

Université de Sherbrooke

Conception et évaluation d'une activité de formation continue sur la gestion de la douleur par et pour les infirmières œuvrant à Info-Santé 8-1-1

Par
Marc Boisvert
Programme de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention
du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences cliniques (sciences infirmières)

Sherbrooke, Québec, Canada
(mai 2015)

Membres du jury d'évaluation

Pre Patricia Bourgault, inf., Ph.D.	École des sciences infirmières
Pre Frances Gallagher, inf., Ph.D.	École des sciences infirmières
Pr Yannick Tousignant-Laflamme, pht, Ph.D.	École de réadaptation
Pr Robert Bilterys, Ph.D.	Université du Québec en Outaouais

© Marc Boisvert, 2015

RÉSUMÉ

Conception et évaluation d'une activité de formation continue en gestion de la douleur par et pour les infirmières œuvrant à Info-Santé 8-1-1

Par Marc Boisvert
Programme de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction : La pratique infirmière au Service Info-Santé est complexe du fait qu'elle a lieu en contexte téléphonique. La douleur est impliquée dans de nombreux appels. Peu d'activités de formation continue (FC) adaptées à leur réalité sont offertes aux infirmières du service Info-Santé 8-1-1. De façon générale, les FC typiques sont coûteuses, pratiquement inaccessibles et elles ne reposent pas sur l'évaluation des besoins de FC des infirmières. *Objectifs* : Cette étude avait pour but de concevoir et d'évaluer une activité de FC par et pour les infirmières du service Info-Santé 8-1-1 en : 1) évaluant leurs besoins de FC en gestion de la douleur (GD), 2) concevant une activité de FC en GD, 3) évaluant leurs connaissances et perceptions de leurs activités infirmières en GD avant, après et trois mois suivant une activité de FC et 4) évaluant leur satisfaction par rapport à l'activité de FC et à l'égard de la réponse aux besoins de FC ainsi que l'impact dans leur pratique infirmière. *Méthode* : Cette recherche s'appuie sur le modèle conceptuel de Le Boterf (2011) et utilise un dispositif mixte simultané transformatif (Creswell, 2011), par l'importance accordée à la participation des infirmières et gestionnaires au cours du processus de recherche. Diverses méthodes de collecte de données ont été utilisées, soit la technique du groupe nominal (TGN) (besoins de FC), la discussion de groupe focalisée (application des connaissances, satisfaction), ainsi que des questionnaires (satisfaction face à la Journée de FC, connaissances et perception de la pratique infirmière en GD). Une activité de FC, fondée sur les lignes directrices en GD, a été conçue en réponse aux attentes et besoins de FC des infirmières. Elle comportait un premier volet d'une durée d'une journée et un deuxième volet sous forme de soutien clinique en milieu de travail, ainsi que des outils pour l'évaluation de la douleur et l'intervention utiles en contexte d'intervention téléphonique. *Résultats* : Les résultats démontrent les bénéfices d'une activité de FC en GD sur les connaissances des infirmières du service Info-Santé 8-1-1. Les connaissances en GD se sont améliorées et se sont maintenues dans le temps. Également, le sentiment de compétence en GD s'est amélioré avec cette activité de FC. *Conclusion* : L'approche participative ainsi que le soutien clinique post formation utilisés dans cette étude démontrent l'importance de l'implication des infirmières – participantes dans la conception de l'activité de FC, dans l'amélioration des connaissances et de l'impact qu'une telle activité a sur la perception de leur pratique infirmière en GD.

Mots-clés : Formation continue, soins de première ligne, intervention téléphonique, Info-Santé 8-1-1, évaluation des besoins, dispositif mixte, gestion de la douleur

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	II
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
PREMIER CHAPITRE – PROBLÉMATIQUE.....	10
1.1 Prise en charge de la douleur	10
1.2 Gestion de la douleur au service Info-Santé 8-1-1	11
1.3 Formation continue	13
1.4 Pertinence de l'étude.....	14
1.5 But de l'étude.....	15
DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS	16
2.1 Stratégies de recension des écrits.....	16
2.2 Formation continue en sciences infirmières	16
2.2.1 Études sur la formation continue pour les infirmières	17
2.2.1.1 Facteurs associés à la participation à une activité de formation continue.....	17
2.2.1.2 Étude sur la conception et l'évaluation d'une activité de formation continue pour les infirmières œuvrant en traumatologie.....	19
2.2.1.3 Formation continue en gestion de la douleur chez les infirmières.....	21
2.2.2 Stratégies pédagogiques recommandées dans la formation continue sur la gestion de la douleur.....	26
2.2.2.1 Soutien clinique en gestion de la douleur	28
2.3 Études sur le Service Info-Santé 8-1-1	30
2.4 Résumé.....	32
2.5 Objectifs de l'étude.....	33
2.6 Cadre de référence	34
TROISIÈME CHAPITRE – MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	38
3.1 Dispositif de recherche	38
3.1.1 Partie qualitative : Recherche descriptive	40
3.1.2 Partie quantitative : Dispositif quasi expérimental à série temporelle simple	40
3.2 Population à l'étude	41
3.2.1 Milieu de recherche, stratégie d'échantillonnage et recrutement.....	41
3.2.2 Critères de sélection	42
3.3 Phase 1 : Identification des besoins et de la conception de l'activité de formation continue en gestion de la douleur	42
3.3.1 Déroulement de l'identification des besoins de formation continue et de la conception de l'activité de formation continue	42
3.3.2 Méthodes de collecte de données	43
3.3.3 Analyse des besoins de formation continue en gestion de la douleur	44
3.3.3.1 Analyse des données quantitatives.....	44
3.3.3.2 Analyse des données qualitatives.....	45

3.3.3.3	Intégration des données quantitatives et qualitatives	46
3.3.4	Besoins de formation continue en gestion de la douleur.....	46
3.3.4.1	Évaluation complète de la douleur	47
3.3.4.2	Neurophysiologie de la douleur	48
3.3.4.3	Approches non pharmacologiques	48
3.3.4.4	Approches pharmacologiques	49
3.3.4.5	Stratégies d'écoute et d'intervention face à la douleur chronique	49
3.3.4.6	Stratégies éducatives préférées	49
3.3.4.7	Facteurs favorisant la participation à une activité de formation continue	50
3.3.4.8	Facteurs contraignant la participation à une activité de formation continue	50
3.3.5	Phase 2 : Conception de l'activité de formation continue.....	51
3.4	Phase 3 : Évaluation de l'activité de formation continue en gestion de la douleur.....	56
3.4.1	Variables à l'étude.....	56
3.4.1.1	Caractéristiques sociodémographiques	56
3.4.1.2	Variable indépendante : Activité de formation continue	56
3.4.1.3	Variables dépendantes.....	57
3.4.1.4	Autres variables.....	57
3.4.2	Instruments de mesure.....	58
3.4.2.1	Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur	59
3.4.2.2	Questionnaire sur la perception des activités infirmières en gestion de la douleur (PMAQ).....	61
3.4.2.3	Questionnaire de satisfaction par rapport à la Journée de formation continue	63
3.4.2.4	Guide d'entrevue semi-structuré pour la discussion de groupe focalisée .	63
3.4.2.5	Notes de terrain pour le soutien clinique.....	64
3.4.3	Analyse des données	65
3.4.3.1	Analyse des données quantitatives relatives à l'effet de l'activité de formation continue	65
3.4.3.2	Analyse des données qualitatives.....	66
3.4.3.3	Intégration des données quantitatives et qualitatives	66
3.5	Déroulement de l'étude.....	66
3.6	Considérations éthiques	70
QUATRIÈME CHAPITRE – RÉSULTATS.....		72
4.1	Caractéristiques des infirmières – participantes	72
4.2	Connaissances et croyances à propos de la gestion de la douleur	74
4.2.1	Perception des interventions infirmières possibles en gestion de la douleur.....	77
4.2.2	Perception des difficultés rencontrées sur le plan de l'évaluation de la douleur.....	78
4.2.3	Perception des difficultés rencontrées sur le plan du soulagement de la douleur.....	79
4.2.4	Perception des conséquences de la douleur chronique.....	79
4.3	Perception des activités infirmières en gestion de la douleur	80
4.3.1	Perception de la pratique infirmière en gestion de la douleur.....	82

4.4	Satisfaction à l'égard de la réponse aux besoins de formation	85
4.4.1	Satisfaction par rapport à la Journée de formation continue.....	86
4.4.2	Satisfaction au regard de la réponse aux besoins de formation continue..	86
4.4.2.1	Connaissances et compréhension du phénomène de la douleur.....	87
4.4.2.2	Application des connaissances acquises	87
4.4.2.3	Sentiment d'auto-efficacité	87
4.4.2.4	Formation continue sur mesure, adaptée à la pratique infirmière Info-Santé 8-1-1	88
4.4.2.5	Limites dans la réponse à certains besoins.....	88
4.4.3	Satisfaction à l'égard du soutien clinique post formation.....	88
4.4.3.1	Participation au soutien clinique	89
4.4.3.2	Soutien clinique du formateur perçu par les infirmières - participantes ...	89
4.4.3.3	Résultats du soutien clinique perçu par les infirmières – participantes ...	90
4.4.3.4	Logistique du soutien clinique	90
4.5	Mise en application des connaissances acquises	91
4.5.1	Évaluation de la douleur.....	91
4.5.2	Approches pharmacologiques	91
4.5.3	Approches non pharmacologiques	92
4.5.4	Enseignement au patient	92
4.5.5	Relation thérapeutique	93
4.6	Situations cliniques représentant un défi	93
4.6.1	Défi en présence de problèmes complexes au plan physiopathologique ..	93
4.6.2	Défis au plan de la relation avec l'appelant	94
4.6.3	Défis associés à la complexité de l'évaluation.....	94
4.7	Suggestions pour de futures activités de formation continue	95
4.8	Résumé des résultats	95
CINQUIÈME CHAPITRE – DISCUSSION		97
5.1	Évaluation de la douleur en contexte d'intervention téléphonique : un besoin prioritaire de formation continue en gestion de la douleur.....	98
5.2	Formation continue sur mesure : une avenue utile au développement de la compétence infirmière.....	99
5.2.1	Évolution des connaissances par la formation continue	100
5.2.2	Évolution des connaissances par le changement de perception des infirmières – participantes de leurs activités en gestion de la douleur....	104
5.2.2.1	Perception de l'augmentation de la gestion des mesures pharmacologiques	104
5.2.2.2	Perception de l'utilisation accrue des approches non pharmacologiques	104
5.2.2.3	Amélioration du sentiment de compétence et de l'impression de posséder les connaissances adéquates en gestion de la douleur.....	105
5.3	Forces et limites	106
5.4	Retombées.....	111
5.4.1	Retombées cliniques.....	111
5.4.2	Retombées pour la recherche	112
5.4.3	Retombées pour la population.....	113

REMERCIEMENTS.....	114
LISTE DES RÉFÉRENCES.....	115
ANNEXES.....	125
ANNEXE A. Guide de l'identification des besoins de formation continue	126
ANNEXE B. Grille de classification de l'identification des besoins de formation continue.....	129
ANNEXE C. Lignes directrices sur la gestion de la douleur.....	133
ANNEXE D. Surveillance clinique des clients prenant des opiacés	137
ANNEXE E. Standards de la pratique infirmière Info-Santé 8-1-1	139
ANNEXE F. Accréditation de la formation continue	142
ANNEXE G. Contenu de la journée de formation continue.....	145
ANNEXE H. Aide-mémoire pour la gestion de la douleur	179
ANNEXE I. Définition des stratégies éducatives utilisées lors de la formation continue.....	188
ANNEXE J. Questionnaire toronto sur la gestion de la douleur	190
ANNEXE K. Questionnaire sur la perception des activités infirmières en gestion de la douleur	195
ANNEXE L. Questionnaire de satisfaction par rapport à la formation continue	200
ANNEXE M. Guide d'entrevue pour la satisfaction au regard de la réponse aux besoins de formation continue	202
ANNEXE N. Notes de terrain de l'étudiant chercheur lors soutien clinique post formation continue.....	204
ANNEXE O. Grille de classification du questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (T0).....	208
ANNEXE P. Grille de classification du questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (T1)	211
ANNEXE Q. Grille de classification du questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (T2)	214
ANNEXE R. Grille de classification de la satisfaction au regard de la réponse aux besoins de formation continue	217
ANNEXE S. Lettre d'appui du chef de service envers le projet de recherche.....	223
ANNEXE T. Affiche présentée au congrès NAPGRC.....	225
ANNEXE U. Affiche présentée au Canadian Pain Society	227
ANNEXE V. Approbation par le comité d'éthique de la recherche des Centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.....	229
ANNEXE W. Formulaire de consentement.....	232

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Structure du dispositif mixte simultané transformatif	39
Tableau 2.	Déroulement de la rencontre d'identification des besoins de formation continue selon la technique du groupe nominal	44
Tableau 3.	Exemple de calcul de score pondéré.....	45
Tableau 4.	Besoins prioritaires de formation continue.....	47
Tableau 5.	Description de la Journée de formation continue en gestion de la douleur	53
Tableau 6.	Description d'une rencontre de soutien clinique	55
Tableau 7.	Définition des variables dépendantes	57
Tableau 8.	Variables et instruments de mesure	59
Tableau 9.	Résumé du déroulement de l'étude	68
Tableau 10.	Caractéristiques sociodémographiques des infirmières – participantes au T0	74
Tableau 11.	Connaissances et croyances des infirmières – participantes en gestion de la douleur.....	75
Tableau 12.	Changements dans les résultats du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur entre T0 et T1	77
Tableau 13.	Changements dans les résultats du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur entre T0 et T2	77
Tableau 14.	Perception du nombre d'appelants présentant de la douleur	81
Tableau 15.	Pourcentage de la perception d'obstacles à la gestion de la douleur aiguë selon les infirmières – participantes (PMAQ).....	82
Tableau 16.	Pourcentage de la perception d'obstacles à la gestion de la douleur chronique selon les infirmières – participantes (PMAQ).....	82
Tableau 17.	Description du nombre d'activités infirmières en gestion de la douleur selon le temps de mesure	85
Tableau 18.	Satisfaction par rapport à la Journée de formation continue	86
Tableau 19.	Participation au soutien clinique	89

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Recension des écrits FC en sciences infirmières	17
Figure 2.	FC en GD chez les infirmières.....	21
Figure 3.	Stratégies pédagogiques de FC en GD chez les infirmières	26
Figure 4.	Soutien clinique en GD chez les infirmières.....	28
Figure 5.	Études à Info-Santé 8-1-1	31
Figure 6.	Savoir agir avec compétence	36
Figure 7.	Partie quantitative du dispositif mixte	41
Figure 8.	Évolution de l'échantillon des infirmières du service Info-Santé 8-1-1 selon les temps de mesure.....	73
Figure 9.	Comparaison du score total pondéré des connaissances entre les temps de mesure.....	75

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AÉTMIS	Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'interventions en santé
AMDA	<i>American Medical Directors Association</i>
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DC	Douleur chronique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse.
ÉT	Écart-type
ÉVA	Échelle visuelle analogue
FC	Formation continue
FRQS	Fond de recherche du Québec - Santé
GD	Gestion de la douleur
GMF	Groupe de médecine de famille
IASP	<i>International Association for Study of Pain</i>
IUGS	Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke
JCAHO	<i>Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
PMAQ	<i>Pain Management Activities Questionnaire</i>
RNAO	<i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>
SNC	Système nerveux central
TGN	Technique de groupe nominal
VHA	<i>Veterans Health Administration</i>

PREMIER CHAPITRE – PROBLÉMATIQUE

1.1 Prise en charge de la douleur

La douleur est un problème de santé affectant un grand nombre de personnes. Au Canada, environ une personne sur 10, âgée entre 12 et 44 ans, présente une douleur chronique (DC) (Ramage-Morin & Gilmour, 2010). La prévalence de la DC dans la population québécoise se situe autour de 16 % (Boulanger, Clark, Squire, Cui, & Horbay, 2007). Plusieurs facteurs sont responsables de la prévalence élevée de la douleur. Une des causes est la prise en charge inadéquate de celle-ci par les professionnels de la santé, notamment par les infirmières qui omettent souvent d'évaluer la douleur ou la sous-évaluent (Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'interventions en santé, 2006; Lapré, Bolduc, & Bourgault, 2011; McAuliffe et al., 2009; Twycross, 2002; Zwakhalen et al., 2009). Même si la douleur est considérée comme le cinquième signe vital (Gouvernement du Québec, 2002; *International Association for Study of Pain (IASP)*, 1995, 2005; *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, 2000; RNAO, 2013; *Veterans Health Administration (VHA)*, 2010), sa gestion est rarement considérée prioritaire par les professionnels de la santé, incluant les infirmières (Bucknall, Manias, & Botti, 2007; Estabrooks, 1999; Manias, Botti, & Bucknall, 2002).

Afin d'obtenir une gestion optimale de la douleur, il est essentiel d'en détecter la présence (Pasero, McCaffery, & Gordon, 1999; *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)*, 2013), ce qui entraîne sa reconnaissance et permet son évaluation et son traitement. À titre d'exemple, il est recommandé d'ajuster la détection selon l'âge, le sexe, le type de personnes et son évaluation à divers moments tels qu'à l'admission de la personne, lors d'un changement dans son état de santé, puis avant, pendant et après tout type de procédure (*American Medical Directors Association (AMDA)*, 2012; Boulanger et al., 2007; RNAO, 2013). Afin d'obtenir une évaluation optimale, il importe d'effectuer une évaluation complète de la douleur avec les outils appropriés, vu le caractère multidimensionnel de la douleur.

De par leurs nombreux rôles, les infirmières sont parmi les mieux placées afin d'intervenir auprès des gens souffrant de douleur autant aiguë que chronique (RNAO, 2013). Toutes les

activités de GD, comme la détection, l'évaluation, l'enseignement, les interventions et les suivis, peuvent être réalisées par l'infirmière en collaboration avec les autres professionnels de la santé (McCleary, Ellis, & Rowley, 2004; Pasero et al., 1999; RNAO, 2013; Stenner & Courtenay, 2008). Les lignes directrices émises par la RNAO (2013) et la VHA (2010) recommandent la mise en place d'un programme de prise en charge de la douleur où les infirmières assument un rôle central et pivot. De plus, les infirmières assument un rôle majeur dans la communication avec le patient et dans l'approche interdisciplinaire de la GD (Pasero et al., 1999). Ce rôle de défense des droits du patient amène les infirmières à inciter leurs patients à mentionner qu'ils souffrent de douleur. De plus, une évaluation effectuée selon les normes de pratique permet de déceler une amélioration chez la personne souffrant de douleur et d'obtenir une satisfaction des professionnels soignant la personne (Goldberg & Morrison, 2007).

1.2 Gestion de la douleur au service Info-Santé 8-1-1

La GD fait partie intégrante des activités infirmières au Service Info-Santé 8-1-1. À partir d'observations réalisées par l'étudiant-chercheur sur une semaine à la centrale de l'Estrie, environ 68 % des appels comportent un potentiel d'évaluation de la douleur comme un appel pour une otalgie. Pour guider leurs interventions, les infirmières utilisent le répertoire des protocoles infirmiers, un outil de travail spécifique au service Info-Santé 8-1-1 (MSSS, 2007). Cet outil se divise en cinq grandes classes de protocoles infirmiers, parmi lesquelles se retrouve celui de « Douleur et traumatisme ». Cette seule classe comporte 150 des 479 protocoles contenus dans l'ensemble des cinq classes.

Toutefois, l'exercice infirmier à Info-Santé 8-1-1 comporte un niveau de difficulté et de complexité élevé, étant donné la diversité et la nature pluridimensionnelles des situations vécues par les usagers de ce service. De plus, l'infirmière doit évaluer la situation de la personne au cours d'un échange téléphonique sans repère visuel (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), 1998). L'intervention infirmière dans un contexte de réponse téléphonique consiste à donner de l'information, des conseils professionnels et de l'enseignement en fonction des besoins de l'utilisateur, puis de l'orienter, si nécessaire, vers les ressources appropriées (MSSS, 2007). Lorsque l'infirmière reçoit un appel d'un usager ayant

un problème de santé accompagné de douleur, elle doit évaluer les aspects physiques et émotionnels de la douleur, ce qui correspond aux volets santé et social d'une intervention téléphonique (MSSS, 2007; RNAO, 2013). Dans le contexte d'un service téléphonique, la qualité de la réponse repose sur la pertinence, la justesse et l'uniformité de l'intervention afin de répondre aux besoins particuliers de la personne qui consulte (MSSS, 2007; OIIQ, 1998). L'organisation du service doit mettre en place toutes les conditions nécessaires pour s'assurer d'une réponse professionnelle et compétente selon les normes scientifiques et professionnelles en vigueur (MSSS, 2007; OIIQ, 1998). D'ailleurs, dans des contextes de soins autres, des résultats de recherche montrent qu'une intervention téléphonique infirmière adéquate peut favoriser la gestion de la douleur chez les adultes et les enfants (Dewar, Craig, Muir, & Cole, 2003; Jones, Duffy & Flanagan, 2011; Paquette et al., 2013).

Malgré la reconnaissance du rôle des infirmières dans la gestion optimale de la douleur, les résultats d'études démontrent le manque de connaissances des infirmières en GD, notamment la présence de fausses croyances face à la dépendance aux opiacés et à leur effet dépressif du système nerveux central (SNC) (Bergeron, 2011; McNamara, Harmon, & Saunders, 2012). Ces lacunes quant aux connaissances et croyances pourraient être engendrées par le manque de FC sur le sujet, par la faible importance accordée à la FC (Horbury, Henderson, & Bromley, 2005) ou par la façon dont la FC est offerte (Twycross, 2002). Dans l'étude de Bergeron (2011), près de trois infirmières sur quatre œuvrant dans les groupes de médecine de famille (GMF) se sentaient limitées dans leur pratique en rapportant que la méconnaissance des interventions possibles en douleur était une barrière à la gestion de la douleur de leurs patients. Cette étude a été réalisée dans un contexte semblable à celui du service Info-Santé 8-1-1, soit en première ligne. Le contexte de la pratique infirmière relatif à la GD au service Info-Santé 8-1-1 diffère toutefois de celui des GMF.

Ces lacunes et la prise en charge sous-optimale de la douleur entraînent des conséquences néfastes sur le quotidien de ceux qui en souffrent en affectant plusieurs dimensions de leur vie (Andrew, Derry, Taylor, Straube, & Phillips, 2014; Fine, 2011; Fosnocht, Chapman, Swanson, & Donaldson, 2005; Twycross, 2002). Dans certains cas, la souffrance engendrée par la douleur peut affecter la sphère psychologique de la personne et mener à son suicide

(Fine, 2011; Gauthier & Gagliese, 2011). Aussi, les coûts sociaux engendrés par la douleur sont importants (Andrew et al., 2014; Fosnocht et al., 2005; Meyer-Rosberg et al., 2001; Twycross, 2002). Selon une projection pour l'année 2025, les coûts reliés à la DC s'élèveraient à 10 milliards de dollars au Canada (Phillips & Schopflocher, 2008) et aux États-Unis, à une somme de 261 à 300 milliards de dollars (Gaskin & Richard, 2012).

Considérant les conséquences d'une gestion inadéquate de la douleur, sa présence potentielle dans plus de la moitié des appels au Service Info-Santé, le nombre élevé de protocoles y étant associés, la pratique infirmière complexe à Info-Santé 8-1-1 et les conséquences néfastes reliées à la prise en charge inadéquate de la douleur, il importe que les infirmières soient bien outillées pour répondre aux besoins des usagers ayant un problème de santé incluant une composante de douleur.

1.3 Formation continue

La FC, suivant la formation initiale d'une profession, doit être prise en charge de façon partagée autant par l'infirmière que par l'employeur et reposer, entre autres, sur l'évaluation préalable des besoins de formation (Aoki & Davies, 2002; Gallagher, 2007; OIIQ, 2011). Dans la perspective d'une pratique professionnelle à la fine pointe, la FC devient essentielle et favorise la mise à jour des connaissances et compétences professionnelles, et ce, dans divers champs d'intervention (MSSS, 2007; OIIQ, 1998). Elle génère notamment des conséquences positives, c'est-à-dire que les infirmières ressentent plus de confiance en elles, se sentent plus compétentes et perçoivent un impact positif de la FC pour elles et leurs patients (Desilets, Dickerson, & Dickerson, 2010; Gallagher, 2007; Lapré et al., 2011; Marceau, 2009; Wood, 1998). De plus, quelques auteurs se sont penchés sur la question du soutien clinique offert aux infirmières et ils ont mentionné que cette avenue était prometteuse (Johnston et al., 2007; Lapré et al., 2011) et d'autres auteurs (Gallagher, 2007; Goodyear-Smith, Whitehorn, & McCormick, 2003; McNamara et al., 2012; O'Brien et al., 2009) soutiennent que la FC favorise la qualité de la pratique infirmière. Bien que la GD soit une compétence que les infirmières d'Info-Santé 8-1-1 doivent posséder, en Estrie, aucune FC spécifique à ce sujet n'est actuellement offerte pour soutenir le développement d'un agir avec compétence face à ce problème de santé. L'évaluation de la douleur est abordée rapidement

lors de l'orientation des infirmières à leur arrivée dans le service Info-Santé 8-1-1 de l'Estrie. De plus, les infirmières de ce service ont, à maintes reprises, manifesté leur motivation auprès de leurs gestionnaires face à la FC, ce qui concorde avec la motivation soulevée comme un facteur favorisant la participation à la FC, selon les résultats de l'analyse de concept de Gallagher (2007).

La FC sur le thème de la douleur, quant à elle, vise généralement à outiller les infirmières en lien avec l'évaluation de la douleur, les approches pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que sa documentation au dossier du patient (Ger et al., 2004; Guardini, Talamini, Lirutti, & Palese, 2008; Lapré et al., 2011; Lin et al., 2008; Ravaud et al., 2004; Twycross, 2002; Zhang et al., 2008). Les résultats de la majorité des études portant sur l'effet d'une FC sur la prise en charge de la douleur montrent une amélioration des connaissances, de la qualité de la documentation ainsi que du sentiment de confiance et de compétence (Ger et al., 2004; Lapré et al., 2011; Twycross, 2002).

1.4 Pertinence de l'étude

En résumé, bien que la prévalence de la douleur soit élevée dans la population, sa prise en charge est actuellement sous-optimale (Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'interventions en santé, 2006; Lapré, Bolduc, & Bourgault, 2011; McAuliffe et al., 2009; Twycross, 2002; Zwakhalen et al., 2009). Or les infirmières sont parmi les mieux placées afin de gérer la douleur (OIIQ, 2009; RNAO, 2002, 2007; Twycross, 2002). Malgré ce rôle pivot qui leur est dévolu, plusieurs études ont permis de faire état du manque de connaissances des infirmières en GD, dont en contexte de soins de première ligne tel qu'au service Info-Santé 8-1-1 où la douleur est d'ailleurs présente dans de nombreux appels (Bergeron, 2011; McNamara et al., 2012). Le rôle en GD des infirmières au service Info-Santé 8-1-1 est essentiel et la pratique infirmière y est complexe. Plusieurs auteurs proposent la FC afin d'améliorer la qualité de la pratique professionnelle. D'autres soutiennent le fait qu'il faille évaluer les besoins des infirmières afin d'obtenir des résultats positifs à la suite d'une FC (Barriball & While, 1996; Furze & Pearcey, 1999; Gallagher, 2007; Griscti & Jacono, 2006; Nalle, Wyatt, & Myers, 2010) sinon, les changements sur le plan des pratiques demeurent limités (Dalton et al., 1996; Goodyear-Smith et al., 2003; O'Brien et al., 2009;

Robertson, Umble, & Cervero, 2003). Ajoutons qu'en septembre 2011, l'OIIQ a établi des nouvelles normes professionnelles en matière de FC, situant le seuil minimal à 20 heures de FC par année. Par ailleurs, la majorité des FC en GD sont basées sur des lignes directrices sans toutefois évaluer les besoins de FC des infirmières avant de concevoir une telle activité (Dalton et al., 1996; Lapré et al. 2011). Considérant ces faits et les impacts positifs associés à la FC, il serait indiqué de se pencher sur la FC qui favoriserait le développement de leurs connaissances et de leurs compétences.

1.5 But de l'étude

Le but de l'étude est de concevoir et évaluer l'impact d'une activité de formation continue en gestion de la douleur par et pour les infirmières du service Info-Santé 8-1-1 sur leurs connaissances, leur pratique infirmière et leurs compétences professionnelles.

DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS

Le présent chapitre présentera d'abord les stratégies de recension des écrits utilisées. L'analyse des écrits en lien avec la FC en sciences infirmières et en GD suivra cette présentation. Par la suite, les études portant sur le Service Info-Santé 8-1-1 et aux interventions téléphoniques en GD seront présentées. Finalement, les objectifs de l'étude et le cadre de référence compléteront le chapitre.

2.1 Stratégies de recension des écrits

La consultation de nombreuses banques de données en sciences infirmières, en médecine, en éducation et en psychologie (*Cochrane, CINAHL, Medline, ERIC et PsycInfo*), de périodiques, de livres, de thèses et de sites sur le web, a permis de recenser les écrits reliés aux thèmes de la FC en sciences infirmières, du service Info-Santé 8-1-1 et des interventions téléphoniques en GD. L'année de parution des écrits se situait durant la période de 1995 à 2014. La stratégie spécifique à chacun des thèmes de la recherche documentaire sera illustrée au moment opportun. Des critères de rétention des articles ayant guidé le choix des textes étaient les suivants : la pertinence en lien avec le sujet de l'étude, la langue et la manière dont les textes étaient documentés. Les articles n'étant pas de langue française ou anglaise ont été exclus.

2.2 Formation continue en sciences infirmières

Dans l'optique de développer et évaluer une activité de FC en GD, il est nécessaire d'obtenir des résultats probants concernant la FC. La figure 1 illustre le processus de recherche documentaire effectuée. Étant donné le nombre élevé d'écrits, plus de 250 000, reliés à la FC comme telle, le choix de préciser la recherche à la population cible des infirmières a donc été effectué.

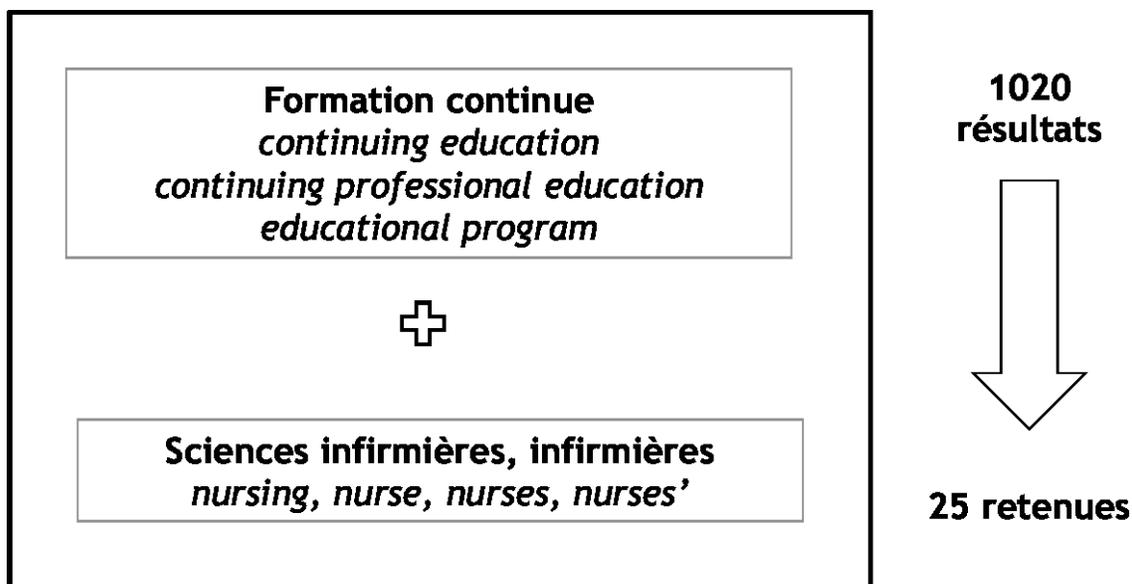


Figure 1. Recension des écrits FC en sciences infirmières

2.2.1 Études sur la formation continue pour les infirmières

Aux fins de la présente étude, la définition retenue de la FC en sciences infirmières provient d'une analyse de concept et elle consiste en une activité ponctuelle qui promeut l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes professionnelles, le tout dans un processus continu d'apprentissage (Gallagher, 2007). Dans cette section, une analyse des 25 écrits retenus sera présentée selon les facteurs associés à la participation à une FC, les besoins de FC et les bénéfices associés à une FC. Aussi, une étude québécoise sera présentée (Marceau, 2009), car elle reposait sur les principes de l'approche participative et sur un processus rigoureux pour l'élaboration d'une activité de FC.

2.2.1.1 Facteurs associés à la participation à une activité de formation continue

Plusieurs facteurs positifs amènent les infirmières à participer à une FC. L'acquisition de connaissances, de compétences et d'habiletés, l'amélioration du jugement clinique et la motivation représentent les plus importants facteurs sous-jacents à leur participation (Chakraborty et al., 2006; Furze & Pearcey, 1999; Gallagher, 2007; Gibson, 1998; Gould et al., 2007; Griscti & Jacono, 2006; Hogston, 1995; Hughes, 2005; Marceau, 2009; Nalle et al., 2010; Penz et al., 2007; Underwood, Dahlen-Hartfield, & Mogle, 2004; Waddell, 1992; Wolak, Cairns, & Smith, 2008; Wood, 1998). L'augmentation de l'estime de soi et de la confiance en soi favorise la participation des infirmières à une activité de FC (Gallagher,

2007; Griscti & Jacono, 2006; Hogston, 1995; Marceau, 2009; Wood, 1998) de même que le partage des connaissances acquises lors de la FC (Gallagher, 2007; Hogston, 1995) et la croissance professionnelle (Gould et al., 2007; Hogston, 1995; Hughes, 2005; Nalle et al., 2010). Les infirmières croient qu'elles pourront augmenter le bien-être de leur patient en participant à une FC (Gallagher, 2007; Nalle et al., 2010) et améliorer la qualité des soins aux patients (Gallagher, 2007; Gould et al., 2007; Hogston, 1995; Marceau, 2009; Wood, 1998). De plus, le fait d'être libérées, sur leur temps de travail, et rémunérées est un renforcement important qui favorise la participation à une FC aux yeux des infirmières (Marceau, 2009).

Cependant plusieurs facteurs contraignent les infirmières à participer à de la FC. En effet, le coût exigé pour y participer et le financement accordé par l'employeur sont des facteurs qui découragent les infirmières à s'y inscrire. (Furze & Pearcey, 1999; Gallagher, 2007; Gibson, 1998; Hogston, 1995; Marceau, 2009; Nalle et al., 2010; Penz et al., 2007). Les FC qui sont offertes en dehors du temps de travail (Furze & Pearcey, 1999; Gallagher, 2007; Gibson, 1998; Hogston, 1995; Nalle et al., 2010; Penz et al., 2007) et le contenu inapproprié (Gallagher, 2007; Hughes, 2005; Marceau, 2009) sont des facteurs qui freinent la participation des infirmières. Également, la pénurie de personnel infirmier et les responsabilités familiales sont des obstacles réels à la participation à une FC (Gould, Drey, & Berridge, 2007; Marceau, 2009; Penz et al., 2007). Finalement, le manque de soutien de la part des gestionnaires constitue une barrière importante aux yeux des infirmières (Furze & Pearcey, 1999; Gallagher, 2007; Gibson, 1998; Gould et al., 2007; Griscti & Jacono, 2006; Hughes, 2005).

Les infirmières mettent à jour leurs connaissances en assistant à des FC qui répondent à leurs besoins en termes de connaissances et d'accroissement des compétences (Gallagher, 2007). Plusieurs auteurs recommandent d'identifier les besoins de FC par le biais de l'évaluation par les employés, employeurs et éducateurs, afin d'obtenir un portrait précis des besoins de FC (Aoki & Davies, 2002; Barriball & While, 1996; Furze & Pearcey, 1999; Gallagher, 2007; Griscti & Jacono, 2006; Hogston, 1995; Marceau, 2009; Nalle et al., 2010). Par contre, certaines études ont permis d'illustrer que l'identification des besoins de FC découlait

uniquement du point de vue de l'employeur, sans avoir évalué les besoins de FC auprès des infirmières (Furze & Pearcey, 1999; Gould et al., 2007; Hughes, 2005). Par ailleurs, les méthodes d'apprentissage préférées par les infirmières varient selon les besoins de FC (Chakraborty et al., 2006; Ger et al., 2004; Gibson, 1998; Gould et al., 2007; Guardini et al., 2008; Lin et al., 2008; Marceau, 2009; Twycross, 2002; Wolak et al., 2008). Par exemple, la lecture, la discussion, le jeu de rôles, l'étude de cas, la présentation orale, la supervision clinique, l'exposé magistral sont des méthodes que les infirmières choisissent afin d'acquérir de nouvelles connaissances.

Selon les écrits, les infirmières qui assistent à des FC en tirent des bénéfices notables. Le bénéfice premier d'une FC pour les infirmières réside dans l'augmentation des connaissances et des compétences telles que mentionnées dans les facteurs favorisant la participation à une FC (Chakraborty et al., 2006; Furze & Pearcey, 1999; Gallagher, 2007; Ger et al., 2004; Gibson, 1998; Gould et al., 2007; Griscti & Jacono, 2006; Hogston, 1995; Hughes, 2005; Johnston et al., 2007; Lin et al., 2008; Marceau, 2009; Nalle et al., 2010; Penz et al., 2007; Robertson et al., 2003; Twycross, 2002; Underwood et al., 2004; Waddell, 1992; Wood, 1998). L'impact positif des apprentissages sur les soins aux patients est un autre bénéfice reconnu (Gallagher, 2007; Hughes, 2005; Nalle et al., 2010; Waddell, 1992; Wood, 1998).

2.2.1.2 Étude sur la conception et l'évaluation d'une activité de formation continue pour les infirmières œuvrant en traumatologie

Parmi les études recensées, une a été retenue pour sa similitude avec la présente recherche, soit celle de Marceau (2009). Cette étude réalisée dans un contexte de recherche semblable a permis de développer et d'évaluer une activité de FC adaptée aux infirmières et infirmiers œuvrant en traumatologie. Les objectifs de l'étude étaient d'identifier les besoins spécifiques de FC en traumatologie exprimés par des infirmières du service des urgences, d'évaluer les connaissances générales et procédurales avant, après et trois mois suivant une activité de FC, puis d'évaluer la satisfaction des participantes concernant la réponse à leurs besoins de FC. Elle a permis de recenser les besoins de FC en traumatologie et les modalités pédagogiques préférées des infirmières et infirmiers de l'urgence. À partir des besoins de FC, l'auteure a conçu une activité de FC. Un dispositif qualitatif évaluatif de quatrième génération, incluant

des données quantitatives, a été utilisé. Le processus de recherche, caractérisé par sa souplesse a contribué à encourager la participation de tous. Cette approche participative a permis d'impliquer l'équipe de chercheurs, les infirmières et les gestionnaires du service des urgences afin que l'activité de FC soit conçue selon le point de vue de tous. Trente infirmières sur une possibilité de 74 ont accepté de participer à l'étude des besoins de FC. La rencontre d'identification des besoins de FC et la rencontre servant à mesurer la satisfaction au regard de la réponse aux besoins ont été conçues selon la méthode d'entrevue de discussion de groupe focalisée de Morgan et Krueger (1998). L'activité de FC reposait sur les standards de pratique en traumatologie et les besoins de FC identifiés au préalable. Lors de la rencontre d'identification des besoins de FC, les priorités relevées par les participantes étaient l'acquisition de connaissances générales sur les phénomènes du choc et du traumatisme pédiatrique, l'évaluation initiale et secondaire d'un patient, l'examen physique et le dégagement des voies respiratoires. Ensuite, 27 participantes ont assisté à l'activité de FC d'une durée de six heures, puis 15 participantes ont assisté à la dernière rencontre de discussion de groupe focalisée afin de déterminer la satisfaction au regard de la réponse aux besoins de FC. La mesure des connaissances a été effectuée à l'aide d'un questionnaire conçu aux fins de l'étude et basé sur les standards de pratique en traumatologie. Ce questionnaire a fait l'objet d'une validation auprès d'experts en traumatologie. Entre le premier et le deuxième temps de mesure, le score obtenu à l'évaluation des connaissances générales est passé de 55,5 % à 76,0 % ($p < 0,0001$) et s'est maintenu dans le temps. Au cours de l'entrevue de groupe, les participantes à l'étude de Marceau (2009) ont mentionné qu'elles avaient pu mettre en pratique des connaissances acquises lors de situations de soin impliquant un traumatisme physique.

L'intérêt dans cette étude réside dans le processus de conception et d'évaluation de la FC. Les résultats illustrent que l'approche participative utilisée par l'auteure en impliquant les participantes dans la construction de leur activité de FC peut engendrer une augmentation des connaissances. Cependant, l'outil utilisé dans cette étude, pour mesurer les connaissances des participantes, a seulement fait l'objet d'une validation de contenu auprès d'experts en traumatologie.

En somme, il ressort que la FC peut être bénéfique pour les infirmières au niveau de leurs sentiments de confiance et de compétence améliorés et possiblement pour les patients. Il apparaît qu'en évaluant les besoins de FC des infirmières et en adoptant une approche participative, il est possible d'obtenir une augmentation des connaissances.

2.2.1.3 Formation continue en gestion de la douleur chez les infirmières

Pour cerner l'état des connaissances spécifiques à la FC en matière de GD offerte à des infirmières, le mot-clé *pain* a été ajouté à la recension de la FC en soins infirmiers. Les banques de données utilisées demeuraient les mêmes. La figure 2 illustre le processus de recherche documentaire pour cette partie.

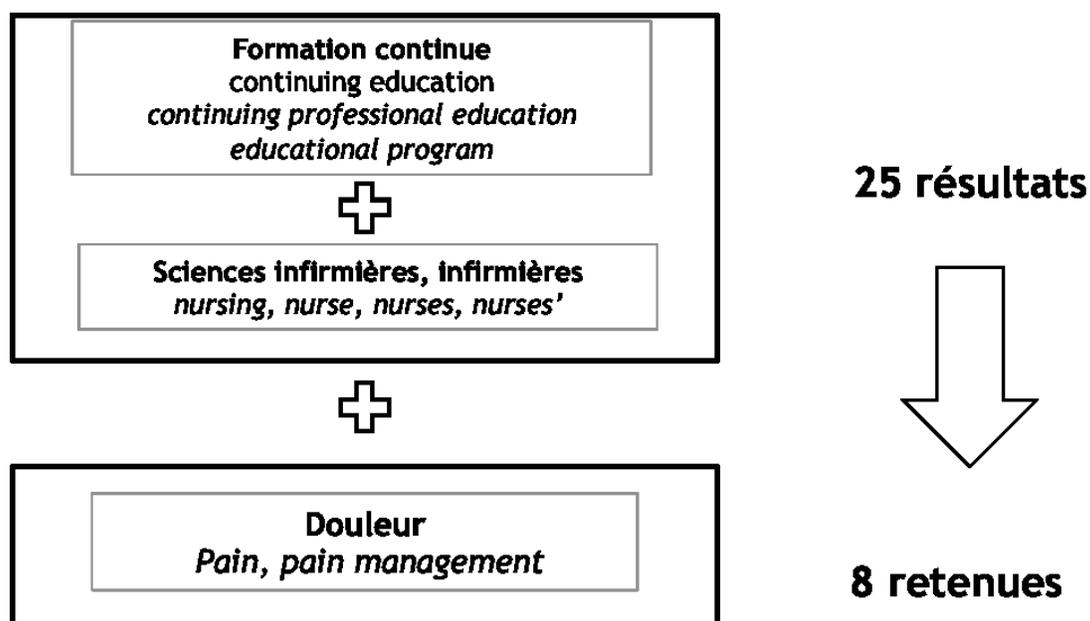


Figure 2. FC en GD chez les infirmières

Toutes les études présentées dans cette section proviennent des 25 études retenues dans la section précédente. Parmi les huit études retenues, une synthèse de cinq d'entre elles sera présentée sous l'angle de l'effet d'une FC en GD chez les infirmières. Par la suite, les trois autres études retenues seront décrites avec plus de détail. Celles-ci ont une utilité particulière dans le développement la présente recherche parce que les chercheurs ont utilisé les mêmes outils de mesure des connaissances en GD (Bergeron, 2011; Lapré, 2010) ou de la mesure de la perception des infirmières de leurs activités en GD (Bergeron, 2011; Bergeron, Bourgault,

& Gallagher, 2014; Dalton et al., 1996). Ces outils seront décrits dans le chapitre du présent mémoire qui porte sur la méthode de recherche.

Les bénéfices de la FC sur la GD s'apparentent à ceux observés pour la FC en général (voir section précédente). En effet, les cinq études retenues incluent la mesure de l'effet sur les connaissances ou l'impact de la FC sur la pratique infirmière en GD. D'abord, l'augmentation des connaissances à la suite d'une FC en GD a été rapportée par plusieurs auteurs (Guardini et al., 2008; Johnston et al., 2007; Lin et al., 2008; Zhang et al., 2008) et dans une seule étude, l'augmentation se maintenait dans le temps (Zhang et al., 2008). D'autres auteurs (Johnston et al., 2007; Ravaud et al., 2004) ont rapporté une augmentation de la documentation de l'évaluation de la douleur par les infirmières suivant une FC sur la GD.

La première étude présentée est celle de Dalton et al. (1996) qui a permis de mesurer l'efficacité d'un programme d'éducation sur le changement des connaissances, des attitudes et des comportements chez des infirmières en oncologie de la Caroline du Nord. Vingt-neuf infirmières ont participé à l'étude de Dalton et al. (1996). Un dispositif quasi expérimental à plusieurs temps de mesure a été utilisé. Deux mesures avant et quatre mesures après le programme éducatif ont été effectuées. Des audits de dossiers et des questionnaires sur les connaissances relatives à la douleur cancéreuse, sur les attitudes et sur la perception des infirmières de leurs activités en GD ont été complétés à chaque temps de mesure. Le programme éducatif, sous forme de séminaire offert aux infirmières avant l'expérimentation, n'est cependant pas détaillé. Les auteurs mentionnent toutefois que le contenu du programme repose sur les lignes directrices de la GD cancéreuse. Il contenait une revue des pratiques exemplaires en GD cancéreuse (évaluation, approches pharmacologiques et non pharmacologiques).

Sur 200 patients soignés par les participantes à l'étude, 162 audits de dossiers ont été faits à tous les temps de mesure. À la suite du programme éducatif, aucun changement significatif relatif aux connaissances des infirmières – participantes n'a été noté. Toutefois, selon les audits de dossiers, la documentation systématique de l'évaluation la douleur des patients est passée de 12 à 35 % ($p < 0,05$). En ce qui concerne la perception de leurs activités en GD,

aucun changement n'a été perçu par les infirmières, sauf une légère augmentation non significative six mois après le programme éducatif dans la capacité à faire toutes les activités infirmières en GD. L'auteure recommande que le programme éducatif soit intégré à la pratique courante des infirmières, c'est-à-dire à l'horaire de travail, afin qu'elles puissent mettre régulièrement en application leurs nouvelles connaissances et qu'elles puissent en tirer une efficacité immédiate.

L'intérêt pour cette étude réside dans l'utilisation du questionnaire sur la perception des activités infirmières en GD *Pain Management Activities Questionnaire* (PMAQ) (Dalton et al., 1996) et la possibilité de comparaison avec les résultats provenant de la complétion du Questionnaire PMAQ de la présente étude. Cependant, le dispositif utilisé dans cette étude ne comportait pas de groupe contrôle ni de randomisation. Bien que cet aspect du dispositif n'ait pas été possible, les auteurs ont inséré plusieurs temps de mesure afin d'en augmenter sa validité interne. Par ailleurs, les auteurs n'ont pas tenu compte des besoins de formation de FC en GD des infirmières dans la conception du programme éducatif.

La seconde étude retenue est celle de Lapré (2010) qui visait à modifier l'évaluation de la douleur postopératoire en implantant une ligne directrice basée sur les pratiques exemplaires telles que recommandées par le Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2002). Un dispositif quasi expérimental à séries temporelles interrompues multiples a été utilisé pour mesurer l'impact de l'implantation de cette ligne directrice sur la pratique infirmière et sur le soulagement de la douleur chez les patients. Un échantillon composé 34 patients a été réparti dans un groupe témoin (n=17) et un groupe expérimental (n=17). L'intervention consistait en une activité de formation et à du mentorat pour le groupe expérimental. Cette activité a été offerte au personnel des unités de chirurgie à laquelle 57 infirmières ont initialement pris part. Au dernier temps de mesure, 25 infirmières ont complété le questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur. Le soulagement de la douleur des patients a été mesuré aux jours 2, 4 et 6 postopératoires. Les dossiers des patients participants de chaque groupe ont été audités pour obtenir l'intensité et le soulagement de leur douleur ainsi que l'évaluation de la douleur et la documentation de sa fréquence d'évaluation par les infirmières. Également, les connaissances et croyances en GD des infirmières ayant participé à l'activité de formation

ont été mesurées avant, puis après la formation et le mentorat, à l'aide du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (Watt-Watson, 1997).

L'auteure n'a pu démontrer de différence significative ni chez les patients par rapport au soulagement de leur douleur ni chez les infirmières quant à la documentation de l'évaluation de la douleur après l'activité de FC et le mentorat. Aucune différence significative n'a été observée en lien avec les connaissances des infirmières au regard de la douleur avant et après la FC. Cependant, les réponses à trois questions montrent un changement statistiquement significatif en lien avec l'amélioration du sentiment de connaissances et de compétence perçu par les infirmières après la FC ($p < 0,05$) et en lien avec les connaissances sur les effets secondaires des opiacés ($p < 0,05$). Le personnel soignant a grandement apprécié le soutien obtenu lors de l'activité de FC et du mentorat. L'auteure recommande d'utiliser une approche andragogique, c'est-à-dire fondée sur les expériences et besoins des infirmières et en tenant compte du contexte organisationnel de la pratique infirmière afin d'obtenir de meilleurs résultats lors d'une activité de FC.

L'intérêt pour cette étude réside dans plusieurs points. Le premier point d'intérêt est l'utilisation du questionnaire Toronto sur la GD (Watt-Watson, 1997) adapté par Bolduc, Bourgault, Michaud et Lapré (2009) afin de comparer les résultats de la présente étude avec ceux de Lapré (2010). L'utilisation d'instruments de mesure ayant fait l'objet d'une validation est une force pour cette étude. Le deuxième point d'intérêt est la possibilité de comparaison des résultats sur les connaissances en GD susceptibles de découler de l'activité de FC offerte aux infirmières. Le troisième point est l'absence d'identification des besoins de FC avant d'implanter les lignes directrices. Le dernier point d'intérêt est l'utilisation du mentorat sur tous les quarts de travail qui s'avère une avenue prometteuse pour soutenir le personnel dans l'implantation de cette ligne directrice. L'utilisation d'un groupe contrôle et d'un groupe expérimental a permis d'assurer un contrôle sur la variable indépendante de son étude.

Finalement, Bergeron (2011) voulait décrire les activités réalisées par les infirmières en première ligne, plus spécifiquement en GMF, leurs connaissances et les barrières en rapport avec la GD chronique non cancéreuse. Un dispositif descriptif corrélationnel transversal de

type enquête postale a été utilisé. Sur 195 envois postaux, l'auteur a reçu 53 réponses d'infirmières œuvrant en GMF. Les questionnaires Toronto sur la GD et PMAQ ont été adaptés à la pratique infirmière en première ligne par l'auteur, ce qui sera un atout pour le choix des outils de mesure de la présente étude. Les infirmières ayant participé à cette étude ont mentionné plusieurs obstacles à la GD de leurs patients. Selon elles, la méconnaissance des interventions possibles en GD (72 %) et la non-disponibilité dans leur milieu de travail de l'information sur la GD (52 %) étaient des obstacles majeurs à la pratique en GD en première ligne. De plus, 40 % des infirmières disaient avoir les compétences adéquates pour gérer de façon efficace une douleur chronique. Mais, plus du quart (28 %) ne se sentaient pas à l'aise dans la gestion de la médication de leurs patients. Seulement la moitié des infirmières se disaient en mesure d'effectuer une évaluation détaillée de la douleur de leur patient. L'auteur recommande la FC afin de développer les compétences des infirmières qui œuvrent en contexte de soins de première ligne.

L'intérêt de cette étude réside dans l'utilisation du questionnaire Toronto sur la GD et du questionnaire PMAQ en contexte de soins de première ligne. De plus, la description des connaissances et activités infirmières en GD en contexte de soins de première ligne offre un point de comparaison avec la présente étude qui se déroule également dans un contexte de soins de première ligne. L'utilisation du dispositif descriptif corrélationnel dans cette étude est justifiée, car l'auteur voulait mettre en relation les connaissances en GD des infirmières œuvrant en GMF et leurs activités infirmières en GD. De plus, l'utilisation d'instruments de mesure ayant fait l'objet d'une validation est une force pour cette étude.

En résumé, on reconnaît que certaines infirmières qui œuvrent en première ligne n'ont pas les connaissances optimales pour gérer la douleur de leurs patients (Bergeron, 2011). Il ressort des études présentées que les infirmières se perçoivent davantage compétentes à la suite d'une FC en GD. Enfin, les résultats sont mitigés concernant l'augmentation des connaissances à la suite d'une FC en GD (Dalton et al., 1996; Lapré, 2010).

2.2.2 *Stratégies pédagogiques recommandées dans la formation continue sur la gestion de la douleur*

Les écrits en pédagogie, en sciences infirmières et en GD rapportent les stratégies gagnantes à adopter lors d'activités de FC. La figure 3 illustre la recherche documentaire reliée aux stratégies pédagogiques utilisées dans le cadre de la FC offertes aux infirmières sur la GD. La décision d'effectuer la recherche en incluant les mots clés douleur infirmières a été prise dans le but d'obtenir les écrits selon le sujet et la population à l'étude.

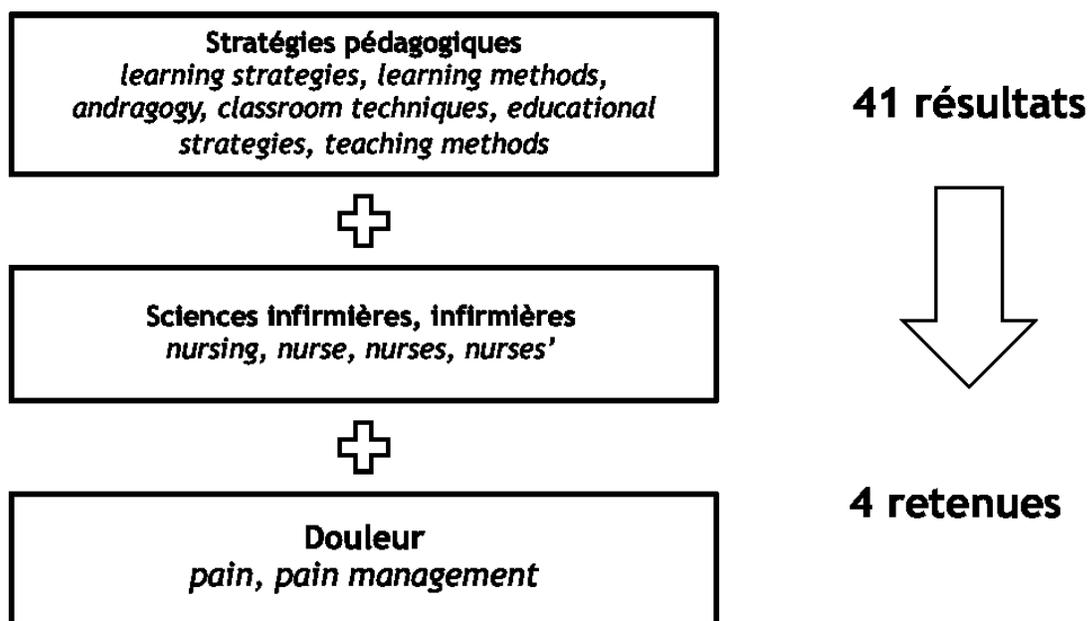


Figure 3. Stratégies pédagogiques de FC en GD chez les infirmières

Parmi les quatre études retenues, une revue systématique des écrits englobe les résultats provenant de toutes les études recensées traitant du concept de stratégies pédagogiques de FC sur la GD (Twycross, 2002). À travers la description de la revue systématique, les résultats des autres études (Chunta & Katrancha, 2010; Guardini et al., 2008; Johnston et al., 2007) retenues seront présentés en appui à cette étude.

La revue systématique des écrits concernant la FC en GD a été réalisée dans le but d'établir l'efficacité des stratégies éducatives utilisées (Twycross, 2002). L'auteure conclut qu'une FC intégrant des stratégies pédagogiques actives (ex : jeux de rôles) plutôt que des stratégies traditionnelles ou axées sur le rôle d'expert formateur (ex : éviter les exposés magistraux)

favorise l'acquisition de connaissances en GD et l'amélioration de la pratique infirmière en GD. Twycross (2002) rapporte qu'en suscitant la réflexion par des discussions de cas (Guardini et al., 2008), la résolution de problème (Chunta & Katrancha, 2010), le soutien clinique ou *coaching* (Johnston et al., 2007) et par l'utilisation d'autres stratégies éducatives actives, les participants intègrent plus de connaissances et sont davantage susceptibles de les mettre en pratique. Ces résultats concordent avec les résultats obtenus par Chunta et Katrancha (2010) qui montrent que la méthode de résolution de problème stimule la réflexion et permet l'augmentation de l'autonomie dans l'apprentissage. Également, Johnston et al. (2007) ont démontré qu'il y a augmentation (de 15 % à 58 %) de la fréquence de la documentation de la douleur ($p < 0,0001$) par les infirmières qui avaient reçu, en moyenne, 10 sessions de soutien clinique individuel. Par ailleurs, Guardini et al. (2008) ont démontré l'augmentation des connaissances des infirmières, œuvrant en contexte postopératoire, par l'offre d'une FC sur la GD qui comportait sept rencontres de sept heures et qui intégrait plusieurs stratégies éducatives (lectures, discussions de cas, jeux de rôles, travail en équipe, et présentations orales). À la lumière des études analysées, Twycross (2002) recommande de considérer ce que les participants connaissent en évaluant leurs besoins de FC pour ensuite les prendre en compte dans la FC. Également, l'auteure conclut qu'il faut prendre en considération les barrières à la participation à la FC et tenter de les minimiser dans la conception et la réalisation de la FC. Elle a constaté la difficulté à évaluer les programmes d'éducation continue mis en place en raison des coûts trop élevés qui y sont associés. La taille idéale d'un groupe qui participe à une FC devrait se situer entre sept et dix personnes, ce qui favorise l'interaction et la participation des membres du groupe (Twycross, 2002). Le choix des méthodes pédagogiques repose sur la prise en compte de plusieurs facteurs, dont les caractéristiques des participants, leurs besoins et intérêts, ainsi que le nombre de participants. Aussi les caractéristiques de l'enseignant, l'objectif et le contenu de la FC ainsi que les contraintes reliées à l'environnement de travail, telles que le temps pour participer à la FC, le budget, les équipements ou les locaux requis sont à considérer (Twycross, 2002).

En somme, de multiples méthodes pédagogiques peuvent être utilisées lors d'une activité de FC (Aoki & Davies, 2002; Chunta & Katrancha, 2010; Griscti & Jacono, 2006; Guardini et al., 2008; Johnston et al., 2007). Des stratégies pédagogiques actives et variées plutôt qu'une

approche traditionnelle magistrale et un groupe de taille restreinte sont préférables afin d'optimiser l'intégration des apprentissages visés par l'activité de FC (Twycross, 2002).

2.2.2.1 Soutien clinique en gestion de la douleur

Dans une perspective d'utilisation du soutien clinique après la Journée de FC de la présente étude, une recherche documentaire a été effectuée sur le sujet. Quelques études ont porté sur l'expérimentation d'une FC comportant du soutien clinique. Cependant aucune étude n'a été réalisée en contexte de soins de première ligne. La notion de soutien clinique sera définie en début de section selon une revue systématique des écrits portant sur le sujet suivie de la présentation d'une étude évaluant son effet. La figure suivante illustre la recherche effectuée en lien avec le soutien clinique en GD.

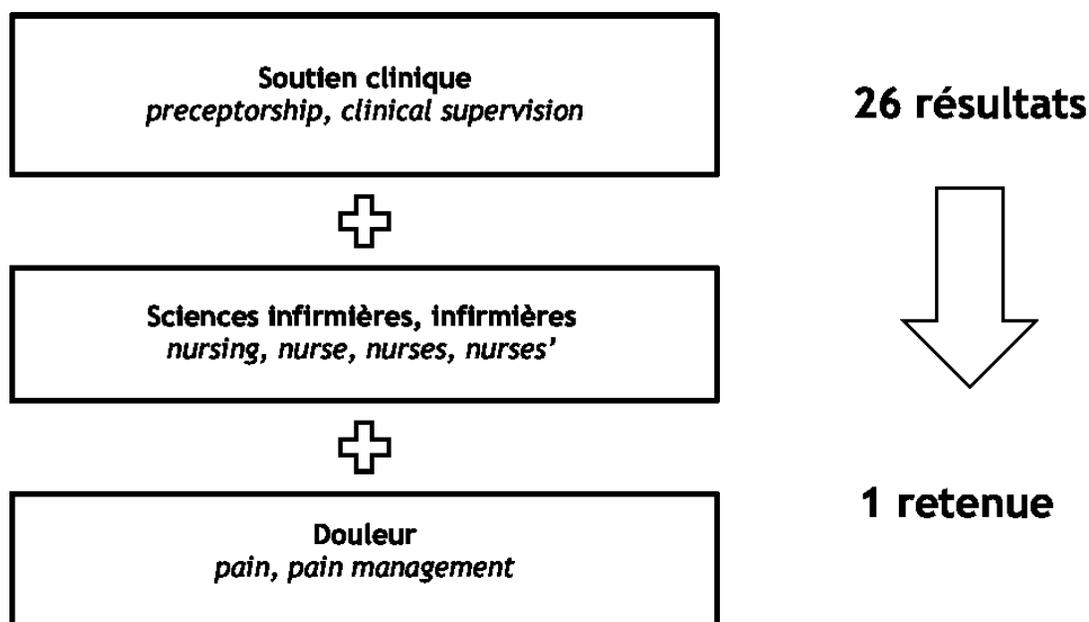


Figure 4. Soutien clinique en GD chez les infirmières

La consultation de plusieurs références a permis de cerner la notion de soutien clinique. Une revue systématique des écrits s'est penchée sur la définition et les modalités à privilégier pour un soutien clinique efficace chez les professionnels de la santé (Kilminster, Cottrell, Grant, & Jolly, 2007). Les auteurs définissent le soutien clinique comme étant la rétroaction et les conseils individualisés par un expert à une personne voulant développer des compétences professionnelles dans un domaine précis. Les études incluses dans cette revue systématique

sont nombreuses et proviennent de plusieurs milieux de la santé, dont les soins de première ligne. Cependant les types d'études recensées ne sont pas mentionnés par les auteurs.

Selon cette revue systématique, il est démontré qu'une supervision directe, c'est-à-dire dans le milieu de pratique et sur le temps de travail, aide les destinataires du soutien à augmenter leurs compétences. L'efficacité gagnée par le soutien dépend de la qualité de celui-ci. Également, les changements dans la pratique se font sentir lorsque la durée du soutien est plus grande. Un bon superviseur clinique devrait posséder des compétences en enseignement, être en mesure de donner une rétroaction de qualité et faire des liens entre la théorie et la pratique. Il devrait aussi avoir d'excellentes aptitudes relationnelles telles que l'écoute et l'empathie ainsi que des compétences cliniques solides dans le domaine où le soutien clinique est offert. Cependant, la rigidité, les lacunes sur le plan de l'enseignement et de l'empathie du superviseur clinique en affectent l'efficacité. Selon Kilminster et al. (2007), une rétroaction constructive provenant d'un superviseur efficace qui suscite la réflexion devrait améliorer les pratiques des infirmières, alors que l'emphase sur les aspects négatifs aurait l'effet inverse. La rétroaction devrait se faire le plus tôt possible au regard du sujet, soit une fois que l'utilisateur du soutien clinique ait pu s'exprimer sur les constats qu'il fait de sa pratique. Il est aussi recommandé d'énoncer des commentaires positifs spécifiques et descriptifs et d'exprimer les commentaires négatifs de façon brève.

L'intérêt de cette étude réside dans la rigueur et la justesse avec laquelle les auteurs définissent le concept de soutien clinique. Cette revue systématique des écrits servira de guide pour effectuer le soutien clinique dans la présente étude.

L'étude retenue lors de la recherche documentaire avait pour but d'évaluer l'effet d'un soutien clinique sur la GD auprès des infirmières œuvrant en pédiatrie (Johnston et al., 2007). Cette étude, sous forme d'un essai clinique randomisé, avait pour but d'évaluer, à la suite d'un soutien clinique, chez des infirmières œuvrant en pédiatrie leur attitude, connaissances en GD et documentation de la douleur des patients. Cent-treize infirmières ont participé à l'étude et ont été réparties aléatoirement en deux groupes (expérimental et témoin). Le soutien clinique s'est effectué dans la mesure du possible sur 12 sessions à deux semaines

d'intervalle. Les connaissances et attitudes en GD ont été mesurées à l'aide du questionnaire « Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain » (Manworren, 2001). Cet outil a fait l'objet d'une validation de contenu par cinq experts, sa fidélité test retest est de 0,67. Sa cohérence interne a été mesurée auprès de deux échantillons différents d'infirmières et les auteurs ont obtenu des alphas de Cronbach de 0,72 et de 0,79 (Manworren, 2001). Les auteurs rapportent que les infirmières qui ont participé aux sessions de soutien clinique ont augmenté leurs connaissances sur la GD ($p < 0,0001$) comparativement au groupe témoin qui a présenté une diminution des connaissances en GD. Il en est de même avec la documentation de la douleur chez le groupe expérimental qui est passée de 18 à 39 % ($p < 0,0001$). Les auteurs ont mentionné qu'il était difficile de trouver des moments appropriés pour effectuer le soutien clinique, car le nombre élevé de sites, les disponibilités des chercheurs et celles des infirmières étaient parfois restreintes. Par exemple, des infirmières étaient en absence du travail, en vacances ou en congé de maternité.

L'intérêt dans cette étude est la puissance des résultats obtenus. En effet, les obstacles à la validité interne de l'étude sont contrôlés par la randomisation et la mesure avant et après l'intervention. L'étude permet de conclure que l'utilisation du soutien clinique s'avère une stratégie éducative efficace qui amène un changement positif sur le plan de la GD chez les infirmières.

2.3 Études sur le Service Info-Santé 8-1-1

Dans cette partie de la recension des écrits, les banques de données ont été interrogées avec le terme « Info-Santé » : 14 écrits ont été identifiés, mais aucune étude en lien avec la FC ou la GD n'a été recensée. Cependant, quelques études portaient sur l'efficacité de ce service. Par la suite, une recherche sur le web a permis de découvrir de nombreux rapports gouvernementaux et quelques études concernant la satisfaction des usagers ayant utilisé le service Info-Santé. Ils ne présentaient pas de pertinence en lien avec le sujet de la présente étude. Un résumé des trois études retenues sera présenté, afin de démontrer l'efficacité et la satisfaction de la population au regard de ce service.



Figure 5. Études à Info-Santé 8-1-1

Une première étude évaluative descriptive visait à connaître la satisfaction et l'autonomie de l'utilisateur après un appel au service Info-Santé 8-1-1 ainsi que les bénéfices et économies réalisés grâce à ce service dans la région de Québec en 1997 (Hagan & Garon, 1998). Sur 394 appels, l'étude a révélé un taux global de satisfaction à 89 %. Une proportion de 88 % des répondants a affirmé qu'Info-Santé 8-1-1 constituait leur première source d'information lorsqu'ils éprouvaient un problème relié à leur santé. De plus, 94 % des répondants ont été motivés à effectuer eux-mêmes leurs soins, grâce au soutien offert par les infirmières. Finalement, 86 % des répondants n'ont pas ressenti le besoin de consulter une autre ressource pour résoudre leur problème. Deux autres études ont également évalué la satisfaction des usagers face au service Info-Santé 8-1-1 (Hagan, Morin, & Lépine, 1998; Leclerc, Dunnigan, Zunzunegui, Hagan, & Morin, 2003), là encore les résultats confirmant que les usagers sont grandement satisfaits du service reçu. Également, le temps économisé par les utilisateurs du service et les conseils judicieux reçus ont été rapportés par la majorité des répondants de ces études (Hagan et al., 1998; Leclerc et al., 2003).

2.4 Résumé

À la lumière de la recension des écrits, plusieurs éléments ressortent. Ainsi, l'identification des besoins de FC par les infirmières apparaît primordiale dans un processus de développement d'une activité de FC. L'implication de toutes les personnes entourant la conception de la FC est jugée importante (Gallagher, 2007; Marceau, 2009; Twycross, 2002). Des effets positifs sur les connaissances ont été répertoriés à la suite de FC traitant de divers sujets, surtout lorsque l'activité de FC inclut des stratégies pédagogiques actives et variées (Johnston et al., 2007; Lapré 2010; Marceau, 2009; Twycross, 2002).

Pour terminer, une FC en GD devrait reposer sur une approche de type andragogique, où les infirmières déterminent les thèmes et stratégies sur lesquels seront axés les apprentissages visés (Lapré, 2010; Twycross, 2002). Des auteurs suggèrent que du soutien clinique après une Journée de FC favoriserait le maintien ou l'augmentation des connaissances et des savoir-faire (Guardini et al., 2008; Johnston et al., 2007; Lapré, 2010; Twycross, 2002). Finalement, aucune étude traitant de l'élaboration d'une activité de FC en GD n'a été recensée dans le domaine des soins de première ligne ainsi que dans le contexte d'un service infirmier de réponse téléphonique.

2.5 Objectifs de l'étude

Afin d'introduire les objectifs de la présente étude, nous rappelons d'abord que le but de l'étude est de concevoir et évaluer une activité de formation continue en gestion de la douleur par et pour les infirmières du service Info-Santé 8-1-1, afin d'accroître leurs connaissances et compétences professionnelles. Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- 1) Identifier les besoins spécifiques de formation continue en gestion de la douleur exprimés par les infirmières – participantes du service Info-Santé 8-1-1;
- 2) Concevoir une activité de formation continue en gestion de la douleur destinée aux infirmières d'Info-Santé 8-1-1;
- 3) Évaluer leurs connaissances générales et croyances au sujet de la gestion de la douleur ainsi que la perception qu'elles ont de leurs activités infirmières en gestion de la douleur avant, après et trois mois suivant une formation continue en gestion de la douleur;
- 4) Évaluer la satisfaction des infirmières par rapport à la formation continue reçue, leur satisfaction concernant la réponse à leurs besoins de formation continue en gestion de la douleur, la mise en application de leurs connaissances en gestion de la douleur dans leur pratique infirmière.

2.6 Cadre de référence

La présente section servira à présenter le cadre de référence de l'étude. D'abord, il sera défini et décrit. Puis une illustration pratique du cadre de référence sera effectuée à l'aide de l'exemple d'un appel téléphonique qu'une infirmière peut traiter dans un contexte réel de soins au service Info-Santé 8-1-1.

Le cadre de référence utilisé pour cette étude est celui de Le Boterf (2011) soit « L'agir avec compétence » tel qu'illustré à la figure 6. Il s'agit d'un modèle expliquant que les professionnels doivent combiner leurs « ressources personnelles » et « externes » pour diriger leurs « situations professionnelles », afin d'atteindre les « résultats attendus » pour un « destinataire ». Ce cadre théorique a déjà été utilisé dans une étude dont le but consistait à développer et évaluer une activité de FC adaptée aux infirmières œuvrant en traumatologie (Marceau, 2009), et a ainsi été choisi pour sa pertinence, pour son aspect pratique, puis pour ses liens étroits avec le but et les objectifs de l'étude. D'ailleurs, une fiche pratique d'ingénierie et d'évaluation des compétences est dédiée à la pratique infirmière dans les travaux de Le Boterf (2011). D'autres modèles de développement et d'évaluation des compétences étaient disponibles, cependant ils s'adressaient à l'évaluation des compétences en milieu scolaire (Perrenoud, 1997; Tardif, 2006), tandis que le modèle conceptuel de développement et d'évaluation des compétences proposé Le Boterf (2011) est adapté à la pratique professionnelle.

Le but et les objectifs de l'étude sont étroitement liés au cadre de référence. En effet, le but de l'étude porte sur la conception et l'évaluation de l'impact d'une activité de FC en GD par et pour les infirmières œuvrant au Service Info-Santé 8-1-1 sur leurs connaissances, leur pratique infirmière et leurs compétences professionnelles. Les objectifs de l'étude portent sur les concepts du cadre de référence utilisé. En effet, l'identification des besoins de FC en GD au service Info-Santé 8-1-1 (objectif 1) concerne les « ressources personnelles » et les « ressources externes » nécessaires aux infirmières – participantes afin d'agir avec compétence et de justifier la pertinence d'une activité de FC. La conception de l'activité de FC en GD sera fondée sur les limites identifiées par les infirmières – participantes dans leurs ressources personnelles et externes ainsi que sur les standards de pratique (objectif 2). L'évaluation des connaissances, des croyances et des perceptions concernant les activités

infirmières en GD (objectif 3) permet de mesurer les « résultats obtenus » par les infirmières – participantes à la suite de la FC. Finalement, l'évaluation de la réponse aux besoins de FC et de la mise en application de leurs connaissances et activités infirmières (objectif 4) permet de décrire l'écart entre les « résultats obtenus » et « résultats attendus » par les infirmières – participantes.

Les « ressources personnelles » se composent de ressources internes propres au professionnel telles que les connaissances générales, les connaissances spécifiques, les savoir-faire, les savoirs relationnels ou même les capacités cognitives. Les « ressources externes » proviennent de l'environnement du professionnel. Par exemple, des protocoles, des algorithmes, des outils d'analyse ou des collègues. Le choix des ressources provient de différents types de « guidage ». Le « guidage » se définit comme : « l'ensemble des opérations de pilotage que le professionnel effectue pour choisir et mettre en œuvre une pratique pertinente et pour construire et mobiliser une combinatoire appropriée de ressources » (Le Boterf, 2011, p.82). La « situation professionnelle » est composée d'une ou des activités prescrites à réaliser et elle est basée sur des critères de réalisation afin d'atteindre des « résultats attendus ». Ils se veulent la finalité d'une pratique professionnelle impeccable au service d'un « destinataire » pour qui le professionnel prodigue une action, un soin. La « pratique professionnelle » se définit par une activité réelle ou une manière d'agir menant à des « résultats obtenus » au service d'un « destinataire »

Ainsi, pour savoir agir et réagir dans une situation de travail donnée, il est proposé qu'une personne soit en mesure de « mettre en œuvre des pratiques professionnelles pertinentes par rapport à une situation professionnelle à gérer composée d'une activité à réaliser » (Le Boterf, 2011, p.26), c'est-à-dire que pour réaliser des activités infirmières d'une façon professionnelle et compétente, l'infirmière doit combiner et mobiliser les « ressources personnelles » et « externes » appropriées.

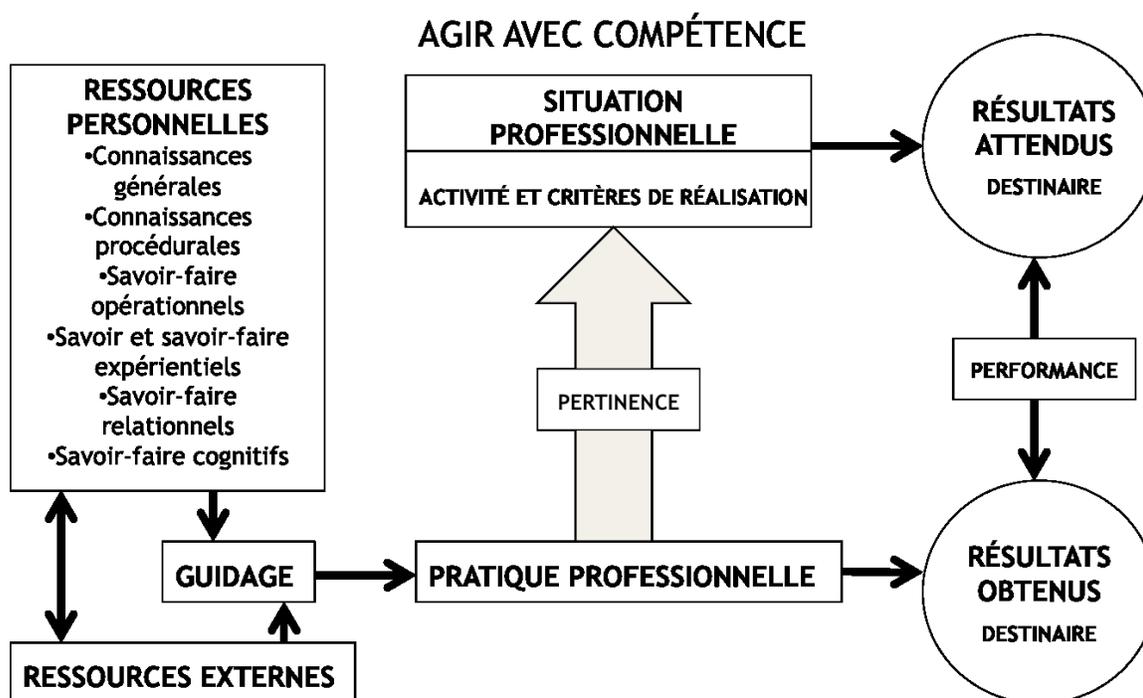


Figure 6. Savoir agir avec compétence

Tiré de Le Boterf G (2011) *Ingénierie et évaluation des compétences* (6e éd.). Paris : Éditions d'Organisation

« Avec autorisation de l'auteur » et « reproduction partielle ou totale interdite sans autorisation »

Pour faciliter la compréhension de « L'agir avec compétence », une description à l'aide d'un exemple de situation professionnelle susceptible d'être rencontrée à Info-Santé 8-1-1 sera présentée. Imaginons une mère qui appelle pour son fils de deux ans ayant une douleur à l'oreille gauche. Il est 22 h, nous sommes vendredi. Au regard de la douleur, l'infirmière qui prend l'appel a la responsabilité d'évaluer la douleur à l'oreille de l'enfant et conseiller la mère en ce qui a trait au soulagement de la douleur. Dans ce cas-ci, les « ressources personnelles » et « ressources externes », soit « un double équipement de ressources » (Le Boterf, 2011, p.36), sont mobilisées pour réaliser l'activité de soins. Les « ressources personnelles » sont définies par les « connaissances générales » (standards de pratique), « connaissances organisationnelles » (seule ressource disponible : service des urgences), « connaissances procédurales » (comment effectuer l'évaluation de la douleur), les « savoir-faire opérationnels » (enseignement), et « relationnels » (écoute, compréhension du problème). Quant aux « ressources externes » elles proviennent de l'environnement de la professionnelle (p. ex. : protocole d'otalgie du Service Info-Santé, collègues ou livre de

référence). Dans cette situation, le guidage se divise en « guidage émotionnel » (ressenti de l'infirmière dans la situation), « cognitif » (raisonnement clinique), selon les « règles de l'art » (lignes directrices d'évaluation de la douleur) et « éthique » (valeurs de l'infirmière). Dans l'exemple, l'infirmière a mobilisé les connaissances et les savoir-faire pertinents à l'évaluation et au soulagement de la douleur. La « situation professionnelle » est constituée d'activités prescrites à réaliser (évaluation de la douleur et conseils au niveau du soulagement de la douleur selon des standards de pratique), un ensemble de critères de réalisation souhaitable de cette activité et d'un « résultat attendu » au service du « destinataire » (pratique infirmière idéale ou exemplaire). Ensuite, la « pratique professionnelle » tient plutôt dans l'accomplissement réel de l'activité vers un « résultat obtenu » au service du « destinataire » (douleur d'origine inconnue soulagée par un anti-inflammatoire, identifier l'origine, continuer les mesures de soulagement selon le protocole et consulter si la douleur persiste plus de trois jours). Selon les standards de pratique, la « situation professionnelle » idéale et la « pratique professionnelle » réelle devraient se ressembler l'une et l'autre. Dans la réalité, un écart plus ou moins grand entre les deux concepts peut être observé.

L'utilisation de ce cadre guidera la collecte et l'analyse des données, ce qui permettra l'évaluation des ressources des infirmières et la perception qu'elles ont de leur pratique professionnelle. Le développement de l'activité de FC de la présente étude fondée sur les besoins de FC en GD exprimés par les infirmières – participantes et des ressources déjà en place (formateur, gestionnaire, infirmière et documentation pertinente), servira le besoin d'atteindre les « résultats attendus » et ainsi tendre vers un idéal de pratique infirmière en GD.

À la lumière de tous ces écrits et du cadre de référence qui traitent de l'utilité de la FC, il semble tout indiqué d'identifier les besoins de FC en GD, de prendre en compte les facteurs qui influencent la participation à une FC et de varier les stratégies éducatives dans la planification de l'activité de la présente étude.

TROISIÈME CHAPITRE – MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans ce quatrième chapitre, il sera question du dispositif de recherche, de la population à l'étude, de la méthode associée aux objectifs d'identification des besoins de formation continue en gestion de la douleur et à la conception de l'activité de formation continue en gestion de la douleur. Sera également présentée la méthode associée aux objectifs d'évaluation de l'activité de formation continue en gestion de la douleur. Finalement, le chapitre se terminera par le déroulement de l'étude et les considérations éthiques.

3.1 Dispositif de recherche

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, un dispositif de recherche mixte simultané transformatif (Creswell, 2011; Michaud & Bourgault, 2010) a été choisi. Le dispositif de la présente étude sera composé d'une partie qualitative guidée par la recherche descriptive et une partie quantitative, soit un dispositif quasi expérimental à série temporelle simple. Ce type de dispositif se distingue par le fait qu'il repose sur une idéologie qui est fondée, dans la présente étude, sur l'approche participative (Creswell, 2011). Le caractère mixte du dispositif implique le recueil de données qualitatives et quantitatives, complémentaires sur un même sujet d'étude, afin de mieux cerner la problématique de recherche. Elles sont recueillies en une même période de temps avec une importance sensiblement équivalente. La collecte et l'analyse de ces données se font généralement séparément, mais peuvent être effectuées simultanément. L'interprétation des données se traduit par la fusion de celles-ci pour obtenir des résultats plus complets et d'une plus grande richesse. Le processus de recherche évolue et se veut propice à une approche de recherche participative (Creswell, 2011), ce qui rejoint notre préoccupation de construire une activité de FC en GD avec la participation des infirmières. Le tableau 1 illustre la structure du dispositif utilisé dans la présente étude.

Tableau 1. Structure du dispositif mixte simultané transformatif

Phases	1 Identification des besoins de FC en GD	2 Conception de l'activité de FC en GD	3 évaluation de l'activité de FC en GD
Rencontres	T0	Entre T0 et T1	T0 � T2
Collecte des données	Quantitative / Qualitative • TGN	_____	Quantitative / Qualitative • Questionnaires • Entrevues de groupe
Intervention	_____	_____	Journée de FC et soutien clinique post formation
Analyse	Quantitative / Qualitative • Besoins de FC	Triangulation à partir des besoins de FC, le cadre normatif Info- Santé et pratiques exemplaires en GD	Quantitative / Qualitative • Analyse des réponses aux différents questionnaires • Intégration et comparaison des données
Résultats	Quantitatifs / Qualitatifs	Journée de FC Format du soutien clinique	Quantitatifs / Qualitatifs

Note. FC : Formation continue; GD : Gestion de la douleur; TGN : Technique du groupe nominal

L'aspect transformatif du dispositif permet, à travers les trois phases, une évolution de l'étude grâce à la participation des infirmières – participantes. La Journée de FC au T1 construite, entre autres, selon les besoins identifiés par les infirmières – participantes au T0, et le soutien clinique post FC en GD offert aux infirmières – participantes concordent avec l'approche participative et l'aspect transformatif intégrés à ce dispositif.

3.1.1 Partie qualitative : Recherche descriptive

Afin de répondre en partie aux objectifs d'évaluation des connaissances et croyances ainsi que de la satisfaction au regard de l'activité de FC de la présente étude, la recherche descriptive (Gallagher, 2014) permettra de décrire, comprendre et expliquer les thèmes émergents de ces objectifs. En effet, la recherche descriptive permet de structurer la collecte et l'analyse de données qualitatives ainsi que d'en assurer leurs qualités (Gallagher, 2014). Également, elle permet de décrire en profondeur des phénomènes que l'on connaît peu (Gallagher, 2014). La codification des données qui sera expliquée ultérieurement sera fondée sur la démarche inductive (Paillé, 2008). Dans la perspective de l'approche participative du dispositif de la présente étude, la recherche descriptive donne de l'importance à la découverte de signification des phénomènes provenant des échanges lors de la participation des infirmières – participantes aux entrevues de groupe. Le peu de données sur les besoins de FC en GD au service Info-Santé 8-1-1 ainsi que l'absence de données concernant la mise en application d'une FC en GD justifient bien l'utilisation de la recherche descriptive dans les parties qualitatives du dispositif mixte simultané transformatif.

3.1.2 Partie quantitative : Dispositif quasi expérimental à série temporelle simple

Dans le dispositif quasi expérimental à série temporelle simple, les chercheurs manipulent une variable indépendante (Fortin, 2009). Cette manipulation requiert l'intervention auprès d'un groupe afin de vérifier son effet sur une ou plusieurs variables dépendantes. Voulant faire bénéficier le plus d'infirmières – participantes possibles à l'activité de formation continue, la comparaison entre les groupes devenaient impossibles. De ce fait, la randomisation n'était pas possible également. Cependant, l'insertion de plusieurs temps de mesures pour évaluer l'efficacité de l'activité de FC vient augmenter la validité interne du

dispositif. La figure 7 illustre la partie quantitative du dispositif mixte présente dans cette étude. Les lettres O signifient le temps de mesure et X l'activité de FC.

O₁ XO₂ O₃

Figure 7. Partie quantitative du dispositif mixte

3.2 Population à l'étude

Dans cette section, le milieu de recherche, la stratégie d'échantillonnage et le recrutement seront expliqués. Par la suite, les critères de sélection des infirmières – participantes seront énoncés.

3.2.1 Milieu de recherche, stratégie d'échantillonnage et recrutement

Le service Info-Santé 8-1-1 est un service téléphonique infirmier gratuit disponible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Il a vu le jour au début des années 1980 avec la collaboration d'Urgence-Santé. Depuis 1995, Info-Santé 8-1-1 est officiellement en place dans toutes les régions du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2007). L'offre de service est destinée à toute la population et aux intervenants du réseau de la santé. La philosophie de ce service privilégie une prestation téléphonique des soins selon les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles des utilisateurs du service. Ainsi, les soins visent le maintien ou le renforcement de l'autonomie de l'utilisateur. De plus, le service Info-Santé 8-1-1 épaulé les intervenants du réseau de la santé en les orientant vers les ressources pouvant les aider dans leurs interventions auprès de leur clientèle.

La population cible concerne toutes les infirmières œuvrant au service Info-Santé 8-1-1 du Québec. La population à l'étude ou accessible provenait de la Centrale régionale de l'Estrie située à Sherbrooke (Québec). Cette centrale a été sélectionnée en raison de sa proximité avec le lieu d'étude de l'étudiant-chercheur. Le service Info-Santé 8-1-1 de l'Estrie fait partie des services généraux offerts au Centre de santé et services sociaux - Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Au total, 31 infirmières œuvraient à ce service lors de la période de recrutement (janvier 2012). Info-Santé 8-1-1 est jumelé au service Info-Social de la région. Info-Santé 8-1-1 de l'Estrie reçoit, en général, entre 300 et 500 appels

par jour selon la période de l'année. Comme l'étude se déroule dans un milieu précis, un échantillon de convenance a été privilégié. Aucun calcul de taille d'échantillon n'a été fait au préalable, car le nombre d'infirmières accessibles était de 31 et que l'équipe de chercheurs désirait obtenir le plus d'infirmières – participantes possibles à l'étude. Le recrutement s'est effectué en personne directement au service Info-Santé 8-1-1 par l'étudiant-chercheur. Individuellement, chaque infirmière a été rencontrée afin de lui transmettre toute l'information nécessaire pour une décision éclairée quant à sa participation éventuelle à l'étude.

3.2.2 Critères de sélection

Afin de participer à la recherche, les infirmières devaient rencontrer les critères suivants : 1) avoir reçu la formation offerte aux nouvelles infirmières intégrant le service Info-Santé 8-1-1 et 2) détenir un poste ou un remplacement à long terme au service Info-Santé 8-1-1. Ces critères assuraient que les infirmières recrutées pratiquaient de façon courante à Info-Santé 8-1-1. Par contre, les infirmières détenant un certificat de deuxième cycle d'un microprogramme en GD étaient exclues, car les diverses ressources acquises par l'entremise de cette formation auraient biaisé les résultats. Une seule infirmière avait suivi cette formation au moment du recrutement.

3.3 Phase 1 : Identification des besoins et de la conception de l'activité de formation continue en gestion de la douleur

La première section présentera la méthode menant à l'identification des besoins de formation continue en gestion de la douleur, l'analyse des données provenant de la méthode des groupes nominaux, les résultats qui en découlent ainsi que la méthode qui a permis la conception de l'activité de formation continue en gestion de la douleur. Mais tout d'abord, le déroulement de cette partie de la présente étude sera présenté.

3.3.1 Déroulement de l'identification des besoins de formation continue et de la conception de l'activité de formation continue

L'identification des besoins a eu lieu en mai et juin 2012. Vu le nombre d'infirmières – participantes, trois rencontres de groupe ont été nécessaires afin d'identifier leurs besoins en

matière de FC en GD. Ensuite, la conception de l'activité de formation continue a eu lieu durant la période entre la dernière rencontre de groupe et la Journée de formation continue. Finalement, cette Journée de FC a eu lieu en janvier et février 2013.

3.3.2 Méthodes de collecte de données

L'utilisation de la technique du groupe nominal (TGN) (Aubin, 1979; Carney, McIntosh, & Worth, 1996; Potter, Gordon, & Hamer, 2004) a servi à l'identification des besoins de FC en GD (T0) et ainsi permis de répondre à l'objectif 1 de la présente étude. C'est à ce moment que les infirmières – participantes ont identifié leurs « ressources personnelles » et « externes » nécessaires afin de soutenir « L'agir avec compétence » (Le Boterf, 2011). La méthode structurée de la TGN favorise la participation de tous les membres d'un groupe et permet de générer plusieurs idées. Le nombre idéal de participants par groupe est de cinq à neuf personnes (Aubin, 1979; Carney et al., 1996; Potter et al., 2004).

La première rencontre (T0) s'est déroulée en mai 2012 (groupes 1 et 2) et juin 2012 (groupe 3). Vingt infirmières – participantes ont été volontaires pour participer à l'identification des besoins de FC en GD et elles ont été divisées en trois groupes. La rencontre a été dirigée par l'étudiant-chercheur et les directrices de maîtrise. Ils se sont réparti les tâches d'animation et celle de noter les données recueillies par la TGN. L'identification des besoins de FC en GD a été réalisée à l'aide d'un guide d'entrevue structuré adapté à la TGN (Aubin, 1979; Carney et al., 1996; Potter et al., 2004; Tousignant-Laflamme et al., 2012). Ce guide comportait quatre questions ouvertes visant à cerner les besoins spécifiques des infirmières – participantes concernant la GD (annexe A). Les thèmes couverts par la TGN étaient les apprentissages souhaités par les infirmières – participantes relatifs à la GD, leurs stratégies éducatives préférées et les facteurs favorisant et contraignant leur participation à une FC. Chaque rencontre de la TGN a duré deux heures et quinze minutes en incluant la période de réponse aux questionnaires. Les infirmières – participantes et les animateurs étaient assis autour d'une table, ce qui a favorisé les échanges entre elles et les animateurs. La rencontre était enregistrée en mode audio numérique afin de faciliter l'analyse rigoureuse des données qualitatives provenant des discussions. Au cours de cette entrevue, les infirmières – participantes ont d'abord exprimé leurs besoins de FC à propos de la GD. Ensuite, elles ont

priorisé les besoins de FC en GD, puis elles ont fait valoir leur point de vue au sujet des stratégies éducatives qu'elles appréciaient. Les facteurs favorisant et contraignant leur participation à une FC ont été considérés dans la planification de l'activité de FC. Le tableau 2 présente le déroulement d'une rencontre guidée par la TGN ayant servi à l'identification des besoins de FC en GD de la présente étude.

Tableau 2. Déroulement de la rencontre d'identification des besoins de formation continue selon la technique du groupe nominal

Étapes	Description
Introduction et explication de la rencontre (5 min)	Accueil des infirmières - participantes et explication du déroulement de la rencontre
Génération silencieuse d'idées (10 min)	À la suite d'une question donnée, les infirmières – participantes écrivaient toutes les idées générées par cette question sur papier. L'animateur rappelait au besoin que le processus est silencieux
Partage des idées (15-30 min)	À tour de rôle, les infirmières – participantes ont été invitées à donner une idée à la fois jusqu'à épuisement des idées. L'animateur enregistrait alors les idées telles quelles. Aucun débat n'était permis à cette étape.
Clarification des idées (30-45 min)	C'est à ce moment que l'animateur et les infirmières – participantes discutaient de chaque idée afin de les regrouper / clarifier. L'animateur agissait comme un facilitateur neutre afin que chaque personne puisse donner son avis. À cette étape, de nouvelles idées pouvaient également être retenues. Aucune des idées partagées ne devait être éliminée à cette étape
Vote et priorisation (15 min)	À cette étape, les infirmières – participantes votaient pour les idées, qui à leurs yeux, étaient prioritaires. Une compilation immédiate s'en est suivie afin de divulguer les priorités immédiatement aux infirmières – participantes

3.3.3 *Analyse des besoins de formation continue en gestion de la douleur*

Dans le cadre d'un dispositif mixte simultané transformatif, plusieurs types d'analyses sont nécessaires (Creswell, 2014). D'abord, l'analyse des données quantitatives et l'analyse de données qualitatives sont réalisées séparément, mais à l'intérieur de la même période de temps. Ensuite, l'intégration des données quantitatives et qualitatives est effectuée afin de générer des résultats permettant la conception de l'activité de formation continue.

3.3.3.1 *Analyse des données quantitatives*

L'analyse des besoins de FC prioritaires des infirmières – participantes a été effectuée à l'aide d'une approche quantitative tel que recommandé par Potter et al. (2004). Cette quantification des données qualitatives a également été décrite par Creswell (2014). Une fois les thèmes clarifiés, les infirmières – participantes devaient en prioriser cinq en allouant cinq points au

thème ayant le niveau de priorité le plus élevé jusqu'à un point pour le thème ayant le niveau de priorité le moins élevé. Les thèmes n'ayant pas recueilli de vote étaient éliminés. Le but de cette procédure était de déterminer de façon précise les besoins prioritaires de FC en GD. Chaque thème a obtenu un score selon la somme des votes qu'il a reçus. Ensuite, les scores de chaque thème ont été divisés par 20, c'est-à-dire le nombre d'infirmières – participantes total réparti en trois groupes lors de cette étape de la recherche, favorisant ainsi une pondération égale pour chaque infirmière - participante. Ensuite, le score pondéré des thèmes de chacun des groupes a été additionné avec les scores pondérés respectifs obtenus dans les autres groupes afin d'obtenir le score total pondéré. Les résultats des votes de priorisation ont été calculés pendant la rencontre, ce qui démontre la transformation des données en cours de collecte. Un exemple de calcul est illustré au tableau 3.

Tableau 3. Exemple de calcul de score pondéré

Évaluation de la douleur lors de la 1^{re} rencontre de groupe			
Score initial	Groupe 1 : 23 points	Groupe 2 : 36 points	Groupe 3 : 6 points
Pondération (\div 20)	$23/20 = 1,15$	$36/20 = 2,8$	$6/20 = 0,3$
Score pondéré	1,15	2,8	0,3
Score total pondéré	$1,15 + 2,8 + 0,3 = 3,25$		

3.3.3.2 Analyse des données qualitatives

Les données provenant des trois rencontres d'identification des besoins de FC ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé, 2008). Cette méthode d'analyse a permis d'identifier des thèmes ou catégories pour décrire les besoins de FC, les stratégies éducatives préférées et les facteurs qui influençaient la participation à une FC. D'abord, une transcription des données brutes a été réalisée. C'est à ce moment qu'une grille de classification initiale a été créée. Ensuite, les données de la transcription ont été annotées afin d'obtenir une catégorisation à l'aide de discussions entre les membres de l'équipe de chercheurs (Paillé, 2008). Ces discussions ont permis d'enrichir l'analyse et d'assurer une compréhension commune du contenu transcrit. Le contenu analysé par l'équipe de chercheurs a permis d'assurer un consensus inter juges (Creswell, 2014). Puis, l'ajout de thèmes émergents a permis de raffiner la grille de classification des besoins de formation continue présentée à l'annexe B.

3.3.3.3 Intégration des données quantitatives et qualitatives

Lors de l'intégration des données analysées, Creswell (2011) propose, entre autres, de transformer les données qualitatives en données quantitatives ou l'inverse. Également, il recommande d'intégrer les deux types de données en les comparant. La comparaison s'effectue en examinant les similitudes entre les résultats quantitatifs et qualitatifs dans la discussion des résultats de l'étude. Généralement, les résultats des analyses statistiques sont présentés et ceux provenant de l'analyse des données qualitatives viennent confirmer ou infirmer les résultats des analyses statistiques. Cette approche peut servir à illustrer les résultats quantitatifs par les résultats qualitatifs (Creswell, 2011). À partir de ce principe, les résultats quantitatifs provenant de la TGN ont été mis en lien avec les résultats qualitatifs provenant de la rencontre d'identification des besoins de FC, des notes de l'étudiant-chercheur à cette période. Ainsi, les résultats quantitatifs de la rencontre d'identification des besoins sont, dans la mesure du possible, complétés par les résultats qualitatifs.

3.3.4 Besoins de formation continue en gestion de la douleur

La présentation des résultats de l'identification des besoins de FC en gestion de la douleur sera effectuée selon la méthode proposée par Creswell (2011). Donc à chaque fois que la possibilité s'offrira, les résultats qualitatifs seront ajoutés aux résultats quantitatifs pour les confirmer ou les infirmer. Les indications entre parenthèses spécifient la provenance du verbatim de la première rencontre (GN1).

Au départ, les besoins ont été identifiés par 20 infirmières réparties en trois groupes nominaux (GN1 : 7; GN2 : 8; GN3 : 5). Au total, dans les trois groupes, 36 besoins différents ont été énoncés par les infirmières – participantes. À la suite de la clarification et du regroupement des besoins, 24 besoins ont été retenus. Le tableau 4 illustre les besoins d'apprentissage prioritaires découlant du vote des infirmières – participantes. Cependant, d'autres besoins ayant obtenu un score total pondéré minime ($\leq 0,45$ comparativement à 3,25, le score pour la principale priorité) n'ont pas été retenus pour la conception de l'activité de FC, car de surcroît, ils ont obtenu un nombre de votes moins élevé, c'est-à-dire neuf points sur une possibilité de 20 infirmières – participantes. Parmi ces thèmes, il y avait la GD aux

yeux, les céphalées, les douleurs rétrosternales, l'aspect psychosocial relié à la douleur, ainsi que la douleur associée à la fibromyalgie et aux soins palliatifs.

Tableau 4. Besoins prioritaires de formation continue

Thèmes prioritaires	Scores pondérés			Total	Priorité
	Groupe 1 (n = 7)	Groupe 2 (n = 8)	Groupe 3 (n = 5)		
Évaluation complète de la douleur	1,15	1,80	0,30	3,25	ÉLEVÉE
Évaluation de la douleur abdominale	0,50	1,80	0,45	2,75	↓ BASSE
Évaluation de la douleur selon les âges	0,80	0,45	0,90	2,15	
Neurophysiologie de la douleur	1,15	1,00	0,00	2,15	
Approches non pharmacologiques	0,55	0,85	0,60	2,00	
Approches pharmacologiques	0,55	0,25	0,70	1,50	
Douleur chronique	0,55	0,00	0,30	0,85	

Chacun des besoins sera décrit avec des exemples et des verbatims provenant des échanges lors de la rencontre des groupes nominaux. Les thèmes seront décrits par ordre de priorité. Les trois besoins reliés à l'évaluation de la douleur seront regroupés pour éviter la duplication de l'information recueillie. La grille de classification de l'identification des besoins de FC figure à l'annexe B.

3.3.4.1 Évaluation complète de la douleur

L'évaluation de la douleur est ressortie comme la priorité parmi tous les besoins de FC. Trois thèmes se rapportent directement à l'évaluation de la douleur. Aux yeux des infirmières – participantes, sans l'évaluation, l'infirmière ne peut agir de façon professionnelle. L'évaluation complète de la douleur a obtenu le score pondéré le plus élevé (3,25). Les deux autres besoins en termes d'évaluation de la douleur concernent l'évaluation de la douleur abdominale (2,75) et l'évaluation de la douleur adaptée à l'âge des patients (2,15). En regroupant les trois besoins reliés à l'évaluation de la douleur, un score total pondéré de 8,15 est obtenu, ce qui démontre toute l'importance de l'évaluation de la douleur pour les infirmières - participantes.

De manière générale, les infirmières – participantes ont dit qu'elles devaient effectuer une meilleure évaluation téléphonique de la douleur. Elles voulaient se familiariser avec les bases de l'évaluation ainsi que développer des connaissances plus spécifiques afin d'optimiser l'utilisation de certains de leurs protocoles de réponse téléphonique. Par exemple, les

infirmières – participantes ont exprimé le besoin de distinguer l'évaluation entourant la douleur thoracique d'origine cardiaque et celle d'origine anxieuse. Également, les infirmières - participantes voulaient être en mesure de reconnaître le type de douleur à partir des symptômes que présente un patient. Par exemple, reconnaître une douleur de type neurogène sous forme de brûlure lors d'un épisode de zona. De plus, elles voulaient raffiner leur évaluation selon l'âge du patient auprès de qui elles interviennent. « Comment s'y prendre lorsqu'on a un enfant ou un adulte » (GN1).

3.3.4.2 Neurophysiologie de la douleur

Après l'évaluation de la douleur, la neurophysiologie de la douleur est la deuxième priorité parmi tous les besoins de FC en GD avec un score total pondéré de 2,15. Les infirmières – participantes voulaient : « Connaître le trajet nerveux de la douleur lorsqu'elle survient. Autant au niveau de la sensation que dans le soulagement » (GN1). Certaines mentionnaient qu'en connaissant bien la neurophysiologie de la douleur, elles pourraient mieux intégrer les approches pharmacologiques et non pharmacologiques. Soulignons qu'une question est revenue à quelques reprises soit : « Comment la douleur peut-elle devenir chronique? » (GN1).

3.3.4.3 Approches non pharmacologiques

Les approches non pharmacologiques arrivent au troisième rang des priorités selon les infirmières – participantes, avec un score total pondéré de 2,00. Étant donné le contexte téléphonique dans lequel les infirmières travaillent au service Info-Santé 8-1-1, elles ont mentionné à quel point il était important de bien soulager la douleur avec ces types d'approches, car bien souvent, ce sont les seules approches qu'elles peuvent proposer et expliquer lors de leurs interventions téléphoniques. Elles voulaient intégrer ces approches, en lien avec la neurophysiologie de la douleur, afin de pouvoir bien expliquer au patient les raisons pour lesquelles elles les suggéraient. Par exemple, des infirmières – participantes se demandaient : « Tout dépendant du contexte, quelles seraient les approches à suggérer afin de régler ou amoindrir la douleur pour éviter une consultation à l'urgence? » (GN1).

3.3.4.4 Approches pharmacologiques

Les approches pharmacologiques sont la quatrième priorité en importance selon les participantes, avec un score total pondéré de 1,50. La plupart des infirmières – participantes s’entendaient pour dire que la gestion de la médication des patients était importante. Elles mentionnaient qu’une meilleure habileté à travailler avec les protocoles et les ouvrages de référence en place permettrait de proposer des moyens pour mieux soulager le patient. Également, elles voulaient connaître la médication à privilégier selon le type de douleur ressenti par les patients : « J’aimerais savoir si je dois préférer le Tylenol® ou l’Advil® [acétaminophène ou ibuprofène] selon la douleur de la personne » (GN1). Finalement, la gestion des effets secondaires associée à la prise d’opiacés a été relevée parmi les exemples de connaissances que les infirmières – participantes souhaitaient développer en lien avec les approches pharmacologiques.

3.3.4.5 Stratégies d’écoute et d’intervention face à la douleur chronique

Finalement, la douleur chronique a été citée à plusieurs occasions au cours de la rencontre d’identification des besoins de formation, constituant la cinquième priorité en termes de besoins de FC en GD, avec un score total pondéré de 0,85. Quelques-unes des infirmières – participantes ont fait état de la difficulté rencontrée dans la gestion de la DC lors des appels téléphoniques. Plusieurs se sentaient impuissantes face à la complexité de ce type de douleur, par exemple, lorsque des patients éprouvent de la douleur depuis longtemps et qu’ils ont essayé plusieurs traitements. « Ils sont désabusés, ils ont tout tenté, mais nous ils nous appellent pour obtenir une solution, car ils ont mal. Ça fait en sorte que la communication est difficile » (GN1). Les infirmières – participantes, en nommant ce problème, ont aussi mentionné qu’elles s’attendaient à obtenir des outils ou stratégies afin de les aider à gérer la conduite de l’intervention téléphonique ou la douleur de l’appelant.

3.3.4.6 Stratégies éducatives préférées

Toutes les infirmières – participantes ont exprimé leur intérêt à participer à la FC et souhaitaient que les stratégies éducatives soient variées, à savoir un volet magistral avec des interactions fréquentes, accompagné d’exercices tels que des situations cliniques et des histoires de cas. Elles ont catégoriquement émis le souhait de ne pas faire de jeux de rôles.

Également, elles ont fait la demande d'avoir un support visuel ainsi qu'un cahier de référence afin de le conserver et y référer au besoin.

3.3.4.7 Facteurs favorisant la participation à une activité de formation continue

L'identification des facteurs susceptibles d'influer sur la participation à une FC a été effectuée dans le but de mettre en place des conditions susceptibles d'optimiser l'implication des infirmières – participantes. Les bénéfices personnels tels que l'augmentation des connaissances ou compétences, la motivation à participer, la perception de l'existence d'un besoin de FC et le fait que la FC soit accréditée ont été nommés. Un facteur que les infirmières – participantes ont pris en considération concerne les caractéristiques de la FC. À titre d'exemple, il était important pour elles de participer à la FC avec leurs collègues, que le sujet soit pertinent et que le contenu de la FC soit basé sur leurs besoins. L'accessibilité de la FC a également été nommée par les infirmières – participantes, c'est-à-dire qu'elles souhaiteraient être libérées et rémunérées pour assister à des activités de FC. D'ailleurs, la libération et la rémunération des infirmières – participantes ont été rendues possibles grâce à un soutien du Fond de recherche du Québec - Santé (FRQS) via une des directrices de maîtrise. Les infirmières – participantes ont également vu des bénéfices de la FC sur la GD pour l'équipe de travail dans la mesure où la FC serait accompagnée d'informations complémentaires pertinentes en lien avec leur pratique et que le formateur connaîtrait bien leur milieu de travail y ayant œuvré pendant quelque temps. Finalement, le respect de la norme de FC exigée par l'OIIQ était un incitatif à la participation à des activités de FC.

3.3.4.8 Facteurs contraignant la participation à une activité de formation continue

Les contraintes familiales ont été relevées par la majorité des infirmières – participantes comme étant la principale barrière à la participation à une activité de FC. Par ailleurs, les coûts, le temps, les horaires et le manque de libération par l'employeur ont été nommés comme étant d'autres barrières à la participation à une activité de FC. Également, elles préféraient participer à des activités de FC de courte durée et privilégiaient les activités qui ne nécessitaient aucune implication de temps en dehors de celles-ci. Plus de la moitié des infirmières – participantes ont répété à quelques reprises qu'elles n'appréciaient pas les FC incluant les jeux de rôles.

3.3.5 Phase 2 : Conception de l'activité de formation continue

La conception de l'activité de FC a été effectuée, de juin 2012 à décembre 2012, par l'étudiant-chercheur avec la collaboration de ses directrices de maîtrise et de la conseillère-cadre du service Info-Santé 8-1-1. La conception a été réalisée à l'aide d'une triangulation entre les besoins ressentis par les infirmières – participantes, les besoins normatifs provenant des pratiques exemplaires en GD (RNAO, 2002, 2007) (annexe C), du document « Avis de surveillance clinique des médicaments qui ont un effet dépressif sur le système nerveux central » (OIIQ, 2009) (annexe D) et du programme-cadre de l'intervention téléphonique au service Info-Santé 8-1-1 (MSSS, 2007) (annexe E). Cette triangulation a été effectuée afin de répondre à l'objectif 2 qui consistait à concevoir une activité de FC en GD. La conception de l'activité de FC en GD fondée sur les lignes directrices énoncées précédemment réfère aux notions des ressources « personnelles » et « externes » et de la « situation professionnelle » idéale du cadre de référence de la présente étude (Le Boterf, 2011). Finalement, afin de répondre à la demande des infirmières – participantes lors de l'identification des besoins, la Journée de FC a été accréditée par le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (annexe F).

Les objectifs d'apprentissage de la Journée de FC étaient de : 1) décrire et appliquer les principes de base de l'évaluation téléphonique de la douleur; 2) décrire et appliquer les particularités de l'évaluation téléphonique de la douleur abdominale, de la douleur post opératoire et de la douleur à travers les âges; 3) décrire et utiliser les approches pharmacologiques en gestion de la douleur; 4) décrire et utiliser les approches non pharmacologiques en gestion de la douleur pouvant être utilisés dans un contexte de réponse téléphonique. Le contenu détaillé de la présentation est disponible à l'annexe G. Il a été rassemblé dans un cahier de référence et remis aux infirmières – participantes lors de la Journée de FC. Également, un aide-mémoire (annexe H) a été conçu par l'équipe de chercheurs et remis au service Info-Santé 8-1-1 de l'Estrie afin d'aider les infirmières à améliorer la GD des appelants. Les stratégies éducatives ont été inspirées des préférences des infirmières – participantes lors de l'identification des besoins de FC. La définition des

stratégies utilisées se retrouve à l'annexe I. Les stratégies éducatives énoncées dans le tableau 5 sont aussi fondées sur des écrits probants reliés à l'efficacité de stratégies utilisées dans la formation sur la GD et d'écrits en pédagogie (Chamberland et al., 1996; Griscti & Jacono, 2006; Twycross, 2002). Une période était réservée pour la réponse aux différents questionnaires de recherche.

Tableau 5. Description de la Journée de formation continue en gestion de la douleur

Durée	Contenu	Stratégies éducatives
50 min (8 h 30 à 9 h 20)	Introduction <ul style="list-style-type: none"> • Présentation du plan et des objectifs • Définition des douleurs • Types de douleurs et pathologies associées • Notions de neurophysiologie 	Exposé interactif Vidéo Exercice d'association en grand groupe
2 h 55 min (9 h 20 - 10 h) et (10 h 15 - 12 h 15)	Évaluation de la douleur en contexte téléphonique <ul style="list-style-type: none"> • Rôle de l'infirmière à Info-Santé 8-1-1 • Évaluation systématique de la douleur • Particularités de l'évaluation téléphonique de la douleur abdominale, à tous les âges et postopératoire 	Exposé interactif Vignette clinique pour chaque type de douleur Théâtre-forum adapté
12 h 15 à 13 h	Dîner	
10 min (13 h – 13 h 10)	Interventions <ul style="list-style-type: none"> • État des connaissances actuelles (études en lien avec la douleur et l'intervention téléphonique) • Rôle de l'infirmière à Info-Santé 8-1-1 • Interventions infirmières en GD 	Exposé interactif
45 min (13 h 10 - 14 h 10)	Approches pharmacologiques <ul style="list-style-type: none"> • Médication en général • Types de douleur et médication • Co-analgésie 	Exposé interactif Vignette clinique
45 min (14 h 25 - 15 h 45)	Approches non pharmacologiques <ul style="list-style-type: none"> • Approches physiques • Approches psychologiques • Types de douleur et approches non pharmacologiques 	Exposé interactif Vignette clinique
15 min	Période de questions	
5 min	Conclusion <ul style="list-style-type: none"> • Mot de la fin • Prochaines étapes de la recherche 	
30 min	Réponse aux questionnaires	

L'étudiant-chercheur a offert du soutien clinique aux infirmières – participantes afin de les accompagner dans la mobilisation des « ressources » nécessaires (Le Boterf, 2011) à une GD compétente dans un contexte réel d'intervention téléphonique au service Info-Santé 8-1-1 à raison de 90 minutes au total. Ce temps alloué provient d'une réflexion de l'équipe de chercheurs et du manque de ressources en termes de disponibilité de la part de l'étudiant-

chercheur. La dose du soutien clinique sera mesurée selon le nombre d'infirmières – participantes ayant eu recours au soutien clinique post FC. Le soutien clinique offert était fondé sur le guide de supervision clinique de Kilminster et al. (2007) décrit dans le chapitre de la recension des écrits. Les infirmières – participantes étaient invitées à discuter d'une situation clinique qu'elles avaient rencontrée afin de maximiser les « ressources » à mobiliser en pareil cas (Le Boterf, 2011). Lors de ces échanges, un rappel des « ressources personnelles » (ex : connaissances, méthode d'évaluation) et « externes » (ex : outils de référence) a été effectué. Ensuite, une procédure a été établie afin que les infirmières – participantes obtiennent du soutien clinique. Cette procédure a été établie en collaboration avec la conseillère cadre du service Info-Santé afin d'en assurer son uniformité. Les infirmières – participantes ayant traité un appel téléphonique problématique en GD devaient imprimer leur fiche d'appel et la donner à la conseillère-cadre, qui ensuite communiquait avec l'étudiant-chercheur. Par la suite, l'étudiant-chercheur prenait rendez-vous avec l'infirmière – participante pour lui offrir du soutien clinique sur son quart de travail. Par ailleurs, l'étudiant-chercheur a assuré une présence sur les trois quarts de travail une fois par mois, ce qui a permis des échanges avec toutes les infirmières – participantes qui le désiraient. Le rendez-vous de soutien clinique pouvait varier entre 45 et 75 minutes selon le nombre de fiches d'appel que l'infirmière – participante amenait à la rencontre de soutien clinique. Les étapes et stratégies utilisées lors du soutien clinique sont inspirées des écrits probants en matière de pédagogie et des fondements du soutien clinique présentés précédemment dans le chapitre de recension des écrits (Chamberland et al., 1996; Johnston et al., 2007; Kilminster et al., 2007; Krackov, 2009). Le tableau 6 illustre le déroulement d'une rencontre de soutien clinique.

Tableau 6. Description d'une rencontre de soutien clinique

Étape / durée	Actions	Stratégies utilisées
Accueil (5 min)	<i>Accueil de l'étudiant-chercheur</i> Explication de la rencontre	Mise en confiance
Récit de l'appel par l'infirmière – participante (10 min)	<i>Mise en contexte de l'appel</i> <i>Description détaillée des étapes de l'appel</i> <i>Réflexion lors des questions de clarification</i> Questions de clarification : Questions ouvertes Reformulation	Écoute / empathie Approche réflexive Lien entre théorie et pratique Rétroaction constructive
Lecture de la fiche d'appel (5 min)	Lecture commune de la fiche d'appel	Approche réflexive Lien entre théorie et pratique Rétroaction constructive
Rétroaction (20 min)	L'étudiant-chercheur amène l'infirmière – participante à réfléchir sur ses actions et sur ce qu'elle aurait pu faire autrement L'étudiant-chercheur souligne les points positifs relevés dans le récit, dans la fiche d'appel et dans l'autocritique de l'infirmière – participante <i>Réflexion et réponses en lien avec la rétroaction et le questionnement de l'étudiant-chercheur</i> <i>Écoute active dans l'échange</i>	Écoute / empathie Approche réflexive Lien entre théorie et pratique Rétroaction constructive Enseignement
Questions / conclusion (5 min)	Invitation à l'infirmière – participante à poser les questions qui demeureraient sans réponse <i>Questionner l'étudiant-chercheur en lien avec la GD au besoin</i>	Écoute Approche réflexive Enseignement

Note. *Actions de l'infirmière – participante; Actions de l'étudiant-chercheur; Actions communes*

En résumé, l'activité de formation continue est basée sur la triangulation des besoins ressentis, normatifs et institutionnels en GD au service Info-Santé. Cette activité de FC se tenait sur une journée entière et était suivie par une période de soutien clinique de trois mois à raison de 90 minutes pouvant être réparties en trois séances. Ce qui répond à l'objectif 2 de la présente étude.

3.4 Phase 3 : Évaluation de l'activité de formation continue en gestion de la douleur

Cette section présentera la méthode utilisée pour l'évaluation des connaissances et croyances en gestion de la douleur, de la perception de leurs activités infirmières en gestion de la douleur, la satisfaction face à la réponse à leurs besoins de formation ainsi que la mise en application des connaissances acquises lors de l'activité de formation continue perçues par les infirmières – participantes. Le dispositif utilisé dans cette partie de l'étude est un dispositif quasi expérimental à série temporelle simple et a été décrit dans la section 3.1. D'abord, les variables à l'étude, les méthodes d'observation et les instruments de mesure seront présentés. Par la suite, le déroulement de l'étude et les méthodes d'analyse de données seront décrits.

3.4.1 Variables à l'étude

La première section sert à présenter les caractéristiques sociodémographiques. La seconde section présentera la variable indépendante, soit l'activité de FC en GD. Cette activité de FC en GD comportait un volet d'une « Journée » de FC en GD et un autre volet sous forme de soutien clinique post formation. La description des variables dépendantes composées des connaissances et croyances en GD et de la perception des infirmières de leurs activités en GD seront présentées. La section se terminera par la définition de la satisfaction au regard de la FC en GD, de la mise en application des connaissances acquises et de la réponse aux besoins de FC en GD.

3.4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les données sociodémographiques recueillies comprennent le sexe, l'âge, le niveau de formation complété, la formation reçue en GD, l'expérience de travail en tant qu'infirmière ainsi qu'au service Info-Santé 8-1-1 et le statut d'emploi. Elles ont été mesurées lors de la rencontre d'identification des besoins de FC en GD à l'aide du Questionnaire Toronto sur la GD (Watt-Watson, 1997). Ce questionnaire sera présenté dans la section Instrument de mesure du mémoire.

3.4.1.2 Variable indépendante : Activité de formation continue

La variable indépendante découle directement de la conception de l'activité de FC en GD développée dans la section précédente (3.3). L'activité de FC en GD a été divisée en Journée

de FC et en soutien clinique post FC. Le contenu de la Journée de FC est présenté à l'annexe G. La Journée de FC était le premier volet sous forme de cours et le deuxième volet correspondait au soutien clinique post FC offert aux infirmières – participantes. Rappelons que les objectifs d'apprentissage de l'activité de FC étaient de : 1) décrire et appliquer les principes de base de l'évaluation téléphonique de la douleur ; 2) décrire et appliquer les particularités de l'évaluation téléphonique de la douleur abdominale, de la douleur postopératoire et de la douleur à tous les âges ; 3) décrire et utiliser les approches pharmacologiques en gestion de la douleur et 4) décrire et utiliser les approches non pharmacologiques en gestion de la douleur pouvant être utilisées dans un contexte de réponse téléphonique.

3.4.1.3 Variables dépendantes

Les variables dépendantes seront les connaissances et croyances à propos de la GD et la perception qu'ont les infirmières – participantes de leurs activités en GD (objectif 3). Le tableau 7 résume les variables dépendantes à l'étude et leur définition. Ces variables correspondent à diverses composantes du cadre de référence de la présente étude, soit celui de « L'agir avec compétence » (Le Boterf, 2011). Ainsi, les connaissances et croyances relatives à de la GD renvoient à la notion des « ressources personnelles » et « externes ». Quant à la perception des infirmières – participantes de leurs activités en GD, elle réfère aux notions de la « pratique professionnelle » et de la « performance ».

Tableau 7. Définition des variables dépendantes

Variabiles dépendantes	Définitions
Connaissances et croyances à propos de la gestion de la douleur	Les connaissances et croyances en GD sont fondées sur des données empiriques. Elles sont publiées et largement documentées et disponibles (Watt-Watson, 1997) (T0, T1, T2).
Perception des activités infirmières en gestion de la douleur	Toutes activités qui ont pour but de moduler la douleur des personnes tout en ayant pour objectif de favoriser leur auto-efficacité (Larsen, 2007), selon la perception des infirmières – participantes (T0, T2).

3.4.1.4 Autres variables

La satisfaction par rapport à la FC, la satisfaction au regard de la réponse à leurs besoins de FC, la mise en application de leurs connaissances acquises et les situations cliniques représentant un défi sont les autres variables à l'étude. Elles sont reliées à l'objectif 4. Elles

ne sont pas considérées comme dépendantes, car elles sont mesurées seulement une fois au deuxième ou au dernier temps de mesure. La mesure de ces variables est néanmoins importante, car elles correspondent directement aux éléments énoncés dans le cadre de référence. La satisfaction par rapport à la FC et sa réponse aux besoins de FC sont respectivement reliées aux ressources « personnelles » et « externes » ciblées par la FC (Le Boterf, 2011). La mise en application de leurs connaissances représente leur « pratique professionnelle » et les situations cliniques qui représentent un défi réfèrent aux ressources « personnelles » et à la « performance » du cadre de référence de la présente étude (Le Boterf, 2011).

3.4.2 Instruments de mesure

Étant donné la nature mixte du dispositif de l'étude, plusieurs instruments de mesure ont servi à la collecte de données. Les questionnaires recueillant des données quantitatives et qualitatives en lien avec les connaissances et croyances à propos de la gestion de la douleur et la perception des infirmières de leurs activités en gestion de la douleur seront présentés. Le questionnaire sur la satisfaction par rapport à la Journée de formation continue et les notes de terrain de l'étudiant-chercheur en lien avec le soutien clinique seront abordés. Finalement, la description de la discussion de groupe focalisée servant à mesurer la satisfaction au regard de la réponse aux besoins de FC complétera la section. Le tableau 8 résume les variables et les instruments de mesure correspondants, lesquels seront présentés dans cette section.

Tableau 8. Variables et instruments de mesure

Variabiles dépendantes	Instrument de mesure
Connaissances et croyances à propos de la gestion de la douleur	• Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur
Perception des activités infirmières en gestion de la douleur	• Questionnaire sur la perception des activités infirmières en gestion de la douleur
Autres variables	
Satisfaction face à la Journée de formation continue	• Questionnaire de satisfaction par rapport à la Journée de formation continue
Satisfaction au regard de la réponse aux besoins de formation continue	• Guide d'entrevue semi-structuré de discussion de groupe focalisée
Mise en application de leurs connaissances acquises	• Guide d'entrevue semi-structuré de discussion de groupe focalisée • Notes de terrain pour le soutien clinique
Situations cliniques représentant un défi	• Guide d'entrevue semi-structuré de discussion de groupe focalisée

3.4.2.1 Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur

Le Questionnaire Toronto sur la GD (Watt-Watson, 1997) a servi à la mesure de la variable sur les connaissances et croyances en GD pour répondre à l'objectif 3. L'intérêt envers ce questionnaire réside dans sa pertinence considérant le contenu de la FC élaboré dans le cadre de cette étude. De plus, d'autres auteurs l'ont utilisé (Bergeron, 2011; Lapré, 2010), ce qui facilite la comparaison avec les résultats d'autres recherches. Également, ce questionnaire est traduit et validé en français.

Ce questionnaire origine du *Toronto Pain Management Index* (Watt-Watson, 1997) qui a été utilisé initialement dans un contexte postopératoire. Il comprend 23 échelles visuelles analogiques (ÉVA), chacune s'étendant sur un intervalle de 0 à 100. Les validités de contenu et apparente de la version originale ont été établies par neuf infirmières et experts médicaux en matière de douleur chirurgicale (Watt-Watson, 1997). Le questionnaire a été testé auprès de 37 infirmières cliniciennes dans le but de connaître sa validité et son utilité clinique. Initialement, seulement quelques changements mineurs ont dû être effectués, dont un concernant la formulation d'une des 23 échelles pour qu'elles gagnent en clarté (Watt-Watson, Garfinkel, Gallop, Stevens, & Streiner, 2000). De plus, les chercheurs ont effectué auprès de 33 infirmières exerçant dans le domaine postopératoire, un test-retest intra-observateur durant une période de deux semaines pour établir le coefficient de fidélité du

questionnaire. Le coefficient de variation intra-classe est de 0,81, ce qui est considéré comme excellent (Watt-Watson et al., 2000).

Le questionnaire débute par une section servant à recueillir les données sociodémographiques. Ensuite, les énoncés se divisent en trois sections. La première section vise à documenter les perceptions des infirmières face à l'expérience du client, à l'évaluation de la douleur et la GD. Ensuite, la deuxième section permet de mesurer les connaissances et les croyances des infirmières en lien avec l'administration d'opiacés. Finalement, la troisième section met l'emphase sur la perception des infirmières à propos du soutien de leurs collègues, de leur propre pratique et de leur propre compétence en GD. Les scores des échelles s'additionnent pour obtenir un score total converti en pourcentage. Six questions ont un pointage inversé pour briser le rythme de complétion, ce qui doit être pris en considération lors de la compilation.

La présente étude a utilisé la version française du *Toronto Pain Management Index*, soit le Questionnaire Toronto sur la GD traduit en 2009 par Bolduc, Bourgault, Michaud et Lapré selon les sept étapes élaborées par Vallerand (1989). Les caractéristiques psychométriques (Bolduc et al., 2009) de cette version présentent une fidélité test-retest à 0,80 à deux semaines d'intervalle et une validité de contenu obtenue après consultation auprès d'experts. Le questionnaire a été adapté pour le contexte de la pratique en première ligne par Bergeron (2011). La validité apparente et la validité de construit de cette version ont été vérifiées par six experts en GD et en santé communautaire.

Pour bien refléter la particularité de la GD dans un contexte de réponse téléphonique en soins de première ligne, des changements ont dû être apportés à la version française élaborée par Bergeron (2011). Les questions portant sur la pratique infirmière en GMF ont été retirées. Dans la section des données sociodémographiques, la question sur l'expérience de travail au sein des GMF a été remplacée par l'expérience de travail au service Info-Santé 8-1-1. Une question a également été ajoutée sur le statut d'emploi. Dans la troisième section, la question : « Jusqu'à quel point les médecins de votre milieu sont-ils en accord avec votre façon de gérer la douleur de vos clients? » a également été retirée, car les activités infirmières à ce service

n'impliquent pas d'interaction avec les médecins dans la GD des patients. Cette décision de retirer cette question est expliquée par le fait que les soins prodigués dans ce service sont ponctuels, c'est-à-dire que les infirmières traitent un patient une seule fois sans avoir à faire de suivi périodique avec lui.

Ces changements ont été validés par trois experts en GD et en santé communautaire. La nouvelle version de ce questionnaire est disponible à l'annexe J. Le questionnaire comprend huit questions sur les caractéristiques sociodémographiques, 19 questions sous forme d'ÉVA dont cinq ouvertes qui mesurent les connaissances et croyances à propos de la GD. Le score total possible pour les 19 questions sous forme d'ÉVA est de 1900 et ensuite ramené en pourcentage. La durée de complétion de cette version adaptée du questionnaire est de dix minutes.

3.4.2.2 *Questionnaire sur la perception des activités infirmières en gestion de la douleur (PMAQ)*

Le Questionnaire PMAQ soit le *Pain Management Activities Questionnaire* (Dalton et al., 1995; Dalton et al., 1996) a servi à la mesure de la variable de la perception des activités infirmières en GD. Ce questionnaire est pertinent pour la présente étude, car il est directement associé à la pratique infirmière en GD. De plus, d'autres auteurs l'ont utilisé (Bergeron, 2011; Dalton et al., 1996 ; Herr et al., 2004; Titler et al., 2009), ce qui facilite la comparaison avec leurs résultats de recherche. Également, il a été traduit en français et adapté au contexte de pratique infirmière en première ligne (Bergeron, 2011), ce qui constitue un atout supplémentaire. Ce questionnaire permet de répondre à la partie de la perception que les infirmières – participantes ont de leur pratique en GD de l'objectif 3 de l'étude.

Le Questionnaire PMAQ est inspiré de celui conçu par Dalton et al. (1995). La version originale du questionnaire a été élaborée pour une étude visant à évaluer l'effet d'un programme éducatif sur la GD, destiné à des infirmières travaillant en soins à domicile auprès de personnes atteintes de cancer. Il a aussi été utilisé dans le cadre de deux études visant à évaluer l'adoption de pratiques exemplaires en GD par des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées (Herr et al., 2004; Titler et al., 2009). La validité de contenu de cet outil a

été revue par trois infirmières et par un médecin expert en GD. La cohérence interne a été évaluée avec un alpha de Cronbach de 0,78 (Herr et al., 2004). Ce questionnaire a été utilisé dans un contexte de première ligne, soit dans un contexte similaire à celui de la pratique à Info-Santé 8-1-1 (Bergeron, 2011; Dalton et al., 1995).

À l'aide de questions dichotomiques, de questions à réponse courte, de questions ouvertes et d'échelles de Likert à six catégories (pas important, très peu important, quelque peu important, moyennement important, très important et extrêmement important), le Questionnaire PMAQ permet d'évaluer la perception qu'ont les infirmières de leurs activités en GD ainsi que leur fréquence, ce qui a permis de bien répondre à l'objectif 3 de la présente recherche. Il sert aussi à apprécier la perception des infirmières du nombre de patients auxquels elles répondent et qui présentent de la douleur aiguë et chronique. Le Questionnaire PMAQ sert également à apprécier les bénéfices perçus par les infirmières des interventions qu'elles réalisent auprès des patients et à identifier divers facteurs en relation avec les activités infirmières en GD (Dalton et al., 1995). Les principaux facteurs inclus au questionnaire sont : l'approbation des collègues et des médecins des activités infirmières possibles en GD, les barrières perçues par l'infirmière lorsqu'elle réalise des activités en GD et les bénéfices pour le patient des activités en GD selon la perception de l'infirmière. Le questionnaire a été traduit par Bergeron et al. (2011, 2014) selon le principe de traduction inversée (Vallerand, 1989). Il a également été adapté au contexte de soins de première ligne. La validité apparente et la validité de construit ont été revues par six experts en GD et en santé communautaire. Cette version a fait l'objet d'un processus de validation auprès de 70 infirmières (Bergeron et al., 2014). La fidélité test-retest a été réalisée par le coefficient de Kappa adapté à des variables dichotomiques et ordinales (Landis & Koch, 1977). Les coefficients de Kappa de chaque partie du Questionnaire PMAQ se situaient entre 0,32 et 0,61 ($p < 0,05$) (Bergeron et al., 2014).

Dans la présente étude, des changements ont été apportés au Questionnaire PMAQ en collaboration avec trois experts en GD et en santé communautaire afin de refléter la particularité de l'évaluation de la douleur à Info-Santé 8-1-1. Trois items de la question 5 concernant les obstacles qui entravent la GD par les infirmières ont été retirés. Les trois items

sont en lien avec le manque de soutien et la résistance de la part des médecins et autres professionnels. Les activités infirmières au service Info-Santé 8-1-1 n'impliquent pratiquement jamais d'interaction avec les médecins et d'autres professionnels pour gérer une douleur, ce qui rend non pertinente la mesure du soutien et de la résistance de ces professionnels. Le PMAQ ne permet pas de donner un score global, mais permet d'évaluer le nombre d'activités infirmières en GD réalisées par les infirmières. La nouvelle version de ce questionnaire est disponible à l'annexe K. Le temps de complétion de ce questionnaire est d'environ quinze minutes.

3.4.2.3 Questionnaire de satisfaction par rapport à la Journée de formation continue

Un questionnaire conçu aux fins de la présente étude, inspiré de celui de Marceau (2009), a été utilisé pour mesurer la satisfaction des infirmières – participantes par rapport à la Journée de FC (annexe L). Ce questionnaire permet de répondre en partie à l'objectif 4 de l'étude en mesurant l'appréciation des infirmières – participantes par rapport à la Journée de FC. Il était administré immédiatement après la journée. Une première section comprenait des questions fermées pour mesurer auprès des infirmières – participantes leur appréciation de l'organisation de la FC, des personnes formatrices, du contenu ainsi que l'appréciation globale de la Journée de FC. Chaque élément du questionnaire était mesuré à l'aide d'une échelle de type Likert à quatre points (tout à fait satisfait, plutôt satisfait, plutôt insatisfait et tout à fait insatisfait). Une deuxième section prévoyait un espace pour les commentaires. Le temps de complétion de ce questionnaire est d'environ deux minutes. Le questionnaire sur la satisfaction en lien avec la Journée de FC a servi à vérifier si les infirmières – participantes ont été en mesure d'apprécier la façon dont la Journée de FC a été conçue et offerte.

3.4.2.4 Guide d'entrevue semi-structuré pour la discussion de groupe focalisée

Deux entrevues de discussion de groupe focalisée (Krueger, 2009) se sont déroulées après la période de soutien clinique. Elles ont permis de répondre à l'objectif 4 de l'étude et à valider si la variable indépendante (activité de FC) a eu un effet positif sur la perception de la réponse aux besoins des infirmières – participantes relativement à la GD et valider la perception de l'évolution des connaissances de façon qualitative du même coup. Dans cette section, une

description de la discussion de groupe focalisée sera présentée et le déroulement de la rencontre sera abordé.

La discussion de groupe focalisée a été réalisée à l'aide d'un guide d'entrevue semi-structuré (annexe M) (Krueger, 2009). Les questions contenues dans le guide sont conçues selon les recommandations émises par Krueger (2009). En premier lieu, l'auteur recommande de débiter avec une question légère à laquelle on peut répondre facilement. En deuxième lieu, l'auteur suggère de classer les questions dans un ordre qui rend la conversation fluide. En troisième lieu, Krueger (2009) propose de commencer avec les questions d'ordre général et de terminer avec les questions plus spécifiques. L'auteur recommande de susciter l'intérêt des participants par des questions claires, courtes et ouvertes.

Cette discussion de groupe focalisée correspond à la dernière rencontre (T2) et a servi à la finalisation de la collecte de données. La discussion de groupe focalisée a permis de recueillir la perception des infirmières - participantes du processus de l'étude, de la satisfaction au regard de la réponse aux besoins de FC, la mobilisation des « ressources » en situation réelle de pratique (Le Boterf, 2011), les situations cliniques représentant un défi sur le plan de la GD ainsi que leurs suggestions et recommandations face à de futures activités de FC (Marceau, 2009). Cette rencontre était enregistrée en mode audio numérique afin de faciliter l'analyse des données. L'animation des deux rencontres a été effectuée par l'étudiant-chercheur et ses directrices de maîtrise. La durée de la dernière rencontre en incluant la complétion des questionnaires Toronto sur la GD et PMAQ était d'environ deux heures.

3.4.2.5 Notes de terrain pour le soutien clinique

Lors des rendez-vous de soutien clinique, l'étudiant-chercheur a pris en note certains éléments en lien avec le soutien clinique. La durée des rendez-vous, le nombre de rendez-vous, le nombre de cas discutés et certaines citations des infirmières – participantes ont été notés par l'étudiant-chercheur. Les notes de terrain de l'étudiant-chercheur se retrouvent à l'annexe N. Ces notes ont servi à bonifier certains résultats présentés dans le chapitre à cet effet.

3.4.3 Analyse des données

Dans le cadre de cette partie de méthode associée à l'évaluation des connaissances et croyances en gestion de la douleur, de la perception des activités infirmières en gestion de la douleur, de la satisfaction au regard de l'activité de formation continue ainsi que la perception de la mobilisation des connaissances acquises dans la pratique des infirmières – participantes, l'analyse des données quantitatives et qualitatives est nécessaire telle que mentionnée dans la section Phase 1 : Identification des besoins et de la conception de l'activité de formation continue en gestion de la douleur. L'analyse des données quantitatives et qualitatives a été effectuée séparément et à l'intérieur d'une même période de temps tout comme l'analyse de l'identification des besoins. L'intégration des données a été aussi accomplie en cours d'étude telle que le recommande Creswell (2011).

3.4.3.1 Analyse des données quantitatives relatives à l'effet de l'activité de formation continue

Les données quantitatives provenant des trois temps de réponse aux questionnaires Toronto sur la GD et PMAQ ont fait l'objet de statistiques descriptives en incluant des tableaux de fréquence avec des mesures de tendance centrale et de dispersion. À l'aide, du logiciel SPSS, les scores totaux de chaque temps de mesure concernant les connaissances et croyances en GD ont été soumis à un test sur la différence entre les moyennes de deux groupes dépendants. Un test non paramétrique sur les rangs signés de Wilcoxon a été fait, considérant le nombre d'infirmières – participantes ($n < 30$). Afin de demeurer conservateur dans l'analyse de ces résultats, l'équipe de chercheurs et deux expertes en analyse de données ont déterminé, malgré la présence de la normalité des données relatives à la variable des connaissances et croyances en GD (Test de Kolmogorov Smirnov), d'utiliser le test non paramétrique sur les rangs signés de Wilcoxon plutôt que les test t de Student. Également, les variables dichotomiques ont été analysées à l'aide du test McNemar. Le niveau de signification de tous les tests statistiques a été fixé à $p < 0,05$. Par contre, un niveau de signification statistique de $p < 0,017$ a été fixé pour l'analyse des connaissances et croyances, car la correction Bonferroni (Bland & Altman, 1995) s'applique lors de comparaisons multiples. Dans la présente étude, les données provenant des trois temps de mesure ont été analysées, le niveau de signification a dû être divisé par trois ($0,05 \div 3 = 0,017$). Par ailleurs, des analyses descriptives (moyenne

et pourcentage) ont été effectuées sur les données sociodémographiques provenant du questionnaire Toronto sur la GD.

3.4.3.2 Analyse des données qualitatives

Les données qualitatives provenant des questionnaires Toronto sur la GD et PMAQ et de la rencontre ayant servi à l'évaluation de la réponse aux besoins de FC en GD ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé, 2008). Cette méthode d'analyse permet d'identifier des thèmes ou catégories pour décrire les données recueillies des questions d'ordre qualitatives provenant de ces questionnaires. Les données de la dernière rencontre au sujet de la satisfaction au regard de la réponse aux besoins de FC, de la mise en application des connaissances acquises et des situations cliniques représentant un défi ont été également analysées par cette méthode. Ces données ont fait l'objet du même processus d'analyse expliqué à la section 4.3.3.2. Quatre grilles de classification ont été créées à partir de ces données (annexes O, P, Q, R).

3.4.3.3 Intégration des données quantitatives et qualitatives

Tel que mentionné à la section 4.3.3.2, Creswell (2011) recommande d'intégrer les deux types de données en les comparant. La comparaison s'effectue en examinant les similitudes entre les résultats quantitatifs et qualitatifs dans la discussion des résultats de l'étude. La présentation des résultats des deux types d'analyse sera effectuée de la même manière que dans la section des méthodes associées à l'identification des besoins afin de soutenir les résultats quantitatifs par les résultats qualitatifs (Creswell, 2011). À partir de ce principe, les résultats provenant des données des questionnaires Toronto sur la GD et PMAQ ont été analysés et mis en lien avec les résultats qualitatifs provenant de ces mêmes questionnaires, des notes de l'étudiant-chercheur lors du soutien clinique post-formation et de la dernière rencontre de discussion de groupe focalisée. Ainsi, les résultats quantitatifs de la présente étude seront dans la mesure du possible, complétés par les résultats qualitatifs.

3.5 Déroulement de l'étude

Le tableau 9 résume le déroulement de la recherche et donne un aperçu du contenu des diverses rencontres de l'étude. Afin de démontrer la nature du dispositif mixte simultané

transformatif (Creswell, 2011; Michaud & Bourgault, 2010) utilisé dans cette étude, les aspects qualitatifs et quantitatifs seront explicitement identifiés dans le tableau 9.

Tableau 9. Résumé du déroulement de l'étude

Rencontres (n groupes)	Phase	Activités	Collecte de données	Dates, durée
Rencontres préparatoires		<ul style="list-style-type: none"> Entente verbale avec la responsable du Service Info-Santé pour la réalisation de la recherche Recrutement et recueil des formulaires de consentement 		Hiver 2011 Hiver 2012
1^{re} rencontre de groupe (T0) (n = 3)	1 et 3	<ul style="list-style-type: none"> Identification des besoins de formation continue en gestion de la douleur Détermination des priorités parmi les thèmes de formation et de stratégies éducatives préférées Mesure des connaissances et croyances et perception des activités infirmières en gestion de la douleur (VD) 	TGN : Quantitatif + Qualitatif Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur : Quantitatif + Qualitatif Questionnaire PMAQ : Quantitatif	Mai – Juin 2012 Durée : 2 h 15
2^e rencontre de groupe (T1) (n = 2)^a	3	<ul style="list-style-type: none"> Journée de formation continue (VI) Mesure la satisfaction par rapport à la Journée de formation continue Mesure des connaissances et croyances en gestion de la douleur 	Questionnaire de satisfaction par rapport à la Journée de FC : Quantitatif + Qualitatif Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur : Quantitatif + Qualitatif	Janvier – Février 2013 Durée : 7 h 15
Rencontres de soutien clinique (n = 13 supervisions)	3	<ul style="list-style-type: none"> Soutien clinique post formation continue (VI) 	Notes de terrain de l'étudiant-chercheur : Quantitatif + Qualitatif	Hiver / printemps 2013
3^e rencontre de groupe (T2) (n = 2)^a	3	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de la satisfaction au regard de la réponse aux besoins de formation continue Évaluation de la mise en application des leurs connaissances suivant l'activité de formation continue en gestion de la douleur sur la pratique infirmière Mesure des connaissances et croyances et perception des activités infirmières en gestion de la douleur (VD) 	Discussion de groupe focalisée : Qualitatif Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur : Quantitatif + Qualitatif Questionnaire PMAQ : Quantitatif	Mai – Juin 2013 Durée : 1 h 50
Présentation des résultats	3	<ul style="list-style-type: none"> Communication scientifique sous forme d'affiches 		Novembre 2013 et Mai 2014

Note. ^aLe nombre de groupe est passé à deux lors de la 2^e et la 3^e rencontre, car 13 infirmières ont participé au T2. TGN : Technique du groupe nominal; VD : Variables dépendantes; VI : Variable indépendante; FC : Formation continue; PMAQ : *Pain Management Activities Questionnaire*

Le processus de recherche a débuté par une entente verbale concernant la recherche entre l'étudiant-chercheur et la responsable du service Info-Santé 8-1-1 de l'Estrie. Les infirmières de ce service avaient déjà manifesté le désir de participer à une activité de FC en GD. Le recrutement a débuté à l'hiver 2012. Par l'entremise de l'assistante supérieure immédiate du service Info-Santé 8-1-1, les infirmières étant intéressées au projet ont été approchées par l'étudiant-chercheur. Il a rencontré individuellement chaque infirmière pour lui expliquer la recherche et répondre à ses questions. Les 23 infirmières intéressées à participer ont toutes signé le formulaire de consentement. Afin de faciliter la participation des infirmières à l'étude, la responsable du service s'est engagée à libérer les infirmières – participantes de leurs activités professionnelles (annexe S). Ensuite, pour que la première rencontre soit efficace, une version sommaire du guide d'entrevue a été préalablement remise aux infirmières – participantes pour qu'elles puissent réfléchir et se préparer au contenu traité lors de cette rencontre.

La collecte des données s'est principalement déroulée en trois étapes distinctes plus précisément lors des trois rencontres avec les infirmières – participantes. En premier lieu, la première rencontre avec les infirmières participantes (T0) consistait à identifier les besoins de FC en GD, les stratégies éducatives préférées et les facteurs favorisant et contraignant la participation à une FC. À la fin de cette rencontre, les infirmières – participantes ont rempli les questionnaires Toronto sur la GD et PMAQ.

La Journée de FC, soit la deuxième rencontre (T1), a été conçue, entre autres, selon les thèmes et stratégies identifiés lors de la première rencontre (T0). À la demande du service Info-Santé 8-1-1, l'équipe de chercheurs a accepté que les infirmières du service n'ayant pas participé à l'étude puissent assister à l'activité de FC afin qu'elles bénéficient d'une FC adaptée à leur contexte de pratique. À la fin de cette rencontre, les 19 infirmières ayant participé à la Journée de FC ont rempli le Questionnaire de satisfaction par rapport à la Journée de FC. Cependant, seulement les 13 infirmières – participantes ayant assisté à la Journée de FC ont rempli le Questionnaire Toronto sur la GD. Après cette rencontre, le soutien clinique post formation a débuté, puis il s'est prolongé jusqu'à la troisième et dernière rencontre, c'est-à-dire après 13 rencontres avec les infirmières – participantes.

La troisième rencontre (T2) consistait à évaluer l'impact de l'activité de FC en GD sur la pratique infirmière au service Info-Santé 8-1-1. Les infirmières – participantes pouvaient faire part de leurs expériences vécues en GD et de la mobilisation des « ressources », liées aux nouvelles connaissances acquises, en situation réelle de pratique (Le Boterf, 2011). Elles ont également identifié des situations cliniques qui représentaient encore un défi en GD, puis elles ont émis des suggestions pour de futures activités de FC. Pour terminer la rencontre, elles ont rempli pour une dernière fois les questionnaires Toronto sur la GD et PMAQ.

Dans l'optique de l'approche participative de l'étude, les infirmières – participantes ont été invitées à la présentation du séminaire des résultats de l'étudiant-chercheur. Également, l'étudiant-chercheur a présenté des affiches résumant l'étude lors de congrès et en a remis une copie (annexe T et U) à la conseillère-cadre du service Info-Santé 8-1-1 afin qu'elle puisse les distribuer dans le milieu. Ce type de diffusion des résultats a permis d'amener des éléments concrets à la participation du milieu clinique.

3.6 Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie (Dossier : 2012-07/B.G.-BOISVERT). La lettre d'approbation officielle figure à l'annexe V. La nature de la participation des infirmières - participantes est décrite dans le formulaire de consentement (annexe W). La participation était volontaire et en deçà du risque minimal. Un avantage direct découlant de la recherche était l'acquisition de connaissances à la suite d'une participation à une activité de FC en GD dans un contexte de soins de première ligne. De plus, les infirmières – participantes contribuaient à l'avancement des connaissances scientifiques en participant à l'élaboration d'une FC adaptée à leurs besoins d'apprentissage en GD. Certains inconvénients résultaient de la participation à la recherche. Le temps donné à la recherche a pu être lourd pour les infirmières – participantes et occasionner une certaine fatigue. Cependant, il a été entendu avec la responsable du service Info-Santé 8-1-1 de réaliser l'étude durant le temps de travail des infirmières – participantes. De plus, la crainte d'être jugées par les pairs et un sentiment de malaise lors des rencontres de groupe constituaient des inconvénients potentiellement associés à la participation à la recherche. Cependant, la TGN a permis à toutes les infirmières

– participantes de prendre la parole de façon équivalente. La confidentialité a été assurée par les chercheurs tout au long de l'étude. Aussi, l'étudiant-chercheur a porté une attention particulière dans la réalisation du soutien clinique en s'assurant de toujours être dans un endroit où la confidentialité était assurée, sans divulguer le contenu aux gestionnaires, et toujours être constructif dans sa rétroaction. Finalement, l'équipe de chercheurs a respecté son engagement quant à la participation des infirmières au processus de recherche par la prise en compte de leur point de vue et de celui des gestionnaires dans la conception et la réalisation de l'activité de FC.

La participation était volontaire et une personne pouvait mettre fin à son implication à tout moment. Dans le formulaire de consentement, l'accord des infirmières – participantes était recueilli pour l'utilisation des données et des résultats à des fins de communications scientifiques et professionnelles. Chaque infirmière – participante a manifesté son intérêt de conserver les données lui étant associées lors de son retrait de l'étude. La clé utilisée pour rendre les données confidentielles n'est connue que par les directrices de maîtrise, puisque l'étudiant-chercheur a déjà travaillé dans le milieu clinique où se déroulait la recherche.

QUATRIÈME CHAPITRE – RÉSULTATS

Rappelons que la présente étude a pour but de concevoir et évaluer l'impact d'une activité de formation continue en gestion de la douleur par et pour les infirmières du service Info-Santé 8-1-1 sur leurs connaissances, leur pratique infirmière et leurs compétences professionnelles. Les résultats seront présentés en lien avec les objectifs de l'étude. Le contenu du présent chapitre décrit les caractéristiques sociodémographiques des infirmières – participantes et les résultats se rapportant aux connaissances et croyances en GD et à leurs perceptions de leurs activités infirmières en GD. Pour terminer, la satisfaction par rapport à la FC et celle en lien avec la réponse à leurs besoins de FC, la mise en application des connaissances acquises et les situations représentant un défi, compléteront ce chapitre.

La présentation des résultats sera effectuée en fonction de l'ordre du déroulement de l'étude. Lorsque pertinents, les résultats qualitatifs seront ajoutés aux résultats quantitatifs pour les confirmer ou les infirmer selon la méthode proposée par Creswell (2011). Les indications entre parenthèses spécifient la provenance du verbatim, à savoir du soutien clinique post formation provenant des notes de l'étudiant-chercheur incluant le l'identification alphanumérique de l'infirmière (SCPF#) ou de la dernière entrevue de discussion de groupe focalisée (GF3).

4.1 Caractéristiques des infirmières – participantes

Il faut rappeler que l'échantillon est de convenance et que le nombre d'infirmières qui œuvrait au service Info-Santé 8-1-1 au moment du recrutement était de 31. L'étudiant-chercheur a rencontré 30 de ces infirmières pour leur expliquer l'étude, l'une d'elles n'étant pas disponible au moment du recrutement. Vingt-trois infirmières ont accepté de participer à l'étude. Cependant, trois infirmières n'ont pu participer à l'identification des besoins de FC et une autre a cessé sa participation avant de répondre à la première série de questionnaires. Pour cette raison, elle est incluse dans la première rencontre, mais ne l'est pas dans la présentation des résultats aux questionnaires (n=19). La figure 8 illustre l'évolution de l'échantillon selon chaque temps de mesure.

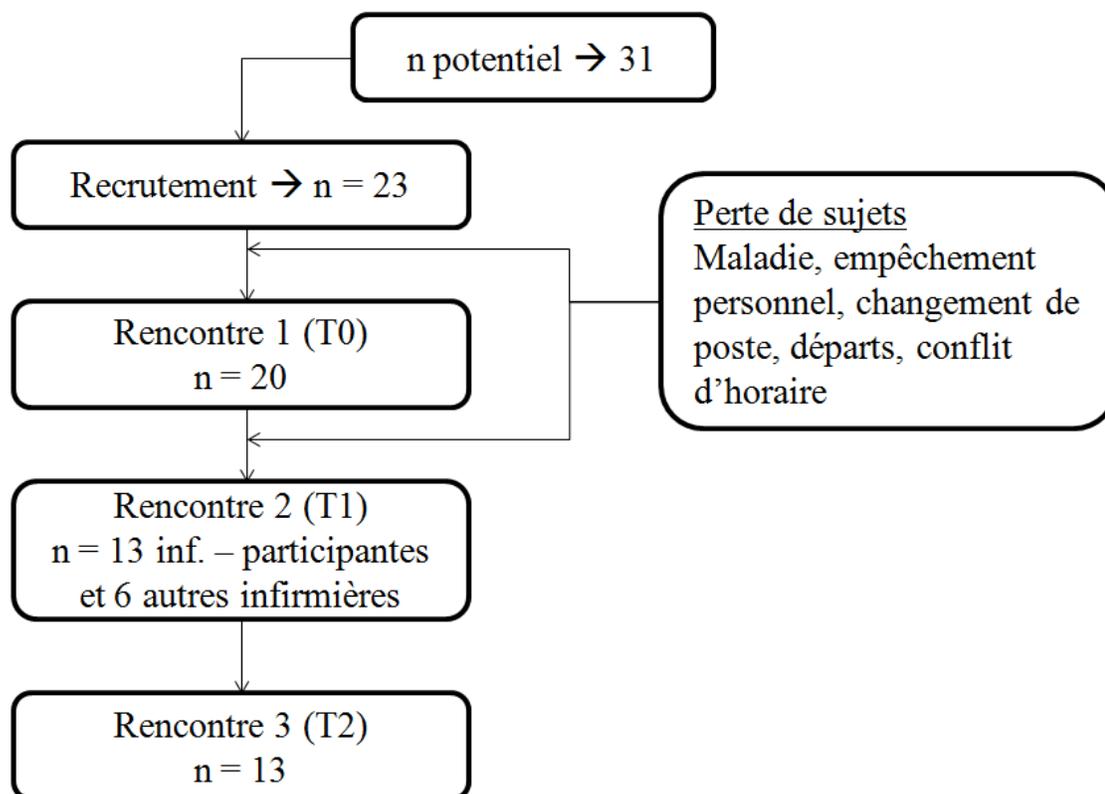


Figure 8. Évolution de l'échantillon des infirmières du service Info-Santé 8-1-1 selon les temps de mesure

Le tableau 10 présente les caractéristiques sociodémographiques des infirmières – participantes. L'âge moyen des infirmières – participantes est de 41,1 ans (ÉT : 11,9) et les femmes représentent 84,2 % de l'échantillon. Près d'une infirmière – participante sur deux possède un baccalauréat ou un diplôme d'études supérieures. Plus de la moitié a cumulé au plus 10 ans d'expérience en tant qu'infirmière et au plus deux ans d'expérience de travail à Info-Santé 8-1-1. Seize des 19 infirmières – participantes ont assisté à de la formation en GD avant l'étude dont cinq infirmières – participantes lors d'une FC en cours d'emploi et 11 lors de leur formation académique initiale.

Tableau 10. Caractéristiques sociodémographiques des infirmières – participantes au T0

Caractéristiques	Nombre (%)
Sexe	
Masculin	3 (15,8)
Féminin	16 (84,2)
Niveau de formation complété	
Collégial	7 (36,8)
Certificat universitaire	3 (15,8)
Baccalauréat	8 (42,1)
Maîtrise	1 (5,3)
Expérience de travail	
0 à 5 ans	4 (21,1)
6 à 10 ans	6 (31,6)
11 à 20 ans	3 (15,8)
21 à 30 ans	2 (10,5)
Plus de 30 ans	4 (21,1)
Expérience de travail à Info-Santé 8-1-1	
Moins d'un an	6 (31,6)
1 à 2 ans	4 (21,1)
3 à 4 ans	1 (5,3)
5 ans et plus	8 (42, 1)
Formation en gestion de la douleur	
Formation continue	5 (26,3)
Formation académique	11 (57,9)

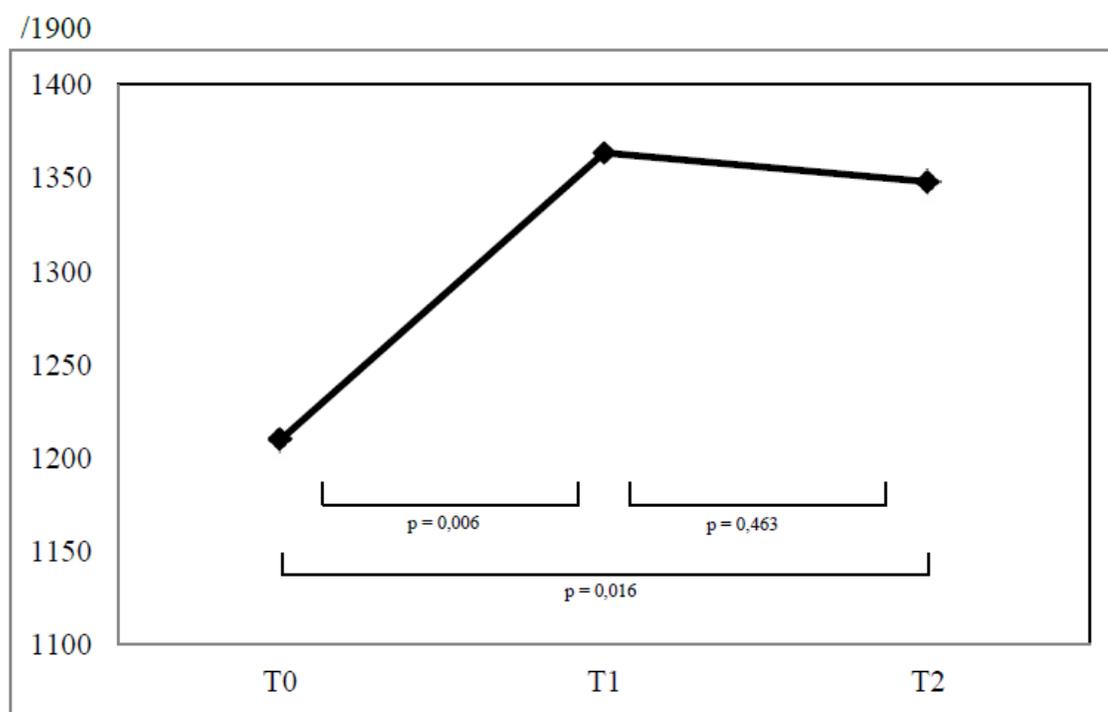
4.2 Connaissances et croyances à propos de la gestion de la douleur

Les résultats de cette section correspondent à un volet de l'objectif 3 de l'étude consistant à évaluer les connaissances et croyances des infirmières – participantes à propos de la GD avant, après et trois mois suivant une FC en GD. Les résultats qui découlent des trois temps de mesure du Questionnaire Toronto sont illustrés dans cette section. Ces résultats réfèrent à la partie ressources « personnelles » du cadre de référence de Le Boterf (2011), par exemple, les connaissances générales, procédurales ou relationnelles en termes de GD. Les résultats découlant de l'analyse thématique des réponses aux questions ouvertes posées lors des trois temps de mesures seront également présentés. Les grilles de classification de l'analyse de ces données se retrouvent aux annexes O, P et Q. Le tableau 11 présente les scores totaux obtenus lors des trois temps de mesure. Le score total pondéré de ce questionnaire est sur 1900 et ramené en pourcentage.

Tableau 11. Connaissances et croyances des infirmières – participantes en gestion de la douleur

Temps de mesure		n	Moyenne (ÉT)
T0	Score total pondéré /1900	19	1209,50 (150,6)
	Résultats %		
T1	Score total pondéré /1900	13	1363,30 (87,1)
	Résultats %		
T2	Score total pondéré /1900	13	1347,90 (80,0)
	Résultats %		

La comparaison des résultats obtenus lors des trois temps de mesure en lien avec l'objectif d'évaluation des connaissances générales et croyances à propos de la GD est illustrée à la figure 9. Il ressort que les connaissances ont augmenté de 8,1 % entre T0 et T1 ($p < 0,017$). Ensuite, une baisse de près de 1 % est survenue entre T1 et T2 (- 0,8 %) ($p > 0,017$), mais l'augmentation des connaissances s'est maintenue entre T0 et T2 (+ 7,3 %) ($p < 0,017$).



Test de Wilcoxon

Figure 9. Comparaison du score total pondéré des connaissances entre les temps de mesure

Parmi les 19 questions sous forme d'ÉVA du Questionnaire Toronto, les résultats de 14 d'entre elles ne présentent pas de changement significatif à travers les trois temps de mesure.

Cependant, les réponses aux questions 9 (dépendance aux opiacés), 20 (combinaison des approches pharmacologiques et non pharmacologiques), 26 (connaissances adéquates en GD) et 27 (sentiment de compétence à gérer la douleur) ont eu une amélioration entre deux temps de mesure.

En premier lieu, débutons avec les questions 9, 26 et 27 qui ont obtenu un changement significatif entre le premier (T0 : pré FC) et le deuxième temps de mesure (T1 : post FC). La question 9 soit : « Quel pourcentage de vos clients deviennent dépendants en prenant des opiacés? », les infirmières – participantes croyaient que plus d'un client sur cinq peut devenir dépendant aux opiacés (22,2 %). À la suite de la Journée de FC, elles ont été conscientisées au fait que ce n'est qu'une faible partie de la population qui peut le devenir (5,7 %) ($p < 0,017$). À la question 26, soit : « À quel point trouvez-vous que vos connaissances actuelles sur la GD (évaluation et soulagement) sont adéquates? », près de six infirmières – participantes sur 10 estimaient au départ que leurs connaissances étaient adéquates (57,8 %), comparativement à plus de huit infirmières – participantes sur 10 (82,8 %) après la Journée de FC ($p < 0,017$). Finalement, à la question 27 soit : « À quel point vous sentez-vous compétente à gérer efficacement la douleur des clients? », un peu plus de la moitié des infirmières – participantes se sentaient compétentes (55,1 %) à la première mesure, tandis qu'après la Journée de FC plus de quatre infirmières – participantes sur cinq se sentaient compétentes (80,8 %) ($p < 0,017$). En effet, lors du soutien clinique, cinq infirmières – participantes sur 10 ont mentionné spontanément qu'elles se sentaient plus compétentes à la suite de la FC. Le tableau 12 illustre ces changements.

Tableau 12. Changements dans les résultats du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur entre T0 et T1

Questions	n = 19	n = 13	Test de Wilcoxon
	T0 % (ÉT)	T1 % (ÉT)	p
Question 9 : Quel pourcentage de vos clients deviennent dépendants en prenant des opiacés (ex : codéine, morphine, etc.) pour soulager la douleur?	22,2 (21,1)	5,7 (5,4)	0,011
Question 26 : À quel point trouvez-vous que vos connaissances actuelles sur la GD (évaluation et soulagement) sont adéquates?	57,8 (18,8)	82,8 (9,9)	0,006
Question 27 : À quel point vous sentez-vous compétente à gérer efficacement la douleur des clients?	55,1 (17,8)	80,8 (12,6)	0,006

Note. Seuil fixé à (p<0,017)

Les changements significatifs observés entre le premier (T0) et dernier temps (T2) de mesure dans les résultats aux questions 9, 26 et 27 du Questionnaire Toronto sont identiques à ceux observés entre T0 et T1. Ainsi, les connaissances se sont maintenues dans le temps, seule la valeur statistique change. Le tableau 13 présente ces changements.

Tableau 13. Changements dans les résultats du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur entre T0 et T2

Questions	n = 19	n = 13	Test de Wilcoxon
	T0 % (ÉT)	T2 % (ÉT)	p
Question 9 : Quel pourcentage de vos clients deviennent dépendants en prenant des opiacés (ex : codéine, morphine, etc.) pour soulager la douleur?	22,2 (21,1)	6,7 (5,6)	0,013
Question 26 : À quel point trouvez-vous que vos connaissances actuelles sur la GD (évaluation et soulagement) sont adéquates?	57,8 (18,8)	82,5 (7,6)	0,002
Question 27 : À quel point vous sentez-vous compétente à gérer efficacement la douleur des clients?	55,1 (17,8)	82,5 (9,9)	0,001

Note. Seuil fixé à (p<0,017)

4.2.1 Perception des interventions infirmières possibles en gestion de la douleur

La question ouverte : « Quelles interventions peuvent être posées par les infirmières du Service Info-Santé pour gérer efficacement la douleur de leurs clients? » a été posée à chacun des trois temps de mesure. Quatre interventions sont ressorties de l'analyse des réponses soit : l'évaluation de la douleur, les interventions elles-mêmes, la relation thérapeutique et l'orientation / référence. L'évaluation de la douleur a été nommée par 12 infirmières –

participantes sur 13 immédiatement après la Journée de FC. Ensuite, quelques résultats intéressants sont ressortis lors des deuxième et troisième temps de mesure. En effet, la co-analgésie, en utilisant plus d'un analgésique à la fois pour soulager la douleur, et l'évaluation complète de la douleur incluant l'évaluation des méthodes de soulagement déjà effectuée par le patient ont été nommées par les infirmières – participantes alors que ces interventions n'avaient pas été nommées au premier temps de mesure. Le fait de se former a également été nommé comme une intervention pour gérer efficacement la douleur d'un patient lors du dernier temps de mesure.

4.2.2 Perception des difficultés rencontrées sur le plan de l'évaluation de la douleur

La question ouverte : « Quelles sont vos plus grandes difficultés dans l'évaluation de la douleur? » a fait ressortir plusieurs types de difficultés de la part des infirmières – participantes, regroupées sous quatre thèmes, soit des difficultés reliées au contexte de l'évaluation. Le contexte particulier du travail à Info-Santé 8-1-1 est ressorti de façon évidente dans l'analyse, car ce milieu de pratique est unique. En effet, le contexte d'une évaluation téléphonique sans possibilité d'observation directe du patient par l'infirmière a été nommé à huit reprises lors de la rencontre d'identification des besoins (T0) comme une difficulté sur le plan de l'évaluation de la douleur. Lors des rencontres subséquentes, les infirmières – participantes (T1 : n = 2; T2 : n = 3) ont nommé cet aspect de nouveau. Également, la durée d'un appel comme recommandé par le MSSS pour effectuer une intervention, affectent les infirmières – participantes dans l'évaluation complète de la douleur. Effectivement, elles ont mentionné qu'il est difficile d'effectuer l'évaluation complète de la douleur due à la présence d'une limite de temps imposée.

Parmi les caractéristiques liées à l'intervenant, soulignons, le manque de connaissances à propos de la GD qui a été nommé à la première rencontre, mais qui n'a pas été soulevé lors des autres temps de mesure. Des caractéristiques de l'appelant ont été évoquées par les infirmières – participantes. Les difficultés à comprendre les propos de l'infirmière qu'éprouvent certains appelants, la barrière de la langue ainsi que les particularités de certaines clientèles, comme les enfants et les personnes âgées, peuvent représenter des difficultés pour l'évaluation de la douleur. Par ailleurs, la subjectivité dans l'évaluation de la

douleur par les patients constitue un défi qui a été nommé par les infirmières – participantes, par exemple lorsqu'un patient sous-estime une douleur d'origine cardiaque. Aucun changement entre les temps de mesure n'a été noté dans les réponses des infirmières – participantes par rapport à ce thème. La prise en compte des différentes caractéristiques de la douleur contribue à complexifier l'évaluation de la douleur. À cet effet, il a été question de l'évaluation de la douleur abdominale, des types de douleur, des céphalées et des douleurs reliées à la fibromyalgie. Ces difficultés liées à la caractéristique de la douleur n'ont pas changé à travers les temps de mesure.

4.2.3 Perception des difficultés rencontrées sur le plan du soulagement de la douleur

De l'analyse thématique des réponses à la question ouverte : « Quelles sont vos plus grandes difficultés dans le soulagement de la douleur? », trois types de difficultés sur le plan du soulagement de la douleur ont émergé, soit le contexte de travail, les caractéristiques de l'intervenant et les caractéristiques de l'appelant. Sur le plan du contexte de travail, le manque de temps, c'est-à-dire la durée recommandée pour effectuer une intervention téléphonique et le caractère ponctuel de l'exercice infirmier au service Info-Santé 8-1-1 ont été énoncés. Le manque de connaissances a été nommé 10 fois lors de la première rencontre et seulement à deux reprises lors des deux rencontres subséquentes. Après la FC une des infirmières – participantes a nommé qu'elle aurait maintenant de la facilité à expliquer la thérapie médicamenteuse à ses patients. Finalement, des infirmières – participantes ont souligné qu'il est plus difficile d'agir dans l'optique de soulager la douleur lorsqu'il y a présence de certaines caractéristiques chez l'appelant telles que la non-observance thérapeutique et des fausses croyances sur la douleur.

4.2.4 Perception des conséquences de la douleur chronique

Les réponses à la question ouverte : « Selon vous, quelles sont les conséquences de la douleur chronique? » ont mené à l'identification de conséquences pour la personne, son entourage et le réseau de santé. Les conséquences personnelles incluent, entre autres, les troubles de santé mentale ou de l'humeur, les difficultés professionnelles, l'altération du sommeil ou de la qualité de vie et ont été mentionnés par les infirmières – participantes à chaque temps de mesure. Cependant, la dépendance potentielle aux opiacés chez les patients a été nommée

seulement lors de la première rencontre (T0). L'isolement de la personne souffrant de DC face à son milieu a été identifié en tant que conséquence sur son entourage. Finalement, les conséquences de la DC sur le réseau de la santé renvoient à l'utilisation accrue du système de santé et aux coûts sociaux engendrés par la DC.

Bref, les connaissances générales ont augmenté avec la tenue de la Journée de FC et se sont maintenues dans le temps avec le soutien clinique, c'est-à-dire, trois mois après la Journée de FC (T2). Les infirmières - participantes savent maintenant qu'afin de gérer une douleur d'une façon efficace, l'évaluation complète de la douleur est nécessaire et la co analgésie importante. Elles se sentent maintenant plus en confiance et compétentes. Finalement, les résultats permettent de conclure qu'elles possèdent des connaissances en GD adéquates pour gérer la douleur lors d'un appel à Info-Santé 8-1-1.

4.3 Perception des activités infirmières en gestion de la douleur

Les résultats de cette section correspondent au deuxième volet de l'objectif 3 de l'étude qui portait sur l'évaluation de la perception que les infirmières – participantes ont de leurs activités infirmières en GD, soit leur « pratique professionnelle » (Le Boterf, 2011) après l'activité de FC. Le Questionnaire PMAQ, servant à mesurer la perception qu'ont les infirmières – participantes de leurs activités en GD, n'a pas été rempli immédiatement après la FC (T1), car les questions portent sur les derniers jours de travail des infirmières. Donc, l'effet de la Journée de FC n'aurait eu aucun impact sur les réponses aux questions. Pour cette raison, les résultats qui découlent des mesures avant (T0) et trois mois après une Journée de FC (T2) du Questionnaire PMAQ sont illustrés dans cette section. Dans la première partie du Questionnaire PMAQ, les infirmières – participantes ont été questionnées sur les barrières qu'elles rencontraient en GD aiguë et chronique, puis sur le nombre d'activités infirmières qu'elles avaient effectuées dans les cinq dernières journées de travail de façon générale et aussi de façon plus détaillée.

Selon les données de la première rencontre (T0), le nombre d'appelants présentant de la douleur au cours des cinq derniers jours derniers quarts de travail se situait à 29,2 (ÉT : 24,8) par infirmière – participante. De ces 29 appelants, elles ont dénombré en moyenne 5,0 (ÉT :

5,7) présentant de la DC. Au dernier temps de mesure, les infirmières – participantes percevaient qu’elles avaient répondu à un nombre plus élevé d’appelants présentant de la douleur qu’avant l’activité de FC. Ainsi, elles estimaient être intervenues en moyenne au cours de leurs cinq derniers quarts de travail auprès de 48,3 (ÉT : 26,6) appelants parmi lesquels 11,75 (ÉT : 12,3) qui présentaient de la DC. Aucun changement significatif dans la perception du nombre d’appelants présentant de la douleur n’a été observé, et ce, malgré la hausse marquée du nombre de cas rapporté par les infirmières - participantes. Le tableau 14 présente le nombre d’appelants présentant de la douleur traité par les infirmières – participantes.

Tableau 14. Perception du nombre d’appelants présentant de la douleur

Lors des 5 derniers jours de travail	T0	T2	Test de Wilcoxon
	Moy (étendue)	Moy (étendue)	p
Nombre total d’appelants avec de la douleur	29,2 (0 - 100)	48,3 (10 - 95)	NS
Nombre d’appelants avec de la douleur chronique	5 (0 - 80)	11,75(0 - 40)	NS

Note. Seuil fixé à (p<0,05)

Le tableau 15 présente les obstacles reliés à la GD aiguë, aux premiers et derniers temps de mesure, lesquels proviennent de réponses à des questions d’un autre volet du Questionnaire PMAQ. Aucun changement significatif dans les résultats n’a été relevé quant à la perception des obstacles. Il ressort toutefois une diminution remarquable de la méconnaissance des interventions possibles en douleur. Les résultats démontrent également que, selon 12 infirmières – participantes sur 13, la disponibilité de l’information sur la GD ne représente plus un obstacle aussi important trois mois après la Journée de FC. Lors des rencontres de soutien clinique post formation, une infirmière – participante mentionnait la chose suivante : « C’est intéressant le cahier que tu nous as laissé. Il est très utile lorsque je suis mal prise » (SCPF8).

Tableau 15. Pourcentage de la perception d'obstacles à la gestion de la douleur aiguë selon les infirmières – participantes (PMAQ)

Obstacles	T0	T2	Test de McNemar
	%	%	p
Manque de temps / charge de travail trop lourde	21,1	30,8	NS
Manque de soutien de la part des infirmières	10,5	0,0	NS
Résistance de la part des clients	47,4	46,2	NS
Résistance de la part des autres infirmières	5,3	0,0	NS
Méconnaissance des interventions possibles en douleur	57,9	30,8	NS
Information non disponible sur la GD	47,4	7,7	NS
Assistance d'autres professionnels nécessaire	42,1	38,5	NS

Note. Seuil fixé à (p<0,05)

Les barrières à la gestion de la DC sont plus importantes que pour la douleur aiguë, car les infirmières se sentent souvent impuissantes face à la DC. Dans cette section, la barrière de la résistance de la part des clients telle que perçue par les infirmières – participantes a augmenté de (T0 : 47,4 %) à (T2 : 84,2 %) (p<0,031). La méconnaissance des interventions possibles en douleur est un obstacle à la gestion de la DC perçue par les infirmières – participantes qui a significativement diminué passant de 84,2 % au premier temps de mesure à 46,2 % au dernier temps de mesure (p<0,05). Le tableau 16 présente les obstacles à la gestion de la DC selon les infirmières – participantes.

Tableau 16. Pourcentage de la perception d'obstacles à la gestion de la douleur chronique selon les infirmières – participantes (PMAQ)

Obstacles	T0	T2	Test de McNemar
	%	%	p
Manque de temps / charge de travail trop lourde	63,2	76,9	NS
Manque de soutien de la part des infirmières	21,1	7,7	NS
Résistance de la part des clients	47,4	84,6	0,031
Résistance de la part des autres infirmières	15,8	0,0	NS
Méconnaissance des interventions possibles en douleur	84,2	46,2	0,031
Information non disponible sur la GD	73,7	23,1	NS
Assistance d'autres professionnels nécessaire	47,4	46,2	NS

Note. Seuil fixé à (p<0,05)

4.3.1 Perception de la pratique infirmière en gestion de la douleur

Les résultats de cette partie complètent l'objectif 3 de l'étude qui portait sur la perception que les infirmières – participantes ont de leurs activités infirmières en GD. Les résultats

suiuants illustrent ce que les infirmières – participantes ont perçu de ce qu'elles effectuaient en GD avant et trois mois après la Journée de FC.

Le tableau 17 présente le nombre d'interventions perçu par les infirmières – participantes, dans les cinq derniers jours de travail, selon une activité infirmière donnée, au premier (T0) et dernier (T2) temps de mesure ainsi que la comparaison statistique de ces résultats par le questionnaire PMAQ. Les infirmières – participantes ont rempli le questionnaire selon les activités infirmières pratiquées dans leurs cinq dernières journées de travail. Selon les infirmières – participantes, au premier temps de mesure, l'activité la plus souvent réalisée est la détection de la douleur en tant que cinquième signe vital, soit en moyenne 35,6 interventions par infirmière – participante. Cependant, trois mois après la Journée de FC, c'est la relation thérapeutique avec le client qui domine les activités infirmières avec 52,2 interventions par infirmière – participante en moyenne. Le nombre moyen de relations thérapeutiques avec le client a d'ailleurs doublé entre T0 et T2 ($p=0,015$). Le rôle de la relation thérapeutique, dans la GD, fut une révélation pour les infirmières – participantes, tel qu'illustré dans l'extrait suivant : « Je ne pensais jamais que l'écoute et de prendre le temps et d'être présente pour le patient était aussi bénéfique » (SCPF1). Ce genre de commentaires est revenu plusieurs fois lors des rencontres de soutien clinique. Toutefois aucune différence significative n'a été observée sur le plan de la relation thérapeutique avec la famille entre les deux temps de mesure. Par ailleurs, une amélioration de la documentation systématique de la douleur est passée de 29,1 à 48,3 interventions en moyenne par infirmière – participante entre les deux temps de mesure ($p=0,028$). En effet, il a été possible d'observer que les infirmières – participantes documentaient toujours de façon adéquate la douleur dans les fiches d'appel. Elles ont également augmenté leur nombre moyen d'interventions d'évaluation des attentes du patient face aux mesures thérapeutiques pour soulager sa douleur. Ce nombre est passé de 11,2 à 29,4 ($p=0,032$). De plus, les propos de certaines infirmières – participantes lors du soutien clinique corroborent ce résultat : « Travailler sur quelque chose que je ne connais pas le but, ce n'est pas productif » (SCPF10). La prise de conscience de l'importance des mesures non pharmacologiques a été exprimée par les infirmières – participantes. Effectivement, la perception de la mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques a augmenté également passant en moyenne de 16,3

interventions à 36,8 ($p=0,003$). D'ailleurs des infirmières – participantes ont réalisé que les approches non pharmacologiques étaient importantes : « C'est fou comment je ne misais pas assez sur les interventions non pharmacologiques. Elles sont d'une grande aide » (SCPF6). Finalement, la perception de la gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques a augmenté, passant de 6,7 à 18,1 interventions en moyenne chez les infirmières – participantes ($p=0,015$). En effet, les infirmières – participantes ont démontré qu'elles se sentaient plus en mesure de gérer les effets indésirables de la médication analgésique.

Au premier temps de mesure, neuf infirmières – participantes ont mentionné être en mesure de gérer la médication comparativement à 11 au dernier temps de mesure ($p=0,031$). Ce résultat est le seul changement significatif survenu dans la capacité à faire une activité infirmière tel que perçu par les infirmières – participantes. Aucun changement statistiquement significatif n'a été obtenu sur le plan de l'intention de réaliser une activité infirmière dans les réponses à ce questionnaire.

Tableau 17. Description du nombre d'activités infirmières en gestion de la douleur selon le temps de mesure

Activités infirmières en GD	T0	T2	Test de Wilcoxon
	Nombre d'interventions moyen (ÉT)		p
Dépistage de la douleur en tant que 5 ^e signe vital	35,6 (29,0)	50,3 (26,4)	NS
Évaluation détaillée avec des outils standardisés	27,2 (26,6)	44,6 (24,7)	NS
Évaluation continue	18,1 (27,0)	8,3 (13,0)	NS
Documentation systématique de la douleur	29,1 (26,6)	48,3 (30,1)	0,028
Relation thérapeutique avec le client	26,1 (23,8)	52,2 (21,0)	0,015
Relation thérapeutique avec la famille	12,7 (18,0)	14,2 (11,7)	NS
Évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques	11,2 (13,9)	29,4 (27,7)	0,032
Contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques	18,6 (18,7)	34,8 (28,0)	NS
Mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques	16,3 (17,2)	36,8 (24,0)	0,003
Gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques	6,7 (7,1)	18,1 (12,3)	0,015
Évaluation de la réponse du client face aux mesures théér.	13,6 (13,5)	28,2 (27,3)	NS
Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures théér.	15,2 (15,6)	29,3 (24,1)	NS
Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures théér.	20,4 (19,8)	27,3 (28,9)	NS
Collaboration avec la famille du client	8,6 (10,4)	13,7 (10,8)	0,036
Enseignement adapté et personnalisé au client	28,6 (25,2)	50,7 (26,2)	NS
Enseignement adapté et personnalisé pour la famille	12,7 (16,8)	19,3 (17,5)	NS
Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général	31,5 (29,2)	33,7 (37,8)	NS

Note. Seuil fixé à (p<0,05)

4.4 Satisfaction à l'égard de la réponse aux besoins de formation

Les résultats de cette section correspondent au quatrième objectif de la présente étude. Ils seront présentés dans l'ordre suivant : la satisfaction par rapport à la Journée de FC, l'évaluation de la réponse aux besoins de FC, la mise en application de leurs connaissances acquises, les situations cliniques présentant un défi en GD, ce que les infirmières – participantes ont aimé ou moins aimé, ce qui est à conserver ou à améliorer en lien avec le processus de FC, puis les suggestions ou recommandations pour de futures activités de formation. En résumé, ces résultats démontrent la perception des changements engendrés par la FC.

4.4.1 *Satisfaction par rapport à la Journée de formation continue*

La compilation des réponses au Questionnaire de satisfaction par rapport à la Journée de FC est basée sur les réponses des participantes qui ont assisté à la Journée de FC. À la suite de la demande des gestionnaires du service Info-Santé, l'équipe de chercheurs a accepté d'offrir la Journée de FC au plus grand nombre d'infirmières possibles de ce service. Au total, 19 infirmières, dont les 13 infirmières ayant participé à la recherche, ont rempli le Questionnaire de satisfaction par rapport à la Journée de FC. En général, toutes les participantes étaient satisfaites de la Journée de FC, comme en témoigne la compilation des résultats au tableau 18. Aucune réponse n'a été notée dans les catégories « plutôt insatisfait » et « tout à fait insatisfait », ce qui explique qu'elles ne sont pas incluses dans le tableau 18.

Tableau 18. Satisfaction par rapport à la Journée de formation continue

Thèmes	Tout à fait satisfait (n = 19)	Plutôt satisfait (n = 19)	Exemples de commentaires
Organisation de la formation	17	2	<ul style="list-style-type: none"> • « Bonne organisation et bonne structure » • « Matériel apprécié, bien fait, intéressant à conserver »
Formateurs	18	1	<ul style="list-style-type: none"> • « Bonne connaissance et maîtrise des informations » • « Bonne approche auprès du groupe »
Partie théorique	12	7	<ul style="list-style-type: none"> • « Juste assez précis côté biologie » • « Parties plus difficiles au niveau biologique, je parlais de loin »
Partie pratique	15	4	<ul style="list-style-type: none"> • « Il y aurait pu en avoir plus » • « Agréable permet l'intégration »
Ensemble de la formation	15	4	<ul style="list-style-type: none"> • « M'amène à me questionner et c'est bon. De comprendre les mécanismes entourant la douleur m'aide à les suggérer »
Suggestions	<ul style="list-style-type: none"> • « Beaucoup de réalité et pouvons comparer avec notre quotidien » • « Très bon survol des savoirs et savoir-faire » • « Je le recommanderais lors des orientations [des nouvelles infirmières à] Info-Santé » 		

4.4.2 *Satisfaction au regard de la réponse aux besoins de formation continue*

Lors de la dernière rencontre de discussion de groupe focalisée, soit trois mois après la Journée de FC, les infirmières – participantes (n=13) ont pu exprimer leur satisfaction concernant la réponse à leurs besoins de FC. La question ouverte : « Comment jugez-vous que la formation continue a répondu à vos besoins? » leur a été posée. Cinq thèmes ont émergé de l'analyse thématique à savoir la satisfaction au regard de la réponse aux besoins

en termes de connaissances et d'une meilleure compréhension du phénomène de la douleur ainsi que de l'application des connaissances acquises. D'autres éléments, soit le sentiment d'auto-efficacité, la FC adaptée au contexte du service Info-Santé 8-1-1 et les limites dans la réponse à certains besoins de FC ont été soulevés comme ayant été appréciés. La grille de classification correspondant aux cinq thèmes de cette section se retrouve à l'annexe R.

4.4.2.1 Connaissances et compréhension du phénomène de la douleur

Un premier thème qui est ressorti plusieurs fois concerne les connaissances acquises et la compréhension du phénomène de la douleur. Les infirmières – participantes étaient d'avis que l'activité de FC les a aidées à apprendre de nouvelles notions : « Le processus physiopathologique appris dans la formation, nous fait comprendre le pourquoi [la raison] de nos interventions » (GF3). L'acquisition de multiples méthodes de soulagement de la douleur a été nommée par les infirmières – participantes, par exemple l'activité de FC a permis à des infirmières – participantes de mieux comprendre les gens souffrant de douleur chronique et pourquoi ils n'étaient pas soulagés : « La formation m'a permis de comprendre les patients qui n'étaient pas soulagés » (GF3).

4.4.2.2 Application des connaissances acquises

Un autre besoin de FC répondu concerne l'application concrète dans leur pratique professionnelle des apprentissages intégrés lors de cette FC, tels que l'évaluation complète de la douleur. Elles ont relaté également l'importance d'être en mesure d'appliquer leurs connaissances dans leur pratique professionnelle : « Prendre le temps pour cerner le type de douleur m'a permis de me sauver du temps [grâce à] la FC » (GF3). D'autres infirmières – participantes mentionnaient que l'activité de FC leur avait permis de mieux structurer leur pratique professionnelle auprès des appelants : « La FC m'a permis d'avoir une méthode dans l'évaluation » (GF3).

4.4.2.3 Sentiment d'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité est ressorti de l'analyse thématique. Les infirmières – participantes ont manifesté à plusieurs reprises un sentiment de satisfaction face au travail qu'elles avaient accompli grâce à la FC. En effet, elles se sentaient compétentes après un

appel difficile qu'elles avaient pu gérer grâce à la FC : « J'ai de la satisfaction après les appels difficiles, on a l'impression d'avoir bien répondu à l'appel avec nos nouvelles connaissances (GF3) ».

4.4.2.4 Formation continue sur mesure, adaptée à la pratique infirmière Info-Santé 8-1-1

Finalement, l'adaptation de la FC à la pratique infirmière au service Info-Santé 8-1-1 est un élément de satisfaction qui est ressorti de l'analyse thématique. Les infirmières - participantes ont apprécié l'approche participative de la recherche et se sont senties impliquées dans la démarche de FC : « Le fait d'aller chercher nos besoins lors de l'identification nous a fait sentir impliquées dans le processus de la FC et surtout le fait que la formation ne soit pas imposée par les supérieurs » (GF3). Les infirmières – participantes étaient ravies que la FC soit directement adaptée à la pratique infirmière à Info-Santé 8-1-1 : « C'est une formation accessible [adaptée à la pratique infirmière] pour le travail à Info-Santé 8-1-1 » (GF3).

4.4.2.5 Limites dans la réponse à certains besoins

Certains besoins ont été comblés partiellement, d'autres aucunement. Tel que mentionné pendant la dernière entrevue de discussion de groupe focalisée, les infirmières – participantes auraient souhaité visiter une clinique spécialisée en GD, afin de connaître le processus de consultation pour les patients qui utilisent ce service. Certains besoins de FC émis lors de la rencontre d'identification des besoins de FC comme la douleur aux yeux ou à la tête n'ont pas été abordés lors de la FC : « Certains besoins plus pointus et complexes n'ont pas été répondus, mais le temps de la FC ne le permettait pas » (GF3). Ces limites soulevées lors de la discussion de groupe focalisée concordent avec les difficultés sur le plan de l'évaluation de la douleur identifiées par le Questionnaire Toronto sur la GD. Par exemple, l'évaluation des gens souffrant de DC. Cependant, les infirmières – participantes étaient conscientes du temps alloué pour l'activité de FC et qu'il était impossible de répondre à tous leurs besoins de formation.

4.4.3 Satisfaction à l'égard du soutien clinique post formation

Lors de cette même rencontre, les infirmières – participantes ont pu exprimer leur satisfaction plus spécifiquement en lien avec le soutien clinique post formation. La question ouverte :

« Comment jugez-vous que le soutien post FC a répondu à vos besoins? » leur a été posée. Les réponses se regroupent selon les quatre thèmes suivants : le soutien du formateur, les résultats du soutien clinique et la logistique entourant le soutien clinique. La grille de classification associée au soutien clinique figure à l'annexe R.

4.4.3.1 Participation au soutien clinique

Sur les 13 infirmières – participantes, 10 d'entre elles ont fait appel à l'étudiant-chercheur afin d'obtenir du soutien clinique, dont trois infirmières – participantes à deux reprises. Les trois infirmières – participantes n'ayant pas reçu de soutien clinique considèrent ne pas avoir eu besoin de faire appel à l'étudiant-chercheur, car les situations cliniques avec composante de douleur qu'elles ont rencontrées ne nécessitaient pas de soutien clinique. Malgré le fait que 10 infirmières – participantes aient complété le processus complet de l'activité de FC, les données analysées au dernier temps de mesure proviennent des 13 infirmières – participantes, car il était impératif de les inclure dans l'optique d'une intégration des données quantitatives et qualitatives. Le tableau 19 résume la participation au soutien clinique des infirmières – participantes.

Tableau 19. Participation au soutien clinique

Nombre d'infirmières ayant eu recours au soutien clinique	Nombre de cas	Temps total
(n = 10)	Entre 2 et 6 cas	Entre 45 et 90 minutes

4.4.3.2 Soutien clinique du formateur perçu par les infirmières - participantes

Dans le cadre de l'étude, les infirmières – participantes devaient sélectionner un appel où elles avaient eu des difficultés et en discuter avec le formateur pour obtenir du soutien. Les infirmières – participantes étaient rassurées de savoir qu'elles pouvaient compter sur la disponibilité de l'étudiant-chercheur afin les aider à solutionner leurs difficultés. Étant donné qu'il était connu par les infirmières – participantes, elles ne voyaient pas l'étudiant-chercheur comme une figure d'autorité : « On ne le voit pas comme un supérieur, mais plutôt comme un expert » (GF3) et elles ne se sentaient pas évaluées : « Une fois en individuel, je ne me sens pas jugée. Puis, on va à la vitesse de la personne sur le sujet qu'elle veut comprendre » (GF3). D'ailleurs, la rétroaction donnée par l'étudiant-chercheur comme une aide à leurs activités en GD a été mentionnée à plusieurs reprises dans la dernière rencontre. Les

infirmières – participantes pouvaient obtenir une rétroaction en lien avec un cas clinique réel. Ainsi le soutien clinique était adapté à leurs besoins « Ça me permet de valider que mes actions, interventions étaient dans la bonne voie » (GF3). Également, les points forts de l'intervention et la rétroaction constructive qu'amenait l'étudiant-chercheur étaient appréciés par les infirmières – participantes : « Le support était adapté et personnalisé pour moi et oui, ça a répondu à mes besoins de formation » (GF3).

4.4.3.3 Résultats du soutien clinique perçu par les infirmières – participantes

Plusieurs idées ont été répertoriées par les infirmières – participantes en lien avec les bénéfices que le soutien clinique leur a apportés. Selon elles, le soutien clinique leur a permis de réviser leur pratique en GD. Le soutien clinique a facilité, entre autres, l'intégration des connaissances dans la pratique infirmière à Info-Santé 8-1-1 : « Le support est intéressant. Il me permet d'intégrer les connaissances et le pratique [Lien entre la théorie et la pratique] » (GF3). Elles ont souligné que le soutien clinique leur a permis d'améliorer leur pratique. Par exemple, des infirmières – participantes ont mentionné qu'avant l'activité de FC, elles manquaient de structure dans leur pratique en GD : « Avec le recul, dans le support on voit qu'il faut cibler l'intervention téléphonique. De revenir à la base et de connaître le besoin prioritaire de la personne » (GF3).

4.4.3.4 Logistique du soutien clinique

La logistique entourant le soutien clinique est ressortie de l'analyse des données comme un élément moins satisfaisant à certains égards. Parfois, des délais entre l'expression d'un besoin de soutien de l'infirmière – participante et le moment du rendez-vous de soutien clinique pouvaient survenir : « Le temps entre la remise de la fiche d'appel et le contact avec l'expert était long. Ce qui veut dire qu'un support « live » [en temps réel] serait meilleur et plus apprécié » (GF3). En effet, à maintes reprises lors des rencontres de soutien clinique les infirmières – participantes ont mentionné vouloir du soutien clinique accessible et disponible sur chaque quart de travail, afin de les rassurer dans leur pratique infirmière en GD lorsqu'elles étaient incertaines : « On a besoin d'avoir du support sur le pouce sur mon quart de travail, puis surtout dans son domaine d'expertise [gestion de la douleur] » (GF3).

4.5 Mise en application des connaissances acquises

Par la suite, lors de cette dernière rencontre de discussion de groupe focalisée, les infirmières – participantes ont décrit comment elles avaient pu mettre en application les connaissances acquises. La question ouverte : « Décrivez une situation clinique rencontrée après l'activité de FC où vous avez mis en pratique ce que vous avez appris lors de cette formation? » leur a été posée. Les infirmières – participantes ont été volubiles lors de cet échange et plusieurs thèmes sont ressortis de l'analyse des situations cliniques vécues, telles que l'évaluation de la douleur, les approches pharmacologiques et non pharmacologiques, l'enseignement et la relation thérapeutique. La grille de classification associée à cette section figure à l'annexe R.

4.5.1 Évaluation de la douleur

Considérant la prépondérance de la composante de l'évaluation de la douleur parmi les sujets traités lors de la Journée de FC et que l'évaluation de la situation clinique constitue une des principales fonctions de l'infirmière à Info-Santé 8-1-1, il n'est pas étonnant que les infirmières – participantes aient soulevé plusieurs exemples d'évaluation de la douleur. Par exemple, le fait d'évaluer ce que le patient a déjà fait pour soulager sa douleur. Également, l'évaluation des signes comportementaux de la douleur a été intégrée à la pratique : « J'ai réussi à évaluer la douleur chez un enfant avec l'outil reçu [EVENDOL] en notant les signes de crispation au visage » (GF3). Dans une situation où la douleur est plus difficile à évaluer, par exemple les douleurs abdominales, les céphalées ou les cas de fibromyalgie, certaines infirmières – participantes ont réussi à mettre en application leurs apprentissages : « Pendant une douleur abdominale, le concept de douleur projetée me garde alerte dans mon évaluation afin de bien cerner la douleur à laquelle je dois faire face » (GF3).

4.5.2 Approches pharmacologiques

En ce qui concerne l'application des connaissances à propos des approches pharmacologiques, plusieurs infirmières – participantes ont mentionné le mécanisme d'action, la prise en charge médicamenteuse ou les mythes reliés à la prise d'analgésique. À titre d'exemple, les infirmières – participantes ont été en mesure d'expliquer qu'un antidépresseur peut soulager la douleur : « Au niveau physiologique, les explications que je donnais me permettaient de faire comprendre au patient pourquoi il prenait un antidépresseur

pour une douleur » (GF3). Les infirmières – participantes démontraient de la confiance en révisant la médication avec les patients, puis en expliquant l'importance de la prise régulière d'analgésique en cas de douleur : « La prise régulière de la médication permet de soulager la douleur de façon adéquate dans plusieurs appels » (GF3).

4.5.3 Approches non pharmacologiques

Selon les infirmières – participantes, les approches pharmacologiques sont utiles dans le soulagement de la douleur, mais les approches non pharmacologiques semblent l'être tout autant. En effet, les infirmières – participantes se disent conscientes qu'elles n'ont pas de pouvoir prescripteur, mais qu'elles ont un pouvoir d'offrir des alternatives non pharmacologiques pour outiller le patient dans le soulagement de sa douleur : « En douleur chronique, je leur dis de continuer de bouger, de faire l'alternance mobilisation et repos » (GF3). Certaines infirmières – participantes affirment maintenant qu'elles ont des appuis scientifiques dans leur pratique en GD : « Les méthodes non pharmacologiques apprises me permettent d'appliquer toutes les connaissances de soulagement de la douleur que j'avais. Donc lorsque j'en applique une je me sens appuyée au niveau scientifique suite à la FC » (GF3).

4.5.4 Enseignement au patient

Les soins que les infirmières – participantes ont prodigués à leurs patients après l'activité de FC se faisaient souvent sous forme d'enseignement ou de conseils comparativement au début de l'étude. Par exemple, afin de prévenir la DC, il est important de traiter tôt la douleur. En effet, ce phénomène était maintenant clair aux yeux de certaines infirmières – participantes : « La FC m'a permis de prévenir les douleurs chroniques. Donc après tant de semaines, je leur expliquais pourquoi ça se chronicise une douleur. Ça leur faisait peur [Prise de conscience du phénomène par le patient] » (GF3). Même dans une situation complexe, certaines infirmières – participantes arrivaient à expliquer des mécanismes analgésiques aux patients : « Puis sachant que le changement de focus [diversion] était analgésique m'a permis de l'expliquer à la mère, puis on a vu que l'enfant était souffrant, malgré le fait qu'il écoutait la télévision » (GF3).

4.5.5 Relation thérapeutique

Lors du soutien clinique, l'étudiant-chercheur a observé que les infirmières – participantes sous-estimaient la relation thérapeutique avant l'activité de FC alors qu'à la suite de cette activité, elles ont mentionné plusieurs fois que le fait de simplement d'écouter le patient était analgésique en soi : « Le fait d'écouter la personne pendant 45 minutes, elle m'a dit qu'elle s'est sentie crue et que sa douleur avait diminué. Donc, la relation thérapeutique a permis de réduire sa douleur » (GF3). Certaines infirmières – participantes ont confié qu'elles étaient maintenant moins fermées à l'idée d'aider les personnes souffrantes : « Maintenant, nous sommes plus outillées, on accepte mieux la condition du patient et on fait preuve beaucoup plus facilement d'empathie » (GF3).

4.6 Situations cliniques représentant un défi

Finalement, lors de cette même rencontre de discussion de groupe focalisée, les infirmières – participantes ont décrit quelles étaient les situations cliniques qui représentaient un défi malgré leur participation à l'activité de FC. En réponse à la question « Décrivez une situation clinique où vous avez eu de la difficulté à mettre en application les conduites proposées lors de la Journée de FC ou une situation clinique que vous craignez en GD? », elles ont identifié des défis en présence de problèmes complexes au plan physiopathologique, de clientèle difficile et d'évaluation complexe seront abordés.

4.6.1 Défi en présence de problèmes complexes au plan physiopathologique

Les problèmes complexes au plan physiopathologique est un thème qui a émergé de l'analyse des situations cliniques représentant un défi pour les infirmières – participantes. Lorsqu'une douleur chronique s'installe à la suite d'un accident de travail, il est très difficile pour elles de bien gérer la douleur du patient : « Une difficulté pour moi, c'est la douleur suite à un accident de travail. Les douleurs reliées à la CSST [Commission de la santé et de la sécurité du travail] avec conflit avec l'employeur sont complexes à gérer » (GF3). La fibromyalgie a souvent été relevée comme une condition de santé représentant un défi pour les infirmières – participantes et face à laquelle elles ressentent de l'impuissance : « Les patients qui présentent de la fibromyalgie c'est difficile. Les gens me tirent de l'énergie. Je n'ai pas l'impression de leur apporter quelque chose de nouveau pour les soulager » (GF3).

4.6.2 Défis au plan de la relation avec l'appelant

À l'issue de l'activité de FC, il demeure des situations où la communication avec l'appelant est difficile. L'intervention téléphonique demeurant une pratique complexe, les infirmières – participantes ont noté plusieurs situations où l'interaction avec le patient était plus ardue que la gestion de la douleur en soi. Que ce soit en lien avec l'attitude du patient : « Les personnes en douleur, angoissées me transfèrent leur angoisse et il faut que je mette un bouclier pour éviter que mon anxiété monte également » (GF3) ou dans la pression ressentie lorsqu'un patient souhaite un soulagement rapide de sa douleur : « Souvent le défi provient du patient où il veut une réponse immédiate à ce qu'il a comme problème, sans avoir été évalué » (GF3). Les infirmières – participantes mentionnaient que les patients éprouvent régulièrement de la difficulté à autoévaluer leur douleur en ce qui concerne l'intensité et de la forme de la douleur qu'ils ressentent. Finalement, l'intervention auprès de patients qui refusent catégoriquement les conseils qu'elles leur apportent comportent des défis : « Les situations où les personnes sont fermées et qu'elles ont tout essayé et qu'il n'y a rien à faire avec elles, mais qu'elles ont de la douleur. Ils ne veulent pas collaborer, puis c'est d'arriver à leur faire comprendre qu'on est là pour eux » (GF3).

4.6.3 Défis associés à la complexité de l'évaluation

Les infirmières qui travaillent au service Info-Santé 8-1-1 évaluent la situation de chaque appelant qu'elles traitent. Pour elles, certains aspects de l'évaluation représentent un défi à surmonter. Ainsi, la douleur abdominale demeure la situation clinique la plus difficile à évaluer par téléphone : « Même avec un cours, je suis encore démunie devant ce type de douleur. Donc l'évaluation au téléphone demeure un défi devant certaines douleurs [abdominales] » (GF3). Elles sont également plusieurs infirmières – participantes à mentionner de la difficulté à distinguer la douleur rétrosternale, d'un pyrosis ou même d'une douleur reliée à l'anxiété tel qu'illustré dans les propos suivants : « Les DRS sont difficiles à évaluer surtout chez les femmes » (GF3) et « Faire la distinction entre DRS et pyrosis » (GF3). Elles ont également mentionné que des situations impliquant l'évaluation des bébés ou des personnes âgées demeuraient complexes : « La douleur chez les personnes âgées

incapables de communiquer me rend impuissante. Le fait de parler à l'appelant qui n'est pas la personne qui a mal. On voit que c'est plus difficile » (GF3).

4.7 Suggestions pour de futures activités de formation continue

Une appréciation générale très positive ressort de l'analyse du contenu de la dernière rencontre. Cependant, quelques suggestions ont été émises en vue d'améliorer le développement de futures activités de FC. Les infirmières – participantes ont exprimé des recommandations en lien avec les douleurs abdominales, le soutien clinique et aussi en ce qui concerne la forme de l'activité. D'abord, une douleur abdominale est difficile à évaluer et à gérer. Les infirmières – participantes ont suggéré une FC qui permettrait d'approfondir la GD abdominale : « Il faudrait des formations plus longues au niveau des douleurs abdominales » (SCPF5). Également le soutien clinique a été fort apprécié, mais les infirmières – participantes suggèrent d'obtenir un soutien clinique immédiatement lorsqu'elles en ont besoin : « Avoir des disponibilités pour obtenir du coaching [soutien clinique] sur place » (GF3) et d'en obtenir plus : « Avoir plus de temps pour le soutien clinique » (GF3). D'autres infirmières – participantes ont mentionné que des cas cliniques supplémentaires pourraient bonifier la FC : « Pendant la formation, il faudrait utiliser deux à trois cas cliniques de plus, puis analyser en groupe les interventions efficaces à faire dans ces cas » (GF3).

4.8 Résumé des résultats

La présente étude a permis d'identifier les besoins de formation continue en gestion de la douleur des infirmières du service Info-Santé 8-1-1, de développer une activité de formation continue en gestion de la douleur, de mesurer leurs connaissances en gestion de la douleur, la perception de leurs activités en gestion de la douleur, la satisfaction par rapport à la Journée de formation continue et au regard de la réponse à leurs besoins de formation continue en gestion de la douleur.

L'identification des besoins de FC en GD a permis de cerner les besoins prioritaires des infirmières – participantes. L'évaluation de la douleur était la principale priorité énoncée par les infirmières – participantes. Elle incluait l'évaluation complète de la douleur, l'évaluation

de la douleur abdominale et l'évaluation de la douleur selon l'âge. Également les infirmières – participantes voulaient mieux connaître la neurophysiologie de la douleur, les approches pharmacologiques et non pharmacologiques.

Les connaissances à propos de la GD ont augmenté entre le début de l'étude et la fin de la Journée de FC et se sont maintenues dans le temps après la période de soutien clinique, et ce, de façon significative au niveau statistique. La Journée de FC a sensibilisé les infirmières – participantes au fait qu'une faible proportion de la population peut devenir dépendante aux opiacés ($p < 0,017$). Finalement, les infirmières – participantes se sentent plus compétentes et estiment avoir les connaissances adéquates pour gérer une douleur lors d'une intervention téléphonique.

À la suite de l'activité de FC, les infirmières ont perçu une augmentation nombre de cas traité dans quelques activités infirmières en GD. Les infirmières – participantes perçoivent qu'elles ont fait davantage de relation thérapeutique avec les clients, de documentation de la douleur, de mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques et de gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques.

Les infirmières – participantes ont apprécié l'activité de FC en GD de façon générale. Elles ont clairement indiqué qu'elles avaient appris plusieurs notions sur le phénomène de la douleur. De plus, elles ont pu mettre en application leurs nouvelles connaissances et ont mentionné que l'activité de FC a répondu à leurs besoins. La FC, adaptée à la pratique infirmière, a été appréciée par les infirmières – participantes. Certains besoins n'ont cependant pas été comblés tels que la visite d'une clinique spécialisée en GD.

CINQUIÈME CHAPITRE – DISCUSSION

Ce chapitre débutera par une réflexion sur les grands constats issus de la présente étude. Ces constats seront discutés en fonction d'écrits pertinents. Ensuite, les forces et limites seront décrites et discutées. Finalement, le chapitre se terminera par l'identification des retombées de l'étude pour la clinique et la recherche.

Avant d'entamer le présent chapitre, rappelons que le but de l'étude était concevoir et évaluer l'impact d'une activité de formation continue en gestion de la douleur par et pour les infirmières du service Info-Santé 8-1-1 sur leurs connaissances, leur pratique infirmière et leurs compétences professionnelles. Les objectifs poursuivis étaient : 1) d'identifier les besoins spécifiques de formation continue en gestion de la douleur exprimés par les infirmières – participantes d'Info-Santé 8-1-1, 2) de concevoir une activité de formation continue en gestion de la douleur destinée aux infirmières d'Info-Santé 8-1-1; 3) d'évaluer leurs connaissances générales et croyances au sujet de la gestion de la douleur ainsi que la perception qu'elles ont de leurs activités infirmières en gestion de la douleur avant (T0), après (T1) et trois mois (T2) suivant une formation continue en gestion de la douleur et 4) d'évaluer la satisfaction des infirmières par rapport à la Journée de formation continue reçue, leur satisfaction concernant la réponse à leurs besoins de formation continue en gestion de la douleur, la mise en application de leurs connaissances en gestion de la douleur en lien avec leur pratique infirmière.

Deux grands constats se dégagent des résultats de la présente étude, à savoir que 1) l'évaluation de la douleur en contexte d'intervention téléphonique est un besoin prioritaire de formation continue en gestion de la douleur, et que 2) la formation continue sur mesure représente une avenue utile au développement de la compétence des infirmières. Précisons que le second constat sera divisé en trois parties qui toucheront les connaissances, la perception des infirmières quant à l'utilisation des approches non pharmacologiques et la perception des infirmières quant à leur sentiment de compétence.

5.1 Évaluation de la douleur en contexte d'intervention téléphonique : un besoin prioritaire de formation continue en gestion de la douleur

L'identification des besoins prioritaires de FC en GD a été réalisée avec les infirmières – participantes grâce à la technique du groupe nominal. Cette technique favorise la participation de tous les membres d'un groupe et permet la génération de plusieurs idées. L'appropriation de la démarche de la technique du groupe nominal par les infirmières – participantes était en cohérence avec l'approche participative du dispositif mixte simultané transformatif (Creswell, 2011).

Selon les infirmières – participantes du service Info-Santé 8-1-1, l'évaluation de la douleur était pour elles la principale priorité de FC en matière de GD. En effet, les trois principales priorités exprimées étaient en lien avec l'évaluation de la douleur, soit dans l'ordre : l'évaluation complète de la douleur, l'évaluation de la douleur abdominale et l'évaluation de la douleur selon l'âge du patient. Il n'est pas étonnant de constater que l'évaluation complète de la douleur était la priorité de FC, car elle constitue la première étape de la GD. Effectivement, les infirmières – participantes avaient besoin de comprendre les fondements de l'évaluation de la douleur, tels que documentés dans les écrits (JCAHO, 2000; OIIQ, 2009; Pasero et al., 1999; RNAO, 2002, 2007, 2013; VHA, 2010). Aucun de ces écrits cependant ne s'attarde à l'évaluation de la douleur abdominale. À ce jour, aucune étude n'avait permis d'évaluer explicitement les besoins de FC en GD chez les infirmières du Service Info-Santé. Des auteurs ont évalué de façon générale les besoins de FC en contexte de soins de première ligne (Gibson, 1998; Nalle et al., 2010), toutefois, les infirmières ayant participé à ces études n'ont pas exprimé de besoins de FC au sujet de la GD. Toutefois, le contexte d'évaluation téléphonique ne permet évidemment pas l'examen physique du patient, ce qui peut expliquer l'importance accordée à ce besoin de FC par les infirmières – participantes. La priorité accordée à l'évaluation de la douleur à travers les âges s'explique par le fait que le service Info-Santé 8-1-1 est offert à l'ensemble de la population (MSSS, 2007) et par les écrits en GD recommandant l'évaluation de la douleur selon l'âge du patient (OIIQ, 2009; RNAO, 2002, 2007, 2013). Aussi, l'évaluation de la douleur chez l'enfant nécessite une utilisation adaptée d'outils conçus pour l'évaluation en présence de la douleur chez cette clientèle, ce qui ne se fait pas actuellement dans le contexte d'une intervention téléphonique.

L'importance accordée à l'évaluation de la douleur par les infirmières – participantes n'est pas étrangère à la complexité de leur pratique au service Info-Santé 8-1-1. En effet, le contexte d'intervention téléphonique nécessite des capacités évaluatives avancées (MSSS, 2007; OIIQ, 1998). Les infirmières doivent effectuer une évaluation « à l'aveugle », c'est-à-dire qu'elles n'ont aucune possibilité d'effectuer un examen physique des patients qu'elles traitent (OIIQ, 1998). De plus, la prévalence de la douleur dans la population ainsi que le nombre d'appels élevés comportant un potentiel d'évaluation de la douleur justifient la priorité déterminée par les infirmières – participantes au regard de l'évaluation de la douleur. Ceci démontre que les résultats de l'identification des besoins de FC en GD par les infirmières – participantes concordent avec les fonctions principales d'évaluation des patients par les infirmières du service Info-Santé 8-1-1 (MSSS, 2007; OIIQ, 1998).

5.2 Formation continue sur mesure : une avenue utile au développement de la compétence infirmière

L'identification des besoins de FC en GD par les infirmières – participantes, en tant qu'étape préalable à la conception de l'activité de FC constitue une caractéristique originale de la présente recherche. Cette identification est nécessaire selon plusieurs écrits sur la FC (Aoki & Davies, 2002; Barriball & While, 1996; Gallagher, 2007; Griscti & Jacono, 2006; Hughes, 2005; Marceau, 2009). De plus, cette étape favorise la mobilisation des infirmières et elle concorde avec l'approche participative du dispositif mixte simultané transformatif (Creswell, 2011). Elle a mené au développement de l'activité de FC sur mesure pour les infirmières du service Info-Santé 8-1-1 ciblées dans cette étude. Soulignons que plusieurs auteurs s'entendent sur la pertinence de mieux former les infirmières sur la GD dont l'évaluation complète de la douleur (Bergeron, 2011; Dalton et al., 1996; Griscti & Jacono, 2006; Lapré, 2010; Twycross, 2002).

La présente étude a permis d'évaluer l'évolution des connaissances des infirmières – participantes à propos de la GD suivant la FC, à l'aide du Questionnaire Toronto sur la GD. L'évolution des connaissances en GD, qui se répercute par proxi dans les compétences infirmières en GD, sera discutée par la comparaison des résultats de la présente étude avec

les résultats d'autres études portant sur la FC en GD et celles portant sur la FC en sciences infirmières. En effet, l'augmentation des connaissances contribue directement à « L'agir avec compétence » (Le Boterf, 2011). Le cadre de référence de la présente étude permet de justifier l'évolution de la compétence infirmière par les changements engendrés dans cette étude. En effet, « l'agir avec compétence » (Le Boterf, 2011) englobe une multitude de facteurs dont les connaissances qui influencent directement le « guidage » et par proxi les compétences des infirmières. L'évolution des connaissances sera abordée sous l'angle de l'augmentation de l'utilisation des approches non pharmacologiques et de l'amélioration de la perception des infirmières – participantes de leur sentiment de compétence et de connaissances. Par ailleurs, les composantes entourant la FC sur mesure telles que, les stratégies éducatives préférées, le soutien clinique personnalisé, l'évaluation des besoins de FC en GD et l'adaptation de la FC à la pratique infirmière du milieu seront discutés.

5.2.1 Évolution des connaissances par la formation continue

En contexte de première ligne, l'étude transversale de Bergeron (2011) a mesuré les connaissances et croyances en GD des infirmières en GMF à un moment précis alors que dans la présente étude, elles ont été mesurées à trois moments. Le score obtenu dans la présente étude pour le niveau des connaissances et croyances des infirmières – participantes au premier temps de mesure du Questionnaire Toronto sur la GD était de 63,7 % comparativement à 61,7 % pour des infirmières en GMF (Bergeron, 2011). Ainsi, le niveau de connaissances en GD est semblable chez des infirmières œuvrant en GMF et au service Info-Santé 8-1-1.

La présente étude a révélé que le niveau de connaissances a augmenté et s'est maintenu dans le temps, contrairement à ce qui a été observé dans l'étude de Lapré (2010), laquelle a été réalisée dans un contexte postopératoire. Effectivement, les résultats de Lapré (2010) ne démontrent pas d'augmentation statistiquement significative des connaissances. Avant la FC, le score obtenu au Questionnaire Toronto sur la GD était à 62,9 % passant à 63,6 % ($p=0,701$) un mois après la FC qui incluait du mentorat offert aux infirmières. Dans la présente étude, le niveau de connaissances à propos de la GD des infirmières est passé de 63,7 % avant la FC à 71,0 % ($p=0,016$) immédiatement après le soutien clinique de trois mois suivant la

Journée de FC, et ce, malgré les FC que les infirmières – participantes avaient suivies avant l'activité FC. Au niveau clinique, les infirmières – participantes ont confirmé à plusieurs reprises que l'activité de FC leur a permis de mieux évaluer et soulager la douleur des patients qui les appellent au Service Info-Santé. Cette confirmation démontre que l'évolution des connaissances est statistiquement et cliniquement significative. On peut supposer que les FC suivies antérieurement par les infirmières – participantes étaient moins adaptées à la pratique infirmière au service Info-Santé 8-1-1 ou bien que les ressources nécessaires à agir avec compétence n'étaient pas mobilisées (Le Boterf, 2011).

Plus spécifiquement, la croyance des infirmières – participantes à propos du pourcentage d'appelants susceptibles de développer une dépendance aux opiacés a diminué immédiatement après la FC (T0 : 22,2 %, T2 : 5,7 %, $p=0,011$). Précisons que pour la population en général, l'existence d'une éventuelle dépendance aux opiacés se situerait entre 6 % et 10 % (Savage, 2002), ce qui correspond aux résultats des infirmières – participantes à la question portant sur le mythe de la dépendance aux opiacés du Questionnaire Toronto sur la GD de la présente étude. Il est encourageant de constater que la perception des infirmières – participantes se rapproche davantage des résultats probants au sujet de ce mythe sur la dépendance aux opiacés. Finalement, la méconnaissance des interventions possibles en GD aiguë en tant qu'obstacle est passée de 57,9 % à 30,8 %. Ce changement n'est pas statistiquement significatif, cependant il est plausible de poser l'hypothèse qu'une baisse de 25 % soit cliniquement significative. Ce résultat corrobore ceux discutés plus tôt démontrant l'augmentation des connaissances en GD. Par ailleurs, les participantes à l'étude de Bergeron (2011) ont affirmé qu'elles n'avaient pas les connaissances adéquates afin de gérer la DC de leurs patients. Dans la présente étude, le pourcentage de l'obstacle de la méconnaissance des interventions possibles en gestion de la DC est passé de 84,2 % à 46,2 % ($p=0,031$), ce qui démontre l'évolution des connaissances précédemment énoncée, d'autant plus que le niveau de difficulté est encore plus élevé dans le contexte d'une intervention téléphonique ponctuelle comme c'est le cas au service Info-Santé 8-1-1.

L'étude de Dalton et al. (1996), réalisée dans un contexte de soins palliatifs, se distingue de la présente étude puisque les résultats ne démontrent pas une augmentation des connaissances

des infirmières après une FC en GD d'une durée de six jours à raison d'une journée par semaine sur six semaines. Les auteurs n'avaient pas évalué les besoins de FC au préalable et la méthode pédagogique était du type exposé magistral. L'hypothèse de l'absence d'évaluation des besoins de FC et du manque de variété dans les méthodes pédagogiques laisse croire que ces raisons ont mené à la stagnation des connaissances des infirmières ayant participé à cette étude. Plusieurs autres études ont cependant permis de mettre en évidence l'effet positif d'une FC en GD sur les connaissances des infirmières (Guardini et al., 2008; Johnston et al., 2007; Lin et al., 2008; Zhang et al., 2008). De plus, des auteurs sur la FC en sciences infirmières ont observé une amélioration des connaissances (Chakraborty et al., 2006; Furze & Pearcey, 1999; Gallagher, 2007; Ger et al., 2004; Gibson, 1998; Gould et al., 2007; Griscti & Jacono, 2006; Hogston, 1995; Hughes, 2005; Marceau, 2009; Nalle et al., 2010; Penz et al., 2007; Robertson et al., 2003; Twycross, 2002; Underwood et al., 2004; Waddell, 1992; Wood, 1998). À cet effet, les résultats de l'étude de Marceau (2009), qui a évalué les besoins de FC en traumatologie et offert une journée de FC auprès des infirmières œuvrant dans un contexte d'urgence, démontrent qu'une FC permet d'augmenter les connaissances et même de les maintenir dans le temps. En effet, l'évaluation des besoins de FC et la variété des méthodes pédagogiques (ex : exposé interactif, jeu de rôle) utilisée par Marceau (2009) démontrent l'efficacité d'une FC sur mesure. Ces changements appuient la pertinence de la FC en GD pour agir avec compétence, même dans un environnement complexe.

L'augmentation et le maintien des connaissances à propos de la GD découlent possiblement en partie du processus de conception de la FC, de l'approche participative du dispositif de recherche, de l'adaptation de la FC à la pratique infirmière du milieu, des approches pédagogiques utilisées et du suivi post FC. En effet, la présente recherche a permis de concevoir une activité de FC sur la GD selon les besoins des infirmières du service Info-Santé 8-1-1 en adaptant le contenu à leur pratique professionnelle. D'ailleurs, plusieurs auteurs recommandent l'évaluation des besoins avec la contribution des employés, employeurs et éducateurs (Aoki & Davies, 2002; Barriball & While, 1996; Furze & Pearcey, 1999; Gallagher, 2007; Griscti & Jacono, 2006; Hogston, 1995; Marceau, 2009; Nalle et al., 2010). De plus, Marceau (2009) a réussi à démontrer l'acquisition de connaissances par

l'élaboration d'une FC sur mesure pour les infirmières du service des urgences œuvrant en contexte de traumatologie. En effet, ce type d'implication au moment de l'évaluation des besoins peut être considéré comme un tremplin pour encourager la participation à la FC. D'ailleurs, l'implication des infirmières – participantes dans le présent projet de FC montre leur motivation à apprendre, ce qui a pu contribuer à l'amélioration de leurs connaissances (Tardif, 1997).

La prise en compte des facteurs favorisant la participation des infirmières à une FC et la réduction des facteurs la contraignant est un atout important dans la présente étude. En effet, l'accréditation de la FC, la libération et la rémunération du personnel, la connaissance de la pratique infirmière du milieu par le formateur et la motivation des infirmières – participantes à assister à la FC ont favorisé l'implication des infirmières. Ainsi, l'approche participative (Creswell, 2011) du dispositif de recherche choisi a fourni un cadre favorable à la participation. Le taux de participation initial (19 infirmières – participantes sur une possibilité de 31) au projet de recherche démontre bien cette affirmation. Cependant, seules les contraintes familiales n'ont pu être contrôlées par l'équipe de chercheurs afin de favoriser la participation du plus grand nombre possible d'infirmières à la FC.

Finalement, la présente étude a utilisé plusieurs stratégies éducatives, telles que les exposés interactifs, les vignettes cliniques, les exercices et le soutien clinique, ce qui correspond à la recommandation de Twycross (2002) au sujet de l'utilisation de diverses stratégies éducatives afin d'améliorer les connaissances des infirmières en GD. D'ailleurs, les auteurs qui ont utilisé plusieurs stratégies éducatives lors de leurs FC ont favorisé l'acquisition de connaissances en GD (Ger et al., 2004; Guardini et al., 2008; Lin et al., 2008; Zhang et al., 2008). Dans la présente étude, les infirmières – participantes ont été questionnées sur les stratégies éducatives qu'elles voulaient retrouver dans la Journée de FC. Elles ont d'ailleurs souhaité des stratégies éducatives variées telles que l'exposé interactif, les vignettes cliniques et les exercices en mentionnant que le dynamisme du formateur était important.

5.2.2 Évolution des connaissances par le changement de perception des infirmières – participantes de leurs activités en gestion de la douleur

L'évolution des connaissances a été perçue par les infirmières – participantes de différentes façons. La discussion sur la perception de l'amélioration du nombre d'activités infirmières au niveau de la gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques mesurée par le PMAQ débutera la section. La discussion de la perception de l'augmentation de l'utilisation des approches non pharmacologiques lors d'une intervention téléphonique et des connaissances et de la perception du sentiment de compétence compléteront la section.

5.2.2.1 Perception de l'augmentation de la gestion des mesures pharmacologiques

La perception de l'augmentation de la gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques par les infirmières – participantes est un autre aspect des résultats qui démontre l'augmentation des connaissances des infirmières – participantes. En effet, le nombre moyen d'interventions est passé de 6,7 à 18,1 interventions entre les T0 et T2 ($p=0,015$). De plus, avant la FC, neuf infirmières – participantes sur 19 se sentaient capables de gérer les effets secondaires d'une médication comparativement à 11 infirmières – participantes sur 13, trois mois après la FC ($p=0,031$), ce qui est également cliniquement significatif. L'activité de FC a possiblement amené les infirmières – participantes à mieux reconnaître les situations avec une composante de douleur. De plus, l'évaluation de la médication et de ses effets secondaires font parties intégrantes de l'évaluation complète de la douleur, ce qui amène les infirmières – participantes à gérer les effets secondaires que la médication procure à leurs patients lors d'une intervention téléphonique. D'ailleurs, l'évaluation de la médication et de ses effets indésirables est recommandée dans les standards de pratique infirmière (RNAO, 2013).

5.2.2.2 Perception de l'utilisation accrue des approches non pharmacologiques

L'objectif 3 visait à mesurer, entre autres, la perception qu'ont les infirmières – participantes au sujet de leurs activités en GD. Les infirmières – participantes ont perçu une augmentation de l'utilisation d'approches non pharmacologiques. Plusieurs de ces changements ont été statistiquement significatifs entre les temps de mesure T0 et T2, c'est-à-dire avant et trois mois après la Journée de FC.

L'importance accordée par les infirmières – participantes à l'utilisation des approches non pharmacologiques est ressortie dans leurs réponses au Questionnaire PMAQ ainsi que dans leur discours lors du soutien clinique post FC et lors de la dernière rencontre de discussion de groupe focalisée. La triangulation des méthodes de collecte de données renforce la crédibilité de ces résultats (Creswell, 2014).

La mise en place de mesures non pharmacologiques en GD est jugée essentielle dans la recommandation 3.0 de la ligne directrice en GD des infirmières de l'Ontario (RNAO, 2013). Le nombre moyen d'interventions de mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques perçu par les infirmières – participantes a d'ailleurs augmenté, passant de 16,3 à 36,8 ($p=0,003$). De plus, plusieurs infirmières – participantes ont mentionné, de façon explicite, comment les connaissances acquises en lien avec les approches non pharmacologiques les avaient aidées lors d'interventions téléphoniques. En ce sens, les résultats de la présente étude corroborent ceux d'autres écrits ayant démontré qu'une FC promeut l'augmentation de l'utilisation des approches non pharmacologiques dans le traitement de la douleur (Johnston et al., 2007; Lin et al., 2008). Ceci supporte une des recommandations de Bergeron (2011) qui a suggéré que la FC en GD pourrait pallier le manque d'utilisation des mesures non pharmacologiques pour traiter la douleur des patients.

5.2.2.3 Amélioration du sentiment de compétence et de l'impression de posséder les connaissances adéquates en gestion de la douleur

La prochaine section traitera de la perception de l'amélioration du sentiment de compétence et de l'impression de posséder les connaissances adéquates des infirmières – participantes à gérer la douleur des patients qu'elles traitent. Les résultats provenant des réponses au questionnaire Toronto sur la GD serviront à élaborer sur le sentiment de compétence et de la maîtrise des connaissances sur la GD. Les commentaires recueillis lors du soutien clinique et les réponses obtenues lors de la discussion de groupe focalisée (T2) correspondant à ces sentiments feront l'objet d'une discussion en lien avec les écrits portant sur ce thème.

Les infirmières ont perçu qu'elles se sentaient compétentes et qu'elles possédaient les connaissances adéquates pour bien gérer la douleur. Effectivement, les résultats aux questions 26 et 27 du Questionnaire Toronto sur la GD démontrent que les infirmières du service Info-Santé 8-1-1 se sentent compétentes après l'activité de FC. Ces résultats rejoignent ceux de Lapré (2011) qui a observé une amélioration du sentiment de compétence et des connaissances à propos de la GD à la suite d'une FC sur la GD et de mentorat. Des infirmières – participantes ont également mentionné se sentir plus compétentes lors des rendez-vous de soutien clinique, ce qui appuie les changements significatifs aux résultats des questions 26 (connaissances adéquates) et 27 (sentiment de compétence) du Questionnaire Toronto sur la GD. La triangulation des méthodes de collecte de données illustre la convergence des résultats relatifs à l'amélioration des connaissances et du sentiment de compétence en ce qui concerne la GD. L'amélioration du sentiment de compétence pourrait provenir du fait que les infirmières – participantes ont eu de la rétroaction sur leur pratique pendant le soutien clinique. En effet, tel que décrit dans la section du soutien clinique offert, l'étudiant-chercheur confirmait les bonnes pratiques des infirmières – participantes et offrait des pistes de solution aux moins bonnes pratiques.

À la lumière de ces comparaisons, il est possible de supposer que l'efficacité de la FC sur le plan des connaissances en GD des infirmières réside dans l'identification des besoins de FC en GD, dans la prise en compte des facteurs qui influencent la participation à une FC, dans les stratégies éducatives variées, dans l'adaptation de l'activité de FC à la pratique infirmière du milieu tout en s'appuyant sur les résultats probants en GD. L'évolution des connaissances se manifeste notamment dans le changement de perception des infirmières – participantes dans l'utilisation accrue d'approches non pharmacologiques et dans l'amélioration des sentiments de compétence et de connaissances à gérer la douleur des patients.

5.3 Forces et limites

La présente étude comporte plusieurs forces, particulièrement l'approche participative du dispositif de recherche, la prise en compte des besoins de FC en GD et des facteurs qui influencent la participation à une FC ainsi que la rigueur scientifique du processus de recherche.

Les principales forces de la présente étude résident dans l'originalité et dans la validité interne de celle-ci. En effet, il s'agit d'une première étude permettant de développer et d'évaluer une FC en GD au service Info-Santé 8-1-1. De plus, l'utilisation du dispositif mixte simultané transformatif (Creswell, 2011) par l'accent mis sur l'approche de recherche participative est originale. En effet, la participation et la collaboration constituent des éléments essentiels à considérer pour une FC réussie (Chamberland et al., 1996; Marceau, 2009; Tardif, 1997), ce qui justifie le choix du dispositif transformationnel. L'identification des besoins de FC par les infirmières – participantes a permis de concevoir une activité de FC sur mesure, fondée sur les besoins des infirmières – participantes et de l'expertise de l'équipe de chercheurs en collaboration avec les gestionnaires ainsi que les besoins normatifs dans le domaine de la GD. Ce processus d'élaboration, également utilisé par Marceau (2009), a été apprécié et a permis de susciter l'implication de plusieurs infirmières du service Info-Santé 8-1-1, ce qui a favorisé la mise en œuvre de l'activité de FC. La reconnaissance des facteurs favorisant la participation à une FC, dont l'accréditation de la FC pour répondre aux normes de FC exigées par l'OIIQ (OIIQ, 2011), a favorisé une plus grande participation des infirmières. La réduction des facteurs contraignant la participation en obtenant l'appui de la responsable du service Info-Santé 8-1-1, notamment pour la libération et la rémunération des infirmières – participantes de leurs activités professionnelles, a aussi contribué à la réussite de la FC. Cette attention portée à la réduction des barrières est appuyée par la revue systématique de Twycross (2002) qui recommandait d'amoindrir les barrières à la FC des infirmières. La participation des gestionnaires du service Info-Santé 8-1-1 à toutes les étapes de la FC peut aussi être considérée comme une force découlant du dispositif de recherche.

Le dispositif mixte comporte plusieurs aspects à considérer afin d'assurer la rigueur scientifique du processus de recherche. L'utilisation d'un tel dispositif nécessite que l'équipe de chercheurs possède l'expertise sur le plan des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives, ce qui était le cas pour les deux directrices de maîtrise. L'utilisation d'instruments de mesure valides, fidèles et adaptés au contexte de la pratique infirmière à Info-Santé 8-1-1, soit le Questionnaire Toronto sur la GD adapté de Bergeron (2011, 2014) et le Questionnaire PMAQ adapté de celui de Bergeron (2011) pour collecter les données

quantitatives, ont contribué à la crédibilité des résultats. La TGN et la discussion de groupe focalisée sont des méthodes de collecte de données qualitatives qui permettent l'émergence de plusieurs idées lors d'une rencontre de groupe (Aubin, 1979; Carney et al., 1996; Krueger, 2009; Potter et al., 2004). Les résultats découlant de ces méthodes ont permis d'établir les besoins de FC, d'évaluer la réponse aux besoins de FC et de compléter les résultats de nature quantitative obtenus par le biais de questionnaires utilisés pour évaluer l'effet de la FC. Cependant, un dispositif expérimental, c'est-à-dire, incluant un groupe contrôlé randomisé, aurait pu donner encore plus de crédibilité aux résultats obtenus par la partie quantitative du dispositif utilisé dans la présente étude.

La validité des données qualitatives réfère à la concordance de la description que le chercheur effectue de la vision des participantes (Creswell, 2014). L'expérience professionnelle de l'étudiant-chercheur antérieure au service Info-Santé 8-1-1 ajoute à l'engagement prolongé sur le terrain, ce qui constitue un biais positif en soi et contribue à l'augmentation de la validité interne de l'étude (Creswell, 2014). De plus, l'intégration des données, qui représente un défi dans ce type de dispositif, a été accomplie par des analyses tant des données quantitatives que qualitatives. Tout au long du processus de l'étude, le point de vue des directrices de maîtrise et de l'étudiant-chercheur a été sollicité dans le développement des activités de recherche, ce qui constitue une triangulation des chercheurs. La triangulation des méthodes de collecte de données a été assurée par la nature du dispositif mixte recueillant des données quantitatives et qualitatives. Finalement, le contenu des entrevues a été transcrit intégralement, analysé par l'étudiant-chercheur et par les directrices de maîtrise, ce qui a assuré une compréhension commune et exhaustive des thèmes émergents de l'analyse des données qualitatives (Creswell, 2014; Paillé, 2008). À titre d'exemple, la mise en application des connaissances acquises a émergé en réponse à la question concernant la réponse aux besoins de FC.

Quelques limites de la présente étude demeurent. Elles concernent l'utilisation du dispositif, les biais associés à l'étude, le caractère unique de la pratique infirmière à Info-Santé 8-1-1, les rencontres de groupe et la réponse aux besoins de FC.

La généralisation des résultats à la population des infirmières québécoises œuvrant dans un service Info-Santé serait possible, cependant peu de données sont disponibles sur cette population. En effet, une seule étude a permis de dresser le profil sociodémographique des infirmières du service Info-Santé 8-1-1 et elle se limite aux infirmières du service Info-Santé 8-1-1 de la région de Laval (Bertrand, 2011). Ces populations à l'étude présentent peu de similitudes. En effet, l'âge des participants à l'étude de Bertrand (2011) est plus élevé que celui des infirmières – participantes de la présente étude (respectivement 60 % de 45 ans et plus vs 37 % de 45 ans et plus). L'expérience de travail ainsi que l'expérience au service Info-Santé 8-1-1 des infirmières de l'étude de Bertrand (2011) étaient plus longues que celles des infirmières – participantes de la présente étude. Par contre, une similitude entre les populations à l'étude des deux recherches se retrouve relativement à la formation complétée. Ainsi, 47,4 % des infirmières – participantes de la présente étude détiennent un baccalauréat complété comparativement à 46,6 % des participantes de l'étude de Bertrand (2011). La représentativité de la population n'est pas possible, car les profils sociodémographiques diffèrent entre les deux études. Cependant, il est possible de supposer qu'une généralisation des résultats est probable à partir du niveau de formation complété qui est semblable entre les deux études.

La transférabilité des résultats qualitatifs de l'étude est plutôt limitée, car les résultats concernent un milieu clinique spécifique et la FC sur la GD est elle aussi spécifique à la population visée. Cependant, si un milieu semblable appliquait la même méthode et la même activité de FC, on pourrait obtenir des résultats semblables. En effet, la description détaillée des résultats et du processus de recherche permettrait d'évaluer les possibilités de transférabilité dans d'autres contextes (Creswell, 2014). De plus, le dispositif mixte utilisé comporte des limites en ce qui concerne l'évaluation de l'effet de la FC sur les connaissances des infirmières, car il ne contenait pas de groupe témoin, comme c'est le cas par exemple pour un essai clinique randomisé. Cependant, la combinaison des données quantitatives et qualitatives permet d'augmenter la crédibilité des résultats.

Le choix de former le plus grand nombre d'infirmières sur la GD était une préoccupation de l'équipe de chercheurs. La perte de sujets en cours d'étude passant de 19 à 13 infirmières –

participantes est un inconvénient sur le plan de la richesse des données qualitatives recueillies. Également, la perte de sujets diminue la puissance statistique des analyses. Ainsi, malgré la normalité de la distribution des données concernant les connaissances, l'équipe de chercheurs a opté pour une approche conservatrice en utilisant des tests non paramétriques pour analyser les données quantitatives. À titre d'exemple, aucune différence significative n'a été observée bien que le pourcentage de l'obstacle de la méconnaissance des interventions possibles en gestion de la DC perçu par les infirmières – participantes soit passé de 84,2 % à 46,2 %. Il est étonnant de ne pas avoir eu une baisse correspondante statistiquement significative. Soulignons toutefois que 13 infirmières – participantes à la Journée de FC ont poursuivi leur participation à l'étude jusqu'à la fin pour un taux de participation final de 42 % de la population accessible dans le milieu. Il est possible de croire que le nombre d'infirmières – participantes n'a pu démontrer le plein potentiel de ce type d'activité de FC. Par exemple, les résultats de seulement cinq questions sur 19 dans le Questionnaire Toronto sur la GD ont démontré des changements statistiquement significatifs entre les temps de mesure. La taille de l'échantillon trop petit et la spécificité de l'instrument sont des facteurs pouvant expliquer ces faibles changements.

Dans la complétion du questionnaire PMAQ et dans la participation aux entrevues de groupe, un biais de mémoire pouvait survenir, car les infirmières – participantes étaient questionnées en lien avec leurs derniers jours de travail. Pour diminuer ce biais, pendant la première et dernière rencontre, l'animateur a tenté de stimuler la réflexion des infirmières – participantes afin qu'elles puissent se remémorer leurs dernières journées de travail. À titre d'exemple, l'étudiant-chercheur a posé la question : « Est-ce qu'il y a un appel qui vous à causer des problèmes concernant la douleur? » pour obtenir une vision la plus complète possible des besoins d'apprentissage en lien avec la GD. De plus, la présence d'un biais de désirabilité sociale est possible, car l'étudiant-chercheur était un collègue des infirmières – participantes lors du démarrage du projet de recherche, ce qui n'était pas le cas pendant la collecte des données. Cependant, cette situation a pu aussi favoriser la création d'un lien de confiance entre les infirmières – participantes et l'étudiant-chercheur et ainsi favoriser la participation à la recherche.

L'évaluation par les infirmières – participantes de leurs activités en GD dans la complétion des questionnaires donne accès seulement à la perception de leurs pratiques en GD et non à l'impact réel sur la pratique infirmière et sur les patients. Lors des entrevues de groupe, la verbalisation des opinions et points de vue individuels a peut-être été amenuisée chez certaines infirmières (Geoffrion, 1998). Cependant, l'utilisation de la TGN qui facilite le respect d'un droit de parole équivalent pour chaque participant et la vigilance de l'équipe de chercheurs lors de l'animation des rencontres a permis d'augmenter les possibilités de verbalisation par toutes les infirmières – participantes. Finalement, la FC ne pouvait répondre entièrement à tous les besoins de FC en GD des infirmières – participantes, puisque les ressources disponibles autant au niveau de l'équipe de chercheurs que du service Info-Santé 8-1-1, n'auraient pu permettre une FC de plus d'une journée de travail et 13 supervisions cliniques chez 10 infirmières – participantes.

5.4 Retombées

Les retombées de la présente étude seront discutées dans la prochaine section. D'abord, les retombées cliniques relatives à la pratique infirmière à Info-Santé 8-1-1 et en GD seront abordées. Ensuite, les retombées pour la recherche et la population compléteront la section.

5.4.1 Retombées cliniques

L'identification des besoins de FC par les infirmières a permis une réflexion sur leurs besoins et les facteurs qui influencent leur participation à une activité de FC, ce qui constitue une retombée immédiate de l'étude. Selon la perception des infirmières – participantes, l'activité de FC fondée sur les besoins de FC a permis l'amélioration de leurs activités en GD sur plusieurs plans. En effet, leurs connaissances ont augmenté, elles ont une meilleure compréhension de la douleur, de son évaluation et des interventions en GD. Un aide-mémoire guidant l'évaluation de la douleur est maintenant disponible à portée de main au service Info-Santé 8-1-1 afin que les infirmières puissent s'en servir au besoin. L'élaboration d'une activité de FC sur mesure, adaptée au Service Info-Santé 8-1-1 est une première dans un contexte de service de réponse téléphonique. Par ailleurs, l'activité de FC de la présente étude peut constituer un tremplin pour d'autres FC. Effectivement, l'étudiant-chercheur a offert une FC sur la GD lors de la rencontre annuelle des infirmières et infirmières d'Info-Santé 8-

1-1 à Montréal en avril 2013 à la demande de cette association. Ceci démontre la transférabilité de l'activité de FC en GD. Par ailleurs, la FC en GD intégrant un soutien clinique sur mesure constitue une retombée pour le transfert des connaissances. En effet, ce sont des moyens pour augmenter les connaissances et influencer la pratique infirmière en GD.

5.4.2 Retombées pour la recherche

L'étude a permis d'abord l'illustration du dispositif de recherche mixte simultané transformatif, ce qui contribue au développement des connaissances sur ce type de recherche. Peu d'études utilisent un tel dispositif qui inclut une approche participative. La diffusion des résultats au milieu de recherche a été faite de façon partielle en remettant les deux publications de l'étudiant-chercheur provenant d'affiche de congrès. Afin de conserver l'idéologie de l'approche participative, l'étudiant-chercheur s'engage à communiquer les résultats en entier de l'étude aux infirmières – participantes encore présentes aux Service Info-Santé 8-1-1 de l'Estrie. L'évaluation d'une activité de FC sur mesure, adaptée selon les besoins des infirmières Info-Santé 8-1-1 est une première dans un contexte de service de réponse téléphonique. En effet, l'environnement que présente le service Info-Santé 8-1-1 pour la pratique infirmière est particulier, c'est-à-dire que toutes les interventions téléphoniques se font sans voir les patients. En ce sens, la présente étude contribue aux connaissances sur la FC en GD dans un tel contexte de travail et sert de point de comparaison pour de futures recherches sur les activités de FC en GD dans ce milieu. Le processus utilisé pour la conception et l'évaluation d'une activité de FC permettra la réalisation d'autres études évaluatives et au développement d'une intervention adaptée au contexte de réponse téléphonique. Cette étude ouvre la voie à de futures activités de FC. Il serait intéressant d'examiner le soutien clinique, particulièrement son effet sur le développement d'un « Agir avec compétence » en matière de GD. En ce sens, le modèle de « L'agir avec compétence » de Le Boterf (2011) est un cadre utile pour la conception de futures études visant le développement de la pratique professionnelle dans divers milieux de soins.

5.4.3 Retombées pour la population

Considérant les exemples d'intégration des ressources « personnelles » et « externes » à la pratique infirmière rapportés par les infirmières – participantes, il est plausible de poser l'hypothèse que la population appelant au service Info-Santé 8-1-1 de l'Estrie puisse obtenir un meilleur service infirmier en termes de la gestion de leur douleur. Ceci ne peut se quantifier ou se vérifier empiriquement. Toutefois à partir des résultats de la présente recherche, soit la présence d'une amélioration des connaissances, la possibilité que ces nouvelles connaissances soient utilisées est fort probablement plus élevée.

Finalement, certains défis associés au maintien des connaissances et au soutien clinique se doivent d'être considérés. Cependant, cette recherche montre qu'il est possible de développer une FC sur mesure et d'en démontrer son efficacité pour les infirmières œuvrant en première ligne. Elle ouvre la voie pour le développement de formations continues adaptées à ce contexte. L'intégration de ce type de FC dans le milieu clinique est à préconiser, et ce, même dans le processus d'orientation et de formation lors de l'embauche des infirmières au service Info-Santé 8-1-1.

REMERCIEMENTS

Cette aventure est née d'une passion pour la gestion de la douleur et de l'importance que le service Info-Santé 8-1-1 a à mes yeux pour la population. Œuvrant dans ce service, j'ai combiné travail et études afin de rendre à mes collègues l'expertise que j'avais développée en gestion de la douleur. À la suite du processus d'élaboration de l'activité de formation continue, l'enseignement est devenu une passion. Je remercie les gens qui m'ont fait vivre cette expérience de 2^e cycle. Je voudrais également remercier mes collègues de l'époque pour m'avoir encouragé et soutenu dans la réalisation de ce projet. Un merci à Marie Camirand assistante supérieure immédiate, Marjolaine Bonneville conseillère cadre du service Info-Santé 8-1-1 et à Marie-Hélène Anctil chef de programme Info-Santé 8-1-1 et Info-Social pour l'aide au niveau des ressources matérielles et humaines qu'elles m'ont apportées dans le processus de ma recherche.

Cette recherche a été rendue possible grâce à mes deux merveilleuses directrices de maîtrise, les professeures Patricia Bourgault et Frances Gallagher. Elles ont su me guider dans mes démarches de recherche, dans ma vie professionnelle et personnelle. Les apprentissages qu'elles ont réussis à m'inculquer ne se comptent pas, mais ceux-ci se sont magiquement intégrés dans ma pratique professionnelle. Je veux souligner le travail de Marie-Pierre Garant qui a rendu possible l'analyse statistique de mes données. Je tiens à remercier la Fondation Vitae, le Réseau Québécois de recherche sur la douleur, l'Université de Sherbrooke et professeure Bourgault pour leur soutien financier.

Finalement, un énorme merci à mon entourage pour leur soutien dans la réalisation de ce projet. Un merci spécial à celle qui est devenue mon épouse pendant ce long parcours. Andrée-Anne, ta patience et ton soutien tiennent de la sainteté. Merci d'avoir été là pendant tout ce temps. Toi ainsi que Juliette et Charlotte, je vous aime beaucoup.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'interventions en santé (2006). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé. Rapport préparé par Patricia L. Dobkin et Lucy J. Boothroyd*. Montréal : AÉTMIS.
- American Medical Directory Association (2012). *Pain management in long term care setting*. Columbia (MD).
- Andrew R., Derry, S., Taylor, R.S., Straube, S., & Phillips, C.J. (2014). The Costs and Consequences of Adequately Managed Chronic Non-Cancer Pain and Chronic Neuropathic Pain. *Pain Practice* 14(1), 79-94.
- Aoki Y., & Davies, S. (2002) Survey of continuing professional education within nursing homes. *British Journal of Nursing* 11(13), 902.
- Aubin, G. (1979). *La technique du groupe nominal appliquée à l'analyse locale des programmes de formation / par le Centre d'animation, de développement et de recherche en éducation Gabriel Aubin*. Montréal : Centre d'animation, de développement et de recherche en éducation.
- Barriball K.L., & While, A.E. (1996). Participation in continuing professional education in nursing: Findings of an interview study. *Journal of Advanced Nursing* 23(5), 999-1007.
- Bergeron, D.A. (2011). *Gestion de la douleur chronique par les infirmières des groupes de médecine de famille*. (Mémoire de maîtrise) Retrieved from Proquest (MR90990).
- Bergeron D.A., Bourgault, P., & Gallagher, F. (2014). Traduction et validation de la version française du *Pain Management Activities Questionnaire* (PMAQ). *Douleur et analgésie*. (accepté).
- Bertrand, L. (2011). *Décrire quantitativement les interventions téléphoniques des infirmières au service Info-Santé selon le niveau de compétence : Novice – Compétent – Expert*. (Mémoire de maîtrise) Retrieved from Papyrus Université de Montréal (<http://hdl.handle.net/1866/6145>)
- Bland J.M., & Altman, D.G. (1995). Multiple significance tests: the Bonferroni method. *British Medical Journal (Clinical Research ed.)* 310(6973), 170.
- Bolduc N., Bourgault, P., Michaud, C., & Lapré, J. (2009). Questionnaire de Toronto sur la gestion de la douleur. Université de Sherbrooke, Marrakech.
- Bouhassira D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J., & Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and

- development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 114(1-2), 29-36.
- Boulanger A., Clark, A.J., Squire, P., Cui, E., & Horbay, G.L.A. (2007). Chronic pain in Canada : Have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Research & Management* 12(1), 39-47.
- Boureau F., Luu, M., & Doubrère, J.F. (1992). Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain* 50(1), 59-65.
- Bucknall T., Manias, E., & Botti, M. (2007). Nurses' reassessment of postoperative pain after analgesic administration. *The Clinical Journal of Pain* 23(1), 1-7.
- Carney O., McIntosh, J., & Worth, A. (1996). The use of the Nominal Group Technique in research with community nurses. *Journal of Advanced Nursing* 23(5), 1024-1029.
- Chamberland, G., Lavoie, L., & Marquis, D. (1996). *20 formules pédagogiques*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Chunta K.S., & Katrancha, E.D. (2010). Using problem-based learning in staff development: strategies for teaching registered nurses and new graduate nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing* 41(12), 557-564.
- Cleland J., Gillani, R., Bienen, E.J., & Sadosky, A. (2011). Assessing dimensionality and responsiveness of outcomes measures for patients with low back pain. *Pain Practice* 11(1), 57-69.
- Conseil de l'éducation médicale continue du Québec. (1998). *Vade-mecum en éducation médicale continue*. Montréal : Conseil de l'éducation médicale continue du Québec.
- Coyle N (1989). Continuity of care for the cancer patient with chronic pain. *Cancer* 63(11), 2289-2293.
- Creswell, J. W. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Los Angeles : SAGE Publications.
- Dalton J.A., Bernard, S., Blau, W., Johnston, C., Mann, J.D., Germino, B., Carlson, J. (1995). Managing cancer pain : content and scope of an educational program for nurses who work in predominantly rural areas. *Journal of Pain & Symptom Management* 10(3), 214-223.
- Dalton J.A., Blau, W., Carlson, J., Mann, J.D., Bernard, S., Toomey, T., Germino, B. (1996). Changing the relationship among nurses' knowledge, self-reported behavior, and

- documented behavior in pain management: does education make a difference? *Journal of Pain & Symptom Management* 12(5), 308-319.
- Davidson J., Glasper, E., & Donaldson, P. (2005). Staff nurse development programme : evaluation. *Paediatric Nursing* 17(8), 30-33.
- de Rond M., de Wit, R., van Dam, F., & Muller, M.J. (2000). A Pain Monitoring Program for nurses : effect on the administration of analgesics. *Pain* 89(1), 25-38.
- Desilets L.D., & Dickerson, P.S. (2010). Continuing nursing education: enhancing professional development. *Journal of Continuing Education in Nursing* 41(3), 100-101.
- Dewar A., Craig, K., Muir, J., & Cole, C. (2003). Testing the effectiveness of a nursing intervention in relieving pain following day surgery. *Ambulatory Surgery* 10(2), 81-88.
- Dewar A., White, M., Posade, S.T., & Dillon, W. (2003). Using nominal group technique to assess chronic pain, patients' perceived challenges and needs in a community health region. *Health Expectations* 6(1), 44-52.
- Estabrooks C.A. (1999). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research* 30(4), 273-294.
- Fine P.G. (2011). Long-Term Consequences of Chronic Pain: Mounting Evidence for Pain as a Neurological Disease and Parallels with Other Chronic Disease States. *Pain Medicine* 12(7), 996-1004.
- Fosnocht, D.E., Chapman, C.R., Swanson, E.R., & Donaldson, G.W. (2005). Correlation of change in visual analog scale with pain relief in the ED. *American Journal of Emergency Medicine* 23(1), 55-59.
- Furze G., & Pearcey, P. (1999). Continuing education in nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 29(2), 355-363.
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative. Dans M. Corbière et N. Larivière (Éds). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 5-27). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gallagher L. (2007). Continuing education in nursing : a concept analysis. *Nurse Education Today* 27(5), 466-473.
- Gaskin D.J., & Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *Journal of Pain* 13(8), 715-724.

- Gauthier, L.R., & Gagliese, L. (2011). Assessment of pain in older persons. Dans D.C. Turk, R. Melzack, (Éds.), *Handbook of Pain Assessment* (pp. 242-259). New York : Guilford Publications.
- Geoffrion, P. (1998). Le groupe de discussion. Dans B. Gauthier (Éds) *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 303-328). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ger L., Chang, C., Ho, S., Lee, M., Chiang, H., Chao, C., Wang, S. (2004). Effects of a continuing education program on nurses' practices of cancer pain assessment and their acceptance of patients' pain reports. *Journal of Pain & Symptom Management* 27(1), 61-71.
- Gibson J. (1998). Using the delphi technique to identify the content and context of nurses' continuing professional development needs. *Journal of Clinical Nursing* 7(5), 451-459.
- Goldberg G.R., & Morrison, R.S. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients : a systematic review. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology* 25(13), 1792-1801.
- Goodyear-Smith F., Whitehorn, M., & McCormick, R. (2003). General practitioners' perceptions of continuing medical education's role in changing behaviour. *Education for Health : Change in Learning & Practice* 16(3), 328-328.
- Gould, D., Drey, N., & Berridge, E. (2007). Nurses' experiences of continuing professional development. *Nurse Education Today* 27(6), 602-609.
- Gouvernement du Québec. (2014). *Loi sur les infirmières et infirmiers*. Retrieved 10/07, 2014, from http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca.ezproxy.usherbrooke.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.html
- Gouvernement du Québec. (2002). *Projet de loi no. 90*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Griscti O., & Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 55(4), 449-456.
- Guardini I., Talamini, R., Lirutti, M., & Palese, A. (2008). The effectiveness of continuing education in postoperative pain management: results from a follow-up study. *Journal of Continuing Education in Nursing* 39(6), 281-288.
- Hagan L., & Garon, G. (1998). CLSC's Info-Sante : An effective service?. *Canadian Journal of Public Health* 89(2), 125-128.

- Hagan L., Morin, D., & Lépine, R. (1998). Info-Santé CLSC : accessibility, quality and efficiency are recognized. *L'infirmière Du Québec : Revue Officielle De L'ordre Des Infirmières Et Infirmiers Du Québec* 6(2), 22-26.
- Harstall C., & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain? *Pain: Clinical Updates* 11(2), 1-4.
- Herr K., Titler, M.G., Schilling, M.L., Marsh, J.L., Xie, X., Ardery, G. & Everett, L.Q. (2004). Evidence-based assessment of acute pain in older adults: Current nursing practices and perceived barriers. *The Clinical Journal of Pain* 20(5), 331-340.
- Hogston R. (1995). Nurses' perceptions of the impact of continuing professional education on the quality of nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 22(3), 586-593.
- Horbury C., Henderson, A., & Bromley, B. (2005). Influences of patient behavior on clinical nurses' pain assessment: implications for continuing education. *Journal of Continuing Education in Nursing* 36(1), 18.
- Hughes E. (2005). Nurses' perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard* 19(43), 41-49.
- International Association for Study of Pain. (1995). *Core curriculum for professional education in pain* (2^e ed.). Seattle : IASP Press.
- International Association for Study of Pain. (2005). *Core curriculum for professional education in pain* (3^e ed.). Seattle : IASP Press.
- Jarvis, C. (2009). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Montréal : Beauchemin.
- Johnston C.C., Gagnon, A., Rennick, J., Rosmus, C., Patenaude, H., Ellis, J., Byron, J. (2007). One-on-one coaching to improve pain assessment and management practices of pediatric nurses. *Journal of pediatric nursing* 22(6), 467-478.
- Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations. (2000). *Pain assessment and management: An organisational approach*. Illinois : Oakbrook Terrace.
- Jones D., Duffy, M.E., & Flanagan, J. (2011). Randomized clinical trial testing efficacy of a nurse-coached intervention in arthroscopy patients. *Nursing Research* 60(2), 92-99.
- Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., & Jolly, B. (2007). AMEE Guide No. 27 : Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher* 29(1), 2-19.
- Krackov, S. K. (2009). Giving feedback. Dans J.A. Dent, R.M. Harden, (Éds) *A practical guide for medical teachers* (pp. 357-364). Churchill Livingstone : Elsevier.

- Krueger, R. A. (2009). *Focus groups : a practical guide for applied research*. Los Angeles : Sage Publications.
- Landis J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1), 159-174.
- Lapr , J. (2010). *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*. (Mémoire de maîtrise). Retrieved from Savoirs UdeS (<http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/4056>)
- Lapr  J., Bolduc, N., & Bourgault, P. (2011). Implantation d'une ligne directrice des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur postopératoire. *L'Infirmière clinicienne* 8(1), 19-27.
- Larsen, D. (2007). *Pain management in nursing : What does it mean?* Retrieved 08/06, 2014, from http://www.gb42.com/ynot_what_does_it_mean.html
- Lasnier, F. (2000). *R ussir la formation par compétences*. Montréal :  ditions Guérin.
- Le Boterf, G. (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences* (6  ed.). Paris :  ditions d'Organisation.
- Leclerc B., Dunnigan, L., Zunzunegui, M., Hagan, L., & Morin, D. (2003). Recommendations for appeal to another resource in a health case brought by nurses in the Info-Health Service CLSC: convergence between utilization declarations and informants' data. *Canadian Journal Of Public Health* 94(1), 74-78.
- Lin P., Chiang, H., Chiang, T., & Chen, C. (2008). Pain management : evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff. *Journal of Clinical Nursing* 17(15), 2032-2041.
- Manias E., Botti, M., & Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management-the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 11(6), 724-733.
- Manworren R. (2001). Development and testing of the pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing* 27(2), 151-158.
- Marceau, M. (2009). *Développement et évaluation d'une activité de formation continue adaptée aux infirmières et infirmiers  ouvrant en traumatologie*. (Mémoire de maîtrise) Retrieved from Savoirs UdeS (<http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/4003>)
- McAuliffe L., Nay, R., O'Donnell, M., & Fetherstonhaugh, D. (2009). Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 65(1), 2-10.

- McCleary L., Ellis, J.A., & Rowley, B. (2004). Evaluation of the pain resource nurse role: a resource for improving pediatric pain management. *Pain Management Nursing* 5(1), 29-36.
- McNamara M.C., Harmon, D., & Saunders, J. (2012). Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing* 21(16), 958-964.
- Melzack R. (2005). The McGill Pain Questionnaire : from description to measurement. *Anesthesiology* 103(1), 199-202.
- Meyer-Rosberg K., Kvarnström, A., Kinnman, E., Gordh, T., Nordfors, L.O., & Kristofferson, A. (2001). Peripheral neuropathic pain--a multidimensional burden for patients. *European Journal of Pain* 5(4), 379-389.
- Michaud, C., & Bourgault, P. (2010). Les devis de recherche non traditionnels. Dans M.F. Fortin (Éds). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (pp. 361-383). Montréal : Chenelière Éducation.
- Morgan, D. L., Krueger, R. A., & King, J. A. (1998). *The focus group kit, Vols. 1-6*. Los Angeles : SAGE Publications.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2007). *Services Info-Santé et Info-Social, Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec*. Retrieved 07/17, 2014, from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-925-01F.pdf>
- Nalle M.A., Wyatt, T.H., & Myers, C.R. (2010). Continuing education needs of nurses in a voluntary continuing nursing education state. *Journal of Continuing Education in Nursing* 41(3), 107-117.
- Nugent A.B. (1990). The need for continuing professional education for nurses. *Journal of Advanced Nursing* 15(4), 471-477.
- O'Brien M.A., Rogers S., Jamtvedt, G., Oxman, A.D., OdgaardJensen, J., Kristoffersen, D.T., Harvey, E. (2009). Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (1996). *Perspectives de l'exercice de la profession infirmière*. Montréal : OIIQ.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (1998). *Ligne directrice de l'exercice infirmier à Info-Santé*. Montréal : OIIQ.

- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2009). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (2e éd.)*. Montréal : OIIQ.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec - Norme professionnelle*. Retrieved 07/09, 2014, from <http://www.oiiq.org/sites/default/files/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2014). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Retrieved, 10/07, 2014, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca.ezproxy.usherbrooke.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM
- Paillé, P. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Collin.
- Paquette J., Le May, S., Lachance Fiola, J., Villeneuve, E., Lapointe, A., & Bourgault, P. (2013). A randomized clinical trial of a nurse telephone follow-up on paediatric tonsillectomy pain management and complications. *Journal of Advanced Nursing* 69(9), 2054-2065.
- Pasero C., McCaffery, M., & Gordon, D.B. (1999). Build institutional commitment to improving pain management. *Nursing Management* 30(1), 27-34.
- Penz K., D'Arcy, C., Stewart, N., Kosteniuk, J., Morgan, D., & Smith, B. (2007). Barriers to participation in continuing education activities among rural and remote nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing* 38(2), 58-68.
- Perrenoud, P. (1997). *Construire des compétences dès l'école*. Paris : ESF.
- Perrenoud, P. (2010). *Développer la pratique réflexive*. Paris : ESF.
- Phillips C.J., & Schopflocher, D. (2008). The economics of Chronic Pain. Dans S. Rashiq, D. Schopflocher, P. Taenzer & E. Jonsson (Éds). *Chronic Pain: A Health Policy Perspective* (pp. 41-50). Germany: Wiley-VCH Verlag Weinheim.
- Potter M., Gordon, S., & Hamer, P. (2004). The nominal group technique: a useful consensus methodology in physiotherapy research. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 32(3) 126-130.
- Ramage-Morin P., & Gilmour, H. (2010). Chronic pain at ages 12 to 44. *Health Reports* 21(4), 53-61.
- Ravaud P., Keïta, H., Porcher, R., Durand-Stocco, C., Desmonts, J.M., & Mantz, J. (2004). Randomized clinical trial to assess the effect of an educational programme designed to

- improve nurses' assessment and recording of postoperative pain. *The British Journal of Surgery* 91(6), 692-698.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2002). *Nursing best practice guideline - assessment and management of pain*. Toronto : RNAO.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2007). *Educational Workshop: Assessment and Management of Pain*. Toronto : RNAO.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). *Assessment and Management of Pain* (3^e ed.). Toronto : RNAO.
- Robertson M.K., Umble, K.E., & Cervero, R.M. (2003). Impact studies in continuing education for health professions : update. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 23(3), 146-156.
- Savage S.R. (2002). Assessment for addiction in pain-treatment settings. *The Clinical Journal of Pain* 18(4), 28-38.
- Stenner K., & Courtenay, M. (2008). The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of Advanced Nursing* 63(3). 276-283.
- Tardif, J. (1997). *Pour un enseignement stratégique*. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Titler, M.G., Herr, K., Brooks, J.M., Xie, X., Ardery, G., Schilling, M.L., Clarke, W.R. (2009). Translating research into practice intervention improves management of acute pain in older hip fracture patient. *Health Services Research* 44(1), 264-287.
- Tousignant-Laflamme Y., Tousignant, M., Lussier, D., Lebel, P., Savoie, M., Lalonde, L., & Choinière, M. (2012). Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain Research & Management* 17(5), 341-346.
- Twycross A. (2002). Educating nurses about pain management : the way forward. *Journal of Clinical Nursing* 11(6), 705-714.
- Underwood P., Dahlen-Hartfield, R., & Mogle, B. (2004). Continuing professional education: does it make a difference in perceived nursing practice? *Journal for Nurses in Staff Development* 20(2), 90-98.
- Vallerand R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. = Toward a

methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 30(4), 662-680.

Veterans Health Administration. (2010). *VHA Pain Management Strategy*. Retrieved 07/14, 2014, from http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/VHA_Pain_Management_Strategy.asp

Waddell D.L. (1992). The effects of continuing education on nursing practice : a meta-analysis... reprinted from *The Journal of Continuing Education in Nursing*, May/June 1991. *Journal of Continuing Education in Nursing* 23(4), 164-168.

Warden V., Hurley, A.C., & Volicer, L. (2005). Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of American Medical Directors Association* 4(1), 9-15.

Watt-Watson J. (1997). *Relationship between nurses' empathic responses and pain management in acute care*. (Doctoral dissertation). University of Toronto, Toronto.

Watt-Watson J., Garfinkel, P., Gallop, R., Stevens, B., & Streiner, D. (2000). The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research* 49(4), 191-200.

Wolak E.S., Cairns, B., & Smith, E. (2008). Nursing grand rounds as a medium for the continuing education of nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing* 39(4), 173-178.

Wood I. (1998). The effects of continuing professional education on the clinical practice of nurses: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 35(3), 125-131.

Zhang C., Hsu, L., Zou, B., Li, J., Wang, H., & Huang, J. (2008). Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in China. *Journal of Pain & Symptom Management* 36(6), 616-627.

Zwakhaleen S.M., Koopmans, R.T., Geels, P.J., Berger, M.P., & Hamers, J.P. (2009). The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *European Journal of Pain* 13(1), 89-93.

ANNEXES

ANNEXE A – Guide de l'identification des besoins de formation continue

Guide de l'identification des besoins de FC

1. INTRODUCTION ET PRÉSENTATION (mise en commun) 5 minutes

- 1.1 Présentation du déroulement
- 1.2 Présentation des personnes présentes
- 1.3 Présentation de l'objectif principal de l'étude et de l'objectif de la rencontre

2. ENTREVUE

2.1 Quelles sont les thèmes, concepts ou apprentissages en gestion de la douleur que vous voudriez améliorer? 40 minutes

- A. Mettre sur papier toutes les idées auxquelles vous pensez (5 minutes)
- B. Enregistrement des idées (10 minutes)
- C. Clarification des idées enregistrées (5 minutes)
- D. Vote préliminaire sur l'importance des énoncés (10 minutes)
- E. Discussion du vote préliminaire (5 minutes)
- F. Vote final (Priorisation des thèmes à aborder) (5 minutes)

2.2 Quelles sont les stratégies éducatives / méthodes d'apprentissage que vous voudriez inclure dans votre formation continue? 40 minutes

- A. Mettre sur papier toutes les idées auxquelles vous pensez (5 minutes)
- B. Enregistrement des idées (10 minutes)
- C. Clarification des idées enregistrées (5 minutes)
- D. Vote préliminaire sur l'importance des énoncés (10 minutes)
- E. Discussion du vote préliminaire (5 minutes)
- F. Vote final (Priorisation des thèmes à aborder) (5 minutes)

2.3 Quels sont le ou les facteurs qui vous donnent davantage le goût de participer à des activités de formation continue? 10 minutes

Nommer des exemples, si non mentionnés spontanément, explorer : acquisition de compétences, connaissances, habiletés et jugement clinique; croissance professionnelle; bien-être du patient; qualité de soins; motivation; partage des connaissances; augmentation de la confiance en soi

2.4 Quels sont le ou les facteurs qui diminuent votre désir de participer à des activités de formation continue? 10 minutes

Nommer des exemples, si non mentionnés spontanément, explorer : coût / financement; responsabilités familiales; accessibilité; pénurie de personnel; manque de soutien des gestionnaires; contenu inapproprié

3. CONCLUSION 5 minutes

- 3.1 Résumé de la rencontre
- 3.2 Remerciements des personnes présentes pour leur participation
- 3.3 Explication de la suite du processus

**RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES SUR LES CONNAISSANCES, CROYANCES
ET LA PERCEPTION DE LEURS ACTIVITÉS INFIRMIÈRES EN GESTION DE
LA DOULEUR 25 minutes**

Total du temps : 135 minutes

**ANNEXE B – Grille de classification de l'identification des besoins de formation
continue**

Grille d'analyse de la rencontre d'identification des besoins de formation continue en gestion de la douleur (T0)

Identification des besoins de FC (TGN)	
<i>Neurophysiologie</i>	
	Rafraichissement biologique, physiologique
	Irradiation de la douleur
	Types de douleur
	Perception de la douleur
	Facteurs qui influencent la modulation de la douleur
	Rôle de l'inflammation dans la douleur
	Douleurs fantômes
	Douleurs référée
<i>Évaluation complexe de la douleur</i>	
	Évaluation postopératoire
	Évaluation de la douleur abdominale
	Appendicite
	Évaluation des maux de têtes
	DRS / reflux gastrique / douleur r/a anxiété
<i>Évaluation de la douleur selon l'âge</i>	
	Évaluation de la douleur du nouveau-né
	Évaluation de l'enfant
	Évaluation de l'adulte
	Évaluation de la personne âgée et incapable de communiquer
<i>Évaluation complète de la douleur</i>	
	Méthode d'évaluation, évaluation structurée
	Évaluation complète
	Trucs et astuces pour localiser la douleur
	Trucs et astuces pour définir l'intensité de la douleur
	Piège dans l'évaluation de la douleur
<i>Douleur chronique</i>	
	Approche de traitement de la DC
	Fibromyalgie
	Impacts de la DC
	Prise en charge de la DC
<i>Approches pharmacologiques</i>	
	Connaître la médication
	Connaître les effets secondaires de la médication
	Nouveaux analgésiques
	Autres médicaments qui n'ont pas l'indication d'analgésique, mais qui sont utilisés pour cet effet
	Médication en vente libre
<i>Approches non pharmacologiques</i>	
	Approche psychologique
	Approche physique
	Approche alternative ou complémentaire
<i>Soins palliatifs</i>	
	Gestion de la douleur en soins palliatifs
	Collaboration avec autres intervenants en soins palliatifs

Facteurs favorisant la participation à des activités de FC	
<i>Bénéfices personnels</i>	
	Augmentation des connaissances
	Motivation à y assister
	Augmentation des compétences
	Besoin de FC pour interventions personnelles et professionnelles
	Accréditation de la FC
<i>Modalités FC</i>	
	Sujet pertinent
	Soutien clinique post FC
	Identification des besoins de FC par ceux qui y participent
	FC donnée avec collègues de travail
<i>Accessibilité</i>	
	Libération du personnel
	Rémunération
	Accessibilité (horaire, temps, lieu)
	Récurrence régulière des FC
<i>Bénéfices pour l'équipe de travail</i>	
	Sujets applicables concrètement dans la pratique
	Formateur qui connaît très bien le milieu de travail
	Documentation remise et disponible sur lieu de travail
<i>Autres</i>	
	Exigences professionnelles de FC de l'OIIQ
	Convivialité

Facteurs contraignant la participation à des activités de FC	
<i>Contraintes personnelles</i>	
	Participation personnelle trop sollicité
	Contraintes familiales
<i>Modalités FC</i>	
	Sujet non pertinent
	Nombre de rencontre r/a FC
	Jeux de rôles à l'intérieur de la FC
	Travaux en dehors de la FC
	FC non adapté au travail
	FC trop longue
<i>Accessibilité</i>	
	Accessibilité (horaire, temps, lieu)
	Coûts
	Pas de libération du personnel

Stratégies éducatives préférées	
<i>Magistral</i>	
	Exposé des grands concepts sous forme magistral
	Volet magistral
<i>Exercices</i>	
	Travail en équipe, mais petits groupes
	Exercices en groupe avec retour en grand groupe
<i>Schéma</i>	
	Schématisation
	Algorithme
<i>Interactions multiples</i>	
	Interactions volontaires
	Questionnement
	Réflexion
	Rythme et dynamisme dans les interactions
	Approche réflexive
	Résolution de problème
<i>Histoire de cas</i>	
	Vignettes cliniques
	Situations cliniques
	Histoire de cas
<i>Matériel</i>	
	Présentation powerpoint avec blanc à compléter
	Local approprié
	Cahier qu'on puisse prendre des notes et garder
	Documents de référence à ajouter dans la bibliothèque du service Info-Santé
	Aide-mémoire / outils
	Multimédia
<i>Forme de la FC</i>	
	Alternance entre théorie et pratique
	Variation des stratégies
	Dynamisme dans l'enseignement
	Stratégies adaptés à la réponse téléphonique
<i>Stratégies à éviter</i>	
	Monotonie
	Longue lecture de powerpoint inutile
	Jeu de rôles

ANNEXE C – Lignes directrices sur la gestion de la douleur

Résumé des lignes directrices RNAO en GD

L'organisation ontarienne en émettant ces lignes directrices avait pour but que les infirmières puissent gérer la douleur d'une façon adéquate et que leurs interventions soient basées sur des résultats probants. Un comité de 34 experts, majoritairement des infirmières, provenant de divers domaines d'intervention s'est réuni afin de déterminer la ligne de conduite à tenir pour l'élaboration de la 3^e édition de ces lignes directrices. Voici, le résumé des six recommandations en lien avec les standards de pratique infirmière en GD émises par le RNAO (2013).

Recommandation 1.0 : Évaluation de la douleur

Dépistage de la douleur lors de l'admission, d'un changement dans son état de santé ou lors d'une procédure infirmière (Niveau d'évidence Ib : Tiré d'au moins un essai clinique randomisé)

Évaluation détaillée de la douleur avec une approche systématique et en utilisant des outils d'évaluation validés scientifiquement (Niveau d'évidence Ib)

Évaluation de la douleur chez la personne incapable de communiquer ou d'auto-évaluer sa douleur (Niveau III : Étude descriptive, cas-témoin, non-expérimentale)

Explorer les croyances et connaissances des patients à propos de leur auto GD (Niveau III)

Documenter la nature de la douleur des patients, les impacts de la vie quotidienne, les impacts psychosociaux (Niveau IIa : Essais contrôlés sans hasardisation)

Recommandation 2.0 : Planification des soins

Collaborer avec le patient dans le but de connaître sa priorité et établir des stratégies de soulagement (Niveau Ib)

Établir un plan de traitement qui inclut les buts du patient et de l'équipe interprofessionnelle qui s'assure de l'issue de l'évaluation, des croyances et des connaissances du patient et qui incorpore la nature de sa douleur (Niveau III)

Recommandation 3.0 : Mise en place du plan de traitement

Mise en place d'un plan de traitement de la GD en maximisant le soulagement et en minimisant les effets secondaires reliés à la médication par l'utilisation d'une approche multimodale, en changeant d'opioïde au besoin, en prévenant, évaluant et gérant de façon continue les effets secondaires de la médication opioïde. (Niveau Ib)

Évaluer les approches non pharmacologiques au regard de leur efficacité et leur interaction avec les approches pharmacologiques (Niveau Ib)

Prodiguer l'enseignement au patient, sa famille et les aidants sur les stratégies d'interventions et s'assurer de démythifier les méconnaissances reliées à la GD (Niveau Ib)

Recommandation 4.0 : Évaluation du plan de traitement

Réévaluation de la douleur de la personne après les interventions avec les mêmes instruments. La fréquence est modulée par la présence ou l'intensité de la douleur, la stabilité de la condition médicale de la personne, le type de douleur et les pratiques de l'établissement. (Niveau IIb : Étude quasi-expérimentale)

Documenter cette réévaluation de la personne. (Niveau IIb)

Recommandation 5.0 : Éducation / enseignement

Les établissements d'éducation devraient intégrer ces lignes directrices à travers leurs parcours d'enseignement des professions reliées à la santé pour promouvoir la pratique basée sur des résultats probants (Niveau IIb)

Incorporer les méthodes pédagogiques dans les parcours d'enseignement afin que les professionnels de la santé puissent mettre en pratique les connaissances apprises en GD. (Niveau IIb)

Promouvoir la collaboration interprofessionnelle dans la GD dans les établissements académiques. (Niveau Ib)

S'assurer que les professionnels mettent à jour leurs connaissances en GD basées sur les lignes directrices RNAO.

Recommandation 6.0 : Organisation et politiques

Établir la GD dans les priorités cliniques à adresser. (Niveau IV : Recommandation d'experts ou de l'autorité compétente en la matière)

Établir un modèle interprofessionnel de soins de la GD. (Niveau IIb)

Utiliser des stratégies de transmission de connaissances variées pour que les professionnels puissent évaluer et gérer la douleur selon les résultats probants. (Niveau III)

Intégrer de façon systématique les lignes directrices afin que la GD soit efficace (Niveau IV)

ANNEXE D – Surveillance clinique des clients prenant des opiacés

Résumé de la surveillance clinique des clients sous opiacés

L'OIIQ a émis en 2009 un avis concernant la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le SNC (OIIQ, 2009). Le but de cet avis est de réduire les décès reliés au manque de surveillance des clients sous opiacés. Le tableau 1 présente la clientèle à risque de dépression respiratoire. Plusieurs paramètres cliniques sont à évaluer dans ce contexte. L'intensité de la douleur doit être évaluée à l'aide d'une échelle valide. L'utilisation de l'échelle doit être la même lors des évaluations subséquentes. Le degré de sédation, c'est-à-dire le niveau d'éveil du patient est un autre paramètre clinique à considérer. L'évaluation de l'état respiratoire de la personne est primordiale en évaluant son rythme, la fréquence, son amplitude, les ronflements et la saturation en oxygène du client.

Tableau 1. Clients à risque de dépression respiratoire

-
- « Bébé de moins de 6 mois »
 - « Personne âgée de plus de 70 ans »
 - « Personne souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique »
 - « Personne naïve à un opiacé (prise d'un nouvel opiacé depuis moins d'une semaine) »
 - « Personne souffrant d'apnée du sommeil »
 - « Personne atteinte d'insuffisance rénale ou hépatique »
 - « Personne éprouvant une douleur intense qui cesse subitement »
 - « Personne ayant subi un traumatisme crânien »
 - « Personne souffrant d'obésité (indice de masse corporelle > 35) »
 - « Personne prenant d'autres médicaments ayant un effet dépresseur du SNC »
-

ANNEXE E – Standards de la pratique infirmière Info-Santé 8-1-1

Résumé des standards de la pratique infirmière Info-Santé 8-1-1

La pratique infirmière à Info-Santé se base sur le cadre de pratique à Info-Santé et à Info-Social (MSSS, 2007) et sur la ligne directrice de l'exercice infirmier à Info-Santé (OIIQ, 1998). Dans cette section, les standards de la pratique infirmière seront décrits.

Un des objectifs du service est d'assurer l'accessibilité rapide à une réponse téléphonique infirmière relativement à tout type de problème de santé non urgent. Maximiser les ressources de santé disponibles, contribuer à diminuer l'utilisation des services d'urgence, collaborer avec la Direction de la protection de la Jeunesse (DPJ) et répondre aux signalements de vigie sanitaires sont d'autres objectifs visés dans le cadre des services Info-Santé 8-1-1. De plus, les infirmières du service contribuent à la diffusion d'information lors de sinistre ou conseillent les clients en lien avec des problèmes affectant la population, par exemple, une pandémie.

Pour assurer un service de qualité, le cadre de référence du service Info-Santé 8-1-1 et Info-Social est composé de principes directeurs qui guident la pratique infirmière. La qualité de la réponse est le premier principe directeur. En effet, le cadre de référence Info-Santé 8-1-1 Info-Social (MSSS, 2007) stipule : « La qualité de la réponse repose sur la pertinence, la justesse et l'uniformité de l'intervention téléphonique qu'effectue le professionnel pour répondre aux besoins particuliers de la personne à chaque appel. » (p.16). La pratique infirmière de ce service est basée sur les lignes directrices de l'exercice infirmier au service Info-Santé 8-1-1 de l'OIIQ (1998). Les autres principes sont l'accessibilité continue, rapide et directe, la confidentialité, la complémentarité et le soutien du réseau de la santé, puis finalement l'efficience et l'efficacité des centrales d'appels. Il faut cependant se rappeler qu'une réponse de qualité est toujours prioritaire sur la rapidité de la réponse (MSSS, 2007). À travers ces principes directeurs, l'infirmière travaillant à Info-Santé 8-1-1 doit respecter les fonctions de la pratique infirmière lors de la prestation téléphonique de soins contenues dans le cadre de référence.

La première fonction de l'infirmière dans ce service est d'accueillir et d'évaluer la personne qui appelle. D'abord, elle détermine les besoins de l'utilisateur et écarte l'urgence dans l'appel. Ensuite, elle évalue plus précisément le problème auquel l'utilisateur est confronté. Selon le cadre de référence de pratique Info-Santé 8-1-1 et Info-Social l'infirmière doit avoir une expérience solide : « Cette évaluation exige une écoute attentive et un jugement professionnel sûr » (p.11). La deuxième fonction de l'infirmière à Info-Santé 8-1-1 est l'intervention. Elle est basée sur un jugement clinique solide et un bagage de connaissances étoffé. Les infirmières donnent de l'information, des conseils, de l'enseignement en lien avec l'évaluation réalisée au préalable. Au besoin, elles orientent les usagers vers les services de santé ou communautaires appropriés. Elles interviennent en fonction des constats de l'évaluation et du contexte, mais aussi selon la capacité de l'utilisateur à intégrer l'information. Les conseils de santé ou les éléments de surveillance importants sont reçus par l'utilisateur et mobilisent son autonomie afin qu'il prenne en charge sa santé. Cette fonction contribue à l'éducation à la santé de la population en général.

La dernière fonction de l'infirmière est l'orientation – référence. Lorsque le cas l'indique, l'infirmière oriente vers une autre ressource qui saura résoudre le problème de l'utilisateur. Ainsi, lorsque la situation requiert l'intervention d'une infirmière à domicile, les infirmières d'Info-Santé 8-1-1 communiquent avec elle afin de résoudre le problème de la personne vulnérable enregistrée au service Info-Santé 8-1-1.

ANNEXE F – Accréditation de la formation continue



3001, 12^e Avenue Nord
 Sherbrooke (Québec)
 J1H 5N4
 Téléphone : 819 564-5350
 Télécopieur : 819 820-6815
 cfc@USherbrooke.ca
 www.USherbrooke.ca/cfc

Gilles Voyer, M.D.,LL.M.,M.A. (philosophie)
 Doyen associé
 Directeur du Centre de formation continue
 Gilles.Voyer@USherbrooke.ca

Le 13 septembre 2012

M. Marc Boisvert
 École des sciences infirmières
 FMSS – Université de Sherbrooke

Objet : Demande de crédits pour l'activité intitulée
« Conception et évaluation d'une activité de formation continue sur la gestion de la
douleur par et pour les infirmières œuvrant au service Info-Santé »
Fin octobre 2012

Monsieur Boisvert,

Au nom du comité de validation d'activités du Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, j'ai le plaisir de vous informer que votre activité est agréée. Le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke est reconnu par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et par le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada (CAMFC) pour offrir d'agréer des activités de formation continue destinées aux professionnels de la santé.

Le libellé suivant doit apparaître sur votre programme :

Cette activité est une activité de formation collective agréée par le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Une unité de formation par heure de participation est reconnue pour un maximum de sept heures de formation.

Je vous invite également à prendre connaissance du résumé des responsabilités du directeur scientifique qui vous informera de la procédure établie pour le suivi de ce dossier entre votre organisation et le Centre de formation continue. Vous trouverez également les feuilles de signatures à utiliser lors de l'activité.

Je vous assure de ma disponibilité pour vous fournir toute information supplémentaire et vous prie de croire en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

 , LL.M., M.A. (philosophie)
Professeur agrégé
Directeur du Centre de formation continue

GV/km

p. j. : Résumé des responsabilités
Formulaire de signatures

Ref. : LC - Y/SC/FACT-EXT/2012-2017/2012.10 - Marc Boirevert@cc-ccafra.msuu.doc

ANNEXE G – Contenu de la Journée de formation continue

ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE EN GESTION DE LA DOULEUR À INFO-SANTÉ

Par Marc Boisvert, inf., B.Sc.
Pre Patricia Bourgaut, inf., Ph.D.
Pre Frances Gallagher, inf., Ph.D.

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



Plan de l'activité de formation continue

- Introduction
- Évaluation téléphonique de la douleur
- Interventions
 - Approches pharmacologiques
 - Approches non pharmacologiques
- Conclusion

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



INTRODUCTION

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Plan de l'introduction

- Besoins de formation
- Modèle circulaire de la douleur
- Définition des douleurs
- Classification de la douleur
- Neurophysiologie

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



INTRODUCTION

INTRODUCTION

Besoins de formation (Priorités)

Sujets	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Total
<i>Neurophysiologie de la douleur</i>	1.15	1	0	2.15
<i>Évaluation de la douleur</i>	1.15	1.8	0.3	3.25
<i>Évaluation selon les âges</i>	0.8	0.45	0.9	2.15
<i>Douleur abdominale</i>	0.5	1.8	0.45	2.75
<i>Douleur chronique</i>	0.55	0	0.3	0.85
<i>Approches non pharmacologiques</i>	0.55	0.85	0.6	2
<i>Approches pharmacologiques</i>	0.55	0.25	0.7	1.5
Céphalées	0.05	0.25	0.15	0.45
Autres				

Vidéo

http://www.wat.tv/video/pire-cliente-salon-tatouage-33qlf_2exyp_.html

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

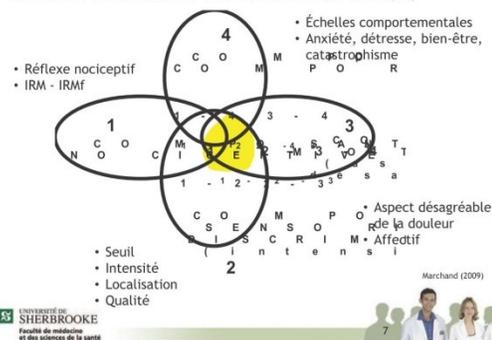


UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



INTRODUCTION

Modèle circulaire de la douleur Marchand (2009)



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



INTRODUCTION

Définition des douleurs

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



INTRODUCTION – Douleur aiguë vs chronique

Douleur

- Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes
- Expérience **subjective**
- Associée à notre perception de l'événement et influencée par nos expériences passées

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



INTRODUCTION

Classification de la douleur

- Chronologie
- Type

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



INTRODUCTION – Douleur aiguë vs chronique

Chronologie de la douleur

- Aiguë
 - Généralement, douleur qui durera 0 à 7 jours ad 1 mois. L'origine peut être connue ou non
 - Ex.: Traumatique, postopératoire, obstétricale, inflammatoire, brûlure
 - Temporaire, de courte durée dont le diagnostic et le traitement sont généralement simples et associés à des réactions du SNA

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



INTRODUCTION – Douleur aiguë vs chronique

Chronologie de la douleur

- Subaiguë
 - Période entre la douleur aiguë et chronique
 - Entre 4 et 12 semaines après l'apparition de la douleur

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



Traduction libre American Pain Society (2010); Turk et Melzack (2011); Rossignol et al. (2007)

Rossignol et al. (2007)

Chronologie de la douleur

- Chronique
 - Douleur qui durera au-delà du temps de guérison habituelle, qui a une récurrence régulière ou qui persiste plus de 6 mois
 - Ex.: Douleur au dos, douleur fantôme, neuropathie diabétique, névralgie du trijumeau, névralgie post-herpétique
 - Douleur continue ou récurrence d'une autre. Souvent associée à un dysfonctionnement physique, émotionnel et social. Altération du sommeil

Traduction libre American Pain Society (2010); Turk et Melzack (2011)



Chronologie de la douleur

- Douleur aiguë sur fond de douleur chronique
 - Plusieurs appels sont en lien avec une douleur aiguë pour des patients qui ont une douleur chronique



Types de douleur

Types de douleur		Caractéristiques
Nociceptive	Somatique: Peau, os muscle	Bien localisée, peut être modifiable par la mobilisation
	Viscère creux	Crampiforme
	Viscère plein	Mal localisée, sourde, vague
Neurogène	Périphérique	Choc électrique, coup de couteau, brûlure
	Centrale	Spontanée, diffuse, profonde

Marchand (2009); Pasero (2011)



Exercice

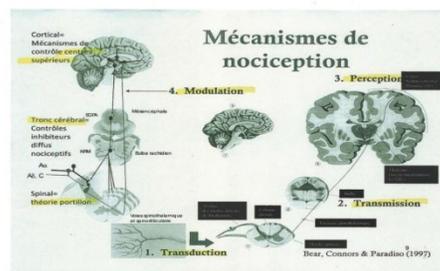
Pathologie	Type de douleur
Gastro-entérite	
Zona aigu	
Angine	
Arthrose / Arthrite	
Lombalgie avec irradiation a/n membre inférieur	
Lésion spinale	
Neuropathie postherpétique	



Neurophysiologie et pharmacologie



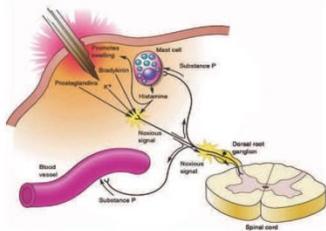
Neurophysiologie de la douleur



Transduction

INTRODUCTION - Neurophysiologie

Peripheral chemical mediators of pain and hyperalgesia



Reproduced with permission from: Bear RF, Connors BW, and Parascio MA. Neurosciences – Exploring the Brain, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. Copyright © 2001 Lippincott Williams & Wilkins.

Pasero (2011)

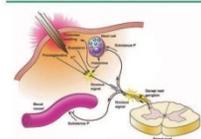


Prostaglandines - COX

INTRODUCTION - Neurophysiologie

- Prostaglandines: Médiateurs inflammatoires activés par les COX lors d'une affection ou dommage tissulaire
- COX sont des enzymes qui régulent multiples processus dans tout l'organisme

Peripheral chemical mediators of pain and hyperalgesia



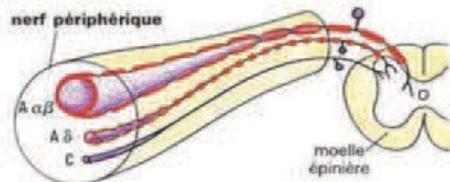
Reproduced with permission from: Bear RF, Connors BW, and Parascio MA. Neurosciences – Exploring the Brain, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. Copyright © 2001 Lippincott Williams & Wilkins.

Lehne (2011)



Fibres nociceptives

INTRODUCTION - Neurophysiologie



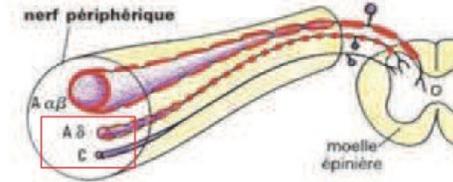
- A beta: Fibres responsables de la sensation du toucher

Marchand (2009)



Fibres nociceptives

INTRODUCTION - Neurophysiologie



- A delta: Fibres rapides → 1^{re} douleur
- C: Fibres lentes → 2^e douleur

Marchand (2009)



Quoi retenir de la transduction?

INTRODUCTION - Neurophysiologie

- Périphérique
- Différentes fibres nociceptives
- Soupe inflammatoire
- Traitement
 - Quel est l'effet du froid?
 - Quel est l'effet des AINS?

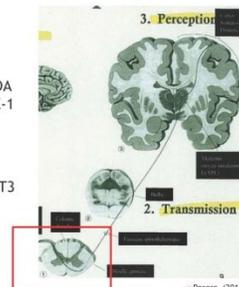
Pasero (2011)



Transmission

INTRODUCTION - Neurophysiologie

- Neurotransmetteurs « excitateurs »
 - Glutamate / Récepteur NMDA
 - Substance P / Récepteur NK-1
- « inhibiteurs »
 - 5-HT et NA / Récepteur 5-HT3 et noradrénergiques
 - GABA / Récepteur GABA
 - Enképhalines / Récepteurs delta, kappa, mu

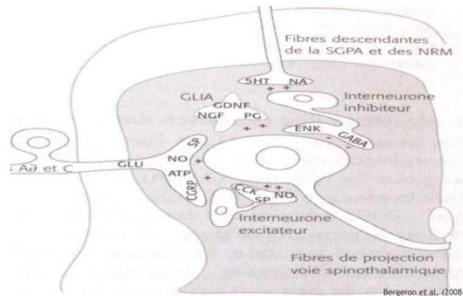


Pasero (2011)



Neurotransmetteurs et fibres

INTRODUCTION - Neurophysiologie



Quoi retenir de la transmission?

INTRODUCTION - Neurophysiologie

- Dans la moëlle jusqu'au thalamus
- Influx nerveux
 - Plusieurs neurotransmetteurs et récepteurs impliqués
- Traitement
 - Quelle médication est r/a neurotransmetteurs inhibiteurs?
 - Quelle approche pharmacologique croyez-vous utile pour inhiber la transmission?

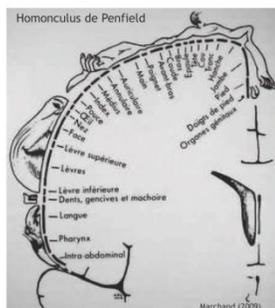


Perception

INTRODUCTION - Neurophysiologie

• Aspect sensoriel

Localisation de la douleur dans les aires somesthésiques 1 et 2

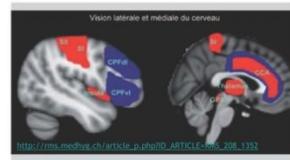


Perception

INTRODUCTION - Neurophysiologie

• Aspect émotionnel

Système limbique impliqué: Insula, cortex cingulé antérieur (CCA)



Marchand (2009)



Quoi retenir de la perception?

INTRODUCTION - Neurophysiologie

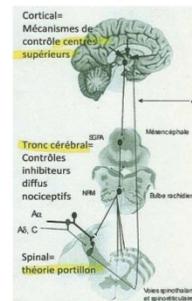
- Plusieurs structures corticales
- Influx nerveux
 - Plusieurs neurotransmetteurs
- Traitement
 - Approches pharmacologiques?
 - Approches non pharmacologiques?



Modulation

INTRODUCTION - Neurophysiologie

- Théorie du portillon
 - On ↓ l'influx douloureux en augmentant l'influx tactile, par la stimulation de l'interneurone inhibiteur
 - Inhibition localisée



Marchand (2009)

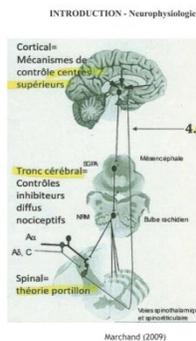


Modulation

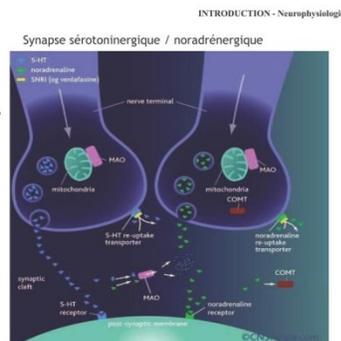
- Mécanisme descendants (CIDN)

Le tronc cérébral répond à un influx nociceptif important pour fournir une réponse analgésique naturelle diffuse

Le 5-HT et le NA activent l'interneurone inhibiteur libère des enképhalines qui empêchent l'influx douloureux de continuer son chemin vers les centres supérieurs



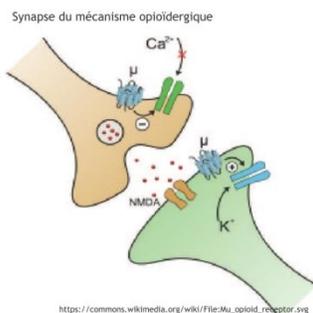
- Synapse 5-HT et NA
- Se situe dans chaque tranche de moëlle
- Stimulation de l'interneurone inhibiteur pour empêcher la transmission de la douleur



- Récepteurs mu

- Là où la morphine agit en empêchant la transmission de la douleur

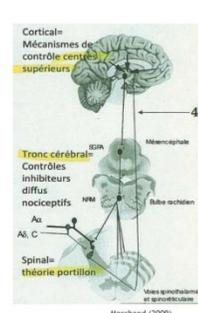
- Récepteurs se retrouvent partout dans l'organisme



Modulation

- Mécanismes issus des centres supérieurs

La distraction, l'hypnose réorientent le message nociceptif en réduisant ou éliminant la perception de la douleur



Quoi retenir de la modulation?

- Mécanisme spinaux: Théorie du portillon
- Mécanismes descendants: Tronc cérébral stimulé par un influx douloureux important et libère 5-NT et NA pour une analgésie diffuse via libération d'enképhalines
- Modulation par les centres supérieurs: Pas tout à fait connu, mais on sait qu'un événement agréable amène un soulagement ou une douleur moins désagréable



ÉVALUATION ET MESURE DE LA DOULEUR



Plan de l'évaluation téléphonique

- Parallèle avec la fonction de l'infirmière Info-Santé
- Introduction à l'évaluation
- Recommandations professionnelles
- Principes de base de l'évaluation
- Particularités:
 - abdominales
 - à travers les âges
 - postopératoires



Parallèle avec la fonction infirmière Info-Santé



- Le patient ne veut pas donner d'information sur sa condition

Que faire?



- Le dépistage et l'évaluation systématique de la douleur sont aussi importants au téléphone qu'ailleurs. Il n'y a pas de recette magique
- Principes téléphoniques
 - Accueil de l'appelant (Partie subjective)
 - Collecte de données (PQRSTUIM)
 - ✓ Élimination de l'état d'urgence en 1^{er} lieu



- Ligne directrice de l'exercice infirmier à Info-Santé recommande

- Tenter d'obtenir la collaboration du patient
- Respecter sa volonté de collaboration



- Rappel des indicateurs pour l'évaluation téléphonique au service Info-Santé TALIQRE / AMPLE

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| • Temps | Allergies |
| • Apparition | Médication |
| • Localisation | Past (ATCD) |
| • Irradiation | Last Meal |
| • Qualité / Quantité | Environnement, etc. |
| • Rythme | |
| • Expérience du problème | |



Introduction à l'évaluation



Aucune mesure ne peut
adéquatement évaluer la totalité
de la douleur, car celle-ci est
MULTIDIMENSIONNELLE

Jensen & Karoly dans (Turk & Melzack, 2011)



Par conséquent, il faut ...

- 1) Considérer le patient comme autorité compétente pour évaluer sa douleur
 - Pas de mesure parfaite
 - Opposition avec l'objectivité du médical
 - Prise en compte des concepts psychométriques
- 2) Évaluer la personne qui souffre et non pas uniquement sa douleur
 - Évaluer seulement l'intensité = un aspect du concept
 - Considérer la composante affective de la douleur

Choinière et Taillefer dans Beaulieu (2005)



Principes de base de l'évaluation



Évaluation rapide de la douleur

- **P** Provoquer / pallier
- **Q** Qualité / « quantité »
- **R** Région / irradiation
- **S** Sx et signes associés / « sévérité »
- **T** Temps
- **U** (*Understanding*) Signification de la douleur
- **I** Impacts associés à cette douleur
- **M** Médication (tout tout tout)

(Jarvis, 2009; RNAD, 2002)



« P » QRSTUIM

- **P** Provoquer / Pallier
 - Qu'est-ce qui a provoqué votre douleur?
 - Apparue soudainement ou graduellement?
 - Que faisiez-vous lors de son apparition?
 - Qu'est-ce qui vous soulage / empire?
 - Quel professionnel a-t-il consulté jusqu'à maintenant?
 - ✓ Partie « démarches antérieures » de la fiche d'appel

(Jarvis, 2009; RNAD, 2002)



Lien avec protocoles - P

Douleur musculosquelettique costale

vs

Douleur r/a pneumonie

Comment l'évaluation du « P » vous dirigera vers l'un ou l'autre?

MSSS (2011)



P « Q » RSTUIM

- Q **Qualité / Quantité**
 - Sous quelle forme est votre douleur?
 - C'est là que votre créativité est un atout
 - Outil: Questionnaire sur la douleur de Saint-Antoine

(Jarvis, 2009; RNAO, 2002)



P « Q » RSTUIM

Mots pouvant vous aider à trouver une description de la douleur pour vos patients provenant du Questionnaire sur la douleur Saint-Antoine (QDSA)

Bourreau et al. (1984)



Lien avec protocoles - Q

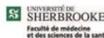
Douleur r/a zona

vs

Douleur r/a contusion

Comment l'évaluation du « Q » vous dirigera vers l'un ou l'autre?

MSSS (2011)



P « Q » RSTUIM

- Q **Qualité / Quantité**
 - Aspect désagréable de la douleur

(Jarvis, 2009; RNAO, 2002)



Intensité vs aspect désagréable de la douleur

- **Intensité**
 - Composante sensori-discriminative de la douleur
- **Aspect désagréable**
 - Composante motivo-affective de la douleur

Marchand (2009)



Analogie



- Douleur = Son de la radio
 - Intensité de la douleur = Volume du son
 - Aspect désagréable: À quel point le son vous dérange-t-il? Pour certains le son qu'émettent les émissions à la Première chaîne de R-C est très désagréable et pour d'autres non



P « Q » RSTUIM

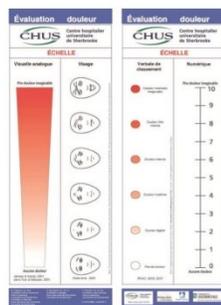
- Q Qualité / Quantité
 - Réfère à la notion d'intensité
 - Sur une échelle de ...

(Jarvis, 2009; RNAO, 2002)



Échelles du CHUS

- Échelle 0 à 10
- Utilisation simple
- Évaluation rapide
- Facile à documenter
- Multiculturelle-lingue
- Adaptée aux enfants, adultes et pers. âgées
- Validée auprès de multiples populations
- Scientifiquement acceptable



Échelles du CHUS

- Guide d'utilisation au verso



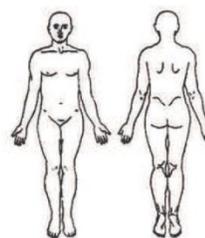
PQ « R » STUIM

- R Région / irradiation
 - Réfère à la notion de localisation
 - Où la douleur se situe-t-elle?
 - Va-t-elle ailleurs, se propage-t-elle?
 - Est-ce que c'est seulement à cet endroit que vous avez mal?

(Jarvis, 2009; RNAO, 2002)



PQ « R » STUIM



(Turk & Metzack, 2011)



ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Principes de base

PQR « S » TUIM

- S Symptômes et signes associés
 - Questions qui compléteront l'évaluation
 - Est-ce qu'il y a des manifestations associées à cette douleur?
 - Est-ce qu'il y a des signes qui viennent avec votre douleur?



ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Principes de base

Lien avec protocoles - S

Douleur r/a angine

VS

Douleur r/a anxiété

Comment l'évaluation du « S » vous dirigera vers l'un ou l'autre?



ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Principes de base

PQRS « T » UIM

- T Temps
 - Depuis quand, constant, intermittent?
 - Quand est-elle apparue?
 - Y a-t-il une fréquence?
 - Y a-t-il une évolution, détérioration?



ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Principes de base

Lien avec protocole - T

Douleur musculosquelettique aiguë

VS

Douleur chronique non cancéreuse

Comment l'évaluation du « T » vous dirigera vers l'un ou l'autre?



ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Principes de base

PQRST « U » IM

- U (Understanding) Signification de la douleur
 - Qu'est-ce que le patient pense de sa douleur?
 - Comment l'explique-t-elle?
 - Que pense-t-il que c'est?
 - A-t-il déjà eu cette douleur?
 - Quel sens donne-t-il à sa douleur?



ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Principes de base

PQRSTU « I » M

- I Impacts de la douleur sur le patient
 - Quels sont les impacts de la douleur sur votre patient?



PQRSTU « I » M

- Questions tirées du Brief Pain Inventory (BPI)
 Au cours des dernières 24h, la douleur a interféré avec :
- A. Vos activités générales
 - B. Votre humeur
 - C. Votre capacité à marcher
 - D. Votre travail habituel (incluant le travail à l'extérieur de la maison et les tâches domestiques)
 - E. Vos relations avec votre entourage
 - F. Votre sommeil
 - G. Votre capacité à profiter de la vie



PQRSTUI « M »

- M Médication
 - Médication prescrite
 - Produits naturels
 - Médication antérieure qui a fonctionné ou non



Évaluation rapide de la douleur

- P Provoquer / pallier
- Q Qualité / « quantité »
- R Région / irradiation
- S Sx et signes associés / « sévérité »
- T Temps
- U (*Understanding*) Signification de la douleur
- I Impacts associés à cette douleur
- M Médication (tout tout tout)



Surveillance clinique
 DES CLIENTS QUI REÇOIVENT
 DES MÉDICAMENTS AYANT
 UN EFFET DÉPRESSIF SUR
 LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Avis

2^e édition

Centre des infirmières
et infirmiers
de Québec



Surveillance opiacés

Surveillance opiacés	Surveillance opiacés																																							
<p>Évaluation de la douleur - 2^e étape vital</p> <ol style="list-style-type: none"> Évaluation continue de la douleur si traitement régulier chronique, intermittent, épisodique et/ou aiguë Évaluation de l'intensité de la douleur de 0 à 10 lors de la prise des médicaments, immédiatement à chaque 4 heures. Réévaluation de l'intensité de la douleur de 0 à 10 : <ul style="list-style-type: none"> • en fonction des symptômes • selon l'état du patient • à l'initiation d'un médicament ou d'un traitement • lorsque le patient présente d'un effet non voulu à la médication ou à la chirurgie <p>Surveillance clinique des patients recevant des opiacés</p> <p>Lors de l'administration d'un opiacé, surveiller : l'état du patient, d'une modification à la fréquence de la dose</p> <p>Avant l'administration de la dose suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'intensité de la douleur (échelle de 0 à 10) • Vérifier le degré de sédation (échelle SAS) • Vérifier l'état respiratoire (taux de saturation, SpO₂) <p>Pour les autres substances (même médicament et même posologie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant l'administration et au plus d'action de 8 h : • Avant l'intensité de la douleur (échelle de 0 à 10) • Avant le degré de sédation (échelle SAS) • Avant l'état respiratoire (taux de saturation, SpO₂) <p>* Plus d'action des analgésiques</p> <p>N₁ - 8 à 15 min M₁ - 30 à 60 min PO - 15 - 60 min</p> <p>Effets secondaires des opiacés</p> <table style="font-size: 8px; width: 100%;"> <tr> <td>Nausée</td> <td>Étourdissement</td> <td>Puiss</td> </tr> <tr> <td>Constipation</td> <td>Insécheresse</td> <td>Rétention urinaire</td> </tr> <tr> <td>Cholestase</td> <td>Insomnie</td> <td>Somnolence</td> </tr> <tr> <td>Cholestase</td> <td>Nausée</td> <td>Trépidation/Agitation</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perte d'appétit</td> <td>Vertige/malaise</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: 8px;">CHQ, 2008</p>	Nausée	Étourdissement	Puiss	Constipation	Insécheresse	Rétention urinaire	Cholestase	Insomnie	Somnolence	Cholestase	Nausée	Trépidation/Agitation		Perte d'appétit	Vertige/malaise	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Qualité</th> <th>Description</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Agitation/dépression</td> <td>Troubles de la conscience, anxiété, irritabilité, persistance des idées, larmes, hyper ou hypo-réflexie</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Tête agitée</td> <td>Ne peut être calmé par une mesure non médicamenteuse, besoin de sédation pharmacologique, tachycardie, hypertension</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Agitation</td> <td>Agitation, hyperactivité, tachycardie, hypertension, sautes de humeur, ne semble se sentir de mieux en mieux</td> <td>5</td> </tr> <tr style="border: 2px solid red;"> <td>Calme et satisfait</td> <td>Difficile de réveiller facilement et suit les consignes</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sédation</td> <td>Difficile d'écouter, les réflexes sont normaux, mais le patient ne répond pas à la stimulation</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sédation profonde</td> <td>Le patient ne répond pas à la stimulation, mais ne communique pas ou ne répond pas à la stimulation. Peut être réveillé</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Accusé/coma</td> <td>Plus ne peut être réveillé par stimuli externes, ne répond pas et ne répond pas aux commandes.</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aviser le médecin STAT si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SAS > 4 ET/ou PAS entre 16 et 20 minutes • SAS > 4 ET/ou PAS à 30 min • Deser l'administration de l'opiacé. • Insuff. CA > 100 %. • Anxié l'hyperthermie/STAT. • Insuff. HCO₃ en TCO₂. • Anxié un cholest d'effusion de PCV. • Changier la posologie de médication. <p style="font-size: 8px;">Rivier et al., 2008</p>	Qualité	Description	Score	Agitation/dépression	Troubles de la conscience, anxiété, irritabilité, persistance des idées, larmes, hyper ou hypo-réflexie	7	Tête agitée	Ne peut être calmé par une mesure non médicamenteuse, besoin de sédation pharmacologique, tachycardie, hypertension	6	Agitation	Agitation, hyperactivité, tachycardie, hypertension, sautes de humeur, ne semble se sentir de mieux en mieux	5	Calme et satisfait	Difficile de réveiller facilement et suit les consignes	4	Sédation	Difficile d'écouter, les réflexes sont normaux, mais le patient ne répond pas à la stimulation	3	Sédation profonde	Le patient ne répond pas à la stimulation, mais ne communique pas ou ne répond pas à la stimulation. Peut être réveillé	2	Accusé/coma	Plus ne peut être réveillé par stimuli externes, ne répond pas et ne répond pas aux commandes.	1
Nausée	Étourdissement	Puiss																																						
Constipation	Insécheresse	Rétention urinaire																																						
Cholestase	Insomnie	Somnolence																																						
Cholestase	Nausée	Trépidation/Agitation																																						
	Perte d'appétit	Vertige/malaise																																						
Qualité	Description	Score																																						
Agitation/dépression	Troubles de la conscience, anxiété, irritabilité, persistance des idées, larmes, hyper ou hypo-réflexie	7																																						
Tête agitée	Ne peut être calmé par une mesure non médicamenteuse, besoin de sédation pharmacologique, tachycardie, hypertension	6																																						
Agitation	Agitation, hyperactivité, tachycardie, hypertension, sautes de humeur, ne semble se sentir de mieux en mieux	5																																						
Calme et satisfait	Difficile de réveiller facilement et suit les consignes	4																																						
Sédation	Difficile d'écouter, les réflexes sont normaux, mais le patient ne répond pas à la stimulation	3																																						
Sédation profonde	Le patient ne répond pas à la stimulation, mais ne communique pas ou ne répond pas à la stimulation. Peut être réveillé	2																																						
Accusé/coma	Plus ne peut être réveillé par stimuli externes, ne répond pas et ne répond pas aux commandes.	1																																						



Recommandations OIIQ - Opiacés

- Clientèles à risque de dépression respiratoire requérant une surveillance accrue:
 - BB < 6 mois et personnes âgées > 70 ans
 - Patients naïfs aux opiacés (n'ayant pas reçu d'opiacés depuis moins d'une semaine)
 - Celles souffrant de BPCO, d'apnée du sommeil et d'insuffisance rénale ou hépatique
 - Celles éprouvant une douleur intense qui cesse subitement (ex. : réduction de fracture)
 - Celles ayant subi un traumatisme crânien
 - Patients obèses (IMC > 35)
 - Prise de médication affectant le SNC



Mesure du soulagement - Satisfaction

- Changement significatif dépend du niveau de base
- Mesure se fait avec l'échelle initiale si possible
- Mesure du soulagement = Satisfaction du patient
- Exemples:
 - Baisse de 33% de l'intensité de la douleur
 - Baisse de 2 points / 10 sur l'échelle numérique

Choinière et Taillefer (2005), Mason, Fauerbach & Haythornthwaite dans (Turk & Melzack, 2011)



Mesure du soulagement - Satisfaction

- Signifie qu'il faut toujours se rapporter à ce que le patient dit
- Le soulagement est aussi subjectif que l'auto-évaluation de la douleur

Choinière et Taillefer (2005), Mason, Fauerbach & Haythornthwaite dans (Turk & Melzack, 2011)



Douleur chronique

- PQRSTUIM
- Particularité dans l'approche et l'attitude
- Impacts de la douleur (BPI)

Rice (2008)



Recommandations pour la pratique infirmière

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- 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

<http://www.mao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=720>



M. Rivard, 65 ans Théâtre-forum



Théâtre-forum (M. Rivard)

- Objectif: Appliquer les connaissances en évaluation de la douleur
- Description de l'exercice: En groupe, vous aidez l'infirmière dans son intervention téléphonique face à M. Rivard qui a fort possiblement le zona
- 5 minutes pour effectuer l'exercice

Mme Ménard, 32 ans
Trouvez les erreurs

Trouvez les erreurs (Mme Ménard)

- Objectif: Appliquer les connaissances en évaluation de la douleur
- But de l'exercice: Vous êtes seulement observateur, puis vous trouvez les erreurs de l'infirmière dans l'évaluation qu'elle effectue
- 5 minutes pour compléter l'exercice

Particularités de la douleur
abdominaleÉvaluation rapide de la douleur

- Examen physique: données objectivables
 - Inspection (Par les yeux de l'appelant)
 - Palpation (Par les mains de l'appelant)
 - Percussion (Impossible)
 - Auscultation (Impossible)

(Jarvis, 2009)



Douleur abdominale

- Viscérale
- Cancéreuse
- Neuropathique
- Musculosquelettique
- On revient toujours au PQRSTUIM

(Jarvis, 2009; Marchand, 2009)



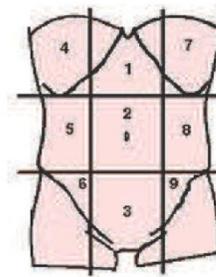
Douleur abdominale viscérale

- Mal localisée (Q)
- Vague (Q)
- Douleur avec une composante émotionnelle forte, une sensation de lourdeur (U)

(Jarvis, 2009; Marchand, 2009)



85



1. Région épigastrique
2. Région ombilicale
3. Région hypogastrique
4. Hypocondre droit
5. Flanc droit
6. Fosse iliaque droite
7. Hypocondre gauche
8. Flanc gauche
9. Fosse iliaque gauche

Utile pour les notes au dossier

Tiré de Jarvis (2009)



86

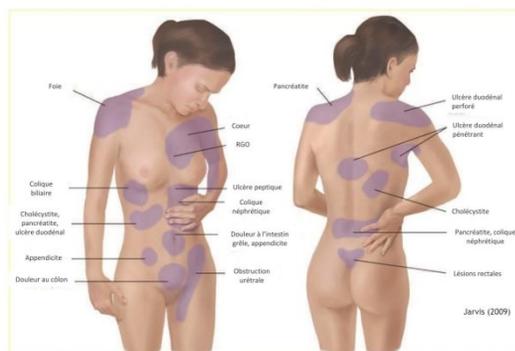
Douleur référée

- Douleur profonde, provenant d'un organe interne, qui projette les sensations douloureuses vers le territoire cutané innervé par la partie nerveuse dont il est lui-même innervé.

Marchand (2009)



87



Jarvis (2009)



88

Douleur abdominale d'origine indéterminée

- Voici quelques exemples qui pourraient cadrer dans le protocole ci-haut

MSSS (2011)



89

Anomalies abdominales possibles

- Douleur hépatique
 - Douleur sourde (Q) faible à modérée (Q) au QSD (hypocondre) et même épigastrique (R) à l'occasion
 - Signes et Sx associés (S)
 - ✓ Anorexie
 - ✓ Nausée
 - ✓ Malaise général
 - ✓ Fièvre légère

(Jarvis, 2009)



90

Anomalies abdominales possibles

- Douleur à la vésicule biliaire
 - Douleur soudaine et progressive après l'ingestion d'aliments gras, d'alcool ou de caféine (P). Elle se situe a/n du QSD et peut irradier a/n de l'omoplate gauche ou droite (R)
 - Signes et Sx associés (S)
 - ✓ Nausée
 - ✓ Murphy / Boas +
 - ✓ Arrêt de la respiration à la palpation du QSD

(Jarvis, 2009)



Anomalies abdominales possibles

- Douleur au pancréas
 - Douleur aiguë (Q) a/n de la région épigastrique avec irradiation au dos (R) et parfois au flanc gauche
 - Signes et Sx associés (S)
 - ✓ Nausée
 - ✓ Vomissements

(Jarvis, 2009)



Anomalies abdominales possibles

- Douleur à l'estomac
 - Ulcère gastrique (P) donnera une douleur constante et sourde (Q) à l'épigastre avec irradiation dans la région rétrosternale et même dans le dos (R)
 - Signes et Sx associés (S)
 - ✓ Douleur provoquée par l'ingestion d'aliments
 - ✓ Ulcère perforé: brûlure avec douleur référée dans les épaules

(Jarvis, 2009)



Anomalies abdominales possibles

- Douleur à l'appendice
 - Sourde et diffuse (Q), la douleur peut être ressentie a/n périombilical ainsi que dans le QJD (R). Douleur qui progresse (T), qui devient constante, tranchante et qui se localise au point de McBurney
 - Signes et Sx associés (S)
 - ✓ Douleur aggravée par la toux, le mouvement, la respiration profonde
 - ✓ Anorexie, nausée, vomissement et fièvre
 - ✓ McBurney, Rosving, Blumberg, Psoas, obturateur

(Jarvis, 2009)



Anomalies abdominales possibles

- Douleur rénale
 - Douleur vague, sourde, loin, qui peut être s/f de colique / crampe (Q) aux flanc, au dos ou à l'abdomen inférieur (R)
 - Signes et Sx associés (S)
 - ✓ Diaphorèse
 - ✓ Nausée / Vomissement

(Jarvis, 2009)



Exercice r/a constipation

- But: En petites équipes, dresser une évaluation de la douleur abdominale r/a constipation
- Temps: 5 à 7 minutes



Particularités à travers les âges

Pédiatrie



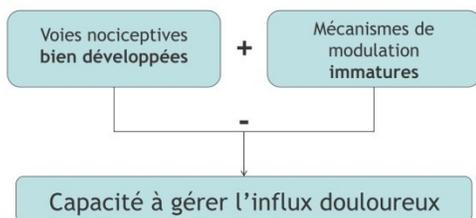
Fausse croyances

- Les enfants n'ont pas de mémoire pour la douleur
- Les enfants s'habituent à la douleur
- Les narcotiques = danger pour les enfants
- La douleur est pareille pour tout le monde
- Pas de plainte → pas de douleur
 - Terreur / Immobilisme
 - Peur des aiguilles / Auto-imagerie (imagination)



Développement du réseau nerveux des bébés

- Fibre nociceptives en + grand nombre chez l'adulte



Évidences

- Les enfants ont mal eux aussi
- Les enfants peuvent être malheureux en raison de la douleur
- La douleur est aussi variable chez les enfants que chez les adultes
- Les enfants ont le droit d'être soulagés



Sous traitement de la douleur

- Religieux: la douleur est nécessaire pour les enfants
- « ça forme le caractère »
- Analgésique = faible caractère
- Le personnel soignant tend à minimiser son rôle de « causeur » de douleur
- Les adolescents deviennent vite « accros »



0 à 2 ans, le stade sensorimoteur

- Apparition de la composante discriminative corporelle (localisation) 6 mois
- Incapacité à distinguer l'origine de la douleur: inconfort généralisé
- La douleur va très rapidement envahir l'enfant, il globalise rapidement et ne se contrôle pas
- N'a pas la notion du temps, ne sait pas se projeter dans l'avenir
- Vocabulaire limité
- Ne comprend qu'une directive à la fois



2 à 7 ans, la pensée égocentrique

- Difficulté à localiser la douleur et la maladie est perçue comme un phénomène extérieur
- La douleur est vécue comme une punition
- L'enfant tient « l'autre » pour responsable de sa douleur
- Il ne peut faire un rapprochement entre « traitement » et « soulagement » de la douleur
- **TEMPS**

(Marchand, 2009)

3 à 6 ans, l'évaluation de la douleur

- Vocabulaire de 1500 mots
- Se plaint spontanément de la douleur, mais a besoin d'aide pour la décrire
- Peurs diffuses et importantes, non proportionnelles à la blessure
- Ne comprend pas le processus de cicatrisation

(Marchand, 2009)

7 à 11 ans, l'opération concrète

- Comprend mieux les effets psychologiques
- Différence entre interne et externe
- Commence à mieux comprendre la nécessité d'un traitement
- Aime les explications et les recherches « j'ai une blessure, j'ai mal »
- La douleur est perçue comme une expérience physique localisée dans le corps
- À cet âge, il faut le rassurer car il a peur : il a acquis le concept de la mort

(Marchand, 2009)

11 ans et +, opérations formelles

- Attribution plus abstraite à la maladie et la douleur
- L'enfant cherche à s'informer sur sa maladie
- Comprend les manifestations de la douleur
- Comprend que le corps se guérit seul

(Marchand, 2009)

Évaluation de base

- Il faut se rapprocher du PQRSTUIM
- L'enfant est le mieux placé pour parler de sa douleur
- La douleur est variable autant pour les enfants que pour les adultes
- Les enfants ont besoin d'être rassurés

(Marchand, 2009)

Évaluation 0 - 4 ans

- Plusieurs outils, mais l'avis des parents demeure essentiel dans l'évaluation
- Outil utile pour le téléphone:
 - EVENDOL
 - Évaluation se fait toujours par le biais de l'observation du parent ou de l'appelant

Fournier-Charrière (2009)

EVENDOL (< 6 ANS) www.pediadol.org

- Validée de la naissance à 6 ans pour mesurer la douleur de l'enfant aux urgences
- Score de 0 à 15
- Noter ce que l'on observe même si on pense que les symptômes ne sont pas dus à la douleur (mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie)



Bite me Charlie!

<http://www.youtube.com/watch?v=HE4FJL2IDEs>



Evendol 6 ans +

	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent
Expression vocale ou verbale: pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3
Mimique: a le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3
Mouvements: s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3
Positions: a une attitude inhabituelle et/ou antalgie et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3
Relation avec l'environnement: peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale = 0	diminuée = 1	Très diminuée = 2	absente = 3



www.pediadol.org



Évaluation chez les 5 ans et +

- Échelle visuelle analogue
- Échelle des visages
- Auto-évaluation
- PQRSTUIM



Particularités à travers les âges
Aînés



Douleur en chiffres

- + de 50% des personnes âgées avec DC
- De 17,5 à 36,3% de la population d'ici 2050
- > 80 ans tripleront
- Plus haut taux de chirurgies et maladies impliquant de la douleur



IASP (2006)

Fausse croyances

- La douleur est normale en vieillissant
- « On doit endurer la douleur pour gagner son ciel »
- Peur de déranger
- Peur des opiacés, car « plus d'effets secondaires et plus de dépendance à notre âge »



Pasero (2011); Marchand (2009)

Évaluation de base

- PQRSTUIM
- Outil utile pour les aînés avec incapacité à communiquer
 - PAINAD, PACSLAC, Doloplus



Marchand (2009); Jarvis (2009); RAO (2002)

Personne âgées incapables de communiquer

- Indicateurs de présence de douleur
- Expression faciale
 - Front plissé
 - Sourcils froncés
 - Bouche ouverte
 - Yeux fermés
 - Expressions faciales différentes
 - Plis nasolabiaux
- TENSIONS MUSCULAIRES A/N VISAGE



Lemay, Savoie, Fusch-Lacelle, Hadjistavropoulos & Aubin (2008)

Recommandations

- Expressions faciales
- Verbalisation
- Mouvements corporels
- Changements de routines, d'activités
- Perturbation de l'état mental
- Changement dans les interactions personnelles



American Geriatrics Society (2002)

PAINAD - Exercice / Outil

- Survol du PAINAD
- Permet de connaître les traits, attitudes, comportements de l'aîné qui présente de la douleur
- Outil rapide, qui peut être utile dans l'évaluation téléphonique



Warden et al. (2003)

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Particularités aînés
PAINAD - Exercice / Outil

Pain Assessment in Advanced Dementia
 Traduction en Français (Canada)

	0	1	2	Résultat
Respiration jugulogénée de la vocalisation	Normale	Respiration laborieuse occasionnelle. Courte période d'hyperventilation	Respiration laborieuse bruyante. Longue période d'hyperventilation. Respiration de type Cheyne Stokes.	
Vocalisation sélective	Aucune	Lamentation ou gémissement occasionnel. Parole à faible niveau d'intensité et à caractère négatif ou désagréable.	Appels ou cris de détresse. Pleurs et gémissements bruyants. Parole.	
Expression faciale	Souriant ou neutre	Triste, apeuré, air désespéré.	Grimace	
Langage corporel	Détendu	Tendu. Bougonne. Agité	Roule. Poings serrés, genoux serrés. Tira ou pousse. Comportements agressifs	
Capacité à être réconforté	Aucun besoin de réconfort	Détrait ou refuse par la voix ou le toucher.	Incapable d'être réconforté, distrait ou résiste.	
				TOTAL (/24)

Warden et al. (2003)

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR

Particularités postopératoires

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Particularités postopératoires

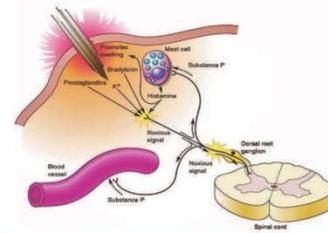
Évaluation postopératoire

- Que ce passe-t-il lors d'une opération?
 - Stimulation continue des neurones nociceptifs
 - Lésion → Soupe inflammatoire
 - Positionnement chirurgical
 - Section de plusieurs neurones
 - Processus de cicatrisation

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Particularités postopératoires

Transduction

Peripheral chemical mediators of pain and hyperalgesia



Reproduced with permission from: Bear MF, Connors BW, and Paradiso MA. Neuroscience - Exploring the Brain, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. Copyright © 2001 Lippincott Williams & Wilkins.

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Particularités postopératoires

Évaluation postopératoire

- Pas de normalité dans la douleur (subjectif)
 - Niveau de soulagement devrait toujours augmenter pendant la convalescence
 - Inflammation de 1 à 2 semaines postopératoires
 - Douleur s/f ankylose générale

ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE LA DOULEUR – Particularités postopératoires

Évaluation postopératoire

- Un recul dans le soulagement devrait faire l'objet du processus réflexif suivant:
 - PQRSTIUM
 - Question en lien avec l'examen physique
 - Prise d'analgésique adéquate?
 - Approches non pharmacologiques respectées?
 - Reprise des activités?
 - Détérioration de la condition?

INTERVENTIONS

INTERVENTIONS

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

127



INTERVENTIONS

Plan de l'intervention

- État actuel des connaissances
- Parallèle avec la fonction infirmière à Info-Santé
- Interventions infirmières
- Approches pharmacologiques
- Approches non pharmacologiques
 - Approches physiques
 - Approches psychologiques

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

128



INTERVENTIONS

État actuel des connaissances

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

129



INTERVENTIONS – État des connaissances

Efficacité de l'intervention téléphonique en douleur

1. Suivi téléphonique postopératoire
 - Suivi avec conseils et enseignement réduit la douleur postopératoire en chirurgie d'un jour
2. Suivi tél. de chirurgie arthroscopique
 - Suivi tél. uniformisé diminue la détresse et augmente la capacité fonctionnelle des patients
3. Intervention tél. postamygdalectomie
 - Suivi tél. avec conseils sur l'utilisation d'analgésique diminuait la douleur

1. Dewar et al. (2003); 2. Jones, Duffy, Flanagan (2011); 3. Paquette, J. et Le May, S. (2010)

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

130



INTERVENTIONS

Parallèle avec la fonction infirmière Info-Santé

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

131



INTERVENTIONS – Parallèle avec la fonction infirmière à Info-Santé

- Après l'évaluation → **Analyse** → Voir ce que vous et votre patient êtes capable de faire dans la situation
- Équivaut l'interprétation des données - focalisation
- **JUGEMENT CLINIQUE!**

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

132



HSSS (2007)

- Par la suite, après concertation avec le patient
 - Transmettre de l'information
 - Enseigner
 - Orienter vers une autre ressource
- Équivaut à la partie exécution des soins
- C'est à ce moment où les approches de traitement et les proches entrent en ligne de compte



MSSS (2007)

Interventions infirmières



Ce que l'infirmière peut faire pour soulager

- Compréhension du problème
- Évaluation / Approches pharmacologiques et non pharmacologiques
- Prendre soin
 - Écoute, accompagnement, réassurance
 - Conseils, enseignement
 - Information, orientation
- Implication de la famille dans la situation



Journal de bord

- Quoi
- Quand
- Fréquence et durée en fonction du type de douleur
- Lourdeur de la procédure
- Comment
- Déterminer le temps



Turk & Melnick (2011)

Approches pharmacologiques



Médication en général



Médication en général

- Anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS)
- Acétaminophène
- Opioides
- Antidépresseurs
- Anticonvulsivants
- Relaxants musculaires
- Antispasmodiques

AINS: AAS (Aspirine, Entrophen)

- Mécanisme d'action
 - Inhibition Cox-1 et Cox-2 → Inhibition de la synthèse des prostaglandines qui sont responsables de l'inflammation
- Indications cliniques
 - Pathologies avec composante inflammatoire
- Usage vs type de douleur

AINS: ibuprofène (Advil, Motrin)

- Mécanisme d'action
 - Inhibition de la synthèse des prostaglandines qui sont responsables de l'inflammation
- Indications cliniques
 - Pathologie / affection avec inflammation
- Usage vs type de douleur

AINS: Celecoxib (Celebrex)

- Mécanisme d'action
 - Inhibition de la COX-2 responsable de la synthèse des prostaglandines → inflammation
 - Pas d'inhibition de la COX-1
- Indications cliniques
 - Pathologie / affection avec inflammation
- Usage vs type de douleur

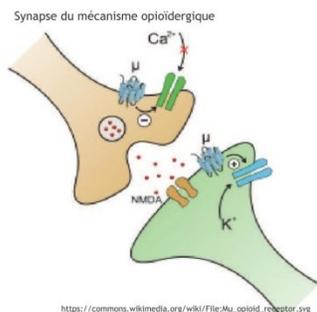
Acétaminophène (Tylenol, Paracétamol)

- Mécanisme d'action (Encore inconnu)
 - Action a/n du SNC: Inhibition de la Cox-3 → Diminution de la douleur par la ↓ des prostaglandines. Pas d'effet Cox-1 et 2
- Indications cliniques
 - Douleur légère à modérée
 - Choix #1 dans le traitement de l'ostéoartrite
- Usage vs type de douleur

Opioides: Morphine, hydromorphone, codéine (Staxel, Dilaudid)

- Mécanisme d'action
 - Opioides agissent en activant les récepteurs mu, delta et kappa. Les récepteurs se situent sur les fibres nociceptives dans tout le SN
- Indications cliniques
 - Chirurgie / Traumatisme
 - Douleur cancéreuse
 - Douleur modérée à intense
- Usage vs type de douleur

- Synapse impliquant les opioïdes et les récepteurs mu
- Là où la morphine agit en empêchant la transmission de la douleur



Mythes opioïdes

- Addiction (dépendance psychologique)
 - Usage compulsif des opioïdes au détriment de la santé physique et psychologique de la personne
 - Implication du système de récompense
- Dépendance physique
 - Manifestation de sevrage lors du retrait de la médication
 - Syndrome de l'abstinence (Peur de la prise)
- Tolérance
 - Perte d'efficacité de la médication due à une perte d'action graduelle dans son mécanisme d'action a/n cellulaire. À long terme c'est pour cette raison que l'on doit augmenter les doses pour obtenir la même analgésie

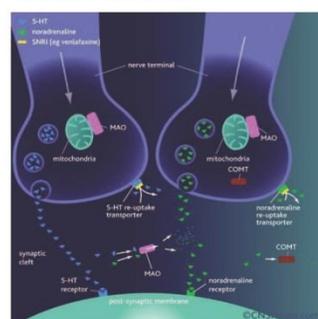
Letne (2010); Pasero (2011)

Antidépresseurs: ISRS, ISRN, tricycliques, IMAO, ...

- Amitriptyline, duloxetine, venlafaxine (Elavil, Cymbalta, Effexor)
 - Effet sur la nociception
 - Effets sur l'humeur se font sentir après 2 semaines de traitement, cependant les effets antalgiques s'exercent après 4 à 5 jours de traitement
 - Les doses utilisées pour soulager la douleur sont inférieures à celles requises pour traiter les troubles de l'humeur
 - Effet sur la nociception s'exercera dépression ou pas

Association des pharmaciens du Canada (2012); Pasero (2011)

Fonctionnement des ISRS et ISRN



Antidépresseurs

- Indications cliniques
 - Douleur chronique
 - Fibromyalgie
 - Neuropathies diverses
 - Prophylaxie migraine
- Usage vs type de douleur

Association des pharmaciens du Canada (2012); Pasero (2011)

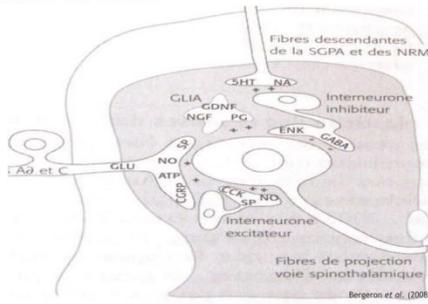
Anticonvulsivants: Gabapentine, pregabaline (Neurontin, Lyrica)

- Mécanisme d'action
 1. Potentialisation de la neurotransmission GABAergique
 2. Blocage des canaux cationiques voltage-dépendants (canaux calciques principalement)
- Indications cliniques
 - Neuropathies diabétiques, postherpétiques
 - Lésion médullaire
 - Fibromyalgie
- Usage vs type de douleur

Association des pharmaciens du Canada (2012); Pasero (2011)

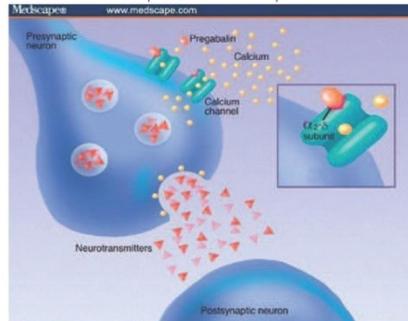
Libération de GABA

INTERVENTIONS – Approches pharmacologiques



Fonctionnement des bloqueurs des canaux calciques

INTERVENTIONS – Approches pharmacologiques



Relaxants musculaires: Méthocarbamol, cyclobenzaprine (Robaxacet, Flexeril)

INTERVENTIONS – Approches pharmacologiques

- Mécanisme d'action
 - Action noradrénergique provenant du SNC qui amène une relaxation musculaire
 - Mécanisme n'est pas encore tout à fait connu
- Indications cliniques
 - Spasmes musculaires r/a affection musculo-squelettiques
 - Adjuvant fibromyalgie
- Usage vs type de douleur

Association des pharmaciens du Canada (2012); Pasro et McCaffrey (2011)

Antispasmodique: Baclofène, dicycloméne (Lioresal, Bentylol)

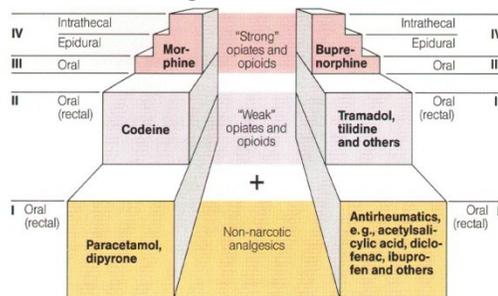
INTERVENTIONS – Approches pharmacologiques

- Mécanisme d'action (peu connu)
 1. Imité l'effet GABAergique
 2. Effet antimuscarinique → relâchement des muscles lisses
- Indications cliniques
 - Paralysie
 - Spasmes viscéraux
- Usage vs type de douleur

Association des pharmaciens du Canada (2012); Pasero (2011); Lehne (2011)

Échelle de soulagement de l'OMS

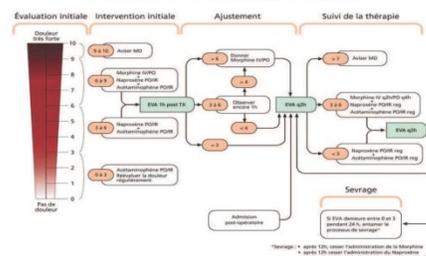
INTERVENTIONS – Approches pharmacologiques



Algorithme de traitement postop au CHUS

INTERVENTIONS – Approches pharmacologiques

Algorithme pour la prise en charge de la douleur aiguë avec diagnostic connu chez l'enfant ou l'adolescent hospitalisé



*EVA = après 15h, avant l'administration de la Morphine
 * après 15h, avant l'administration de la Morphine
 * après 15h, avant l'administration de la Morphine

Exercice (Partie pharmacologique)

Types de douleur		Caractéristiques
Nociceptive	Somatique: Peau, os muscle	Bien localisée, peut être modifiable par la mobilisation
	Viscère creux	Crampiforme
	Viscère plein	Mal localisée, sourde, vague
Neurogène	Périphérique	Choc électrique, coup de couteau, brûlure
	Centrale	Spontanée, diffuse, profonde

Marchand (2009)



Type de douleur vs médication



- Douleur neuropathique
 - Opioides
 - Anticonvulsifs
 - Antidépresseurs

Marchand (2009)



Type de douleur vs médication



- Douleur nociceptive
 - Aiguë
 - ✓ AINS / Acet
 - ✓ Opioides
 - ✓ Relaxants musculaires
 - ✓ Selon classement OMS
 - Chronique
 - ✓ AINS / Acet
 - ✓ Opioides
 - ✓ Antidépresseurs
 - ✓ Anticonvulsifs
 - ✓ Selon classement OMS

Marchand (2009)



Co analgésie

- Douleur est multidimensionnelle = Thérapie multimodale
- Co analgésie augmente le soulagement
- Diminue le risque de douleur chronique
- Permet la diminution de l'utilisation des opioïdes et leurs effets secondaires néfastes
- Recette de l'opioïde / acétaminophène et AINS est souvent utilisée

Pasero (2011); Joshi dans MacIntyre et al. (2008)



Clientèle vulnérable

- Exemple de patients auprès de qui vous pourriez appliquer vos connaissances en lien avec les approches pharmacologiques
- Vous avez le profil (Est-il à jour?)
- Vous avez évalué ce qu'il a pris ou non. Qu'est-ce qui fonctionne ou non?

Approches non pharmacologiques



Trois modèles neurophysiologiques

- Théorie du Portillon
- CIDN
- Contrôle exercé par les centres supérieurs



Marchand (2009)

Approches physiques



Différentes approches physiques

- Agents thermiques
- TENS
- Massages
- Exercice physique
- Éducation / Enseignement



Agents thermiques

- En cas de douleur récente (- de 48h), généralement on applique du froid, à moins d'une intolérance par le patient
 - Fréquence: 15-20 min q 2h ou +
 - Application de chaleur 15-20 min QID par la suite ou le froid s'il soulage encore
- Protocole de douleur musculoquelettique aiguë / oreille / et plusieurs autres



MSSS (2011)

Actions des agents thermiques

- Froid
 - ↓ circulation sanguine
 - ↓ activité cellulaire
 - ↓ afférence nociceptive
 - « Gèle le mal »
 - Indirectement enlève les spasmes en soulageant la douleur
- Chaleur
 - ↑ élasticité des tissus
 - ↓ spasme musculaire
 - ↓ raideurs articulaires
- Analgésie par réduction des afférences nociceptives



Marieb (2010)

TENS / MASSAGE

- TENS conventionnel / Massages légers
 - Utilisation du phénomène du Portillon pour soulager la douleur
- TENS acupuncture / Massages profonds
 - Douleur induite pour recruter les CIDN
 - Points gâchettes



Marchand (2009)

Exercice physique

- La marche, la mobilisation, ... suffisent amplement à réduire la douleur
- Augmentation de la circulation sanguine → Oxygénation des tissus → Réparation des tissus lésés
- Effet antidépresseur, anxiolytique et analgésique par la sécrétion d'opioïdes endogènes, de 5HT et de NA
- L'exercice physique est une distraction en soi

Uptodate (2012); Campbell, Y. de Passillé P. (2009)

Exercice physique

- Combinaison entre l'exercice et les périodes de repos est importante. L'intégration graduelle de l'activité selon les limites de la personne qui récupère augmente la tolérance de celle-ci
- Plusieurs petits repos dans sa journée valent mieux qu'une longue sieste
- Principe de récupération / conservation d'énergie
- Éducation / Enseignement pour démystifier la kinésiophonie

Brook, G.A., Fahey, T.D. (1985); Campbell, Y. de Passillé P. (2009)

Exercice physique

- Kinésiophobie: Peur de la mobilisation « Si je bouge, mon état s'aggravera »
- L'inactivité entraînera l'ankylose, un atrophie musculaire et un déconditionnement de la personne à court terme
- Une intervention courte pour démystifier / écouter / explorer la perception de la personne entraîne un changement dans l'attitude
- Analgésie par les 3 mécanismes neurophysiologiques

Brook, G.A., Fahey, T.D. (1985); Campbell, Y. de Passillé P. (2009)

Éducation / Enseignement

- Peut diminuer la perception d'incapacité
- Peut diminuer les fausses croyances envers la douleur
- Peut modifier le comportement:
 - Augmenter la mobilité
 - Faciliter exercices
 - Attitude face à sa douleur, son quotidien

Brook, G.A., Fahey, T.D. (1985); Campbell, Y. de Passillé P. (2009)

Approches psychologiques

Différentes approches psychologiques

- Gestion du stress / Respiration abdominale
- Relaxation
- Musicothérapie
- Gestion du sommeil
- Hypnose / Distraction

Gestion du stress

- Se référer au protocole sur la gestion du stress, biofeedback, respiration
- Douleur → stress → anxiété → ↑ intensité et inconfort globale de la personne
- Respiration abdominale → Diminue le niveau de cortisol sanguin
- Protocole anxiété / gestion de stress

MSSS (2011); Marchand (2009)

Relaxation

- 3 types
 - a) Relaxation musculaire progressive
 - b) *Training* autogène
 - c) Méthodes méditatives
 - Méthode de concentration passive (mantra)
 - Visualisation
 - Contemplation (flamme, foyer)
- ↓ tensions, stress, anxiété → ↓ douleur
- Protocole relaxation

Marchand (2009)

Musicothérapie

- Musique préférée ou relaxante allégerait la DC
- Émotions positives, pouvoir de distraction et plus grand sentiment de contrôle sur la douleur
- Musique peut réduire jusqu'à 21 % l'intensité des douleurs et jusqu'à 25 % les symptômes de dépression
- Stimulation de l'analgésie provenant des centres supérieurs

Roy M, Rainville P, Peretz I. (2006)

Gestion du sommeil

- Sommeil perturbé
 - ↑ perception de la douleur
 - Trouble de l'humeur
 - ↓ des habiletés psychomotrices
- Protocole du sommeil

MSSS (2011); Racine et Choimière (2011)

Hypnose / Distraction

- Deux processus qui détournent l'attention ailleurs que sur la douleur du patient
- Effet de relaxation ou placebo → Analgésie
- Analgésie par stimulation des centres supérieurs

Marchand (2009)

Autres approches

- Thérapie manuelle
- Traction
- Décompression neurovertébrale (Approuvée par Santé Canada et la FDA)
- Chiropraxie
- Ostéopathie
- Physiothérapie
- Acupuncture (Mécanisme neurophysio inconnu)
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Zoothérapie

Approches en pédiatrie

- Réconfort
- Stimulation des afférences tactiles
- Exercice physique
- Relaxation
- Jeu / Arts (Distraction)
- Musicothérapie
- Imagerie



Approches pour les aînés

- Exercice physique
- Prière
- Relaxation
- Jeu / Arts (Distraction)
- Musicothérapie



Exercice (Partie non pharmacologique)

Types de douleur		Caractéristiques
Nociceptive	Somatique: Peau, os muscle	Bien localisée, peut être modifiable par la mobilisation
	Viscère creux	Crampiforme
	Viscère plein	Mal localisée, sourde, vague
Neurogène	Périphérique	Choc électrique, coup de couteau, brûlure
	Centrale	Spontanée, diffuse, profonde

M. Rivard, 65 ans
2^e partieM. Rivard, 2^e partie

- Objectif: Appliquer les connaissances liées aux approches de traitement
- Description de l'exercice: En groupe, vous déterminez les approches de traitement possibles en lien avec la situation de M. Rivard
- 5 minutes pour effectuer l'exercice

M. Rivard, 2^e partie

Une semaine plus tard, Monsieur Rivard, vous rappelle. Il a obtenu un diagnostic de zona, mais la douleur persiste malgré les traitements reçus. Il vous demande: « Quels sont vos trucs que vous pouvez me donner, car je vais aux États-Unis ce week-end? »

Morphine 5 mg q 4h et Pregabaline 75mg BID. Il prend seulement la Pregabaline (Ne prend pas la morphine : Mort, peur de dépendance, c'est une drogue)



CONCLUSION

CONCLUSION

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



CONCLUSION

Conclusion

- Est-ce que le patient sera capable d'appliquer les conseils reçus?
- Est-ce que le patient comprend comment prendre en charge sa douleur?
- Orientation / références PRN

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



REMERCIEMENTS

Pre Patricia Bourgault inf., Ph.D.

Pre Frances Gallagher inf., Ph.D.

CSSS-IUGS, Service Info-Santé

Financement:
CAU du CSSS-IUGS



Université de Sherbrooke

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



Références (1)

- AGS Panel on persistent pain in older persons. (2002). *The management of persistent pain in older persons*. Journal of American Geriatrics Society, 50(6), S205-S224.
- American Pain Society (2010). *Optimizing the treatment of pain in patients with acute presentations*. Document téléaccessible le 5 novembre 2012: http://www.amspainoc.org/advocacy/downloads/APS10_Optimizing%20PositionPaper.pdf
- Anand, K.J., Scalzo, F.M. (2000) *Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior?*, *Biology Of The Neonate*, 2000 Feb; Vol. 77 (2), pp. 69-82.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2002). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Évaluation et pris en charge de la douleur*. Toronto : RNAO.
- Association des pharmaciens du Canada (2012). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Ottawa: Association des pharmaciens du Canada.
- Bear, M.F., Connors, B.W., Paradiso, M.A. (1997). *Neuroscience: à la découverte du cerveau*. Paris: Éditions Pradel.
- Beaulieu, P. (2005). *Pharmacologie de la douleur*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Bergeron, Y., Fortin, L. et Leclaire, R. (2008) : *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*, Montréal: Edisem-Maloiné.
- Boulanger, A., Clark, A.J. & Squire, P. (2007) *Chronic pain in Canada: Have we improved our management of chronic noncancer pain?*, *Pain Research and Management*, 12(1), 39-47.

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



Références (2)

- Bourreau, F., Liu, M., Doubere, J.F. et Gay, C. (1984). *Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatif*. Comparaison avec le McGill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie*, 39, 119-139.
- Brook, G.A., Fahy, T.D. (1985). *Exercise physiology : Human bienergetics and its applications*, Macmillan Publishing Company : New York.
- Cleland, C.S., Ryan, K.M. (1994). *Pain assessment : global use of Brief Pain Inventory*. *Annals of The Academy of Medicine*, Mar, 23(2), 129-138.
- Campbell, Y. et de Pasillé, P. (2009). *Réadaptation au travail en contexte de douleur chronique, un modèle d'intervention*. Institut de Kinesiology du Québec.
- Chamberland, G., Laviole, L. Et Marquis, D. (2001). *20 formules pédagogiques*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Chassé, D., Prigent, R. (2005). *Préparer et donner un exposé 2e édition*, Montréal: Presses Internationales Polytechnique.
- Devaz, A., Craig, K., Muir, J. & Cole, C. (2003). *Testing the effectiveness of a nursing intervention in relieving pain following day surgery*. *Journal of Ambulatory Surgery* 10(2003), 81-88.
- Falanga I, Lafrenaye S, Mayer SK, Tétreault JP : *Management of acute pain in children : Safety and efficacy of a nurse-controlled algorithm for pain relief*. *Acute Pain* (2006) 8, 45-54.
- Fourrier-Charrière, E. (2000). *L'échelle Evendol, une échelle comportementale de douleur pour l'enfant de moins de 7 ans aux urgences pédiatriques*. Document téléaccessible le 5 novembre 2012 au : http://www.ipediatrie.com/pdf/livre-2009/Article36_FournierCharriere.pdf.

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



Références (3)

- Gouvernement du Québec. (2009). *Loi sur les infirmiers et infirmières, article 36*. Québec: Gouvernement du Québec. Document téléaccessible le 1^{er} octobre 2012: http://www7.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/1_8/18.htm
- International Association for Study of Pain IASP (1994). *Classification of Chronic Pain, 2nd edition*. Seattle: IASP Press.
- IASP (2006). *Older People's Pain*. *Pain Clinical Update*, 14, (3).
- Jarvis, C. (2009). *L'examen clinique et l'examen de santé*. Montréal: Beauchemin.
- Jones, D., Duffy, M.E. & Flanagan, J. (2011). *Randomized Clinical Trial Testing Efficacy of a Nurse-Coached Intervention in Arthroscopy Patients*. *Nursing Research*, 60(2), 92-99.
- Lemay, Savoie, Fusch-Lacelle, Hadjistavropoulos & Aubin (2008) *Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-1) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée*. *Canadian Journal on Aging*, Vol 27(1), pp. 45-55.
- Lijman, A.G. (2004). *Pain management for primary care clinicians*. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists.
- MacIntyre, R.E., Waker, S.M. et Rowbotham, D.J. (2008). *Clinical pain management Acute Pain 2nd édition*. Londres: Hodder Arnold.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Marieb, N.C. (2010). *Anatomie et physiologie humaine 4^e éd.* Montréal : ERPI.

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé



Références (4)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2007). *Services Info-Santé et Info-Social. Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec*. MSSS : Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2011) *Protocole Info-Santé. CSSS-de-la-Vieille-Capitale* : Québec.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (1998). *Lignes directrices de l'exercice infirmier à Info-Santé*. Montréal : OIIQ.

OIIQ (2009). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central*. Montréal : OIIQ.

OIIQ (2012). *La relève infirmière du Québec: Une profession, une formation*. OIIQ: Montréal.

Pasero, C. (2011). *Pain assessment and pharmacological treatment*. Mosby: St-Louis.

Racine, M. et Choimière, M. (2011). *Les troubles du sommeil chez les patients souffrant de douleur chronique*. Le clinicien, mars 2011.

Rice, A.S.C. (2008). *Clinical Pain Management : Chronic Pain*. London : Hodder Arnold.

Riker, R.R., Picard, J.T. et Fraser, G.L. (1999). *Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients*. *Critical Care Medicine*, 27(7), 1325-1329.



Références (5)

Rossignol, M., Arseneault, B., Dionne, C., Poitras, S., Tousignant, M., Truchon, M., Allard, P., Côté, M. et Neveu, A. (2007). *Clinic on Low-back Pain in Interdisciplinary Practice (CLIP)*. Montréal: Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Roy, M., Rainville, P. et Peretz, J. (2006). *Influence des émotions véhiculées par la musique sur la douleur*. Université de Montréal: Montréal.

Türk, D.C., Melzack, R. (2011). *Handbook of Pain assessment*. Couvts MyLibrary.

Warden, V., Hurley, A.C., Volicer, L. (2003). *Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)*. *JAMDA*; 4(1):9-15.



ANNEXE H – Aide-mémoire pour la gestion de la douleur

AIDE-MÉMOIRE GESTION DE DOULEUR

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES2
1. MÉMO - ÉVALUATION DE LA DOULEUR3
2. QUESTIONNAIRE DOULEUR DE SAINT-ANTOINE4
3. DOULEUR RÉFÉRÉE.....5
4. EVENDOL.....6
5. PAINAD7
6. TYPES DE DOULEUR ET CLASSES DE TRAITEMENT.....8

1. MÉMO - ÉVALUATION DE LA DOULEUR

P	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui a provoqué votre douleur? • Apparue soudainement ou graduellement? • Que faisiez-vous lors de son apparition? 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous soulage / empire? • Quel professionnel a-t-il consulté jusqu'à maintenant et quels effets ont été obtenus?
Q	<p><u>Qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous quelle forme est votre douleur? • Échelle de désagréable? 	<p><u>Quantité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune douleur et 10 une douleur maximale imaginable à combien évaluez-vous votre douleur? • Si 0 à 10 ne fonctionne pas → Échelle verbale descriptive (Aucune douleur, légère, modérée, intense, très intense douleur maximale imaginable)
R	<ul style="list-style-type: none"> • Où la douleur se situe-t-elle? • Va-t-elle ailleurs, se propage-t-elle? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que c'est seulement à cet endroit que vous avez mal?
S	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il y a des manifestations associées à cette douleur? 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il y a des signes qui viennent avec votre douleur?
T	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis quand, constant, intermittent? • Quand est-elle apparue? 	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il une fréquence? • Y a-t-il une évolution, détérioration?
U	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que le patient pense de sa douleur? • Comment l'explique-t-elle? • Que pense-t-il que c'est? 	<ul style="list-style-type: none"> • A-t-il déjà eu cette douleur? • Quel sens donne-t-il à sa douleur?
I	<p>Quels sont les impacts sur son quotidien?</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Vos activités générales B. Votre humeur C. Votre capacité à marcher D. Votre travail habituel (incluant le travail à l'extérieur de la maison et les tâches domestiques) E. Vos relations avec votre entourage F. Votre sommeil G. Votre capacité à profiter de la vie 	
M	<ul style="list-style-type: none"> • Médication prescrite • Produits naturels • Médication antérieure qui a fonctionné ou non 	

RNAO (2002), OIIQ (2009), Pasero et Flanaganalane, Cleeland et al. (1994)


Société Française de Rhumatologie
 Critères d'activité

 Version PDF
  Envoyer à un ami
  Imprimer

Questionnaire Douleur de Saint Antoine

NOM :
DATE :

Intérêt

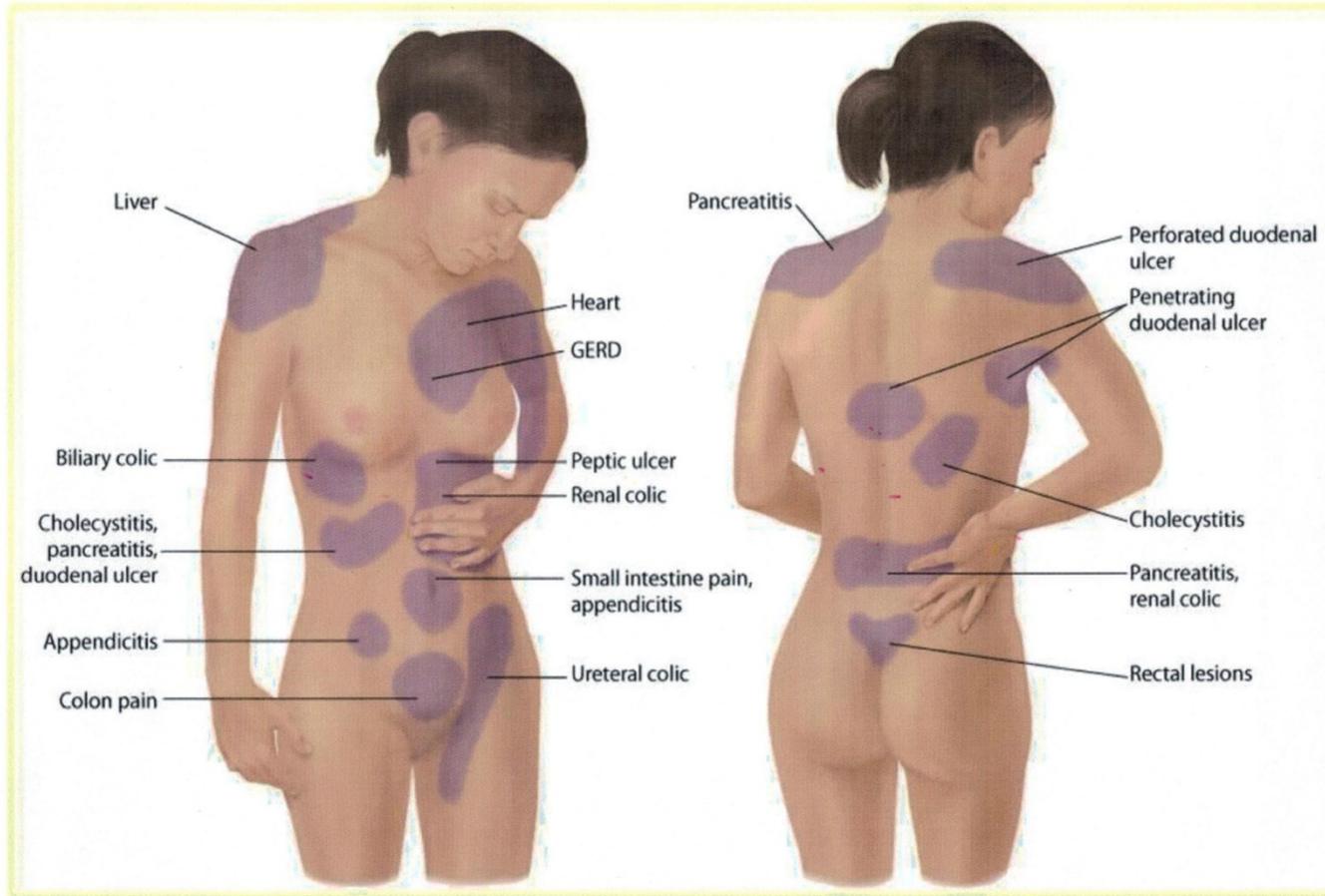
Diécritez la douleur telle que vous la ressentez en général. Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :

	0	absent/ pas du tout		
	1	faible/ un peu		
	2	modéré/ moyennement		
	3	fort/ beaucoup		
	4	extrêmement fort/ extrêmement		
A	<input type="checkbox"/>	Battements	<input type="checkbox"/>	Picotements
	<input type="checkbox"/>	Pulsations	<input type="checkbox"/>	Fourmillements
	<input type="checkbox"/>	Elancements	<input type="checkbox"/>	Demangeaisons
	<input type="checkbox"/>	En éclairs	<input type="checkbox"/>	Engourdissement
	<input type="checkbox"/>	Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	Lourdeur
	<input type="checkbox"/>	Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	Sourde
B	<input type="checkbox"/>	Rayonnante	<input type="checkbox"/>	Fatigante
	<input type="checkbox"/>	Irradiation	<input type="checkbox"/>	Epuisante
	<input type="checkbox"/>	Piqûre	<input type="checkbox"/>	Etreinte
C	<input type="checkbox"/>	Coupure	<input type="checkbox"/>	Nauséuse
	<input type="checkbox"/>	Pénétrante	<input type="checkbox"/>	Suffocante
	<input type="checkbox"/>	Transperçante	<input type="checkbox"/>	Syncopale
	<input type="checkbox"/>	Coup de poignard		
D	<input type="checkbox"/>	Pincement	<input type="checkbox"/>	Opprressive
	<input type="checkbox"/>	Serrement	<input type="checkbox"/>	Angoissante
	<input type="checkbox"/>	Compression	<input type="checkbox"/>	Harcélan
	<input type="checkbox"/>	Ecrasement	<input type="checkbox"/>	Obsédante
	<input type="checkbox"/>	En étou	<input type="checkbox"/>	Cruelle
	<input type="checkbox"/>	Broie	<input type="checkbox"/>	Torturante
E	<input type="checkbox"/>	Trailllement	<input type="checkbox"/>	Supplician
	<input type="checkbox"/>	Etirement	<input type="checkbox"/>	Génante
	<input type="checkbox"/>	Distension	<input type="checkbox"/>	Désagréable
	<input type="checkbox"/>	Déchirure	<input type="checkbox"/>	Pénible
	<input type="checkbox"/>	Torsion	<input type="checkbox"/>	Insupportable
	<input type="checkbox"/>	Arrachement		
F	<input type="checkbox"/>	Chaleur	<input type="checkbox"/>	Énervante
	<input type="checkbox"/>	Brdure	<input type="checkbox"/>	Exaspérante
G	<input type="checkbox"/>	Froid	<input type="checkbox"/>	Horripilante
	<input type="checkbox"/>	Glace	<input type="checkbox"/>	Déprimante
			<input type="checkbox"/>	Suicidaire
TOTAL			LIJ	

Référence

Bourreau F., Liu M., Doubrere J.F., Gay C. - Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie*, 1994; 39, 119-139.

DOULEUR RÉFÉRÉE



Jarvis (2009)

3. EVENDOL

EVENDOL : Evaluation ENfant DOuLeur

échelle validée aux urgences de la naissance à 7 ans. Score de 0 à 15, seuil de traitement 4/15

Noter tout ce que l'on observe... même si on pense que les symptômes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie

Etiquette		signe absent	signe faible ou passager	signe moyen ou environ la moitié du temps	signe fort ou quasi permanent	Antalgique	
						évaluation à l'arrivée	évaluations après antalgique ³
						au « repos » ou au calme ¹	à l'examen ou à la mobilisation ²
Expression vocale ou verbale	pleure <i>et/ou</i> crie <i>et/ou</i> gémit <i>et/ou</i> dit qu'il a mal	0	1	2	3		
Mimique	a le front plissé <i>et/ou</i> les sourcils froncés <i>et/ou</i> la bouche crispée	0	1	2	3		
Mouvements	s'agite <i>et/ou</i> se raidit <i>et/ou</i> se crispe	0	1	2	3		
Positions	a une attitude inhabituelle <i>et/ou</i> antalgique <i>et/ou</i> se protège <i>et/ou</i> reste immobile	0	1	2	3		
Relation avec l'environnement	peut être consolé <i>et/ou</i> s'intéresse aux jeux <i>et/ou</i> communique avec l'entourage	normale = 0	diminuée = 1	très diminuée = 2	absente = 3		
Remarques		Score total /15					
		Date et Heure					
		Initiales de l'évaluateur					

¹ Observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par ex. à distance, avec ses parents, quand il joue en salle d'attente ...

² Il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière (IAO) ou le médecin.

³ Evaluer de nouveau après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, après 5 à 10 minutes si IV.

Référence bibliographique : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129 et P130. Contact : elisabeth.fournier-charriere@bct.aphp.fr

PAINAD

**Pain Assessment IN Advanced Dementia
Traduction en Français (Canada)**

	0	1	2	Résultat
Respiration indépendante de la vocalisation	Normale	Respiration laborieuse occasionnelle. Courte période d'hyperventilation	Respiration laborieuse bruyante. Longue période d'hyperventilation. Respirations de type Cheyne-Stokes.	
Vocalisation négative	Aucune	Lamentation ou gémissement occasionnel. Parole à faible niveau d'intonation et à caractère négatif ou désapprobateur.	Appels ou cris de détresse. Plaintes et gémissements bruyants. Pleurs.	
Expression faciale	Souriant ou inexpressif	Triste, apeuré, air désapprobateur.	Grimace	
Langage corporel	Détendu	Tendu. Bougeotte. Agité.	Raide. Poings serrés, genoux remontés. Tire ou pousse. Comportements agressifs.	
Capacité à être réconforté	Aucun besoin de réconfort	Distrait ou rassuré par la voix ou le toucher.	Incapable d'être réconforté, distrait ou rassuré.	
				TOTAL /10

4. Classification des types de douleur et classes de traitement

Type de douleur		Caractéristiques	Mécanismes	Approches pharmacologiques	Approches non pharmacologiques
Nociceptive	Somatique : Peau, os, muscle	Bien localisée, peut être modifiable par la mobilisation	Stimulation thermique, mécanique ou chimique	Acétaminophène Bloqueur canaux sodiques AINS / AIS Opioïdes	Agents thermiques TENS / Massages Exercice physique Éducation / Enseignement Approches psychologiques
	Viscère creux	Crampiforme	Distension du viscère	AINS / COXIB / AIS Antagonistes 5HT ₃ Antispasmodiques Opioïdes	Agents thermiques Exercice physique Éducation / Enseignement Approches psychologiques
	Viscère plein	Sourde, vague, mal localisée	Distension du viscère	AINS / COXIB / AIS Antagonistes 5HT ₃ Antispasmodiques Opioïdes	Exercice physique Éducation / Enseignement Approches psychologiques
Neurogène	Périphérique	Brûlure, coup de couteau, choc électrique	Lésion nerveuse	Anticonvulsivants Antidépresseurs Opioïdes Anti-NMDA	TENS Exercice physique Éducation / Enseignement Approches psychologiques
	Centrale	Spontanée, diffuse, profonde	Lésion médullaire, sensibilisation centrale	Anticonvulsivants Antidépresseurs Opioïdes Anti-NMDA	Exercice physique Éducation / Enseignement Approches psychologiques

**ANNEXE I – Définition des stratégies éducatives utilisées lors de la formation
continue**

Définitions des stratégies éducatives utilisées lors de la FC

Exposé interactif

Présentation orale d'informations avec l'intervention des apprenants et avec l'utilisation de moyens audio-scripto-visuels. Dans le cas de la présente étude, l'étudiant-chercheur suscitait très souvent la participation des membres du groupe. En plus du support visuel sous forme powerpoint, deux vidéos ont été présentés afin d'animer la discussion.

Vignettes cliniques (Tiré de la définition de l'étude de cas)

Proposition, à un petit groupe, d'un problème réel ou fictif en vue de poser un diagnostic, de proposer des solutions et de déduire des règles ou des principes applicables à des cas similaires. Un cas fictif de zona a été proposé aux infirmières en passant par l'évaluation et les traitements associés à la maladie.

Théâtre-forum (Adapté du jeu de rôle)

Forme de jeu de rôle où l'observateur du jeu de rôle peut interrompre l'action en tout temps et se substituer à un personnage de l'action. Dans la présente étude, les directrices de maîtrise et l'étudiant-chercheur étaient les acteurs et les infirmières – participantes devaient parler à travers les interprètes pour que l'action se poursuive dans la vignette clinique.

Chamberland, G., Lavoie, L., & Marquis, D. (1996). *20 formules pédagogiques*. Québec : Presses de l'Université du Québec

ANNEXE J – Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur

QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES ET CROYANCES

EN GESTION DE LA DOULEUR

(WATT-WATSON, 2000) (BOLDUC, BOURGALT, MICHAUD & LAPRÉ, 2009)

Adapté par Marc Boisvert, inf., B.Sc., Frances Gallagher, inf., Ph.D. et Patricia Bourgault, inf., Ph.D.

S.V.P., COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE

1. Votre sexe

- 1) Masculin
- 2) Féminin

2. Votre niveau de formation complété

- 1) École d'infirmière
- 2) Collégial
- 3) Certificat universitaire
- 4) Baccalauréat
- 5) Maîtrise

3. Dans le cadre de votre travail actuel, avez-vous eu de la formation sur la gestion de la douleur?

- Oui
- Non

Si oui, nombre d'heures approximatif _____

Si oui, en quelle année _____

4. Dans le cadre de formation académique, avez-vous eu de la formation sur la gestion de la douleur?

- Oui
- Non

Si oui, nombre d'heures approximatif _____

Si oui, en quelle année _____

5. Votre expérience de travail en tant qu'infirmière

- 1) 0 à 5 ans
- 2) 6 à 10 ans
- 3) 11 à 20 ans
- 4) 21 à 30 ans
- 5) Plus de 30 ans

6. Votre expérience de travail au sein du Service Info-Santé

- 1) Moins d'un an 
- 2) 1 à 2 ans
- 3) 3 à 4 ans
- 4) 5 ans et plus

7. Votre âge


 _____ ans

8. Votre statut d'emploi

- Temps plein Info-Santé 
- Temps partiel Info-Santé
- Temps plein Équipe-Volante
- Temps partiel Équipe-Volante
- Autre : _____

DIRECTIVES

Les questions suivantes utilisent une échelle visuelle analogue pour illustrer vos réponses. La ligne représente un continuum allant de 0% à 100%. Indiquez par un trait sur la ligne l'endroit correspondant à votre réponse.

Exemple : À votre avis, quel pourcentage de vos clients sont atteints de diabète de type II?

9. Quel pourcentage de vos clients deviennent dépendants en prenant des opiacés (ex : codéine, morphine, etc) pour soulager la douleur?

0% ————— 100%

10. Avec un soulagement efficace, quelle intensité de douleur (de 0 à 100) les clients devraient ressentir?

0% ————— 100%

Aucune douleur Pire douleur imaginable

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

0% ————— 100%

Jamais Toujours

12. À quelle fréquence avez-vous été en accord avec l'évaluation que les clients font de leur douleur? (pourcentage de fois)

0% ————— 100%

Jamais Toujours

13. À quelle fréquence les clients vous disent-ils qu'ils ont de la douleur sans que vous ayez à leur demander? (pourcentage de temps)
- 0% ————— 100%
Jamais ————— Toujours
14. À quelle fréquence les clients demandent-ils volontairement une prescription d'analgésique? (pourcentage de temps)
- 0% ————— 100%
Jamais ————— Toujours
15. Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de clients dit ressentir de la douleur légère? (0 à 3 sur une échelle numérique allant jusqu'à 10)
- 0% ————— 100%
16. Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de clients dit ressentir une douleur modérée? (4 à 6 sur une échelle numérique allant jusqu'à 10)
- 0% ————— 100%
17. Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de clients dit ressentir une douleur élevée? (7 et plus sur une échelle numérique allant jusqu'à 10)
- 0% ————— 100%
18. Quel pourcentage de vos clients prennent des analgésiques per os alors que d'autres voies d'administration seraient plus appropriées?
- 0% ————— 100%
19. Quelle intensité de douleur (de 0 à 100) doit ressentir un client avant de prendre une dose d'analgésique?
- 0% ————— 100%
Aucune douleur ————— Pire douleur imaginable
20. À quelle fréquence doit-on utiliser une combinaison de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager un client souffrant de douleur chronique?
- 0% ————— 100%
Jamais ————— Toujours
21. Un homme de 45 ans, travailleur de la construction se plaint de douleur chronique d'intensité élevée au niveau lombaire malgré la prise d'acétaminophène aux 4 heures. Lui suggérez-vous de prendre la dose de morphine prescrite de 10 mg per os aux 4 heures?
- 0% ————— 100%
Pas du tout ————— Tout à fait
22. La dose de morphine de Madame Nadeau 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. Êtes-vous en accord avec cette suggestion?
- 0% ————— 100%
Pas du tout ————— Tout à fait

**ANNEXE K – Questionnaire sur la perception des activités infirmières en gestion de
la douleur**

QUESTIONNAIRE SUR LA PERCEPTION DES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES EN GESTION DE LA DOULEUR

Inspiré du Pain Management Activities Questionnaire (Dalton, 1995)
Traduit et adapté par Marc Boisvert, inf. B.Sc., Frances Gallagher, inf. Ph.D. et Patricia Bourgault, inf. Ph.D.

1. Au cours des 5 derniers jours, combien de clients avez-vous rencontré qui présentaient de la douleur (**aiguë et chronique**)?

De ce nombre, combien ont de la **douleur chronique**?

2. Selon vous, quelle est la définition de la **douleur aiguë**?

3. Selon vous, quelle est la définition de la **douleur chronique**?

4. Quels outils standardisés utilisez-vous pour effectuer l'évaluation de la douleur chronique auprès de vos clients?

5. Au cours des 6 derniers mois, quels obstacles ont entravé la réalisation de vos activités en gestion de la **douleur aiguë (A)**? De la **douleur chronique (C)** ?

S.V.P. COCHEZ TOUS CEUX QUI S'APPLIQUENT

A C

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manque de temps / charge de travail trop lourde |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manque de soutien ou d'encouragement de la part des infirmières |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Résistance de la part des clients |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Résistance de la part des autres infirmières |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Méconnaissance des interventions possibles en douleur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Information (écrite ou autre) non disponible sur la gestion de la douleur |

Assistance d'autres professionnels nécessaire

Autres obstacles

Nommez _____

Commentaires

6. Le tableau suivant comprend diverses activités que les infirmières peuvent effectuer en gestion de la douleur

REEMPLIR LE TABLEAU S.V.P.

Activités infirmières en gestion de la douleur	Inscrire le nombre de fois	Cochez celles qui s'appliquent		Utilisez les codes suivants 0 = Pas important 1 = Très peu important 2 = Quelque peu important 3 = Moyennement important 4 = Très important 5 = Extrêmement important			
	Combien de fois au cours des 5 derniers jours?	Lesquels avez-vous l'intention de faire?	Lesquels pensez-vous être en mesure de faire?	À quel point chaque activité est-elle importante...			
				à vos yeux?	aux yeux de votre supérieur?	aux yeux de vos pairs?	pour les clients / familles?
A. Dépistage de la douleur en tant que 5 ^e signe vital							
B. Évaluation détaillée avec des outils standardisés							
C. Évaluation continue							
D. Documentation systématique de la douleur							
E. Relation thérapeutique avec le client							
F. Relation thérapeutique avec la famille							
G. Évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques							
H. Contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques ex : protocoles, ordonnances collectives							
I. Mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques							
J. Gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques							
K. Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques							

(Voir page suivante)

(Suite de la question 5)

	Inscrire le nombre de fois	Cochez celles qui s'appliquent		Utilisez les codes suivants 0 = Pas important 1 = Très peu important 2 = Quelque peu important 3 = Moyennement important 4 = Très important 5 = Extrêmement important			
	Combien de fois au cours des 5 derniers jours?	Lesquels avez-vous l'intention de faire?	Lesquels pensez-vous être en mesure de faire?	À quel point chaque activité est-elle importante...			
				à vos yeux?	aux yeux de votre supérieur?	aux yeux de vos pairs?	pour les clients / familles?
Activités infirmières en gestion de la douleur							
L. Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques							
M. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques							
N. Collaboration avec la famille du client							
O. Enseignement adapté et personnalisé au client							
P. Enseignement adapté et personnalisé pour la famille							
Q. Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général							
Autre activité							
Autre activité							

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION!

ANNEXE L – Questionnaire de satisfaction par rapport à la formation continue

Questionnaire de satisfaction par rapport à la Journée de formation continue

Votre contribution est essentielle, car vous êtes dans une position privilégiée pour évaluer la formation à laquelle vous avez participé aujourd'hui. N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires et inscrivez pour chacun des points suivants si vous êtes :

- A. Tout à fait satisfait**
- B. Plutôt satisfait**
- C. Plutôt insatisfait**
- D. Tout à fait insatisfait**

Organisation de la formation : ____

Formateurs : ____

Partie théorique : ____

Partie pratique : ____

Ensemble de la formation : ____

Suggestions :

**ANNEXE M - Guide d'entrevue pour la satisfaction au regard de la réponse aux
besoins de formation continue**

Guide pour la satisfaction face à la réponse aux besoins de FC

1. INTRODUCTION ET PRÉSENTATION (mise en commun) 5 minutes

- 1.1 Présentation du déroulement
- 1.2 Présentation des personnes présentes
- 1.3 Présentation de l'objectif principal de l'étude et de l'objectif de la rencontre

2. ENTREVUE

2.1 Besoins répondus ou non 15 minutes

- Comment jugez-vous que la formation continue a répondu à vos besoins?
- Comment jugez-vous que le soutien post-formation a répondu à vos besoins?

2.2 Mise en application clinique 25 minutes

Décrivez une situation clinique rencontrée après l'activité de formation continue où avez mis en pratique ce que vous avez appris lors de cette formation?

2.3 Situation représentant un défi 25 minutes

Décrivez une situation clinique où vous avez eu de la difficulté à mettre en application les conduites proposées lors de l'activité de formation ou une situation clinique que vous craignez en gestion de la douleur?

2.4 Suggestions et recommandations 10 minutes

- Ce qu'ils ont aimé
- Ce qu'ils ont moins aimé
- Ce qui pourrait être fait autrement
- Ce qui est à conserver

3. CONCLUSION 5 minutes

- 3.1 Résumé de la rencontre
- 3.2 Remerciements des personnes présentes pour leur participation
- 3.3 Explication de la suite du processus

RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES SUR LES CONNAISSANCES, CROYANCES ET LA PERCEPTION DE LEURS ACTIVITÉS INFIRMIÈRES EN GESTION DE LA DOULEUR 25 minutes

Total temps : 110 minutes

**ANNEXE N – Notes de terrain de l'étudiant chercheur lors soutien clinique post
formation continue**

Notes de terrain de l'étudiant chercheur du soutien clinique post formation continue

No inf.	Temps	Temps total	Nombre de cas
1.	Visite 1 : 30 min 2 s cas; Visite 2 : 30 min 1 s cas	60 min	3
2.	Visite 1 : 45 min 2 s cas; Visite 2 : 45 min 4 s cas	90 min	6
3.	Visite 1 : 30 min 2 s cas	45 min	2
4.	Visite 1 : 30 min 2 s cas	45 min	2
5.	Visite 1 : 30 min 2 s cas	45 min	2
6.	Visite 1 : 45 min 4 s cas	45 min	4
7.	Visite 1 : 30 min 3 s cas; Visite 2 : 30 min 3 s cas	90 min	6
8.	Visite 1 : 60 min 5 cas	90 min	5
9.	Visite 1 : 45 min 3 s cas	60 min	3
10.	Visite 1 : 30 min 2 s cas	60 min	2

SCPF#1

- Céphalées et fibromyalgie
- Reconnaît l'importance des approches non pharmacologiques
- Dis qu'elle est capable d'expliquer au patient pourquoi la douleur se chronicise
- « Je ne pensais jamais que l'écoute et de prendre le temps et d'être présente pour le patient était aussi bénéfique »

SCPF#2

- Lombalgies, douleurs abdominales, otalgie
- Trouve difficile de ne pas pouvoir aider plus le patient pour sa DC
- Se posait beaucoup de questions en lien avec les éléments de surveillance urgents vs l'envoi immédiat à l'urgence

SCPF#3

- Gonalgie, douleur abdominale
- Validation de ses connaissances
- Documentation de la douleur partielle, mais l'essentiel de l'évaluation et des interventions sont faites
- « C'est difficile avec le temps qu'on a de tout évaluer »

SCPF#4

- Fibromyalgie, douleur post appendicectomie
- Elle voulait valider ses interventions auprès de ses patients
- Très bien fait en lien avec les approches non pharmacologiques

SCPF#5

- Douleurs abdominales

- Contente de la FC, trouve que la partie physiopathologie de la douleur était géniale
Mais reste amer face aux douleurs abdominales
- « Il faudrait des formations plus longues au niveau des douleurs abdominales »

SCPF#6

- Fibromyalgie et douleur MI et douleurs abdominales
- « C'est fou comment je ne misais pas assez sur les interventions non pharmacologiques. Elles sont d'une grande aide »
- Mentionne qu'elle sous-estimait énormément son pouvoir d'infirmière et de l'importance d'écouter les patients atteints de DC

SCPF#7

- Douleur abdominale, Douleur tête et cou et MS
- Veut valider si elle a bien évalué la douleur et si elle l'a bien documenté dans ses fiches d'appel
- Répartition égale entre DC et DA
- « Le quota d'appel à respecter me met ne barrière dans mes interventions en DC surtout »

SCPF#8

- Douleur postopératoire, abdominale et céphalées
- Elle a mentionné : « C'est intéressant le cahier que tu nous as laissé. Il est très utile lorsque je suis mal prise. »
- Mentionne qu'elle prend maintenant le temps de tout évaluer afin d'avoir un portrait global de la situation de ses patients
- Particulièrement ceux qui souffrent de douleur chronique

SCPF#9

- Fibromyalgie
- Veut voir si elle est bien intervenue auprès de personnes fibromyalgiques
- Bonne documentation. Bonne intervention. Ajout d'approches non pharmacologique à faire.
- « Je trouve difficile de travailler avec ce type de personne »

SCPF#10

- Lombalgie, arthrose
- Trouve important de travailler à partir de ce que le client demande. Surtout en douleur et en contexte de contraintes de temps en lien avec le minimum d'appel à traiter
- « Travailler sur quelque chose que je ne connais pas le but, ce n'est pas productif »

10 infirmières – participantes ont eu recours au soutien clinique dont 3 qui ont pris 2 rendez-vous.

Trois infirmières – participantes n'ont pas eu l'occasion de faire appel au soutien clinique malgré les rappels de la conseillère-cadre, car ils n'ont pas eu de problème en lien avec la GD.

ANNEXE O – Grille de classification du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (T0)

Grille d'analyse du questionnaire Toronto la gestion de la douleur (T0)

Interventions posés par les infirmières pour gérer la douleur	
<i>Évaluation complète de la douleur</i>	
	Évaluation de la douleur X10
	Évaluation de la médication prise ou observance thérapeutique X3
<i>Interventions</i>	
	Interventions selon les réponses du client X2
	Approches pharmacologiques X8
	Approches non pharmacologiques X15
	Enseignement X6
<i>Relation thérapeutique</i>	
	Écoute active
	Empathie
	Réassurance
	Lien de confiance
	Dédramatisation
	Encouragement
<i>Orientation / référence</i>	
	Collaboration avec pharmacien
	Orientation vers ressources appropriées X3
	Référence

Difficulté dans l'évaluation de la douleur	
<i>Contexte de travail</i>	
	Temps accordé par le MSSS pour un appel
	Pas assez de temps dans le cadre du travail pour répondre à chacun des appels que nous avons
	Impossible de cerner le non verbal dans l'évaluation
	Évaluation à l'aveugle X8
<i>Caractéristiques de l'intervenant</i>	
	Manque de connaissances
	Difficulté à ne pas suggérer de réponses
<i>Caractéristiques de l'appelant</i>	
	Communication difficile avec le patient X9
	Clientèle différente X3
	Subjectivité de l'évaluation du patient X6
<i>Caractéristiques de la douleur</i>	
	Type de douleur à évaluer X3
	Céphalées
	Douleur abdominale X3

Difficulté dans le soulagement de la douleur	
<i>Contexte de travail</i>	
	Manque de temps
	Limites professionnelles
	Moyens accessibles sur place
	Pas de suivi systématique des patients X2
<i>Contexte de l'intervenant</i>	
	Manque de connaissances X 10
	Impuissance face à la DC
<i>Caractéristiques de l'appelant</i>	
	Compliance des patients aux mesures de soulagement suggérées X2
	Fausse croyances

Conséquences de la DC	
<i>Personnelle</i>	
	Trouble de santé mentale X15
	Difficulté professionnelle X4
	Altération de la qualité de vie X13
	Trouble de l'humeur X7
	Altération du sommeil X5
	Situation psychosociale altérée X3
	Difficulté avec AVD et AVQ X5
	Dépendance aux opiacés X3
<i>Entourage</i>	
	Isolement X6
<i>Réseau de la santé</i>	
	Utilisation accrue du système de santé
	Coûts sociaux engendrés par DC

ANNEXE P – Grille de classification du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (T1)

Grille d'analyse du questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (T1)

Interventions posés par les infirmières pour gérer la douleur	
<i>Évaluation complète de la douleur</i>	
	Évaluation de la douleur X12
	Analyse du problème X3
<i>Interventions</i>	
	Approches pharmacologiques X4
	Approches non pharmacologiques X7
	Enseignement X5
<i>Relation thérapeutique</i>	
	Écoute active X3
	Encouragement
<i>Orientation / référence</i>	
	Orientation vers ressources appropriées
	Référence

Constat T0 à T1 : L'évaluation de la douleur est nommée par 12 des 13 infirmières – participantes dans cette question.

Difficulté dans l'évaluation de la douleur	
<i>Contexte de travail</i>	
	Évaluation à l'aveugle X2
	Manque de temps pour les appels
	Temps accordé par le MSSS pour un appel à Info-Santé
	Manque de continuité dans les soins qui amène des répétitions d'explication
<i>Contexte de l'intervenant</i>	
	Nouvelles connaissances à assimiler
<i>Caractéristiques de l'appelant</i>	
	Communication difficile avec certains patients X3
	Différence dans la clientèle X2
	Subjectivité reliée à l'intensité de la douleur X2
<i>Caractéristique de la douleur</i>	
	Localisation de la douleur
	Faire préciser le type de douleur

Constat T0-T1 : Le manque de temps apparaît maintenant dans les difficultés dans l'évaluation.

Le manque de connaissances n'est plus une difficulté dans l'évaluation.

Difficulté dans le soulagement de la douleur	
<i>Contexte de travail</i>	
	Manque de temps X3
	Limites professionnelles
	Moyens accessibles sur place
	Pas de suivi systématique des patients X2
<i>Contexte de l'intervenant</i>	
	Manque de connaissance r/a médication X2
	Facilité d'explication de la thérapie médicamenteuse
<i>Caractéristiques de l'appelant</i>	
	Compliance des patients aux mesures de soulagement suggérées X4
	Fausse croyances X7
	Surestimation de la douleur par les patients pour se faire dire de consulter

Constat T0-T1 : Manque de connaissance a diminué grandement.

Fausse croyances des patients ont augmenté.

Conséquences de la DC	
<i>Personnelle</i>	
	Trouble de santé mentale X9
	Difficulté professionnelle
	Altération de la qualité de vie X9
	Trouble de l'humeur X4
	Altération du sommeil X3
	Situation psychosociale altérée X4
	Difficulté avec AVD et AVQ X2
<i>Entourage</i>	
	Isolement X3
<i>Réseau de la santé</i>	
	Coûts sociaux engendrés par DC

Constat T0-T1 : Dépendance aux opiacés n'est pas mentionné ici.

ANNEXE Q – Grille de classification du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (T2)

Grille d'analyse du questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (T2)

Interventions posés par les infirmières pour gérer la douleur	
<i>Évaluation complète de la douleur</i>	
	Évaluation de la douleur X5
	Évaluation de la médication prise
<i>Interventions</i>	
	Approches pharmacologiques X3
	Approches non pharmacologiques X6
	Co-analgésie X3
	Enseignement X3
<i>Relation thérapeutique</i>	
	Écoute active X6
	Encouragement
<i>Formation</i>	
	Se former
<i>Orientation / référence</i>	
	Orientation vers ressources appropriées X2
	Référence

Constat T0 à T2 : La FC devient une intervention que les infirmières – participantes peuvent faire pour mieux gérer la douleur de leur patient
Précision augmentée entre T0-T2

Difficulté dans l'évaluation de la douleur	
<i>Contexte de travail</i>	
	Évaluation à l'aveugle X3
	24 appels minimum à faire par quart de travail X2
<i>Contexte de l'intervenant</i>	
	Bien évaluer la douleur
<i>Caractéristiques de l'appelant</i>	
	Communication difficile avec certains patients X3
	Différence dans la clientèle X3
<i>Caractéristique de la douleur</i>	
	Douleur imprécise
	Fibromyalgie

Constat T0-T2 : Subjectivité n'apparaît plus comme une difficulté pour l'intervenant.
Le quotas d'appel inquiète les infirmières – participantes vs la qualité des soins qu'elles peuvent apporter aux patients.

Difficulté dans le soulagement de la douleur	
<i>Contexte de travail</i>	
	Manque de temps X1
	Prise en charge de la DC par le système de santé X2
	Limites dans les protocoles Info-Santé X2
	Manque de temps
<i>Contexte de l'intervenant</i>	
	Manque de connaissance r/a médication X2
<i>Caractéristiques de l'appelant</i>	
	Compliance des patients aux mesures de soulagement suggérées X3
	Fausse croyances X3
	Clientèle difficile X3

Conséquences de la DC	
<i>Personnelle</i>	
	Trouble de santé mentale X7
	Difficulté professionnelle
	Altération de la qualité de vie X8
	Trouble de l'humeur X2
	Altération du sommeil X4
	Situation psychosociale altérée X5
	Difficulté avec AVD et AVQ X4
<i>Entourage</i>	
	Isolement X2
	Problèmes familiaux X3
<i>Réseau de la santé</i>	
	Engorgement du système de santé

Constat T0-T2 : Dépendance aux opiacés n'est pas mentionné ici.

ANNEXE R – Grille de classification de la satisfaction au regard de la réponse aux besoins de formation continue

Grille d'analyse de l'entrevue de groupe focalisé (T2)

Réponses aux besoins par la FC	
<i>Limites</i>	
	Besoins complexes non répondus, mais le temps de la FC ne le permettait pas
	Visite d'une clinique de la douleur (Logistique)
<i>Connaissances</i>	
	Mise à jour des connaissances acquises au niveau académique
	Prise de conscience de la douleur
	Processus physiopathologique de la douleur, nous fait comprendre le pourquoi de nos interventions
	Compréhension du chemin de la douleur
	Nombreuses possibilités de soulagement avant d'aller voir le médecin
	Permis de comprendre pourquoi certains patients n'étaient pas soulagés
	Connaissances des signes r/a évaluation abdominale pour identifier possible appendice
<i>Application pratique</i>	
	Application des connaissances acquises lors d'un appel
	Permet d'avoir une méthode dans l'évaluation de la douleur
	Le fait d'écouter, la relation thérapeutique est importante dans la pratique
	Alternance entre Tylenol et Advil se fait bien maintenant connaissant l'action pharmacologique de ceux-ci
	Gain de temps en cernant le bon type de douleur
	Renseigner le patient en lien avec les analgésiques. Réduit les mythes r/a opiacés chez les patients en DC
	Me permet de m'adapter à la clientèle enfant ou adulte
	Permet la suggestion de psychologue ou psychothérapeute
	Permet d'expliquer l'effet du stress/anxiété au patient
	Vulgarisation de l'explication de la théorie du Portillon au patient
<i>Sentiment d'auto-efficacité</i>	
	Satisfaction après les appels difficiles
	Impression de bien répondre après la FC
	Sentiment d'aisance avec les réponses que je dois donner en lien avec la douleur
<i>Besoins</i>	
	Besoins sur mesure, nous fait sentir impliqué dans le processus de FC
	Réponse à mon besoin de comprendre la partie biologique de la douleur
	FC accessible pour le travail à Info-Santé
	Le fait que la FC ne soit pas imposée par les supérieurs
	Le fait de partir de nos votes se reflétait dans la FC

Réponses aux besoins par le soutien clinique post formation	
<i>Formateur</i>	
	Soutien génial, rétroaction positive et constructive, points à compléter bien dits
	S'adapte à notre vitesse de compréhension de la personne
	Je ne me sentais pas juger
	On ne le voit pas comme un supérieur, mais plutôt un expert
<i>Résultats</i>	
	Permettait d'éclaircir des points flous une fois dans l'action
	Savoir qu'il y avait du soutien nous rendait plus sécurisées
	Fait en sorte de réviser ma pratique
	A amené une meilleure évaluation sur le terrain
	Permet de cibler l'intervention téléphonique
	Ramène à la base et connaît le besoin du patient
	Permet d'intégrer les connaissances et la pratique

<i>Moment</i>	
	Temps entre la demande et la réponse par l'expert pouvait être long
	Besoin d'avoir du support sur le pouce directement sur mon quart de travail
<i>Besoins</i>	
	Support à partir des demandes des participants
	Support adapté et personnalisé à mes besoins

Mise en application clinique	
<i>Évaluation</i>	
	Avec outil d'évaluation de l'enfant, me permet de mieux détecter la douleur
	Évaluation comportementale de la douleur chez personne âgée incapable de décrire sa douleur
	Avoir en tête le concept de douleur projetée pendant mon évaluation de la douleur
	Utilisation des cadrans abdominaux pour évaluer l'endroit de la douleur
	Évaluer ce que les patients ont déjà fait pour soulager leur douleur
	Signes cliniques pour détecter une possible appendicite
<i>Approches pharmacologiques</i>	
	Révision de la médication qui avait été prise
	Importance de prendre la médication tel que prescrit et régulièrement
	Maintenant je sais comment je peux faire la différence avec l'alternance acétaminophène et ibuprofène lors d'une douleur chez l'adulte
<i>Approches non pharmacologiques</i>	
	Activité physique malgré la douleur en alternance avec le repos
	Les approches pharmacologiques me permettent de proposer une alternative à la médication et suggérer de nouvelles choses au patient
	Soulagement plus grand avec les approches pharmacologiques apprises
	Intégration des approches pharmacologiques dans les cas de DC
<i>Enseignement</i>	
	Enseignement que la douleur pouvait devenir chronique en ne la traitant pas
	Enseignement des signes de douleur chez l'enfant aux parents.
	Lorsqu'on dit au patient de faire une intervention différemment pour optimiser son soulagement
	Enseignement sur la dépendance à la morphine et à son usage uniquement pour les mourants (Défaire les mythes)
	Explication de l'effet analgésique des antidépresseurs
	Le soir, ils nous appellent pour des douleurs, ils sont plus fatigués, donc moins tolérants, je peux leur dire pourquoi ils ont encore plus mal.
	M'a permis d'expliquer ce qui se passait avec la douleur
<i>Relation thérapeutique</i>	
	Lien thérapeutique augmente lorsque j'évalue de façon méthodique la douleur, les patients sont plus collaborateurs
	Écoute de 45 minutes avec une patiente et elle était soulagée à la fin de l'appel
	Les connaissances apprises me permettent d'accepter la douleur des patients et faire preuve de plus d'empathie.
	Nous sommes là pour rappeler leurs méthodes de soulagement
	Nous sommes plus ouverts aux problèmes douloureux des patients

Situations cliniques représentant un défi	
<i>Évaluation</i>	
	Évaluation de la douleur abdominale demeure un défi
	De devoir considérer le patient comme la mieux placée pour évaluer sa douleur (Surévaluation)
	Évaluation complète de la médication et des approches non pharmacologiques déjà utilisées
	Évaluation de l'enfant ou nouveau-né
	Évaluation de la douleur d'une personne par une autre
<i>Physiopathologie</i>	
	DRS sont difficiles à distinguer du pyrosis ou de douleur r/a anxiété
	Cas de fibromyalgie
	Douleur chronique
	Tous les principes physiologiques derrière la douleur
	Pathologie r/a à la douleur abdominale
<i>Clientèle difficile</i>	
	Impossible d'obtenir de l'information, car le patient dit j'ai mal à toutes mes questions
	Gens qui gémissent pendant l'évaluation, impossible de s'entendre au téléphone
	Approche multimodale, sa gestion est difficile
	Client qui veut seulement se vider le cœur parce qu'il a de la douleur
	Les personnes angoissées qui me transfèrent leur angoisse
	Patient qui désire obtenir un diagnostic avant même d'avoir évalué
	Client indemnisé par CSST et en conflit avec employeur
	Client qui ne croit à rien et a peur de la dépendance aux opiacés
	Patient en colère parce qu'ils ont déjà tout essayé les remèdes

Ce qu'elles ont aimé de la FC	
<i>Besoins</i>	
	Adapté spécifiquement à la réalité d'Info-Santé
	Ensemble de la matière couverte selon nos besoins
	Processus d'identification des besoins pour établir le contenu de FC
	Accessibilité de la formation
	Reconnaissance du besoin de formation en GDL à Info-Santé
<i>Outils</i>	
	Cahier aide-mémoire
	Documents reçus
	Les outils concrets malgré complexité du contenu
	Documents tangibles en soutien à la pratique
<i>Soutien clinique</i>	
	Le coaching
	Retour sur la FC
	Suivi clinique
	Rencontres individuelles
	Soutien clinique personnalisé
<i>Méthodes utilisées</i>	
	Présentation powerpoint
	Multiples interactions dans le processus de FC
	Vulgarisation
	Dynamisme dans la FC
	Ouverture face au dialogue
	Les petits groupes formés
	Convivialité
	Partage d'information
	Interaction constante dans le processus de FC
	La durée de la FC
	Interactions en petits groupes
<i>Bénéfices</i>	
	Connaissances acquises
	Côté professionnel dû à la recherche
	FC accréditée
	Dynamisme dans la FC
	Ouverture face au dialogue
<i>Formateurs</i>	
	Compétences du formateur
	Dynamisme et enthousiasme du formateur
	Maîtrise de la matière par le formateur
	Côté humain du formateur
	Formateur qui connaît la réalité à Info-Santé
<i>Contenu</i>	
	Physiologie a/n cérébral
	Effets de la médication sur la neurotransmission
	Informations transmises
	Contenu pharmacologique et physiologique
	Précision, rigueur et synthèse du contenu
	Rappel physiologique
	Conserver la FC vaste et complète

Ce qu'elles ont moins aimé de la FC	
<i>Recherche</i>	
	Processus lié à la recherche
	Complétion du questionnaire PMAQ
<i>Délai</i>	
	Délai entre le besoin de soutien et le soutien

Ce qui pourrait être fait autrement	
<i>Recherche</i>	
	Utiliser un autre questionnaire sur la perception des activités infirmières
	Avoir une liste des thèmes à aborder lors de la dernière rencontre pour mieux répondre aux questions
<i>Méthode</i>	
	Pendant la formation : Utiliser 2 à 3 cas cliniques supplémentaires, puis analyser en groupe les interventions efficaces à faire dans ces cas
<i>Contenu</i>	
	FC plus longues sur douleurs abdominales
	Approfondir la douleur chez l'enfant
	Rafraîchissement a/n neurophysiologiques pour mieux intégrer quelques mois après la FC
<i>Soutien clinique</i>	
	Obtenir le soutien clinique sur place avec des plages de disponibilités
	Avoir plus de temps de soutien clinique

ANNEXE S – Lettre d’appui du chef de service envers le projet de recherche

Le 27 janvier 2012

Monsieur Marc Boisvert
Étudiant à la maîtrise en sciences cliniques
Université de Sherbrooke
3001, 12e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Objet : activité de formation continue en gestion de la douleur pour les infirmières d'info-santé.

Monsieur,

Par la présente, nous désirons vous signifier que le Service Info-Santé de la région de l'Estrie appuie le projet de recherche mentionné en titre sous la supervision des professeurs Patricia Bourgault et Frances Gallagher, de l'Université de Sherbrooke.

Nous reconnaissons l'importance de la formation continue. Nous nous engageons donc à libérer les infirmières du Service Info-Santé lors de la rencontre préparatoire à l'activité de formation continue, ainsi que lors de la journée de l'activité, et finalement, lors de la dernière rencontre d'évaluation de l'activité.

Nous vous réitérons donc notre collaboration et notre appui pour ce projet.

Veillez agréer, Monsieur Boisvert, nos cordiales salutations.

Marie-Hélène Anctil

Chef d'administration de programmes par intérim
CSSS-Institut Universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Direction des services généraux et programmes spécifiques aux adultes
50, rue Camirand
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : (819)780-2220 poste 47702

ANNEXE T – Affiche présentée au Congrès NAPGRC

PAIN MANAGEMENT CONTINUING EDUCATION ACTIVITY TAILORED FOR INFO-SANTÉ NURSES: Impacts on knowledge and nursing activities

Marc Boisvert, inf. B.Sc., Frances Gallagher, inf. Ph.D. and Patricia Bourgault, inf. Ph.D.
 École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada

1 - WHAT'S INFO-SANTÉ? ¹

- Public health service in Quebec
- Nursing call center for all the population

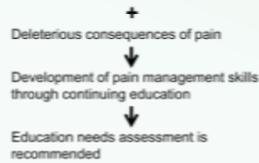
8 - 1 - 1

Call Info-Santé 24 hours a day, 7 days a week

2 - INTRODUCTION

- Approximately 80% of people consult a primary care professional for pain
- 68% of all calls to the Info-Santé nursing service are for a health problem with a pain component
- Pain is often poorly assessed by health care professionals

Complexity of pain assessment over the phone



5 - INTERVENTIONS

- 1) Training activity ⁵
 - Based on:
 - Participants' training needs
 - RNAO and Info-Santé guidelines ^{1,6}
 - Content:
 - Pain neurophysiology
 - Complete pain assessment
 - Assessment in specific situations
 - Pharmacological treatment
 - Non pharmacological treatment

3 - AIM

- Design and develop a pain management training activity by and for Info-Santé nurses

4 - METHODS

- Design**
- Mixed method design with a concurrent transformative model ²
- Setting**
- Info-Santé call center in Sherbrooke, Qc

- Participants**
- Population: n= 31
 - Convenience sample: n = 19

QUANTITATIVE ASPECT

- Instrumentation**
- **TPMI:** Toronto pain management Inventory ³ (T0, T1, T2)
 - **PMAQ:** Pain management activities questionnaire ⁴ (T0, T2)
 - Both French, valid and reliable versions

- Analysis**
- Wilcoxon test

6 - RESULTS



- 3 months after training activity**
- They felt more competent in pain management (p = 0,001)
 - They felt that their pain management was adequate (p = 0,002)

Pain management activities Improved frequencies p < 0,05

- Systematic documentation of pain
- Therapeutic relation with patient
- Expectations assessment regarding treatment
- Initiation of non pharmacological approach
- Management of analgesic side effects
- Collaboration with patients' family

7 - DISCUSSION

- 1st TPMI score measure: Similar to other studies ^{6,7}
- After training activity: Nurses think they are more competent ⁷
- Training activity and coaching: ↑ use of non pharmacological treatment ^{8,9}
- Varied educational strategies and training activity based on participants' needs: knowledge improvement ^{10,11}

8 - CONCLUSION

- A tailored continuing education activity with coaching appears to be a promising approach to improve nurses' pain management skills in primary care settings
- This type of continuing education should be spread to all Info-Santé call center in Quebec
- More research is needed to assess the efficacy of continuing education in pain management in primary care settings

REFERENCES

- 1) Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2007). MSSS
- 2) Connell, J.H. et al. (2011). *ESNP Publications*
- 3) Voth-Hastson, J.H. et al. (2011). *Nursing Research*, 49(4)
- 4) Bergman, D., Bourgault, P. and Gallagher, F. (2011). *Médecine, Université de Sherbrooke*
- 5) Boisvert, M., Bourgault, P. and Gallagher, F. (2013). *Actes de formation continue, UQAM*
- 6) RNAO. (2007). *Assessment à pain management, RNAO*
- 7) Lapin, J. et al. (2011). *L'Infirmière*, 48(1)
- 8) Lin, P. et al. (2008). *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), 232-241
- 9) Johnson, C. et al. (2007). *Journal of Pediatric Nursing*, 22(6), 407-418
- 10) Traynor, A. (2002). *Journal of Clinical Nursing*, 11(5), 285-294
- 11) Leppert, M. et al. (2011). *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(1), 312-320



ANNEXE U – Affiche présentée au Canadian Pain Society

PAIN MANAGEMENT CONTINUING EDUCATION ACTIVITY TAILORED FOR INFO-SANTÉ NURSES: Continuing education needs assessment by the Nominal Group Technique

Marc Boisvert, RN BSc, Patricia Bourgault, RN PhD and Frances Gallagher, RN PhD
École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

1 - WHAT'S INFO-SANTÉ? ¹



- Public health service in Quebec
- Nursing call center for all the population

2 - CONTEXT

- 68% of all calls to the Info-Santé nursing service are for a health problem with pain (Compilation from calls of an entire week)
- Pain is often poorly assessed by health care professionals ²
- Deleterious consequences of pain
- Complexity and difficulty of pain assessment over the phone**
- Continuing education: A solution to improve pain management over the phone ³
- Continuing education based on learning needs: A promising avenue ⁴

5 - NOMINAL GROUP TECHNIQUE PROCESS ⁵

Nominal Group Technique: A structured method to assess learning needs

- Introduction and explanation**
Welcome participants, explain the purpose and procedure
 - Silent generation of ideas**
All participants generate written answers to the question:
"In regard to pain management, what would you want to learn or improve?"
 - Sharing ideas**
Through a round-table process, invite participants to share their learning needs
 - Group discussion**
Clarifying ideas from point of view of all participants.
Help participants to specify their learning needs, for example by clustering similar themes
 - Vote and ranking**
Prioritize learning needs through a voting process
- After process completed with all groups, results immediately given to participants

3 - AIM

- Assess educational needs regarding pain management by Info-Santé nurses located in an urban call center

4 - METHODS

- Design**
- Nominal Group Technique ⁵
- Setting**
- Info-Santé call center in Sherbrooke, QC
- Participants**
- Population: n= 31
 - Convenience sample: n = 20
 - Divided in 3 groups
- Analysis**
- Quantitative approach ⁵
 - Sum of weighted score for each participant vote (The score for each item was divided by 20 and the results were added to obtain a weighted score)

6 - RESULTS

Table 1: Needs assessment

Learning needs	Weighted score				Priority
	Group 1	Group 2	Group 3	Total	
Pain assessment (PA)				8.15	High
• Complete PA	1.15	1.80	0.30	3.25	↓
• Abdominal PA	0.50	1.80	0.45	2.75	
• PA from birth to old age	0.80	0.45	0.90	2.15	
Pain neurophysiology	1.15	1.00	0.00	2.15	↓
Pharmacological treatment	0.55	0.85	0.60	2.00	
Non-pharmacological treatment	0.55	0.25	0.70	1.50	
Chronic pain	0.55	0.00	0.30	0.85	

- Sum of all types of pain assessment: Score of 8.15
- According to participants: Chronic pain is difficult to assess and to treat
- Other learning needs were identified by participants but not included in the training activity:
 - Eye pain
 - Headache
 - Chest pain
 - Fibromyalgia

7 - DISCUSSION

- Pain assessment: Main priority of nurses and RNAO ⁶**
- Pain management: A learning need for nurses ⁶⁻⁷
- NGT is a recognized method of assessing learning needs in a clinical setting ⁸

8 - CONCLUSION

- Tailored training activity was designed and offered to the participants
 - Duration: 7 hours
 - Variety of instructional strategies
 - Content:
 - Pain neurophysiology
 - Pain assessment (all types)
 - Pharmacological treatment
 - Non pharmacological treatment
- Training activity was given to other Info-Santé nurses of Quebec

REFERENCES

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2007). Services Info-santé et Centre de référence sur les aspects cliniques des soins de santé et social des services de consultation-téléphonique 24 heures. 7 pages. Institut de Québec.
- Agence d'innovation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) (2005). *Plan de change en matière d'intégration (non contractuelle)*. Organisation des services de santé, Montréal, AETMIS.
- Prusoff et al. (2013). A randomized clinical trial of a nurse telephone follow-up on immediate interdisciplinary pain management and satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*.
- Gallagher (2007). Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today*.
- Palmer et al. (2006). The Nominal Group Technique: A useful consensus methodology in physiotherapy research. *Journal of physiotherapy*.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2013). *Assessment and Management of Pain*. 2nd ed., Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Bergere et al. (2013). *Étude de la douleur chronique par les infirmières des Groupes de médecine de famille*. Thèse de l'Université de Sherbrooke. Médecine – St. Col.
- Toussaint-Lafontaine et al. (2012). Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain research management*.



ANNEXE V – Approbation par le Comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie



PAR COURRIEL

Sherbrooke, le 9 mai 2012

Chantal Doré,
Présidente

Monelle Parent,
Experte en éthique

Sophie Brisson,
Juriste

Audrey Brassard,
Chercheuse

Jacques Quintin,
Chercheur
représentant le CLSC
universitaire

Michel Nolin,
Membre issu du public

Katia Mercier,
Intervenant

Louise Lemay,
Professeure

Gilberte Fortin,
Membre issu du public

Irma Clapperton,
Chercheuse-experte

Jean-Gabin Ntebutse
Chercheur

Marie-Josée Donahue,
Membre substitut
experte en éthique

Kim Désilets,
Membre substitut
Juriste

Monsieur Marc Boisvert
Étudiant-chercheur

Objet : Approbation finale du projet de recherche intitulé
Conception et évaluation d'une activité de formation continue sur la gestion de la douleur par et pour les infirmières oeuvrant au Service Info-Santé
Dossier 2012-07/B.G.-BOISVERT

Monsieur,

Le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie accuse réception de la documentation que vous lui avez transmise en date du 3 mai 2012, cette dernière faisant référence à sa correspondance du 10 avril 2012, laquelle vous octroyait une approbation conditionnelle au projet cité en rubrique. Ainsi, le comité a révisé les documents suivants :

- Protocole de recherche avec suivis des modifications, version 2, 13 avril 2012
- Protocole de recherche, version 2, 13 avril 2012
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche avec suivis des modifications, daté du 11 avril 2012
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche, version finale, 11 avril 2012

Les modifications apportées au protocole de recherche et au formulaire de consentement sont jugées satisfaisantes, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Les documents que le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Protocole de recherche, version 2, 13 avril 2012
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche, version finale 11 avril 2012

Secrétariat
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
Tél. : 819 780-2220, poste 45386
Télécopieur : 819 821-7141
Courriel :
lurcotte.csss-iugs@sss.gouv.qc.ca



Approbation finale
Dossier 2012-07/B.G.-BOISVERT

2

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 9 mai 2012, date de l'approbation finale. Deux mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie en utilisant le document du comité prévu à cet effet.

En acceptant ce certificat d'éthique, vous vous engagez à :

- Soumettre, pour approbation préalable au comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le comité pour la réalisation de votre projet.
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et s'il y a lieu :
 - les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche;
 - tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
 - toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
 - la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
 - tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe;
 - toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
 - toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et respecte les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils.

Je vous prie de recevoir, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La présidente,

Chantal Doré, Ph.D.

CD/lt

c.c. Madame Patricia Bourgault, Professeure agrégée, directrice de maîtrise, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Madame Frances Gallagher, Professeure agrégée, directrice de maîtrise, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

ANNEXE W – Formulaire de consentement

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LES INFIRMIÈRES DU SERVICE INFO-SANTÉ**

1^{re} PARTIE

DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

Titre du projet

Développement et évaluation d'une activité de formation continue sur la gestion de la douleur par et pour les infirmières œuvrant au Service Info-Santé.

Source de financement

Fondation Vitae

Chercheur principal-co-chercheurs et collaborateur :

Patricia Bourgault, inf., Ph.D.

Frances Gallagher, inf., Ph.D.

Co-chercheur

Marc Boisvert, inf., B.Sc., étudiant, maîtrise en sciences cliniques

Déclaration de responsabilité

Le chercheur principal ainsi que les chercheurs-collaborateurs sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les éléments énoncés au formulaire de consentement.

Signature du ou des chercheurs principaux du projet

Patricia Bourgault

Frances Gallagher

Marc Boisvert

2^e PARTIE :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1. Présentation

Nous réalisons une recherche qui vise particulièrement la formation continue en gestion de la douleur au Service Info-Santé. Dans le cadre de cette recherche, nous désirons connaître les besoins de formation continue en gestion de la douleur, les stratégies éducatives préférées ainsi que les facteurs qui favorisent ou découragent les infirmières à participer à des activités de formation continue. À partir de ces informations, une activité de formation continue sera élaborée.

2. Objectifs du projet

Le but de l'étude est de concevoir et évaluer une activité de formation continue en gestion de la douleur par et pour les infirmières au Service Info-Santé. Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- 1) Identifier les besoins spécifiques de formation continue en gestion de la douleur exprimés par les infirmières du Service Info-Santé;
- 2) Évaluer leurs connaissances générales, croyances et perception concernant leurs activités en gestion de la douleur avant, après et 3 mois suivant une formation continue en gestion de la douleur;
- 3) Évaluer la satisfaction des infirmières - participantes face à la formation continue et leur satisfaction concernant la réponse à leurs besoins de formation continue en gestion de la douleur.

3. Nature de la participation

En plus d'assister à l'activité de formation continue, si vous acceptez de participer à la recherche, vous devrez collaborer à deux rencontres de groupe de deux heures et demie chacune. Vous répondrez à deux questionnaires, qui prendront vingt-cinq minutes, sur la douleur à trois reprises aux cours de la recherche ainsi qu'à un questionnaire de satisfaction face à la formation continue, celui-ci prendra cinq minutes à remplir. La description détaillée qui suit vous permettra de cerner la nature de votre implication.

Dans un premier temps, la première rencontre est une **entrevue de groupe utilisant la technique du groupe nominal**, c'est-à-dire un groupe de discussion entre cinq et neuf infirmières du Service Info-Santé. Cette rencontre durera deux heures et demie. Elle permettra de discuter de vos besoins de formation continue en gestion de la douleur, des stratégies éducatives que vous préférez ainsi que des facteurs qui favorisent et découragent votre participation à des activités de formation continue. Le contenu des discussions provenant des groupes nominaux sera enregistré sur bande audio et transcrit à des fins d'analyse. Lors de cette première rencontre, vous devrez remplir un **questionnaire sur les connaissances et croyances en gestion de la douleur** et un **questionnaire sur la perception des activités infirmières en gestion de la douleur**.

Dans un deuxième temps, vous participerez à une **activité de formation continue** élaborée sur mesure à la lumière de l'information recueillie auprès de l'ensemble des infirmières - participantes. Elle aura lieu à la fin de l'été, durera l'équivalent d'une journée de travail et sera rémunérée. Les thèmes et stratégies éducatives seront déterminés en collaboration avec les partenaires (personnel infirmier, conseillère-cadre externe, chercheurs). Après l'activité de formation continue, vous aurez à répondre de nouveau aux **questionnaires sur les connaissances, croyances et sur la perception des activités infirmières en gestion de la douleur**. Durant l'automne, qui suivra l'activité de formation continue, un **soutien post-formation** sera mis à votre disposition. Les chercheurs offriront une aide sous forme de mentorat pour répondre à vos questionnements. Vous serez invitées à choisir une situation clinique qui sera discutée dans l'optique de favoriser l'application de vos nouvelles connaissances acquises. Les chercheurs offriront des disponibilités une fois par mois, pendant 3 mois, au Service Info-Santé sur les trois quarts de travail, s'il y a lieu, afin de tous vous rejoindre.

Finalement, une troisième et dernière rencontre sous forme d'**entretien de groupe focalisé**, d'une durée de deux heures et demie, servira à faire un retour sur l'activité de formation continue. Vous aurez l'occasion de vous exprimer sur votre niveau de satisfaction en lien avec le processus de l'étude et la réponse à vos besoins de formation. Également, vous pourrez discuter de la mise en application de vos nouvelles connaissances en gestion de la douleur. Vous pourrez aussi formuler des suggestions et recommandations pour de futures activités de formation continue ainsi que choisir la méthode de transmission des résultats. Cette rencontre aura lieu à la fin de l'automne 2012.

4. Bénéfices

Un avantage direct découlant de la recherche est l'acquisition de connaissances à la suite de votre participation à une activité de formation continue en gestion de la douleur dans un contexte de première ligne. De plus, vous aurez contribué à l'avancement des connaissances scientifiques en participant à une méthode d'élaboration de formation continue adaptée aux besoins exprimés.

5. Risques et inconvénients

Certains inconvénients résultent de la participation à la recherche. La crainte d'être jugées par les pairs et un sentiment de malaise lors des rencontres de groupe nominal constituent des inconvénients potentiellement associés à votre participation à la recherche.

Pour diminuer cette crainte, la technique du groupe nominal vous permettra de prendre la parole de façon équivalente avec la liberté de répondre ou non aux questions posées lors des entrevues de groupe. Ensuite, la confidentialité sera respectée et aucun renseignement ne sera divulgué aux pairs ou à la chef d'unité. De plus, les questionnaires seront dénominalisés. En d'autres termes, vos questionnaires seront identifiés par un chiffre et votre nom ne figurera pas sur les documents.

6. Confidentialité

La confidentialité est assurée par les chercheurs en utilisant une clé pour rendre les données confidentielles qui sera connue par les directrices de maîtrise seulement puisque l'étudiant-chercheur provient du milieu clinique où se déroule la recherche. Seuls l'étudiant-chercheur et ses directrices auront accès aux données audio et papier, entreposées de façon sécuritaire dans le bureau d'une des deux directrices de maîtrise. Ces données seront doublées pour des raisons de sécurité. Les données seront conservées pour une durée déterminée de cinq ans et détruites par la suite.

En signant ce formulaire de consentement, vous donnez l'autorisation au chercheur de transmettre au CSSS-IUGS certains renseignements du dossier de recherche à des fins de contrôle de la qualité ou afin de faire valoir vos droits dans une situation de plainte de votre part. Par ailleurs, le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie pourrait aussi avoir accès au dossier de recherche à des fins de surveillance.

7. Retrait de la participation

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, à moins que vous nous autorisiez à les conserver, les documents écrits vous concernant seront détruits.

8. Communication des résultats

Vous serez invités lors de la dernière rencontre à choisir la méthode de transmission et diffusion des résultats. Les résultats feront l'objet de communication lors de congrès et d'un article. Cependant aucun renseignement ne permettra de vous identifier.

9. Arrêt du projet par le chercheur

Dans le cas où l'étude soit temporairement interrompue pour quelque raison que ce soit, les données recueillies seront entreposées sous clé jusqu'à la reprise du processus de recherche ou détruites si l'étude est interrompue de façon permanente.

10. Personne à contacter de l'équipe de recherche

Vous pouvez rejoindre, tout au long du projet de recherche, M. Marc Boisvert au (819) 569-3145 ou Pre Patricia Bourgault au (819) 346-1110, poste 12885 ou Pre Frances Gallagher au (819) 564-5354, pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

11. Droits en tant qu'utilisateur d'un établissement de santé

Si vous avez des questions ou vous voulez formuler une plainte en lien avec votre participation à cette recherche à titre d'utilisateur du CSSS-IUGS, vous pouvez contacter Germain Lambert au 819-780-2220, poste 40204.

12. Approbation par le comité d'éthique de la recherche

Ce projet de recherche a été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie. Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez faire part de vos préoccupations à la présidente de ce comité en contactant, madame Lyne Turcotte au (819) 780-2220, poste 45386.

13. Consentement

Je soussigné(e), _____ déclare que _____ m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : _____

Je soussigné(e), _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement :

Fait à _____, le _____ 201__