	22
1.2.2. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) en gestion de la douleur postopératoire	26
1.2.3. Programmes de formation infirmière sur la gestion de la douleur et leur impact	34
1.2.4. Cadre de référence	41
1.2.5. But	44
1.2.6. Hypothèses	44
1.2.6.1. Hypothèses principales	44
1.2.6.2. Hypothèse secondaire	45
 DEUXIÈME CHAPITRE – MÉTHODOLOGIE.....	 46
2.1. DEVIS	46
2.2. POPULATION	47
2.2.1. Milieu	47
2.2.2. Population cible	48
2.2.2.1. Critères de sélection	49
2.2.3. Échantillon	49
2.2.4. Calcul de l'échantillon	50

2.3. CONCEPTS À L'ÉTUDE ET LEURS INSTRUMENTS DE MESURE .	51
2.3.1. Variable indépendante	51
2.3.1.1. Application d'une LDPE en évaluation de la douleur .	51
2.3.2. Variables dépendantes en lien avec les hypothèses principales .	54
2.3.2.1. Soulagement de la douleur.....	54
2.3.2.2. Pratique infirmière en évaluation de la douleur.....	59
2.3.3. Variable dépendante en lien avec l'hypothèse secondaire.....	59
2.3.3.1. Connaissances des infirmières face à la gestion de la	
douleur	59
2.3.4. Variables confondantes.....	60
2.3.4.1. Données sociodémographiques.....	60
2.4. DÉROULEMENT ET PROCÉDURE DE RECRUTEMENT.....	61
2.5. ANALYSE DES DONNÉES	63
2.6. CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ	64
2.7. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	65
TROISIÈME CHAPITRE – ARTICLE.....	66
3.1. AVANT-PROPOS DE L'ARTICLE.....	66
3.2. ARTICLE : « Introduction d'une ligne directrice des pratiques	
exemplaires en évaluation de la douleur postopératoire »..	67
3.3. RÉSULTATS SUPPLÉMENTAIRES AU JOUR 2	
POSTOPÉRAIRE	98
3.3.1. Soulagement de la douleur.....	98
3.3.2. Pratique infirmière en évaluation de la douleur.....	98
3.3.3. Analgésie contrôlée par le patient (ACP)	99
QUATRIÈME CHAPITRE – DISCUSSION	101
4.1. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	101
4.1.1. Soulagement de la douleur.....	101
4.1.2. Pratique infirmière en évaluation de la douleur.....	103
4.1.3. Connaissances des infirmières face à la gestion de la douleur .	104
4.2. BARRIÈRES	105

4.3. CADRE DE RÉFÉRENCE.....	108
4.4. FORCES ET LIMITES.....	109
4.5. RETOMBÉES.....	112
4.6. CONCLUSION.....	113
RÉFÉRENCES.....	115
ANNEXE A – Formation	122
ANNEXE B – Échelle de mesure.....	136
ANNEXE C – Journal de la douleur	138
ANNEXE D – Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur	141
ANNEXE E – Questionnaire sur l'état de santé.....	147
ANNEXE F – Lettre d'approbation du Comité d'éthique	152
ANNEXE G – Formulaire de consentement (patient).....	156
ANNEXE H – Formulaire de consentement (infirmière)	163
ANNEXE I – Preuve de soumission de l'article	169
ANNEXE J – Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à un mémoire ou une thèse.....	171
ANNEXE K – Lettre d'appui à l'étude et confirmation subvention PAFI	173

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Principes en gestion de la douleur	28
Tableau 2 : Synthèse des études sur l’implantation des pratiques exemplaires en gestion de la douleur.....	31
Tableau 3 : Synthèse de programmes de formation	35
Tableau 4 : Synthèse des études sur les programmes de formation	38
Tableau 5 : Une pratique exemplaire en évaluation de la douleur aiguë.....	53
Tableau 6 : Échelles de mesure	57
Tableau 7 : Résumé du déroulement de l’étude et échéancier	62
Tableau 8 : Caractéristiques de l’échantillon des patients.....	83
Tableau 9 : Caractéristiques du personnel soignant ayant participé à la formation	84
Tableau 10 : Moyenne d’intensité de la douleur à l’aide du Journal de la douleur.....	85
Tableau 11 : Connaissances sur la gestion de la douleur	87
Tableau 12 : Soulagement de la douleur	98
Tableau 13 : Nombre d’évaluations descriptives et avec utilisation d’une échelle de mesure	99

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Modèle circulaire de la douleur	18
Figure 2 : Modèle de mise en place d'une LDPE.....	42
Figure 3 : Devis de l'étude	47

LISTE DES GRAPHIQUES :

Graphique 1 : Nombre d'évaluations descriptives	86
Graphique 2 : Nombre d'évaluations avec utilisation d'une échelle de mesure.....	86

LISTE DES ABRÉVIATIONS

<u>Abréviation</u>	<u>Signification</u>
ACP	Analgésie contrôlée par le patient
AHCPR	<i>Agency for Health Care Policy and Research</i>
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
CCASS	Conseil Canadien d'agrément des services de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CPC	Clinique préparatoire à la chirurgie
CPMP	<i>Comprehensive Pain Management Program</i>
DPAQ	<i>Daily Pain Assessment Questionnaire</i>
ED	Échelle descriptive
EN	Échelle numérique
EVA	Échelle visuelle analogique
EVS	Échelle verbale simple
FEPMP	<i>Frail Elder Pain Management Program</i>
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
LDPC	Ligne directrice de pratique clinique
LDPE	Ligne directrice de pratiques exemplaires
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAFI	Programme d'aide de financement interne
PAI	<i>Pain Attitude Inventory</i>
PKQ-DLV	<i>Pain Knowledge Questionnaire</i>
PRN	PRO RE NATA, au besoin
SPO ²	Saturation artérielle en oxygène par voie transcutanée

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma plus sincère reconnaissance à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration et à la réalisation de ce mémoire. J'aimerais remercier en particulier :

Mes directrices, Mme Nicole Bolduc et Mme Patricia Bourgault, pour leur grande disponibilité, leur implication continuelle et leurs précieux conseils tout au long de ce projet.

La direction des soins infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Mme Danielle St-Louis, jusqu'en 2006, Mme Diane Benoît, intérimaire jusqu'en 2009 et Mme Céline Gervais, pour avoir grandement appuyé la réalisation de cette étude.

Le programme clientèle en soins chirurgicaux, le chef médical, Dr Gaétan Langlois, le chef clinico administratif, M. Bruno Lavoie, les chefs de soins et services, M. Mario Duplin, Mme Denise Heppell et Mme Lucie St-Martin, l'assistante infirmière chef, Mme Joanne Mathieu, les infirmières en développement clinique, Mme Robin Coleman et Mme Louise Turcotte et le personnel soignant des deux unités de chirurgie pour leur précieuse collaboration qui m'a permis de réaliser ce projet de recherche.

Le Comité multidisciplinaire d'évaluation et de gestion de la douleur (CMEGD), particulièrement, Mme Hélène Loiselle, conseillère cadre clinicienne et personne responsable du comité pour son soutien et sa contribution à ce projet.

Le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du CHUS pour la contribution financière du programme d'aide de financement interne (PAFI) ayant généreusement facilité la réalisation de ce projet.

Mes fils, Sébastien et Marc-Étienne, pour leur présence affectueuse qui me réconforte, m'inspire et m'encourage à me dépasser chaque jour. Un merci également à Cynthia.

Mon conjoint, Réjean, pour son soutien, son écoute et sa patience.

Ma mère, Marie-Paule Cloutier, toute ma gratitude pour son dévouement et son soutien durant toutes ces années. Mes remerciements vont également à mes frères, ma sœur et leur famille.

Mesdames Valérie Beauchênes, stagiaire de recherche pour la saisie des données, Émilie Paul-Savoie, assistante professionnelle de recherche pour avoir accepté de transcrire ce mémoire, Raymonde Fortier, secrétaire de soutien à l'enseignement à l'École des sciences infirmières pour le montage des présentations power point et Mme Julie Maltais, professeure au niveau secondaire pour avoir participé à la correction du mémoire.

Et finalement, mes proches et amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la réalisation de ce projet de maîtrise.

Merci à tous et à toutes.

PREMIER CHAPITRE – INTRODUCTION

1.1 PROBLÉMATIQUE

La douleur est un phénomène complexe, dynamique et comprend plusieurs composantes (Marchand, 2009). Plus spécifiquement, la douleur qui se manifeste dans le cadre d'une chirurgie, est considérée comme aiguë. Elle apparaît rapidement et varie en intensité de légère à sévère pendant une courte période et s'estompe à mesure que progresse la guérison (Potter et Perry, 2005). En phase postopératoire, la douleur est une préoccupation de plus en plus présente et même si l'évolution des connaissances a eu pour effet de mieux comprendre ce phénomène, la gestion de la douleur, incluant son évaluation et son soulagement, demeure inadéquate. À titre d'exemple, plusieurs patients affirment avoir ressenti une douleur d'intensité modérée à sévère et malgré cela, reçoivent une quantité insuffisante d'analgésiques (Miaskowski, 2005). Plus encore, l'équipe de Watt-Watson précise que, moins de la moitié des patients en phase postopératoire reçoivent la dose d'analgésiques prescrite et ce, même si leur douleur est sévère (Watt-Watson, Garfinkel, Gallop, Stevens et Streiner, 2000).

Il est reconnu qu'une douleur inadéquatement soulagée en phase postopératoire, entraîne de nombreuses conséquences telles l'augmentation du risque d'infection, la non-observance aux soins, la restriction de la mobilité, le manque de sommeil, la fatigue, l'anxiété, la détresse psychologique, l'augmentation du risque de délirium et la prolongation du séjour hospitalier (Botti, Bucknall et Mamiias, 2004, Idvall, 2002, Mamiias, Botti et Bucknall, 2002). Une enquête conduite dans plusieurs hôpitaux du Québec auprès de patients ayant subi diverses chirurgies rapporte que plus du quart présentaient encore des douleurs, de modérées à sévères, une semaine plus tard (Cogan, Velly, Choimière, Roy, Robinson, Ducruet *et al.*, 2002). Par surcroît, selon ces mêmes auteurs, la douleur peut persister chez 16% des patients, 3

mois après la chirurgie. De plus, certains patients ayant subi une chirurgie majeure voient leur douleur se prolonger et ainsi se chroniciser. Ceci explique que de 11 à 50% des patients suivis en clinique de douleur chronique ont à l'origine une douleur aiguë postopératoire mal soulagée (Macrae, 2001; Perkins et Kehlet, 2000).

En phase postopératoire, certaines chirurgies engendrent une intensité importante de douleur, dont la chirurgie de la hanche (Lewis, Heitkemper et Dirksen, 2003; Potter et Perry, 2005). La douleur ressentie en phase préopératoire, l'ampleur de la procédure chirurgicale et la réadaptation, sont autant d'éléments favorisant une douleur intense après la chirurgie qu'elle soit élective ou urgente. Il y a lieu de se préoccuper de la gestion de la douleur en raison du court suivi en phase postopératoire. En effet, les Canadiens ont séjourné moins longtemps à l'hôpital à la suite d'une arthroplastie ou remplacement de la hanche (chirurgie élective) en 2006-2007, comparativement aux années passées. La durée moyenne de séjour pour ce type de chirurgie est passée de 8 jours en 1996-1997 à 5 jours en 2006-2007, soit une diminution de 37,5%. Parallèlement, 24 253 arthroplasties ont été effectuées en 2006-2007. Ce qui représente une augmentation de 59% par rapport à 1996-1997 (Registre canadien des remplacements articulaires, 2009). Au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), l'arthroplastie représente 12% des chirurgies annuelles et dont l'âge moyen des patients est de 72 ans (2004-2005). Avec une population de plus en plus vieillissante, le nombre de patients hospitalisés pour ce type de chirurgie ira en augmentant au cours des prochaines années (Registre canadien des remplacements articulaires, 2009) et le temps d'hospitalisation visé sera de plus en plus court.

De nombreuses barrières peuvent expliquer le non-soulagement de la douleur (Botti *et al.*, 2004; Idvall, 2002; Manias *et al.*, 2002). Elles se regroupent en fonction de l'environnement des soins, des patients et du personnel soignant. Celles en lien avec l'environnement des soins sont le manque d'uniformisation dans l'utilisation

d'outils d'évaluation standardisés, la documentation insuffisante de la douleur au dossier, le manque d'uniformisation dans l'interprétation des ordonnances pharmaceutiques, la surcharge de travail et le peu de formation continue (Botti *et al.*, 2004; Idvall, 2002; Manias *et al.*, 2002).

Les barrières en lien avec le patient se rapportent à son état de santé, au manque de soutien psychosocial, au manque de connaissances sur la douleur, à l'absence de participation active, aux fausses croyances, aux préjugés et à la crainte de la dépendance (Botti *et al.*, 2004; Idvall, 2002; Manias *et al.*, 2002). Plus spécifiquement, les personnes âgées ne rapportent pas suffisamment qu'elles sont souffrantes ou ne demandent pas toujours leurs analgésiques car elles estiment que le personnel soignant est en mesure de reconnaître leur douleur et d'en évaluer l'intensité. Cela souligne l'importance de prêter une attention particulière lors de l'évaluation de la douleur. Les personnes âgées croient que le fait d'avoir besoin d'une forte dose d'opioïdes signifie qu'elles deviennent dépendantes de ceux-ci (Pasero et McCaffery, 1996). De plus, elles omettent également de rapporter leur douleur parce qu'elles sont convaincues qu'elle est une conséquence normale du vieillissement (Société canadienne de la douleur, 2005). Ces barrières pourraient expliquer pourquoi les personnes âgées sont plus à risque d'un soulagement inadéquat de la douleur (Girdhari et Smith, 2006).

Quant aux barrières propres au personnel soignant, elles sont attribuées au manque de connaissances concernant la gestion de la douleur, aux fausses croyances, aux préjugés, à la crainte de la dépendance et à l'impression que l'évaluation et le soulagement de la douleur ne sont pas une priorité en soins infirmiers (Botti *et al.*, 2004; Idvall, 2002; Manias *et al.*, 2002). Des observations effectuées en postopératoire dans une institution indiquent qu'il existe des écarts importants entre les recommandations des organismes professionnels (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario – AIIAO, 2002a; Ordre des infirmières et

infirmiers du Québec - OIIQ, 2009) et ce qui est réalisé, notamment au plan de l'évaluation de la douleur et de sa documentation. Les résultats démontrent que les infirmières évaluent en moyenne 3 fois la douleur (évaluation descriptive ou avec échelle) durant les 24 premières heures postopératoires (Bergeron, Bourgault, Leduc et Marchand, 2008) alors que la moyenne attendue serait minimalement de 12 évaluations (OIIQ, 2009). Ces observations relatives au manque d'évaluation ont aussi été soulevées par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) dans son rapport sur le CHUS émis en 2004. Donc, bien que la douleur soit fort présente suite à une chirurgie de la hanche, les écrits supportent que son évaluation soit inadéquate. Or, une évaluation inefficace de la douleur peut produire des effets néfastes et se répercuter sur la qualité et la sécurité des soins prodigués ainsi que sur la durée de séjour.

L'infirmière joue un rôle central et unique en ce qui a trait à la gestion de la douleur aiguë (Dhile, Bjolseth et Helseth, 2006). Selon l'OIIQ (2003), l'infirmière a la responsabilité d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne souffrante, d'exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier et d'effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. Plus spécifiquement, lors d'une chirurgie de la hanche, l'infirmière identifie les changements à apporter à la médication ainsi que leurs effets secondaires, selon l'évaluation de la douleur effectuée par le patient et suggère des méthodes non pharmacologiques de soulagement. Elle évalue l'effet des différentes approches utilisées et cela, tout en respectant le patient dans son cheminement personnel à l'égard de sa douleur.

Plusieurs associations scientifiques ou professionnelles, qu'il s'agisse de l'AIIO (2002a), de la Société canadienne de la douleur (2005) ou encore de l'OIIQ (2009), ont énoncé des recommandations pour améliorer la pratique clinique en gestion de

la douleur. À cet égard, l'AIIAO (2002a) propose une Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) qui inclut l'évaluation et le soulagement de la douleur. Précisons que les pratiques exemplaires reposent sur un consensus d'experts et s'avèrent un guide précieux à la pratique clinique, permettant de prodiguer des soins de qualité. Pour l'implantation, l'AIIAO (2002b) propose un modèle de mise en place d'une LDPE. Ce modèle est composé de six étapes essentielles, telles 1) l'identification de la LDPE, 2) l'identification des parties prenantes, 3) la préparation du lieu de travail, 4) les stratégies de mise en place, 5) l'évaluation et 6) l'identification des ressources.

Une étape essentielle à la mise en place de la LDPE est la stratégie de mise en place. Le plus souvent, ces stratégies impliquent des activités de formation. Ainsi, il est reconnu qu'un programme de formation permet l'acquisition de connaissances (de Rond, de Wit, van Dam et Muller, 2000, de Rond, de Wit et van Dam, 2001). Une activité de formation en gestion de la douleur se rapportant à l'évaluation et au soulagement de celle-ci peut contribuer à améliorer le manque de connaissances et aider l'infirmière à accomplir pleinement son rôle. De plus, des effets bénéfiques sont notés lorsque ces formations utilisent l'approche andragogique comme stratégie. Cette dernière considère davantage les besoins et l'expérience de l'apprenant adulte (Twycross, 2002).

En résumé, la douleur est présente en phase postopératoire et affecte tout particulièrement les personnes âgées ayant subi une chirurgie de la hanche et peut avoir des conséquences nefastes. De nombreuses barrières expliquent ce constat. Afin d'améliorer la gestion de la douleur, une des solutions s'avère l'application d'une LDPE en soins infirmiers. La formation du personnel soignant permettra d'implanter ces pratiques exemplaires. Le but de cette étude est d'évaluer l'effet de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur auprès de patients ayant subi une chirurgie de la hanche.

1.2. RECENSION DES ÉCRITS

Dans cette recension des écrits, les aspects suivants sont approfondis : la gestion de la douleur incluant le phénomène de la douleur, les particularités de la douleur suite à une chirurgie de la hanche chez les personnes âgées ainsi que les barrières à la gestion de la douleur. Ensuite, la LDPE en gestion de la douleur est présentée et les programmes de formation infirmière sur la gestion de la douleur et leur impact sont détaillés. Enfin, le cadre de référence utilisé pour cette recherche est décrit.

1.2.1. Gestion de la douleur

Pour bien gérer la douleur, il importe de circonscrire le phénomène en définissant ses composantes et ses mécanismes physiologiques. Ensuite, les particularités de la douleur aiguë suite à une chirurgie de la hanche chez les personnes âgées sont détaillées. Enfin, les barrières à la gestion efficace de la douleur sont rapportées.

1.2.1.1. Phénomène de la douleur

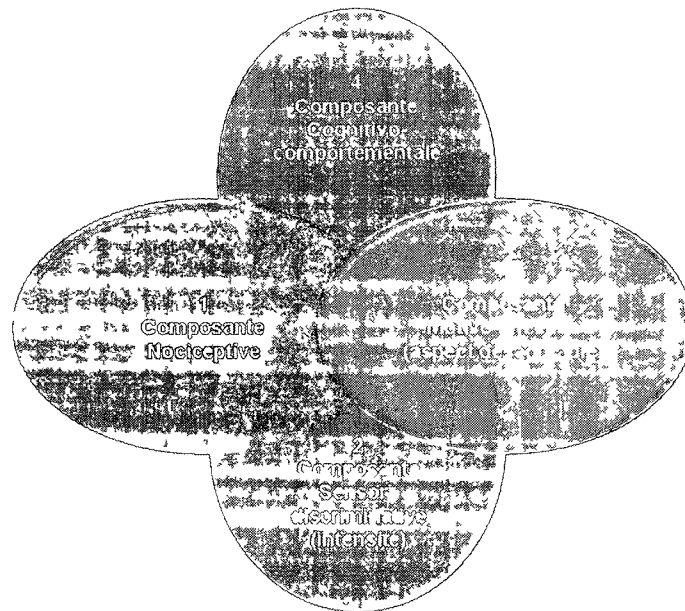
L'*International Association for the Study of Pain (IASP)*, précise que la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion (Mersey et Bogduk, 1994). Elle est également associée à la perception de l'événement et influencée par les expériences passées des personnes. La douleur se définit comme toute sensation décrite par la personne qui l'éprouve et se manifeste lorsque celle-ci signale cette douleur (McCaffrey et Pasero, 1999). Ces définitions mettent en évidence la complexité et la subjectivité de la douleur.

La douleur peut se classer en fonction de son origine : nociceptive (somatique ou viscérale) et neurogène (Mersey et Bogduk, 1994). Ainsi, une douleur qui survient lors d'une chirurgie de la hanche est nociceptive somatique puisqu'elle touche à la

fois à la peau, aux muscles ainsi qu'aux os. Elle est également bien localisée et normalement de courte durée, éléments caractéristiques de ce type de douleur. La douleur en phase postopératoire peut provenir du site de l'incision. Par contre, l'irritation causée par un tube de drainage, un pansement serré, un site intraveineux infiltré, la tension musculaire entraînée par la position sur la table d'opération ou encore la douleur antérieure telle l'arthrose, peuvent aussi se traduire chez le patient par de la douleur. La douleur peut également rendre le patient agité (Lewis *et al* 2003)

La douleur résulte d'interactions complexes entre plusieurs composantes. Marchand (2009), illustre quatre composantes par une représentation schématique soit le « Modèle circulaire de la douleur ». Ce modèle est présenté à la figure 1. Il est possible d'examiner ces composantes, soit nociceptive, sensori-discriminative, motivo-affective et cognitivo-comportementale, en étudiant comment chacune d'elles influence la façon dont la douleur est perçue, en lien avec la douleur aiguë en phase postopératoire.

Figure 1. Modèle circulaire de la douleur



A) *Composante nociceptive* (1). La nociception est purement physiologique et réfère à l'activité nerveuse avant qu'elle ne soit traitée par les centres nerveux supérieurs. Lorsque des stimuli nociceptifs se produisent, la sensation peut être ressentie comme douloureuse ou non (Marchand, 2009). Les mécanismes physiologiques de la douleur se divisent en quatre étapes marquées par une série de réactions chimiques et électriques des fibres nerveuses, de la périphérie jusqu'aux centres supérieurs, soit la transduction, la transmission, la modulation et la perception (Le Bars et Willer, 2004; Lewis *et al.*, 2003).

La transduction est la première étape qui correspond à la transformation du stimulus mécanique, thermique ou chimique en énergie chimio-électrique et se produit au

niveau des nerfs périphériques (Marchand, 2009). Dans le cas d'une chirurgie de la hanche, la lésion tissulaire endommage les cellules et entraîne la libération de substances chimiques. Certaines de ces substances chimiques, comme par exemple la substance P et les prostaglandines, sensibilisent les nocicepteurs de la douleur, ce qui déclenche un potentiel d'action des fibres nerveuses vers la moelle épinière.

La transmission est la deuxième étape et correspond à l'information nociceptive qui est transmise par les voies afférentes jusqu'au cortex. Une fois que les fibres nerveuses ont été activées, le potentiel d'action neural doit être transmis au système nerveux central et le traverser pour que la douleur soit perçue (Lewis *et al.*, 2003). La transmission de l'influx nerveux s'accomplit en trois séquences : de la périphérie à la moelle épinière, de la moelle au tronc cérébral et au thalamus, et enfin du thalamus au cortex (Marchand, 2009).

La modulation, soit la troisième étape, fait référence aux différents ajustements effectués par les fibres nerveuses responsables de la transmission de l'influx nerveux de la périphérie vers le cortex où la douleur est perçue (Marchand, 2009). En effet, l'information nociceptive est modulée à tous les niveaux du système nerveux central par des mécanismes endogènes de modulation de la douleur. Cette modulation peut être excitatrice et augmenter la réponse nociceptive, ou inhibitrice, et produire une analgésie (Millan, 2002). Il s'agit des mécanismes spinaux qui produisent des effets localisés, des contrôles inhibiteurs descendants qui produisent des effets diffus et des mécanismes des centres supérieurs qui, selon les conditions, seront de nature diffuse ou locale (Marchand, 2009).

La perception de la douleur est la quatrième étape du mécanisme physiologique. L'information nociceptive est transmise le long des voies afférentes et atteint le thalamus. Du thalamus, l'influx nerveux rejoint les structures corticales soient, l'aire somato-sensorielle (intensité de la douleur) et le système limbique (aspect

désagréable de la douleur) en préparation à l'intégration des informations nociceptives, soit la perception de la douleur. La majorité du temps la douleur aiguë postopératoire est mesurée en évaluant l'intensité de la douleur. Cependant, l'aspect désagréable pourrait également être évalué

B) La composante sensori-discriminative (2). La composante sensori-discriminative correspond aux qualités de la sensation douloureuse telles la localisation, la durée et l'intensité (légère à sévère) avec laquelle la douleur est perçue. Les structures corticales qui permettent d'identifier cette composante se situent au niveau des aires somato-sensorielle primaire et secondaire (Marchand, 2009).

C) Composante motivo-affective (3). La composante motivo-affective se rapporte aux réactions de plaisir, de colère et de peur ainsi que de la mémoire. C'est grâce à ce système que nous tentons de reproduire une situation agréable ou de fuir une situation désagréable (à quel point la douleur dérange) et qui rend l'expérience déplaisante, pénible, voire même insupportable. Les structures corticales qui jouent un grand rôle dans cette composante sont associées au système limbique, soit le cortex cingulé antérieur et l'insula (Marchand, 2009).

D) Composante cognitivo-comportementale (4). La composante cognitivo-comportementale réfère à la perception de l'événement et est influencée par les expériences passées de la personne (Marchand, 2009). L'élément cognitif de la douleur correspond aux sens, aux croyances, aux attitudes ainsi qu'à la réaction du patient sur la perception et le traitement de sa douleur. L'élément comportemental de la douleur se définit par les gestes que pose la personne, tels la position qu'elle adopte pour exprimer ou maîtriser la douleur (mouvement de protection), les pleurs ou encore les grimacements (Lewis *et al* , 2003).

Ainsi, la douleur est un phénomène multidimensionnel et repose sur des mécanismes physiologiques complexes. Généralement, chaque composante joue un rôle important dans la perception de la douleur. Chacune de ces composantes, soit nociceptive, sensori-discriminative, motivo-affective ou encore cognitivo-comportementale, colore la façon dont la douleur est perçue. Dans la pratique clinique, l'évaluation de la douleur aiguë en phase postopératoire est associée majoritairement à la composante sensori-discriminative (intensité), parfois motivo-affective (aspect désagréable) et cognitivo-comportementale (comportement et compréhension). Chez les patients, notamment les personnes âgées ayant subi une chirurgie de la hanche, une attention particulière à l'évaluation de l'intensité de la douleur doit être accordée (Goldstein et Morrison, 2005).

1.2.1.2. Particularité de la douleur suite à une chirurgie de la hanche chez les personnes âgées

La chirurgie de la hanche provoque une douleur intense après la chirurgie, qu'elle soit élective ou urgente. L'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie ou remplacement de la hanche (chirurgie élective) en 2006-2007 était de 67,6 ans (Registre canadien des remplacements articulaires, 2009). Le vieillissement de la population est déjà bien perceptible au Québec. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus a doublé en 40 ans, passant de moins de 6% à 13% (Potter et Perry, 2005). Ainsi, le nombre de chirurgie de la hanche ira vraisemblablement en augmentant.

L'équipe de Herr a démontré, dans une étude auprès de 709 patients ayant subi une chirurgie de la hanche dont l'âge moyen était de 83 ans, que seulement 5,5% des patients admis pour une fracture de la hanche, période pendant laquelle la douleur est intense, voyaient leur douleur évaluée de façon régulière (Herr, Titler, Schilling, March, Ardery, Clarke *et al.*, 2004). Quant aux personnes sous analgésie contrôlée

par le patient (ACP), la douleur était évaluée aux 4 heures durant les 24 premières heures chez seulement 30,1% d'entre eux. Ainsi, selon ces auteurs, chez la majorité des patients, la fréquence de l'évaluation est inadéquate et cela se répercute sur leur soulagement.

Plusieurs autres études démontrent que les personnes âgées ne sont pas suffisamment soulagées en phase postopératoire. Plus spécifiquement, une étude menée auprès de 411 patients âgés en moyenne de 82 ans, ayant subi une chirurgie suite à une fracture de la hanche, a indiqué que la douleur varie en fonction des activités; 50% des patients ont ressenti une douleur d'intensité modérée à sévère au repos, 83% au lever et 91% lors d'une séance de physiothérapie (Morrison, Magaziner, McLaughlin, Orosz, Silberzweig, Koval *et al*, 2003). Il est à noter que 87% de ces patients n'ont pas reçu une analgésie de façon régulière. Ces mêmes auteurs ont observé une relation significative entre leur niveau fonctionnel et l'intensité de douleur postopératoire. Selon eux, une gestion inadéquate de la douleur a un impact statistiquement significatif sur la durée de séjour qui est prolongée ($p=0,03$) et sur la mobilisation qui est retardée ($p<0,001$). Le non soulagement peut aussi entraîner des conséquences au niveau cognitif chez les personnes âgées tel le délirium (Brauer, Morrison, Silberzweig, Stacey et Siu, 2000, Vaurio, Linnea, Sands, Laura, Wang, Mullen *et al*, 2006). Ceci est d'autant plus préoccupant que le délirium retarde le rétablissement (Morrison *et al*, 2003). Puisque l'on connaît les conséquences négatives du non soulagement de la douleur et afin de prodiguer des soins de qualité, il est essentiel d'identifier les éléments qui limitent le soulagement de la douleur postopératoire.

1.2.1.3 Barrières à la gestion de la douleur

La gestion inadéquate de la douleur a été maintes fois analysée. Ceci a permis d'identifier certains éléments en cause nommés barrières. Ces barrières sont en lien

avec l'environnement, le patient et le personnel soignant (Botti *et al* , 2004, Idvall, 2002, Manias *et al* 2002)

A) Barrières en lien avec l'environnement En lien avec l'environnement, une étude qualitative menée par l'équipe de Manias (2002) a permis d'observer les interventions infirmières en lien avec la gestion de la douleur en phase postopératoire auprès des patients ayant subi une chirurgie abdominale ou thoracique. Au total, 30 infirmières travaillant sur une unité de chirurgie ont participé à cette étude. Les infirmières ont accepté d'être observées durant leur quart de travail. Deux périodes d'observation d'une durée de deux heures sur les quarts de jour, de soir et de nuit ont été effectuées. Durant ces observations, les discussions entre l'infirmière et le patient, en lien avec la gestion de la douleur, ont été enregistrées et transcrites pour analyse. Les résultats démontrent que le contexte dans lequel s'effectue la pratique clinique est complexe. Les infirmières ont un grand nombre de patients qui leur sont assignés. Elles doivent organiser et planifier simultanément plusieurs activités de soins qui répondent aux besoins spécifiques de leurs patients. Ainsi, les interventions portant sur la gestion de la douleur peuvent facilement être interrompues ou reléguées au second plan. Ces auteurs suggèrent que des stratégies permettant d'améliorer la gestion de la douleur postopératoire au niveau de l'évaluation et du soulagement devraient être davantage priorisées dans la pratique clinique et soutenues par l'administration des établissements.

B) Barrières en lien avec les patients Les barrières, plus spécifiquement pour les patients, ont également été identifiées. Beaucoup de personnes âgées hésitent à demander des médicaments analgésiques car elles ont tendance à croire que la douleur constitue une conséquence inévitable de la chirurgie et qu'elles doivent la tolérer (Pasero et McCaffrey, 1996). Elles estiment que le personnel soignant est en mesure de reconnaître leur douleur et d'en évaluer l'intensité. Elles omettent également de la rapporter parce qu'elles sont convaincues qu'elle est une

conséquence normale du vieillissement (Société canadienne de la douleur, 2005) De plus, certaines personnes âgées hésitent à apprendre comment utiliser l'ACP leur permettant de s'auto-administrer des analgésiques par voie intraveineuse au moyen d'une pompe par crainte de développer une dépendance aux opiacés Ces mythes et croyances peuvent produire des effets néfastes sur l'attitude, autant des patients que de celle du personnel soignant et se répercutent sur la qualité des soins prodigués (Paseo et McCaffrey, 1996) En effet, les patients ne signalent pas leur douleur mais en contrepartie, il est possible que les infirmières ne l'évaluent pas suffisamment

C) Barrières en lien au personnel soignant Les études illustrent les barrières se rapportant au personnel soignant, plus précisément les infirmières Une autre étude qualitative menée en trois temps par l'équipe de Manias a permis d'observer l'application de différentes interventions infirmières en gestion de la douleur aigue postopératoire sur deux unités de chirurgie (Manias, Bucknall et Botti, 2004, 2005, 2006) Un total de 52 infirmières et 312 patients ont participé à chacune de ces études Deux périodes d'observation, d'une durée de deux heures, sur chaque quart de travail en lien avec la gestion de la douleur, incluant l'évaluation et le soulagement, ont été enregistrées et transcrites pour analyse En 2004, les résultats démontrent que les infirmières utilisent dans 45,3% des cas, des questions simples entourant l'évaluation de la douleur et une échelle de mesure dans seulement 8,9% des situations cliniques observées En 2005, les résultats révèlent que les infirmières administrent un analgésique à 37,9% des patients qui présentent de la douleur Dans 17,4% des situations, elles discutent de la douleur avec d'autres professionnels de la santé De plus, elles n'utilisent des interventions non pharmacologiques dans 15,8% des situations Enfin, en 2006, les résultats ont confirmé que les infirmières ont une approche passive avec le patient dans 60% des cas, c'est-à-dire qu'elles impliquent peu les patients dans les décisions en lien avec la gestion de leur douleur, incluant leur participation à l'évaluation Pourtant, il est reconnu que le patient est un

partenaire essentiel et fait partie intégrante de l'équipe de soins. De plus, le patient doit apprendre à évaluer sa douleur et ressentir l'efficacité de son soulagement lorsque les soins sont administrés à l'aide des outils appropriés (Société canadienne de la douleur, 2005)

Plus près de nous, une étude descriptive corrélationnelle a été conduite dans un Centre hospitalier universitaire (CHU) du Québec, plus précisément sur une unité de chirurgie, et démontre qu'il existe des écarts importants entre les recommandations et ce qui est réalisé, notamment au plan de l'évaluation de la douleur et de sa documentation (Bergeron *et al*, 2008). Dans cette étude, 40 patients ont complété un journal de leur douleur et devaient indiquer à chaque heure d'éveil, l'intensité de leur douleur à l'aide d'une échelle numérique de 0 à 10. Les données complétées par les sujets ont été comparées aux notes d'observation des infirmières relatives à la douleur. Les résultats démontrent que les infirmières évaluent en moyenne 3 fois la douleur (évaluation descriptive ou avec échelle) dans les 24 premières heures postopératoires alors que la moyenne attendue est de 12 évaluations (OIIQ, 2004). De plus, les patients évaluent en moyenne à 3,5 sur 10 leur douleur dans les 24 premières heures postopératoires, alors que les informations retrouvées dans les notes infirmières indiquent une intensité moyenne de 1,6 sur 10. Cette différence se répercute directement sur le choix de l'analgésie. Conséquemment, la dose d'analgésique administrée risque d'être insuffisante pour soulager la douleur rapportée par les patients. Les auteurs concluent que la pratique ne rejoint pas les exigences professionnelles.

En résumé, la gestion de la douleur aiguë dans un contexte de chirurgie reste inadéquate. La gestion inefficace de la douleur aiguë en phase postopératoire peut s'expliquer par différentes barrières se rapportant à l'environnement, au patient ou encore au personnel soignant. Les infirmières priorisent d'autres activités cliniques et évaluent de façon insuffisante l'expérience de la douleur chez leurs patients. De

plus, les interventions infirmières concernant la gestion de la douleur ne sont pas suffisamment structurées et demeurent plutôt sporadiques. Or, les infirmières ont un rôle essentiel face à la gestion de la douleur. L'évaluation de celle-ci, son soulagement ainsi que l'efficacité des interventions (résultat) qui ont été effectuées constituent une partie importante des soins infirmiers à prodiguer. Pour ce faire, il importe que les infirmières possèdent une base de connaissances théoriques et pratiques sur la gestion de la douleur se rapportant à l'évaluation et au soulagement de celle-ci

1.2.2. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) en gestion de la douleur postopératoire

Des recommandations ont été émises par les associations scientifiques ou professionnelles telles, l'AIIAO (2002a), l'IASP (2008), l'*European Society of Regional Anesthesia and Pain Therapy* (2004) ou encore l'OIIQ (2004-2009), pour améliorer la pratique infirmière en gestion de la douleur. La gestion de la douleur, incluant l'évaluation et le soulagement, doit être assurée par une surveillance clinique adéquate et être exercée avec compétence. À cet effet, en 2009, l'OIIQ a publié un avis soutenant que les infirmières sont responsables, en matière de surveillance clinique, des clients qui reçoivent des opiacés et rappelle les recommandations relatives à cette surveillance. « La surveillance clinique est une activité complexe, indissociable de l'évaluation de la condition physique et mentale du client. Elle permet de constater les réactions du client aux soins et traitements infirmiers et médicaux reçus. Elle vise également à déceler rapidement les complications et la détérioration de l'état de santé du client et à ajuster les interventions en fonction des résultats attendus et obtenus » (OIIQ, 2009, p. 7).

L'évaluation de la douleur en phase postopératoire consiste à recueillir des données relatives à son évaluation, à consigner les informations au dossier et à prendre des

decisions avec le patient et les autres professionnels de la santé à l'égard du soulagement de la douleur. Ainsi, lorsque les patients ressentent peu de douleur, il s'avère plutôt facile d'entreprendre les exercices de respiration profonde, de toux, de changement de position et la marche, ce qui aide à prévenir les complications (Lewis *et al* 2003; Potter et Perry, 2005).

La gestion de la douleur en phase postopératoire comprend son évaluation et son soulagement à partir d'une ordonnance d'analgésiques, régulière ou au besoin (PRO RE NATA - PRN), prescrite au dossier du patient à administrer par voie orale, sous-cutanée ou par ACP à l'aide d'une pompe que le patient actionne chaque fois qu'il souhaite obtenir une dose, ainsi que l'utilisation d'approches non pharmacologiques (OIIQ, 2004). Or, l'efficacité thérapeutique est indispensable car, pour un patient et une chirurgie donnée, il est impossible de prédire l'intensité de la douleur perçue et la consommation d'analgésiques (IASP, 2008). Ainsi, les douleurs aiguës en phase postopératoire doivent être évaluées selon l'intensité de la douleur (AIIAO, 2002a). En regard de la gestion de la douleur, certains principes ont été identifiés par l'*European Society of Regional Anesthesia and Pain Therapy* (2004) et l'AIIAO (2002a). Ces principes sont présentés au tableau 1

Tableau 1. Principes en gestion de la douleur

1	Les patients ont le droit d'accéder aux meilleurs soins possibles pour soulager la douleur (2)
2	La douleur est une expérience subjective, multidimensionnelle et qui varie beaucoup de personne à personne, indépendamment de l'âge et des besoins particuliers (2)
3	Une évaluation de la douleur doit être faite au minimum une fois par quart de travail en même temps que la prise des signes vitaux (1 et 2)
4	Les douleurs aiguës postopératoires doivent être évaluées à chaque fois que la douleur est signalée à nouveau ou à chaque épisode de douleur inattendue, et après chaque administration d'analgésiques, selon l'heure où l'analgésique atteint son effet maximal (1)
5	Une douleur intense inattendue doit être immédiatement évaluée, en particulier si elle est soudaine ou si elle est associée à une altération des signes vitaux, comme l'hypertension, la tachycardie ou la fièvre (1)
6	L'intensité de la douleur doit être évaluée à l'aide d'une échelle comportementale pour les personnes dont les facultés sont affaiblies ou atteintes d'un trouble cognitif (1)
7	Les douleurs aiguës non soulagées ont des conséquences et les infirmières doivent prévenir la douleur à chaque fois que ceci est possible (2)
8	L'intensité de la douleur doit être évaluée au repos ou en mouvement (1)
9	L'infirmière évalue le niveau d'intensité acceptable pour le patient (1)
10	Les douleurs non soulagées nécessitent une analyse critique des facteurs liés à la douleur et à ses interventions (2)
11	Une utilisation efficace des analgésiques opioïdes doit faciliter les activités de routine comme l'ambulation, la rééducation et les activités de la vie quotidienne (2)
12	Les infirmières ont l'obligation légale et éthique de plaider en faveur d'un changement dans le plan de traitement, là où le soulagement de la douleur n'est pas adéquat (2)
13	La collaboration avec le patient/famille est une condition nécessaire dans la prise de décisions concernant la gestion de la douleur (1 et 2)
14	Une gestion efficace de la douleur est multidimensionnelle dans son application et exige une intervention interdisciplinaire coordonnée (2)
15	La compétence clinique en gestion de la douleur nécessite une formation continue (2)

Légende : (1) Principes tirés de l'*European Society of Regional Anesthesia and Pain Therapy* (2004) et (2) principes tirés de l'*AIIAO* (2002a).

La gestion de la douleur est indispensable. Ces principes servent de guide aux infirmières dans leur pratique professionnelle et permettent d'assurer une gestion plus optimale et plus efficace de la douleur en phase postopératoire. À noter que les principes 1 à 7 ont été considérés dans cette étude.

Parallèlement, il existe des LDPE en soins infirmiers. Celles-ci comprennent un ensemble d'énoncés systématiquement conçus pour aider le praticien et le patient à décider des soins de santé appropriés aux situations cliniques particulières (Field et Lorh, 1990). Les infirmières ont besoin des LDPE pour améliorer les résultats chez les patients et rendre les soins de santé plus efficaces et efficaces. Les LDPE sont des outils efficaces et robustes que les infirmières peuvent utiliser pour atteindre leurs objectifs de soins. Les LDPE sont efficaces du fait qu'elles améliorent les connaissances des infirmières et les résultats pour la santé fonctionnelle des patients, préviennent les complications et font progresser les interventions infirmières influant sur les résultats cliniques pour le patient. La pratique professionnelle basée sur les pratiques exemplaires est garante de la qualité des soins et services offerts par les infirmières dans leur travail quotidien. De plus, elles accroissent la satisfaction du patient ou sa perception des soins reçus (Association des infirmières et infirmiers du Canada - AIIC, 2004).

Les pratiques exemplaires sont formulées par des recommandations spécifiques. Chacune des recommandations a été évaluée avec un score de force de recommandations variant de A à C. Un score de force de recommandations de type A se rapporte aux essais cliniques randomisés. Celui de type B est associé à des études cliniques tandis que le score de type C s'appuie sur les données probantes se retrouvant dans les rapports de commissions d'experts, d'avis ou encore de l'expérience d'autorités reconnues.

Il existe une LDPE en soins infirmiers en regard à la gestion de la douleur. Celle-ci comprend l'évaluation et le soulagement (AIIAO, 2002a). Les pratiques exemplaires en lien avec l'évaluation sont fondées majoritairement sur des recommandations de type C (AIIAO, 2002a). Elles consistent d'abord à interroger le patient au sujet de sa douleur selon la méthode PQRSTU. Le P correspond aux facteurs provocants ou atténuants, le Q à la qualité (caractéristiques), le R à la région, la localisation et l'irradiation, le S à la sévérité, l'intensité et les symptômes associés, le T à l'aspect temporel (début, durée et progression) et le U à la signification personnelle (understanding). Ensuite, évaluer les paramètres tels l'intensité de la douleur, le degré de sédation, l'état respiratoire (fréquence, amplitude, saturation artérielle en oxygène par voie transcutanée (SpO₂) et les ronflements) et utiliser une échelle (0 à 10) normalisée et reconnue (échelle visuelle analogique, échelle des visages, échelle descriptive et échelle numérique) et finalement documenter l'évaluation de la douleur de façon régulière et systématique sur un formulaire standardisé qui est accessible à tous les cliniciens impliqués dans les soins. De plus, la fréquence des paramètres à évaluer doit être mentionnée. Les paramètres doivent être évalués à chaque fois que la douleur est signalée ou à chaque épisode de douleur inattendue et après chaque administration d'analgésiques selon l'heure où l'analgésique atteint son effet maximal, c'est-à-dire au pic d'action en fonction de la voie d'administration de la médication (AIIAO, 2002a). Le pic d'action indique le moment où le client est le plus susceptible de subir une dépression du système nerveux central et diffère selon la voie d'administration (Paice, 2007). Tout médicament ayant un effet dépressif sur le système nerveux central augmente le risque d'une dépression respiratoire. De là l'importance d'identifier le moment, la posologie de la dernière dose reçue et le pic d'action du médicament à administrer (OIIQ, 2009). Dans le cas d'une ACP, les paramètres doivent être évalués aux quatre heures. Or, il est essentiel que les infirmières puissent intégrer ces notions théoriques dans leur pratique clinique.

Jusqu'à présent, seulement deux études ont évalué l'effet d'implanter les pratiques exemplaires en regard à la gestion de la douleur, incluant l'évaluation et le soulagement de celle-ci dans la pratique clinique (Ellis, McCleary, Blouin, Dubé, Rowley, MacNeil *et al.*, 2007; MacDonald et Hilton, 2001). Ainsi, ces deux études ont été retenues puisque leur programme de formation repose sur l'implantation des pratiques exemplaires et plus spécifiquement sur la Ligne directrice de l'AIIAOa (2002) pour l'étude d'Ellis *et al.*, (2007). La méthode utilisée, les résultats obtenus ainsi que les contenus du programme de formation sont explicites. La comparaison entre ces études, incluant le programme de formation appuyé sur des pratiques exemplaires est présentée au tableau 2.

Tableau 2. Synthèse des études sur l'implantation des pratiques exemplaires en gestion de la douleur

Étude	MacDonald et Hilton, 2001	Ellis, McCleary, Blouin, Dubé, Rowley, MacNeil <i>et al.</i>, 2007
Devis	Quasi-expérimental avant et après à groupe unique	Quasi-expérimental avant et après à groupe unique
But de l'étude	Effet de l'implantation des pratiques exemplaires selon le FEPMP auprès des patients ayant subi une chirurgie de hanche	Effet de l'implantation des pratiques exemplaires avec le CPMP selon l'AIIAO (2002) auprès d'une clientèle pédiatrique
Programme de formation Stratégie éducative	Contenu	Contenu
	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation et réévaluation de la douleur - Traitements pharmacologiques - Évaluation des effets secondaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la douleur - Outils de mesure - Traitements pharmacologiques - Mythes et croyances - Documentation au dossier - Neurophysiologie - Théorie sur la douleur
	Durée	
	Formation non structurée sur le terrain	4 heures
	Stratégie éducative	
	Mentorat	Présentation théorique et mentorat

Tableau 2. Synthèse des études sur l'implantation des pratiques exemplaires en gestion de la douleur (suite)

Lieu		Vancouver	Ottawa
Échantillon	Infirmière	n = inconnu	Avant : n = 366 Après : n = 344 Après 6 mois : n = 120
	Dossier	n = 50 avant n = 50 après	Avant : n = 75 Après : n = 44 Après 6 mois : n = 50
Variables et Instruments de mesure		Documentation de la douleur : 1. Évaluation de la douleur 2. Administration de l'analgésie selon l'intensité de la douleur	Avant et après la formation : 1. Perception de la pratique infirmière face à la gestion de la douleur 2. Connaissances des infirmières face à la gestion de la douleur chez les enfants 3. Documentation de la douleur Après 6 mois : 4. Croyances et perceptions des infirmières face à la gestion de la douleur chez les enfants
Résultats		Documentation de la douleur : 1. Évaluation de la douleur (non significatifs) 2. Administration de l'analgésie selon l'intensité de la douleur (non significatifs)	Avant et après la formation : 1. Perception de la pratique infirmière face à la gestion de la douleur (p < 0,004) 2. Connaissances des infirmières face à la gestion de la douleur chez les enfants (augmentation non significative) 3. Documentation de la douleur <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une échelle de mesure • Note narrative sur l'évaluation de la douleur (après 6 mois p < 0,001) Après 6 mois : 4. Croyances et perception des infirmières face à la gestion de la douleur chez les enfants <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer un dépistage de la douleur chez la clientèle pédiatrique (p < 0,001) • Évaluer l'intensité de la douleur (p < 0,002) • Utiliser une échelle de mesure (p < 0,001)

Ces études utilisent un devis quasi expérimental avant et après, avec un groupe unique et elles sont conduites auprès d'une clientèle adulte et pédiatrique (Ellis *et al.*, 2007; MacDonald et Hilton, 2001). Le nombre d'infirmières à participer au programme de formation est précisé seulement dans l'étude d'Ellis *et al.* (2007). Le programme de formation repose sur les pratiques standards en gériatrie et sur les recommandations de l'*Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) en gestion de la douleur pour l'étude de MacDonald et Hilton (2001), tandis que l'étude de Ellis *et al.* (2007) s'appuie sur la LDPE de l'AIIAO (2002a). Les deux programmes abordent les notions d'évaluation de la douleur et de son soulagement alors que des éléments supplémentaires ont été vus dans le programme de formation de l'étude d'Ellis *et al.* (2007). Dans les deux études, une activité de mentorat a été effectuée auprès des infirmières après le programme de formation. Selon l'équipe d'Ellis (2007), le mentorat est nécessaire et permet d'intégrer davantage les pratiques exemplaires dans la pratique clinique.

La collecte des données a été effectuée auprès des infirmières (Ellis *et al.*, 2007) ou dans le dossier clinique du patient (Ellis *et al.*, 2007; MacDonald et Hilton, 2001). Les deux études ont recueilli des données avant et après l'implantation du programme de formation. L'équipe d'Ellis (2007) a également pris une mesure six mois plus tard. De plus, les qualités psychométriques des échelles de mesure utilisées pour la collecte de données, sont indiquées dans cette étude.

L'étude de MacDonald et Hilton (2001) n'a pas démontré de changements significatifs dans la pratique clinique après le programme de formation. Les infirmières ne documentent pas de façon régulière leur évaluation de la douleur. De plus, l'intensité de la douleur n'est pas documentée au dossier avant et après l'administration d'un analgésique. Le nombre insuffisant de sujets a probablement eu un effet sur la puissance statistique. L'étude d'Ellis *et al.* (2007) a démontré des résultats significatifs après le programme de formation en regard à la gestion de la

douleur sur l'évaluation et le soulagement de celle-ci. À noter que le nombre de sujets étant très élevé, ceci pourrait expliquer pourquoi des résultats statistiquement significatifs ont été obtenus. À cet effet, les infirmières perçoivent qu'elles ont suffisamment d'habiletés en regard à la gestion de la douleur. Par contre, elles ne considèrent pas leur niveau de connaissances plus élevé. De plus, elles documentent mieux la douleur des patients au dossier clinique. Cependant, après six mois, même si les résultats demeurent significatifs, les infirmières ne documentent pas régulièrement si elles utilisent une échelle de mesure pour évaluer la douleur.

Malgré des résultats mitigés, l'implantation des LDPE en gestion de la douleur dans les milieux de soins est nécessaire et l'AIIAO (2002a) préconise l'application de ces pratiques exemplaires. Considérant les recommandations énoncées par cette association, celles-ci servent de guide clinique et peuvent favoriser le changement dans la pratique infirmière, plus précisément les interventions infirmières, les échelles de mesure, la documentation ainsi que la mise en place de programmes de formation. À cet égard, plusieurs programmes de formation ont été mis en place et leur impact a été évalué.

1.2.3. Programmes de formation infirmière sur la gestion de la douleur et leur impact

Jusqu'à maintenant, quelques études ont mesuré l'effet d'un programme de formation en gestion de la douleur. Pour ce faire, une recherche d'articles sur la base de données *Medline* et *Cinhal* a été effectuée avec les mots clés suivants « *education program, pain assessment, nursing education, postoperative pain management evidence-based postoperative pain management* ». Parmi les études recensées, cinq ont été identifiées et analysées (Dalton, Carlson, Blau, Lindley, Greer et Youngblood, 2001; de Rond *et al.*, 2000, 2001; Guardini, Talamini, Fiorillo, Liruttim et Palese, 2006; Ravaud, Keita, Porcher, Durand-Stocco,

Desmots et Mantz, 2004). Ces études devaient répondre à un critère important, soit présenter des résultats quant à l'impact d'un programme de formation infirmière en gestion de la douleur. Le programme de formation de ces études est illustré au tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3. Synthèse des programmes de formation

Études	de Rond <i>et al.</i> , 2000, 2001	Dalton <i>et al.</i> , 2001	Ravaud <i>et al.</i> , 2004	Guardini <i>et al.</i> , 2006
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de la douleur - Évaluation régulière - Outils de mesure - Traitements Pharmacologiques ou non - Mythes et croyances - Documentation au dossier 	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de la douleur - Évaluation physique et psychologique en préopératoire et postopératoire - Outils de mesure - Traitements pharmacologiques - Mythes et croyances - Documentation au dossier 	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de la douleur - Outils de mesure - Documentation au dossier 	<ul style="list-style-type: none"> - Définition de la douleur - Évaluation de la douleur en postopératoire - Outils de mesure - Traitements pharmacologiques et non - Mythes et croyances
Durée	3 heures	13 heures (3 séances)	1 heure	49 heures (7 séances)
Stratégies éducatives	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation théorique - Discussion - Lecture - Mentorat 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation théorique - Discussion 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation théorique - Discussion 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation théorique - Discussion - Lecture - Cas clinique - Groupes de travail - Présentation par les participants

Ces programmes présentent des similitudes et des différences. D'abord, le contenu de ceux-ci repose sur les recommandations concernant l'amélioration de la gestion de la douleur telles que le suggèrent certaines associations (AHCPR, 1992; *American Pain Society Quality of Care Committee*, 1995; *Quality of Practice Committee*, 1994). À cet égard, ils abordent les principaux thèmes en gestion de la douleur soient la théorie sur le phénomène de la douleur, l'évaluation, les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que la documentation

au dossier clinique Des contenus supplémentaires ont été ajoutés soit les mythes et croyances sur la douleur (Dalton *et al* 2001, de Rond *et al* 2000, 2001, Guardini *et al* 2006) et les indicateurs de la qualité des soins en tenant compte des aspects légaux et éthiques (Ravaud *et al* 2004) Plus spécifiquement, trois des cinq études ont axé leur programme de formation sur la gestion de la douleur aiguë en postopératoire (Dalton *et al* 2001, Guardini *et al* 2006, Ravaud *et al* 2004) De plus, la durée du programme de formation est différente d'une étude à l'autre, de même que les stratégies éducatives utilisées

Différentes stratégies pédagogiques peuvent être choisies pour initier un programme de formation Pour que la diffusion d'un programme de formation soit efficace et favorable, le formateur doit pouvoir adapter son approche à son public (Rivard, 2009) Twycross (2002) parle de l'approche pédagogique qui se définit comme étant la méthode traditionnelle, c'est-à-dire avec présentation théorique et discussion, alors que l'approche andragogique se traduit comme étant plutôt une méthode proactive, c'est-à-dire une méthode qui permet d'impliquer davantage l'apprenant adulte, en considérant ses besoins et ses expériences

Tout programme de formation qui tient compte d'une approche andragogique repose sur des fondements (Rivard, 2009) D'abord, l'idée d'entreprendre une activité de formation doit pouvoir répondre aux besoins et intérêts de l'apprenant adulte en lui démontrant l'utilité de cet apprentissage Cette formation doit également être conçue autour de situations réelles et non pas uniquement de sujets vagues et théoriques Elle doit pouvoir se contextualiser le plus possible pour faciliter l'intégration et le développement des apprentissages Un autre élément important à considérer est l'expérience de l'apprenant Ainsi, le rôle du formateur n'est plus seulement de transmettre et d'évaluer les connaissances Il consiste plutôt à créer une atmosphère dans laquelle l'apprentissage demeure la responsabilité des apprenants De plus, pour arriver à élaborer une démarche andragogique, le

formateur doit considérer les différences individuelles des apprenants. Or, selon les styles d'apprentissages, les objectifs, le degré de motivation, les besoins et les intérêts particuliers de chacun des individus, il doit adapter le rythme et l'ordre des activités d'enseignement et également son style de présentation.

Il est à noter qu'en plus d'utiliser l'approche traditionnelle qui repose sur les présentations théoriques et les discussions, le programme de formation pour les études de Guardini *et al* (2006) et de Rond *et al* (2000 et 2001) ont privilégié une approche andragogique. Plus précisément, la première étude a proposé aux infirmières de travailler en petits groupes et d'échanger sur des cas cliniques tandis que la seconde étude avait prévu une activité de mentorat auprès des infirmières après la formation. La méthode utilisée et les résultats obtenus sont présentés dans le tableau 4, ci-dessous.

Tableau 4. Synthèse des études sur les programmes de formation

Études	de Rond <i>et al.</i> , 2000	de Rond <i>et al.</i> , 2001	Dalton <i>et al.</i> , 2001	Ravaud <i>et al.</i> , 2004	Guardini <i>et al.</i> , 2006
Devis	Quasi expérimental	Quasi expérimental	Expérimental	Expérimental	Quasi expérimental
Lieu	Hollande	Hollande	États-Unis	France	Italie
Échantillon	Infirmières 216 formées	Infirmières 244 formées	Professionnels 86 formés	Infirmières Inconnu	Infirmières 168 formées
	n = 175 avant n = 144 après	n = 130 avant n = 130 après			n = 168 avant n = 98 après 18 mois
Variables et Instruments de mesure	Connaissances (PKQ-DLV) ¹	Connaissances (PKQ-DLV) ¹	Documentation douleur dans dossiers	Intensité douleur des patients 48 hrs postop. (échelle de 0 à 10)	Connaissances (Pain Knowledge)
	Attitudes (PAI) ²	Attitudes (PAI) ²			
Résultats	PKQ-DLV : 69,1% avant 75,8% après p < 0,001	PKQ-DLV : 71,1% avant 77,3% après p < 0,001	Gr. contrôle 1,7% avant 1,7% 6 mois après	Gr. contrôle 9,1% après	Après : p < 0,001 après 18 mois : connaissances ↓
	PAI : 57,7% avant 73,65% après p < 0,01	PAI : 60% avant 70,8% après p < 0,05	Gr. expéri. 1,7% avant 2,4% 6 mois après p = 0,192	Gr. expéri. 11,5% après p=0,038	mais résultats significatifs
		DPAQ : 5 premiers mois : 75 à 82% 6 mois après : 59%			

¹PKQ-DLV : *Pain Knowledge Questionnaire* (de Rond *et al.*, 2000, 2001); ²PAI : *Pain Attitude Inventory* (de Rond *et al.*, 2000, 2001); ³DPAQ : *Daily Pain Assessment Questionnaire* (de Rond *et al.*, 2000, 2001)

Ces études précédemment présentées incluent trois devis quasi expérimentaux de type avant/après avec un groupe unique et deux devis expérimentaux. La majorité des études avait pour but de vérifier si le programme de formation pouvait amener un changement au niveau des connaissances et de l'attitude des infirmières face à la gestion de la douleur (de Rond *et al* 2000, 2001, Guardini *et al*, 2006) tandis qu'une étude ciblait le soulagement de la douleur chez les patients (Ravaud *et al*, 2004). Celle de Dalton *et al* (2001) a porté sur la documentation de la douleur au dossier clinique du patient suite au programme de formation. Les cinq études se sont déroulées dans des centres hospitaliers de soins de courte durée, américains ou européens et auprès d'une clientèle adulte.

Toutes ces études ont inclus des infirmières dans les programmes de formation sur la gestion de la douleur. Le nombre d'infirmières ayant participé à ces programmes est très variable allant de 73 à 244 participantes. De plus, la méthode d'échantillonnage non probabiliste de convenance a été la méthode utilisée dans toutes les études.

Les données ont été recueillies majoritairement auprès des infirmières (de Rond *et al*, 2001, 2000, Guardini *et al* 2006), des patients (Ravaud *et al*, 2004) ou encore dans le dossier clinique des patients (Dalton *et al*, 2001). Toutes les études ont recueilli des données avant le programme de formation et immédiatement après (Dalton *et al*, 2001, de Rond *et al* 2000, 2001, Guardini *et al*, 2006, Ravaud *et al*, 2004) alors que deux études ont aussi répété les mesures après 6 mois (Dalton *et al*, 2001) et 18 mois (Guardini *et al* 2006). Ainsi, deux des études ont trois temps de mesure. Les variables à l'étude se rapportent aux connaissances, à l'attitude des infirmières en regard de la douleur ainsi qu'à l'évaluation de la douleur par les patients. Ces variables ont été mesurées à l'aide d'échelles dont les valeurs psychométriques sont acceptables selon les auteurs. L'étude de Guardini *et al* (2006) est la seule étude à avoir précisé les qualités psychométriques des échelles.

de mesure utilisées pour la collecte de données. De plus, quelques-unes de ces échelles, tel le recueil des données au dossier clinique, ont été construites pour les besoins de certaines études donc, sans valeur psychométrique établie (Dalton *et al.*, 2001).

La majorité des études démontre des changements significatifs face aux connaissances et attitudes immédiatement après le programme de formation (Guardini *et al.*, 2006; Ravaud *et al.*, 2004; de Rond *et al.*, 2000; 2001). Les infirmières perçoivent qu'elles ont suffisamment de connaissances et d'habiletés en regard à la gestion de la douleur (de Rond *et al.*, 2000, 2001), mais ce niveau diminue après 18 mois tout en demeurant significativement plus élevé qu'avant la formation (Guardini *et al.*, 2006). De plus, les infirmières documentent mieux la douleur des patients au dossier clinique. Par contre, les résultats de l'étude de Dalton *et al.* (2001) démontrent une tendance significative six mois après la formation et il ressort que malgré une amélioration, la douleur n'est pas évaluée sur une base régulière.

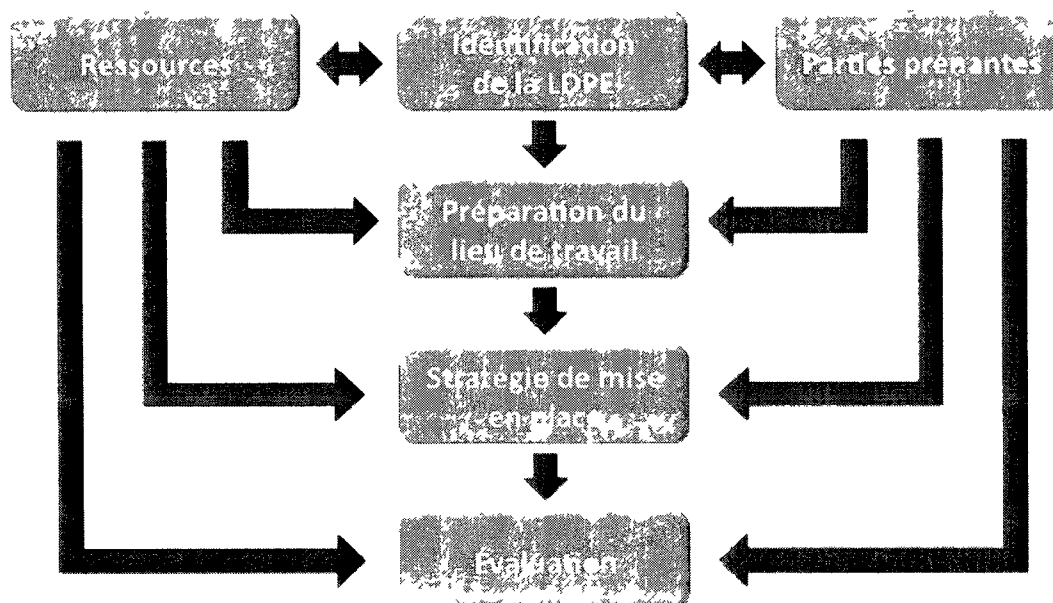
De façon générale, les programmes de formation des cinq études comportant plusieurs stratégies éducatives ont eu certains effets bénéfiques. Il est reconnu qu'un programme de formation permet l'acquisition de connaissances (de Rond *et al.*, 2000, 2001) et a un impact à court et à long terme sur les résultats de soins offerts à la clientèle (Guardini *et al.*, 2006). Peu importe le programme de formation proposé, le défi consiste à ce que les infirmières transfèrent les notions reçues dans leur pratique clinique. Une activité de formation sur la gestion de la douleur reposant sur une approche andragogique semble avoir des résultats qui se répercutent à long terme (de Rond *et al.*, 2000, 2001; Guardini *et al.*, 2006). Mais pour être efficace, le contenu de cette formation doit également s'appuyer sur les données probantes ou le consensus d'experts et idéalement sur une Ligne directrice

en gestion de la douleur telle que suggérée par l'AIIAO. De plus, cette association propose aussi un modèle de mise en place d'une LDPE.

1.2.4. Cadre de référence

Le modèle de mise en place d'une LDPE, telle que suggérée par l'AIIAO (2002b) servira de cadre de référence pour cette recherche. L'AIIAO a conçu ce dernier pour aider à l'implantation de cette ligne directrice au niveau de la pratique clinique. Il a été privilégié car il est explicite, s'applique à la pratique infirmière, s'appuie sur un consensus d'experts et est traduit en français. Ce modèle présente six étapes essentielles, telles l'identification de la Ligne directrice des pratiques exemplaires (LDPE), l'identification des parties prenantes, leur évaluation et leur implication, le niveau de préparation du lieu de travail, l'utilisation efficace de stratégies de mise en place, l'évaluation de la mise en place de la LDPC et l'identification des besoins en ressources. Ce modèle est présenté à la figure 2, ci-dessous

Figure 2. Modèle de mise en place d'une LDPE



Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario - AIIAO (2002b)
Trousse sur la marche à suivre: Mise en place des Lignes directrices pour la
pratique clinique. Ontario : mars 2002.

directrice retenue en fonction des besoins. La LDPE sur la gestion de la douleur portant sur l'évaluation a été celle sélectionnée dans le cadre de ce projet de recherche.

La deuxième étape, l'identification des parties prenantes, permet d'utiliser de façon efficace l'énergie et les ressources nécessaires. Ainsi, le milieu où s'est déroulée l'étude comprend 11 programmes-clientèles. Un programme-clientèle est un ensemble de services et d'activités de soins intégrés, visant des résultats spécifiques destinés à une clientèle particulière pour laquelle sont allouées des ressources humaines, matérielles et financières. Une structure par programme-clientèle reflète les valeurs véhiculées par une organisation centrée sur le patient et sa famille. Dans le cadre de ce projet, les parties prenantes représentent les gestionnaires du programme-clientèle en soins chirurgicaux où a eu lieu l'expérimentation, c'est-à-

dire, le chef clinico-administratif, le chef médical du programme, l'infirmier chef de soins et services des deux unités de chirurgie ainsi que la directrice des soins infirmiers. Ces personnes ont soutenu l'implantation de la LDPE en gestion de la douleur dans les deux unités de soins concernées.

La préparation du lieu de travail, troisième étape du modèle, s'est actualisée par des échanges avec le chef de soins et services, ce qui a permis d'organiser et de planifier l'intervention de recherche, c'est-à-dire l'activité de formation et de mentorat. Il a été impliqué de manière concrète à l'implantation de la LDPE en gestion de la douleur. De plus, le personnel soignant des 2 unités de chirurgie, sur les 3 quarts de travail ont été rencontrés durant 30 minutes sur le temps de travail. Cette rencontre a permis d'expliquer en quoi consistait l'implantation d'une LDPE en gestion de la douleur, en lien avec la pratique infirmière en évaluation de la douleur auprès de la clientèle.

La quatrième étape concerne l'utilisation efficace de stratégies de mise en place. Les stratégies de mise en place choisies pour ce projet ont été une activité de formation et une activité de mentorat. Lors de la première activité, le personnel soignant a reçu une formation sur la LDPE en gestion de la douleur principalement l'évaluation de la douleur et l'importance de la consigner au dossier. Lors de la seconde activité, une activité de mentorat a été prévue auprès du personnel soignant après la formation. Pour aider l'étudiante chercheuse à réaliser ce projet, celle-ci a participé à une formation d'une durée de trois jours. L'objectif visé par cette formation a été de fournir les techniques et les outils nécessaires afin de mieux encadrer et motiver une équipe. Ainsi, l'étudiante chercheuse a été en mesure d'accompagner le personnel soignant en leur permettant d'intégrer davantage les pratiques exemplaires dans la pratique clinique.

L'évaluation de la mise en place de la LDPE a été la cinquième étape. Des données ont été recueillies afin d'évaluer les résultats. Des mesures ont donc été prises auprès des patients (l'intensité de la douleur) et auprès du personnel soignant (les connaissances sur la gestion de la douleur et la documentation de l'évaluation au dossier).

La dernière étape a été l'identification des ressources humaines, financières et matérielles utilisées dans cette étude. L'activité de formation a été planifiée après les heures de travail et le personnel soignant qui a assisté à ce programme de formation a été rémunéré selon les règles de l'établissement. Le budget concernant la rémunération du personnel ainsi que le matériel utilisé a été autorisé par les soins infirmiers de l'établissement. Un cahier de formation a été distribué au personnel soignant. De plus, le programme d'aide de financement interne (PAFI) a accordé une subvention pour la réalisation de ce projet de recherche.

1.2.5. But

Le but poursuivi par cette étude est d'évaluer l'effet de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur auprès de patients ayant subi une chirurgie de la hanche.

1.2.6. Hypothèses

1.2.6.1 Hypothèses principales

- 1) l'application d'une LDPE en évaluation de la douleur augmentera le soulagement de la douleur postopératoire chez les patients du groupe expérimental,

2) l'évaluation de la douleur, l'utilisation de l'échelle de mesure et sa documentation au dossier patient seront plus fréquentes chez les patients du groupe expérimental.

1.2.6.2. Hypothèse secondaire

La formation offerte en vue de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur, améliorera les connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur.

DEUXIÈME CHAPITRE – MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre traite de la méthodologie en spécifiant le devis de recherche, la population ainsi que l'échantillon, les concepts et leurs instruments de mesure, le déroulement et la procédure de recrutement, ainsi que l'analyse des données et les considérations éthiques

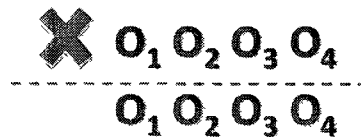
2.1 DEVIS

Le devis de recherche utilisé est quasi expérimental. Dans ce type de devis, le chercheur manipule une variable indépendante. La manipulation implique une intervention auprès d'un groupe de patients de manière à pouvoir vérifier son effet sur une ou plus d'une variable dépendante. Il se distingue du devis expérimental car la répartition aléatoire des sujets est manquante (Burns et Grove, 2005). Ainsi, l'échantillon de cette étude est composé de patients ayant subi une chirurgie élective de la hanche. Il a été impossible de randomiser les sujets puisqu'ils étaient des patients hospitalisés pris en charge par le même personnel soignant sur deux unités de soins autant dans le groupe contrôle que dans le groupe expérimental. D'où l'impossibilité d'avoir du personnel soignant ayant suivi une formation qui n'aurait eu aucun échange ou subi aucune influence avec du personnel soignant non formé et d'introduire un biais de contamination (Burns et Grove, 2005).

Plus précisément, un devis quasi expérimental à séries temporelles interrompues multiples avec mesure avant l'intervention de recherche auprès de patients inclus dans un groupe contrôle et après l'intervention de recherche auprès de patients inclus dans un groupe expérimental a été privilégié. Le groupe contrôle est dit non équivalent puisque les patients de ce groupe n'ont pas été les mêmes que le groupe expérimental. L'ajout d'un groupe contrôle, servant de comparaison, renforce la

validité des résultats obtenus (Burns et Grove, 2005). Le devis est illustré à la figure 3, ci-dessous.

Figure 3. Devis de l'étude



L'intervention de recherche représentée par « X » consiste en la formation du personnel soignant se rapportant à l'application de la LDPE sur l'évaluation de la douleur suivie d'une activité de mentorat. Les concepts des hypothèses principales ont été mesurés auprès des patients du groupe contrôle et du groupe expérimental lors de la visite à la clinique préparatoire à la chirurgie (O₁) et aux jours 2 (O₂), 4 (O₃) et 6 (O₄) postopératoires. La ligne pointillée indique l'absence de randomisation.

2.2. POPULATION

2.2.1. Milieu

L'étude s'est déroulée dans un CHU, établissement de 682 lits, supra régional. Il a aussi une mission d'hôpital local et régional en offrant des soins généraux et spécialisés aux sept Centres de Santé et de Services Sociaux de cette région.

2.2.2. Population cible

La population soumise à l'étude est appelée population cible. Elle est composée de l'ensemble des personnes qui répondent aux critères de sélection prédéfinis et qui permettent au chercheur de généraliser les résultats (Burns et Grove, 2005). La population cible n'étant pas accessible en totalité, le chercheur examine plutôt la population accessible. Celle-ci est constituée de la portion de la population cible et doit être représentative autant que possible de la population cible. De la population accessible, un échantillon est tiré et devient alors le groupe de sujets qui, en quelque sorte, représente une réplique en miniature de la population cible (Burns et Grove, 2005).

Parmi la population cible, deux groupes sont retrouvés, soit le groupe « patients » et le groupe « personnel soignant ». Dans un premier temps, le groupe « patients » correspond aux patients ayant subi une chirurgie de la hanche au CHU. La population accessible est constituée de patients en attente d'une chirurgie élective de la hanche entre décembre 2007 et septembre 2008. L'échantillon a ainsi été constitué des patients ayant à subir une chirurgie de la hanche, sélectionnée en clinique préopératoire à la chirurgie. Ces patients sont hospitalisés, sur deux unités de chirurgie comprenant un total de 53 lits.

Dans un second temps, le groupe « personnel soignant » correspond au personnel soignant travaillant sur les unités de soins de chirurgie, là où sont hospitalisés les patients après une chirurgie élective de la hanche. Ainsi, la population a été constituée des infirmières et infirmières auxiliaires assignées à ces deux unités de chirurgie.

2.2.2.1 Critères de sélection

A) Critères d'inclusion En ce qui concerne les patients à cette étude, ils devaient : 1) être âgés de 50 et plus; 2) avoir subi une arthroplastie ou un remplacement de la hanche sur les unités ciblées, 3) être hospitalisés sur une des deux unités de chirurgie participantes, 4) comprendre et écrire la langue française et 5) accepter de répondre à des questionnaires écrits

En ce qui concerne le personnel soignant à cette étude, il devait : 1) être infirmières ou infirmières auxiliaires détentrices d'un poste sur les unités de soins de chirurgie, là où sont hospitalisés les patients après une chirurgie élective de la hanche ou équipe volante avec un remplacement long terme sur les unités ciblées et 2) comprendre et écrire la langue française.

B) Critères d'exclusion Les patients ayant rencontrés un des critères suivants n'ont pu prendre part à l'étude 1) avoir des troubles cognitifs, mentaux ou psychologiques et 2) être atteints d'une maladie affectant le pronostic vital.

Les membres du personnel soignant ayant rencontré un des critères suivants n'ont pu prendre part à l'étude : 1) les infirmières et les infirmières auxiliaires n'étant pas détentrice d'un poste sur les unités de soins de chirurgie où sont hospitalisés les patients après une chirurgie élective de la hanche ou n'étant pas équipe volante avec un remplacement à long terme sur les unités ciblées et 2) ne comprend pas et n'écrit pas la langue française

2.2.3. Échantillon

En ce qui concerne le groupe « patients », un échantillon non probabiliste de convenance a été constitué afin d'obtenir la meilleure représentativité possible et

ainsi pouvoir généraliser à la population cible les résultats obtenus. Cette méthode d'échantillonnage a permis de composer un échantillon d'individus qui ont été au bon endroit et au bon moment, jusqu'à ce que le nombre souhaité soit atteint (Burns et Grove, 2005) L'échantillon du groupe contrôle a été composé à mesure que les patients se présentaient à la clinique préparatoire à la chirurgie pour une chirurgie de la hanche. Ensuite, une fois l'intervention de recherche complétée, le groupe expérimental a été sélectionné de la même façon que le groupe contrôle. De plus, le groupe expérimental a été apparié selon l'âge (+ ou - 10 ans) et le sexe.

En ce qui concerne le groupe « personnel soignant », toutes les infirmières et infirmières auxiliaires sur les unités de soins de chirurgie où sont hospitalisés les patients après une chirurgie élective de la hanche et ont été présentes au moment des activités de formation. Elles ont constitué un échantillon non probabiliste de convenance.

2.2.4. Calcul de l'échantillon

Cette étude avait pour but d'évaluer si l'application de pratiques exemplaires en évaluation de la douleur augmenterait le soulagement de la douleur pour le groupe expérimental. Il était donc question de mesurer l'intensité moyenne de la douleur chez les patients. La douleur dans la présente étude est une variable continue (Burns et Grove, 2005). Il a été nécessaire de faire une comparaison de moyenne pour trouver la taille de l'échantillon requise. Selon les écrits, les patients ressentent toujours une douleur modérée à sévère en postopératoire (Miaskovsky, 2005). Compte tenu de ces résultats, l'intensité moyenne de la douleur a été estimée à 5 sur 10 (douleur modérée) dans le groupe contrôle. L'estimation de la diminution de l'intensité de la douleur, grâce à l'intervention de recherche, a été établie à 3 sur 10, ce qui correspond à une douleur légère. La douleur est une mesure associée à la perception d'un événement et influencée par les expériences passées (Mersey et

Bogduk, 1994) Puisque la douleur se définit comme toute sensation décrite par la personne qui l'éprouve et se manifeste lorsqu'elle signale cette douleur (McCaffrey et Paseio, 1999), un écart-type de 4 sur 10 a été fixé. Ainsi avec une puissance à 80%, un seuil de signification à 0,05 et un écart-type de 4 sur 10, il fallait 30 patients pour le groupe contrôle et 30 patients pour le groupe expérimental.

2.3 CONCEPTS A L'ETUDE ET LEURS INSTRUMENTS DE MESURE

2.3.1. Variable indépendante

2.3.1.1 Application d'une Ligne directrice des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur

Le moyen choisi pour introduire la LDPE en évaluation de la douleur au CHU est la formation du personnel infirmier. Afin de favoriser l'implantation, deux stratégies de mise en place ont été privilégiées, soit une activité de formation et une activité de mentorat. Ces activités reposent sur une approche pédagogique qui s'inspire de la méthode traditionnelle et intègre des principes de l'approche andragogique. Cette dernière se traduit comme étant une méthode proactive, c'est-à-dire une méthode qui permet d'impliquer davantage l'apprenant, en considérant ses besoins et ses expériences (Quinn, 2000, Twycross, 2002). Or, un programme de formation qui tient compte des caractéristiques propres à l'andragogie, favorise davantage l'acquisition de nouvelles connaissances (savoir), de nouvelles habiletés (savoir-faire) et de nouvelles attitudes (savoir-être) chez des adultes. Ainsi, les principes andragogiques peuvent aider pertinemment à répondre aux objectifs d'un programme de formation, surtout s'il s'agit d'entraîner des participants avec expérience vers un changement de comportement.

L'activité de formation, d'une durée de deux heures, a été donnée au personnel soignant des deux unités de chirurgie où sont hospitalisés les patients après une chirurgie élektive de la hanche. La formation a été offerte quatre fois et les infirmières et infirmières auxiliaires devaient participer à l'une des séances. Le contenu de cette formation s'inspire des pratiques exemplaires telles que le suggère l'AIIAO (2002a). De plus, des principes ont été identifiés par l'*European Society of Regional Anesthesia and Pain Therapy* (2004) et l'AIIAO (2002a) en regard de la gestion de la douleur. Certains de ces principes ont été considérés dans l'activité de formation afin d'assurer une gestion plus optimale et plus efficace de la douleur postopératoire. Les objectifs généraux étaient de reconnaître la douleur chez les patients, implanter les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur aiguë, utiliser les outils cliniques appropriés pour évaluer la douleur et documenter de façon standardisée et informatisée. Les objectifs spécifiques et le plan de présentation de la formation sont résumés au tableau 5 et le contenu de la formation sous forme de diapositives est présenté à l'annexe A

Tableau 5 : Une pratique exemplaire en évaluation de la douleur aiguë

Objectifs spécifiques	Principes	Contenu	Durée (min)	Stratégies de formation	Matériel requis
Présenter la formation et son déroulement.	1, 7	- Formulaire de consentement - Questionnaire et objectifs - Plan de présentation	20	Approche traditionnelle - exposé magistral	Diapositives #2 et #3
Reconnaître l'existence de la problématique		- Mise en contexte - Résultat d'une étude clinique au CHUS	10	Approche traditionnelle - exposé magistral	Diapositives #5 à #13
Identifier les mauvaises pratiques versus les bonnes pratiques		- Mises en bouches Douloureuses (situation clinique)	5	Approche traditionnelle Exercices : - Évaluation - Réévaluation - Outils d'évaluation de la douleur - Documentation/Ariane - Surveillance clinique des clientèles recevant des opiacés - Communication	Diapositives #14
Expliquer et comprendre ce qu'est une pratique exemplaire	2	- Qu'en est-il? - Mise en œuvre - Succès attribuable - AIIAO - Raisons pour soulager la douleur - Barrières au soulagement de la douleur	20	Approche traditionnelle - exposé magistral	Diapositives #17 à #21
Comprendre le concept de la douleur		- Définition - Neurophysiologie douleur - Composantes de la douleur - Classification	10	Approche traditionnelle - exposé magistral	Diapositives # 23 à # 26
Comprendre et appliquer la pratique exemplaire en évaluation de la douleur dans la pratique clinique		- Rôles de l'infirmière - Outils d'évaluation douleur - Échelle de sédation et d'agitation (SAS) - Documentation /Ariane - Surveillance clinique des clientèles recevant des opiacés - Dépression respiratoire - Interventions infirmières lors détérioration état de santé - Communication évaluation douleur au médecin	50	Approche traditionnelle - exposé magistral - test de l'épingle à linge (expérimentation de la douleur et son auto-évaluation) Approche andragogique - partage d'expériences cliniques	Diapositives #28 à #43 Échelle de mesure plastifiée
Assurer un soulagement adéquat de la douleur		- Tableau de conversion - Classification de la médication	5	Approche traditionnelle - exposé magistral	Diapositives #46 à #60

Légende : Les principes sont présentés dans le tableau 1, à la page 18.

Par la suite, une activité de mentorat, d'une durée de quatre semaines, a suivi la formation. Ainsi, l'étudiante chercheuse a assuré une présence sur les trois quarts de travail, deux à trois fois par semaine afin de répondre aux besoins d'informations ou autres vécus par le personnel infirmier. Le mentorat a permis de guider et de soutenir le personnel infirmier en le rendant capable d'agir et en l'encourageant à intégrer les notions théoriques dans la pratique clinique (Morton-Cooper et Palmer, 2000). L'étudiante chercheuse a également complété un journal de bord lui permettant d'effectuer un suivi quotidien des faits et des observations, des événements qui se sont produits, des impressions et des émotions ou encore des réflexions diverses. Ce cahier de notes a donc permis d'inscrire, au fur et à mesure, les éléments jugés importants dans l'application de la LDPE.

2.3.2. Variables dépendantes en lien avec les hypothèses principales

2.3.2.1. Soulagement de la douleur

Le soulagement de la douleur correspond à la perception par le patient de la disparition complète ou partielle de la douleur ressentie (Mersey et Bogduk, 1994). On considère comme cliniquement significative une diminution de la douleur de 30% (Choinière et Taillefer, 2005). L'intensité de la douleur se mesure par différentes échelles, telles l'échelle visuelle analogue (EVA), l'échelle des visages (EV), l'échelle descriptive (ED) ou l'échelle numérique (EN).

A) Échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur. Selon l'*American Society of Pain Management Nurses* (2002), toutes les échelles mentionnées ci-haut ont l'avantage d'être simples, rapides, faciles à documenter, multiculturelles et multilingues, adaptées aux enfants, adultes et personnes âgées, validées auprès de multiples populations et scientifiquement acceptables.

Tout d'abord, l'EVA est une échelle sous forme de ligne droite de 10 cm de long avec des points d'ancrage aux deux extrémités qui correspondent à « aucune douleur » et « pire douleur imaginable » (Turk et Melzack, 2001). Le patient indique par un trait situé entre ces deux extrémités l'intensité actuelle de sa douleur. La cote est établie en calculant la distance en millimètres entre le 0 et le trait fait par le patient (Turk et Melzack, 2001). L'équipe de Grossi a adapté cet instrument en ajoutant un dégradé de couleur allant de rose pâle à rouge foncé (Grossi, Borghi, Cerchiari, Della Puppa et Francucci, 1983). L'EVA utilisée dans la présente étude est inspirée de cet instrument allant de 0 à 10. Le chiffre 0 signifie aucune douleur et le chiffre 10 correspond à la pire douleur imaginable (Bourgault et Grégoire, 2007).

Ensuite, l'EV comprend sept visages présentés horizontalement et elle a été mise au point à l'origine pour la clientèle pédiatrique (Bieri, Reeve, Champion, Addicoat et Ziegler, 1990). Le patient visualise une variété d'images représentant des visages (du moins douloureux au plus douloureux) et évalue sa douleur en choisissant le visage qui correspond le plus à l'expression de sa douleur (Bieri *et al.*, 1990). La cote est établie en assignant un score à chaque visage allant de 0 à 6. Le chiffre 0 signifie aucune douleur et le chiffre 5 correspond à la pire douleur imaginable (Bieri *et al.*, 1990). Au début du siècle, l'équipe de Hicks a révisé cet instrument afin de ne retenir que six visages (Hicks, von Baeyer, Spafford, van Korlaar et Goodenough, 2001). La cote est établie en assignant un score à chaque visage allant de 0 à 10. Le chiffre 0 signifie aucune douleur et le chiffre 10 correspond à la pire douleur imaginable.

L'ED, quant à elle, comprend une liste de descripteurs : pas de douleur, légère, inconfortable, forte, horrible ou insupportable (Melzack et Wall, 1989). Le patient qualifie l'intensité de sa douleur en choisissant le descripteur qui décrit le mieux l'intensité de sa douleur. La cote est établie en assignant un score à chaque

descripteur allant de 0 à 5. Le chiffre 0 signifie aucune douleur et le chiffre 5 correspond à la pire douleur imaginable. L'ED utilisée dans la présente étude est inspirée de Melzack et Wall (1989). Les descripteurs sont 0 = aucune, 2 = légère, 4 = inconfortable, 6 = pénible, 8 = horrible et 10 = insupportable (Bourgault et Grégoire, 2007).

Finalement, il existe plusieurs types d'EN à 11, 21 ou 101 niveaux, sous forme papier ou verbale (Jensen, Karoly et Braver, 1986, Jensen, Karoly et O'Riordan, 1989). Dans le cas de l'EN, le patient attribue un chiffre à l'intensité de sa douleur et la cote est établie lorsque le patient quantifie l'intensité de sa douleur en choisissant un chiffre de 0 à 10. Le chiffre 0 signifie une absence de douleur et le chiffre 10 correspond à la pire douleur imaginable (Jensen *et al.*, 1986, 1989). Les qualités psychométriques de ces échelles sont décrites et présentées au tableau 6, ci-dessous.

Tableau 6. Échelles de mesure

Échelles	Propriétés psychométriques	Avantages ¹	Inconvénients ¹
Échelle visuelle analogue (EVA)	Validité convergente² : - EN : 0,797** - EVS : 0,766** - Échelle des visages : 0,829** Fidélité test-retest^{3,4} : (0,99-0,97) Très court laps de temps	- Échelle de référence - Rapide - Très sensible au changement d'intensité de la douleur - Fidélité des réponses dans le temps - Structure rendant difficile mémorisation des évaluations précédentes	- Difficulté d'utilisation chez les patients ayant troubles visuels ou auditifs - Difficulté d'utilisation chez les patients âgés - Ne peut être utilisée par une personne ayant une capacité d'abstraction limitée
Échelle des visages (EV)	Validité convergente² : - EVA : r=0,829** - EN : r=0,95** - EVS : r=0,81** Fidélité test-retest⁵ : (0,44 à 0,94) Consistance interne⁵ : α - 0,88 à 0,89	- Simple d'utilisation - Fiabilité et validité démontrées chez les patients âgés - Utilisable chez les patients illettrés	- Ne nécessite pas de bonne capacité d'abstraction
Échelle descriptive (ED)	Validité convergente² : - EVA : r=0,766** - EN : r=0,845** - Échelle des visages : r=0,81** Fidélité test-retest⁵ : (0,52 à 0,83) Consistance interne⁵ : α - 0,85 à 0,86	- Simple à utiliser - Fiabilité et validité chez les patients âgés- Facile à comprendre - Préférée par majorité des patients âgés	- Difficulté d'utilisation chez les patients avec troubles de la parole ou auditifs - Manque de sensibilité si échelle comporte peu de descripteurs - Mémorisation possible des évaluations précédentes - Pas d'équidistance en termes d'intensité de la douleur entre chacun des descripteurs
Échelle numérique (EN)	Validité convergente² : - EVA : r=0,797** - EVS : r=0,845** - Échelle des visages : r=0,95** Fidélité test-retest⁵ : (0,57 à 0,83) Consistance interne⁵ : α - 0,86 à 0,88	- Simple d'utilisation - Toujours disponible - Équidistance en termes d'intensité entre différents descripteurs numériques - Fiabilité et validité démontrées chez les patients âgés	- Difficulté d'utilisation chez les patients avec troubles de la parole ou auditifs - Manque de sensibilité - Mémorisation possible des évaluations précédentes - Nécessite une certaine capacité d'abstraction

Tiré et adapté de ¹Aubrun, 2008; ²Stuppy, 1998; ³Bijur, Silver et Gallagher, 2001; ⁴Gallagher, Bijur, Latimer et Silver, 2002; ⁵Herr, Spratt, Mobility et Richardson, 2004.

Légende : ** p < 0,001

La LDPE selon l'AIIAO (2002a) recommande l'utilisation d'une échelle de mesure normalisée et reconnue pour évaluer l'intensité de la douleur et suivre son évolution. Ainsi, afin d'assurer une évaluation plus optimale de la douleur pour tous les types de clienteles, l'établissement a diffusé un outil en format vertical plastifié recto-verso regroupant les quatre échelles décrites précédemment (Bourgault et Grégoire, 2007) D'un côté se trouve l'EVA et l'EV et de l'autre côté, l'ED et l'EN Ces échelles sont de 0 à 10 Le chiffre 0 signifie une absence de douleur et le chiffre 10 correspond à la pire douleur imaginable. Cet instrument de mesure de l'intensité de la douleur a été utilisé par le personnel soignant et les patients dans le cadre de cette étude Cet instrument est présenté à l'annexe B

B) Journal de la douleur L'intensité de la douleur a été recueillie aux jours 2, 4 et 6 postopératoires à l'aide du Journal de la douleur (Charest, Lavignole, Chenard, Provencher et Marchand, 1994) Ce journal contenait une feuille de couleur verte (jour 2), bleue (jour 4) et jaune (jour 6) Il était inséré dans un cartable facilement accessible au chevet du patient mais non visible par l'infirmière. Les patients étaient informés de l'importance d'évaluer leur douleur à chaque heure d'éveil aussi près que possible de l'heure indiquée sur le journal. Ils n'étaient pas obligés de le compléter lors d'une sieste ou durant la nuit. Toutefois, s'ils étaient éveillés pendant la nuit, ils pouvaient inscrire l'intensité de leur douleur à ce moment. Les patients étaient avisés de ne pas compléter le journal d'un seul coup à la fin de la journée S'ils oublièrent une heure, ils n'avaient qu'à laisser tout simplement la case vide. La majorité des personnes l'utilisait et le complétait adéquatement alors que certains patients avaient besoin qu'on leur rappelle comment utiliser les échelles d'évaluation de la douleur Ce journal, avait été utilisé dans une étude précédente menée au même CHU et auprès d'une clientèle similaire, soit en phase postopératoire (Bergeron *et al*, 2008). Le Journal de la douleur est présenté à l'annexe C.

2.3.2.2. Pratique infirmière en évaluation de la douleur

Elle réfère à la pratique infirmière qui prend en considération l'évaluation régulière de l'intensité de la douleur, l'utilisation d'une échelle de mesure (0 à 10) et la documentation. Les notes d'observation de l'infirmière et la feuille d'ACP ont été consultées pour chacun des quarts de travail à l'aide du dossier clinique et informatisé auprès du groupe contrôle et du groupe expérimental aux jours 2, 4 et 6 postopératoires. Des données ont été recueillies en lien avec le nombre d'évaluations descriptives de la douleur et le nombre d'évaluations de la douleur avec utilisation d'une échelle de mesure (0 à 10). Toutes les évaluations telles que « patient non souffrant », « dit avoir douleur à la hanche droite » ou encore « dilaudid 1mg donné pour douleur à la hanche gauche » ont été classées sous la catégorie « nombre d'évaluations descriptives de la douleur ». Tandis que les évaluations utilisant une échelle de 0 à 10 ont été regroupées sous la catégorie « nombre d'évaluations avec utilisation d'une échelle de mesure ».

2.3.3. Variable dépendante en lien avec l'hypothèse secondaire

2.3.3.1. Connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur

Une connaissance se réfère à la notion d'apprentissage qui se définit comme étant un processus par lequel s'effectue l'acquisition de nouvelles connaissances (savoir), de nouvelles habiletés (savoir-faire) et de nouvelles attitudes (savoir être) qui ultimement, entraînent un changement de comportement (Ricard, 1992). Les connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur ont été évaluées à l'aide de la version traduite du questionnaire Toronto (Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner et Gallow, 2001). Ce questionnaire comprend 23 items répartis ainsi : 9 portent sur les perceptions du personnel soignant reliées à la gestion de la douleur incluant l'expérience du patient et son évaluation, 8 questions sur la

connaissance des analgésiques opioïdes et leur administration et 6 sur la perception du soutien des collègues et le sentiment de compétence. Le personnel soignant fait un trait pour indiquer leur niveau d'accord sur une EVA allant de 0 à 100 %. Ce questionnaire se complétait en 20 minutes. Le résultat obtenu en pourcentage permet de déterminer le niveau de connaissances relatives à la gestion de la douleur. La cote s'établit par la sommation de toutes les réponses, allant de 0 (moins) à 2300 (supérieur), soit de 0 à 100% sans égard aux composantes de l'instrument. Onze des items ont été formulés avec des scores inversés. Les données psychométriques de la version anglaise présentent une fidélité test-retest à 0,81 à deux semaines d'intervalle et une validité de contenu auprès d'experts. La traduction et l'adaptation française a été réalisée par Bolduc, Bourgault, Michaud et Lapre (2009) selon la technique de traduction à rebours (Vallerand, 1989). Le questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur est présente à l'annexe D.

2.3.4. Variables confondantes

2.3.4.1 Données sociodémographiques

A) Patients Des données sociodémographiques telles l'âge, le sexe, l'état de santé et la douleur préopératoire ont été recueillies par les patients du groupe contrôle et du groupe expérimental à l'aide d'un questionnaire maison. Ce questionnaire est présenté à l'annexe E.

B) Personnel soignant Des données professionnelles et sociodémographiques, soit l'âge, le titre d'emploi, le sexe, le niveau de formation, l'expérience de travail comme infirmière en chirurgie et le quart de travail ont été recueillies auprès des infirmières des deux unités de chirurgie qui ont participé à l'étude.

2.4. DÉROULEMENT ET PROCÉDURE DE RECRUTEMENT

Lors de la visite à la clinique préparatoire, les patients du groupe contrôle qui devaient être opérés pour une chirurgie de la hanche, ont été rencontrés par l'étudiante chercheuse afin de leur expliquer le but et le déroulement du projet de recherche. S'ils acceptaient de participer à l'étude, les patients devaient alors compléter le formulaire de consentement. Par la suite, les données sociodémographiques étaient recueillies. Lorsque la date de la chirurgie était confirmée, l'infirmière de la CPC informait l'étudiante chercheuse. Le lendemain de la chirurgie, cette dernière rencontrait les patients à leur chambre et leur remettait le journal de la douleur. De plus, elle retournait les rencontrer aux jours 2, 4 et 6 postopératoires afin de s'assurer de leur compréhension en regard de l'évaluation de la douleur et en regard de l'inscription dans le journal. Au moment du congé, le cartable était ramassé par l'étudiante chercheuse. Après le recueil des données des patients du groupe contrôle, l'intervention de recherche s'est déroulée sur une période d'un mois. Le personnel soignant a complété le questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur avant la formation et un mois après l'intervention de recherche. Par la suite, les données ont été recueillies auprès du groupe expérimental selon la même procédure que le groupe contrôle. Le tableau 7 ci-dessous illustre le déroulement de l'étude, de la collecte en trois temps de mesure.

Tableau 7. Résumé du déroulement de l'étude et échancier

COLLECTE DE DONNÉES AVANT				
	Concepts à l'étude	Instruments de mesure	Personne-ressource	Date
Groupe contrôle	- Données sociodémographiques - Évaluation de l'état de santé - Douleur préopératoire	Questionnaire maison	Étudiante chercheuse, Stagiaire, Infirmières cliniciennes	Décembre 2007 à avril 2008
	- Soulagement de douleur	Journal de douleur	Étudiante chercheuse, Stagiaire, Infirmières cliniciennes	Décembre 2007 à avril 2008
	Pratique infirmière en évaluation douleur : - Évaluation intensité douleur - Utilisation échelle de mesure - Documentation	Révision dossier : - Évaluation descriptive douleur - Évaluation avec utilisation échelle de mesure	Étudiante chercheuse, Stagiaire, Infirmières cliniciennes	Janvier à Juin 2008
INTERVENTION DE RECHERCHE				
Collecte	Connaissances des infirmières face à la gestion de la douleur incluant des données sociodémographiques	Questionnaire Toronto	Étudiante chercheuse, Stagiaire, Infirmières cliniciennes	Avril 2008
Formation	---	---	Directrices et Étudiante chercheuse	29 et 30 avril, 1 ^{er} mai 2008
Mentorat	---	---	Étudiante chercheuse	Mai 2008 (4 semaines)
Collecte	Connaissances des infirmières face à la gestion de la douleur incluant des données sociodémographiques	Questionnaire Toronto	Étudiante chercheuse, Stagiaire, Infirmières cliniciennes	Juin 2008

Tableau 7. Résumé du déroulement de l'étude et échéancier (suite)

COLLECTE DE DONNÉES APRÈS				
Groupe expérimental	- Données sociodémographiques	Questionnaire maison	Étudiante chercheuse, Stagiaire, Infirmières cliniciennes	Juin à Septembre 2008
	- Évaluation état de santé			
	- Douleur préopératoire			
	- Soulagement de douleur	Journal de douleur	Étudiante chercheuse, Stagiaire, Infirmières cliniciennes	Juin à Septembre 2008
	Pratique infirmière en évaluation de la douleur :	Révision dossier :	Étudiante chercheuse, Stagiaire, Infirmières cliniciennes	Juin à Décembre 2008
	- Évaluation de l'intensité de la douleur	- Évaluation descriptive de la douleur		
	- Utilisation échelle de mesure	- Évaluation avec utilisation d'une échelle de mesure		
	- Documentation			
Analyse	---	---	Étudiante chercheuse	Février 2009
Présentation des résultats	---	---	Étudiante chercheuse	Avril 2009

La collecte des données auprès des patients du groupe contrôle s'est déroulée de décembre 2007 à juin 2008. L'intervention de recherche s'est déroulée du 29 avril à la fin mai 2008 et la collecte des données auprès des patients du groupe expérimental, de juin 2008 à décembre 2008. Les personnes-ressources impliquées dans l'étude ainsi que les dates de réalisation sont également présentées.

2.5. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données a été effectuée à partir du fichier de données Excel. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 15.0. Ces analyses ont été validées par une statisticienne du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du CHUS. Avant de procéder à cette analyse, la saisie des données dans ce fichier a été effectuée et vérifiée par une stagiaire de recherche et deux infirmières expertes dans le domaine de la chirurgie dans tous les dossiers des patients du

groupe contrôle et expérimental. Ensuite, la saisie des données a été validée pour 100% des dossiers par l'étudiante chercheuse et cette dernière a relevé un taux d'erreurs dans l'enregistrement des données à environ 5%

Les statistiques descriptives telles que les fréquences et pourcentages, moyennes et écarts-types ont permis de dresser un portrait des caractéristiques de l'échantillon des patients. Les statistiques inférentielles ont confirmé si l'implantation a apporté un changement significatif au niveau de l'évaluation de la douleur. Le niveau de signification pour tous les tests statistiques a été fixé à un $p < 0,05$. Le test du Khi Carré ou test exact de Fisher si $f < 5$ utilisé pour les variables catégoriques a permis de présenter les caractéristiques de l'échantillon du personnel soignant ayant complété le questionnaire. Le test-t de Student pour les variables continues distribuées normalement, a présenté la situation sur les connaissances du personnel soignant face à la gestion de la douleur et le soulagement de la douleur chez les patients. D'autre part, le test de Mann-Whitney pour les variables non distribuées normalement, a présenté les résultats sur le nombre d'évaluations de la douleur en général et le nombre d'évaluations de la douleur avec une échelle (Burns et Grove, 2005)

2.6 CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ

Le choix du devis a permis d'éviter un biais de contamination entre les patients. Le risque de contamination provenait du fait que les patients, dans les deux groupes, étaient pris en charge par le même personnel soignant sur deux unités de soins. Il était impossible que le personnel soignant formé n'ait aucun échange ni influence avec le personnel soignant non formé. De plus, l'ajout d'un groupe contrôle servant de comparaison a également renforcé la validité des résultats obtenus (Burns et Grove, 2005). Ainsi, les patients n'ont pas été répartis de façon aléatoire dans le groupe contrôle et le groupe expérimental d'où la constitution d'un échantillon non

probabiliste de convenance afin d'obtenir la meilleure représentativité possible et ainsi pouvoir généraliser à la population cible les résultats obtenus. De plus, le groupe expérimental a été apparié selon l'âge (+ ou - 10 ans), le sexe et la chirurgie. Finalement, les instruments de mesure utilisés, tels le questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur et les échelles d'intensité de la douleur sont fidèles et valides. Cette étude présente une bonne validité interne et externe.

2.7. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les patients admissibles ont été approchés lors de la visite à la CPC afin d'en expliquer le but et le déroulement. Ce moment a permis un consentement éclairé. La participation à ce projet de recherche était volontaire. Les patients étaient libres de refuser d'y participer. Ils pouvaient également se retirer du projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons. Les patients étaient également avisés que le fait de ne pas participer ou de se retirer n'aurait aucune conséquence sur la qualité des soins et services auxquels ils avaient droit. Chaque patient devait signer un formulaire de consentement avant toute prise de mesure. Le respect de la confidentialité des données a été assuré par l'attribution d'un numéro d'identification à chacun des questionnaires complétés et des fichiers sécurisés. De plus, les patients ont été informés que les données recueillies seraient utilisées à des fins de recherche uniquement. Le personnel soignant des unités de chirurgie sur les trois quarts de travail, de même que le chef de service, ont été rencontrés deux mois avant de débiter l'étude, afin de leur présenter le projet de recherche et d'obtenir leur accord. Au même titre que les patients, le personnel soignant devait signer un formulaire de consentement. Le formulaire leur a été remis et expliqué avant la formation. Une fois le consentement signé, le personnel soignant a été invité, de façon anonyme, à compléter le questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur. L'approbation éthique et les formulaires de consentement sont présentés aux annexes F, G et H.

TROISIÈME CHAPITRE – ARTICLE

3.1. AVANT-PROPOS DE L'ARTICLE

Ce chapitre comprend un article scientifique « L'introduction d'une Ligne directrice de pratiques exemplaires en évaluation de la douleur postopératoire ». Cet article a été soumis à la revue « L'infirmière clinicienne » et présente les résultats du projet de recherche aux jours 4 et 6 postopératoires. La preuve de soumission de l'article est présentée à l'annexe I et l'autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à un mémoire ou une thèse à l'annexe J.

Les auteures de cet article sont

Johanne Lapré, inf., M.Sc. (C)

Nicole Bolduc, inf., M Sc.

Patricia Bourgault, Inf, Ph D

Les résultats au jour 2 postopératoire n'ont pas fait l'objet de publication et comme nous croyons important de les aborder, ces résultats sont présentés à la suite de l'article.

3.2. ARTICLE

TITRE : INTRODUCTION D'UNE LIGNE DIRECTRICE DES PRATIQUES EXEMPLAIRES EN ÉVALUATION DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE

Noms des auteures, dernier diplôme obtenu, le titre administratif et

affiliations :

Johanne Lapré, inf., M.Sc. (c)¹; Nicole Bolduc, inf., M.Sc.²; Patricia Bourgault, inf., Ph.D.²

¹ Étudiante à la Maîtrise en Sciences cliniques (sciences infirmières), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada et Conseillère cadre clinicienne au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

² Professeure agrégée à l'École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Remerciements et aide financière reçue :

Les auteurs souhaitent remercier la direction des soins infirmiers et le programme clientèle en soins chirurgicaux du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Les auteurs tiennent également à souligner la contribution financière du programme d'aide de financement interne (PAFI) du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du CHUS.

Mots clés : douleur, postopératoire, évaluation de la douleur, pratiques exemplaires, programme de formation

Résumé

INTRODUCTION : Des observations en phase postopératoire démontrent que la gestion de la douleur n'est pas optimale. Pour améliorer la situation, l'Association des infirmières ontariennes propose une Ligne directrice de pratiques exemplaires (LDPE) en gestion de la douleur ainsi qu'un modèle d'implantation. La formation du personnel soignant est une étape essentielle de ce processus. **OBJECTIF :** Évaluer l'effet de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur auprès de patients ayant subi une chirurgie de la hanche. **MÉTHODOLOGIE :** Dévis quasi expérimental avec mesures avant l'intervention (groupe contrôle n=17) et après (groupe expérimental n=17). L'intervention de recherche, réalisée dans un contexte de changement, implique une activité de formation et de mentorat. Les données sur l'intensité de la douleur ont été recueillies auprès des patients à l'aide du Journal de la douleur et la pratique infirmière en évaluation de la douleur dans le dossier clinique aux jours 4 et 6 postopératoires. Enfin, les connaissances sur la gestion de la douleur (Toronto) ont été recueillies auprès du personnel soignant avant la formation et un mois après l'intervention de recherche. **RESULTATS :** Les résultats ne démontrent pas de différences significatives entre les groupes de patients quant au soulagement. Il n'y a pas de différences significatives chez le personnel infirmier en lien avec les connaissances en regard de la douleur et la documentation de l'évaluation de celle-ci. **RETOMBÉES :** L'implantation de la LDPE n'a pas atteint les résultats escomptés notamment en raison de certains changements organisationnels imprévus. Ainsi, malgré des résultats mitigés, il est

primordial de poursuivre l'implantation de cette pratique exemplaire avec une approche andragogique en prenant en considération le contexte organisationnel.

Introduction

Au Canada, 24 253 arthroplasties ou remplacements de la hanche (chirurgie élective) ont été effectuées en 2006-2007, ce qui représente une augmentation de 59% comparativement à 1996-1997 (Registre canadien des remplacements articulaires, 2009). Le nombre de chirurgies de la hanche risque d'augmenter au cours des prochaines années en raison du vieillissement de la population. L'âge moyen des patients ayant subi une arthroplastie en 2006-2007 était de 67,6 ans (Registre canadien des remplacements articulaires, 2009)

Il est connu que les personnes âgées sont plus à risque d'un soulagement inadéquat de la douleur notamment en phase postopératoire (Girhardi et Smith, 2006). Dans une étude menée auprès de 411 patients âgés en moyenne de 82 ans, ayant subi une chirurgie (fracture de la hanche), 50% des patients ont ressenti une douleur d'intensité modérée à sévère au repos, 83% au lever et 91% lors d'une séance de physiothérapie (Morrison, Magaziner, McLaughlin, Orosz, Silberzweig, Koval *et al.*, 2003). Il est à noter que 87% de ces participants n'ont pas reçu une analgésie de façon régulière. Ces mêmes auteurs ont observé une relation significative entre le niveau fonctionnel et l'intensité de douleur postopératoire. Selon eux, une gestion

inadéquate de la douleur a un impact statistiquement significatif sur la prolongation de la durée de séjour et sur la mobilisation qui est retardée

De nombreuses barrières peuvent expliquer la gestion inefficace de la douleur et proviennent de l'environnement de soins, des patients et du personnel (Botti, Bucknall et Manias, 2004; Idvall et Ehrenberg, 2002, Manias, Botti et Bucknall, 2002) Ainsi, plus spécifiquement, les infirmières utilisent peu les données probantes comme fondement de leur pratique clinique, elles ne considèrent pas l'évaluation et le soulagement de la douleur comme une priorité et manquent de connaissances concernant la gestion de la douleur (Botti *et al* 2004, Estabrooks, 1999, Idvall et Ehrenberg, 2002, Manias *et al* 2002) Ceci a des répercussions sur la pratique infirmière. L'étude de Bergeron, Bourgault, Leduc et Marchand (2008) effectuée en phase postopératoire dans une institution, démontre que les infirmières évaluent en moyenne la douleur (évaluation descriptive ou avec échelle) 3 fois dans les 24 premières heures postopératoires, alors que la moyenne attendue serait minimalement de 12 évaluations (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004).

Force est de constater que l'évaluation de la douleur ne rencontre pas les standards de pratique. Ceci a amené plusieurs associations scientifiques ou professionnelles à énoncer des recommandations (Société canadienne de la douleur, 2005, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004; Association des infirmières et infirmiers

autorisés de l'Ontario - AIIAO, 2002a) Parmi celles-ci, l'AIIAO (2002a) propose une Ligne directrice de pratiques exemplaires (LDPE) en gestion de la douleur comprenant son évaluation et son soulagement. Une LDPE est un ensemble d'énoncés conçus pour aider le praticien et le patient à décider des soins de santé les plus appropriés (Field et Lohr, 1990). Jusqu'à présent, peu d'études ont évalué l'effet d'une pratique exemplaire sur la gestion de la douleur. Une étude menée par Ellis, McCleary, Blouin, Dubé, Rowley, MacNeil et Cook (2007), a démontré des résultats significatifs après l'implantation d'une pratique exemplaire en gestion de la douleur. Cette implantation a débuté par une formation et du mentorat. Selon ces auteurs, la LDPE aide les infirmières à mieux documenter la douleur des patients au dossier clinique.

Afin de mettre en place une LDPE, l'AIIAO (2002b) propose la démarche suivante : l'identification de la LDPE est la première étape et consiste à décider la Ligne directrice retenue en fonction des besoins. La LDPE sur la gestion de la douleur, particulièrement son évaluation, a été sélectionnée. La deuxième étape, l'identification des parties prenantes permet d'utiliser de façon efficace l'énergie et les ressources nécessaires. Dans ce projet, les parties prenantes sont les gestionnaires du programme-clientèle en soins chirurgicaux où a eu lieu l'implantation. La préparation du lieu de travail, troisième étape du modèle, s'est actualisée par des échanges avec le chef de soins et services, ce qui a permis d'organiser et de planifier l'intervention de recherche. Ensuite, le personnel

soignant a été rencontré afin d'expliquer en quoi consistait cette étude. La quatrième étape concerne l'utilisation efficace de stratégies de mise en place. La stratégie choisie a été une activité de formation et une activité de mentorat. La première, le personnel soignant a reçu une formation sur la LDPE en évaluation de la douleur. La seconde, après cette formation, une activité de mentorat auprès du personnel infirmier a été réalisée. La cinquième étape consiste à l'évaluation de la mise en place de la LDPE. Des mesures ont donc été prises auprès des patients des groupes contrôle et expérimental (intensité de la douleur) et auprès du personnel soignant (connaissances sur la gestion de la douleur et la documentation de l'évaluation au dossier). La dernière étape a été l'identification des ressources humaines, financières et matérielles. Ici, l'activité de formation a été planifiée après les heures de travail et le personnel infirmier qui a assisté à cette formation a été rémunéré. Le but poursuivi par cette étude est d'évaluer l'effet de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur auprès de patients ayant subi une chirurgie de la hanche.

Hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherches sont : 1) l'application d'une LDPE en évaluation de la douleur augmentera le soulagement de la douleur postopératoire chez les patients du groupe expérimental, 2) l'évaluation de la douleur, l'utilisation de l'échelle de mesure suggérée et sa documentation au dossier patient seront plus fréquentes chez les patients du groupe expérimental et 3) la formation offerte en vue de

l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur améliorera les connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur.

Méthodologie

Devis

Un devis quasi expérimental à séries temporelles interrompues multiples avec mesures avant l'intervention de recherche (activité de formation et de mentorat) auprès de patients inclus dans un groupe contrôle et après l'intervention de recherche auprès de patients inclus dans un groupe expérimental a été privilégié (Burns et Grove, 2005)

Population et échantillon

A) Patients

L'échantillon a été constitué des patients hospitalisés ayant à subir une chirurgie de la hanche, sur 2 unités de chirurgie d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) comprenant un total de 53 lits. Une méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée pour déterminer un échantillon de convenance (Burns et Grove, 2005), composé à mesure que les patients se présentaient à la clinique préparatoire à la chirurgie (CPC). Les patients ont été sélectionnés selon les critères suivants : être âgés de 50 ans et plus, être hospitalisés en chirurgie; comprendre et écrire la langue française et ne pas présenter des troubles cognitifs, mentaux ou psychomoteurs ou une maladie affectant le pronostic vital. Le groupe expérimental a été apparié selon

l'âge (+/- 10 ans) et le sexe. Un échantillon de 60 patients (30 patients par groupe) était souhaité.

B) Personnel soignant

Le personnel soignant à cette étude devait être infirmières ou infirmières auxiliaires détentrice d'un poste sur les unités de soins de chirurgie, là où sont hospitalisés les patients après une chirurgie élective de la hanche ou équipe volante avec un remplacement à long terme sur les unités ciblées et comprendre et écrire la langue française. Toutes les infirmières et infirmières auxiliaires assignées à deux unités de soins de chirurgie, où sont hospitalisés les patients après une chirurgie élective de la hanche et présentent au moment des activités de formation ont constitué un échantillon non probabiliste de convenance (Burns et Grove, 2005).

Recrutement

A) Patients

Lors de la visite à la CPC, les patients ont été rencontrés par l'étudiante chercheuse afin d'expliquer le but et le déroulement du projet de recherche. S'ils acceptaient de participer, ils complétaient le formulaire de consentement. Lorsque la date de la chirurgie des patients était confirmée, l'infirmière de la CPC en informait l'étudiante chercheuse.

B) Personnel soignant

Le personnel soignant des 2 unités de chirurgie, sur les 3 quarts de travail a été rencontré durant 30 minutes sur le temps de travail avant que débute le projet de recherche. Cette rencontre a permis d'expliquer en quoi consistait l'implantation d'une LDPE en gestion de la douleur, en lien avec la pratique infirmière en évaluation de la douleur auprès de la clientèle. Le personnel soignant présent lors de l'activité de formation a complété le formulaire de consentement.

Intervention de recherche

Le moyen choisi pour introduire la LDPE en évaluation de la douleur en chirurgie orthopédique est la formation du personnel infirmier. Afin de favoriser l'implantation, deux stratégies de mise en place ont été privilégiées, soit une activité de formation et une activité de mentorat. Ces activités reposent sur une approche pédagogique qui s'inspire de la méthode traditionnelle et intègre des principes de l'approche andragogique. Cette dernière se traduit comme étant une méthode proactive, c'est-à-dire une méthode qui permet d'impliquer davantage l'apprenant, en considérant ses besoins et ses expériences (Quinn, 2000; Twycross, 2002). L'intervention de recherche comprend ainsi une formation d'une durée de deux heures, portant sur les recommandations de l'AAAO (2002), soit l'évaluation régulière de l'intensité de la douleur, l'utilisation d'un outil de mesure validé et standardisé et la documentation de l'évaluation. Le partage d'expériences cliniques entre les participants, des exercices d'intégration et même l'expérimentation de la

douleur ainsi que son auto-évaluation à l'aide du test de l'épingle à linge ont été intégrés dans cette formation. Cette formation a été donnée aux infirmières et infirmières auxiliaires des unités de chirurgie. L'activité de mentorat, d'une durée de quatre semaines, a suivi la formation. Le mentorat a permis de guider et de soutenir le personnel infirmier en le rendant capable d'agir et en l'encourageant (Morton-Cooper et Palmer, 2000). L'étudiante chercheuse a assuré une présence sur les trois quarts de travail, deux à trois fois par semaine, afin de répondre aux besoins d'informations ou autres problèmes vécus par le personnel soignant.

Les variables à l'étude et leurs instruments de mesure

A) Soulagement de la douleur

Le soulagement de la douleur correspond à la perception par le patient, de la disparition complète ou partielle de la douleur ressentie (Mersey et Bogduk, 1994). On considère comme cliniquement significative une diminution de la douleur de 30% (Choinière et Taillefer, 2005). L'intensité de la douleur se mesure par différentes échelles, telles l'échelle visuelle analogue (EVA), l'échelle des visages (EV), l'échelle descriptive (ED) ou l'échelle numérique (EN). Toutes ces échelles permettent d'obtenir un score, entre 0 (aucune douleur) et 10 (pire douleur imaginable). Selon l'*American Society of Pain Management Nurses* (2002), celles-ci ont l'avantage d'être simples, rapides, faciles à documenter, adaptées aux personnes âgées et scientifiquement acceptables. L'instrument de mesure suggéré comprend ces quatre échelles et est utilisé dans le milieu où l'étude a été conduite

(Bourgault et Grégoire, 2007). L'intensité de la douleur a été recueillie aux jours 4 et 6 postopératoires en utilisant une échelle de mesure de 0 (aucune douleur) à 10 (pire douleur imaginable). Les patients inscrivaient ce score dans un Journal de la douleur (Bergeron *et al*, 2008). Ce journal contenait une feuille pour chacun des jours, qui était insérée dans un cartable accessible au patient mais non visible au personnel. Les patients étaient informés de l'importance d'évaluer l'intensité de leur douleur à chaque heure d'éveil, aussi près que possible de l'heure indiquée dans le journal.

B) Pratique infirmière en évaluation de la douleur

La pratique exemplaire comprend l'évaluation régulière de l'intensité de la douleur, l'utilisation d'une échelle de mesure validée et standardisée (0 à 10) et sa documentation. Les notes d'observation de l'infirmière comprises dans le dossier informatisé, ont été consultées pour chacun des quarts de travail aux jours 4 et 6 postopératoires. Les évaluations descriptives de la douleur et les évaluations avec une échelle de mesure ont été consignées. Toutes les évaluations telles que « patient non souffrant », « dit avoir douleur à la hanche droite » ou encore « dit avoir donné pour douleur à la hanche gauche » ont été classées sous la catégorie « évaluations descriptives de la douleur », tandis que les évaluations utilisant une échelle de 0 à 10 ont été regroupées sous la catégorie « évaluations avec une échelle de mesure ».

C) Connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur

Une connaissance se réfère à la notion d'apprentissage qui se définit comme étant un processus par lequel s'effectue l'acquisition de nouvelles connaissances (savoir), de nouvelles habiletés (savoir-faire) et de nouvelles attitudes (savoir être) qui ultimement, entraînent un changement de comportement (Ricard, 1992). Les connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur ont été évaluées à l'aide de la version française du questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner et Gallow, 2001). La traduction et l'adaptation française ont été réalisées par Bolduc, Bougault, Michaud et Lapré (2009) selon la technique de traduction à rebours (Vallerand, 1989). Ce questionnaire comprend 23 items, répondu avec une échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 à 100 %. De ces items, neuf portent sur les perceptions des infirmières, reliés à la gestion de la douleur incluant l'expérience du patient et son évaluation, huit sur la connaissance des opiacés et leur administration et les six derniers sur la perception du soutien des collègues ainsi que le sentiment de compétence. Ce questionnaire se complétait en 20 minutes. Le résultat obtenu en pourcentage permet de déterminer le niveau de connaissances relatif à la gestion de la douleur. La cote s'établit par la sommation des réponses allant de 0 (moins) à 2300 (supérieur), soit de 0 à 100 %. Onze des items sont formulés avec des scores inversés. Les données psychométriques présentent une fidélité test-retest à 0,81 (Watt-Watson *et al.*, 2001) et de 0,80 (Bolduc *et al.*, 2009) à deux semaines d'intervalle et une validité de contenu auprès d'experts. Le personnel soignant a

complété ce questionnaire de façon volontaire et anonyme avant la formation et un mois après l'intervention de recherche.

Collecte des données

A) Patients

À la CPC, des données sociodémographiques telles l'âge, le sexe, l'état de santé, l'anxiété et la douleur préopératoire ont été complétées par les patients du groupe contrôle et du groupe expérimental à l'aide d'un questionnaire maison. Le lendemain de la chirurgie, l'étudiante chercheuse rencontrait les patients à leur chambre et leur remettait le journal de la douleur. Elle retournait les voir aux jours 4 et 6 postopératoires afin de s'assurer de leur compréhension face à l'évaluation de la douleur, de l'inscription dans le journal et de le récupérer une fois complété.

B) Personnel soignant

Le personnel soignant a été invité à compléter le questionnaire Toronto incluant des données professionnelles, sociodémographiques et sur la gestion de la douleur avant l'intervention de recherche soit au début de la formation et après, une fois la période de mentorat complétée. Les données relatives à la pratique infirmière ont été compilées à partir du dossier médical informatisé suite au recrutement du dernier patient du groupe expérimental. Par souci de rigueur, la collecte dans le dossier a été faite par une assistante de recherche n'ayant pas été impliquée dans la formation et le mentorat.

Analyse de données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 15.0. Les statistiques descriptives (fréquences et pourcentages, moyennes et écarts-types) ont permis de dresser un portrait des caractéristiques de l'échantillon des patients et du personnel soignant. Les statistiques inférentielles ont confirmé si l'implantation a apporté un changement significatif au niveau de l'évaluation de la douleur avec un niveau de signification fixé à 0,05. Le test du Chi Carré (ou test exact de Fisher si $p < 5$) a été utilisé pour les variables catégoriques et a permis de présenter les caractéristiques de l'échantillon du personnel soignant ayant complété le questionnaire. Le test-t de Student pour les variables continues distribuées normalement, a permis de dresser la situation sur les connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur et le soulagement de la douleur chez les patients. Le test de Mann-Whitney pour les variables non distribuées normalement, a présenté les résultats sur le nombre d'évaluations de la douleur en général et le nombre d'évaluations de la douleur avec une échelle (Burns et Grove, 2005).

Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du CHUS et les règles éthiques ont été suivies. Chaque patient devait signer un formulaire de consentement avant toute prise de mesure. Le respect de la confidentialité des données des patients a été assuré par l'attribution d'un numéro d'identification à chacun des questionnaires complétés. Le personnel soignant

devait aussi signer un formulaire de consentement qui a été remis et expliqué avant la formation. Leurs questionnaires étaient anonymisés. Toutes les données ont été compilées dans des fichiers sécurisés.

Résultats

Tous les patients admissibles sollicités ont accepté de participer à l'étude. Vingt-cinq patients ont composé le groupe contrôle alors que 26 se retrouvent dans le groupe expérimental. Certains patients ont été perdus dans les deux groupes (n=8 dans le groupe contrôle et n=9 dans le groupe expérimental) pour les raisons suivantes : complication en préopératoire ou postopératoire et date de chirurgie reportée. Ainsi, l'échantillon final est composé de 17 patients dans le groupe contrôle et 17 patients dans le groupe expérimental.

Caractéristiques de l'échantillon

A) Patients

La comparaison entre le groupe contrôle et expérimental a été faite en regard de l'âge et du genre. Il n'y a pas de différence significative en regard de ces caractéristiques, ce qui reflète l'effort d'appariement en fonction de l'âge (+/- 10 ans) et du genre. Une seule différence significative existe relative à la présence d'une douleur en préopératoire autre que celle à la hanche. Elle est présente chez 29,4% des patients du groupe contrôle et 70,6% du groupe expérimental. Ces douleurs proviennent principalement d'une douleur antérieure telle l'arthrose à

d'autres localisations, d'une douleur musculaire ou à la suite d'une hernie discale.

Les groupes sont détaillés au tableau 8.

Tableau 8. Caractéristiques de l'échantillon des patients

	Groupe contrôle (n=17)	Groupe expérimental (n=17)	Valeur p
Femme - n (%)	10 (58,8)	10 (58,8)	1,000
Âge - moyenne (Écart-type)	68,7 (9,8)	63,9 (7,8)	0,113
Douleur moyenne préop - moyenne-échelle 0 à 100 (Écart type)	53,9 (20,7)	57,9 (18,5)	0,545
Évolution de la douleur préopératoire de pire en pire - n (%)	15 (88,3)	17 (100)	0,485
Présence d'une autre douleur - n (%)	5 (29,4)	12 (70,6)	0,016

B) Personnel soignant

Chez le personnel soignant, 62 ont reçu la formation portant sur les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur, 57 ont complété le questionnaire avant la formation et 25, suite au mentorat. Le taux de participation est de 90% avant, comparativement à 40% après l'intervention. Il n'y a aucune différence significative entre les deux temps de mesure en regard du genre (0,484), de l'âge (0,745), du titre d'emploi (0,719), du quart de travail (0,328), de l'expérience en chirurgie (0,951) et du niveau de formation (0,891). Le tableau 9 précise les caractéristiques du personnel soignant ayant complété le questionnaire.

Tableau 9 : Caractéristiques du personnel soignant ayant participé à la formation

	Avant la formation (n=57) n (%)	Après la formation (n=25) n (%)	Valeur p
SEXE			
• Féminin	51 (89,5)	21 (84,0)	0,484
• Masculin	6 (10,5)	4 (16,0)	
GROUPE D'ÂGE			
• 20-25 ans	10 (18,2)	4 (16,7)	0,745
• 26-45 ans	20 (36,4)	11 (45,8)	
• Plus de 46 ans	25 (45,4)	9 (37,5)	
TITRE D'EMPLOI			
• Infirmières	41 (71,9)	17 (68,0)	0,719
• Infirmières auxiliaires	16 (28,1)	8 (32,0)	
QUART DE TRAVAIL			
• Jour	33 (58,9)	9 (37,5)	0,328
• Soir	16 (28,6)	9 (37,5)	
• Nuit	7 (12,5)	6 (25,0)	
EXPÉRIENCE CLIENTÈLE CHIRURGIE			
• 0 à 10 ans	27 (49,1)	12 (50,0)	0,951
• 11 à 20 ans	12 (21,8)	6 (25,0)	
• 21 à 30 ans	7 (12,7)	4 (16,7)	
• 31 à 40 et +	9 (16,4)	2 (8,3)	
NIVEAU DE FORMATION			
• École infirmière auxiliaire	14 (25,0)	7 (28,0)	0,892
• Niveau collégial	35 (62,5)	17 (68,0)	
• Niveau universitaire	7 (12,5)	1 (4,0)	

Test du Khi Carré ou (test exact de Fisher si $f < 5$)

C) Soulagement de la douleur

Grâce au Journal de la douleur, une légère diminution non significative de la moyenne de l'intensité de la douleur est perceptible aux jours 4 et 6 dans le groupe expérimental autant pour ce qui est de la douleur la plus élevée et de la douleur en moyenne. Les détails sont présentés au tableau 10.

Tableau 10 : Moyenne de l'intensité de la douleur à l'aide du Journal de la douleur

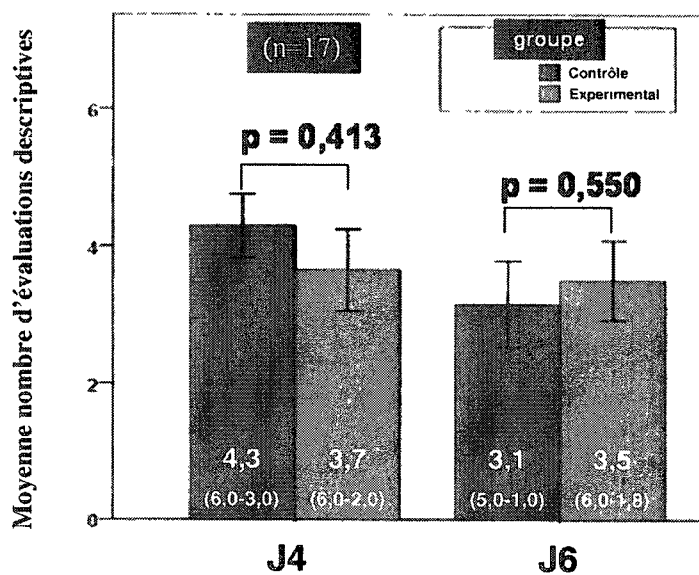
Moyenne intensité douleur (échelle 0 à 10)	Groupe contrôle Moyenne (Écart type) (n=17)	Groupe expérimental Moyenne (Écart type) (n=17)	Valeur p
JOUR 4			
Douleur la plus élevée	5,62 (2,47)	4,82 (1,84)	0,298
Douleur en moyenne	3,73 (1,86)	3,51 (1,65)	0,227
JOUR 6			
Douleur la plus élevée	5,40 (2,63)	4,23 (1,80)	0,731
Douleur en moyenne	3,46 (1,71)	2,94 (1,87)	0,500

Test-t de student : $p < 0,05$

D) Pratique infirmière en évaluation de la douleur

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en lien avec le nombre d'évaluations de la douleur, tant descriptives qu'avec une échelle de mesure. Les résultats sont présentés aux graphiques 1 et 2. Au jour 4, le nombre d'évaluations descriptives est de 4,3 pour le groupe contrôle et de 3,7 pour le groupe expérimental. Au jour 6, le nombre d'évaluations diminue avec 3,1 pour le groupe contrôle et 3,5 pour le groupe expérimental.

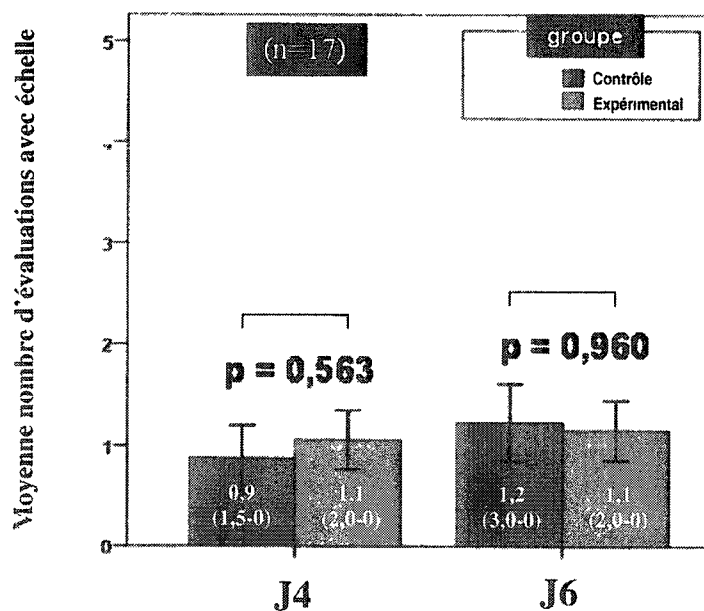
Graphique 1 : Nombre d'évaluations descriptives



(EIQ) : Écarts interquartiles

Test de Mann Whitney : $p < 0,05$

Graphique 2 : Nombre d'évaluations avec utilisation d'une échelle de mesure



(EIQ) : Écarts interquartiles

Test de Mann Whitney : $p < 0,05$

E) Connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur

Les résultats ne démontrent pas de différence significative sur le total pondéré (0,701) avant (63,0%, ET : 7,4) et après la formation (63,6%, ET : 7,8) en regard des connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur. Par contre, les résultats démontrent une différence significative à certains items présentés au tableau 11. Ces réponses démontrent que le personnel soignant perçoit qu'il a plus de connaissances, de compétences et se permettent de remettre en question un conseil inadéquat.

Tableau 11 : Connaissances sur la gestion de la douleur

	Avant la formation Moyenne (Écart type) (n=57)	Après la formation Moyenne (Écart type) (n=25)	Valeur p
Total pondéré	62,9 (7,4)	63,6 (7,8)	0,701
Question#16 (conseil)	76,7 (7,4)	60,5 (31,4)	0,031
Question#22 (connaissances)	64,6 (16,9)	74,2 (18,5)	0,029
Question#23 (compétences)	69,1 (14,3)	77,5 (13,9)	0,021

Test-t de student : $p < 0,05$

Discussion

Bien que la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) soit conçue pour aider le personnel soignant et le patient à décider des soins de santé les plus appropriés, l'application de celles-ci, en milieu clinique, demeure complexe (Ellis *et*

al, 2007). Cette complexité sera démontrée en discutant des trois hypothèses émises dans le cadre de cette étude

La première hypothèse voulait que l'application d'une LDPE en évaluation de la douleur augmente le soulagement de la douleur postopératoire chez les patients du groupe expérimental. Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été observée. Aux jours 4 et 6 postopératoires, l'intensité de la douleur mesurée sur une échelle de 0 à 10 diminue légèrement mais la différence n'est ni statistique, ni clinique. Cette situation pourrait s'expliquer selon Warrén Stomberg et Oman (2006) par la présence de douleur autre que celle à la hanche en phase préopératoire. Il est reconnu qu'une douleur en phase préopératoire rend le soulagement plus difficile en phase postopératoire. Ceci peut expliquer le peu d'effet sur le soulagement.

La deuxième hypothèse voulait que l'évaluation de la douleur, l'utilisation d'un outil de mesure et sa documentation au dossier seraient plus fréquentes chez les patients du groupe expérimental. Aux jours 4 et 6 postopératoires, les infirmières évaluent en moyenne quatre fois la douleur (évaluation descriptive) et une fois environ à l'aide d'une échelle de mesure. Or, il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes en regard de la fréquence des évaluations. Les données rejoignent l'étude réalisée dans la même institution où la douleur est évaluée environ 3 fois par jour mais au jour 2 postopératoire. Comme le nombre

d'évaluations de la douleur tend à diminuer au fur et à mesure de l'hospitalisation, retrouver une moyenne de quatre évaluations au jour 4 est une amélioration. Il est important de préciser que les résultats obtenus portent sur ce qui a été lu au dossier clinique informatisé compte tenu de la possibilité que les infirmières aient fait plus d'évaluations de la douleur sans qu'elles soient documentées au dossier. Néanmoins, les résultats vont à l'encontre de l'étude d'Ellis et collaborateurs (2007), qui soutiennent que les infirmières documentent mieux la douleur des patients au dossier clinique, après un programme de formation. Ils ont obtenu des résultats significatifs, entre la mesure prise avant et après la formation au niveau de la documentation de l'évaluation descriptive de la douleur, avec un écart de 22% ($p=0,022$) ainsi qu'au niveau de la documentation et de l'utilisation d'une échelle de mesure avec un écart de 38% ($p<0,001$). De plus, ces résultats sont demeurés significatifs ($p=0,005$ et $p<0,001$) six mois après la formation. À l'opposé, les résultats de l'étude de l'équipe de Dalton (2001) ne démontrent pas de différence, avec un écart de 0,7% ($p=0,192$), en regard de la documentation de l'évaluation descriptive de la douleur (Dalton, Carlson, Blau, Lindley, Greer et Younblood, 2001). La fréquence d'évaluation de la douleur, l'utilisation d'un outil de mesure validé et standardisé et la documentation ne répondent toutefois pas aux exigences professionnelles. À ce titre, Ellis *et al* (2007) ainsi que Dalton *et al*, (2001) confirment que malgré une certaine amélioration, la douleur demeure peu évaluée sur une base régulière et que les infirmières la documentent peu et n'utilisent pas suffisamment une échelle d'évaluation de l'intensité de la douleur standardisée.

La dernière hypothèse postulait que la formation offerte en vue de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur améliore les connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur. Toutefois, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes suite au questionnaire sur les connaissances. Le résultat est pratiquement similaire avant et après la formation et le mentorat. Ces résultats vont à l'encontre de certaines études qui soutiennent que la formation contribue à l'amélioration des connaissances immédiatement après un programme de formation (De Rond, De Wit, Van Dam, Van Campen, Den Hartog et Klievink, 2000; De Rond, De Wit et Van Dam, 2001). Dans la première étude de l'équipe de De Rond (2000), la moyenne au test de connaissances sur la gestion de la douleur a été de 69,1% avant et de 75,8% après le programme de formation. Dans leur seconde étude, les résultats sont semblables avec une moyenne de 71,1% avant et de 77,3% après le programme de formation (De Rond *et al*, 2001). D'autres auteurs tels Dalton *et al* (2001) arrivent cependant à des résultats mitigés où les connaissances ne sont pas améliorées suite à une formation.

Les analyses secondaires font ressortir des différences significatives à trois items du questionnaire sur les connaissances relatives à la gestion de la douleur. Ainsi, le personnel soignant accepte moins le conseil de leurs collègues disant de diminuer la dose de morphine, même si le patient a des nausées. Également, le personnel soignant considère qu'il a acquis certaines connaissances et se perçoit comme ayant une meilleure compétence à gérer plus efficacement la douleur de leurs patients. Il

semble donc que la formation a permis un certain transfert de connaissances au niveau théorique, mais non au plan de la pratique. Ces résultats peuvent s'expliquer par le faible taux de participation des infirmières qui ont complété le questionnaire après la formation (n=25), comparativement à celles qui l'ont complété un mois avant l'intervention de recherche (n=57). Ce faible taux s'explique par le fait qu'il a été difficile pour les infirmières de le compléter durant les heures de travail. Ceci rejoint les observations de la présente étude.

Lors de l'implantation de la LDPE, des barrières organisationnelles et professionnelles ont été identifiées et ont probablement eu un impact sur le processus de mise en place. En lien avec l'environnement, des changements organisationnels majeurs sont survenus en chirurgie en même temps que s'est effectuée l'intervention de recherche. Parmi ces changements, le déménagement était prévu lors de la planification du projet tandis que la défusion des unités et la réorganisation du travail ne l'étaient pas. De plus, en lien avec les professionnelles, suite à la formation, certains changements ont été effectués sur la façon de documenter l'évaluation de la douleur dans l'outil informatique. Avant la formation, les infirmières pouvaient documenter l'évaluation de la douleur, soit au dossier clinique ou au dossier informatisé. L'activité de formation visait à changer la pratique infirmière en évaluation de la douleur par l'utilisation des échelles de mesure standardisées et par sa documentation au dossier informatique. Ainsi, même si les infirmières avaient été avisées de ces changements lors de la formation, elles

trouvaient difficile de devoir documenter l'évaluation de la douleur, seulement au dossier informatisé, car cela nécessitait d'inscrire les informations sur plusieurs tableaux informatiques. Donc, un outil peu convivial a probablement nuit à la documentation. Ceci peut expliquer pourquoi les hypothèses ont été rejetées puisque le personnel soignant n'était pas disponible pour mettre en place les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur.

Forces et limites de l'étude

Une des forces que l'on peut attribuer à cette étude provient du choix du devis. Ce type de devis a permis d'évaluer l'effet de l'intervention de recherche (formation et mentorat) sur la pratique infirmière et chez les patients. De plus, ce devis a permis d'éviter un biais de contamination entre les patients. Le risque de contamination provenait du fait que les patients étaient pris en charge par le même personnel soignant, sur deux unités de soins. Il était impossible que le personnel infirmier formé n'aurait aucun échange ni influence avec le personnel infirmier non formé (Burns et Grove, 2005). Une des limites à cette étude est liée à la taille de l'échantillon. La petite taille de l'échantillon peut expliquer pourquoi les résultats n'ont pas eu d'effet significatif sur l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur. À noter que l'intervention de recherche était également une partie importante dans ce projet de maîtrise. Le déménagement des deux unités où l'expérimentation a eu lieu était prévu dans de nouveaux locaux en septembre 2008. Compte tenu de la désorganisation engendrée par ce déménagement et par la

période de vacances du personnel qui débute en juin, les activités de formation pour l'implantation de la LDPE en évaluation de la douleur devaient être finalisées avant ce déménagement. Pour respecter ces contraintes, la période de recrutement du groupe contrôle s'est terminée à la fin avril et ce avant que le nombre de patients souhaités soit atteint.

Retombées

Au niveau de la recherche, il serait pertinent de poursuivre l'étude afin d'atteindre la taille de l'échantillon souhaitée, en vue d'en vérifier les hypothèses. Pour la pratique infirmière, le cadre de référence utilisé pour l'implantation d'une LDPE est structurant et la communauté infirmière peut y référer pour toute implantation d'une LDPE. Cependant, cette étude a contribué à valider l'utilité de ce modèle en ressortant le besoin de peaufinement pour opérationnaliser l'étape de mise en place ainsi que celle de la préparation du milieu de travail. Au niveau de la pratique infirmière, maximiser l'efficacité de la formation tout en assurant le juste à temps des compétences favorisant l'intégration des apprentissages au plan de la pratique clinique est nécessaire. Ainsi, malgré des résultats mitigés, il est primordial de poursuivre l'implantation des pratiques exemplaires avec une approche andragogique en prenant en considération le contexte organisationnel. Socialement, les patients ont besoin de soutien. Le personnel soignant doit continuer à faire participer les patients à l'évaluation de leur douleur et tout le processus de la

gestion. Si ces derniers sont mieux soulagés, ceci favorisera une mobilisation plus rapide, un retour à leur autonomie et ainsi éviter la prolongation de leur séjour.

Références

- American Society of Pain Management Nurses. (2002). *Core Curriculum for Pain Management Nursing*. Philadelphie, PA: Saunders.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2002a). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation et prise en charge de la douleur*. Ontario. [http : //www.rnao.org](http://www.rnao.org).
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002b). *Trousse sur la marche à suivre: Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Toronto, Ontario: mars 2002.
- Bergeron, D.A., Bourgault, P., Leduc, G. et Marchand, S. (2008). Étude descriptive sur la gestion de la douleur en postopératoire. *Pain Research and Management* (sous presse).
- Bolduc, N., Bourgault, P., Michaud, C. et Lapré, J. (2009). Questionnaire de Toronto sur la gestion de la douleur. *IV^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers*. Marrakech Maroc, 8 juin.
- Botti, M., Bucknall, T. et Manias, E. (2004). The problem of postoperative pain : Issues for future research. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 257-63.
- Bourgault, P. et Grégoire, M. (2007). Impact d'une formation sur l'évaluation de la douleur au triage. *Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 2007*. Montréal, Québec, 13 novembre.
- Burns, N. et Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research*. Elsevier Saunders : St-Louis, Missouri.
- Choinière, M. et Taillefer, M.C. (2005). L'évaluation de la douleur. In P. Beaulieu (dir.), *Pharmacologie de la douleur* (p.325-352). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Dalton, J., Carlson, J., Blau, W., Lindley, C., Greer, S.M. et Youngblood, R. (2001). Documentation of Pain Assesment and Treatment : How Are We Doing? *Pain Management Nursing*, 2(2), 54-64.

- De Rond, M.E.J., De Wit, R., Van Dam, F.S.A.M., Van Campen, B.T.M., Den Hartog, Y.M. et Klievink, R.M.A. (2000). A Pain Monitoring Program for Nurses: Effects on Nurses' Pain Knowledge and Attitude. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(6), 457-67.
- De Rond, M.E.J., De Wit, R. et Van Dam, F.S.A.M. (2001). The implementation of a Pain Monitoring Programme for nurses in daily clinical practice: results of a follow-up study in five hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 590-8.
- Ellis, J.A., McCleary, L., Blouin, R., Dubé, K., Rowley, B., MacNeil, M. et Cooke, C. (2007). Implementing Best Practice Pain Management. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(4), 264-77.
- Estabrooks, C.A. (1999). Will Evidence-Based Nursing Practice Perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(4), 273-94.
- Field, M.J. et Lorch, K.N. (1990). *Clinical practice guidelines : Directions for a new program*. Washington, DC : National Academies Press.
- Girdhari, S. et Smith, S.K. (2006). Assisting older adults with orthopaedic outpatient acute-pain management. *Orthopaedic Nursing*, 25(3), 188-95.
- Idvall, E. et Ehrenberg, A. (2002). Nursing Documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 734-42.
- Manias, E., Botti, M. et Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management. The complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 724-33.
- Merskey, H. et Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain. Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy*. IASP Press: Seattle.
- Morrison, R.S., Magaziner, J., McLaughlin, M.A., Orosz, G., Silberzweig, S.B., Koval, K.J. et al. (2003). The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain*, 103, 303-11.
- Morton-Cooper, A. & Palmer, A. (2000). *Mentoring, Preceptorship and Clinical Supervision (2nd Edition)*. Blackwell Oxford: UK.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - OIIQ (2004). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (1^{ère} Édition)*. Montréal: 2004.

- Quinn, F. (2000). *Principles and Practice of Nurse Education (4e Édition)*. Nelson Thornes : London, UK.
- Registre Canadien des remplacements articulaires (2009). *Rapport annuel de 2008-2009 du Registre Canadien des remplacements articulaires (RCRA)*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Ricard, D. (1992). Le modelage du comportement. In R. Tessier et X. Tellier (dir.), *Changement planifié et développement des organisations* (p. 459-492). Sillery: Presses de l'Université du Québec (Tome VII).
- Société canadienne de la douleur (2005). *Norme D'Agrément sur l'Évaluation et le Traitement de la Douleur : Passons à l'action*.
- Twycross, A. (2002). Educating nurses about pain management: the way forward. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 705-14.
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-80.
- Warrén Somberg, M. et Öman, U.B. (2006). Patients undergoing total hip arthroplasty : a perioperative pain experience. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 451-458.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D. et Gallow, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 535-45.

3.3. RÉSULTATS SUPPLÉMENTAIRES AU JOUR 2 POSTOPÉRATOIRE

3.3.1. Soulagement de la douleur

En ce qui concerne le soulagement de la douleur, les résultats présentés au tableau 12 ne démontrent pas de différences significatives entre les groupes. Or, les résultats démontrent que l'intensité de la douleur au jour 2 postopératoire est de 4,0 dans le groupe contrôle comparativement à 4,2 dans le groupe expérimental. Il est important de noter qu'une intensité de douleur à 4 sur une échelle de 0 à 10 correspond à un niveau d'intensité modéré. De plus, les participants du groupe expérimental présentaient déjà de la douleur autre que celle en préopératoire. Ceci pourrait expliquer pourquoi l'intensité de la douleur est légèrement plus élevée dans le groupe expérimental.

Tableau 12. Soulagement de la douleur

	Groupe contrôle (n = 17) moyenne (écart-type)	Groupe expérimental (n = 17) moyenne (écart-type)	Valeur p
JOUR 2	4,0 (2,4)	4,2 (1,9)	0,804

Test t de student

3.3.2. Pratique infirmière en évaluation de la douleur

Les résultats présentés au tableau 13 ci-dessous ne démontrent pas de différences significatives entre les groupes en lien avec le nombre d'évaluations de la douleur tant descriptive qu'avec une échelle de mesure. Au jour 2 postopératoire, les infirmières évaluent en moyenne six fois la douleur (évaluation descriptive) et trois fois seulement à l'aide d'une échelle de mesure.

Tableau 13. Nombre d'évaluations descriptives et avec utilisation d'une échelle de mesure

	Groupe contrôle (n = 17) - med (EIQ)	Groupe expérimental (n = 17) - med (EIQ)	Valeur p
Évaluation descriptive			
JOUR 2	5,8 (7,0-5,0)	5,8 (7,0-4,0)	0,865
Évaluation avec utilisation d'une échelle de mesure			
JOUR 2	3,4 (5,0-1,5)	3,7 (5,5-1,0)	0,586

Test de Mann Whitney

3.3.3 Analgésie contrôlée par le patient (ACP)

L'ACP a été une procédure d'administration d'analgésique utilisée au jour 2 postopératoire. Ainsi, au jour 2 postopératoire, 76,5% du groupe contrôle est sous ACP comparativement à 64,7% pour le groupe expérimental.

L'ACP est devenue une technique d'administration de référence depuis les années 1970. Cette procédure d'administration d'analgésique est habituellement utilisée dans les premiers 24 à 48 heures suivant la chirurgie. L'objectif visé est de soulager la douleur avec le moins d'effets secondaires possibles, par des concentrations sériques d'opiacés adaptés à la douleur du patient grâce aux doses délivrées à de brefs intervalles.

L'ACP s'effectue à l'aide d'une pompe à perfusion électronique (D'Arcy, 2007). Ce mode de contrôle de la douleur permet l'auto-administration d'un analgésique opiacé lorsqu'une douleur est ressentie chez un patient. Le système est conçu pour administrer un nombre précis de doses, selon la programmation par le service d'anesthésiologie, en fonction de la condition clinique du patient. Celui-ci n'a qu'à appuyer sur un bouton relié à l'appareil pour recevoir une dose d'analgésie. Le patient désorienté, atteint de troubles cognitifs ou psychologiques, ou encore celui présentant une diminution de l'état de conscience, ne peut bénéficier de ce type d'analgésie.

L'utilisation de l'ACP comporte plusieurs avantages (D'Arcy, 2007). Ainsi, le patient a la possibilité de soulager sa douleur et ne dépend pas de la disponibilité de l'infirmière pour administrer son médicament. Comme il peut recourir à la médication lorsqu'il en a besoin, le soulagement de la douleur est plus rapide, de douleur moins intense et moins de sédation. Les problèmes liés à l'administration PRN sont évités. D'autres effets positifs sont observés telle la mobilisation précoce et une collaboration aux soins facilités, une fonction pulmonaire améliorée grâce à la capacité accrue d'exécuter des exercices respiratoires postopératoires. De plus, d'être maître de l'administration de son analgésie a un effet rassurant pour le patient, ce qui lui permet de jouer un rôle actif dans son processus de guérison.

Cependant, l'utilisation de l'ACP comporte des risques (D'Arcy, 2007). Certains problèmes susceptibles de survenir lors de l'ACP sont dus aux facteurs humains ou techniques. De la part des patients, une préparation et un enseignement adéquat sont des éléments cruciaux pour l'utilisation sûre et efficace des appareils ACP. Le patient doit être en mesure de comprendre le fonctionnement de la pompe et être physiquement capable de localiser et d'appuyer sur le bouton, pour s'auto-administrer la dose. De la part du personnel soignant, la vigilance doit rester rigoureuse lors de la programmation, du branchement, de la surveillance clinique et lors de la transition entre l'ACP et l'analgésie PRN. Dans le cas d'une ACP, les paramètres doivent être évalués aux quatre heures. Une approche cohérente quant à l'évaluation de la douleur à l'aide des échelles de mesure et la documentation de celle-ci est indispensable pour assurer un soulagement optimal de la douleur.

QUATRIÈME CHAPITRE – DISCUSSION

Les thèmes suivants sont abordés soit les hypothèses, les barrières, le cadre de référence, les forces et limites ainsi que les retombées.

L'implantation de pratiques exemplaires en soins infirmiers, particulièrement en évaluation de la douleur, demeure un domaine de recherche peu exploité. Même si ces pratiques exemplaires sont conçues pour aider le personnel soignant et le patient à décider des soins de santé les plus appropriés, l'application de celles-ci en milieu clinique demeure complexe (Ellis *et al*, 2007). Cette complexité est démontree en discutant des trois hypotheses émises dans le cadre de cette étude. De plus, les résultats sont revus à la lumière d'autres études et d'observations terrains.

4.1 HYPOTHESES DE RECHERCHE

4.1.1. Soulagement de la douleur

La première hypothèse voulait que l'application d'une LDPE en évaluation de la douleur augmente le soulagement de la douleur postopératoire chez les patients du groupe expérimental. Cependant, il n'y a pas eu de différences significatives entre les deux groupes. Ces résultats vont à l'encontre de l'étude de Ravaud *et al* (2004) qui soutient que le soulagement de la douleur chez les patients s'améliore après un programme de formation. Leurs résultats démontrent que l'intensité de la douleur postopératoire est diminuée dans le groupe expérimental comparativement au groupe contrôle avec un écart de 2,4% ($p = 0,038$).

Il est important de préciser que dans la présente étude, les deux groupes de patients ne sont pas équivalents en regard de cet aspect. Le groupe expérimental rapportait un niveau de douleur plus élevée (70,6%) que le groupe contrôle (29,4%) en

préopératoire ($p = 0,016$) Selon Warrén Stomberg et Oman (2006), la présence d'une douleur autre que celle à la hanche en préopératoire est à considérer du fait que ces patients pourraient être plus difficiles à soulager en postopératoire. Cette dernière peut être prédictive d'une douleur postopératoire plus intense. Or, les résultats de la présente étude démontrent que les patients du groupe expérimental ont été plus souffrants aux jours 2 postopératoires alors que l'on aurait pu penser que l'écart aurait été plus grand. L'intensité de la douleur sur une échelle de 0 à 10 a été légèrement plus élevée chez le groupe expérimental soit à 4,2 comparativement à 4,0 pour le groupe contrôle. Par contre, ces résultats sont conformes à ce que rapporte Miaskowski (2005), où les patients ressentent une douleur d'intensité modérée à sévère en postopératoire. De plus, au jour 2 postopératoire, la gestion de la douleur est plus complexe car la majorité des patients reçoivent encore la médication par mode ACP et c'est durant ce même jour que débute la médication à partir d'une ordonnance PRN (Bergeron, Bougault et Marchand, 2010)

Aux jours 4 et 6 postopératoires, l'intensité de la douleur mesurée sur une échelle de 0 à 10 diminue progressivement, passant de 3,7 et 3,6 des patients du groupe contrôle comparativement à 3,3 et 3,0 des patients du groupe expérimental. Il y a donc une très faible différence dans chacun des groupes (0,1 et 0,3), mais sans signification clinique. Il est à noter que la différence est légèrement plus grande dans le groupe expérimental.

Les patients devaient évaluer l'intensité de leur douleur à l'aide d'une échelle de mesure et la documenter dans le journal de la douleur aux jours 2, 4 et 6 postopératoires. Même si les patients étaient informés de l'importance d'évaluer leur douleur au moment indiqué ou aussi près que possible de l'heure indiquée sur le journal, ils oubliaient fréquemment de l'inscrire. Ceci rejoint les propos de Pasero et McCaffrey (1996), qui disent que les personnes âgées, en regard à la

gestion de la douleur, ne rapportent pas suffisamment qu'elles sont souffrantes et conséquemment, ne demandent pas toujours leurs analgésiques car elles estiment que le personnel soignant est en mesure de reconnaître leur douleur et d'en évaluer l'intensité. Rappelons que les patients étaient âgés de 68,7 ans dans le groupe contrôle et de 63,9 ans dans le groupe expérimental.

4.1.2. Pratique infirmière en évaluation de la douleur

La deuxième hypothèse postulait que l'évaluation de la douleur, l'utilisation de l'échelle de mesure et sa documentation au dossier patient, seraient plus fréquentes chez les patients du groupe expérimental. Or, il n'y a pas eu de différences significatives entre les deux groupes en regard de la fréquence des évaluations. Il est important de préciser que les résultats obtenus portent sur ce qui a été lu au dossier clinique informatisé. Il est possible, que le personnel soignant ait fait plus d'évaluations de la douleur sans qu'elles soient documentées au dossier. Ainsi, au jour 2 postopératoire, le personnel soignant évalue près de 6 fois la douleur (évaluation descriptive) et 3 fois environ à l'aide d'une échelle de mesure, alors que la moyenne attendue est de 12 évaluations (OIIQ, 2009). Ce phénomène persiste aux jours 4 et 6, même si le nombre d'évaluations attendues est diminué comparativement au jour 2 postopératoire. Les études de MacDonald et Hilton (2001) et de Dalton *et al* (2001) rapportent des résultats similaires et affirment que le personnel soignant ne documente pas convenablement l'intensité de la douleur.

Les résultats de cette étude vont à l'encontre de ceux d'Ellis *et al* (2007) qui soutiennent que les infirmières documentent mieux la douleur des patients au dossier clinique après un programme de formation, même si la présente étude repose aussi sur une activité de mentorat. Cette dernière a démontré des résultats significatifs entre la mesure prise avant et après la formation au niveau de la documentation de l'évaluation descriptive de la douleur, avec un écart de 22% ($p =$

0,022), ainsi qu'au niveau de la documentation et de l'utilisation d'une échelle de mesure avec un écart de 38% ($p < 0,001$). De plus, ces résultats sont demeurés significatifs six mois après la formation. Les résultats de Dalton *et al* (2001) démontrent une tendance significative avec un écart de 0,7% ($p = 0,192$) en regard de la documentation de l'évaluation descriptive de la douleur. Or, Ellis *et al* (2007) et Dalton *et al* (2001) confirment que malgré une amélioration, la douleur demeure peu évaluée sur une base régulière et que les infirmières ne documentent également pas si elles ont utilisé une échelle d'évaluation de l'intensité de la douleur standardisée. Ceci rejoint les observations de la présente étude.

4.1.3. Connaissances des infirmières sur la gestion de la douleur

La dernière hypothèse émise voulait que la formation offerte en vue de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur, améliore les connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur. Toutefois, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes avec des résultats au questionnaire Toronto de 62,9% avant et de 63,6% après le programme de formation. Ces résultats vont à l'encontre de certaines études qui soutiennent que la formation contribue à l'amélioration des connaissances immédiatement après un programme de formation (de Rond *et al*, 2000, 2001). Dans l'étude de de Rond *et al* (2000), au niveau des connaissances sur la gestion de la douleur, la moyenne au test est de 69,1% avant et de 75,8% après le programme de formation. Les résultats sont semblables en 2001, avec une moyenne à 71,1% avant et 77,3% après le programme de formation avec un écart de 6,7% et 6,2% ($p < 0,001$), comparativement à un écart de 1,3% pour cette étude.

Des analyses secondaires, en comparant chacun des items, font ressortir des différences significatives à trois items du questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur. Ainsi, les infirmières acceptent moins le conseil de leurs collègues (item

16), disant de diminuer la dose de morphine, même si le patient a des nausées. Également, les infirmières considèrent qu'elles ont acquises certaines connaissances (item 22) et se perçoivent comme ayant plus de compétences pour gérer plus efficacement la douleur (item 23) de leurs patients. Les résultats vont dans le même sens que les études de de Rond *et al* (2000, 2001). En effet, ces études présentent des résultats significatifs au niveau des connaissances acquises (item 22) ($p < 0,01$) ainsi qu'au niveau de la compétence à gérer plus efficacement la douleur (item 23) ($p < 0,05$). Ces résultats soutiennent que le programme de formation a permis une augmentation des connaissances au niveau théorique, mais non au plan de la pratique.

Notons le faible taux de participation du personnel soignant qui a complété le questionnaire après la formation ($n=25$), comparativement à celui qui l'a complété un mois avant l'intervention de recherche ($n=57$) et ce, malgré le fait que le personnel soignant avait été informé qu'il aurait à compléter à nouveau ce questionnaire et que ce dernier leur avait été remis individuellement un mois après la formation. Il est à noter que le premier questionnaire a été complété avant le début de la formation alors que du temps avait été prévu à cet effet. Ce faible taux s'explique par le fait qu'il a été difficile pour le personnel soignant de le compléter durant les heures de travail.

4.2 BARRIÈRES

Il est reconnu que plusieurs barrières en lien avec l'environnement, le personnel soignant et le patient, limitent le soulagement adéquat de la douleur postopératoire (Botti *et al*, 2004, Idvall *et al*, 2002, Mamas *et al* 2002). Certaines de ces barrières ont été identifiées dans la présente étude. Quelques-unes de ces observations terrain ont été effectuées durant l'activité de mentorat.

En lien avec l'environnement, des changements organisationnels majeurs sont survenus en chirurgie, en même temps que s'est effectuée l'intervention de recherche. Parmi ces changements, le déménagement était prévu lors de la planification du projet tandis que la défusion des unités et la réorganisation du travail ne l'étaient pas. Le déménagement des deux unités où l'expérimentation a eu lieu était prévu dans de nouveaux locaux en septembre 2008. Compte tenu de la désorganisation engendrée par ce déménagement et par la période de vacances du personnel qui débute en juin, les activités de formation pour l'implantation de la LDPE en évaluation de la douleur devaient être finalisées avant ce déménagement. Pour respecter ces contraintes, la période de recrutement du groupe contrôle s'est terminée à la fin avril et ce avant que le nombre de patients souhaités soit atteint.

D'autre part, la défusion de ces deux unités n'était pas prévue lors de la planification de ce projet. Ces unités ont defusionné en mai 2008, avec la création d'un poste d'un chef de soins et services pour chacune des unités. Le chef de soins et services a la responsabilité d'assurer la qualité des soins et services à la clientèle dans le secteur sous sa responsabilité, de planifier, coordonner et contrôler les activités liées à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles. Leur entrée en fonction a impliqué l'appropriation de ce nouveau rôle. Conséquemment, ces personnes n'ont pas été en mesure de prioriser et soutenir l'implantation de la LDPE en gestion de la douleur.

De plus, la pénurie d'infirmières a amené l'imposition du temps supplémentaire et la réorganisation du travail. La surcharge de travail a été soulevée parmi les obstacles à cette étude et va dans le même sens de ce qui est rapporté par Manias *et al* (2002). Pour contrer cette pénurie, la direction des soins infirmiers a imposé une réorganisation du travail. Avant, les infirmières avaient un certain nombre de patients qui leur étaient assignées et travaillaient selon un mode de soins intégraux. La réorganisation du travail implique un modèle en partenariat de soins, c'est-à-dire

que les soins sont dispensés par une équipe formée d'une infirmière, d'une infirmière auxiliaire et d'un préposé aux bénéficiaires, équipe coordonnée par une infirmière. Cette équipe dispense des soins à un plus grand nombre de patients. Ainsi, les activités de soins sont partagées dans l'équipe, tout en respectant les rôles respectifs de chacun, ainsi que la nouvelle description de fonction reliée à leur titre d'emploi. Il est important de mentionner que certaines de ces activités sont partagées avec plus d'un membre de l'équipe de soins et implique que les infirmières soient moins en contact direct avec le patient. En ce qui a trait à la gestion de la douleur, les activités en lien avec son évaluation et le soulagement de celle-ci sont faites par plus d'une personne. Il est possible que ce nouveau mode de fonctionnement perturbe l'application des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur et sa documentation.

Il est néanmoins important de préciser un élément en lien avec l'environnement qui a été favorable à ce projet. La direction des soins infirmiers, dans un souci d'uniformiser la pratique infirmière en gestion de la douleur, a fait le choix d'utiliser des échelles de mesure de 0 à 10 et a entériné la diffusion d'un outil en format vertical plastifié recto-verso, regroupant les quatre échelles d'intensité de la douleur, soit l'EVA, l'EV, l'ED et l'EN (Bourgault et Grégoire, 2007). Dans cette foulée, elle a accepté de défrayer les coûts de la formation selon les règles de l'établissement.

D'autres barrières ont été identifiées, plus spécifiquement en lien avec les professionnels de la santé. Avant la formation, le personnel soignant pouvait documenter l'évaluation de la douleur, soit au dossier clinique ou au dossier informatisé. L'activité de formation visait à changer la pratique infirmière en évaluation de la douleur par l'utilisation des échelles de mesure standardisées et par sa documentation au dossier informatique. La semaine suivant la formation, certains changements dans l'outil informatique ont été effectués sur la façon de documenter

l'évaluation de la douleur. Ainsi, même si le personnel soignant avait été avisé de ces changements lors de la formation, il trouvait difficile de devoir documenter l'évaluation de la douleur seulement au dossier informatisé, car cela nécessitait d'inscrire les informations sur plusieurs tableaux informatiques. Donc, un outil peu convivial a probablement nuit à la documentation de la douleur.

Ainsi, dans la présente étude, des barrières organisationnelles et professionnelles, telles que la fusion des unités de chirurgie avec l'arrivée de deux nouveaux chefs de soins et services, le déménagement, la réorganisation du travail ainsi que l'outil informatique non fonctionnel, ont probablement eu un impact sur le projet de la gestion de la douleur. Donc, ceci peut expliquer pourquoi les trois hypothèses ont été rejetées puisque le personnel soignant n'était probablement pas disponible suffisamment pour mettre en place les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur.

4.3 CADRE DE RÉFÉRENCE

Le modèle de mise en place d'une LDPE telle que suggéré par l'AIIO (2002b) a servi de cadre de référence pour l'implantation des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur postopératoire. Ce dernier s'est avéré un aide structurant, efficace pour la présente étude, cependant le peaufinement d'une étape a été nécessaire afin de l'opérationnaliser. Suivre les différentes étapes suggérées par le modèle a permis un déroulement logique et clair pour structurer l'intervention de recherche dans le milieu clinique. À l'étape de la préparation du lieu de travail, des échanges avec le chef de soins et services ont permis d'organiser et planifier les activités de formation. Ensuite, le personnel soignant a été rencontré afin d'expliquer en quoi consistait le projet de recherche. En regard de cette étape, les stratégies utilisées ont été insuffisantes car il y a eu plus de changements organisationnels que prévus. Il ressort de cette expérience que les facteurs

organisationnels sont à considérer comme étant des incontournables car ils influencent le succès ou l'échec du changement des pratiques. Il aurait été avantageux que cette étape, préparation du milieu de travail, s'inscrive dans un processus continu. Cela aurait favorisé la communication des changements au fur et à mesure de leur décision.

L'étape de la stratégie de mise en place d'une LDPE a nécessité une attention particulière. Il a été nécessaire de faire un travail pour établir un pont entre les aspects conceptuels du modèle et son opérationnalisation. Ainsi, les stratégies de mise en place retenues ont été de la formation et du mentorat. Ces activités ont permis de développer et renforcer de nouvelles connaissances sur la LDPE en évaluation de la douleur.

4.4 FORCES ET LIMITES

Une des forces que l'on peut attribuer à cette étude provient du choix du devis. Ce type de devis a permis d'évaluer l'effet de l'intervention de recherche (formation et mentorat) sur la pratique infirmière et chez les patients. De plus, ce devis a permis d'éviter un biais de contamination entre les patients. Le risque de contamination provenait du fait que les patients étaient pris en charge par le même personnel infirmier, sur deux unités de soins. Il était impossible que le personnel infirmier formé n'ait aucun échange, ni influence avec le personnel infirmier non formé (Burns et Grove, 2005). De plus, l'ajout d'un groupe contrôle servant de comparaison a également renforcé la validité des résultats obtenus (Burns et Grove, 2005).

Une des limites à cette étude est liée à la taille de l'échantillon. La petite taille de l'échantillon peut expliquer pourquoi les résultats n'ont pas eu d'effets significatifs sur l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur. Il est à noter que

l'intervention de recherche étant également une partie importante dans ce projet de maîtrise, elle devait être complétée avant les vacances d'été, c'est-à-dire avant le mois de juin. Pour respecter cette contrainte, la période de recrutement du groupe contrôle s'est terminée avant d'atteindre le nombre attendu. Il fallait 30 patients. On peut se demander, si ce nombre avait été atteint, est-ce que les résultats auraient été significatifs? De plus, dans le calcul de la taille de l'échantillon, il est possible qu'un écart de 4, correspondant à un intervalle entre les niveaux d'intensité de la douleur, n'était pas trop grand.

La formation visait à changer la pratique infirmière en évaluation de la douleur. La notion d'apprentissage est en soi une démarche évolutive et parfois difficile, surtout lorsque la formation vise le changement des comportements (Rivard, 2009). Parmi les objectifs visés, celui de documenter de façon standardisée et informatisée n'a pas été atteint en totalité. Il aurait été approprié de considérer que de documenter l'évaluation de la douleur de façon standardisée est un objectif en soi et que celui de documenter l'évaluation de la douleur dans un outil informatique est un deuxième objectif. En prenant en compte que deux objectifs sont visés plutôt qu'un seul, on peut questionner si la durée de la formation, deux heures, a été insuffisante pour atteindre ces objectifs. Lors de l'activité du mentorat, beaucoup de temps a été consacré à répondre à des questions concernant l'outil informatique alors que leur pratique en évaluation de la douleur n'était pas optimale.

Toutefois, le personnel soignant a beaucoup apprécié l'activité de formation et de mentorat. Avec l'approche andragogique, il a été possible de considérer les besoins et l'expérience des participants. De plus, le climat d'écoute et de respect de chacun ainsi suscité, a favorisé une grande participation des apprenants. Ainsi, durant ces activités, certains d'entre eux ont posé des questions sur l'utilisation des échelles de mesure de la douleur, la surveillance des autres paramètres vitaux, ainsi que du rôle

attendu en lien avec l'évaluation de la douleur. Par contre d'autres ont fait part de leurs inquiétudes face à l'utilisation de l'outil informatisé.

La traduction du questionnaire Toronto a été effectuée avec rigueur, de façon à assurer une version française équivalente à la version originale anglaise, ce qui constitue une force (Bolduc *et al*, 2009). La version française ainsi produite aurait pu être testée auprès de quelques infirmières francophones. Des consignes précises ont été présentées avant de compléter ce questionnaire. Cependant, quelques contraintes ont été rencontrées lorsque le personnel infirmier a eu à compléter ce questionnaire lors de la formation et un mois après. Certains items ont été répondus par un « oui » ou un « non » au lieu de faire un trait pour indiquer le niveau d'accord selon une EVA. Le taux de réponse aux items de l'ensemble des questionnaires est de plus de 99%. Parmi celles-ci, des réponses ont été le plus souvent manquantes aux trois items suivantes : 1) à quelle fréquence donner des analgésiques à un patient souffrant de douleur chronique, 2) s'il pouvait être distrait de sa douleur, jusqu'à quel point les infirmières de votre unité sont-elles en accord avec votre façon de gérer la douleur de vos patients et 3) jusqu'à quel point les médecins de votre unité sont-ils en accord avec votre façon de gérer la douleur de vos patients. De plus, parmi le personnel infirmier, certains trouvaient que le temps requis pour compléter le questionnaire était trop long.

En lien avec le journal de la douleur, l'étudiante chercheuse retournait voir les patients aux jours 2, 4 et 6 postopératoires afin de s'assurer de leur compréhension face à l'évaluation de la douleur et de l'inscription de l'intensité de la douleur dans le journal. Malgré ces visites, il semble difficile pour les patients de respecter la consigne de compléter le journal au moment indiqué ou aussi près que possible de l'heure indiquée, ce qui constitue une limite.

L'instrument de mesure de la douleur en format vertical plastifié recto-verso, regroupant les quatre échelles de l'intensité de la douleur, soit l'EVA, l'EV, l'ED et l'EN, a été un élément important qui a été abordé lors de la formation. En lien avec les recommandations, des consignes claires ont été présentées afin que les infirmières puissent utiliser les échelles de mesure pour évaluer l'intensité de la douleur et suivre son évolution d'une façon adéquate. Cependant, malgré que ces échelles soient accessibles et facilement utilisables, le personnel soignant semble peu les utiliser dans cette étude et durant cette période de changement.

Dans le déroulement de cette étude, quelques forces sont à souligner. Cette étude a été soutenue financièrement par l'établissement. Un budget concernant la rémunération du personnel ainsi que le matériel utilisé a été autorisé par les soins infirmiers de l'établissement. De plus, le PAFI a accordé une subvention pour la réalisation de ce projet de recherche. La lettre d'appui à l'étude et de confirmation de la subvention PAFI est présentée à l'annexe K. De plus, soulignons l'excellente collaboration de la direction des soins infirmiers et du personnel des unités de soins en chirurgie.

4.5. RETOMBÉES

Au niveau de la recherche, les questions de cette étude demeurent sans réponse. Il serait pertinent de poursuivre l'étude, afin d'atteindre la taille de l'échantillon souhaitée, en vue d'en vérifier les hypothèses. Pour la pratique infirmière, le cadre de référence utilisé pour l'implantation d'une LDPE est structurant et la communauté infirmière peut y référer pour toute implantation d'une LDPE. Cependant, cette étude a contribué à valider l'utilité de ce modèle en ressortant le besoin de peaufinement pour opérationnaliser l'étape de mise en place ainsi que celle de la préparation du milieu de travail. Par ailleurs, dans ce projet, en plus du modèle de pilotage du changement de l'AIIOA (2002b), il aurait été intéressant

d'envisager d'autres modèles de pilotage se rapportant au processus de changement Ceci aurait permis d'utiliser des stratégies visant, par exemple, la mise en place d'un comité de pilotage, la formation d'agents de changement ou encore de personnes ressources et auraient davantage soutenu le personnel soignant à mieux s'approprier de la nouvelle pratique sur la LDPE en évaluation de la douleur. De plus, le phénomène du soulagement de la douleur au jour 2 postopératoire est complexe et différent de celui des autres jours postopératoires Il mériterait d'être étudié

Au niveau de la pratique infirmière, maximiser l'efficacité de la formation tout en assurant le juste à temps des compétences favorisant l'intégration des apprentissages au plan de la pratique clinique est nécessaire Ainsi, malgré des résultats mitigés, il est primordial de poursuivre l'implantation de cette pratique exemplaire avec une approche andragogique en regard du contexte organisationnel.

Socialement, les patients ont besoin de soutien Le personnel soignant doit continuer à faire participer les patients à l'évaluation de leur douleur et tout le processus de la gestion Si ces derniers sont mieux soulagés, ceci favorisera une mobilisation plus rapide, un retour à leur autonomie et ainsi éviter la prolongation de leur séjour

4.6 CONCLUSION

En résumé, les trois hypothèses n'ont pas été confirmées Cela peut s'expliquer par des barrières organisationnelles et professionnelles Le cadre de référence, pour sa part, comporte différentes étapes et celle qui concerne la stratégie de mise en place d'une LDPE a nécessité de faire un travail pour établir un pont entre les aspects conceptuels du modèle et son opérationnalisation. Celle concernant la préparation du lieu de travail aurait également été souhaitable Ainsi, les principes de

l'approche pédagogique et andragogique ont été privilégiés pour satisfaire aux besoins spécifiques de cette étude. Néanmoins, le choix du devis est l'une des forces que l'on peut attribuer à cette étude. Par contre, la petite taille de l'échantillon est une limite et a probablement eu un impact. Enfin, plusieurs retombées nécessiteront le développement de recherches plus poussées en sciences infirmières. Plus spécifiquement, le phénomène en regard du soulagement de la douleur au jour 2 postopératoire mériterait d'être exploré plus en profondeur. Ces recherches contribueront à l'avancement des connaissances et auront directement ou indirectement une incidence sur la pratique clinique.

RÉFÉRENCES

- Agency for Health Care Policy and Research (1992). Acute pain management : Operative or medical procedures and trauma. *Clinical practice guideline*. Rockville, MD : AHCPR.
- American Pain Society Quality of Care Committee (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*, 274, 1874-80.
- American Society of Pain Management Nurses (2002). Core Curriculum for Pain Management Nursing. Saunders : Philadelphia, Pa.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2002a). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation et prise en charge de la douleur*. Ontario. [http : //www.rnao.org](http://www.rnao.org).
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2002b). *Trousse sur la marche à suivre: Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). *Mises en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires*.
- Aubrun, F. (2008). *Anesthésie analgésie et réanimation du patient âgés*. Éditions Arnette: Paris.
- Bergeron, D.A., Bourgault, P., Leduc, G. et Marchand, S. (2008). Étude descriptive sur la gestion de la douleur en postopératoire. *Pain Research and Management*.
- Bergeron, D.A., Bourgault, P. et Marchand, S. (2010). The Transition Process from Patient-Controlled Intravenous Analgesia to As-Needed Analgesia in Postoperative Situations - A Preliminary Cook at the Issue. *The Internet Journal of Pain, Symptom Control and Palliative Care*, 8(1).
- Bieri, D, Reeve, R.A., Champion, G.D., Addicoat, L. et Ziegler, J.B. (1990). The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*, 41(2), 139-50.
- Bijur, P.E., Silver, W. et Gallagher, E.J. (2001). Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic Emergency Medicine*, 8, 1153-7.

- Bolduc, N., Bourgault, P., Michaud, C. et Lapré, J. (2009). Questionnaire de Toronto sur la gestion de la douleur. *IV^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers*. Marrakech, Maroc, 8 juin.
- Botti, M., Bucknall, T. et Manias, E. (2004). The problem of postoperative pain: Issues for future research. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 257-63.
- Bourgault, P. et Grégoire, M. (2007). *Impact d'une formation sur l'évaluation de la douleur au triage*. Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 2007. Montréal, Québec: 13 novembre.
- Brauer, C., Morrison, R.S., Silberzweig, S., Stacey, B. et Siu, A. (2000). The Cause of Delirium in Patients With Hip Fracture. *Archives of Internal Medicine* 160, 1856-60.
- Burns, N. et Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research*. Elsevier Saunders : St-Louis, Missouri.
- Charest, J., Lavignole, B., Chenard, J.R., Provencher, M. et Marchand, S. (1994). École interactionnelle du dos. *Rhumatologie*, 46(8), 221-37.
- Choinière, M. et Taillefer, M.C. (2005). L'évaluation de la douleur. In P. Beaulieu (dir.), *Pharmacologie de la douleur* (p.325-352). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cogan, J., Velly, A., Choinière, M., Roy, C., Robinson, A., Ducruet, T. *et al.* (2002). The Quebec POP-Man study-Epidemiology of pain after different types of surgery (Post-operative Pain management). *10th World congress on Pain*, San Diego, Californie, E-U, 17 au 22 août.
- Dalton, J., Carlson, J., Blau, W., Lindley, C., Greer, S.M. et Youngblood, R. (2001). Documentation of Pain Assesment and Treatment : How Are We Doing? *Pain Management Nursing*, 2(2), 54-64.
- D'Arcy, Y. (2007). Patient Safety Issues With Patient-Controlled Analgesia. *http : //www.medscape.com*. 7 (1).
- de Rond, M. E., de Wit, R., van Dam, F. S. et Muller, M. J. (2000). A pain monitoring program for nurses: Effect on the administration of analgesics. *Pain*, 89(1), 25-38.

- de Rond, M., de Wit, R. et van Dam, F. (2001). The implementation of a pain monitoring program for nurses in daily clinical practice: Results of a follow-up study in five hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 590-8.
- Dihle, A., Bjolseth, G. et Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of clinical Nursing*, 15, 469-79.
- Ellis, J.A., McCleary, L., Blouin, R., Dubé, K., Rowley, B., MacNeil, M. *et al* (2007). Implementing Best Practice Pain Management. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(4) 264-77.
- European Society of Regional Anaesthetists and Pain Therapy. (2004). Postoperative pain management - good clinical practice. Disponible sur le World Wild Web : www.esraeurope.org/postoperativepainmanagement.pdf
- Field, M. J. et Lorh, K. N. (1990). *Clinical practice guidelines : Directions for a new program*. National Academies Press : Washington, DC.
- Gallagher, E.J., Bijur, P.E., Latimer, C. et Silver, W. (2002) Reliability and validity of a visual analog scale for acute abdominal pain in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*, 20, 287-90.
- Girdhari, S. et Smith, S. K. (2006). Assisting older adults with orthopaedic outpatient acute-pain management. *Orthopaedic Nursing*, 25(3), 188-95.
- Goldstein, N.E. et Morrison, R. (2005). Treatment of pain in older patients. *Critical Reviews in Oncology Hematology*, 54, 157-64.
- Grossi, E., Borghi, C., Cerchiari, E.L., Della Puppa, T. et Francucci, B. (1983). Analogue Chromatic Continuous Scale (ACCS): A new method for pain assessment. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 1, 337-40.
- Guardini, I., Talamini, R., Fiorillo, F., Lirutti, M. et Palese, A. (2006). The effectiveness of continuing education in postoperative pain management : results from a follow-up study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(6) 281-8.

- Herr, K.A., Spratt, K., Mobility, P.R., et Richardson, G. (2004) Pain intensity assessment in older adults : use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clinical Journal Pain*, 20 (4), 207-19.
- Herr, K.A., Titler, M.G., Schilling, M.L., March, J.L., Ardery, G., Clarke, W.R. *et al* (2004). Evidence-Based Assessment of Acute Pain in Older Adults. *Pain*. 20(5), 331-40.
- Hicks, C.L., von Baeyer, C.L., Spafford, P.A., van Korlaar, I. et Goodenough, E. (2001). The Faces Pain Scale- Revised : toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93, 173-83.
- Idvall, E. (2002). Post-operative patients in severe pain but satisfied with pain relief. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 841-2.
- International Association for the Study of Pain (2008). *Systematic Reviews in Pain Research Methodology Refined*, edited by Henry J. McQuay, Eija Kalso, and R. Andrew Moore, IASP Press, Seattle.
- Jensen, M.P., Karoly, P. et Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain*, 27, 117-26
- Jensen, M.P., Karoly, P., O'Riordan, E.F., Bland, F., Jr., et Burns, R.S. (1989) The subjective experience of acute pain : assessment of the utility of 10 indices *Clinical Journal of Pain*, 5, 153-159.
- Le Bars, D. et Willer, J.-C. (2004). Physiologie de la douleur. *Anesthésie Réanimation*, 1, 227-66.
- Lewis, M.S., Heitkemper, M.M. et Dirksen, S.R. (2003) *Soins Infirmiers Médecine-Chirurgie*. Beauchemin, éditeur ltée: Montréal, Canada.
- MacDonald, V. et Hilton, B.A. (2001). Postoperative Pain Management in Frail Older Adults. *Orthopaedic Nursing*, 20(30) 63-76.
- Macrae, W. A. (2001). Chronic pain after surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 88-98.
- Manias, E., Botti, M. et Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management--the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 724-33.

- Manias, E., Bucknall, T. et Botti, M. (2004). Assessment of Patient pain in the Postoperative Context. *Western Journal of Nursing research*, 26(7), 751-69.
- Manias, E., Bucknall, T. et Botti, M. (2005). Nurses' Strategies for Managing Pain in the Postoperative setting. *Pain Management nursing*, 6(1), 18-29.
- Manias, E., Bucknall, T. et Botti, M. (2006). Patients' Decision-Making Strategies for Managing Postoperative Pain. *The Journal of Pain*, 7(6), 428-37.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur (2^e Édition)*. Chenelière/McGraw-Hill: Montréal, Canada.
- McCaffrey, M. et Pasero, C. (1999). *Pain: clinical manual (2nd Edition)*. Mosby : St. Louis, MO.
- Melzack, R. et Wall, P.D. (1989). *Le défi de la douleur*, Edisem Inc., New York : Basics Books.
- Merskey, H. et Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain. Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy*. IASP Press: Seattle.
- Miaskowski, C. (2005). Patient-controlled modalities for acute postoperative pain management. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 20(4), 255-67.
- Millan, M.J. (2002). Descending control of pain. *Progress in Neurobiology*, 66, 355-474.
- Morrison, R.S., Magaziner, J., McLaughlin, M.A., Orosz, G., Silberzweig, S.B., Koval, K.J. *et al.* (2003). The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain*, 103, 303-11.
- Morton-Cooper A. et Palmer A. (2000). *Mentoring, Preceptorship and Clinical Supervision (2nd Edition)*. Blackwell Oxford: UK.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - OIIQ (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - OIIQ (2004). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (1^{ère} Édition)*. Montréal.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - OIIQ (2009). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (2^e Édition)*. Montréal.
- Paice, J.A. (2007). Pharmacokinetics, pharmacodynamics and pharmacogenomics of opioids. *Pain Management Nursing*, 8(3), 52-5.
- Pasero, C.L. et McCaffrey, M. (1996). Managing Postoperative Pain in the Elderly. *American Journal of Nursing*, 96(10), 39-45.
- Perkins, F. M. et Kehlet, H. (2000). Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology*, 93(4), 1123-33.
- Potter, P.A. et Perry, A.G. (2005). *Soins Infirmiers (2^e Édition)*. Beauchemin: Montréal, Canada.
- Quality of Practice Committee (1994). *Guidance for Purchasers of Anaesthetic Services*. Royal College of Anaesthetists: London.
- Quinn, F. (2000). *Principles and Practice of Nurse Education (4^e Édition)*. Nelson Thornes : London, UK.
- Ravaud, P., Keïta, H., Porcher, R., Durand-Stocco, C., Desmonts, J.M. et Mantz, J. (2004). Randomized clinical trial to assess the effect of an educational programme designed to improve nurses' assessment and recording of postoperative pain. *British Journal of Surgery*, 91, 692-8.
- Registre Canadien des remplacements articulaires (2009). *Rapport annuel de 2008-2009 du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA)*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Ricard, D. (1992). Le modelage du comportement. In R. Tessier et X. Tellier (dir.), *Changement planifié et développement des organisations* (p. 459-492). Sillery: Presses de l'Université du Québec (Tome VII).
- Rivard, P. (2009). *La gestion de la formation en entreprise*. Presses de l'Université du Québec, Québec.
- Société canadienne de la douleur (2005). *Norme D'Agrément sur l'Évaluation et le Traitement de la Douleur : Passons à l'action*.
- Stuppy, D.J. (1998). The Faces Pain Scale reliability and validity with mature adults. *Applied Nursing Research*, 11(2), 84-9.

- Turk, D.C. et Melzack, R. (2001). *Handbook of Pain Assessment*. The Guildford Press: New York, London.
- Twycross, A. (2002). Educating nurses about pain management: The way forward. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 705-14.
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-80.
- Vaurio, M., Linnea, E., Sands, C., Laura P., Wang, Y., Mullen, E.A. *et al.* (2006). Postoperative Delirium : The Importance of Pain and Pain Management. *Anesthesia and Analgesia*, 102(4), 1267-73.
- Warrén Stomberg, M. et Oman, U.B. (2006). Patients undergoing total hip arthroplasty: a perioperative pain experience. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 451-8.
- Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B. et Streiner, D. (2000). The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research*, 49(4), 191-200.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D. et Gallow, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 535-45.

ANNEXE A

Formation

OBJECTIFS

La formation vise à :

- Reconnaître le patient en douleur,
- Implanter les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur aiguë
- Utiliser les outils cliniques appropriés pour évaluer la douleur
- Documenter de façon standardisée et informatisée

Être en mesure d'assurer une surveillance clinique et des soins sécuritaires auprès de la clientèle

PROGRAMME

Le plan de présentation

- La problématique
- Mises en bouches douloureuses
- Les pratiques exemplaires
- Le concept de la douleur
- L'évaluation de la douleur
- Le soulagement de la douleur

CHUS

Des gens de soins et d'excellence

**Le Service de développement
des ressources humaines**

vous invite à une
formation sur :



**Une pratique exem-
plaire en évaluation
de la douleur**

DATES :

29 avril 2008

Groupe 1 : 13h00 à 15h00

Groupe 2 : 16h30 à 18h30

30 avril 2008

De : 16h30 à 18h30

01 mai 2008

De : 08h15 à 10h15

DURÉE TOTALE : 2 heures

LIEU :

Auditorium Hôtel-Dieu

CONTEXTE

Dans le cadre de mon projet de maîtrise, cette formation vise l'implantation d'une pratique exemplaire en évaluation de la douleur et permettra aux infirmières en chirurgie d'assurer une gestion de la douleur de manière plus optimale et reconnaître ce paramètre comme étant le 5^{ème} signe vital.

PERSONNE-RESSOURCE

Madame Johanne Lapré est conseillère cadre clinicienne du programme-clientèle de soins chirurgicaux à la Direction adjointe des soins infirmiers.

FEUILLE DE PRÉSENCE

Chaque participant devra inscrire sur sa feuille de présence :

- Dans la colonne «**heures/suppl.**» :
2h00

FOR

- Dans la colonne «**unité adm.**» :
17112

CLIENTÈLE VISÉE

Cette formation s'adresse aux infirmières et infirmières auxiliaires du programme-clientèle de soins chirurgicaux au 3^e A – 4^e A de l'Hôtel-Dieu.

ATTESTATION


Cette formation représente .3 unité d'éducation continue (U.É.C.) qui sera enregistrée dans votre profil personnel de formation.

(Une unité d'éducation continue correspond à dix heures de participation à une activité structurée de formation et d'éducation continue)

**Important
Autre particularité**

Veillez prendre note que s'il survient des besoins de remplacement majeurs, vous serez dirigé là où votre présence est nécessaire.

RENSEIGNEMENTS



Les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur aigue

Johanne Lapre, inf, Msc (candidate) et
 Conseillere Cadre Clinicienne
 programme clientele chirurgie
 Directrices de recherche
 Nicole Bolduc, inf, Msc
 Patricia Bourgault, inf, Ph D

Avril 2008

Objectifs de la formation

- Reconnaître le patient en douleur
- Implanter les pratiques exemplaires en evaluation de la douleur aigue
- Utiliser les outils cliniques appropriés pour evaluer la douleur
- Documenter de façon standardisee et informatisee
- Être en mesure d'assurer une surveillance clinique et des soins securitaires aupres de la clientele

2

Plan de la présentation

- La problematique
- Mises en bouches douloureuses
- Les pratiques exemplaires
- Le concept de la douleur
- L'évaluation de la douleur
- Le soulagement de la douleur

3

Plan de la presentation

La problématique

4

Contexte - local

Dans son dernier rapport (2004), le Conseil canadien d'agrement des services de sante recommandait que le CHUS

« elabore une echelle normalisee de la douleur et adapte la formation du personnel en fonction de celle-ci »

La recommandation s'appliquait a 7 des 11 equipes rencontrées

5

Contexte - provincial

Rapport d'investigation du coroner (2006)

Recommandation aux directeurs des soins infirmiers des centres hospitaliers du Quebec

« qu'ils s'assurent que le personnel infirmier ait à leur disposition une fiche de surveillance pour chaque patient qui reçoit des narcotiques avec des echelles qui permettent de rapidement determiner le niveau de douleur, de somnolence, d'effets secondaires et de facteurs de risque et qui precisent avec un seul coup d'oeil la conduite à tenir en fonction des parametres observes chez le patient » (p 12 de 19)

6

Surveillance des patients (rapport du Coroner)

Situation	Surv douleur	Methodes	Surveillance (methode)	Renforcements	Satisfaction	Frequence resp. auto re
1	O	Echelle	Non	Absent	Ou	Non
2	Non		O (echelle)	Non	Non	Ou
3	Non		Non	Renforcement obscure	Non	O
4	Non		Non	Ou	Non	Ou
5	Non		Non	Ou	Non	Ou
6	Absent		Absent	Ou	Absent	Absent
7	Non		O	Absent	Non	Ou (1 fois)
8	Non		Non	Ou	Non	Non
9	O	Sans gradation	Non	Ou	Ou (1 fois)	Non
10	Ou	Sans gradation	Non	Ou	Ou (1 fois)	Non
11	Non		Non	Ou	Non	Non
12	O	Sans gradation	Non	Non	Non	Ou

(MSSS 2006)

Contexte - national

La Société canadienne de la douleur *Normes d'agrement sur l'évaluation et le traitement de la douleur Passons à l'action!* (2005)

Les patients ont droit au meilleur soulagement possible pour leurs douleurs

La douleur aiguë qui n'est pas soulagée compromet la guérison

Une évaluation régulière est essentielle pour une gestion efficace de la douleur

Le traitement de la douleur implique les patients, leurs familles et les professionnels de la santé



Contexte - international

Depuis 1995 l'American Pain Society recommande que la douleur devienne le 5^e signe vital!

APS has created the phrase *Pain: The 5th Vital Sign*™ to elevate awareness of pain treatment among health care professionals » Campbell (1995)

To Improve Pain Assessment and Treatment

- 1 Consider pain the fifth vital sign and assess patients for pain every time you check for pulse, blood pressure, core temperature, and respiration
- 2 Urge your colleagues to take their patients' complaints of pain seriously. Remind them not to put patients in the position of asking for a favor when they want pain relief.
- 3 Inform patients that they deserve to have their pain evaluated and treated.



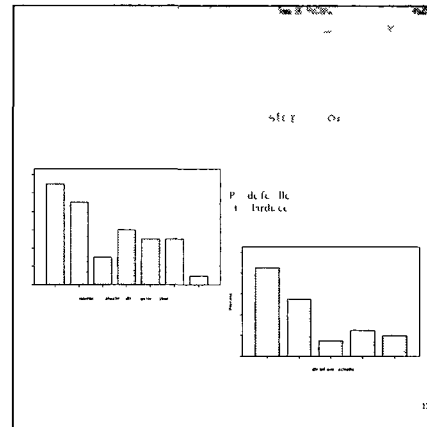
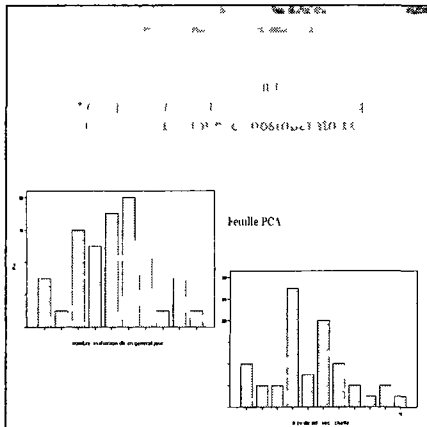
APS

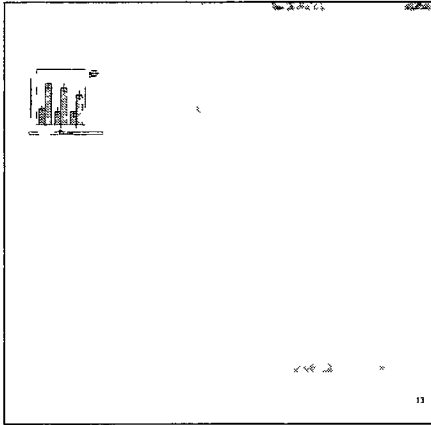
http://www.ampsonline.org/abstracts

Chirurgie

EXPLORER LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN REGARD DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR EN POSTOPÉRATOIRE

P. BOURGALTY, D. BERGERON,
G. LEDUC et S. MARCHAND
(en préparation)





13

Plan de la presentation

Mises en bouches douloureuses

14

Mises en bouche douloureuses

Situation qui n'existe pas ou presque

Situation souhaitée

Mathieu (2008)

15

Plan de la présentation

Les pratiques exemplaires

16

Qu'en est-il?

La ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE), également appelée guide de pratique clinique (GCP), est un ensemble « d'énoncés systématiquement conçus pour aider le praticien et le patient à décider des soins de santé appropriés aux situations cliniques particulières »

Field et Loh (1990)

17

La mise en œuvre

Les infirmières ont besoin de LDPE pour améliorer les résultats chez les patients et rendre les soins de santé plus efficaces et efficaces

Les infirmières désirent offrir des soins de santé de qualité aux patients

Les LDPE sont des outils efficaces et robustes qu'elles peuvent utiliser pour atteindre leurs objectifs

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004)

18

Le succes attribuable

Previennent les complications et font progresser les interventions infirmieres influant sur les resultats cliniques

Ameliorent les connaissances pour le patient et les infirmieres et les resultats pour la sante fonctionnelle des patients

Accroissent la satisfaction du patient ou sa perception des soins reçus

Continuent d'être utilisees a la suite de la mise en œuvre

du CAHSA (2004)

9

Pourquoi soulager la douleur?

Guerson

Mobilisation

Preservation immunitaire

Sommeil

Collaboration

10

RNAO, 2002

(Registered Nurses Association of Ontario)

- Dépistage de la douleur
- Paramètres d'évaluation de la douleur
- Évaluation complète de la douleur
- Réévaluation et évaluation de la douleur en cours
- Documentation de l'évaluation de la douleur
- Communication des résultats d'une évaluation de la douleur

11

Les barrières au soulagement de la douleur

Organisation

Manque de formation continue

Manque d'outils de mesure standardisés

Professionnels de la santé

Évaluation inadéquate de la douleur

Documentation insuffisante de la douleur au dossier

Connaissance insuffisante de la douleur et de la gestion

Patient

Évaluation inadéquate de la gestion de sa douleur

Connaissance insuffisante de son rôle dans la gestion de sa douleur

Botte et al. 2004

Idvall et al. 2002

Manas et al. 2002

12

Plan de la présentation

Le concept de la douleur

23

Définition

Expérience **sensorielle** et **émotionnelle**

désagréable résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en de tels termes

Expérience subjective

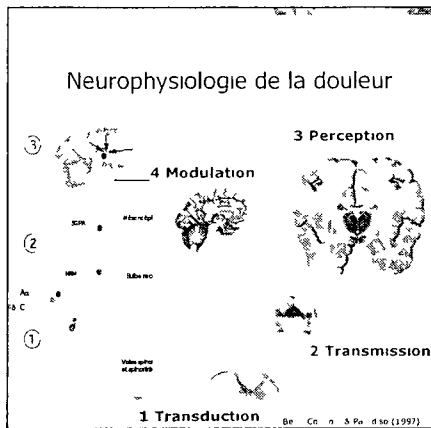
Associée à notre perception de l'événement et influencée par nos expériences passées

Seule la personne qui expérimente la douleur est en mesure de la décrire

International Association for the Study of Pain (1979)

McCaffery et Pasero (1999)

24



Les composantes de la douleur

Sensorielle (intensité)
 Cognitive (croyances personnelles et spirituelles, culture)
 Affective (desagrément)/Emotionnelle
 Comportementale (expression de la douleur)

Nous mesurons une _____ soit
 ou le comportement au besoin

McCaffery et Pasero (1999)

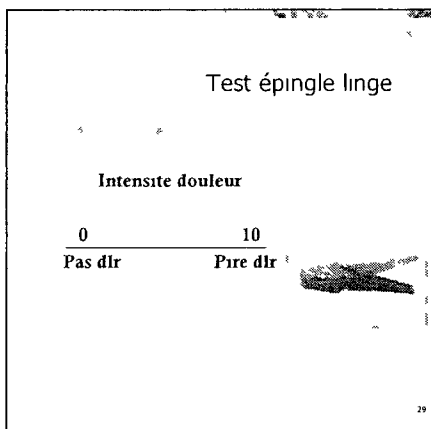
Classification de la douleur

Fonction de la durée (temps)
 Aigue
 Chronique

Fonction de l'origine
 Nociceptive
 Somatique
 Viscerale
 Neurogene
 Cancereuse

Plan de la presentation

L'évaluation de la douleur



Activités réservées aux infirmières

Evaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
 Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du PTI
 Initier des mesures diagnostics et thérapeutiques, selon une ordonnance

OIIQ (2003)

Activités réservées aux infirmières auxiliaires

Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins

Prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir, de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs

OIIQ (2004)

31

Outils d'évaluation de la douleur

Echelle 0 à 10

Simple à utiliser

Évaluation rapide

Facile à documenter

Multiculturelle et multilingue

Adaptée aux enfants, adultes et personnes âgées

Validée auprès de multiples populations

Scientifiquement acceptable



Année 2003, Université de Montréal, HEC (1998) 32

Sedation Agitation Scale (SAS) Échelle de sédation et d'agitation

Qualificatif	Description	Score
Actif tout à fait éveillé	Très réactif et alerte, se réveille facilement, les réflexes sont de premier ordre, répond à des appels de son nom	7
Tout à fait éveillé	Il se réveille à la fois des rappels verbaux et que si besoin de réactifs physiques, mais la soif d'endormir est	6
Agitation	Il se réveille à l'appel, mais se calme suite à des rappels verbaux	5
Calme et collaboratif	Calme, se réveille facilement et suit les consignes	4
Sédation	Difficile à réveiller, se réveille aux stimuli verbaux ou à la stimulation légère, mais se rend compte de son état, et suit des ordres simples	3
Sédation profonde	Se réveille aux stimuli physiques, mais ne comprend rien, ne répond pas ou ne répond qu'à un stimulus. Peut bouger spontanément	2
Aucune réaction	Plus aucune réaction aux stimuli douloureux, ne comprend rien, ne répond pas aux commandes	1

34

Documentation/ outil clinique informatisé

Douleur = 5^e signe vital
American Pain Society, 1995

Outil clinique informatisé (suite)

Évaluation de l'intensité de la douleur de 0 à 10

Évaluation de la sédation (SAS)

Évaluation complète de la douleur (PQRST)

Élaboration d'une échelle d'observation comportementale

35

Outil clinique informatisé (suite)

Entrevue données subjectives

- P Facteurs provocants / atténuants
 - Q Qualité (caractéristiques)
 - R Région / localisation / irradiation
 - S Sévérité / intensité / symptômes associés
 - T Aspect temporel / début, durée et progression (constante, intermittente, progressive)
 - U Understanding (signification personnelle)
- Unacceptable (inacceptable / objectif de confort)

Examen physique données objectives

- Inspection
- Palpation
- Percussion
- Auscultation

Jarvis C. (2004)

36

Au CHUS, quand faut-il évaluer la douleur?

Évaluation complète de la douleur

Lors de l'admission d'un nouveau patient
Douleur inattendue et sévère accompagnée de signes physiologiques (4 PA + 1 FC)
Douleur provient d'une région non reliée à la maladie ou à la chirurgie

Évaluation de la douleur 0 à 10 minimalement q 8 h avec les signes vitaux

Évaluation avant la médication contre la douleur et réévaluation suite à l'analgesie

Évaluation selon le jugement clinique l'état du patient ou la prescription médicale

37

Surveillance clinique des clientes recevant des opiacés au CHUS

Lors de l'administration d'une dose ou d'une dose prescrite (IV SC IM IR PO)

AVANT L'ADMINISTRATION ET AU PIC D'ACTION X 2

Les paramètres suivants doivent être évalués

L'intensité de la douleur (0 à 10)
Le niveau de sédation (SAS)
La fréquence et l'amplitude respiratoire
La présence de ronflement
La saturation pulsatile en O₂

Pour les (même médication et même posologie)

AVANT L'ADMINISTRATION ET AU PIC D'ACTION X 1

Les mêmes paramètres déjà mentionnés doivent être évalués

OIIQ (2008) et G. Douleur (2007) 38

Pic d'action selon la voie d'administration

Voie orale IR
60 min

Voie SC ou IM
30 min

Voie IV
10 min

Voie transdermique
12 h

39

Qu'est-ce que la dépression respiratoire?

Réduction de la fréquence et de l'amplitude respiratoires pouvant s'accompagner de forts ronflements ou de périodes d'apnée et par une diminution de la SpO₂ de 92 % ou moins généralement précédée d'une sédation importante

Dépression respiratoire s'explique par une diminution de la sensibilité au gaz carbonique (CO₂) des chimiorécepteurs centraux du centre respiratoire du bulbe rachidien

40

Recommandations OIIQ (2004)

Clientèles plus à risque de dépression respiratoire

Personnes âgées

Patients naïfs aux opiacés (n'ayant pas reçu d'opiacés récemment)

Celles souffrant de maladies pulmonaires d'apnée du sommeil et d'insuffisance rénale

Celles éprouvant une douleur intense qui cesse subitement (ex. réduction de fracture)

Celles ayant subi un traumatisme crânien

OIIQ (2004)

41

Interventions infirmières lors d'une détérioration de l'état de santé

Niveau de sédation à 2 ou 1 sur le SAS

Appeler à l'aide

Demeurer auprès du patient

Cesser l'administration d'opiacés

Stimuler et encourager le patient à prendre des inspirations profondes

Assurer le dégagement des voies respiratoires

Administrer de l'O₂ à 100 %

Aviser le médecin

Administrer selon Rx le protocole de Naloxone (Narcan)

Évaluer son état de santé (paramètres de surveillance) q 15 min

Garder les inspirations du patient par des ordres verbaux clairs jusqu'à ce qu'il soit plus éveillé et alerte

42

Communication de l'évaluation de la douleur au medecin traitant

Se baser sur des faits

Partir du PQRS

Mentionner la medication reçue et son effet

Mentionner les autres parametres au besoin

Signes vitaux et saturation

Echelle de douleur

Effets secondaires

Mentionner les autres strategies de soulagement utilisées

Reflexion

Est-ce important pour vous d'assurer une surveillance clinique auprès de la clientèle diabétique?

Est-ce que vous administrez l'insuline sans évaluer une glycémie?

Est-ce que vous documentez toujours le résultat d'une glycémie?

Plan de la presentation

Le soulagement de la douleur

Connaissances requises pour bien gérer la douleur et la soulager

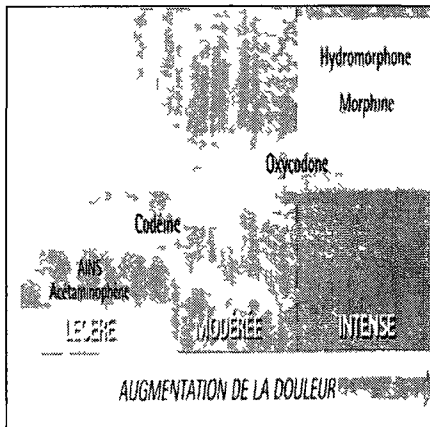
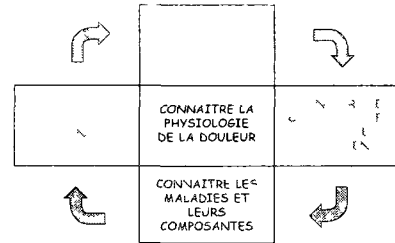


Tableau de conversion morphine (dose étalon ou de référence)

	20 mg	10 mg	7.5 mg
	4 mg	2 mg	1.5 mg
	200 mg	120 mg	NA
		ND	ND
	300 mg	75 mg	50 mg
	ND	0.01 mg 100 mcg	

Équivalence des opiacés Quelques exercices

Codeine 30 mg 2 co q 4 h
Équivaut à combien de morphine par jour environ?

A combien de morphine équivaut 2 mg d hydromorphone (Dilauid)?

Augmenter la dose de 25 – 50 % de la dose prescrite si le patient n'obtient pas de soulagement de la douleur avec la dose actuellement administrée

19

Classification des opiacés

<p>Agonistes</p> <ul style="list-style-type: none"> Codeine Morphine ¹ Hydromorphone ¹ Oxycodone Methadone Fentanyl ² Meperidine ¹ <p><small>Agon hydrosol b/c Ag n liposo b/c</small></p>	<p>Agonistes / antagonistes</p> <ul style="list-style-type: none"> Pentazocine Nalbuphine Butorphanol Naloxone
--	---

20

Mécanismes d'action des opiacés

Opiacés agonistes douleur modérée à sévère
Actions analgésique, anxiolytique et sédative
Transmission
Liaison aux récepteurs mu
Blocage de la libération de substances P
Modulation
Activation des voies inhibitrices descendantes
Perception
Altération de l'activité du système limbique

McCaffery & Passero (1999) G. Linas et Besner (2006)

21

Actions des opiacés

<p>Act on psychomotrice Sédation ou agitation Action psychoaffective Euphorie (bien être) ou dysphorie (angoisse et hallucinations) Act on hypnotique Altération du niveau de vigilance Action cardiovasculaire Bradycardie et vasodilatation</p>	<p>Action respiratoire Detresse respiratoire bronchoconstriction et depression de la toux Action sur le tube digestif Nausées et vomissements (20-60%) et constipation Action sur l'appareil urinaire ↑ tonus du sphincter vesical donc retention urinaire Action dur l'œil Myosis</p>
---	--

Chauvin et Beaulieu (2006)

22

Coalgésiques utilisés pour la douleur nociceptive

Acetaminophène
Indication
Douleur légère à modérée
Mécanisme d'action
Inhibition de la synthèse des prostaglandines au niveau du SNC
Toxicité hépatique
Dose maximale quotidienne de PA chez
Surveillance particulière si insuffisance hépatique ou abus d'alcool

Gélinas et Besner (2006)

23

Coalgésiques utilisés pour la douleur nociceptive (suite)

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
Indications
Douleur aiguë et chronique inflammatoire
Action centrale (perception) et périphérique (transduction)
Inhibition Cox 1 (AAS)
ibuprofène, naproxène, kétorolac
Effets secondaires (surtout irritation gastrique, insuffisance rénale)

Inhibition Cox 2 (Celecoxib, rofecoxib)
Risque de développement de maladies cardiovasculaires si usage à long terme (pas d'inhibition de Cox 1)
Principalement utilisé pour les douleurs articulaires

Gélinas et Besner (2006)

24

Medicaments à effet dépressif sur le SNC

- Opiacés
- Benzodiazépines
- Barbituriques
- Neuroleptiques
- Antidépresseurs
- Antémétiques
- Antihistaminiques

Effet secondaire nefaste le plus redouté : la **depression respiratoire**

Administration concomitante de ces médicaments augmente le risque

55

Utilisation de bolus de Naloxone

Surdosage aigu chez un	Surdosage chez un patient sous
IV directement sans dilution en 30 à 60 secondes	Ou
Dose de départ 0,4 mg	Surdosage chez un
Dose maximale 10 mg	
Risque de dépression respiratoire peut persister 24 h	Préparer une seringue contenant 0,4 mg de Naloxone dans 9 mL de NaCl 0,9% pour un total de 10 mL
Doses supplémentaires de Naloxone peuvent être requises après 20 min à 2 h	

6

Utilisation d'une perfusion de Naloxone

Indication

À la suite de bolus de Naloxone pour poursuivre le renversement de la dépression respiratoire particulièrement si

- Si dosage initial des opioïdes longue durée d'action
- Si dosage important

Lieu de surveillance

Transfert obligatoire vers une unité de soins intensifs

Perfusion de Naloxone

Naloxone 5 mg / 500 mL de NaCl 0,9% ou DW5%

57

Gestion de la douleur en résumé

- Observer les signes cliniques de la douleur
- Évaluer l'intensité de la douleur (0 à 10)
- Évaluer le niveau de sédation (SAS)
- Identifier le moment, la posologie de la dernière dose et le pic d'action du médicament
- S'assurer du bon dosage (tableau de conversion)
- Reévaluer la douleur suite à l'administration de l'analgesie
- Surveiller les effets secondaires dont la somnolence
- Préférer l'administration régulière au PRN
- Discuter avec l'équipe médicale, la pharmacie et la famille

Documenter, documenter, documenter

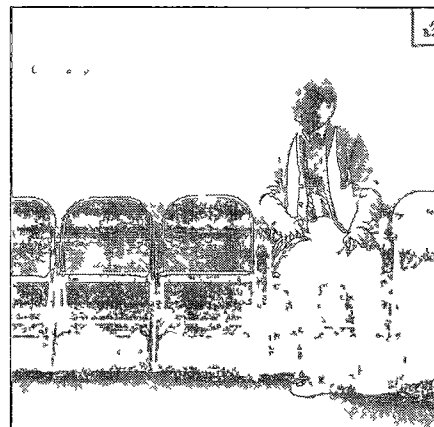
58

Message clé

Toujours se rappeler de soulager votre patient, et ce, de façon sécuritaire

Ceci est un droit!

59



Merci beaucoup



Questions
Suggestions
Commentaires



61

Remerciements

Mes directrices de recherche Mme Nicole Bolduc inf M Sc et Mme Patricia Bourgault inf Ph. D

Mme Diane Benoît, directrice-adjointe soins infirmiers et Mme Danielle St-Louis, directrice de la qualité et de l'innovation

Comité multidisciplinaire d'évaluation et de gestion de la douleur (CMEGD)

Programme clientèle chirurgie pour appui dans ce projet Mme Celine Gervais chef clinico adm, Dr Langlois chef medical, M Mario Duplin chef de service et Mme Joanne Mathieu chef de service interne

PAFI (programme d'aide financière à l'interne) Centre de recherche clinique

62

Références

- American Association for Pain Management Nursing (2002) Core Curriculum for Pain Management Nursing
American Pain Society (1995)
Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004) Nîses en œuvres des lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Bear M F, Connors B W & Paradiso M A. (1997) Neurosciences. À la découverte du cerveau Paris Éditions Pradel
Bouguvill, Bergeron Leduc et Marchand en preparation
Bott et al (2002) The problem of postoperative pain issues for future research International Journal of Nursing practice 10 257-263
Chauvin M & Beaulieu P (2006) Pharmacologie des opoïdes Dans P Beaulieu Pharmacologie de la douleur Montréal Press de l'Université de Montréal
Gélinas C. & Besner, G (2006) L'évaluation et le soulagement de la douleur aiguë et chronique le rôle primordial de l'infirmière Acte de formation continue de l'ICIQ
Field M J et Lohr K N. (Eds.) (1990) Clinical practices guidelines Directions for a new program Washington DC national Academ es Press
Gouvernement du Québec (2006) Rapport d'investigation du coroner (A 151471)
International Association for the Study of Pain (IASP) (1979) Pain terms a list with definitions and notes on usage Pain 6 249-252

63

Références (suite)

- Idva et al (2002) Nursing Documentation of postoperative pain management. Journal of Clinical Nursing 11 734-742
Jenkins C (2004) Physical examination & Health assessment 4 ed St Louis Saunders
Manias et al (2002) Observation of pain assessment and management. The complexities of clinical practice Journal of Clinical Nursing 11 729-733
McCaffery M & Pasero C. (1999) Pain clinical manual 2nd ed St Louis Mosby Int
OIQ (2003) Loi sur les infirmières et infirmiers
OIIAQ (2004) La capacité légale de l'infirmière auxiliaire
OIQ (2004) Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)
RNAO (2002) Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers Évaluation et soulagement de la douleur. <http://www.rnao.org>
Société canadienne de la douleur (2005) NORME D'AGRÈMENT SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR Passons à l'action!
Thiffault R. (Éd. 2005) La gestion de la douleur Document Inedit CHUS

64

ANNEXE B

Échelle de mesure

OUTIL DE MESURE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

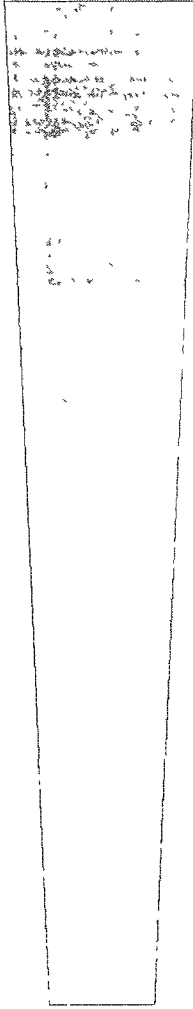
Évaluation de la douleur

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ÉCHELLE

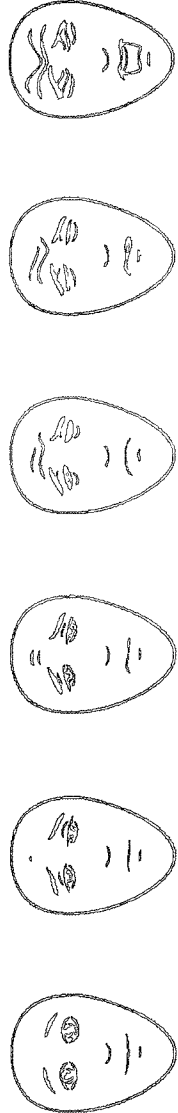
Visuelle analogue

Pire douleur imaginable



Aucune douleur

Visage



Hélie et al. (2001)

P. Bourgault,
École des sciences infirmières
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

M. Grégoire,
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CHUS

© 2002 CHUS, U de S tous droits réservés

Évaluation de la douleur

CHUS Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ÉCHELLE

Descriptive

Insupportable

Horrible

Pénible

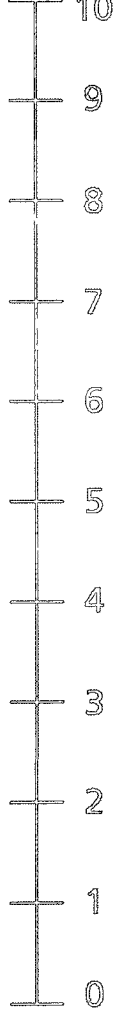
Inconfortable

Légère

Aucune


Numérique

Pire douleur imaginable



Aucune douleur

Avec la collaboration de :



UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

CHUS

CHUS en marche en meilleure santé

ANNEXE C

Journal de la douleur

Journal de la douleur

Évaluation de la douleur en postopératoire

No. du participant : _____ Initiales du participant : _____

Le but de cette étude est d'évaluer votre douleur et son soulagement en postopératoire pour ce faire, nous vous demanderons d'évaluer votre douleur à chaque heure d'éveil. Afin de vous aider à évaluer votre douleur, voici quelques précisions concernant celle-ci.

La douleur ressentie comporte deux aspects à évaluer de façon distincte. D'une part, il y a l'**intensité** (la force) avec laquelle vous ressentez la douleur physiquement et d'autre part, il y a son **aspect désagréable** (à quel point la douleur vous dérange) qui rend l'expérience déplaisante, pénible, voire même insupportable.

À titre d'exemple et afin de mieux saisir la distinction entre ces deux aspects, nous pouvons comparer une douleur au « son » émis par une radio. En augmentant le volume du son, percevez-vous le son produit comme: peu bruyant, moyennement bruyant ou très bruyant ? Ceci correspond à l'**intensité**. D'autre part, vous pourriez vous demander jusqu'à quel point le son vous dérange. Est-ce agréable, désagréable ou très désagréable ? Ceci correspond à la description du niveau de confort à l'**aspect désagréable**. L'aspect désagréable ne dépend pas seulement de l'intensité, mais certains autres facteurs influencent l'aspect désagréable, tels la mélodie, l'ambiance, etc.

Ainsi une douleur peut être perçue comme étant désagréable sans être intense, ou comme étant intense sans être pour autant trop désagréable, ou encore elle peut être à la fois intense et désagréable. Ce sont ces deux aspects que nous vous demandons de mesurer. Vous aurez à indiquer à l'aide d'une échelle variant de 0 à 100 ces deux aspects de votre douleur. Un 0 correspond à l'absence de douleur et un 100 correspond à la pire douleur que vous puissiez imaginer. Il n'y a pas de bonne et de mauvaise réponse, l'évaluation que vous faites de votre douleur est votre évaluation et ne peut être contestée.

Pour chaque heure d'éveil, inscrivez l'intensité et l'aspect désagréable de votre douleur en utilisant l'échelle entre 0 et 100. Il est important que vous estimiez la douleur au moment indiqué ou aussi près que possible de l'heure indiquée sur le graphique, soit plus ou moins 15 minutes (entre 8h45 et 9h15, pointez 9h00). Si vous faites une sieste, vous n'êtes pas obligé de compléter votre journal. Il en va de même pour la nuit. Toutefois, si vous êtes éveillé pendant la nuit et que vous le pouvez, nous sommes intéressés à connaître votre évaluation de la douleur à ce moment. N'essayez pas de compléter le formulaire de mémoire ou d'un seul coup à la fin de la journée. Si vous oubliez une heure ou que vous dormiez, laissez simplement une case vide et continuez de compléter votre graphique normalement pour le reste de la journée.

Tableau d'évaluation de la douleur

Hospitalisation - Jour 2, 4 ou 6			
Heure	Intensité de la douleur 0 à 100	Aspect désagréable de la douleur 0 à 100	Commentaires Ex : Sieste, nuit, éveillé par la douleur, mobilisation, etc.
8h00			
9h00			
10h00			
11h00			
12h00 (midi)			
13h00			
14h00			
15h00			
16h00			
17h00 (souper)			
18h00			
19h00			
20h00			
21h00			
22h00			
23h00			
0h00 (minuit)			
1h00			
2h00			
3h00			
4h00			
5h00			
6h00			
7h00			

Échelle de douleur Intensité et Aspect désagréable

0 100
Aucune douleur Pire douleur imaginable

0 100
Aucunement désagréable Douleur la plus désagréable imaginable

ANNEXE D

Questionnaire Toronto
sur la gestion de la douleur

Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur

Traduit et adapté en français par Nicole Bolduc et Patricia Bourgeault
Professeures de l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

Unité de soins où vous travaillez

- 3^e 4^e A

Quart de travail sur lequel vous travaillez

- Jour Soir Nuit Rotation

Titre d'emploi²

- Infirmière Infirmière auxiliaire

Sexe

- Masculin Féminin

Niveau de formation

- École d'infirmière auxiliaire École d'infirmière Collégial
 1^{er} cycle universitaire 2^e cycle universitaire
 Autre _____

Expérience de travail

- 0 à 5 ans 6 à 10 ans 11 à 15 ans 16 à 20 ans
 21 à 25 ans 26 à 30 ans 31 à 35 ans 36 ans et plus

Expérience comme infirmière ou infirmière auxiliaire auprès de la clientèle de chirurgie

- 0 à 5 ans 6 à 10 ans 11 à 15 ans 16 à 20 ans
 21 à 25 ans 26 à 30 ans 31 à 35 ans 36 ans et plus

Groupe d'âge

- 20 à 25 ans 26 à 30 ans 31 à 35 ans 36 à 40 ans 41 à 45 ans
 46 à 50 ans 51 à 55 ans 56 à 60 ans 61 à 65 ans

Nombre d'heures de formation en cours d'emploi sur la gestion de la douleur : _____

Nombre d'heures de formation personnelle sur la gestion de la douleur : _____

S.V.P., placez un trait sur les lignes

1. À l'hôpital, quel pourcentage de patients prenant des narcotiques pour la douleur devient dépendant?

0 % _____ 100 %

2. Avec un soulagement efficace, quelle intensité de douleur les patients devraient ressentir après une chirurgie?

0 % _____ 100 %

3. À quelle fréquence les patients ont-ils tendance à exagérer leur douleur (pourcentage de temps)?

0 % _____ 100 %

4. À quelle fréquence avez-vous été en accord avec l'évaluation des patients concernant leur douleur?

0 % _____ 100 %

5. Jusqu'à quel point le soulagement adéquat de la douleur dépend du type de chirurgie que les patients ont subi?

0 % _____ 100 %

6. À quelle fréquence les patients vous disent-ils qu'ils ont de la douleur sans que vous ayez à leur demander?

0 % _____ 100 %

7. À quelle fréquence les patients demandent-ils volontairement un analgésique?

0 % _____ 100 %

8. Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de patients en postopératoire ressentent de la douleur de légère ou moins?

0 % _____ 100 %

9. Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de patients en postopératoire ressentent une douleur modérée?

0 % _____ 100 %

10. Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de patients en postopératoire ressentent une douleur sévère?

0 % _____ 100 %

11. À quel pourcentage du temps donnez-vous un analgésique per os alors qu'il y a d'autres choix de voie d'administration?

0 % _____ 100 %

12. Quelle intensité de douleur doit ressentir les patients avant qu'ils reçoivent une prochaine dose d'analgésique?

0 % _____ 100 %

13. À quelle *fréquence* dites-vous aux patients qu'ils doivent attendre avant de recevoir leur analgésique?

0 % _____ 100 %

14. À quelle *fréquence* donneriez-vous des analgésiques à un patient souffrant de douleur chronique s'il pouvait être distrait de sa douleur?

0 % _____ 100 %

15. Un homme de 45 ans, travailleur de la construction se plaint de douleur intense au niveau de la plaie 2 jours après sa chirurgie malgré la prise d'acétaminophène q. 4 heures. Lui donneriez-vous la morphine prescrite 10 mg sc q. 4 heures?

0 % _____ 100 %

16. La dose de morphine de Madame N a été augmentée pour une douleur non soulagée. Elle a commencé à avoir des nausées et a reçu un antiémétique. Votre collègue infirmière vous suggère de diminuer la dose de morphine. Acceptez-vous ce conseil?

0 % _____ 100 %

17. Malgré une dose de morphine 10 mg sc q. 4 heures, Monsieur Z continue de ressentir de la douleur modérée à son premier jour postopératoire. Demanderez-vous au médecin une dose plus élevée?

0 % _____ 100 %

18. À quel point est-ce difficile de faire modifier l'ordonnance d'analgésiques quand les patients continuent d'avoir de la douleur?

0 % _____ 100 %

19. Jusqu'à quel point les infirmières de votre unité sont-elles en accord avec votre façon de gérer la douleur de vos patients?

0 % _____ 100 %

20. Jusqu'à quel point les médecins de votre unité sont-ils en accord avec votre façon de gérer la douleur de vos patients?

0 % _____ 100 %

21. À quelle fréquence utilisez-vous une échelle pour évaluer la douleur (exemple 0 à 10) ?

0 % _____ 100 %

22. À quel point trouvez-vous que vos connaissances actuelles sur la gestion de la douleur (évaluation et soulagement) sont adéquates?

0 % _____ 100 %

23. À quel point vous sentez-vous compétent à gérer efficacement la douleur des patients?

0 % _____ 100 %

24. Listez les principales approches que vous utilisez pour évaluer l'efficacité de votre gestion de la douleur?

25. Est-ce que vos patients utilisent l'analgésie contrôlée par le patient? Si oui, listez de quelle façon ce type d'analgésie a influencé votre façon de gérer la douleur.

26. Quelles sont vos plus grandes difficultés dans la gestion et l'évaluation de la douleur?

27. Plusieurs études concluent que la douleur n'est pas bien gérée en médecine et en chirurgie. Selon vous, pourquoi la douleur non soulagée demeure-t-elle un problème?

ANNEXE E

Questionnaire sur l'état de santé

Questionnaire sur l'état de santé:



Numéro du sujet : _____

Initiales : _____

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

Date : _____
 année / mois / jour

CONSENTEMENT

Formulaire remis le: _____

Formulaire de consentement lu attentivement par le/la patient(e): Oui Non

Explications et réponses à ses informations fournies par:

_____ Patient(e) accepte de participer à l'étude: Oui Non

Formulaire de consentement du participant signé et daté

par: _____

Une copie remise au participant: Oui Non

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : _____ Prénom : _____

Nom à la naissance si différent : _____

Date de naissance : A _____ M _____ J _____

Sexe : F M Origine ethnique : _____

État civil : célibataire marié en union libre séparé divorcé veuf

Personnes à charge (indiquez le nombre) : enfant(s) _____ parent(s) _____ autres _____

Scolarité complétée : primaire secondaire collégial universitaire

Quel est ou a été votre emploi (titre / fonctions)? _____

Quelle est votre situation actuelle en ce qui concerne l'emploi ?

Temps plein temps partiel retraité sans emploi aux études

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Taille : _____ Poids : _____
 Fumez-vous ? oui non Si oui, combien de cigarettes par jour ? _____

Avez-vous déjà fumé ? oui non Si oui, cessé depuis ? _____

Combien de fois avez-vous pratiqué des activités physiques de 20 à 30 minutes par séance (ou plus) au cours des 3 derniers mois?

Aucune environ 1 fois par semaine environ 2 fois ou plus par semaine
 environ une fois par mois environ 2 à 3 fois par mois

Cochez la fréquence à laquelle vous consommez des boissons alcoolisées :

Jamais moins d'une fois par mois moins d'une fois par semaine

2-3 fois par semaine tous les jours

Quel nombre de consommation prenez-vous par semaine? _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Maladies actuelles/diagnostic présent _____

Allergies

Oui non

Maladies passées

oui non

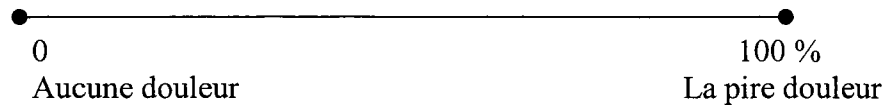
Chirurgies

oui non

Traumatismes majeurs

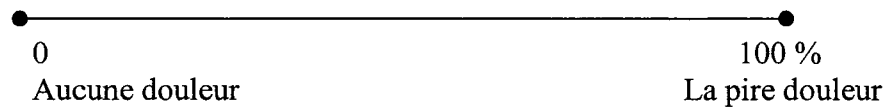
oui non

Évaluez votre douleur à son PIRE au cours de la semaine dernière en traçant un X sur l'échelle ci-dessous



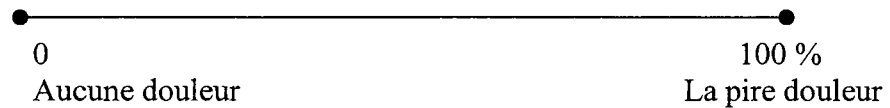
Inscrivez l'équivalent en pourcentage : _____ %

Évaluez votre douleur à son MEILLEUR au cours de la semaine dernière en traçant un X sur l'échelle ci-dessous



Inscrivez l'équivalent en pourcentage : _____ %

Évaluez où se situe votre douleur en moyenne en traçant un X sur l'échelle ci-dessous



Inscrivez l'équivalent en pourcentage : _____ %

ANNEXE F

Lettre d'approbation
du Comité d'éthique



NOTE

Le 2007-02-05

Bonjour,

Ci joint le formulaire de consentement approuvé pour votre étude.

SVP veuillez utiliser cet original pour faire les photocopies qui seront signées par les sujets.

Merci de votre attention et de votre collaboration.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Francyn Lemire'.

Francyn Lemire
Bureau de l'éthique de la recherche en
santé chez l'humain du CHUS



**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN**

Le 4 décembre 2007

Dre Nicole Bolduc
Sciences infirmières
Faculté de Médecine

OBJET: Projet # 07-120

Effet de l'implantation d'une pratique exemplaire d'évaluation de la douleur auprès d'une clientèle ayant subi une chirurgie de la hanche.

Dre Bolduc ,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a évalué les aspects scientifique et éthique du protocole de recherche cité et, à ce titre, votre projet a été approuvé. À cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation.

Nous avons avisé le directeur scientifique du Centre de recherche clinique du CHUS, Dr Moutquin, de cette approbation et **vous devrez attendre son autorisation pour démarrer votre projet.**

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués.

APPROBATION ET ATTESTATION

**Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et
de l'Université de Sherbrooke**

- APRIL Marie-Josée, Ph.D. éthicienne, Faculté de Médecine
- BAILLARGEON, Jean-Patrice, M.D., service d'endocrinologie, CHUS, vice-président
- BEAUPRÉ, Me Michèle, avocate, extérieur
- BOLDUC, Brigitte, pharmacienne, CHUS
- BOURGAULT, Patricia, Ph.D., infirmière, FMSS
- BRISSON, Sophie, avocate, extérieur
- CABANA, François, M.D., orthopédiste, CHUS
- CHIANETTA, Jean-Marc, résident en psychiatrie, CHUS
- CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS, vice-présidente
- CLOUTIER, Yvan, éthicien, extérieur
- DESROSIERS, Nicole, représentante du public
- FROST, Eric, Ph.D., département de microbiologie, CHUS
- GAGNÉ, Ginette, représentante du publique
- GIRARDIN, Colette, M.D. département de pédiatrie, CHUS
- LANGEVIN, Chantal, Infirmière, CII-CHUS
- LEBLOND, Julie, pharmacienne, CHUS
- LETELLIER, Marc, Ph.D., département de biochimie, CHUS
- NORMANDIN, Denyse, M.D., chirurgie cardiovasculaire pédiatrique, CHUS
- PINEAULT, Caroline, représentante du public
- ROBERGE, Jean-Pierre, représentant du public
- ROUSSEAU, Marie-Pierre, Pharmacienne, CHUS
- TÉTRAULT, Jean-Pierre, anesthésiologiste, CHUS, président

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation Dre Patricia Bourgault

Approbation demandée par: Dre Nicole Bolduc
Dre Patricia Bourgault

Pour le projet # 07-120

Effet de l'implantation d'une pratique exemplaire d'évaluation de la douleur auprès d'une clientèle ayant subi une chirurgie de la hanche.

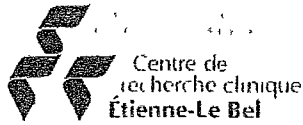
Approbation donnée par la présidence le 04 décembre 2007 pour 12 mois.

- Protocole complet : Version 1 19 septembre 2007
- Formulaire de consentement principal : 27 novembre 2007 Patient et infirmières v. françaises
- Autre formulaire de consentement :
- Questionnaire(s) : Sur l'état de santé; Journal de la douleur; La gestion de la douleur; Questionnaire Toronto
- Amendement # : . Date amendement :
- Autre : Outil de mesure

Brochure /Monographie reçue pour évaluation:

ANNEXE G

Formulaire de consentement (patient)



ATTENTION

PATIENT SOUS PROTOCOLE DE RECHERCHE

NUMÉRO DU PROJET:

PATIENT N° :

TITRE ABRÉGÉ DU PROJET :

Date du début de la participation du sujet à l'étude:

Date de fin prévue de la participation du sujet à l'étude:

Nom du ou des médicament(s) à l'étude:

Intervention(s) à l'étude :

Classe pharmacologique:

Effets secondaires possibles:

Date du début de la prise de la médication à l'étude :

Date de fin prévue:

Localisation du code thérapeutique: Pharmacie CRC Fleurimont Hôtel-Dieu
Autre spécifiez

Investigateur(s) :

Coordonnateurs (trices) :

ALERTE (interactions médicamenteuses, médication non permise durant l'étude, etc...)

N.B.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT- PATIENT

Titre de l'étude : Effet de l'implantation d'une pratique exemplaire d'évaluation de la douleur auprès d'une clientèle ayant subi une chirurgie de la hanche.

Chercheuses principales:

Nicole Bolduc, inf., M.Sc., École des sciences infirmières
Patricia Bourgault, Inf., Ph.D., École des sciences infirmières

Co-chercheure :

Johanne Lapré, inf., B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (sciences infirmières)

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des choses que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

COORDONNÉES DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

QUEL EST LE BUT DE L'ÉTUDE ?

Il est reconnu que le soulagement de la douleur en postopératoire est positif pour les patients. Il favorise la guérison et permet un retour plus rapide à ses activités habituelles. Chaque année, près de 400 personnes subissent une chirurgie de la hanche au CHUS. De ce nombre, la majorité a plus de 65 ans. Nous souhaitons par cette étude connaître comment ces personnes sont soulagées et si elles sont satisfaites de ce soulagement. C'est pourquoi, nous vous invitons à participer à cette étude qui nous permettra de dresser un portrait du soulagement de la douleur chez les personnes âgées subissant une chirurgie de la hanche afin d'améliorer la situation si nécessaire.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Votre participation débutera lors de votre visite à la clinique préparatoire à la chirurgie ou encore pendant votre attente pour votre chirurgie. Lors de cette rencontre, nous compléterons un questionnaire avec vous portant sur votre état de santé. Par la suite,

vous serez invité à compléter un journal de la douleur pendant votre hospitalisation. Enfin, nous vous demanderons de compléter un questionnaire sur votre satisfaction face à votre soulagement avant votre départ. Ces questionnaires sont décrits ci-dessous.

Questionnaire d'évaluation de l'état de santé

Avant votre chirurgie, nous procéderons à une évaluation de votre état de santé. Ce questionnaire, complété par l'étudiante, permet de s'assurer de votre éligibilité à cette étude. Il servira également à avoir une vue d'ensemble de votre état de santé notamment vos antécédents médicaux, votre médication et l'évaluation de votre douleur et de votre anxiété. Il contient aussi des informations telles que votre âge, scolarité, état civil, emploi, etc.

Journal de la douleur

Nous vous demanderons d'évaluer votre douleur à l'aide de deux échelles de douleur graduées de 0 à 100 (0 est l'absence de douleur et 100, la pire douleur imaginable). Cette évaluation se fera aux jours 2, 4 et 6 suivant votre chirurgie. Il y a une échelle pour l'intensité et une pour l'aspect désagréable. Pour ce faire, un *journal de la douleur* a été développé et vous sera expliqué suite à la lecture de ce document. Dans le journal, il y a des explications sur les deux échelles et sur la distinction entre intensité et aspect désagréable.

Vous serez appelé à évaluer votre douleur à chaque heure d'éveil pendant trois jours de votre hospitalisation. Évidemment pendant la nuit, nous ne vous demanderons pas de remplir votre journal, cependant, si vous vous réveillez, nous vous demanderons d'inscrire, dans la mesure du possible, votre évaluation de la douleur. Afin de nous assurer que votre journal est bien complété, nous irons vous rencontrer à la fin des jours 2, 4 et 6 suivant votre chirurgie et, par la suite, au besoin. Il est difficile d'évaluer le temps que vous consacrerez à compléter ce journal, toutefois, inscrire votre douleur à chaque heure ne vous prendra qu'une minute ou deux.

Questionnaire sur la satisfaction du patient relative à la gestion de la douleur

Avant votre départ, nous vous demanderons de compléter un court questionnaire (8 questions) sur votre satisfaction face au soulagement de votre douleur pendant votre hospitalisation. Compléter ce questionnaire ne vous prendra qu'environ 10 minutes.

Votre participation se résume ainsi :

Moment	Questionnaire	Durée
En préopératoire	Évaluation de l'état de santé	30 minutes
Durant l'hospitalisation	Journal de la douleur	15 minutes/jour x 3 jours
Avant votre congé	Questionnaire sur la satisfaction du patient relative à la gestion de la douleur	10 minutes

Révision de votre dossier médical

Afin de vérifier la durée de votre séjour, si vous avez subi des complications en lien avec votre chirurgie et la médication pour la douleur que vous avez reçue, votre dossier relatif à votre chirurgie de la hanche, sera révisé par l'étudiante en charge de cette étude.

QUELS SONT LES RISQUES?

Il n'y a pas de risque associé à votre participation à cette étude. Tout au plus, répondre aux différents questionnaires prendra quelques minutes de votre temps. Un bris de confidentialité est toujours possible. Toutefois tout sera mis en place pour éviter une telle situation.

QUELS SONT LES BIENFAITS POSSIBLES DE LA PARTICIPATION À CETTE ÉTUDE?

Il n'y a pas de bénéfices directs pour vous reliés à la participation à cette étude. Par ailleurs, les informations recueillies au cours de l'étude permettront d'évaluer le soulagement de la douleur chez les personnes ayant subi une chirurgie de la hanche et éventuellement pourront permettre d'améliorer ce soulagement.

PARTICIPATION VOLONTAIRE DU SUJET DE RECHERCHE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou

communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du CHUS ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an dans un répertoire maintenu par le chercheur ou par l'établissement.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Les chercheurs ont reçu des fonds d'un organisme subventionnaire (Centre de recherche clinique Étienne-LeBel) pour mener à bien ce projet de recherche. Les fonds reçus couvrent les frais liés à ce projet de recherche.

COMPENSATION

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette étude.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant la présente étude, veuillez communiquer avec les personnes dont les numéros de téléphone apparaissent en première page de ce document.

Enfin, si vous avez des questions concernant votre participation en tant que sujet d'étude, vous pouvez joindre le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au (819) 346-1110 poste 12856 ou 13861.

Si vous avez des questions ou commentaires concernant vos droits en tant qu'utilisateur du CHUS, vous pouvez contacter le Commissaire aux plaintes et à la qualité du CHUS au (819) 346-1110, poste 14525.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Nom et signature de la personne qui a obtenu le consentement

Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et en remettre copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet

Date

ANNEXE H

Formulaire de consentement (infirmière)



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT- INFIRMIÈRES

Titre de l'étude : Effet de l'implantation d'une pratique exemplaire d'évaluation de la douleur auprès d'une clientèle ayant subi une chirurgie de la hanche.

Chercheuses principales:

Nicole Bolduc, inf., M.Sc., École des sciences infirmières

Patricia Bourgault, Inf., Ph.D., École des sciences infirmières

Co-chercheure :

Johanne Lapré, inf., B.Sc., étudiante à la maîtrise en sciences cliniques (sciences infirmières)

Vous êtes invitée* à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des choses que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

COORDONNÉES DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

QUEL EST LE BUT DE L'ÉTUDE ?

Il est reconnu que le soulagement de la douleur en postopératoire est positif pour les patients. Il favorise la guérison et permet un retour plus rapide à ses activités habituelles. Chaque année, près de 400 personnes subissent une chirurgie de la hanche au CHUS. De ce nombre, la majorité a plus de 65 ans. Nous souhaitons par cette étude connaître comment ces personnes sont soulagées et si elles sont satisfaites de ce soulagement. Également, il est reconnu que les infirmières jouent un rôle essentiel dans ce soulagement. C'est pourquoi, nous vous invitons à participer à cette étude qui nous permettra de dresser un portrait du soulagement de la douleur chez les personnes âgées subissant une chirurgie de la hanche et de connaître le niveau de connaissances des infirmières en regard de la gestion de la douleur et leur pratique en ce sens (régularité de l'évaluation, utilisation d'un outil de mesure et documentation de la douleur).

*Afin d'alléger le texte, le féminin est utilisé.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Une formation d'une durée de 3 heures portant sur les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur sera offerte à toutes les infirmières des unités de chirurgie (3A et 4A) ainsi qu'aux infirmières de la clinique préparatoire à la chirurgie. Avant cette formation, nous vous inviterons à compléter un questionnaire relatif à vos connaissances en regard de la gestion de la douleur. Un mois suivant la formation, vous serez appelée à compléter à nouveau ce questionnaire. Ce dernier est décrit ci-dessous. Parallèlement, la pratique en lien avec l'évaluation de la douleur (régularité de l'évaluation, utilisation d'un outil de mesure et documentation de la douleur) sera évaluée avant la formation et 1 mois après que toutes les infirmières auront été formées.

Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur

Les connaissances en lien avec la gestion de la douleur seront évaluées à l'aide de la version traduite du questionnaire Toronto. Ce questionnaire comprend également des données sociodémographiques telles l'âge, le titre d'emploi, le sexe, le niveau de formation, l'expérience de travail comme infirmière et en chirurgie et le quart de travail. Il faut environ 20 minutes pour le compléter.

Révision du dossier patient

Une révision du dossier clinique sera effectuée afin d'identifier la régularité des évaluations de la douleur, leur documentation, l'utilisation d'un outil de mesure de la douleur, la médication prescrite par rapport à celle que les patients admis pour une chirurgie de la hanche ont reçue. Ces révisions seront effectuées dans les dossiers des patients qui auront accepté de participer à l'étude. Cette révision se fera en deux temps soit avant la formation et un mois après la formation.

Votre participation se résume ainsi :

Moment	Questionnaire	Durée
Avant la formation	Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur	20 minutes
	Révision du dossier patient	Fait par une assistante de recherche
Après la formation	Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur	20 minutes
	Révision du dossier patient	Fait par une assistante de recherche

QUELS SONT LES RISQUES?

Il n'y a pas de risque associé à votre participation à cette étude. Tout au plus, répondre aux différents questionnaires prendra quelques minutes de votre temps (inclut dans la formation).

QUELS SONT LES BIENFAITS POSSIBLES DE LA PARTICIPATION À CETTE ÉTUDE?

Il n'y a pas de bénéfices directs pour vous reliés à la participation à cette étude. Par ailleurs, les informations recueillies au cours de l'étude permettront d'évaluer le soulagement de la douleur chez les personnes âgées ayant subi une chirurgie de la hanche. L'évaluation des pratiques avant et après la formation pourront aider à peaufiner cette formation et à identifier des façons de soutenir les infirmières dans la gestion de la douleur de leurs patients. En aucun temps, la performance individuelle d'une infirmière en regard de la gestion de la douleur ne sera jugée. Il s'agit plutôt de voir, de façon générale, si la formation se traduit par une évaluation et un soulagement plus adéquat.

PARTICIPATION VOLONTAIRE DU SUJET DE RECHERCHE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel consigneront dans une base de données, les informations que vous aurez fournies dans les questionnaires. -

Les questionnaires seront anonymes ainsi aucune participante ne pourra être identifiée et tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront donc strictement confidentiels

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Les chercheurs ont reçu des fonds du Centre de recherche clinique Étienne-LeBel pour mener à bien ce projet de recherche. Les fonds reçus couvrent les frais reliés à ce projet de recherche.

COMPENSATION

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette étude.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant la présente étude, veuillez communiquer avec les personnes dont les numéros de téléphone apparaissent en première page de ce document.

Enfin, si vous avez des questions concernant votre participation en tant que sujet d'étude, vous pouvez joindre le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au (819) 346-1110 poste 12856 ou 13861.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Nom et signature de la personne qui a obtenu le consentement

Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et en remettre copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet

Date

ANNEXE I

Preuve de soumission de l'article

L'infirmière clinicienne

Rimouski, 5 mai 2010

Objet :Accusé réception

Madame Johanne Lapre,

Nous avons bien reçu votre manuscrit intitulé « Introduction d'une Ligne directrice des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur postopératoire ». À titre de rédactrice en chef de la revue, je trouve que le sujet de votre article est fort pertinent pour la revue *l'infirmière clinicienne* et qu'il sera d'un grand intérêt pour les infirmières et les professionnels de la santé.

Lorsqu'un manuscrit est soumis à *L'infirmière clinicienne* aux fins de publication, il est d'abord soumis à l'approbation du Comité de rédaction pour vérifier si le format ou style répond aux critères établis. Si le manuscrit respecte les normes de présentation, il est acheminé pour examen par les pairs, au moins deux réviseurs, spécialistes du sujet dont traite le texte. La révision rigoureuse de chaque manuscrit selon une procédure établie contribue à la qualité des textes publiés. Le processus d'évaluation est anonyme et aucun renseignement ne permet d'identifier l'auteur ou le réviseur.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la revue *L'infirmière clinicienne* et je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

ANNEXE J

Autorisation d'intégration d'un article écrit
en collaboration à un mémoire ou une thèse

**AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE**

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteur(e)s, co-auteur(s) de l'article intitulé : Introduction d'une ligne directrice des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur postopératoire.

reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire de la thèse

de l'étudiant(e) (nom) : Johanne Lapré

inscrit(e) au programme de Sciences Cliniques

de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d'exemplaires*

Signature Nicole Bolduc Date : 26 avril 2010
Nom Bolduc Nicole

Coordonnées Faculté de médecine et des sciences de la santé
3001, 12^e Avenue Nord, Sherbrooke (Québec)
Canada, J1H 5N4

Signature Patricia Bourgault Date : 28 avril 2010
Nom Bourgault Patricia

Coordonnées Faculté de médecine et des sciences de la santé
3001, 12^e Avenue Nord, Sherbrooke (Québec)
Canada, J1H 5N4

Signature Johanne Lapré Date : 30 avril 2010
Nom Lapré Johanne

Coordonnées 292 Lachapelle
Sherbrooke (Québec)
J1G 3J2

Signature _____ Date : _____

Nom _____

Coordonnées _____

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

ANNEXE K

Lettre d'appui à l'étude et confirmation subvention PAFI



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
Hôpital Fleurimont, 3001, 12e Avenue Nord, Fleurimont (Québec) J1H 5N4
Hôtel-Dieu, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110

Des gens de soins et d'excellence

Le 8 janvier 2007

Docteure Patricia Bourgault
Département des sciences infirmières
Faculté de médecine

Objet : PAFI - Programme d'aide de financement interne - demande 2006 – 2007 CRC-CHUS

Docteure Bourgault,

À l'automne 2004, le Centre de recherche clinique a relancé le projet de financement interne (PAFI) dans le but de promouvoir le développement de la recherche à l'intérieur de notre institution. Encore cette année, une enveloppe budgétaire de 100 000 \$ a été attribuée à ce programme. Un comité de 7 personnes a été mis sur pied pour évaluer les 30 demandes qui ont été déposées au mois de décembre 2006. Parmi les demandes déposées, 10 ont été retenues pour un financement maximal de 10 000 \$.

Après évaluation et discussion de chacun des projets, le Centre de recherche clinique est heureux de vous informer que le comité d'évaluation PAFI a favorablement recommandé le financement de votre projet de recherche intitulé « *Évaluation de l'impact d'une collaboration infirmières/patient-famille appuyée par l'application de pratiques infirmières exemplaires en gestion de la douleur lors d'une chirurgie de la hanche* ». La subvention de recherche de 10 000 \$ vous est accordée pour la période du 1^{er} février 2007 au 31 mars 2008. **Nous apprécierions recevoir d'ici 5 jours une lettre de votre part nous confirmant que vous acceptez ou non cette subvention.**

La somme sera déposée pour vous dans un compte préparé par Mme Lynda Pratte à la comptabilité du CHUS. Mme Pratte vous fera connaître les modalités pour l'utilisation de cette somme ainsi que les dépenses admissibles pour la recherche. Aucun dépassement de la somme allouée ne sera autorisé et un rapport financier ainsi qu'un rapport scientifique vous seront demandés à la fin de la période de financement.

Au nom du comité d'évaluation, nous vous remercions d'avoir présenté votre projet au Centre de recherche clinique et nous vous souhaitons tout le succès espéré dans la réalisation de vos travaux de recherche et vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Des gens de soins et d'excellence

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

Hôpital Fleurimont, 3001, 12^e Avenue Nord, Fleurimont (Québec) J1H 5N4
Hôtel-Dieu, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110

Le 6 décembre 2006

Dr Jean-Marie Moutquin
Président
Comité PAFI
CHUS

**Objet : Projet Évaluation de l'impact d'une collaboration infirmières patients/famille
 en gestion de la douleur**

Docteur,

Nous sollicitons le soutien financier du programme PAFI pour le projet : Évaluation de l'impact d'une collaboration infirmières/patient-famille appuyée par l'application de pratiques infirmières exemplaires en gestion de la douleur dans le cadre d'un suivi systématique de clientèle lors d'une chirurgie de la hanche.

Ce projet s'intègre très bien dans le plan d'amélioration « Continuum en Orthopédie ». Ce plan d'amélioration est issu d'une démarche régionale d'auto évaluation pour améliorer le continuum dans la dispensation des soins pour l'arthroplastie de la hanche et du genou. L'évaluation et la prise en charge de la douleur constitue un des facteurs à améliorer.

Donc, si nous arrivons à développer un cadre formel pour évaluer et soulager la douleur nous pourrions former nos infirmières à cette pratique et celle-ci pourront impliquer les patients et sa famille à mieux collaborer à la gestion de la douleur. Le suivi systématique de cette clientèle (pré-per-post-op) contribuera à mieux planifier le congé mais surtout à optimiser le potentiel de récupération du patient et permettre un retour aux habitudes de vie.

Il va de soi que si cette pratique s'avère efficiente, elle sera proposée à l'ensemble du programme clientèle de chirurgie. En vous remerciant de l'attention portée à ce projet, nous vous prions de croire, à l'expression de nos meilleurs sentiments.

^ o



P. 176

*CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
Hôpital Fleurimont, 3001, 1^{re} Avenue Nord, Fleurimont (Québec) J1H 5N4
Hôtel-Dieu, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110*

Des gens de soins et d'excellence

Le 6 décembre 2006

Dr Jean-Marie Moutquin
Président
Comité PAFI
CHUS

Objet : Projet évaluation de l'impact d'une collaboration infirmières patients/famille en gestion de la douleur

Docteur,

Je suis régulièrement mis en contact avec de nombreux projets. Parmi ceux-ci un est venu dernièrement susciter mon attention : Évaluation de l'impact d'une collaboration infirmières/patient-famille appuyée par l'application de pratiques infirmières exemplaires en gestion de la douleur dans le cadre d'un suivi systématique de clientèle lors d'une chirurgie de la hanche.

Vous comme moi savons bien que la douleur et son traitement soient une des principales préoccupations médicales depuis le début de la médecine moderne. Nous sommes également forcés d'admettre que la maîtrise de la douleur n'est pas encore, et loin de l'être, acquise de nos jours.

Ce projet pour lequel nous sollicitons le soutien financier du programme PAFI s'inscrit et s'intègre très bien à l'intérieur des cinq axes de développement présentés dans les orientations stratégiques adoptées par le CHUS au cours de la dernière année. Il va de soi que la qualité des soins est l'une de mes priorités de gestion, étant comme vous le savez, chef de soins et services des unités de chirurgie du CHUS à l'Hôtel-Dieu.

Donc, si ce projet permet de développer un cadre de gestion optimale de la douleur, cela permettra au personnel soignant oeuvrant sur mes unités d'offrir, par une meilleure pratique à l'intérieur d'un suivi systématique, de meilleurs soins à nos patients.

Je vous remercie Dr Moutquin de l'intérêt que vous porterez à ce projet et veuillez agréer l'expression de mes meilleures salutations.