

NOTE TO USERS

This reproduction is the best copy available.

UMI[®]

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Priorités déterminées par des experts infirmiers et médecins
pour une formation interprofessionnelle visant la gestion en
collaboration de la douleur à l'unité de soins intensifs.

Présenté par

Marie-Pierre Chabot

Programme des sciences cliniques

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

15 janvier 2009

© Marie-Pierre Chabot, 2009



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-64343-3
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-64343-3

NOTICE:

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

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

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

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

AVIS:

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

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

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

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

■ ■ ■
Canada

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

**Priorités déterminées par des experts infirmiers et médecins
pour une formation interprofessionnelle visant la gestion en
collaboration de la douleur à l'unité de soins intensifs.**

Marie-Pierre Chabot

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

**Cécile Michaud, Ph.D. inf., co-directrice de recherche, Professeure agrégée,
École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke.**

**Nicole Bolduc, inf. M.Sc., co-directrice de recherche, Professeure agrégée,
École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke.**

**Serge Marchand, Ph.D., membre du jury interne, Professeur agrégé,
Département de chirurgie, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke.**

**Céleste Johnston, Ph.D., membre du jury externe, Professeure titulaire,
École des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université McGill**

Mémoire présenté le 15 janvier 2009

SOMMAIRE

INTRODUCTION : La douleur à l'unité de soins intensifs (USI) est un phénomène complexe et nocif. La gestion de la douleur à l'USI exige la collaboration des principaux acteurs, soit le patient, les infirmières et les médecins. Bien qu'il soit nécessaire d'être formé pour être en mesure de collaborer, les études qui ont évalué l'impact de formations interprofessionnelles sont peu concluantes. Elles sont, par ailleurs, réalisées en l'absence de cadre de référence. Le seul cadre de référence traitant de la formation à la collaboration professionnelle ne décrit pas le concept de compétence. Il ne décrit pas non plus les manifestations de la compétence qui doivent être développées chez les professionnels pour qu'ils agissent avec compétence dans le cadre de la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. Nous avons donc entrepris une étude dotée d'un cadre de référence ciblant la formation à la collaboration interprofessionnelle (D'Amour et Oandasan, 2004), tout en y intégrant une définition reconnue du concept de compétence afin que des experts puissent déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à développer.

OBJECTIF : Déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à développer chez les infirmières et les médecins dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'USI.

MÉTHODE : Un dispositif d'enquête utilisant la technique Delphi auprès d'experts a été utilisé selon la procédure décrite par Pineault et Daveluy (1995). Au total, 30 participants ont été recrutés, soit 15 infirmières et 15 médecins reconnus comme étant des experts de la gestion de la douleur à l'USI et de la collaboration interprofessionnelle. Trois envois de questionnaire ont été faits sur une période de onze mois. Le premier questionnaire a permis de générer des idées à partir de suggestions tirées des écrits sur la FIPCCP pour la gestion de la douleur et de les organiser selon le cadre de référence de la FIPCCP (D'Amour et Oandasan, 2004) bonifié de l'approche par compétence (Lasnier, 2000). Une analyse de contenu a été réalisée sur les réponses

à ce premier questionnaire. Il en est ressorti une classification des manifestations de la compétence à mobiliser selon les connaissances, les attitudes, les habiletés et le contexte nécessaires à la FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. Cette classification a été soumise aux participants sous forme de vote lors du deuxième questionnaire pour cibler les manifestations prioritaires. Enfin, le dernier questionnaire a permis d'établir un consensus d'experts sur ces priorités.

RÉSULTATS : À la fin des trois rondes de questionnaires, les participants ont priorisé de façon consensuelle 24 manifestations de la compétence accompagnées de cinq éléments contextuels nécessaires pour que les infirmières et les médecins puissent développer la compétence à collaborer pour assurer une gestion optimale de la douleur à l'USI. Ils ont été regroupés en cinq composantes de la compétence : 1) anticiper et prévenir la douleur (4 manifestations et 2 éléments contextuels), 2) détecter, évaluer et monitorer la douleur (8 manifestations et 1 élément contextuel), 3) soulager la douleur (3 manifestations et 1 élément contextuel), 4) adapter sa pratique en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent (2 manifestations, aucun élément contextuel) et 5) partager ses connaissances avec ses partenaires de soins (7 manifestations et 1 élément contextuel). Ces manifestations sont présentées sous la forme de devis de compétence en quatre colonnes : les connaissances, les attitudes, les habiletés et les éléments contextuels pour chacune des cinq composantes.

CONCLUSION : La contribution unique de cette étude a été de classer les manifestations prioritaires de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI et de les présenter sous forme de devis de compétence pour une FIPCCP qui reflète les besoins des cliniciens du Québec. D'autres études devront être effectuées avant de pouvoir tester l'efficacité d'une formation continue utilisant ce devis de compétence.

MOTS-CLÉS : Compétence, formation, collaboration interprofessionnelle, douleur, soins intensifs

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	III
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XI
DÉFINITIONS DES CONCEPTS CENTRAUX	XII
DÉDICACE	XIII
REMERCIEMENTS	XIV
CHAPITRE I : INTRODUCTION	16
1.1 ÉNONCÉ DE LA PROBLÉMATIQUE	16
1.2 BUT ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	21
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS	23
2.1 GESTION DE LA DOULEUR : UN PROBLÈME DE COLLABORATION	23
2.2 FORMATION À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : LES ÉTUDES ÉVALUATIVES.....	31
2.2.1 Synthèse des études portant sur la formation à la gestion de la douleur en collaboration.....	31
2.2.2 Résultat d'une formation interprofessionnelle bâtie avec un cadre de référence.....	40
2.3 FORMATION POUR LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	44
CHAPITRE III : CADRE DE RÉFÉRENCE : FIPCCP ET COMPÉTENCE	58
3.1 MODÈLE DE LA FIPCCP	59
3.2 COMPÉTENCE	62
CHAPITRE IV : MÉTHODE	65
4.1 DEVIS	66
4.2 PARTICIPANTS.....	70
4.2.1 Population cible et accessible.....	70
4.2.2 Échantillon	71
4.2.3 Procédure de recrutement.....	72
4.2.4 Description des participants inclus.....	74
4.2.5 Attrition	75
4.3 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	76
4.4 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES.....	79
4.4.1 Premier questionnaire : générer une liste de manifestations de la compétence.....	80
4.4.2 Plan d'analyse du premier questionnaire : catégoriser les manifestations de la compétence	83
4.4.3 Deuxième questionnaire : valider la clarté et la pertinence des manifestations de la compétence.....	84

4.4.4 Plan d'analyse du deuxième questionnaire : pondérer l'importance des manifestations de la compétence.....	85
4.4.5 Troisième questionnaire : déterminer les manifestations prioritaires de la compétence.....	87
4.4.6 Analyse du troisième questionnaire : obtenir le consensus sur les manifestations prioritaires de la compétence	88
4.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	88
4.6 CRITÈRES DE QUALITÉ	90
4.7 FORCES ET LIMITES	92
CHAPITRE V : RÉSULTATS.....	95
5.1 MANIFESTATIONS PRIORITAIRES DE LA COMPÉTENCE.....	96
5.1.1 Évolution des priorités entourant les manifestations prioritaires : analyse du premier questionnaire.....	96
5.1.2 Évolution des priorités entourant les manifestations prioritaires : analyse du deuxième questionnaire.....	98
5.1.3 Consensus sur les manifestations prioritaires : analyse du troisième questionnaire	99
5.2 PROFESSIONNELS À INTÉGRER DANS UNE FIPCCP POUR LA GESTION DE LA DOULEUR	112
5.2.1 Évolution des priorités entourant les professionnels à former avec les médecins et les infirmières.....	113
5.2.2 Consensus sur les professionnels à former de façon prioritaire avec les médecins et les infirmières.....	114
CHAPITRE VI : DISCUSSION.....	117
6.1 MANIFESTATIONS PRIORITAIRES DE LA COMPÉTENCE À DÉVELOPPER EN FIPCCP POUR LA GESTION DE LA DOULEUR À L'USI	118
6.1.1 Les cinq composantes de la compétence.....	121
6.2 PROFESSIONNELS À FORMER EN FIPCCP POUR LA GESTION DE LA DOULEUR À L'USI.....	140
6.3 RETOMBÉES DE CETTE ÉTUDE	144
6.3.1 Sur le plan de la théorie.....	144
6.3.2 Sur le plan de la formation	145
6.3.3 Sur le plan de la recherche	146
CHAPITRE VI : CONCLUSION.....	150
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	153
ANNEXES.....	159

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A - Adaptation des séquences de développement d'essai clinique randomisé sur des interventions complexes de Campbell et al. (2000) à la FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI	160
ANNEXE B - Synthèse des études portant sur la formation à la gestion de la douleur en collaboration.....	162
ANNEXE C - Niveau d'évaluation de la FIPCCP et résultats de l'étude de Curran et al. (2007)	178
ANNEXE D - Compétence professionnelle des médecins et des infirmières de Verma et al. (2006)	181
ANNEXE E - Cinq compétences à la pratique professionnelle du 21 ^e siècle (Greiner et Knebel, 2003)	184
ANNEXE F - Modèle conceptuel pour la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) de D'Amour et Oandasan (2004)	186
ANNEXE G - Modèle conceptuel pour la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) de d'Amour et Oandasan (2004) en version anglaise.....	188
ANNEXE H - Approbation du comité d'éthique	190
ANNEXE I - Lettre de recrutement à la RIISIQ.....	192
ANNEXE J - Courriel de sollicitation.....	194
ANNEXE K - Questionnaire sociodémographique	197
ANNEXE L - Profil d'expertise détaillé des participants inclus	201
ANNEXE M - Lettre d'introduction au formulaire de consentement et d'instruction au premier questionnaire Delphi	203
ANNEXE N - Premier questionnaire Delphi	205
ANNEXE O - Formulaire de consentement.....	213
ANNEXE P - Relance au premier questionnaire Delphi	218
ANNEXE Q - Lettre d'instruction au deuxième questionnaire Delphi pour les participants qui ont répondu au premier questionnaire	220
ANNEXE R - Lettre d'instruction au deuxième questionnaire Delphi pour les participants qui n'ont pas répondu au premier questionnaire	222
ANNEXE S - Deuxième questionnaire Delphi	224
ANNEXE T - Relance au deuxième questionnaire Delphi	236
ANNEXE U - Remerciement aux participants qui avaient déjà répondu au deuxième questionnaire	238
ANNEXE V - Lettre d'instruction au troisième questionnaire Delphi pour les participants qui ont répondu au deuxième questionnaire	240
ANNEXE W - Lettre d'instruction au troisième questionnaire Delphi pour les participants qui n'ont pas répondu au deuxième questionnaire	242
ANNEXE X - Lettre d'instruction au troisième questionnaire Delphi pour les participants qui n'ont pas répondu au premier et au deuxième questionnaire	244
ANNEXE Y - Troisième questionnaire Delphi.....	246

ANNEXE Z - Document complémentaire au troisième questionnaire	259
ANNEXE AA - Relance au troisième questionnaire Delphi	271
ANNEXE BB - Remerciement pour réception du troisième questionnaire complété	273
ANNEXE CC - Deuxième relance par courriel au troisième questionnaire Delphi .	275
ANNEXE DD - Lettre d'introduction au rapport final	277
ANNEXE EE - Rapport final envoyé aux participants.....	279
ANNEXE FF - Compilation des données recueillies à l'aide du premier questionnaire Delphi	288
ANNEXE GG - Regroupement des manifestations de la compétence produite par les participants à l'aide du premier questionnaire delphi	310
Annexe HH - Tableaux des cinq composantes de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI appuyées par des écrits.	316
ANNEXE II - Tableau synthèse des professionnels inclus dans les études citées dans cette étude en comparaison avec les résultats	322

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Recommandations pour la gestion de la douleur à l'USI en fonction du type de traitement et du type de professionnel (ANZCA 2005).	24
Tableau 2 - Pourcentage d'accord des infirmières quant aux barrières rencontrées pour la gestion optimale de la douleur (Van Niekerk et Martin, 2003). ...	27
Tableau 3 - Synthèse des études s'intéressant à la FIPCCP.....	33
Tableau 4 - Synthèse de la FIPCCP dispensée dans les études.....	35
Tableau 5 - Tableau comparatif des contenus et des objectifs des formations données dans le cadre des études sur l'effet de la formation interprofessionnelle pour la gestion de la douleur.	36
Tableau 6 - Synthèse de l'étude de Curran <i>et al.</i> (2007).....	42
Tableau 7 - Manifestation de la compétence à la collaboration interprofessionnelle .	50
Tableau 8 - Résumé des manifestations de la compétence à la pratique professionnelle en collaboration.	52
Tableau 9 - Infirmières et médecins sollicités pour participer à l'étude	74
Tableau 10 - Profil des participants inclus	75
Tableau 11 - Taux d'attrition pour chacun des documents que les participants devaient retourner.....	76
Tableau 12 - Séquence des communications avec les participants (Dillman, 2000; Du Plessis et Human, 2007; Monette <i>et al.</i> , 1995; Pinault et Daveluy, 1995)	78
Tableau 13 - Synthèse de la progression du consensus sur les manifestations de la compétence et les éléments contextuels à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI	97
Tableau 14 - Première composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI	100
Tableau 15 - Deuxième composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI	102
Tableau 16 - Troisième composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI	105
Tableau 17 - Quatrième composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI	108
Tableau 18 - Cinquième composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI	110
Tableau 19 - Professionnels à intégrer de façon prioritaire dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI.....	115

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Modèle pour la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) de D'Amour et Oandasan (2004)	59
Figure 2 - Manifestation de la compétence au centre du modèle de la FIPCCP de D'Amour et Oandasan en version française (2004a) et en version anglaise (2004b)	61
Figure 3 - Représentation visuelle des étapes de lecture d'un devis de compétence (Lasnier, 2000)	64
Figure 4 - Processus de la technique Delphi selon Du Plessis et Human (2007, p.18)	68

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
AIO	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
ANZCA	Australian and New Zealand College of Anesthetists and Faculty of Pain
APS	American Pain Society
BBTI	Building a Better Tomorrow Initiative
BPI	Brief Pain Inventory
CAIPE	Center for the Advancement of Interprofessional Education
CRU	Collaborative Research Utilisation
FIPCCP	Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient
GOD	Grille d'observation de la douleur
IASP	International Association for the Study of Pain
ICUMAQ	Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire
IOM	Institute of Medicine
P/R	Par rapport à/aux
RIISIQ	Regroupement des infirmiers et infirmières en soins intensifs du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
S/O	Sans objet
SCCM	Society of Critical Care Medicine
SIQ	Société des intensivistes du Québec
UBC-CHD	University of British Columbia College of Health Disciplines
USI	Unité de soins intensifs

DÉFINITIONS DES CONCEPTS CENTRAUX

Collaboration : processus de communication et de prise de décisions qui permet une synergie des connaissances et habiletés spécifiques et communes à chacun des professionnels dans le but d'influencer les soins prodigués au patient (Way, Jones, Baskerville et Busing, 2001).

Compétence : [...] savoir agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur et social) et de connaissances (connaissances déclaratives) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun (Lasnier, 2000, p. 32).

Composante de la compétence: parties du processus généralement mis en œuvre lors de l'exercice de la compétence (Lasnier, 2000).

Douleur : sensation subjective désagréable et expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes (International Association for the Study of Pain, 1994).

Élément contextuel : condition de réalisation de la compétence, c'est-à-dire, le contexte dans lequel il sera possible d'observer les manifestations de la compétence (Lasnier, 2000).

Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : [...] est conçue pour promouvoir la participation active de chaque discipline aux soins prodigués aux patients. Elle met en valeur <des> objectifs et valeurs centrés sur les patients et la famille, fournit des mécanismes de communication continue entre les fournisseurs de soins, optimise la participation du personnel à la prise de décisions cliniques au sein des disciplines et, entre elles, et encourage le respect des contributions propre à chaque professionnel [...] (Santé Canada, 2004).

Formation interprofessionnelle : occasion qu'ont deux ou plusieurs professionnels d'apprendre ensemble ou de l'un de l'autre afin d'améliorer la pratique de collaboration et la qualité des soins (Center for Advancement of Interprofessional Education, 1997).

Manifestation de la compétence : expression de ce qui est principalement mobilisé (habiletés, attitudes, connaissances) lors de l'exercice de la compétence. Leur observation permet d'inférer la progression de l'élève dans le développement de la compétence (Lasnier, 2000).

Unité de soins intensifs (USI): lieu, dans un hôpital, où l'on prodigue des soins médicaux à des patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances d'organes pouvant entraîner la mort (Society of Critical Care Medicine, 2008).

DÉDICACE

À Sylvain, Johanne, Pierre et Paul pour leur soutien.

REMERCIEMENTS

Ce projet est né d'insatisfactions profondes que je ressentais à exercer la profession d'infirmière. Après à peine six mois de pratique, j'en étais déjà blasée. Ma perception du système de la santé au Québec me donnait l'impression d'être prise dans les rouages d'une grosse machine complexe sur le pilote automatique. Puis, dans mon milieu de travail, j'ai eu la chance d'assister à une conférence donnée par madame Chantal Viens. Elle m'a convaincue que je ne devais pas attendre que mon milieu de travail fasse quelque chose pour moi, mais plutôt que je me devais de prendre un rôle actif dans l'optimisation de mon environnement de travail. J'ai fait mon baccalauréat avec cette idée endormie dans un coin de mes pensées. Pendant ce temps, j'ai eu la chance de représenter l'Université de Sherbrooke au sein du *National Health Sciences Students Association* (NaHSSA). J'ai alors compris que la collaboration interprofessionnelle était la solution à plusieurs maux du système de santé. J'ai ensuite vu que les programmes d'études supérieures pouvaient m'aider à devenir une actrice du changement. Ainsi, je serai éternellement reconnaissante à toutes ces personnes qui ont contribué sans le savoir à la germination du présent projet.

Ce mémoire n'aurait toutefois pas pu voir le jour sans le soutien et l'engagement direct de personnes qui ont à cœur le bien-être des patients et, d'un point de vue plus personnel, mon propre bonheur.

Patience, confiance et compétence sont autant de qualités que possèdent mes directrices, madame Cécile Michaud et madame Nicole Bolduc, et celles-ci se reflètent par un engagement sans bornes envers leurs étudiants. J'ai eu la chance de côtoyer deux chercheurs de renom, deux professeurs chevronnés, deux grandes dames, dont l'humanisme et l'amour des patients et des étudiants transcendent le cadre pédagogique. Leur savoir-être, leur savoir-faire et leur savoir ont permis de faire ressortir le meilleur de moi-même. Merci.

Mon parcours universitaire m'a aussi permis de rencontrer des gens exceptionnels qui ont contribué au développement de ma compétence à la recherche et qui ont influencé ma vision des soins de santé et de la vie. Je veux ainsi remercier

madame Cécile Lambert, monsieur Jacques Lemaire et madame Lorraine Bojanowski. Une énergie spéciale est aussi née de la collaboration avec mes collègues étudiants : elle restera gravée à tout jamais dans ma mémoire. Merci.

J'ai aussi eu l'honneur de travailler sur les projets de recherche de madame Céline Gélinas. Ses travaux sur l'évaluation de la douleur chez les patients en soins critiques ont grandement influencé mon choix de contexte d'application de la formation interprofessionnelle. Elle a su me transmettre sa passion et sa rigueur pour le développement de la recherche clinique en sciences infirmières. Merci.

La collaboration du regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ) et un représentant de la société des intensivistes du Québec (SIQ) m'ont permis de recruter les participants dont la générosité et la créativité, jumelées à leur grande expertise, ont conduit à l'obtention de résultats uniques. Merci.

Le financement est aussi un enjeu important de la recherche. Grâce à la Fondation en recherche en sciences infirmières du Québec, conjointement avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (FRESIQ-OIIQ), j'ai pu me concentrer plus facilement sur mes études. Merci.

Mon mari, Sylvain, mes parents, Pierre et Johanne, et mes amis ont su se montrer compréhensifs et ils m'ont encouragée à chaque étape de mon processus d'apprentissage. Un grand merci rempli d'amour! Et un merci particulier à Èvelyne qui, avec sa maîtrise exemplaire de la langue française, a su m'aider à mettre les termes exacts sur ma pensée.

CHAPITRE I : INTRODUCTION

1.1 ÉNONCÉ DE LA PROBLÉMATIQUE

La douleur à l'unité des soins intensifs (USI) est un phénomène complexe, car elle est difficile à évaluer, elle est multidimensionnelle et elle est multicausale. Son évaluation est difficile, car, selon Gélinas, Viens, Fortier et Fillion (2005) et l'IASP (1994), seul le patient qui la ressent peut la décrire et en estimer l'importance. Le patient à l'USI étant souvent sous respirateur ou inconscient, il ne peut généralement pas communiquer cette information. L'expérience de la douleur est, par ailleurs, multidimensionnelle : elle est sensorielle, émotionnelle, cognitive, comportementale et physiologique (Gélinas *et al.*, 2005; IASP, 1994; Puntillo, 1990). De plus, la douleur ressentie chez les patients de l'USI est multicausale. Elle peut être engendrée par des facteurs tant internes qu'externes. La pathologie ou le traumatisme sont des facteurs internes au patient (ANZCA, 2005) alors que par exemple, l'alitement prolongé, l'appareillage et les mobilisations constituent des facteurs externes (ANZCA, 2005; Gélinas *et al.*, 1995; Puntillo, 1990).

Cette complexité de la douleur à l'USI contribue à une mauvaise gestion de la douleur par les professionnels qui se manifeste par un soulagement insuffisant. Ainsi, plus de 50 % des patients hospitalisés dans une USI évaluent leur douleur de modérée à sévère, et ce, malgré les avancées dans les domaines pharmacologique et médical (Puntillo, 1990; Whipple, Lewis, Quebbeman, Edward, Wolff, Gottlieb *et al.*, 1995). Or, la douleur à l'USI peut constituer un stress majeur qui, entre autres, aura des répercussions sur le processus de cicatrisation. La douleur aiguë ressentie à l'USI peut aussi évoluer vers la chronicité qui, elle, diminuera la qualité de vie à plus long terme (ANZCA, 2005). Ainsi, la douleur à l'USI est difficile à gérer et peut entraîner des dommages permanents.

Plusieurs facteurs nuisent à la gestion de la douleur à l'USI. Certains, comme Van Niekerk et Martin (2003), ont surtout identifié des obstacles reliés au système professionnel : une faible coopération, une prescription inadéquate, des connaissances insuffisantes. Les acteurs du système professionnel les plus immédiatement concernés par la gestion de la douleur sont les médecins et les infirmières (Van Niekerk et Martin, 2003). Selon l'ANZCA (2005), ils ont des rôles spécifiques et des rôles communs. Le rôle spécifique qui revient au médecin est la prescription de l'analgésie et de la sédation. Les infirmières, quant à elles, se doivent d'en gérer l'administration. De façon commune, les infirmières et les médecins doivent se doter de protocoles clairs et évaluer la douleur avec des indicateurs physiologiques et comportementaux ou faire autoévaluer la douleur par le patient, en prévenir l'apparition lors d'interventions et en éliminer les causes. Les médecins tenteront d'éliminer les causes physiologiques, alors que les infirmières, par une approche globale, pourront atténuer la plupart des inconforts du patient (ANZCA, 2005). La contribution des médecins et des infirmières à la gestion de la douleur étant à la fois spécifique et commune, la collaboration entre ceux-ci est nécessaire.

La collaboration interprofessionnelle permet d'améliorer la qualité des soins donnés aux patients (Santé Canada, 2004). Santé Canada (2004) a choisi la définition

de la collaboration professionnelle de Way, Jones, Baskerville et Busing (2001). Ainsi, la collaboration interprofessionnelle est un processus de communication et de prise de décisions qui permet une synergie des connaissances et habiletés spécifiques et communes à chacun des professionnels dans le but d'influencer les soins prodigués au patient. De même, Santé Canada (2004) a identifié quatre concepts centraux de la collaboration interprofessionnelle : le partage, le partenariat, l'interdépendance et le pouvoir qui s'articulent dans un processus dynamique. De plus, plusieurs guides de pratiques soutiennent l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour la gestion de la douleur (AIIAO, 2002; ANZCA, 2005) sans toutefois expliquer comment la développer. Toujours sans proposer de solutions, certains chercheurs (Stein-Parbury et Liaschenko, 2007; Thomas, Sexton et Helmreich, 2003) ont plutôt mis l'accent sur le manque de collaboration entre les médecins et les infirmières œuvrant à l'USI et les conséquences qui en découlent. Les infirmières, surtout, se plaignent de leur rôle mineur dans le processus de prise de décisions concernant leurs patients.

Certains (Thomas *et al.*, 2003) soutiennent que le manque de collaboration entre médecins et infirmières s'expliquerait par une formation différente. Les médecins seraient formés dans un contexte de « curing » qui vise à traiter la maladie, alors que les infirmières seraient formées au « caring » qui met davantage l'accent sur l'histoire sociale du patient. Cette formation différente entraînerait des incompréhensions entre ces deux professionnels (Stein-Parbury et Liaschenko, 2007; Thomas *et al.*, 2003). Pour sa part, D'Amour (2002) suggère qu'une formation commune, axée sur la pratique en collaboration serait nécessaire pour assurer des soins de qualité aux patients : une formation interprofessionnelle.

Le *Center for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE, 1997) définit la formation interprofessionnelle comme étant l'occasion où deux ou plusieurs professionnels apprennent ensemble ou l'un de l'autre afin d'améliorer la pratique en collaboration et la qualité des soins. Plus précisément, Santé Canada a insisté sur le

but de la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP). Cette dernière :

[...] est conçue pour promouvoir la participation active de chaque discipline aux soins prodigués aux patients. Elle met en valeur des objectifs et valeurs centrés sur les patients et la famille, fournit des mécanismes de communication continue entre les fournisseurs de soins, optimise la participation du personnel à la prise de décisions cliniques au sein des disciplines et entre elles, et encourage le respect des contributions spécifiques de chaque professionnel [...]. (Santé Canada, 2004, p. ii).

Les synthèses des connaissances concernant l'impact de la FIPCCP sur le bien-être général des patients (Zwarenstein, Reeves, Barr, Hammick, Koppel et Atkins, 2001) ou sur la gestion de la douleur (Irajpour, Norman et Griffiths, 2006) ne sont pas concluantes. Certaines études soutiennent les bénéfices de la FIPCCP de (Curran, Sargeant, et Hollett, 2007; Dalton, Carlson, Blau, Lindley, Greer et Youngblood, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000). D'autres ne démontrent pas de résultats significatifs (Carr, Brockbank et Barrett, 2003; Treadwell, Franck et Vichinsky, 2002; Zwarenstein *et al.*, 2001; Elliott, Murray, Oken, Johnson, Braun, Elliott *et al.*, 1995-1997). Ces synthèses comportent cependant des limites. En effet, les études analysées ont été réalisées en l'absence d'un cadre de référence de la FIPCCP et elles varient de façon importante sur des points majeurs, dont : le contenu de la formation, la durée, les professionnels sollicités, les champs cliniques et la méthode de collecte de données. Aucune étude n'infirme la possibilité que la FIPCCP ait un impact positif sur la qualité des soins, mais les chercheurs ont utilisé des devis de recherche visant à démontrer le lien entre la FIPCCP et les résultats chez le patient alors que les composantes de la FIPCCP sont encore à préciser.

Selon Campbell, Fitzpatrick, Haines, Kinmonth, Sandercock, Spiegelhalter *et al.* (2000), lorsqu'une intervention est mal définie, les résultats qui découlent de son évaluation sont douteux. Ces auteurs (Campbell *et al.*, 2000) proposent plusieurs phases avant de procéder à des essais cliniques randomisés sur des interventions

complexes, comme la FIPCCP (voir l'annexe A). La première phase sert à identifier des indices théoriques ou autres indiquant que l'intervention pourrait avoir l'effet désiré. Le rapport de Santé Canada (2004) sur la FIPCCP en est un exemple. Or, avant de procéder à une étude expérimentale, voire exploratoire, Campbell *et al.* (2000) suggèrent de définir les composantes de l'intervention dans une phase appelée « modelage ». Ainsi, dans le rapport de Santé Canada (2004), D'Amour et Oandasan (2004) présentent un modèle émergent dont les composantes restent à préciser. Au centre du modèle de la FIPCCP (D'Amour et Oandasan, 2004) se trouve la compétence que les professionnels de la santé doivent acquérir et démontrer à l'issue d'une formation afin d'en arriver à une pratique en collaboration centrée sur le patient. La compétence se manifesterait de trois façons : par les connaissances (ex : du rôle de chacun), les habiletés (ex : communication, négociation), les attitudes (ex : respect, confiance). Toutefois, aucune définition précise et opérationnelle de la compétence à développer en FIPCCP n'est fournie par D'Amour et Oandasan (2004). Par ailleurs, Barr (1998) affirme que la compétence à la FIPCCP est spécifique et qu'elle a besoin d'un contexte pour se développer. De plus, la terminologie associée à la compétence fait référence à « des compétences » au pluriel sans en clarifier la définition, ce qui contribue à augmenter la confusion. Dans le cadre de la présente étude, il sera plutôt question de « la compétence » dont la définition opérationnelle provient de Lasnier (2000) :

Une compétence est un savoir agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur et social) et de connaissances (connaissances déclaratives) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun (Lasnier, 2000, p. 32).

Ainsi, la personne qui agit avec compétence mobilise et utilise de façon efficace ses ressources acquises lors d'une formation par exemple (Lasnier, 2000). Pour un observateur, la mesure de la compétence d'une personne se fait par l'observation des manifestations de mobilisation et d'utilisation des ressources de cette personne. Dans

le langage du domaine de l'éducation, le terme « manifestations » est utilisé pour représenter ce que les gens en général nomment « les compétences » au pluriel. Ces manifestations sont des connaissances, des habiletés et des attitudes (Bloom, 1956) situées dans un contexte d'application (Lasnier, 2000). Toutefois, les écrits traitant de la FIPCCP et de la gestion de la douleur en collaboration à l'USI n'utilisent pas l'approche par compétence. Ils ne décrivent pas les ressources que les professionnels doivent mobiliser pour qu'il soit possible d'observer chez eux, les manifestations de leur compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI.

En somme, la douleur à l'USI est un phénomène complexe et nocif qui exige la collaboration des principaux acteurs pour en assurer la gestion. Si plusieurs auteurs affirment que les professionnels de la santé doivent être formés pour collaborer, les études à ce sujet sont peu concluantes, car elles mesurent les effets de formations différentes, réalisées sans cadre de référence. Le seul modèle intégrant toutes les composantes de la FIPCCP ne précise pas les manifestations de la compétence à développer par les professionnels pour la gestion en collaboration de la douleur. Il y a donc lieu d'entreprendre une étude pour les identifier. Par la suite, il sera possible de bâtir, à partir de ces manifestations prioritaires de la compétence, une formation interprofessionnelle centrée sur le patient pour la gestion de la douleur à l'USI, qui tiendra compte des priorités réelles des médecins et des infirmières du Québec.

1.2 BUT ET QUESTIONS DE RECHERCHE

La présente étude a pour but de déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à développer chez des infirmières et des médecins dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'unité des soins intensifs (USI).

Plus précisément, l'étude répondra aux deux questions suivantes :

- ◇ Quelles sont les manifestations de la compétence qui devraient être prioritaires dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'USI?
- ◇ Outre les médecins intensivistes et les infirmières oeuvrant à l'USI, quels sont les professionnels de la santé à former dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'USI?

CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente l'état des connaissances actuelles sur trois thèmes : 1) la gestion de la douleur à l'unité de soins intensifs (USI) et le problème de la collaboration l'entourant, 2) les études traitant de la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) et 3) le contenu d'une formation pour développer la compétence à la pratique en collaboration interprofessionnelle.

Pour faciliter la compréhension, lorsque l'expression « soulagement de la douleur » sera utilisée, elle fera référence à la perception du patient d'être soulagé (Robert, 1996), alors que l'expression « gestion de la douleur » sera utilisée chaque fois qu'il sera question des processus utilisés par les professionnels de la santé dans le but de soulager la douleur des patients par différents moyens.

2.1 GESTION DE LA DOULEUR : UN PROBLÈME DE COLLABORATION

L'état des connaissances sur la gestion de la douleur et sur la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient pour la gestion de la douleur sera présentée

sous différents angles. Cette section expose d'abord les recommandations pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. Elle se poursuit par une recension des écrits portant sur le problème de la collaboration pour la gestion de la douleur, qui débute par une étude qui démontre la gestion inadéquate de la douleur à l'USI, pour ensuite présenter des écrits qui font un lien entre la faible collaboration médecin-infirmière et la gestion inefficace de la douleur.

Il n'existe pas de guide de pratiques interprofessionnelles basé sur les données probantes, propre à la gestion de la douleur à l'USI. Seul *l'Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine* (ANZCA, 2005) a dédié une section entière à la gestion de la douleur à l'USI dans un guide des meilleures pratiques relatives à la gestion de la douleur. Les recommandations formulées reposent toutes sur des données probantes. Au tableau 1, elles ont été séparées en fonction du professionnel (infirmière ou médecin) et du type de traitement (pharmacologique ou non pharmacologique) visé.

Tableau 1 - Recommandations pour la gestion de la douleur à l'USI en fonction du type de traitement et du type de professionnel (ANZCA 2005).

Type de traitement	Rôles et responsabilités des médecins	Rôles et responsabilités des infirmières	Rôles et responsabilités communes aux infirmières et aux médecins
Pharmacologique	Prescription analgésie/sédation	Administration analgésie/sédation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'un protocole clair et adhésion à celui-ci ▪ Évaluation de la douleur et du soulagement
Non pharmacologique	Aucun	Soins globaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention de la douleur lors d'interventions ▪ Élimination des causes

Au niveau du traitement pharmacologique, une partie des rôles et responsabilités des médecins et des infirmières est propre à leur profession respective.

Les médecins ont l'autorité de prescrire l'analgésie des patients alors que les infirmières sont responsables de l'administration. Les médecins et les infirmières ont plusieurs rôles communs à jouer dans le traitement pharmacologique de la douleur. Ainsi, l'évaluation de la douleur doit être faite régulièrement et rigoureusement de façon commune par les infirmières et les médecins. De plus, les infirmières et les médecins ont la responsabilité commune de s'assurer de l'analgésie et de la sédation lors de procédures potentiellement douloureuses (ANZCA, 2005). Quant au choix des analgésiques, la contribution à la création et l'adhésion commune des infirmières et des médecins de l'USI à un protocole clair sont nécessaires (ANZCA, 2005). De plus, les méthodes non pharmacologiques pour la gestion de la douleur à l'USI sont nombreuses, par exemple, l'attention aux détails lors du positionnement, les points de pression, la fixation confortable de l'appareillage, les précautions à prendre lors des aspirations, la diminution des bruits ambiants, l'élimination de l'équipement non requis, l'attention à la routine jour/nuit pour favoriser le sommeil, les heures de visites flexibles et libres, etc. Ces méthodes relèvent de la pratique infirmière uniquement. La plupart des inconforts peuvent ainsi être atténués par des soins infirmiers globaux.

Toutefois, il semble que les médecins et les infirmières sous-estiment la douleur des patients hospitalisés à l'USI. Whipple *et al.* (1995) ont mené une étude qui avait pour but d'évaluer si la prescription et l'administration actuelles des analgésiques soulageaient adéquatement les patients hospitalisés à l'USI. Dans le cadre de cette étude descriptive, les patients (n = 17) admis dans une USI de traumatologie, ainsi que les médecins (n = 19) et les infirmières (n = 62) qui ont soigné directement ces patients ont participé à l'étude. Les patients ont été interviewés à la fin des deuxième et quatrième quarts de huit heures passées à l'USI. La grille d'entrevue de l'AH CPR (1992) a été utilisée. Les médecins ont été interviewés au plus tard huit heures après la prescription d'analgésie pour le patient et chaque fois qu'il y avait un changement de prescription de l'analgésie. Les infirmières ont été interviewées à la fin de leur quart de travail. Des questions

ouvertes portant sur l'analgésie et sur leur perception du soulagement ressenti par le patient leur ont été posées. Les dossiers des patients ont aussi été étudiés à la recherche des doses d'analgésie reçues et des notes sur l'évaluation de la douleur par les professionnels. Les résultats démontrent que 95 % des médecins et 81 % des infirmières croient que les patients reçoivent une analgésie suffisante, alors que 74 % des patients ont évalué leur douleur de modérée à sévère (Whipple *et al.*, 1995). Whipple *et al.* (1995) concluent qu'il est important que les professionnels soient formés de façon commune à la gestion de la douleur à l'USI pour surmonter les barrières à la gestion optimale de la douleur à l'USI.

Pour leur part, Van Niekerk et Martin (2003) ont réalisé une étude descriptive, à l'aide d'un sondage auprès d'infirmières de Tasmanie afin d'identifier les barrières qu'elles rencontrent lorsqu'elles essaient de soulager la douleur de façon optimale. Un questionnaire a été envoyé au hasard à 2768 infirmières de Tasmanie. De ce nombre, 1015 (37 %) infirmières y ont répondu. Le questionnaire construit pour l'étude (validité et fidélité non précisée) comportait trois sections. La section principale présentait neuf barrières à la gestion optimale de la douleur identifiées dans les écrits (voir tableau 2). La deuxième section avait pour but de connaître le niveau d'implication de l'infirmière dans la gestion de la douleur et dans ses relations avec les médecins et sa satisfaction quant à ses relations avec les médecins. Une dernière section servait à recueillir les données sociodémographiques des participantes.

Tableau 2 - Pourcentage d'accord des infirmières quant aux barrières rencontrées pour la gestion optimale de la douleur (Van Niekerk et Martin, 2003).

Barrières	% Accord
<u>Barrières reliées au patient</u>	
1-Connaissance insuffisante du patient et de la famille	55
2-Coopération du patient à prendre la médication	49
<u>Barrières reliées aux soignants</u>	
1-Connaissance insuffisante du médecin qui s'occupe du patient attribué à l'infirmière	40
2-Connaissance insuffisante des autres infirmières	35
3-Coopération insuffisante du médecin p/r aux suggestions de l'infirmière	64
4-Prescription inadéquate de l'analgésie	70
5-Manque de connaissance de l'infirmière sur la douleur	35
6-Connaissance du médecin et sa perception de la douleur	66
<u>Barrière reliée aux conditions de travail</u>	
1-Ratio infirmière-patient	68

De ces neuf barrières associées au système professionnel, cinq ont obtenu plus de 50 % d'accord entre les infirmières. De ce nombre, une barrière permet de saisir que les infirmières sont conscientes de ne pas connaître suffisamment leurs patients et leur famille. Trois autres barrières sont reliées à un problème de collaboration infirmière-médecin-patient et une seule est en lien avec les conditions de travail, soit le ratio infirmière-patient. Des analyses de variances ont permis de mettre en évidence que les infirmières de l'USI, comparées aux infirmières de médecine ou de chirurgie, ne perçoivent pas le ratio infirmière-patient comme étant une barrière à la gestion de la douleur. Seules demeurent les barrières reliées aux soignants. Les infirmières qui ne se sentent pas suffisamment consultées par le médecin traitant sont, de façon significative, plus enclines à percevoir les barrières suivantes : connaissance insuffisante du médecin qui s'occupe du patient attribué à l'infirmière, coopération insuffisante du médecin par rapport aux suggestions de l'infirmière, prescription inadéquate de l'analgésie et un manque de connaissances ou des perceptions erronées

de la part du médecin traitant au sujet de la douleur. Ces barrières sont associées à la collaboration entre les médecins et les infirmières.

Des chercheurs ont tenté de saisir les difficultés associées à la collaboration entre les médecins et les infirmières. Ainsi, Stein-Parbury et Liashenko (2007) ont décrit la pratique quotidienne, les rituels et les normes d'une USI, pour comprendre la façon dont la culture affecte la collaboration infirmière-médecin entourant les soins à des patients atteints de confusion. Plus précisément, ils se sont attardés aux différents cadres de références utilisés par les médecins et les infirmières. Ceux-ci sont de trois ordres :

- ◇ Cadre de référence associé à la connaissance du cas : il s'agit des connaissances biomédicales qui reposent sur les connaissances scientifiquement établies de l'anatomie, de la physiologie de la génétique, des processus pathologiques et thérapeutiques, etc.
- ◇ Cadre de référence associé à la connaissance du patient : il s'agit de la compréhension de l'expérience de la maladie et de la réponse du patient au traitement qu'il lui a été administré.
- ◇ Cadre de référence associé à la connaissance de la personne : il s'agit de la connaissance de l'individu en tant qu'être unique possédant un vécu personnel.

La collecte des données de cette étude ethnographique s'est déroulée en deux phases. Il y a d'abord eu une observation directe des médecins et des infirmières de l'unité pendant six mois (320 heures d'observations), soit jusqu'à saturation des données. Par la suite, 12 infirmières choisies en fonction de leur capacité à décrire leurs soins ont participé à une entrevue semi-structurée qui a été bâtie après l'analyse des observations à l'USI. L'analyse par triangulation a permis de révéler certaines lacunes et certains bris au niveau de la collaboration entre les médecins et les infirmières. Les infirmières utilisent davantage un cadre de référence associé à la connaissance du patient et de la personne pour évaluer si les patients sont capables

d'interagir avec elles et ainsi juger s'ils sont confus ou non. De leur côté, les médecins se réfèrent à un cadre associé à la connaissance du cas, connaissances qu'ils vont obtenir en procédant à un examen physique et à des tests diagnostics. Les médecins voudraient aussi que les infirmières leur rapportent des faits et non des impressions. Les résultats de cette étude démontrent que les médecins et les infirmières utilisent différents cadres de références de la connaissance dans leurs pratiques professionnelles respectives, ce qui aurait des conséquences sur la pratique en collaboration pour les soins, qu'ils soient destinés à des patients atteints de confusion ou à des patients souffrants. Il est à noter, toutefois, que les médecins n'ont pas été interviewés : il s'agit donc d'une perspective qui n'est pas complète.

Quant à Whitehead (2007), il a recensé les écrits portant sur les barrières des médecins à la pratique en collaboration. Selon cet auteur, ces barrières découlent du concept de pouvoir (le partage de responsabilités) entre les professionnels de la santé, dont les infirmières. Les médecins sont formés de façon formelle à être des leaders au sein d'une équipe de soins, à agir avec compétence et à être distants émotionnellement dans les situations où la pression est élevée. Pendant leur formation, de façon informelle, l'appartenance à un statut social élevé leur est transmise. Il devient alors difficile pour les médecins d'être un membre égalitaire d'une équipe, donc de permettre à d'autres professionnels de partager des responsabilités associées à leur statut (ex. : prise de décisions), car selon Whitehead (2007), le rang social diminue lorsqu'il est partagé. Ces aspects de la formation et de la socialisation médicales peuvent donc limiter l'engagement des médecins à la formation interprofessionnelle et à la pratique en collaboration.

La prochaine étude montre que les médecins n'éprouvent pas, comme les infirmières, le sentiment d'un manque de collaboration. Dans le cadre d'une étude descriptive, Thomas *et al.* (2003) ont mesuré et comparé les perceptions des infirmières et des médecins œuvrant à l'USI en regard du travail d'équipe. Les infirmières (n = 230) et les médecins (n = 90) de l'USI de six centres hospitaliers ont

répondu au *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* (ICUMAQ) ainsi qu'un questionnaire sur le climat de travail d'équipe : les données sur les qualités psychométriques de ces deux instruments ne sont pas rapportées. Les infirmières et les médecins ont décrit la collaboration et la communication avec leurs pairs de haute ou très haute qualité dans 71 % et 70% des cas, respectivement. De plus, les médecins ont décrit la communication et la collaboration avec les infirmières de haute ou très haute qualité dans 73 % des cas. Cependant, seulement 33 % des infirmières ont décrit la communication et la collaboration avec les médecins de haute ou très haute qualité. Une relation significative a été mise en évidence entre le type de professionnel (infirmière ou médecin) et la perception du climat du travail d'équipe pour cinq des sept points de l'échelle de mesure du climat de travail d'équipe. Un ANOVA a aussi démontré de façon significative que les infirmières démontrent moins de satisfaction que les médecins face au climat du travail d'équipe en général. Les perceptions de la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières de l'USI sont donc différentes.

Cette section a permis de mettre en lumière les barrières à la gestion optimale de la douleur à l'USI associées à une faible collaboration entre les médecins et les infirmières. Bien que les recommandations pour la gestion de la douleur en collaboration basées sur les données probantes soient disponibles, ils demeurent des divergences de perceptions entre les médecins et les infirmières. Ceux-ci connaissent bien leurs rôles spécifiques, mais dans leur formation respective l'accent n'a pas été mis sur leurs rôles communs pour la gestion de la douleur en collaboration. Les médecins et les infirmières doivent donc être formés à la pratique en collaboration à l'intérieur d'un cadre de référence commun pour être en mesure de gérer la douleur de façon optimale à l'USI. La prochaine section traitera des études évaluatives de la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP).

2.2 FORMATION À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : LES ÉTUDES ÉVALUATIVES

Malgré l'explosion des écrits au sujet de la FIPCCP dans les dernières années, aucune étude ne s'est attardée à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI et très peu d'études ont abordé la gestion de la douleur en collaboration en général. De ce petit nombre, aucune n'a été réalisée avec un cadre de référence de la FIPCCP. Une synthèse de ces études sera présentée, suivie d'une étude réalisée avec un cadre de référence de la FIPCCP. Le champ d'application de cette dernière étude n'est toutefois pas la gestion de la douleur en collaboration à l'USI, mais plutôt la collaboration en soins de santé primaires. Cette étude sera présentée dans le but d'apprécier l'efficacité d'une FIPCCP réalisée avec un cadre de référence.

2.2.1 Synthèse des études portant sur la formation à la gestion de la douleur en collaboration

Dans cette section, la méthode utilisée, les résultats obtenus et les contenus des formations de cinq études portant sur la formation à la gestion de la douleur en collaboration seront comparés.

Une mini-recension des écrits sur la FIPCCP pour la gestion de la douleur a été faite par Irajpour *et al.* en 2006, dans le but de vérifier si la FIPCCP en formation continue amène un changement au niveau d'un résultat et d'un processus pour la gestion de la douleur, soit le soulagement des patients et la documentation au dossier. Malgré une stratégie de recherche multiméthode (consultation manuelle de Medline, CINAHL, British Nursing Index, Cochrane Library et Embase de 1966 à 2005, Journal of Interprofessional Care, ainsi que la consultation d'experts), seulement quatre études ont été incluses en fonction des critères suivants : étude clinique randomisée (ECR), étude quasi-expérimentale, comparaison des résultats à ceux d'un

groupe contrôle ou à une mesure de base et rédaction en langue anglaise. Ces études devaient aussi présenter des résultats quant à l'intensité de la douleur de patients et/ou la documentation de la douleur au dossier médical de patients. Ainsi, deux essais cliniques randomisés (Dalton *et al.*, 1999-2001; Elliott *et al.*, 1995-1997) et deux études quasi-expérimentales (Dufault et Sullivan, 2000; Treadwell *et al.* , 2002) ont répondu aux critères d'inclusion.

Freeth, Hammick, Reeves, Koppel et Barr (2005) décrivent trois types de FIPCCP : la formation formelle, la formation informelle et la formation fortuite. La formation est formelle quand un plan de formation interprofessionnelle explicite est connu et réalisé dans le but d'améliorer la collaboration. La formation est informelle quand la formation interprofessionnelle se présente au cours d'une autre activité de formation planifiée. La formation est fortuite quand la situation d'apprentissage interprofessionnelle survient de façon spontanée, sans aucune planification.

De ce fait, les résultats d'une cinquième étude (Carr *et al.*, 2003) qui n'a pas été incluse dans la mini-revue, seront aussi décrits, puisqu'il s'agit de la seule étude quasi-expérimentale qui a intégré de façon formelle, selon la classification de Freeth et al, (2005), des notions de collaboration interprofessionnelle dans une formation pour la gestion de la douleur. La synthèse de ces cinq études est présentée au tableau 3 et elle sera suivie de la comparaison entre les études, puis de la comparaison entre les formations données dans le cadre de ces études (voir l'annexe B pour une description détaillée de chacune des études).

Plusieurs professionnels différents ont été inclus dans les formations. Leur nombre varie de 27 (Elliott *et al.*, 1995-1997) à 150 participants (Treadwell *et al.*, 2002). Les deux seuls professionnels qui sont toujours présents sont les médecins et les infirmières. Quant au nombre de patients inclus dans l'étude, il varie de 57 (Carr *et al.*, 2003) à 787 (Elliott *et al.*, 1995-1997). Dans toutes les études, les patients qui composent les groupes avant et après sont différents (voir tableaux 3 et 4).

Tableau 3 - Synthèse des études s'intéressant à la FIPCCP

	Dalton <i>et al.</i> (1999-2001)	Dufault et Sullivan (2000)	Elliott <i>et al.</i> (1995-1997)	Treadwell <i>et al.</i> (2002)	Carr <i>et al.</i> (2003)
But de l'étude	Former les professionnels œuvrant en soins postopératoires en fonction des recommandations pour la gestion de la douleur d'une agence américaine (AHCPR, 1992)	Diminuer le fossé qui existe entre la recherche et la pratique clinique dans le domaine de la gestion de la douleur	Améliorer les connaissances, les attitudes et la pratique des professionnels pour réduire la douleur cancéreuse des patients.	Évaluer l'impact de l'implantation de lignes directrices pour l'évaluation de la douleur appropriée au développement de l'enfant	Identifier les résultats de la formation à la collaboration interprofessionnelle au sujet des pratiques exemplaires pour la gestion de la douleur
Devis	ECR	Quasi-ex. Pré-post	ECR	Quasi-ex. Pré-post	Quasi-ex. Pré-post
Échantillon	Infirmières n = 10-15 par site Médecins n = 1-2 par site Pharmaciens n = 2 par site Total professionnels n = 68	Médecins n = 3 Infirmières n = 38 Pharmaciens n = 1 Physiothérapeutes n = 1 Agent de pastoral n = 1 Total professionnels : 44	Infirmières n = 4 de chaque site Médecins n = 2 de chaque site Pharmaciens n = 1 de chaque site Travailleurs sociaux n = 1 de chaque site Membre du clergé n = 1 de chaque site Total professionnels n = 27	Infirmières T1 = 29, T2 = 35 Médecins T1 = 36, T2 = 41 Psychologues T1 = 3, T2 = 6 Total professionnels T1 = 68, T2 = 82 Total professionnels : 150	Infirmières n = 7-8 par atelier Médecins n = 5-8 par atelier Pharmaciens n = 1 par atelier Physiothérapeutes n = 1-2 par atelier Ergothérapeutes n = 1 par atelier Total professionnels n = 72 (16-20 par atelier)
Collecte des données et instrument de mesure	Avant, pendant et 6 mois après le programme de formation: -Revue des dossiers avec une grille de la American Pain Society (validité et fidélité non précisées)	Avant le CRU et après -Brief Pain Inventory (BPI) (validité et fidélité testées et approuvées) (la journée de l'admission, journée n° 3 de l'hospitalisation, 1 journée après le congé à domicile)	Avant et à la fin (15 mois après le début) -Patient : BPI (Brief Pain Inventory) (validité et fidélité déjà démontrées)	Pré et post (1 an) -Entrevue avec grille de l'American Pain Society, modifié pour les enfants (validité et fidélité non précisées) -Étude du dossier des patients selon les standards de l'unité T2: idem au T1	Avant et après (délai non précisé): -Autoévaluation de la douleur par les patients sur une échelle 0-10 -Questionnaire de satisfaction maison pour les professionnels à la fin des ateliers
Résultats	↓ douleur à l'auto-évaluation	Significatif (P<0,0001)	Non significatif (P <0,659)	Non significatif	↓ 2,9/10 à 2,0/10 ↓ Douleur modérée-sévère
	↑ documentation de la douleur Résultats chez les professionnels	Non évaluée Significatif (p<0,0001) ↑ 53 % S. O.	Non évaluée S. O.	↑ 29 % S. O.	Non évaluée Satisfaction des professionnels FIPCCP

Les mesures post n'ont pas toutes été recueillies à long terme après l'intervention, il est donc difficile de déterminer la persistance des résultats dans le temps. Carr *et al.* (2003) et Dufault et Sullivan (2000) ne précisent pas le délai entre l'intervention et la collecte des données post-intervention, Dalton *et al.* (1999-2001) l'ont fait six mois après, Treadwell *et al.* (2002) un an après et Elliott *et al.* (1995-1997) ont attendu 15 mois (voir tableau 3). De plus, plusieurs (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Treadwell *et al.*, 2002) n'ont pas précisé les qualités psychométriques des outils utilisés pour la collecte des données.

Seulement une étude a démontré des résultats significatifs au niveau de la diminution de la douleur à l'autoévaluation (Dufault et Sullivan, 2000). Les trois autres études qui ont évalué cette variable ne démontrent pas de différences statistiquement significatives avant et après l'intervention (Carr *et al.*, 2003; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002). L'étude de Carr *et al.* (2003) a révélé un résultat encourageant : la douleur modérée à sévère était présente chez 50 % des patients avant l'intervention et chez seulement 27 % des patients après l'intervention, mais les auteurs ne spécifient pas si les résultats sont significatifs (voir tableau 3).

Deux des études ont évalué la documentation de la douleur au dossier du patient et dans les deux cas, une augmentation a été observée (Dalton *et al.*, 1999-2001; Treadwell *et al.*, 2002). Toutefois, Treadwell *et al.* (2002) ne précisent pas si leurs résultats sont significatifs (voir tableau 3).

L'étude de Carr *et al.* (2003) est la seule à avoir intégré des notions de collaboration interprofessionnelle à leur formation et à avoir évalué, à l'aide d'un questionnaire de satisfaction maison, la satisfaction des professionnels à la suite de leur participation. Les participants étaient unanimes, ils ont tous exprimé de la satisfaction à apprendre au contact des autres professionnels et ainsi d'acquérir de nouveaux savoirs (voir tableau 3 et 4).

Au niveau de la méthode, les cinq études diffèrent beaucoup. Il en est de même pour les formations dispensées dans le cadre de ces études qui sont résumées au tableau 4 (les différences ont été mises en évidence en caractère gras).

Tableau 4 - Synthèse de la FIPCCP dispensée dans les études

	Dalton <i>et al.</i> (1999-2001)	Dufault et Sullivan (2000)	Elliott <i>et al.</i> (1995-1997)	Treadwell <i>et al.</i> (2002)	Carr <i>et al.</i> (2003)
Objectif de la formation	Intégration du rôle de pivot	Utilisation et intégration des pratiques exemplaires	Intégration du rôle de leader d'opinion	Adhésion à un protocole	Démonstration de collaboration
Contenus	Douleur basée sur les données probantes	Douleur basée sur les données probantes	Douleur basée sur les données probantes	Douleur basée sur les données probantes	Douleur basée sur les données probantes Notion de collaboration
Type de FIPCCP	Informelle	Informelle	Informelle	Informelle	Formelle
Structure (type)	Cours magistraux, discussion	Modèle CRU : tables rondes pour l'analyse critique d'articles scientifiques Soutien : carte aide-mémoire	Mini-fellowship (cours magistraux et stage) Soutien: -Comité -Programme d'éducation pour la communauté.	Cours magistraux, discussions et jeu de rôles Soutien : affiches	Études de cas encadrées par des règles de collaboration
Durée	13 heures (3 demi-journées sur 8 semaines)	8 rencontres	16 heures (2 journées sur 1 an) Soutien de 15 mois	Non précisées	16 heures (4 demi-journées)
Professionnels rejoints	Infirmières Médecins Pharmaciens	Médecins Infirmières Pharmaciens Physiothérapeutes Agent de pastorale	Infirmières Médecins Pharmaciens Travailleurs sociaux Membre du clergé	Infirmières Médecins Psychologues	Infirmières Médecins Pharmaciens Physiothérapeutes Ergothérapeutes
Champs cliniques	-Chirurgie -Centre hospitalier -Adultes	-Chirurgie et oncologie -Centre hospitalier -Adultes	-Cancer -Santé communautaire -Adultes	-Hémo-oncologie -Centre hospitalier -Pédiatrique	-Médecine et chirurgie -Centre hospitalier -Adultes

Les objectifs et les contenus des formations présentent plusieurs disparités, mais aussi certains points communs (voir tableau 5). D'abord, les objectifs des formations diffèrent beaucoup, de la simple adhésion à un protocole d'évaluation de la douleur (Treadwell *et al.*, 2002), à l'utilisation et l'intégration des pratiques exemplaires (Dufault et Sullivan, 2000), à l'intégration du rôle de pivot (Dalton *et al.*, 1999-2001), à l'intégration du rôle de leader d'opinion (Elliott *et al.*, 1995-1997), jusqu'à la démonstration de collaboration entre les professionnels (Carr *et al.*, 2003). Dans le cadre des cinq études présentées, la formation n'a pas été fortuite, selon la classification des FIPCCP proposée par Freeth *et al.* (2005). Toutefois, l'étude de Carr *et al.* (2003) est la seule à avoir introduit des notions de collaboration interprofessionnelle de façon formelle. Bien que les objectifs des formations soient différents, dans tous les cas, la formation vise à mieux gérer la douleur, ce qui se reflètera par la diminution de l'intensité de la douleur des patients (Carr *et al.*, 2003; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002) ou l'augmentation de la documentation de l'évaluation de la douleur au dossier des patients (Dalton *et al.*, 1999-200; Treadwell *et al.*, 2002). Toutefois, aucune de ces études n'est propre à la gestion de la douleur à l'USI.

Tableau 5 - Tableau comparatif des contenus et des objectifs des formations données dans le cadre des études sur l'effet de la formation interprofessionnelle pour la gestion de la douleur.

Études	Objectifs	Contenus
Dalton <i>et al.</i> (1999-2001)	<ul style="list-style-type: none"> -Assumer un rôle pivot -Expliquer le phénomène de la douleur et les principes pathophysiologiques -Démontrer des habiletés d'évaluation -Utiliser une variété d'outil d'évaluation de la douleur -Comprendre le rôle de la famille -Démontrer des habiletés à documenter -Décrire l'utilisation appropriée des analgésiques -Décrire l'utilisation appropriée des stratégies non-pharmacologiques -Utiliser les lignes directrices légale et éthique -Utiliser un processus d'amélioration de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> -Évaluation physique et psychologique en pré-opératoire et post-opératoire, -Documentation -Pharmacologie des analgésiques -Indicateurs de qualité -Aspects institutionnels, légaux et éthiques -Utilisation d'outils
Dufault et Sullivan (2000)	<ul style="list-style-type: none"> -Réviser le corpus de connaissances validées et les lignes directrices tirées de la recherche -Transférer et utiliser les savoirs empiriques -Utiliser et intégrer les pratiques exemplaires de gestion de la douleur dans la pratique quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> -Divergences de perception entre infirmières-médecins-patients -Douleur non diagnostiquée chez les patients en soins critiques -Effets secondaires, dosages, ajustement de la médication -Manque de stratégie alternative -Prévalence des maux de dos chez les patients alités -Enseignement aux patients-familles
Elliott <i>et al.</i> (1995-1997)	<ul style="list-style-type: none"> Créer des leaders d'opinions pour : -Promouvoir un programme gouvernemental -Influencer la communauté -Fournir un modèle de gestion de la douleur liée au cancer -Offrir du support informel et de l'enseignement à ses pairs -Faciliter la distribution de lignes directrices et autre matériel -Former et diriger un groupe communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> -Évaluation de la douleur -Radiothérapie -Technique d'anesthésie, agents opiacés et non-opiacés -Traitement complémentaire -Préceptorat sur une unité d'oncologie et SLD (tournée quotidienne) -Soutien pour la mise sur pied de comités
Treadwell <i>et al.</i> (2002)	<ul style="list-style-type: none"> Adhérer au protocole d'évaluation de la douleur basé sur les pratiques exemplaires pédiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> -Définition de la douleur -Stratégies multidimensionnelle et développementale -Stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques -Survot des aspects psychosociaux et comportementaux de la douleur liés aux différences développementales -Documentation de la douleur
Carr <i>et al.</i> (2003)	<ul style="list-style-type: none"> Règles de collaboration à suivre : -Protéger la confiance au sein du groupe -Rester centré sur ce qui peut être atteint ensemble -Avoir du plaisir ensemble -Pratiquer le dialogue -Pratiquer la pensée créatrice ensemble -Partager ouvertement les idées (attitudes, perceptions, croyances et connaissances) -Comprendre le phénomène de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> -L'expérience de la douleur : nature de la douleur et l'évaluation, la nature multidimensionnelle de la douleur, la prévalence et l'incidence de la douleur dans la région, la documentation de la douleur, l'utilisation d'outil d'évaluation de la douleur, les barrières à la gestion de la douleur. -Douleur chronique : la nature de la douleur chronique, l'approche pharmacologique et non pharmacologique, la gestion de l'anxiété, le support psychologique -Douleur aiguë : la nature de la douleur aiguë, les principaux analgésiques pour soulager la douleur aiguë, les types d'analgésie.

Quant aux contenus de formation, ils ont tous été tirés des données probantes et ont abordé la théorie entourant le phénomène de la douleur, l'évaluation et les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002). Dufault et Sullivan (2002) ont aussi mis l'accent sur l'enseignement aux patients-familles. Treadwell *et al.* (2002) ont axé la formation sur les aspects de l'évaluation de la douleur reliés au développement de l'enfant car ils s'adressaient à une clientèle pédiatrique. Dalton *et al.* (1999-2001) ont inclus les aspects légaux, éthiques et institutionnels en intégrant des indicateurs de la qualité des soins. Carr *et al.* (2003) et Dufault et Sullivan (2000) ont traité des divergences entre les médecins et les infirmières et des barrières rencontrées pour la gestion optimale de la douleur.

La structure de la formation variait aussi selon les études. Les équipes de Dalton *et al.* (1999-2001), de Elliott *et al.* (1995-1997) et de Treadwell *et al.* (2002) ont utilisé la forme traditionnelle, soit un cours magistral et des discussions, alors que Dufault et Sullivan (2000) ont privilégié un modèle utilisant des tables rondes de discussion pour l'analyse critique d'articles scientifiques dans le but d'intégrer les données probantes à la pratique. Seuls Elliott *et al.* (1995-1997) ont planifié un stage pour parfaire la formation. Dans l'étude de Carr *et al.* (2003), des études de cas encadrées par des règles de collaboration ont été utilisées. Pour trois des études, les chercheurs ont prévu un moyen de soutien pour les professionnels après la formation. Treadwell *et al.* (2002) ont laissé des affiches dans le milieu de soins, Dufault et Sullivan (2000) ont fourni des cartes aide-mémoire aux professionnels, alors que Elliott *et al.* (1995-1997) ont offert un soutien d'une durée de 15 mois sous forme de comité et d'un programme d'éducation pour la communauté. La structure des formations est en somme très différente d'une étude à l'autre (voir tableau 4). La durée de l'exposition des participants à la FIPCCP n'est pas clairement exprimée pour certaines études (Dufault et Sullivan, 2000; Treadwell *et al.*, 2002), pour celles

connues, elles varient de 13 heures (Dalton *et al.*, 1999-2001) à 16 heures (Carr *et al.*, 2003; Elliott *et al.*, 1995-1997).

Toutes les études ont été réalisées dans des milieux anglo-saxons. Quatre des cinq études se sont déroulées dans un centre hospitalier (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Treadwell *et al.*, 2002), alors qu'une seule s'est déroulée dans la communauté (Elliott *et al.*, 1995-1997). De plus, une des études a été réalisée en pédiatrie (Treadwell *et al.*, 2002), alors que toutes les autres visaient une clientèle adulte (voir tableau 4).

À la lumière des résultats de ces cinq études, la FIPCCP aurait donc une efficacité mitigée pour améliorer la gestion de la douleur. Plusieurs éléments peuvent expliquer l'obtention de ces résultats. D'abord, sauf pour l'étude de Carr *et al.* (2003), le but de ces études n'était pas de promouvoir la collaboration interprofessionnelle pour améliorer la gestion de la douleur, mais plutôt de former les professionnels à la gestion de la douleur pour soulager les patients. Pour les quatre autres études (Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002) la formation était donnée à plusieurs professionnels, mais l'accent n'était pas mis sur les échanges entre eux, mais sur un contenu théorique commun en lien avec la gestion de la douleur. La mesure de variables, telles l'intensité de la douleur et la documentation de la douleur, a permis d'établir certains liens entre les objectifs des formations qui étaient centrés sur le patient. Toutefois, il est impossible d'établir un lien entre ces formations et la collaboration entre les professionnels puisque cette variable (le niveau de collaboration entre les professionnels) n'a pas été mesurée dans aucune de ces études. Alors, l'augmentation des connaissances des professionnels sur la gestion de la douleur pourrait simplement avoir été le facteur à la source des résultats au niveau de l'intensité de la douleur des patients et de la documentation au dossier, sans que la collaboration entre les professionnels ait été le moyen pour y arriver.

La comparaison de ces cinq études démontre des indices de l'efficacité possible de la FIPCCP pour la gestion de la douleur, mais l'inconsistance des résultats fait ressortir l'importance pour les chercheurs de ne rien laisser se faire de façon fortuite, de bien planifier les formations et les évaluations. L'utilisation d'un cadre de référence pourrait contribuer à mieux structurer les formations et à prendre en considération tous les éléments nécessaires à la réalisation d'une FIPCCP et à l'évaluation de son efficacité. La prochaine section présentera une étude qui a été réalisée en présence d'un cadre de référence.

2.2.2 Résultat d'une formation interprofessionnelle bâtie avec un cadre de référence

Dans le cadre d'un projet de développement professionnel continu, Santé Canada a soutenu l'initiative *Building a Better Tomorrow Initiative* (BBTI) qui impliquait les quatre provinces de l'Atlantique. Ce projet de Curran, Sargeant, et Hollett (2007) visait à promouvoir et soutenir la collaboration interprofessionnelle en soins de santé primaires par la formation continue interprofessionnelle. L'efficacité du BBTI a été évaluée par une méthode mixte : des mesures prises en pré et post-intervention chez un groupe unique à l'aide d'évaluation qualitative et quantitative.

Le cadre de référence *Modified Kirkpatrick's Model of Educational Outcomes for Interprofessional Education*, adapté par Barr, Koppel, Reeves, Hammick et Freeth (2005) a été utilisé pour réaliser cette étude. Ce modèle permet d'identifier et d'évaluer les résultats d'une formation interprofessionnelle au niveau individuel, d'une organisation et des patients. Plusieurs évaluations qualitatives et quantitatives ont été faites pour démontrer l'efficacité du programme BBTI sur la satisfaction des professionnels et leurs perceptions de l'acquisition de la compétence à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé primaires. Ainsi, le cadre de référence par Barr *et al.* (2005) a permis de classer les résultats obtenus en fonction

des retombées de la formation interprofessionnelle à différents niveaux, c'est-à-dire, pour les professionnels de façon individuelle, pour l'organisation et pour les patients (voir l'annexe C).

Tous les professionnels des soins de santé primaires des quatre provinces ont été invités à participer à ces formations qui n'étaient pas obligatoires. Ce ne sont pas nécessairement les mêmes professionnels qui ont assisté aux six formations. Au total, 3725 professionnels ont assisté à au moins une formation dont 43 % étaient des infirmières (n = 1620) et 3 % des médecins (n = 113). Il y a eu plus de 28 professions du domaine de la santé et des services sociaux de représentées.

Le programme de formation était constitué de six modules, dont quatre duraient une journée et deux duraient deux jours, pour un total de huit journées de formation (64 heures), sur les thèmes suivants : la facilitation de l'apprentissage chez la clientèle adulte (deux jours), la compréhension des soins de santé primaires (un jour), la construction d'équipes (deux jours), la résolution de conflits (un jour), la construction de liens avec la communauté (un jour) et la planification et l'évaluation de programme (un jour) (voir le tableau 6). Les contenus et les objectifs de formation ont été choisis par un groupe de travail à l'aide de questionnaires et de *focus groups* réalisés dans les quatre provinces. La moitié des modules de formation étaient axés spécifiquement sur l'amélioration de la collaboration entre les professionnels œuvrant en soins de santé primaires, alors que l'autre moitié des modules visaient à augmenter les connaissances, les habiletés et les attitudes des professionnels à la pratique en soins de santé primaires. Les auteurs de l'article ne précisent pas quelles méthodes pédagogiques ont été utilisées pour transmettre ces contenus.

Tableau 6 - Synthèse de l'étude de Curran *et al.* (2007)

But de l'étude	Promouvoir et soutenir la collaboration interprofessionnelle en soins de santé primaires par la formation continue interprofessionnelle.	
Devis	Méthode mixte avec des mesures prises en pré et post-intervention chez un groupe unique (évaluations qualitative et quantitative)	
Formation	Durée	Six modules (quatre d'une seule journée et deux de deux jours), pour un total de huit journées de formation (64 heures).
	Structure	Non précisée
	Contenus et objectifs	<p>1-Facilitation de l'apprentissage chez la clientèle adulte (2 jours) -Objectif : Accroître les connaissances et les habiletés reliées à la facilitation de session d'apprentissage chez la clientèle adulte. -Contenu : Caractéristiques de l'apprentissage chez la clientèle adulte, dynamique de groupe, mode d'apprentissage, habileté de présentation, planification de l'enseignement, différence entre l'enseignement et la facilitation.</p> <p>2-Compréhension des soins de santé primaires (1 jour) -Objectif : Augmenter la connaissance de l'histoire, de l'évolution, des définitions et des concepts reliés aux soins de santé primaires. -Contenu : Terminologie des soins de santé primaires, la santé des populations, la promotion de la santé et les déterminants de la santé.</p> <p>3-Construction d'équipe (2 jours) -Objectif : Soutenir le développement de nouvelles équipes de soins de santé primaires. -Contenu : Phases de développement d'une équipe, la nature d'une équipe, le processus de changement, la gestion de réunion d'équipe, la construction d'un consensus, la compréhension des rôles des différents membres d'une équipe de soins de santé primaires.</p> <p>4-Résolution de conflits (1 jour) -Objectif : Augmenter la connaissance sur la nature des conflits et les méthodes pour résoudre de façon constructive les conflits interpersonnels. -Contenu : La nature et les dynamiques des conflits, les conflits constructifs et destructifs, compréhension du cycle des conflits, distinguer les positions des professionnels de leurs intérêts, techniques de communication pour supporter la résolution de conflit.</p> <p>5-Construction de liens avec la communauté (1 jour) -Objectif : Soutenir les professionnels de la santé œuvrant en soins de santé primaires dans leur relation avec la communauté et améliorer leurs habiletés, connaissances et confiance à bâtir de nouveaux partenariats. -Contenu : Identifier de nouvelles sources de soutien et des ressources dans la communauté, références, nature et niveaux de partenariat, explorer de nouveaux partenaires et stratégies pour les aborder, les facteurs de succès d'un partenariat et l'évaluation de l'efficacité d'un partenariat.</p> <p>6-Planification et évaluation de programme (1 jour) -Objectif : Introduire aux principes de planification et d'évaluation de programme. -Contenu : Planification, développement, implantation et évaluation de programme</p>
Champs cliniques	Soins de santé primaires	
Professionnels visés	Tous les intervenants impliqués dans les soins de santé primaires (plus de 28 professions représentées, pour un total de n = 3725 professionnels)	

Au niveau des professionnels, les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires, de *focus groups* et d'entrevues téléphoniques. Curran *et al.* (2006) ont noté que la moyenne générale de la satisfaction des professionnels à avoir participé à la formation interprofessionnelle était élevée ou très élevée. De plus, les professionnels ont perçu une augmentation significative de leur confiance en leur compétence reliée aux sujets abordés dans le programme de formation du BBTI. Le BBTI est perçu comme étant utile pour aider les équipes à travailler ensemble de façon plus efficace. Plus précisément, les modules traitant de la construction d'équipe, de la résolution de conflit et la compréhension des soins de santé primaires sont perçus comme étant les plus utiles. À la suite des formations, les professionnels ont aussi décrit une augmentation de leur compréhension des soins de santé primaires, de la collaboration et de la communication entre eux. Ils croient aussi que la qualité des soins a été améliorée par des références plus efficaces entre les professionnels et par leurs connaissances plus étendues de l'offre de service. D'ailleurs, l'évaluation des changements de comportement, trois mois après la fin du BBTI, confère une augmentation significative de leur performance due à l'amélioration de leur compétence.

Du point de vue de l'organisation, des gestionnaires ont participé à une entrevue téléphonique où ils ont révélé avoir perçu une amélioration dans les communications entre les membres des équipes, la création de nouveau partenariat avec la communauté et la création de nouveaux programmes à la suite du BBTI. En résumé, les résultats s'avèrent très positifs.

L'utilisation d'un cadre de référence a permis de structurer les évaluations tout en n'empêchant pas les choix d'ordre méthodologique des chercheurs. Le cadre de référence choisi ne permet pas de planifier ou structurer la formation, mais seulement son évaluation. Dans le cadre de cette étude, aucune mesure directe n'a été prise auprès des patients. Il n'y a que des mesures indirectes auprès des professionnels et des gestionnaires sur leurs perceptions des résultats pour les patients. Un cadre de référence impliquant toutes les composantes d'une FIPCCP

ainsi que l'évaluation de l'ensemble de ces composantes serait souhaitable pour contribuer à son développement. L'une des composantes essentielles d'une FIPCCP est son contenu. Dans la prochaine section, une revue des écrits traitant des contenus de la FIPCCP sera présentée.

2.3 FORMATION POUR LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Une recension des écrits portant sur les contenus de la FIPCCP a été faite avec une attention particulière à la compétence des professionnels qui doit être développée en FIPCCP. Plusieurs manifestations de la compétence à la pratique en collaboration centrée sur le patient des infirmières et des médecins ou toutes professions confondues, ont été répertoriées dans différents types d'écrits. Certains écrits analysent des textes de commissions parlementaires, et des textes corporatifs et légaux. D'autres rapportent des études empiriques et une synthèse des cadres de références, qui seront présentés dans cette section afin de conduire au cadre de référence choisi pour cette étude.

À la suite de l'analyse pour les médecins, d'une publication du Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada, le *CanMEDS* et pour les infirmières, des manifestations de la compétence énumérées par le Collège des infirmières de l'Ontario, Verma, Paterson et Medves (2006) présentent le rôle attendu du professionnel dans le cadre d'une pratique en collaboration centrée sur le patient (voir l'annexe D).

De façon générale, les médecins et les infirmières doivent manifester du professionnalisme, les médecins en ayant une pratique éthique, intègre, honnête et avec compassion, et les infirmières en prenant la défense (*advocacy*) et en dénonçant les situations potentiellement à risque pour les patients et les membres de l'équipe de soins. Du point de vue de l'expertise, les médecins doivent démontrer des habiletés

diagnostiques et thérapeutiques et les infirmières doivent utiliser leurs connaissances pour promouvoir la santé, prévenir la maladie puis évaluer leurs interventions. Tous doivent maintenir à jour leurs connaissances et critiquer les différentes sources d'informations. Les médecins doivent contribuer aux développements de nouveaux savoirs alors que les infirmières doivent les diffuser et les enseigner. Dans leur pratique respective, une partie du rôle des médecins et des infirmières les amène à agir à titre de gestionnaires. Les médecins doivent alors allouer et utiliser efficacement les ressources du système de la santé pour optimiser les soins, alors que les infirmières doivent apporter une direction aux soignants qui ne sont pas des professionnels (ex. : préposés aux bénéficiaires). Autant les infirmières que les médecins doivent entrer en relation thérapeutique avec leurs patients-familles et collaborer efficacement en tant que membre de l'équipe interprofessionnelle.

Les différences qui existent entre les manifestations de la compétence à la pratique professionnelle des infirmières et des médecins démontrent que les attentes envers ces professionnels ne sont pas les mêmes. Toutefois, au niveau des similitudes, Verma *et al.* (2006) s'attendent à ce que les médecins et les infirmières soient en mesure de collaborer l'un avec l'autre et avec les autres membres de l'équipe de soins pour assurer des soins de qualité aux patients. Verma *et al.* (2006) affirment qu'une harmonisation des manifestations de la compétence professionnelle des médecins et des infirmières est nécessaire pour favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Consécutivement à un sommet international de l'Institute of Medicine (IOM), Greiner et Knebel (2003) ont produit un rapport dans lequel ils énumèrent les cinq compétences que tous les professionnels de la santé devraient posséder pour pratiquer au 21^e siècle (voir l'annexe E). Ils confirment que les professionnels doivent être en mesure de fournir des soins centrés sur le patient, de travailler en collaboration interprofessionnelle, d'intégrer les données probantes à leur pratique et s'ajoute à la liste : que les professionnels doivent appliquer les principes d'amélioration de la qualité et utiliser l'informatique (Greiner et Knebel, 2003). Greiner et Knebel (2003)

décrivent la compétence au travail en collaboration interprofessionnelle comme étant le fait de coopérer, de collaborer, de communiquer et d'intégrer les équipes pour assurer la continuité des soins. Malheureusement, les auteurs ne donnent pas plus de précision sur l'organisation du travail en collaboration interprofessionnelle et comment y parvenir, mais pour Greiner et Knebel (2003) il s'agit d'un aspect essentiel à la pratique professionnelle actuelle tout en demeurant centré sur le patient.

Dans une analyse des écrits s'intéressant spécifiquement à la collaboration entre les infirmières et les médecins, Way *et al.* (2001) en ressortent des caractéristiques importantes à la collaboration interprofessionnelle : l'esprit coopératif, l'assurance, la responsabilité, l'autonomie, la communication, la coordination, la confiance et le respect mutuel. L'accent devrait donc être mis sur ces caractéristiques lors des FIPCCP. Way *et al.* (2001) ne précisent toutefois pas comment former les infirmières et les médecins pour qu'ils puissent démontrer ces manifestations de la compétence à la pratique en collaboration.

Dans une expérience terrain, Bernier et Colin (2006) développent actuellement un projet d'enseignement dans le contexte de soins ambulatoires. Cet enseignement prendra la forme d'une formation interprofessionnelle et l'approche par compétence sera utilisée pour structurer la formation. Dans les étapes préliminaires de ce projet, à la lueur d'une recension des écrits, Bernier et Colin (2006) ont regroupé les manifestations générales de la compétence à la collaboration interprofessionnelle sous quatre thèmes :

- ◇ *Capacité à s'inscrire dans une pratique collaborative*
- ◇ *Capacité à gérer le changement*
- ◇ *Faire preuve de créativité, d'imagination et d'innovation*
- ◇ *Faire preuve de flexibilité et de créativité, savoir communiquer et avoir la capacité de travailler en équipe (p.26).*

Pour enrichir ce volet théorique axé sur la pratique en collaboration et l'adapter au contexte des soins ambulatoire; Bernier et Colin (2006) ont procédé à deux *focus groups* à un mois d'intervalle. Un premier groupe a été constitué de cinq

étudiants (médecins n = 2, infirmière n = 1, nutritionniste n = 1 et travailleur social n = 1) et le deuxième de 12 professionnels (médecins n = 2, gestionnaires n = 2, physiothérapeute n = 1, ergothérapeute n = 1, travailleur social n = 1, inhalothérapeute n = 1, psychologue n = 1, diététicienne n = 1, infirmière n = 1 et pharmacien n = 1) œuvrant à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). Les étudiants et les professionnels partagent les mêmes points de vue. Pour les deux groupes, le travail en collaboration interprofessionnelle repose sur les principes suivants :

- ◇ *But commun orienté vers le patient*
- ◇ *Interaction entre les professionnels/notion d'entraide*
- ◇ *Meilleure connaissance du champ d'expertise de l'autre*
- ◇ *Échanges qui favorisent les apprentissages/optimisation des connaissances*
- ◇ *Prise en charge, selon une approche globale*
- ◇ *Patient et sa famille sont membres à part entière de l'équipe interdisciplinaire*
- ◇ *Importance de l'imputabilité de chacun dans la prise de décision et dans l'atteinte des résultats-clientèles*
- ◇ *Mise à profit des compétences générales et spécifiques des individus dans le contexte de résolution d'une tâche difficile et complexe (Bernier et Colin, 2006, p.29-30)*

Les participants ont identifiés les facteurs essentiels de la réussite à une pratique en collaboration suivants :

- ◇ *Le respect des membres de l'équipe et de la pratique de chacun*
- ◇ *Une bonne communication circulaire*
- ◇ *L'ouverture d'esprit pour le partage de l'expertise*
- ◇ *La confiance en soi et envers les membres de l'équipe*
- ◇ *La flexibilité à dépasser son rôle, et ce, dans un contexte de soins non spécifiques*
- ◇ *L'importance de la transmission de l'information essentielle à l'équipe et à la mise en œuvre de moyens pour la partager*
- ◇ *L'importance d'avoir au sein de l'équipe une personne qui s'assure de la coordination et de l'animation lors des réunions interdisciplinaires (Bernier et Colin, 2006, p.30)*

Bien que les résultats des *focus groups* présentés par Bernier et Colin (2006) ne soient pas formulés sous la forme de manifestations de compétence, il s'agit tout de même de la perception des cliniciens et de futurs cliniciens qui bonifient la théorie en exposant des éléments essentiels à inclure dans une FIPCCP selon leur point de vue.

Comme cette étude est en cours, les résultats seront disponibles ultérieurement. Ils seront très importants puisqu'ils généreront une connaissance nouvelle de l'application de la FIPCCP. Bernier et Colin (2006) ont pris le temps de bien définir les composantes de leur intervention et de les adapter à leur contexte, les soins ambulatoires : cette rigueur laisse présager des résultats intéressants.

S'inspirant des travaux d'une commission nationale en Angleterre, le Care Sector Consortium de 1997 et de Barr (1998), Oandasan et Reeves (2005) ont révisé, à la lueur d'une revue des écrits faite dans le cadre du Rapport de Santé Canada (2004), une liste des manifestations de la compétence à la collaboration interprofessionnelle générale. Ainsi, le professionnel compétent à la pratique en collaboration sera en mesure de :

- Décrire clairement les rôles et responsabilités des autres professionnels;
- Reconnaître et respecter les rôles, les limites, les responsabilités et les compétences des autres professionnels;
- Travailler avec les autres pour évaluer, planifier, fournir et surveiller les soins donnés aux patients, produire des changements et résoudre des conflits;
- Tolérer les différences, les incompréhensions et les défauts des autres professionnels;
- Faciliter les réunions d'équipe et les études de cas interprofessionnelles;
- Entrer en relation d'interdépendance avec les autres professionnels (Oandasan et Reeves, 2005).

Étant donné qu'il s'agit d'un domaine en constante évolution, D'Amour et Oandasan (2004) affirment que la liste proposée par Barr (1998) n'énumère que des exemples et que d'autres études devraient être faites pour mieux cerner les manifestations de la compétence. De plus, il s'agit d'énoncés généraux, alors que la compétence se développe dans un contexte précis (Barr *et al.*, 1998), notamment dans le cadre de la gestion de la douleur à l'USI. D'ailleurs, aucune étude traitant de la compétence à la pratique en collaboration interprofessionnelle pour la gestion de la douleur n'a été publiée.

S'appuyant sur une recension d'écrits, Brathwaite et Travalgia (2005) proposent une classification des manifestations de la compétence à la pratique en collaboration interprofessionnelle selon les catégories suivantes : des attitudes, des connaissances ou des habiletés (voir tableau 7). Dans un livre traitant du développement et de l'évaluation de la formation interprofessionnel, Freeth *et al.* (2005) ont aussi listé les attitudes, les habiletés et les connaissances que les professionnels doivent manifester à l'issue d'une telle formation (voir tableau 7).

Tableau 7 - Manifestation de la compétence à la collaboration interprofessionnelle

	Freeth <i>et al.</i> (2005)	Brathwaite et Travalglia (2005)
Attitudes	<p>La volonté d'échanger des points de vue et de l'information</p> <p>La volonté de partager la responsabilité ou de la déléguer</p>	<p>Développer la confiance</p> <p>Gérer la complexité et l'incertitude</p> <p>Respect, compréhension et soutien du rôle des autres professionnels</p> <p>Adaptation et flexibilité</p> <p>Capacité et volonté de partager des buts</p>
Connaissances	<p>Comprendre comment les rôles professionnels sont interreliés</p> <p>Comprendre les contextes local et national qui facilitent ou inhibent la collaboration</p> <p>Comprendre une variété de stratégies pour améliorer la collaboration et la nature des modèles de changement</p>	<p>Les frontières des rôles professionnels</p> <p>Apprendre de l'expertise des autres membres de l'équipe, de leur bagage, de leur connaissance et de leurs valeurs</p> <p>Apprendre les rôles individuels et les processus requis pour travailler en collaboration</p>
Habiletés	<p>Collaborer et négocier efficacement avec les autres professionnels ou agences</p> <p>Identifier des situations dans son environnement de travail où le développement de la collaboration est requis et agir en conséquence</p> <p>Sélectionner et adapter des stratégies qui sont propres au contexte de soin pour améliorer la collaboration</p>	<p>Habiletés de groupe</p> <p>Habiletés de communication</p> <p>Habiletés de résolution de conflits</p> <p>Leadership</p> <p>Collaborer avec les autres professionnels</p> <p>Démontrer les habiletés de groupe de base, incluant la communication, la négociation, la délégation, la gestion du temps et l'évaluation des dynamiques de groupe</p> <p>Coordonner et intégrer les processus de soins pour assurer l'excellence, la continuité et la fiabilité des soins</p> <p>Personnaliser les soins et procéder à des transitions en douceur entre les organisations et dans le temps, même quand les membres de l'équipe de soins sont dans des lieux différents</p>

De ces nombreuses manifestations de la compétence classées selon les attitudes, les connaissances et les habiletés, Brathwaite et Travalglia (2005) et Freeth *et al.* (2005) en ont seulement décrites trois qui sont semblables : l'attitude de partage, la connaissance des rôles et l'habileté de négociation que les professionnels doivent

manifester. Toutes les autres manifestations de la compétence à la pratique en collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient nommées par Brathwaite et Travalgia (2005) et Freeth *et al.* (2005) sont différentes et complémentaires, mais aucune n'est contradictoire. Freeth *et al.* (2005) ajoutent que leur liste devra être adaptée à chacun des projets de FIPCCP en raison de l'unicité des contextes de soins. Ces deux listes de manifestations de la compétence ne permettent toutefois pas de structurer une FIPCCP puisqu'elles n'ont pas été adaptées à un contexte clinique.

L'University of British Columbia College of Health Discipline (UBC-CHD) (2008) a fait une synthèse des écrits sur la compétence à la collaboration interprofessionnelle. Ce cadre de référence de la compétence à la collaboration interprofessionnelle a été organisé en trois catégories de manifestations de la compétence (UBC-CHD, 2008) :

- I. Les habiletés interpersonnelles et de communication
- II. Les soins centrés sur le patient et sa famille
- III. La pratique en collaboration
 - A. La prise de décisions en collaboration
 - B. Les rôles et les responsabilités
 - C. Le fonctionnement en équipe
 - D. L'amélioration continue de la qualité

Les habiletés interpersonnelles et de communication consistent à communiquer de façon systématique, sensible et responsable, de démontrer des habiletés interpersonnelles nécessaires à la collaboration interprofessionnelle. Les soins centrés sur le patient et sa famille se réalisent en travaillant avec les autres, en négociant et en fournissant les soins optimaux qui intègrent avec respect et sensibilité les points de vue, les besoins et les valeurs du patient et de sa famille. La pratique en collaboration, quant à elle, est possible lorsque des partenariats sont établis et maintenus avec les autres professionnels, le patient et sa famille, les autres équipes, les organisations et les individus pour atteindre un but commun. Cette catégorie se subdivise en quatre sections. 1) La prise de décisions en collaboration est possible lorsque des partenariats efficaces sont établis et maintenus avec les autres professionnels dans le cadre d'une équipe formelle ou non. 2) Pour les rôles et responsabilités, une

compréhension claire des capacités de chacun, de leur expertise et de leur culture permet de consulter, de demander des conseils et de se concerter entre membres de l'équipe. 3) Le fonctionnement en équipe nécessite des habiletés de négociation, de gestion de conflits, de médiation entre différents intérêts et de favoriser le développement de partenariats au sein d'une équipe formelle. 4) L'amélioration continue de la qualité se fait de concert avec les équipes interprofessionnelles pour contribuer à l'amélioration du système de santé, en particulier dans le secteur de la sécurité des soins en réduisant les erreurs, en augmentant l'efficacité et en diminuant les délais.

Tout comme les écrits présentés dans cette section, le cadre de référence de la compétence à la collaboration interprofessionnelle de UBC-CHD (2008) ne permet pas d'intégrer tous les facteurs systémiques d'une FIPCCP, il permet seulement de décrire de façon générale ce qu'un professionnel de la santé devra acquérir en FIPCCP. Les manifestations de la compétence à la pratique professionnelle en collaboration décrites dans cette section ont pu être résumées dans le tableau 8.

Tableau 8 - Résumé des manifestations de la compétence à la pratique professionnelle en collaboration.

Source	Verma et al. (2006)	Greiner et Knebel (2003)	Way et al. (2001)	Bernier et Colin (2006)	Oandasan et Reeves (2005)	Brathwaite et Travalgia (2005)	Freeth et al. (2005)	UBC-CHD (2008)
Compétence	Pratique professionnelle en général	Pratique professionnelle en général	Pratique en collaboration	Pratique en collaboration	Pratique en collaboration	Pratique en collaboration	Pratique en collaboration	Pratique en collaboration
Manifestations de la compétence	<ul style="list-style-type: none"> -Professionnalisme -Pratique éthique, intégrée, honnête et avec compassion, advocacy du patient et de l'équipe -Maintenir à jour ses connaissances et critiquer les sources d'informations. -Agir à titre de gestionnaires -Entrer en relation thérapeutique avec leurs patients-familles -Collaborer efficacement en tant que membre de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> -Fournir des soins centrés sur le patient -Travailler en collaboration interpro. -Intégrer les données probantes à leur pratique -Appliquer les principes d'amélioration de la qualité -Utiliser l'informatique 	<ul style="list-style-type: none"> -Esprit coopératif -Assurance -Responsabilité -Autonomie -Communication - Coordination -Confiance -Respect mutuel 	<ul style="list-style-type: none"> -Gérer le changement -Créativité -Flexibilité -Travailler en équipe -But commun orienté vers le patient-famille -Entraide -Connaissance du champ d'expertise de l'autre et mise à profit -Échanges -Approche globale -Imputabilité -Contexte de résolution d'une tâche difficile et complexe -Respect circulaire -Ouverture d'esprit -Confiance -Partager l'information -Animation 	<ul style="list-style-type: none"> -Décrire les rôles et responsabilités des autres -Reconnaître et respecter : rôles, limites, responsabilités et les compétences des autres -Travailler avec les autres pour évaluer, planifier, fournir et surveiller les soins donnés aux patients, produire des changements et résoudre des conflits -Tolérer les différences -Faciliter les réunions d'équipe et les études de cas -Entrer en relation d'interdépendance avec les autres 	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes -Échanger des points de vue et de l'information -Partager la responsabilité ou de la déléguer Connaissances -Comprendre l'interrelation des rôles -Comprendre les contextes qui facilitent ou inhibent la collaboration -Stratégies pour améliorer la collaboration Habiletés -Collaborer et négocier -Identifier les besoins de collaboration -tenir compte du contexte pour améliorer la collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> Attitudes -Confiance -Gérer la complexité et l'incertitude -Respect -Adaptation et flexibilité -Partager des buts Connaissances -Frontières des rôles -Apprendre de l'autre -Processus du travail collaboratif Habiletés -Habiletés de groupe : résolution de conflits, leadership, collaborer, communication, négociation, délégation, gestion du temps et évaluation des dynamiques de groupe -Coordonner 	<ul style="list-style-type: none"> -Habiletés interpersonnelles et de communication -Soins centrés sur le patient et sa famille -Pratique en collaboration -Prise de décisions en collaboration -Rôles et responsabilités -Fonctionnement en équipe -Amélioration continue de la qualité

Ainsi, certaines manifestations de la compétence à la pratique professionnelle en collaboration ont été exprimées par plusieurs auteurs. Par exemple, la connaissance du rôle des autres professionnels (Bernier et Colin, 2006; Freeth et al., 2005; Oandasan et Reeves, 2005; UBC-CHD, 2008), le respect (Bernier et Colin, 2006; Freeth et al., 2005; Way et al., 2001), la confiance (Way et al. (2001), la communication (Bernier et Colin, 2006; Freeth et al., 2005; UBC-CHD, 2008; Way et al., 2001), la responsabilité (Bernier et Colin, 2006; Brathwaite et Travalglia, 2005; Freeth et al., 2005; UBC-CHD, 2008; Way et al., 2001), le partage (Brathwaite et Travalglia, 2005; Freeth et al. (2005). Ces manifestations ont pour but de donner des soins de qualité centré sur le patient (Greiner et Knebel, 2003; UBC-CHD, 2008). Cette synthèse des manifestations de la compétence à la pratique professionnelle en collaboration ne permet pas non plus de structurer une FIPCCP. L'utilisation d'un cadre de référence de la FIPCCP complet et systémique permettrait d'analyser le contexte de soins et de créer une FIPCCP ciblant les manifestations de la compétence qui y seraient adaptées.

Bray et Howkins (2006) ont poussé la réflexion sur le développement de la formation à la collaboration interprofessionnelle en se questionnant sur la façon dont les enseignants de FIPCCP pouvaient arriver à être des facilitateurs de l'apprentissage s'ils n'étaient pas eux-mêmes préparés ou entraînés pour le faire. Ils ont utilisé la technique Delphi¹ en deux séries de questionnaires, dans le but d'obtenir un consensus d'experts pour répondre à la question suivante : quelles sont les habiletés et les connaissances nécessaires que les enseignants doivent posséder pour promouvoir les apprentissages en FIPCCP?

Les experts ont été choisis par un échantillonnage de convenance. Ils devaient avoir de l'expérience clinique, une formation professionnelle ou une qualification dans le domaine de la santé ou des services sociaux, œuvrer à titre de facilitateur avec

¹ La technique Delphi sera décrite en détail au chapitre IV puisque la même méthode a été utilisée dans la présente étude.

plus d'un groupe de professionnels différents depuis au moins deux ans, comprendre l'apprentissage chez l'adulte en formation continue, être capable d'atteindre des objectifs d'apprentissage à travers les évaluations de formation, être capable d'appliquer la théorie appropriée pour expliquer et clarifier la pratique. Sur 30 experts identifiés, 18 ont répondu aux deux questionnaires. Il s'agissait de médecins, d'infirmières, d'autres professionnels de la santé, de professeurs et de gestionnaires qui représentaient la diversité des professionnels dans la pratique (Bray et Howkins, 2006). Les auteurs ne donnent toutefois pas plus de détails sur les experts recrutés.

Dans les deux questionnaires, la majorité des questions étaient ouvertes. L'analyse de contenu du premier questionnaire a été discutée par l'équipe de chercheur pour réduire les biais dus à l'interprétation des chercheurs (cohérence interne) et a permis de révéler une liste de qualités requises de la part des enseignants de FIPCCP. Ces résultats ont été retournés aux participants dans le cadre du deuxième questionnaire afin d'obtenir un consensus sur les méthodes d'enseignements, les habiletés et les connaissances nécessaires chez les enseignants pour faciliter l'apprentissage en FIPCCP. Les résultats ont pu être organisés sous cinq thèmes principaux (Bray et Howkins, 2006) :

- ◇ Conscience et utilisation de soi-même comme facilitateur (influence de la personnalité)
- ◇ Gestion de la différence et des conflits (connaître les différences et reconnaître que le conflit est naturel et créateur)
- ◇ Compréhension des processus de groupe et des relations (établir la confiance, clarifier le but et répondre au feed-back)
- ◇ Conscience du pouvoir du facilitateur et du groupe (être conscient des inégalités et stimuler l'empowerment du groupe)
- ◇ Planification en fonction du contexte et authenticité (tenir compte des facteurs externes et internes qui peuvent influencer la planification et la réalisation des apprentissages)

Les résultats de Bray et Howkins (2006) sont une avenue intéressante pour expliquer qu'il n'y a pas que le contenu qui est important dans une FIPCCP. Une multitude de facteurs doivent être considérés et il ne suffit pas d'enseigner de la théorie uniquement aux professionnels de la santé pour qu'ils apprennent un même contenu en parallèle. Les enseignants de FIPCCP doivent favoriser les échanges entre apprenants et susciter le changement de pratique en s'engageant personnellement et en utilisant leurs habiletés et connaissances personnelles. Ainsi, l'utilisation d'une approche systémique permettrait de prendre en considération toutes les composantes de la FIPCCP.

Tous les écrits cités dans cette section ont un contenu propre à la compétence à la pratique en collaboration interprofessionnelle. Elles sont souvent présentées sous forme de liste, parfois organisées selon des catégories. Ces catégories de manifestations de la compétence sont : pour la majorité des connaissances, des attitudes et des habiletés. Il n'existe aucun écrit traitant de la compétence à la pratique en collaboration interprofessionnelle pour la gestion de la douleur en général ni pour la gestion de la douleur à l'USI. De plus, aucune de ces études ou aucun cadre de référence ne permet de structurer une FIPCCP en tenant compte du contexte dans lequel elle aura lieu. Qui plus est, l'analyse des études présentées à la section 2.2 portant sur la formation à la collaboration interprofessionnelle soutient que leurs résultats sont variables et que les formations données dans le cadre de ces études sont différentes. Les études recensées ne répondent donc pas aux exigences de Campbell *et al.* (2000), qui soutiennent que les composantes d'une intervention complexe doivent être bien définies avant d'en tester les impacts. Il y a donc une nécessité de se tourner vers un cadre de référence systémique, qui intègre et permet d'évaluer toutes les composantes d'une FIPCCP dans le contexte de la gestion de la douleur en collaboration à l'USI.

Ainsi, il ressort de cette recension que les patients de l'USI sont peu soulagés. Or les médecins et les infirmières se butent à plusieurs barrières pour les soulager. La collaboration entre ceux-ci est à la fois le problème et la solution à cette situation, puisque l'absence de collaboration nuit à la gestion optimale de la douleur. Comme la collaboration n'est pas spontanée entre les médecins et les infirmières, il faut les former pour qu'ils y deviennent compétents. La FIPCCP est donc la solution, mais les études qui ont évalué son impact sur la gestion de la douleur ont obtenu des résultats mitigés. De nombreuses critiques peuvent cependant être formulées à l'égard de ces études, mais leur point commun est qu'elles ont toutes été réalisées en l'absence d'un cadre de référence de la FIPCCP. L'utilisation d'un cadre de référence de la FIPCCP n'est pas une garantie de succès. Toutefois, l'utilisation d'un cadre de référence jumelé à une méthode rigoureuse permettrait de prendre en considération toutes les composantes nécessaires à la réussite d'une FIPCCP.

CHAPITRE III : CADRE DE RÉFÉRENCE : FIPCCP ET COMPÉTENCE

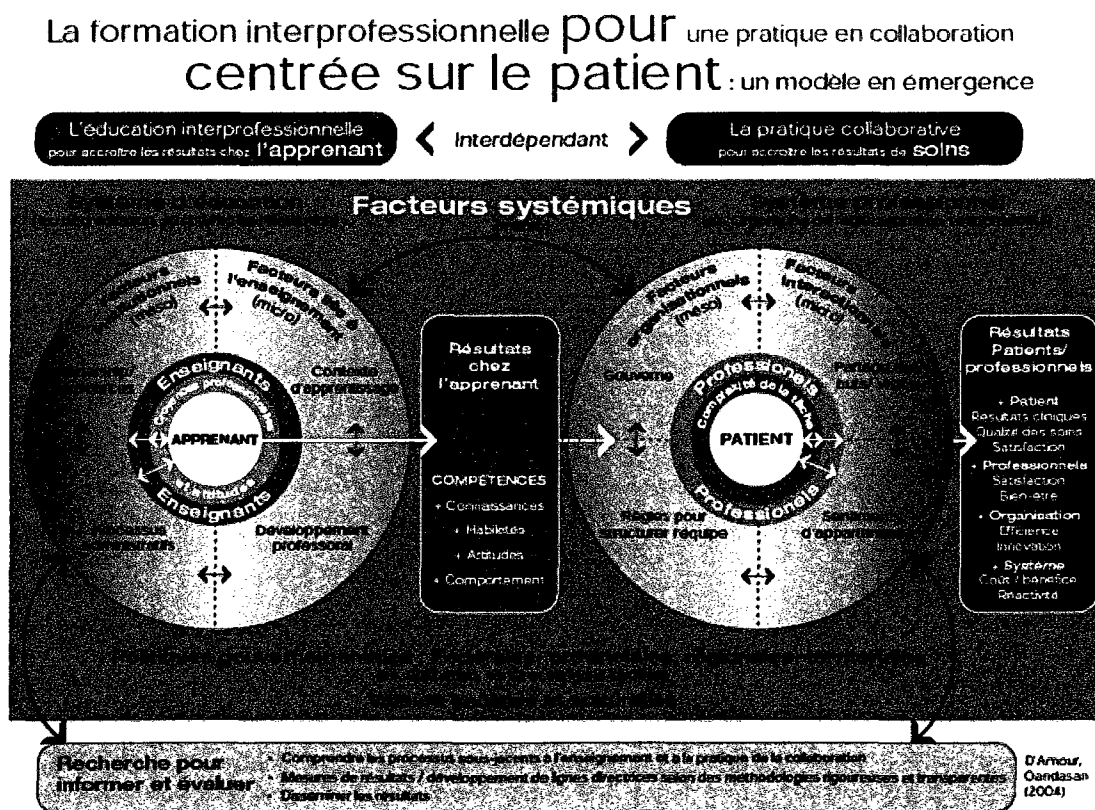
Certaines des études présentées précédemment ont été réalisées en l'absence d'un cadre de référence de la FIPCCP, ce qui a conduit à des résultats inégaux et peu concluants. Dans le cas de l'étude de Curran *et al.* (2007), un cadre de référence a été utilisé. Il s'agit du *Modified Kirkpatrick's Model of Educational Outcomes for Interprofessional Education*, dont l'adaptation a été faite par Barr *et al.* (2005). Ce cadre de référence permet d'identifier et d'évaluer les résultats d'une formation interprofessionnelle au niveau individuel, de l'organisation et des patients. Toutefois, ce cadre de référence ne permet pas de prendre en considération tous les éléments de la FIPCCP et ne met pas en évidence la distinction qui existe entre les formations interprofessionnelles qui génèrent des résultats chez les apprenants (les professionnels) et la pratique en collaboration qui elle, génère des résultats chez les patients. Le modèle de D'Amour et Oandasan (2004) met en évidence les deux types de résultats attendus d'une FIPCCP, avec un concept les unissant, soit la compétence des professionnels. Ce modèle servira d'assise, puisque dans le cadre de référence de la présente étude, l'attention sera mise uniquement sur les résultats attendus chez les infirmières et les médecins, soit la compétence des médecins et des infirmières à la pratique en collaboration centrée sur le patient pour la gestion de la douleur à l'USI.

Ainsi, dans ce chapitre, le modèle de D'Amour et Oandasan (2004) sera décrit, suivi de la définition du concept de compétence.

3.1 MODÈLE DE LA FIPCCP

Le modèle proposé par D'Amour et Oandasan (2004) a vu le jour à la suite de recommandations gouvernementales. Il inclut tous les facteurs jusqu'à ce jour recensés dans un rapport de Santé Canada en 2004, qui doivent être pris en compte lors de l'élaboration de la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) (voir la figure 1 et l'annexe F pour un format plus grand). Il sera décrit dans cette section.

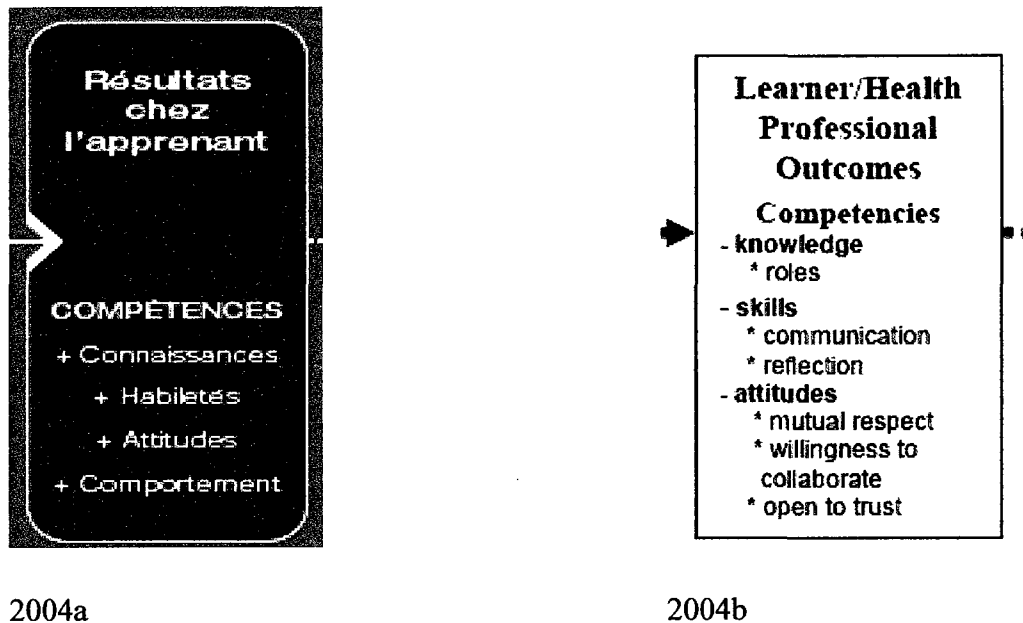
Figure 1 - Modèle pour la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) de D'Amour et Oandasan (2004)



Ce modèle a pour but de mettre en évidence le lien entre le système de la formation interprofessionnelle et le système de la pratique clinique en collaboration (D'amour et Oandasan, 2005). Il est formé de deux cercles qui décrivent ces deux systèmes mis en relation. Du côté gauche, on retrouve l'apprenant au centre du système d'éducation. Il s'agit des professionnels de la santé qui sont entourés des facteurs qui ont un impact sur leur capacité à devenir des professionnels compétents à la pratique en collaboration. Ces facteurs sont d'ordre micro lié aux aspects de l'enseignement, méso en lien avec les institutions d'enseignement et macro qui réfère à la relation entre le système d'éducation et le système professionnel (D'amour et Oandasan, 2005). Du côté droit du modèle, il y a le patient qui est au cœur du système professionnel. De la même façon, le patient est la cible de son système respectif et il est entouré des facteurs micro liés aux aspects interactionnels, méso en lien (organisationnels) et macro décrit précédemment. Ces derniers influencent le patient plus précisément en terme de résultats cliniques, satisfaction, qualité des soins, etc. (D'amour et Oandasan, 2005).

L'encadré au centre du modèle contient le résultat du système d'éducation qui unit les apprenants (professionnels de la santé) aux patients. Il s'agit de la compétence à la pratique en collaboration que les apprenants vont développer en FIPCCP. En raison du manque de précision concernant le concept de la compétence dans ce modèle, les définitions reliées au concept de la compétence ont été tirées des écrits provenant du domaine de l'éducation et seront présentées à la section 3.2. Ainsi, dans le langage du domaine de l'éducation, le terme « manifestation » est utilisé pour représenter ce que les gens en général et D'Amour et Oandasan (2004) nomment « les compétences » au pluriel. Au centre du modèle figurent les manifestations de la compétence qu'ont extrapolées D'Amour et Oandasan (2004 et 2005) à la suite d'une recension des écrits. Cette section du modèle diffère selon la langue de publication, tel que présenté à la figure 2 (voir les annexes F et G pour le modèle en entier en français et en anglais). Les connaissances, les habiletés et les attitudes sont présentes dans les deux modèles.

Figure 2 - Manifestation de la compétence au centre du modèle de la FIPCCP de D'Amour et Oandasan en version française (2004a) et en version anglaise (2004b)



D'Amour et Oandasan (2004 et 2005) donnent quelques exemples de manifestations de la compétence à la pratique en collaboration centrée sur le patient :

- Connaissances* : notamment du rôle des divers professionnels de santé
- Aptitudes* [habiletés] : à la communication entre les membres de l'équipe de soins; à la réflexion à propos du rôle et de l'influence de chacun
- Attitudes* : de respect mutuel, de disponibilité à la collaboration; d'ouverture à faire confiance aux autres membres de l'équipe.» (D'Amour et Oandasan, 2004, np).

D'ailleurs, il s'agit d'un modèle en émergence (D'Amour et Oandasan, 2004), certaines parties en sont encore à l'état d'hypothèse et sont représentées par une ligne pointillée, dont le lien entre la compétence à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient et les résultats attendus chez le patient. Cette partie du modèle réservé à la compétence des professionnels mérite donc d'être d'abord précisée, puisqu'au préalable, il est important de déterminer avec précision quels sont les résultats visés par la FIPCCP. De plus, lorsque les composantes d'une intervention

complexe sont mal définies, les résultats qui découlent de son évaluation sont douteux (Campbell *et al.*, 2000). Il est donc recommandé (Campbell *et al.*, 2000) de définir d'abord les composantes d'une intervention de façon rigoureuse avant de les tester. De ce fait, seule la section sur la compétence des professionnels présentée dans l'encadré au centre du modèle sera retenue comme cadre de référence de cette étude (voir la figure 2). Ainsi, lorsque le moment sera venu de créer une FIPCCP et d'évaluer les résultats, le modèle de D'Amour et Oandasan (2004) sera utilisé dans son entier pour bien tenir compte de tous les facteurs systémiques d'une FIPCCP et s'assurer que tous les éléments contextuels ont été pris en compte et adaptés au contexte de la gestion de la douleur à l'USI.

3.2 COMPÉTENCE

Le manque de précision concernant la compétence dans le modèle de D'Amour et Oandasan (2004) a nécessité l'emprunt de définitions à l'approche par compétence provenant du domaine de l'éducation. Dans cette section, le concept de la compétence sera défini et décrit à l'aide du devis de compétence afin d'illustrer comment une compétence se construit.

Lasnier (2000) définit la compétence de la façon suivante :

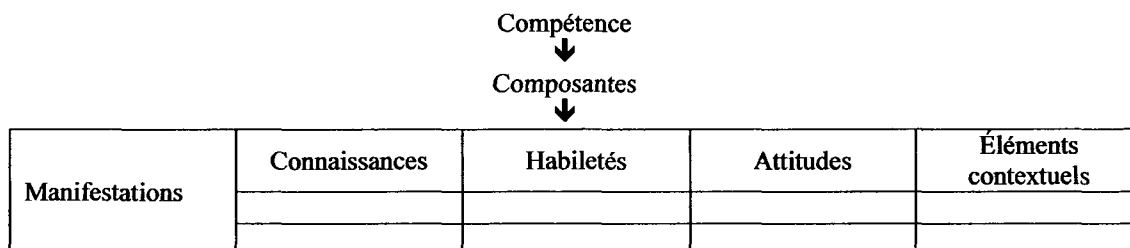
« Une compétence est un savoir agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur et social) et de connaissances (connaissances déclaratives) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun. » (Lasnier 2000, p. 32)

Ainsi, la notion de compétence se réfère à l'ensemble des ressources acquises par exemple lors d'une formation, qui sont mobilisées pour agir. Elles se manifestent par des connaissances, des attitudes et des habiletés situées dans un contexte. Comme une compétence ne peut pas exister à vide, la notion de contexte est essentielle

lorsqu'il est question de compétence. Une compétence peut ainsi être transversale et s'appliquer à plusieurs contextes (situation à caractère commun), ou disciplinaire, c'est-à-dire, propre à un seul contexte (Lasnier, 2000). Pour éviter toute confusion avec les disciplines professionnelles, le terme « disciplinaire » utilisé par Lasnier (2000) sera remplacé par le terme « spécifique » utilisé avec la même signification par Perrenoud (1996). Ainsi, dans le cas des médecins et des infirmières, une compétence spécifique est liée au contexte clinique d'application de cette compétence. Par exemple, une infirmière de l'USI et un médecin intensiviste ont appris à utiliser leur jugement clinique. Il s'agit d'une compétence transversale à la pratique professionnelle. Toutefois, si on les place dans un tout autre contexte clinique, par exemple en salle d'accouchement, cette compétence transversale n'est pas suffisante pour qu'ils puissent donner des soins de qualité : il leur faut des connaissances, des attitudes et des habiletés spécifiques pour demeurer compétent dans ce contexte précis (qui se manifeste par exemple par la connaissance des normalités des signes vitaux chez le nourrisson et l'habileté à procéder à son examen physique). Toutefois, les notions de compétences transversales et spécifiques sont subjectives, elles dépendent du point de vue de la personne qui les analyse (Lasnier, 2000). Par exemple, le jugement clinique qui est une compétence transversale chez les médecins et les infirmières de l'USI peut être perçu par un observateur externe au domaine de la santé comme une compétence spécifique appartenant au contexte de travail des médecins et des infirmières. Il est donc nécessaire de bien définir le contexte dans lequel les manifestations d'une compétence peuvent être observées.

L'utilisation d'un devis de compétence permet d'organiser les manifestations de la compétence. Ainsi, un devis de compétence est une représentation de la compétence qui spécifie les différents constituants qui sont nécessaires pour planifier une formation (Lasnier, 2000). Lasnier (2000) propose des étapes pour développer un devis de compétence qui permet de rassembler la façon dont une compétence est construite. La figure 3 en est une représentation visuelle.

Figure 3 - Représentation visuelle des étapes de lecture d'un devis de compétence (Lasnier, 2000)



On retrouve d'abord une compétence principale, qui peut être transversale ou spécifique. Dans la présente étude, la gestion de la douleur en collaboration à l'USI chez les médecins et les infirmières est la compétence principale. Une compétence est le produit de plusieurs composantes. Ainsi, *l'ensemble des composantes représente le processus généralement mis en œuvre lors de l'exercice de la compétence* (Lasnier, 2000, p.47). Les composantes contribuent à rendre la compétence principale encore plus adaptée au contexte : elles doivent donc être vues comme un tout, elles sont interreliées et chacune est nécessaire pour atteindre la compétence. La compétence et ses composantes peuvent se manifester par des connaissances, des attitudes et/ou des habiletés, qui proviennent de la mobilisation des ressources de la personne. Puis, dans la quatrième colonne, on retrouve les éléments contextuels, c'est-à-dire, le contexte dans lequel il sera possible d'observer les manifestations de la compétence et les situations à caractère commun où il sera possible de réaliser la compétence (Lasnier, 2000).

Le choix du modèle de D'Amour et Oandasan (2004) bonifié par l'approche par compétence permettra de structurer le contenu d'une FIPCCP. Le résultat visé chez les apprenants (médecins et infirmières) par la FIPCCP s'exprimera sous la forme d'un devis de compétence. Ainsi, le devis de compétence résultant de cette étude pourra s'ajouter au contenu général de la FIPCCP (présenté à la section 2.3) et s'ajuster au contexte spécifique de la gestion de la douleur par les infirmières et les médecins à l'USI.

CHAPITRE IV : MÉTHODE

La présence de la douleur à l'USI est indéniable et sa gestion optimale requiert la collaboration des infirmières et des médecins. Pour être en mesure de collaborer, ces derniers doivent y être formés. En l'absence de preuves suffisantes de l'efficacité de la FIPCCP obtenues avec les méthodes de recherches utilisées jusqu'à aujourd'hui, il est nécessaire de faire preuve de rigueur en utilisant un cadre de référence propre à la FIPCCP pour développer une formation appropriée. Il est aussi primordial d'être à l'écoute des besoins des infirmières et des médecins qui sont les principaux acteurs de la gestion de la douleur dans les unités de soins intensifs (USI). La présente étude est donc pertinente afin de répondre à ces exigences. Elle a pour but de déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à développer chez des infirmières et des médecins dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'USI.

Pour ce faire, une enquête a été réalisée à l'aide de la technique Delphi. Cette dernière sera d'abord décrite théoriquement pour en justifier l'utilisation. Ensuite, les caractéristiques des participants recherchés pour cette étude seront décrites ainsi que la façon dont ils ont été recrutés, leur portrait et leur attrition. De plus, le déroulement

de l'étude sera exposé dans les moindres détails, en précisant la collecte et l'analyse des données. Les précautions qui ont été prises afin de respecter les principes éthiques associés à la recherche seront également énoncées, suivies des critères de qualités ainsi que des forces et limites de l'étude.

4.1 DEVIS

Dans cette section, la méthode choisie sera décrite de façon détaillée. Il sera d'abord question du raisonnement qui a mené au choix de la technique Delphi. Ensuite, le processus de la technique Delphi, ses caractéristiques et les avantages reliés à son utilisation seront précisés.

En raison de l'état actuel des connaissances et du manque de preuve de l'efficacité de la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP), il était indiqué d'utiliser un devis permettant de développer de nouveaux savoirs théoriques. Selon D'Amour et Oandasan (2005), en identifiant des professionnels qui ont l'expérience de la pratique en collaboration, il serait possible d'apprendre d'eux et d'opérationnaliser la FIPCCP. De plus, en utilisant une méthode rigoureuse pour définir les composantes de la FIPCCP, il serait ensuite possible de développer une formation et d'en tester la validité et l'efficacité, dans le cadre d'études ultérieures (Campbell *et al.*, 2000).

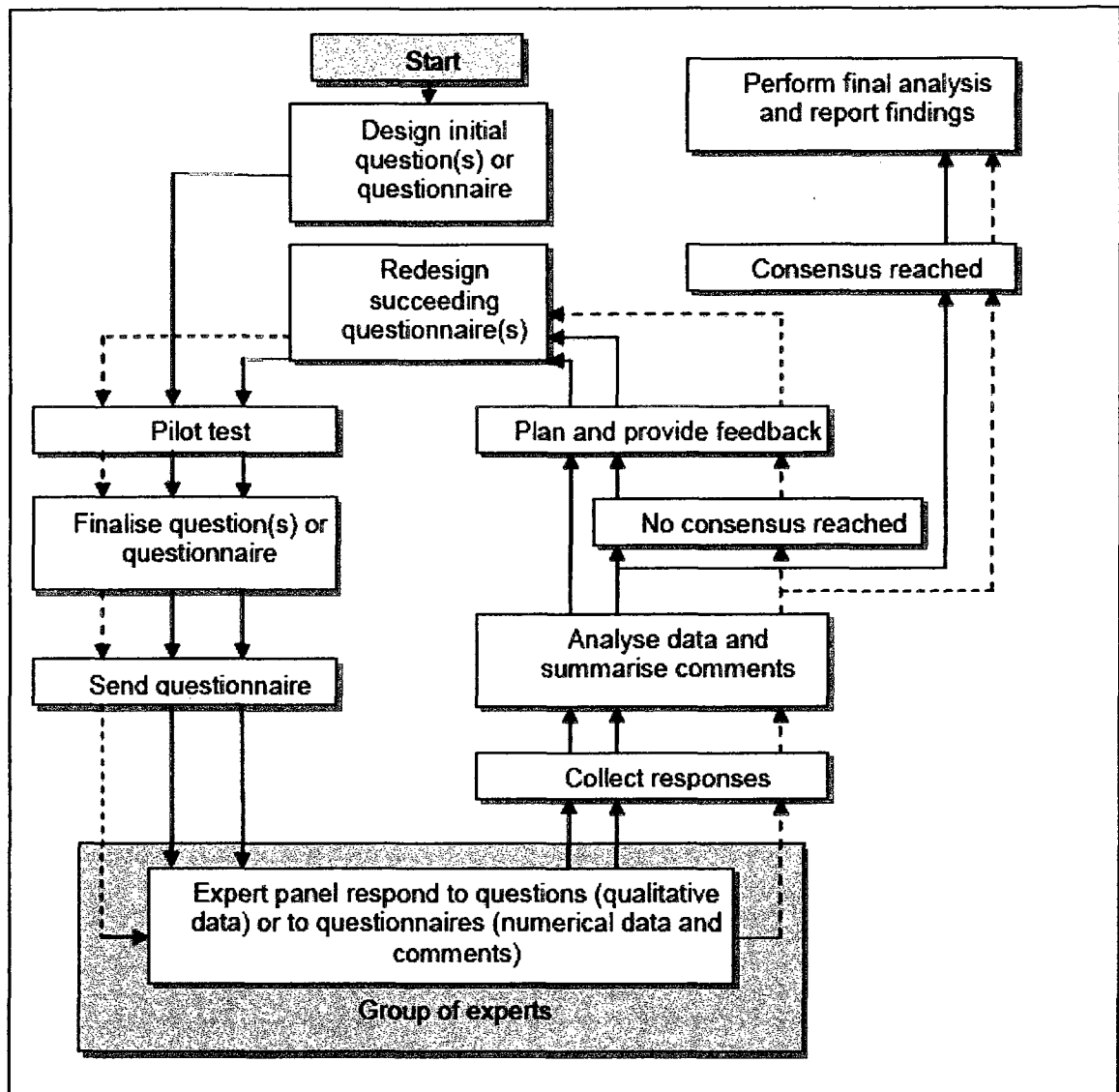
Parmi les différentes méthodes, le choix d'une approche descriptive permet, entre autres, de conceptualiser la situation (Fortin, Côté et Fillion, 2006). Dans le cadre de la présente étude, il s'agit plus précisément d'une enquête. Fortin *et al.* (2006) la définissent comme étant toute forme de démarche visant à recueillir des données auprès d'échantillons représentatifs d'une population définie. L'enquête se doit d'être utilisée plus particulièrement lorsque peu de choses sont connues sur le sujet choisi (Lobiondo-Wood et Haber, 2005). Les données peuvent être recueillies

par le biais de questionnaires ou d'entrevues (Fortin *et al.*, 2006; Lobiondo-Wood et Haber, 2005).

Au Québec, nous disposons d'experts dans les domaines de la collaboration interprofessionnelle, de la gestion de la douleur et de l'USI. L'expertise de ces personnes est une richesse à exploiter afin de bâtir des programmes de FIPCCP innovateurs et adaptés aux besoins des infirmières et des médecins en pratique clinique. Ainsi, la technique Delphi a été privilégiée, car elle permet d'obtenir des données inédites par consensus à l'aide d'une série de questionnaires écrits auto-administrés (Du Plessis et Human, 2007; Pinault et Daveluy, 1995).

Cette technique se déroule en plusieurs étapes. Les chercheurs doivent d'abord identifier un problème. Ils doivent ensuite bâtir la méthode de recherche, développer et prétester le premier questionnaire. L'étape suivante concerne le choix des participants qui doivent être des experts du sujet à l'étude. Finalement, les chercheurs doivent conduire et coordonner le processus systématique et répétitif de la technique Delphi. Ce processus consiste en une série de questionnaires, dont l'analyse de chacun des questionnaires permet de créer le suivant jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint chez les participants. Habituellement, deux ou trois séries de questionnaires sont requises (Du Plessis et Human, 2007) (voir la figure 4).

Figure 4 - Processus de la technique Delphi selon Du Plessis et Human (2007, p.18)



Plus précisément, les données recueillies, qui sont habituellement de nature qualitative, sont soumises à une analyse de contenu qui consiste à regrouper les expressions similaires pour en produire une liste. Pour assurer la validité des regroupements, un chercheur qui n'a pas participé aux regroupements initiaux les vérifie. À cette étape, le verbatim des participants est minutieusement respecté et les chercheurs ne peuvent pas ajouter d'expressions. Cette liste d'expression est ensuite structurée pour créer le deuxième questionnaire. Pour l'analyse du deuxième

questionnaire et les suivants, des statistiques descriptives et inférentielles peuvent être utilisées afin de résumer les données et indiquer le niveau d'accord des participants pour chacune des expressions de la liste. L'analyse du dernier questionnaire permet de révéler le consensus.

Ainsi, cette technique repose sur quatre caractéristiques qui la distinguent des autres méthodes de collecte de données chez un groupe : la sélection des participants (experts), le caractère itératif du processus, les statistiques obtenues et l'anonymat (Du Plessis et Human, 2007). D'abord, la sélection des participants se fait judicieusement, puisque les résultats en sont directement tributaires. Ainsi, les participants doivent être des experts du sujet à l'étude. Comme il n'existe pas de mesure universelle de l'expertise, les chercheurs définissent avec précision ce qu'ils recherchent comme experts (Du Plessis et Human, 2007). De plus, la méthode d'échantillonnage et la taille de l'échantillon dépendent du problème à résoudre. Les chercheurs doivent recruter les participants qui constitueront l'échantillon le plus représentatif selon eux pour répondre à leur question de recherche. Ensuite, le caractère itératif du processus de rétroaction entre les participants et les chercheurs se manifeste par les séries de questionnaires qui sont envoyés aux participants, puis analysés. L'analyse d'un questionnaire permet de créer le suivant jusqu'à ce que l'opinion des participants devienne évidente et démontre un consensus. La technique Delphi permet aussi d'obtenir des statistiques sur les données recueillies pour chaque série de questionnaires. Ces statistiques sont aussi présentées aux participants sous forme de moyenne ou de résumé statistique du questionnaire précédent afin qu'ils puissent réévaluer leur opinion en fonction de celle du groupe. Puis, l'anonymat des participants est préservé puisqu'ils ne se rencontrent jamais et remplissent les questionnaires de façon anonyme, individuelle, au moment et à l'endroit qui leur conviennent. Ainsi, les participants ne sont pas exposés à la pression des pairs et aux biais associés aux groupes. Pour assurer l'anonymat, les chercheurs se doivent aussi de séparer l'information nominative des participants de leurs réponses. L'attribution d'un code d'identification est un moyen pour y arriver.

La seule critique qui peut être formulée à l'endroit des résultats obtenus par la technique Delphi provient du caractère subjectif des données recueillies puisqu'il s'agit de l'opinion d'experts (Du Plessis et Human, 2007). Toutefois, en sélectionnant judicieusement les participants, qui sont des experts du sujet à l'étude, cette méthode de recherche permet d'explorer des phénomènes en émergence (Du Plessis et Human, 2007). De plus, la technique Delphi comporte plusieurs autres avantages : elle est peu coûteuse, elle laisse place à la réflexion et elle est flexible pour les participants. Le processus est anonyme tout en permettant une diffusion de tous les points de vue (Du Plessis et Human, 2007; Jones et Hunter, 1995 ; Monette, Charrette et Jobin, 1995; Pinault et Daveluy, 1995).

Ainsi, dans le cadre de cette étude, il a fallu recruter des participants qui détenaient l'information désirée, soit une bonne connaissance du problème, une connaissance experte (Du Plessis et Human, 2007; Jones et Hunter, 1995; Monette *et al.*, 1995), soit de la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. La prochaine section s'intéresse spécifiquement aux participants de l'étude.

4.2 PARTICIPANTS

Cette section traitera de la population qui fait l'objet de l'étude, de l'échantillon et de la procédure de recrutement. Elle sera complétée par la description des participants inclus et de l'attrition.

4.2.1 Population cible et accessible

La population cible de cette étude était les infirmières et les médecins œuvrant dans une USI québécoise. Ces derniers ont des rôles centraux, communs et

spécifiques dans le processus de gestion de la douleur, par l'évaluation et le traitement qu'ils mettent en place (Van Niekerk et Martin, 2003). Pour l'étude actuelle, la population accessible a été composée d'experts en matière de collaboration interprofessionnelle, de gestion de la douleur et de soins à l'USI. Ces experts pouvaient être retrouvés parmi les membres du Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ) ou de la Société des intensivistes du Québec (SIQ) ou parmi des enseignants, des chercheurs et des cliniciens.

4.2.2 Échantillon

Pineault et Daveluy (1995) suggèrent de recruter 30 participants pour un groupe homogène, car peu d'idées nouvelles sont suggérées par un groupe plus important. Par ailleurs, d'autres auteurs (Du Plessis et Human, 2007; Monette *et al.*, 1995) soutiennent que le nombre de participants est à la discrétion du chercheur étant donné la nature exploratrice du processus. La qualité des informations recueillies est principalement tributaire de la qualité et de la diversité des participants sélectionnés. Par conséquent, l'échantillon a été constitué d'un groupe homogène de 30 participants. Ainsi, 15 infirmières et de 15 médecins experts ont été recrutés, lesquels ont été considérés comme les acteurs professionnels principaux pour la gestion de la douleur.

La sélection des participants a été effectuée par un échantillonnage non probabiliste, plus précisément par choix raisonné et par réseau afin de recruter les meilleurs informants. L'échantillonnage par choix raisonné permet de constituer un échantillon d'individus à partir de traits caractéristiques qui représentent bien le phénomène à l'étude (Fortin *et al.*, 2006). En complément, l'échantillonnage par réseau (aussi appelé « en boule de neige ») permet aux individus recrutés, à la demande du chercheur, de donner le nom de personnes qui leur semblent répondre

aux critères d'inclusion à l'étude pour qu'ils soient aussi invités à participer (Fortin *et al.*, 2006).

Les trois membres de l'équipe de recherche ont donné leur accord pour l'inclusion de chacun des participants. Ces derniers devaient répondre aux critères suivants :

- ◇ avoir au moins cinq années d'expérience clinique;
- ◇ être en mesure de lire le français;
- ◇ être membre de leur ordre professionnel respectif (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ou Collège des médecins du Québec (CMQ))
- ◇ et avoir une expertise reconnue (publication, intérêt, participation à des activités éducatives ou de recherche, distinction ou reconnaissance, membre d'un regroupement de professionnels de l'USI, telle la SIQ ou la RIISIQ) pour deux des trois thèmes suivants : la collaboration interprofessionnelle et/ou la gestion de la douleur et/ou les soins à l'USI.

De plus, par souci d'être inclusif, c'est-à-dire, d'avoir des représentants de l'ensemble du Québec, une attention particulière a été portée à la provenance des participants (réseaux universitaires intégrés de santé, RUIS).

4.2.3 Procédure de recrutement

Avant de procéder au recrutement, l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et de l'Université de Sherbrooke a été obtenue (voir l'annexe H). Une stratégie multiméthode a été utilisée pour dresser une liste de participants potentiels ayant une expertise diversifiée. Les participantes infirmières ont d'abord été sensibilisées par le Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ). Une lettre d'invitation à entrer en contact avec l'équipe de recherche a été ajoutée à la

pochette remise aux participants à l'occasion du colloque annuel du RIISIQ (voir l'annexe I). En raison d'un règlement interne de la Société des intensivistes du Québec (SIQ), qui empêche toute sollicitation de ses membres, il a été impossible de rejoindre les intensivistes de cette façon. Les médecins-chefs d'USI du Québec ont plutôt été sollicités par téléphone ou par courriel dans le but de leur expliquer le projet de recherche et de recruter ces derniers ainsi que des membres de leurs équipes. Les sites Internet des facultés où la médecine et/ou les sciences infirmières sont enseignées ont été consultés ainsi que les publications telles que *Médecin du Québec*, *Le Clinicien* ou *Perspective infirmière*, à la recherche de candidats répondant aux critères d'inclusion. Cette façon de faire s'est appuyée sur les réseaux sociaux des membres de l'équipe de recherche, les amitiés et le fait que les amis partagent certains caractères communs (Fortin *et al.*, 2006). Les membres de l'équipe de recherche se sont rencontrés et ont ciblé les participants potentiels qui devaient être recrutés. Ils se sont basés sur l'information recueillie au sujet de l'expertise des participants potentiels à la suite du processus d'identification rigoureux, décrit ci-haut. De plus, par la méthode par réseau, les premiers participants recrutés qui ont consenti verbalement à participer, ont été invités à recommander d'autres médecins et/ou infirmières qui pouvaient être admissibles (Fortin *et al.*, 2006). Cette procédure a été appliquée jusqu'à ce que le nombre de 30 participants ait été atteint.

Le recrutement s'est déroulé sur cinq mois. Les participants ont tous été contactés afin de les informer de l'existence du projet et de solliciter leur participation de façon personnalisée par téléphone ou par courriel (voir l'annexe J). Lorsqu'ils acceptaient de participer, un questionnaire sociodémographique (voir l'annexe K) était rempli au cours d'un appel téléphonique qui prenait au plus 10 minutes. Cette étape visait à dresser le portrait des participants et à valider leur admissibilité selon les critères d'inclusion. Quelques participants ont rempli le questionnaire sociodémographique par courriel. Comme présenté dans le tableau 9, il a fallu communiquer avec 48 médecins et infirmières pour atteindre le nombre de 30 participants. Une infirmière et un médecin ont refusé de participer parce qu'ils ne

jugeaient pas leur expertise suffisante sur le sujet de l'étude et seize n'ont pas donné suite à notre sollicitation. Ils répondaient tous aux critères d'inclusion.

Tableau 9 - Infirmières et médecins sollicités pour participer à l'étude

	Infirmières	Médecins	Total
Total sollicité	20	28	48
Pas de réponse	4	12	16
Refus	1	1	2
Exclusion	0	0	0
Consentement verbal et inclusion	15	15	30

Comme un processus d'identification rigoureux des participants potentiels a été réalisé, aucun candidat sollicité par l'équipe de recherche n'a dû être exclu après avoir rempli le questionnaire sociodémographique. Les candidats inclus seront décrits dans la prochaine section.

4.2.4 Description des participants inclus

Le questionnaire sociodémographique a permis de dresser le portrait des participants. Malgré qu'il y ait eu 30 participants qui ont consenti verbalement à participer, un médecin s'est désisté après l'envoi du premier questionnaire et il n'a pas été remplacé. Les données présentées dans le tableau 10 porteront donc sur 29 participants. Quatre-vingt-treize pour cent des infirmières étaient de sexe féminin alors que ce n'était le cas que chez 36 % des médecins. Il y avait une assez bonne représentativité de l'ensemble du Québec puisque les participants provenaient de trois des quatre RUIS : McGill (7 %), Sherbrooke (41 %) et Montréal (52 %). Respectivement, 50 % des médecins et 47 % des infirmières étaient membres de la SIQ et du RIISIQ.

Tableau 10 - Profil des participants inclus

		Infirmières	Médecins	Total
Données sociodémographiques				
Sexe	Hommes	1 (7%)	9 (64%)	10 (34%)
	Femmes	14 (93%)	5 (36%)	19 (66%)
	Total	15	14	29
Membre d'un regroupement professionnel de soins intensifs	SIQ		7 (50%)	14 (48%)
	RIISQ	7 (47%)		
RUIS	Université Laval	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Université de Sherbrooke	7 (47%)	5 (36 %)	12 (41%)
	Université McGill	1 (7%)	1 (7%)	2 (7%)
	Université de Montréal	7 (47 %)	8 (57 %)	15 (52 %)
Expertise				
Expérience clinique moyenne		24.3 ans	20.6 ans	22.5 ans
Collaboration		15 (100 %)	14 (100 %)	29 (100 %)
Gestion de la douleur		15 (100 %)	14 (100 %)	29 (100 %)
Soins à l'unité des soins intensifs		13 (87 %)	12 (86 %)	25 (86 %)

L'expertise à l'USI n'était pas présente chez 14 % des participants. Par contre, tous les participants avaient une expertise reconnue sur le sujet de la gestion de la douleur et de la collaboration interprofessionnelle (voir l'annexe L pour le profil d'expertise détaillé). De plus, les participants cumulaient une expérience clinique moyenne de plus de 22 ans. Au cours de l'étude, quelques participants n'ont pas rempli certains questionnaires. La prochaine section décrira l'attrition.

4.2.5 Attrition

La taille considérable de l'échantillon assure une diversité et une saturation théorique des données recueillies. De plus, le taux d'attrition acceptable et prévisible pour une technique Delphi peut aller jusqu'à 38 % (Adams, 2001). Pour la présente étude, si l'attrition est calculée en fonction des 30 participants de départ, le taux d'attrition est de 40 %. Malgré un consentement verbal donné et les nombreuses relances, quatre participants n'ont jamais retourné le formulaire de consentement

écrit, ni aucun questionnaire sans en faire part à l'équipe de recherche. L'attrition, comptée à partir des personnes qui ont signé le consentement (infirmières n = 14, médecins n = 11 et au total n = 25), a donc été de 21 % chez les infirmières et de 36 % chez les médecins pour une moyenne de 28 % (voir le tableau 11).

Tableau 11 - Taux d'attrition pour chacun des documents que les participants devaient retourner

Documents	Infirmières		Médecins		Total	
Consentement verbal	0/15		0/15		0/30 (0 %)	
Consentement écrit	1/15		4/15		5/30 (17 %)	
Relance	Avant la relance	Après la relance	Avant la relance	Après la relance	Avant la relance	Après la relance
Questionnaire 1	8/14	1/14	6/11	2/11	14/25 (56 %)	3/25 (12 %)
Questionnaire 2	8/14	2/14	9/11	4/11	17/25 (68 %)	6/25 (24 %)
Questionnaire 3	9/14	3/14	4/11	4/11	13/25 (52 %)	7/25 (28 %)

Des relances, qui seront décrites dans à la section 4.3, ont permis en moyenne de diminuer l'attrition de 37%. Dans la prochaine section, le déroulement de l'étude incluant les relances sera décrit.

4.3 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Les étapes prescrites par Du Plessis et Human (2007), Monette *et al.*, (1995) et Pinault et Daveluy (1995) pour le déroulement d'une technique Delphi ont été respectées et elles seront présentées de façon détaillée dans cette section.

Selon les auteurs qui ont décrit la technique Delphi (Du Plessis et Human, 2007; Monette *et al.*, 1995; Pinault et Daveluy, 1995), une série de trois questionnaires sont nécessaires pour obtenir un consensus. Le premier questionnaire a

permis de générer des idées à l'aide de questions ouvertes. Le second a servi à amorcer les priorités par un vote préliminaire. Le dernier questionnaire a établi le consensus par un vote final. À chaque étape, les données recueillies ont été analysées par les trois membres de l'équipe de recherche pour limiter les biais dus à l'interprétation (Du Plessis et Human, 2007; Monette *et al.*, 1995; Pinault et Daveluy, 1995).

Au total, les participants ont reçu sept envois postaux (trois questionnaires Delphi, trois relances et le rapport final) et ils devaient retourner les trois questionnaires (voir tableau 12 pour la séquence des communications avec les participants). Ils ont aussi reçu une relance par courriel. De plus, s'ils désiraient recevoir la version électronique du présent mémoire, ils devaient communiquer par courriel avec l'équipe de recherche.

Le premier questionnaire a nécessité 60 minutes de travail de la part des participants (voir les annexes M et N). Les questionnaires suivants n'ont requis qu'une vingtaine de minutes chacun. De plus, il a été suggéré aux participants de les remplir en plusieurs temps afin de prendre un moment de réflexion. Le processus complet s'est échelonné sur 11 mois. Avec chaque envoi, une enveloppe de retour préalablement affranchie et adressée était fournie. Les participants ont continué à recevoir les questionnaires subséquents même s'ils avaient omis de retourner l'un des trois questionnaires Delphi. Ceux qui n'avaient pas retourné le formulaire de consentement au premier envoi en ont reçu un exemplaire avec tous les envois subséquents (voir l'annexe O). Les participants ont bénéficié initialement de trois semaines pour répondre à chacun des questionnaires. En raison des faibles taux de retour dans les délais initiaux demandés, une relance inspirée de la méthode de Dillman (2000), à l'aide de cartes amusantes, a été effectuée et trois à quatre semaines supplémentaires ont été accordées aux participants (voir les annexes P-T-AA). Ceux qui avaient déjà retourné leur questionnaire dûment rempli recevaient une lettre de remerciement (voir les annexes U et BB). Pour le dernier questionnaire, il y a eu une

deuxième relance par courriel pour accorder trois semaines additionnelles aux participants (voir l'annexe CC). L'analyse des données et la création des questionnaires subséquents ont nécessité près d'un mois de travail de la part de l'équipe de recherche. Chaque étape d'analyse sera décrite de façon plus détaillée à la section 4.4.

Tableau 12 - Séquence des communications avec les participants (Dillman, 2000; Du Plessis et Human, 2007; Monette *et al.*, 1995; Pinault et Daveluy, 1995)

Mode de communication	Détails	Estimation de la durée pour les participants	Annexes	Échéanciers
1 ^{er} contact : Appel téléphonique ou courriel	◆ Présentation du projet et sollicitation de la participation	5-10 min.	I et J	Janvier à juin 2007
	◆ Questionnaire sociodémographique	5-10 min.	K	
1 ^{er} envoi postal	◆ Lettre d'introduction et d'instruction ◆ Formulaire de consentement ◆ 1 ^{er} questionnaire Delphi	60 min.	M-N-O	Juin 2007
2 ^e envoi postal	◆ Relance ou remerciement	-	P	Juillet 2007
3 ^e envoi postal	◆ Lettre d'instruction : vote préliminaire ◆ 2 ^e questionnaire Delphi : Résultats du premier tour	20 min.	Q-R-S	Novembre 2007
4 ^e envoi postal	◆ Relance ou remerciements	-	T et U	Décembre 2007
5 ^e envoi postal	◆ Lettre d'instruction : vote final ◆ 3 ^e questionnaire : Compilation du vote préliminaire	20 min.	V-W-X-Y-Z	Février 2008
6 ^e envoi postal	◆ Relance ou remerciements	-	AA ET BB	Mars 2008
Courriel	◆ Deuxième relance ou remerciements	-	CC	Avril 2008
7 ^e et dernier envoi postal	◆ Lettre de remerciements ◆ Rapport final	S.O.	DD ET EE	Septembre 2008

Cette approche a permis, dans l'ordre, 1) de générer une liste de manifestations de la compétence, 2) de les catégoriser, 3) et d'en valider la clarté et la pertinence, 4) de pondérer l'importance de chacune de ces manifestations, afin 5) de déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à développer chez les

infirmières et les médecins en FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI (Gagnon et Grenier, 2004). Le résultat de la collecte des données et des analyses concomitantes a été transmis aux participants sous forme de rapport final (voir les annexes DD et EE). La prochaine section portera sur la description explicite de ces étapes de la technique Delphi adaptées à la présente étude.

4.4 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

L'utilisation d'une technique Delphi implique que la collecte et l'analyse des données se fassent de façon concomitante puisqu'il s'agit d'un processus itératif (Du Plessis et Human, 2007; Monette *et al.*, 1995; Pinault et Daveluy, 1995). La compilation du premier questionnaire sert à créer le deuxième questionnaire et l'analyse du deuxième à créer le troisième. Dans cette section, la construction du premier questionnaire sera décrite en détail, suivie du plan de son analyse. La planification des deuxième et troisième questionnaires, ainsi que de leurs analyses respectives, sera présentée de la même façon.

Le modèle d'analyse des données pour une technique Delphi de Gagnon et Grenier (2004) a été utilisé. Les étapes de la collecte des données et des analyses concomitantes seront donc décrites dans l'ordre proposé par Gagnon et Grenier (2004) pour en arriver à déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à développer chez des infirmières et des médecins dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'USI :

- ◇ Premier questionnaire : générer une liste de manifestations de la compétence
 - Analyse du premier questionnaire : catégoriser les manifestations de la compétence
- ◇ Deuxième questionnaire : valider la clarté et la pertinence des manifestations de la compétence

- Analyse du deuxième questionnaire : pondérer l'importance des manifestations de la compétence
- ◇ Troisième questionnaire : déterminer les manifestations prioritaires de la compétence
 - Analyse du troisième questionnaire : obtenir le consensus sur les manifestations prioritaires de la compétence

4.4.1 Premier questionnaire : générer une liste de manifestations de la compétence

La création du premier questionnaire Delphi a nécessité une recension des écrits afin de bien opérationnaliser les concepts pour s'assurer que les participants soient en mesure de générer l'information souhaitée : les manifestations de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI par les médecins et les infirmières. Toutefois, les participants à l'étude ne sont pas nécessairement des experts de l'éducation. Les termes « compétences » au pluriel et « éléments de compétences » qui sont utilisées dans le langage populaire ont été utilisés pour faciliter leur compréhension plutôt que les termes « compétence » au singulier et « manifestations de la compétence ». D'ailleurs, toutes les communications écrites envoyées aux participants ont été harmonisées avec la terminologie populaire. Toutefois, dans le présent mémoire, il sera uniquement question de la « compétence » au singulier et des « manifestations de la compétence ».

Ainsi, pour procéder à la collecte des données, le concept central à opérationnaliser est la compétence pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. D'Amour et Oandasan (2004) ont identifié les manifestations de la compétence, qui peuvent être de trois ordres, soit les connaissances, les habiletés et les attitudes. Elles ne les ont toutefois pas définies. Afin de les opérationnaliser, les

définitions ont été empruntées à l'approche par objectifs du domaine de l'éducation (Bloom, 1956).

Les connaissances font appel au domaine cognitif qui implique le développement d'habiletés intellectuelles. Elles incluent la faculté de se rappeler ou la reconnaissance de faits spécifiques, de modèles et de concepts qui servent au développement d'aptitudes intellectuelles (Bloom, 1956).

Les habiletés réfèrent au domaine psychomoteur. Elles comprennent les mouvements physiques, la coordination et l'utilisation des habiletés motrices. Le développement de ces habiletés nécessite de la pratique et il est possible d'en observer la vitesse, la précision, les procédures et les techniques d'exécution. Il peut aussi s'agir de processus cognitifs, tels que l'analyse et la synthèse (Bloom, 1956).

Les attitudes proviennent du domaine affectif. Il s'agit de la façon dont les personnes gèrent les événements du point de vue des émotions, par les sensations, les valeurs, les appréciations, l'enthousiasme et les motivations (Bloom, 1956).

Lors de la création du premier questionnaire, pour faciliter la compréhension des participants, ces définitions opérationnelles des manifestations de la compétence (connaissances, attitudes et habiletés) ainsi qu'un exemple ont été fournis pour les trois questions portant sur la compétence. Les trois questions ouvertes du premier questionnaire ont été formulées à partir des manifestations de la compétence à la collaboration interprofessionnelle qu'Oandasan et Reeves (2005) ont révisées, à la lueur d'une recension des écrits. Cette liste a été reformulée pour que les participants puissent l'adapter au contexte spécifique de la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. Ainsi, en se basant sur la pensée d'Oandasan et Reeves (2005), un professionnel compétent à la collaboration interprofessionnelle devrait être en mesure de :

- ◇ décrire clairement les rôles et responsabilités des autres professionnels actifs dans la gestion de la douleur à l'USI ;
- ◇ reconnaître et respecter les rôles, les limites, les responsabilités et les compétences des autres professionnels actifs dans la gestion de la douleur à l'USI ;
- ◇ travailler ensemble pour évaluer, planifier, fournir et surveiller les soins donnés aux patients pour la gestion de la douleur à l'USI ;
- ◇ réaliser des changements et résoudre des conflits pour la gestion de la douleur à l'USI, si nécessaire;
- ◇ tolérer les différences, les incompréhensions et les limites des autres professionnels actifs dans la gestion de la douleur à l'USI ;
- ◇ faciliter les réunions d'équipe et les études de cas avec les autres professionnels actifs dans la gestion de la douleur à l'USI ;
- ◇ entrer en relation d'interdépendance avec les autres professionnels actifs dans la gestion de la douleur à l'USI.

Les participants ont été invités à adapter ces énoncés au contexte de la gestion de la douleur à l'USI en respectant la classification de Bloom (1956) en fonction des connaissances, des habiletés et des attitudes. Les participants disposaient de plusieurs lignes pour répondre au questionnaire.

Une quatrième question ouverte a été ajoutée au premier questionnaire afin de connaître l'avis des participants sur les professionnels de la santé, autres que les infirmières et les médecins intensivistes, qui devraient être invités lors des activités de FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI.

Afin de s'assurer que le premier questionnaire était facilement compréhensible, il a été pré-testé auprès d'un infirmier œuvrant à la salle d'urgence et d'un médecin œuvrant en santé publique. Il leur a fallu environ 60 minutes pour remplir le premier questionnaire. Comme ils n'étaient pas des experts de la douleur ni

de la collaboration interprofessionnelle ni de l'USI, ils ont trouvé difficile de bien répondre aux questions, mais ils ont été d'avis que des experts sur ces sujets pourraient le faire adéquatement. Voir l'annexe N pour la version intégrale du premier questionnaire.

4.4.2 Plan d'analyse du premier questionnaire : catégoriser les manifestations de la compétence

Pour le premier questionnaire Delphi, une analyse de contenu a été effectuée par l'étudiante-chercheuse, sous la supervision de ses deux directrices. L'analyse de contenu est un procédé d'analyse qualitative qui requiert la catégorisation des données recueillies (Fortin *et al.*, 2006). Du Plessis et Human (2007) et Pineault et Daveluy (1995) suggèrent de regrouper les énoncés qui ont le même sens sous une même appellation, après entente entre les membres de l'équipe de recherche.

Ces énoncés, des manifestations de la compétence et des éléments contextuels fournis par les participants ont été transcrits dans un document électronique par un membre externe de l'équipe de recherche. Seul le code de participant était connu de cette personne. Une attention particulière a été portée afin de bien transcrire le contenu, car l'écriture manuscrite était parfois difficile à déchiffrer. Les trois membres de l'équipe de recherche se sont attardés à la lecture de ces passages. De cette façon, le verbatim original des participants a été respecté. Ensuite, chacun des codes des participants a été associé à une couleur distincte et/ou d'une police différente. Ainsi, les manifestations de la compétence et les éléments contextuels ayant la même signification ont pu être regroupés et formulés en des phrases complètes qui ont ensuite été approuvées par les trois membres de l'équipe de recherche, tout en permettant d'en retrouver les auteurs. Cette précaution était nécessaire pour s'assurer que les catégories couvraient l'ensemble des manifestations de la compétence et des éléments contextuels tout en demeurant mutuellement

exclusifs (Pineault et Daveluy, 1995). Chacun des manifestations de la compétence et chacun des éléments contextuels a été relu et le code du participant a été inscrit à côté dans un tableau. Ces manifestations de la compétence et ces éléments contextuels ont été rédigés sous la forme de phrases complètes, faciles à comprendre pour les participants, puisqu'il s'agissait du contenu du deuxième questionnaire, lequel a été présenté aux participants sous la forme d'un devis de compétence. Un devis de compétence, rappelons-le, est une représentation de la compétence qui spécifie les différents constituants qui sont nécessaires pour planifier une formation (Lasnier, 2000). Dans le cadre de cette étude, il s'agit de l'énoncé de la compétence, des composantes de la compétence, des manifestations de la compétence (connaissances, attitudes et habiletés) et le contexte d'application (éléments contextuels).

Pour l'analyse de la question sur les professionnels à inclure dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI, la liste de tous les professionnels nommés par les participants a été dressée. Cette liste a ensuite été mise en ordre alphabétique.

4.4.3 Deuxième questionnaire : valider la clarté et la pertinence des manifestations de la compétence

La catégorisation des manifestations de la compétence et des éléments contextuels a été présentée aux participants sous la forme de devis de compétence. Il y avait un tableau pour chacune des cinq composantes de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI dont les colonnes étaient réservées aux manifestations de la compétence (connaissances, attitudes, habiletés) et une dernière au contexte d'application (éléments contextuels). Les participants avaient trois tâches à accomplir dans le cadre du deuxième questionnaire : valider, commenter et prioriser les manifestations de la compétence et les éléments contextuels (voir l'annexe S).

Les participants devaient, dans un premier temps, valider la classification et les regroupements des manifestations de la compétence et des éléments contextuels après avoir retrouvé leur code de participant qui avait été préalablement surligné au crayon marqueur. Ils devaient indiquer si leur pensée avait été respectée dans l'exercice de regroupement fait par l'équipe de recherche. Les participants disposaient de plusieurs lignes pour exprimer leurs commentaires. Dans un deuxième temps, ils étaient invités à commenter les manifestations de la compétence et les éléments contextuels énoncés par les autres participants en ajoutant, en enlevant, ainsi qu'en corrigeant les manifestations de la compétence ou les éléments contextuels. Dans un dernier temps, ils devaient encercler (ou surligner au marqueur) les manifestations de la compétence et les éléments contextuels qu'ils jugeaient pertinents à transmettre de façon prioritaire dans le cadre d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI.

Quant à la question sur les professionnels, tous les résultats recueillis dans le premier questionnaire ont été soumis aux participants et ils devaient classer en ordre d'importance les sept professionnels qu'ils considéreraient bon d'inclure dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. Le nombre « sept » a été choisi en raison des limites de la mémoire à court terme à retenir plus de sept informations à la fois (Miller, 1956).

4.4.4 Plan d'analyse du deuxième questionnaire : pondérer l'importance des manifestations de la compétence

Tous les commentaires émis par les participants ont d'abord été compilés. Comme à la première étape d'analyse, il y a eu une transcription et une relecture des données. L'équipe de recherche a commencé par vérifier la conformité de la formulation des manifestations de la compétence et les éléments contextuels, avant de passer à l'étape suivante. Puis, une liste des commentaires a été dressée dans le but de

les inclure dans le prochain questionnaire pour les soumettre de façon anonyme à tous les participants.

De plus, pour l'analyse du deuxième questionnaire, des statistiques descriptives, soit des moyennes, ont été utilisées pour résumer la priorisation des manifestations de la compétence et des éléments contextuels nécessaires à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. La compilation du nombre de participants qui ont priorisé les manifestations de la compétence et les éléments contextuels a été faite afin d'exposer le consensus préliminaire. Ainsi, chaque manifestation de la compétence et chaque élément contextuel ont pu être classés dans l'une des catégories suivantes :

- ◇ Consensus : 50 % et plus des répondants des deux groupes (infirmières et médecins) ont mis en priorité la manifestation de la compétence ou l'élément contextuel.
- ◇ Opinion mitigée : 50 % et plus des répondants d'un des deux groupes ont priorisé la manifestation de la compétence ou l'élément contextuel, l'autre groupe ne l'ayant pas jugé prioritaire (moins de 50%).
- ◇ Non prioritaire : moins de 50 % des répondants des deux groupes (infirmières et médecins) ont priorisé la manifestation de la compétence ou l'élément contextuel.

Les professionnels à inclure dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI ont été priorisés par les participants. Cet exercice a permis de créer une liste préliminaire en fonction de l'importance que les participants ont accordée à chacun des professionnels.

4.4.5 Troisième questionnaire : déterminer les manifestations prioritaires de la compétence

Le troisième questionnaire était présenté aux participants sous la forme d'un questionnaire et d'un document complémentaire (voir annexe Y et Z). Les participants avaient deux tâches à accomplir : prioriser les manifestations de la compétence ainsi que les éléments contextuels et réagir à d'autres propositions. Dans le questionnaire, les manifestations de la compétence et les éléments contextuels qui ont obtenu un consensus ont d'abord été présentés aux participants. Puis, les manifestations de la compétence et les éléments contextuels qui ont reçu une opinion mitigée ont été soumis aux participants afin qu'ils se prononcent sur leur inclusion ou non en cochant dans la case prévue à cet effet. C'était leur dernière chance de prioriser les manifestations de la compétence et les éléments contextuels. Ensuite, les titres des professionnels à inclure dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI, rangés dans l'ordre d'importance attribué, ont été placés dans des sections distinctes du questionnaire. Les participants devaient indiquer s'ils étaient d'accord avec ce consensus préliminaire. Ils étaient invités à émettre leurs priorités à nouveau (sept). Une dernière section du questionnaire visait à recueillir les commentaires généraux des participants quant aux manifestations prioritaires de la compétence, aux professionnels à inclure dans une FIPCCP et le processus de l'étude.

Dans un document complémentaire, les manifestations de la compétence et les éléments contextuels qui n'ont pas été jugés prioritaires ont été soumis aux participants pour un vote de dernière chance. Les participants devaient cocher dans la case prévue à cet effet pour indiquer s'ils désiraient réintégrer une manifestation de la compétence ou un élément contextuel de façon prioritaire au contenu d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. Dans ce document, ont aussi été soumis tous les commentaires précédemment inscrits par les participants qui ont été retranscrits sans en indiquer la source pour protéger l'anonymat. Les participants devaient cocher pour

signifier leur accord ou désaccord lorsque l'énoncé était priorisé ou mitigé. De plus, ces commentaires pouvaient aider dans la prise de décision concernant les manifestations de la compétence et les éléments contextuels non priorisés.

4.4.6 Analyse du troisième questionnaire : obtenir le consensus sur les manifestations prioritaires de la compétence

À la suite de la compilation des votes des participants, la liste des manifestations prioritaires de la compétence ou un élément contextuel à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI a pu être dressée, de même que la liste des professionnels à inclure dans une telle formation.

De la même façon que pour l'analyse du deuxième questionnaire, pour qu'une manifestation de la compétence ou un élément contextuel passe d'« opinion mitigée » à « consensus » ou de « non priorisé » à « consensus », 50% et plus des participants des deux groupes (infirmières et médecins) devaient avoir indiqué qu'ils désiraient prioriser la manifestation de la compétence ou l'élément contextuel qui était soumis au dernier vote. Les résultats préliminaires et finaux seront présentés en détail dans le chapitre V.

4.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Dans le cadre de la présente étude, plusieurs précautions ont été prises afin de respecter les principes éthiques qui s'appliquent à la recherche. Dans cette section, il sera question des choix méthodologiques qui ont permis de respecter les principes éthiques suivants : le consentement libre et éclairé, le respect de la dignité humaine, la vie privée et les renseignements personnels, l'équilibre des avantages et des inconvénients (Doucet, 2002).

D'abord, les participants ont été informés des moindres détails du déroulement de l'étude et ils ont aussi eu le loisir de poser leurs questions afin de donner un consentement libre et éclairé par écrit (voir les annexes M et O pour la lettre d'introduction et le formulaire de consentement). Les participants pouvaient se retirer à tout moment sans qu'aucun préjudice ne leur soit causé. De plus, l'omission de répondre à l'un des questionnaires ne constituait pas un critère d'exclusion : les questionnaires et le rapport final ont été envoyés à tous les participants, même s'ils n'avaient pas répondu à tous les questionnaires. Toutefois, les envois pouvaient être cessés à la demande des participants formulée à l'un des membres de l'équipe de recherche, selon la procédure décrite au formulaire de consentement.

Ensuite, dans le but d'assurer la confidentialité des données, un code a été attribué à chaque participant. Les données nominatives sont conservées dans un autre lieu que les questionnaires Delphi. Seule l'équipe de recherche a accès à ces informations.

De plus, il n'y avait aucun risque pour les participants, sinon le risque d'un manque de temps compte tenu des exigences pour répondre aux questionnaires. En termes de bénéfices, les participants ont eu la chance de participer au développement d'une nouvelle formation dont un exemplaire du devis de compétence leur a été remis dans le rapport final (voir l'annexe EE). Sur demande, ils pourront recevoir une copie électronique du présent mémoire.

Toutes ces interventions démontrent le souci constant de l'équipe de recherche à veiller au respect des principes éthiques. D'autres mesures ont aussi été prises pour assurer la qualité des résultats de cette étude.

4.6 CRITÈRES DE QUALITÉ

En recherche qualitative, la qualité des résultats repose sur l'exactitude des résultats et la rigueur de la démarche (Fortin *et al.*, 2006). Dans cette section, il sera question des moyens qui ont été pris dans la présente étude pour assurer la qualité des résultats en fonction des critères suivants : crédibilité, fiabilité, confirmation et transférabilité.

La crédibilité réfère à l'exactitude de la description du phénomène vécu par les participants (Fortin *et al.*, 2006). Pour s'assurer que la transcription et les regroupements de données faites par l'équipe de recherche rapportent avec exactitude ce que les participants ont écrit, ces derniers ont eu la possibilité de procéder à un exercice de validation dans le deuxième questionnaire. De plus, pour chaque questionnaire et le rapport final, les participants étaient invités à émettre des commentaires pour manifester leur accord ou non avec l'analyse faite par l'équipe de recherche. Le processus d'analyse est aussi transparent, c'est-à-dire, qu'en annexe du présent mémoire il y a la transcription originale du verbatim de tous les participants associés à leur code d'identification (voir annexe FF). On y trouve aussi les premiers regroupements qui ont été faits par l'équipe de recherche où figure le code d'identification des participants dont le verbatim a été inclus dans un regroupement (voir annexe GG). Ce contenu a été présenté aux participants dans le deuxième questionnaire. La triangulation des données a aussi contribué à augmenter la crédibilité en combinant une autre méthode de collecte de données, la recension des écrits, aux questionnaires distribués aux participants afin de tirer des conclusions sur les résultats (Fortin *et al.*, 2006). Ainsi, la recension des écrits corrobore plusieurs des résultats obtenus, qui seront discutés aux sections 6.1 et 6.2.

La rigueur associée à la fiabilité assure que les perceptions des participants sont analysées de telle sorte qu'elles soient conformes à la réalité. De ce fait, un autre

chercheur ferait les mêmes observations s'il était placé devant les mêmes données (Fortin *et al.*, 2006). Dans le cadre de cette étude, un souci particulier a été mis afin de respecter le verbatim des participants. Une transcription indépendante a été faite du premier questionnaire, puis, il y a eu une relecture des transcriptions par l'étudiante-chercheuse. Certains passages dont l'écriture manuscrite était parfois difficile à déchiffrer ont été relus par deux et même trois membres de l'équipe de recherche pour s'assurer de l'exactitude de la transcription du verbatim. Une entente interjuge a aussi été exigée pour tous les regroupements de données fait par les membres de l'équipe de recherche.

Puis, la confirmation des résultats réfère à l'intersubjectivité (Fortin *et al.*, 2006). Ainsi, pour assurer l'intersubjectivité des regroupements faits par l'équipe de recherche, les participants ont dû donner leur accord pour chacun des regroupements.

Pour que des résultats puissent être qualifiés de transférables, il doit être démontré qu'ils peuvent être transposés dans d'autres contextes où les conditions d'applications doivent être précisées (Fortin *et al.*, 2006). Dans le cadre de cette étude, les résultats pourront être transférés, puisqu'une méthode rigoureuse a été utilisée et que les participants représentent plusieurs régions du Québec. De plus, une description détaillée du contexte de l'étude a été fournie ainsi que les expertises des personnes consultées. De ce fait, si un chercheur désirait utiliser ces résultats dans un autre contexte, il disposerait de suffisamment d'information crédible, fiable et confirmé pour les y adapter.

Ainsi, la crédibilité, la fiabilité, la confirmation et la transférabilité sont autant de critères qui permettent de faire des choix d'ordre méthodologique pour assurer la qualité des résultats en recherche qualitative. Malgré tous ces efforts, il demeure certaines limites qui seront décrites dans la prochaine section et présentées en parallèle des forces de la présente étude.

4.7 FORCES ET LIMITES

Les choix d'ordre méthodologique ont contribué aux forces et aux limites de cette étude. Ils seront présentés en parallèle dans cette section, accompagnés des moyens pris pour transformer d'éventuelles limites en force.

La technique Delphi écarte les positions extrêmes, ce qui convient, car l'obtention d'un consensus était désirée (Pineault et Daveluy, 1995). De plus, il s'agit d'un long processus : la collecte des données s'est étalée sur 11 mois. Il peut alors être difficile de maintenir l'intérêt des participants. Cette technique permet toutefois beaucoup de flexibilité aux participants, favorisant des moments de réflexion et autorisant que leur point de vue soit diffusé à tous les participants tout en demeurant anonyme. Les participants apprécient généralement leur expérience (Pineault et Daveluy, 1995). Dans cette étude, les participants confirment leur appréciation dans les commentaires. Bien qu'ils aient trouvé le processus ardu, qu'il ait nécessité beaucoup de réflexion de leur part, ils ont senti que leurs idées ont été considérées et ils sont très satisfaits des regroupements qui en ont émergé. Ils sont enthousiastes de voir la création de cette formation. Tous ces aspects mis ensemble ainsi que les efforts déployés pour maintenir l'intérêt des participants par le moyen de relance inspirée de Dillman (2000) ont porté fruit, puisque le taux d'attrition n'est que de 28% (infirmières 21% et médecins 36%) pour les 25 participants qui ont signé le formulaire de consentement écrit.

D'autres forces et limites sont associées à la méthode choisie, soient celles reliées à l'échantillon. Seulement deux professions ont été choisies, alors qu'il y a d'autres acteurs impliqués dans la gestion de la douleur à l'USI. L'attention a été concentrée sur les principaux, soit les infirmières et les médecins intensivistes (ANZCA, 2005; Van Niekerk et Martin, 2003). Par les critères d'inclusion, l'expertise de certaines personnes a été écartée comme celle de Manon Choinière et de Serge Marchand qui sont des experts théoriques, des fondamentalistes, mais pas

des médecins ou des infirmières impliqués dans la clinique. Toutefois, en ciblant des cliniciens, cette technique a permis de générer des données inédites provenant d'experts cliniques. Par conséquent, les résultats reflètent le portrait de la pratique actuelle. Bien qu'une stratégie multiméthode ait été utilisée pour procéder au recrutement et qu'une attention particulière ait été portée à la provenance des participants, l'absence du RUIS de l'Université Laval (0%) et la sous-représentation du RUIS de l'Université McGill (7%) sont à noter. Des participants de tous les RUIS avaient été identifiés et contactés par l'équipe de recherche. Toutefois, les participants de ces RUIS n'ont pas donné suite à la sollicitation qui a été faite à leur endroit.

Avec la méthode utilisée, il est impossible de savoir pourquoi les participants ont priorisé ou non une manifestation. Il aurait été intéressant d'avoir cette information, mais il aurait été astreignant pour les participants de devoir justifier chacun de leur choix.

Comme le modèle utilisé pour bâtir le cadre de référence de cette étude est en émergence, certains aspects sont encore à construire, dont la compétence des professionnels qui n'y est pas définie. Elle semble prendre un virage vers la classification : connaissances, habiletés, attitudes. Cependant, ces termes ne sont pas définis par les auteurs. Ils ont donc dû être empruntés au domaine de l'éducation pour les opérationnaliser. De plus, le concept de la compétence est très complexe, il est difficile de décortiquer les parties du concept de compétence puisqu'elles sont toutes interreliées. Dans la pratique professionnelle et dans les autres domaines de la vie quotidienne, tous les savoirs indépendamment de leur colonne de provenance d'un devis de compétence sont utilisés pour guider les actions dans le déploiement d'une compétence. Dans le cadre de cette étude, il a tout de même été possible d'organiser les manifestations prioritaires de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI par les médecins et les infirmières sous la forme d'un devis de compétence afin de les opérationnaliser pour les communiquer.

Pour conclure, il ne faut surtout pas oublier la contribution unique de cette étude pour la théorie, la recherche et la formation, dont il sera question plus en détail à la section 6.3. Le choix du cadre de référence et l'utilisation rigoureuse de la technique Delphi ont ainsi permis d'extraire des données inédites pour bâtir un devis de compétence solide, basé sur les besoins réels des cliniciens en pratique qui pourra maintenant être testée dans le cadre d'autres études afin d'élever le niveau de preuve de l'efficacité de la FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI.

CHAPITRE V : RÉSULTATS

La présente étude a pour but de déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à développer chez des infirmières et des médecins dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'unité des soins intensifs (USI). Pour y parvenir, la technique Delphi a été utilisée. Par la nature même de la technique Delphi, la collecte et l'analyse des données font partie d'un processus itératif et interactif entre les participants et les chercheurs. D'abord, l'analyse du premier questionnaire a permis de catégoriser les manifestations et ainsi de créer le deuxième questionnaire, lequel a donné l'occasion aux participants de valider la clarté et la pertinence des regroupements faits par les chercheurs. L'analyse du deuxième questionnaire visait à pondérer l'importance que les participants accordaient aux manifestations de la compétence : ce processus a conduit à la création du troisième et dernier questionnaire. Celui-ci a permis aux participants d'établir les manifestations prioritaires de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. L'analyse du troisième questionnaire a révélé le consensus obtenu. Dans ce chapitre, il sera donc question de l'évolution des priorités jusqu'à l'obtention du consensus pour répondre aux deux questions de recherche qui sont :

- ◇ Quelles sont les manifestations de la compétence qui devraient être priorisées dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'USI?
- ◇ Outre les médecins intensivistes et les infirmières oeuvrant à l'USI, quels sont les professionnels de la santé à former dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'USI?

5.1 MANIFESTATIONS PRIORITAIRES DE LA COMPÉTENCE

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour obtenir les résultats finaux. Leur évolution, de la génération des manifestations de la compétence jusqu'à leur priorisation sera présentée, puis le consensus sera révélé.

5.1.1 Évolution des priorités entourant les manifestations prioritaires : analyse du premier questionnaire

Le premier questionnaire a permis de générer des données brutes. Puis le processus d'analyse, à l'image d'un entonnoir, a servi à regrouper les données. Le tableau 13 présente la synthèse de la progression du consensus sur les manifestations de la compétence et les éléments contextuels à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI, tout au long du processus itératif de collecte et d'analyse des données.

Tableau 13 - Synthèse de la progression du consensus sur les manifestations de la compétence et les éléments contextuels à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI

Progression du consensus																Total	Commentaires				
Résultat du premier questionnaire																					
398 manifestations (données brutes)																398					
Composante 1 Anticiper et prévenir la douleur				Composante 2 Détecter, évaluer et monitorer la douleur				Composante 3 Soulager la douleur				Composante 4 adapter sa pratique en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent				Composante 5 partager ses connaissances avec ses partenaires de soins				C-A-H = 57 E = 12 Total = 69	12 commentaires
13				13				14				9				20					
C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E		
4	3	4	2	4	4	3	2	5	3	2	4	2	5	1	1	4	7	6	3		
Résultat du deuxième questionnaire																					
69 manifestations																					
Composante 1 Anticiper et prévenir la douleur				Composante 2 Détecter, évaluer et monitorer la douleur				Composante 3 Soulager la douleur				Composante 4 adapter sa pratique en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent				Composante 5 partager ses connaissances avec ses partenaires de soins				69	38 commentaires
6				4				4				2				7					
C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E		
2	1	1	2	1	2	1	0	3	0	1	0	1	1	0	0	2	2	2	1		
1				4				2				2				2				23/69 Consensus	38 commentaires
C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E		
0	0	1	0	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0		
6				5				8				5				11				11/69 Mitigé	38 commentaires
C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E		
2	2	2	0	1	1	2	1	1	3	1	3	1	4	0	0	2	4	3	2		
Résultat du troisième questionnaire																					
29 manifestations																					
Composante 1 Anticiper et prévenir la douleur				Composante 2 Détecter, évaluer et monitorer la douleur				Composante 3 Soulager la douleur				Composante 4 adapter sa pratique en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent				Composante 5 partager ses connaissances avec ses partenaires de soins				C-A-H = 24 E = 5 Consensus 29/70	57 commentaires
6				9				3 + 1				2 (1 mitigé)				7 + 1					
C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E	C	A	H	E		
2	1	1	2	3	4	1	1	1	0	2	1	1	1	0	0	2	2	3	1		

Légende

C : Connaissances

A : Attitudes

H : Habiletés

E : Éléments contextuels

Lors de l'analyse du premier questionnaire, la transcription de tous les questionnaires a généré un total de 398 énoncés et de 12 commentaires (six sur la méthode utilisée dans cette étude et six qui ont été intégrés aux regroupements). La plupart de ces énoncés étaient des manifestations de la compétence qui ont été classées selon qu'elles étaient des connaissances, des attitudes, des habiletés. Quelques énoncés se sont avérés être des éléments contextuels, c'est-à-dire, reliés au contexte d'application de la compétence dans lequel il est possible d'observer les manifestations de la compétence (voir annexe FF). À la suite d'une entente entre les membres de l'équipe de recherche, les manifestations de la compétence et les éléments contextuels qui avaient le même sens ont été regroupés sous une même appellation. Les données ont pu être regroupées sous cinq composantes de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration soit : 1) anticiper et prévenir la douleur (11 manifestations et 2 éléments contextuels), 2) détecter, évaluer et monitorer la douleur (11 manifestations et 2 éléments contextuels), 3) soulager la douleur (10 manifestations et 4 éléments contextuels), 4) adapter sa pratique en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent (8 manifestations et 1 élément contextuel) et 5) partager ses connaissances avec ses partenaires de soins (17 manifestations et 3 éléments contextuels). Les composantes de la compétence s'opérationnalisent par 57 manifestations que les membres de l'équipe de recherche ont classées en catégories selon qu'elles étaient des connaissances, des habiletés, des attitudes et par 12 éléments contextuels (voir annexe GG).

5.1.2 Évolution des priorités entourant les manifestations prioritaires : analyse du deuxième questionnaire

L'analyse du deuxième questionnaire a été faite en deux temps. Premièrement, elle a permis de valider la compréhension des chercheurs par rapport aux idées exprimées par les participants. Tous les commentaires (n=38) ont ainsi été compilés et ils ont servi à la création du troisième questionnaire (voir les annexes Y et Z).

Seulement trois participants ont noté que la formulation d'un regroupement de manifestations de la compétence n'était pas conforme à leur pensée originale. À leur demande, leur code d'identification a été retiré de ces manifestations de la compétence. Deuxièmement, des 57 manifestations et 12 éléments contextuels de la compétence qui ont été soumis aux participants, 23 ont été priorisés (20 manifestations et 3 éléments contextuels), 11 ont reçu une opinion mitigée (8 manifestations et 3 éléments contextuels) et 35 n'ont pas été priorisés (29 manifestations et 6 éléments contextuels), en fonction des critères décrits à la section 4.4.4. Ces résultats ont été présentés aux participants dans le dernier questionnaire.

5.1.3 Consensus sur les manifestations prioritaires : analyse du troisième questionnaire

L'analyse du troisième questionnaire était la dernière étape pour établir un consensus sur les manifestations prioritaires de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI à développer en FIPCCP. Des 398 manifestations de la compétence et éléments contextuels fournis par les participants dans le premier questionnaire, après les regroupements et les votes, il en est resté 29. De plus, des 38 commentaires émis par les participants, 18 s'intéressaient à des manifestations ou à des éléments contextuels qui n'avaient pas été priorisés. Ils n'ont donc pas été soumis aux participants pour obtenir leur approbation. Des 20 commentaires qui ont été soumis à l'approbation des participants, 16 ont obtenu l'accord consensuel des participants. Les commentaires visaient à modifier la formulation de certaines manifestations de la compétence ou certains éléments contextuels, et à les regrouper. Ainsi, à l'issue de l'analyse finale du troisième questionnaire, 24 manifestations de la compétence (9 connaissances, 8 attitudes et 7 habiletés) et cinq éléments contextuels, regroupés sous cinq composantes de la compétence ont émergé. Ils seront décrits dans les sous-sections qui suivent. De plus l'évolution du consensus pour chacune des composantes sera revue à la lueur des chiffres présentés au tableau 13.

5.1.3.1 Première composante : Anticiper et prévenir la douleur

À l'issue de l'analyse, les composantes et les manifestations de la compétence dans le contexte de la gestion de la douleur en collaboration à l'USI qui doivent être transmises de façon prioritaire dans le cadre d'une FIPCCP seront présentées sous la forme de devis de compétence. Le tableau 14 présente la première composante qui consiste à anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés à l'USI

Tableau 14 - Première composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI

1. Pour anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés à l'USI, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins œuvrant à l'USI sont :			
1.1 Sur le plan des connaissances :	1.2 Sur le plan des attitudes :	1.3 Sur le plan des habiletés :	1.4 En tenant compte du contexte :
<p>1.1.1 Comprendre les mécanismes anatomophysiopathologiques de la douleur ainsi que son impact sur l'évolution du patient.</p> <p>1.1.2 Distinguer les types de douleur (nature, manifestation) et les facteurs influençant l'intensité de la douleur.</p>	<p>1.2.1 Faire preuve d'empathie (<i>assume pain is present</i>) et de respect.</p>	<p>1.3.1 Assurer le confort des patients en modifiant les facteurs environnementaux (température, cycle, lit, etc.) qui mènent à la douleur ou qui nuisent à son soulagement.</p>	<p>1.4.1 En tenant compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie).</p> <p>1.4.2 En tenant compte de la situation clinique du patient (intubé, ventilé, inconscient, curarisé, etc.).</p>

Sur le plan des connaissances, le regroupement original comptait quatre manifestations, dont deux ont été éliminées lors de l'analyse du deuxième questionnaire. Dans le dernier questionnaire, les deux manifestations suivantes sont demeurées identiques : *1.1.1 Comprendre les mécanismes anatomophysiopatho-*

logiques de la douleur ainsi que son impact sur l'évolution du patient et 1.1.2 Distinguer les types de douleur (nature, manifestation) et les facteurs influençant l'intensité de la douleur.

Sur le plan des attitudes, des trois manifestations issues du regroupement initial, une seule a été conservée par les participants jusqu'à la fin du processus. Il s'agit de *1.2.1 Faire preuve d'empathie (assume pain is present) et de respect.*

Sur le plan des habiletés, on comptait quatre manifestations dans le regroupement original. Dans le deuxième questionnaire, deux manifestations ont été rejetées et une autre a reçu une opinion mitigée. À la suite du vote et des commentaires reçus dans le troisième questionnaire, la manifestation qui a été priorisée tout au long du processus (*Modifier les facteurs environnementaux qui mènent à la douleur ou qui nuisent à son soulagement*) et celle qui a reçu une opinion mitigée au deuxième questionnaire (*Assurer le confort des patients (température, cycle, lit, etc.)*) ont été fusionnées. La manifestation s'exprime maintenant de la façon suivante : *1.3.1 Assurer le confort des patients en modifiant les facteurs environnementaux (température, cycle, lit, etc.) qui mènent à la douleur ou qui nuisent à son soulagement.*

Quant aux éléments contextuels, ce sont les deux mêmes qui ont émergé des regroupements initiaux : *1.4.1 En tenant compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie) et 1.4.2 En tenant compte de la situation clinique du patient (intubé, ventilé, inconscient, curarisé, etc.).*

Ainsi, la première composante contient deux manifestations sur le plan des connaissances, une sur le plan des attitudes, une sur le plan des habiletés et deux éléments contextuels.

5.1.3.2 Deuxième composante : détecter, évaluer et monitorer la douleur

Le tableau 15 présente la deuxième composante qui souligne l'importance pour les médecins et les infirmières de détecter, d'évaluer et de monitorer la douleur des patients hospitalisés à l'USI. Ainsi, la deuxième composante permet aux médecins et aux infirmières de collecter les informations au sujet de la douleur de leur patient.

Tableau 15 - Deuxième composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI

2. Pour détecter, évaluer et monitorer la douleur chez les patients hospitalisés à l'USI, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient, donnée aux infirmières et aux médecins œuvrant à l'USI :			
2.1 Sur le plan des connaissances :	2.2 Sur le plan des attitudes :	2.3 Sur le plan des habiletés :	2.4 En tenant compte du contexte :
<p>2.1.1 Connaître les données probantes pour faire des choix éclairés parmi les différents moyens et outils pour évaluer et autoévaluer la douleur.</p> <p>2.1.2 Distinguer la sédation de l'analgésie.</p> <p>2.1.3 Décrire les signes et symptômes de la douleur (indicateurs).</p>	<p>2.2.1 Être attentif aux signes et symptômes de la douleur.</p> <p>2.2.2 Être à l'écoute des observations de la famille (ex. : comportements de douleur du patient).</p> <p>2.2.3 Choisir une grille d'observation des comportements de la douleur, quand c'est nécessaire (ex. : Grille d'observation de la douleur (GOD)).</p> <p>2.2.4 « Croire le patient ». Adopter une attitude de confiance.</p>	<p>2.3.1 Objectiver et interpréter les signes et symptômes de la douleur.</p>	<p>2.4.1 En tenant compte des conditions cliniques des patients (capable ou non de verbaliser sa douleur).</p>

Les manifestations contenues dans la deuxième composante ont aussi subi plusieurs modifications à la suite des votes et des commentaires des participants. Sur le plan des connaissances, seulement une manifestation sur les quatre qui ont ressorties des regroupements originaux a été priorisée au deuxième questionnaire, une a été rejetée et deux ont été soumises au ballottage dans le troisième questionnaire. Ces deux dernières manifestations ont été finalement priorisées par les participant : *2.1.2 Distinguer la sédation de l'analgésie, 2.1.3 Décrire les signes et symptômes de la douleur (indicateurs)*. Un participant a suggéré de modifier cette manifestation : *Critiquer les différents moyens et outils pour évaluer et autoévaluer la douleur*. Les autres participants ont donné leur accord consensuel pour procéder à la modification qui a donné lieu à cette nouvelle formulation : *2.1.1 Connaître les données probantes pour faire des choix éclairés parmi les différents moyens et outils pour évaluer et autoévaluer la douleur*.

Sur le plan des attitudes, des quatre manifestations originales, une a été rejetée et l'autre a reçu une opinion mitigée au deuxième questionnaire. Ainsi, dès le début deux manifestations ont été priorisées et l'opinion des participants n'a pas changé au courant du processus pour ces deux manifestations : *2.2.1 Être attentif aux signes et symptômes de la douleur et 2.2.4 « Croire le patient ». Adopter une attitude de confiance*. Par ailleurs, il y a lieu de mentionner qu'une nouvelle manifestation a été ajoutée à la suite d'un commentaire adopté par tous les participants dans le deuxième questionnaire. Il s'agit de : *2.2.2 Être à l'écoute des observations de la famille (ex. : comportements de douleur du patient)*. La manifestation *choisir une grille d'observation des comportements de la douleur* dont l'opinion était mitigée a été priorisée et modifiée à la lueur des commentaires pour devenir : *2.2.3 Choisir une grille d'observation des comportements de la douleur, quand c'est nécessaire (ex. : Grille d'observation de la douleur (GOD))*.

Sur le plan des habiletés, des trois manifestations originales, une seule a été priorisée tout au long du processus : *2.3.1 Objectiver et interpréter les signes et symptômes de la douleur*. Les deux autres manifestations ont été rejetées dès le deuxième questionnaire.

Les éléments contextuels originaux étaient au nombre de deux. Après le vote du deuxième questionnaire un a été rejeté et l'autre a reçu une opinion mitigée. Un élément contextuel qui a reçu une opinion mitigée a ensuite été priorisé et modifié en fonction des commentaires reçus. Il s'agit de *faire des choix en tenant compte de l'état conscience et les capacités de communication du patient*, qui a été modifié et est devenu : *2.4.1 En tenant compte des conditions cliniques des patients (capables ou non de verbaliser sa douleur)*.

Les participants ont donc priorisés trois manifestations sur le plan des connaissances, quatre sur le plan des attitudes, une sur le plan des habiletés et un élément contextuel pour la deuxième composante.

5.1.3.3 Troisième composante : Soulager la douleur

La troisième composante vise à soulager la douleur des patients hospitalisés à l'USI (voir tableau 16).

Tableau 16 - Troisième composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI

3. Pour soulager la douleur des patients hospitalisés à l'USI, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins œuvrant à l'USI sont :			
3.1 Sur le plan des connaissances :	3.2 Sur le plan des attitudes :	3.3 Sur le plan des habiletés :	3.4 En tenant compte du contexte :
3.1.1 Expliquer les mécanismes d'action (indication, contre-indication, pic d'action, posologie, équivalences, voie d'administration, etc.) des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur et en distinguer les effets secondaires des effets désirés.	S.O.* *Les participants n'ont fourni aucune attitude, possiblement parce que cette catégorie en chevauche d'autres.	3.3.1 Préparer, administrer et évaluer les effets des moyens pharmacologiques (opiacés et non opiacés) et non pharmacologiques (mobilisation, massage, application du chaud ou du froid, distraction, imagerie mentale, musique, etc.) pour soulager la douleur. 3.3.2 Surveiller les paramètres physiologiques après l'administration d'opiacés.	3.4.1 Tenir compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient.

Sur le plan des connaissances, cinq manifestations ont été soumises aux participants dans le deuxième questionnaire. Puis, l'analyse a permis de déterminer qu'une des manifestations n'était pas prioritaire et une pour laquelle l'opinion était mitigée. Les trois manifestations qui avaient été priorisées, 1) *expliquer les mécanismes d'action (indication, contre-indication, pic d'action, etc.) des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur, pour les moyen pharmacologiques*, 2) *connaître la posologie (équivalences) et la voie d'administration* 3) *distinguer les effets secondaires des effets désirés*) à la suite des commentaires reçus, ont été regroupé ainsi : 3.1.1 *Expliquer les mécanismes d'action (indication, contre-indication, pic d'action, posologie, équivalences, voie*

d'administration, etc.) des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur et en distinguer les effets secondaires des effets désirés. De plus, pour cette manifestation, un des participants a émis le commentaire suivant : « *mention de l'équianalgésie au lieu d'équivalence* » (P-028). Ce commentaire a été soumis aux participants afin d'obtenir leur approbation pour faire la modification. Les participants ont donné un accord consensuel pour procéder à la modification du terme dans la rédaction de la manifestation 3.1.1. Toutefois, le terme *équivalence* a été conservé après une entente entre les membres de l'équipe de recherche, puisqu'il s'agit du terme qui est connu des cliniciens et que sa définition est claire et reconnue. Une dose équivalente est une dose d'analgésique qui produira le même niveau d'analgésie que dix milligrammes de morphine administrée par voie intraveineuse toutes les trois à quatre heures (Lehne, 2004, p.261).

Sur le plan des attitudes, aucune manifestation n'a été priorisée dès le deuxième questionnaire. Il est possible que le contenu des trois manifestations (*tenir compte des considérations éthiques (valeurs) et déontologiques (codes et lois) associées au soulagement de la douleur, critiquer les mythes et croyances entourant le soulagement de la douleur et adopter des attitudes de prudence et de sécurité*) chevauche d'autres types de manifestations (connaissances, attitudes ou habiletés) ou éléments contextuels.

Sur le plan des habiletés, une des deux manifestations a été rejetée dans le deuxième questionnaire. Celle qui a été priorisée a été scindée en deux manifestations à la suite des commentaires reçus : 3.3.1 *Préparer, administrer et évaluer les effets des moyens pharmacologiques (opiacés et non opiacés) et non pharmacologiques (mobilisation, massage, application du chaud ou du froid, distraction, imagerie mentale, musique, etc.) pour soulager la douleur* et 3.3.2 *Surveiller les paramètres physiologiques après l'administration d'opiacés.*

Les éléments contextuels n'ont pas été priorisés dès le deuxième questionnaire, dont un seul était mitigé. Dans le troisième questionnaire, ce dernier a

été priorisé : *3.4.1 Tenir compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient.*

Au total, trois manifestations ont été priorisées pour la troisième composante, dont une sur le plan des connaissances, aucun sur le plan des attitudes et deux sur le plan des habiletés. De plus, un élément contextuel a été priorisé.

5.1.3.4 Quatrième composante : adapter sa pratique en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent

Pour être en mesure d'offrir des soins toujours de meilleures qualités et, dans ce cas-ci, une gestion optimale de la douleur, les médecins et les infirmières doivent adapter la gestion de la douleur en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent, comme précisé à la quatrième composante (voir tableau 17).

Tableau 17 - Quatrième composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI

4. Pour adapter la gestion de la douleur à l'USI en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins œuvrant à l'USI sont :			
4.1 Sur le plan des connaissances :	4.2 Sur le plan des attitudes :	4.3 Sur le plan des habiletés :	4.4 En tenant compte du contexte :
4.1.1 Dans un contexte d'amélioration continue de ses connaissances, rechercher les ressources pour la gestion de la douleur et synthétiser les données probantes la concernant afin d'en discuter, de prendre des décisions et de les intégrer au besoin à sa pratique.	4.2.1 Adopter une attitude de rigueur (et non de rigidité) et viser l'excellence.	S/O*	S/O*
		*Les participants n'ont fourni aucune habileté spécifique, possiblement parce que cette catégorie en chevauche d'autres.	*Les participants n'ont fourni aucun élément contextuel, possiblement parce que cette catégorie en chevauche d'autres.

Les manifestations reliées à cette composante ont subi plusieurs modifications. D'abord, sur le plan des connaissances, deux manifestations ont émergé des regroupements originaux, puis une a été rejetée et l'autre, bien que priorisée, a été modifiée à la lueur des commentaires reçus. Cette nouvelle formulation a permis d'inclure le contenu de la manifestation qui avait été rejetée. Il s'agissait à l'origine d' : *identifier les ressources disponibles pour le soulagement de la douleur (entre autre, RNAO, 2002) et synthétiser les nouvelles données probantes issues de la recherche*. Les modifications ont donné la formulation suivante : *4.1.1 Dans un contexte d'amélioration continue de ses connaissances, rechercher les ressources pour la gestion de la douleur et synthétiser les données probantes la*

concernant afin d'en discuter, de prendre des décisions et de les intégrer au besoin à sa pratique.

Sur le plan des attitudes, une seule des cinq manifestation originale a été priorisée dès le deuxième questionnaire et conservée à l'issue du vote final : 4.2.1 Adopter une attitude de rigueur (et non de rigidité) et viser l'excellence.

Sur le plan des habiletés, une seule manifestation de la compétence a reçu une opinion mitigée au deuxième questionnaire. Elle a été rejetée au troisième questionnaire

Le seul élément contextuel, appartenant à la quatrième composante, est demeuré mitigé entre les groupes à l'issue du vote final. Les médecins l'ont priorisé, mais pas les infirmières. Cet élément contextuel n'a donc pas été inclus dans le consensus. Il s'agit d'*adapter les protocoles en tenant compte des ressources et de l'état du patient*. Le commentaire suivant a été formulé par un médecin et il a été soumis aux autres participants de façon anonyme dans le troisième questionnaire : *«Une fois élaborés, nous ne devrions pas les « adapter » [les protocoles], car cela laisse place à des écarts. Un bon protocole doit être clair et ne pas laisser place à « interpréter », car ça revient à une absence de protocole puisque chacun finit par faire ce qu'il veut (p-004)»*. Nous avons donc demandé aux participants s'ils désiraient que cette manifestation soit reformulée, priorisée ou non. Les médecins étaient d'accord pour qu'elle soit reformulée et priorisée, alors que les infirmières ne l'ont pas priorisée, peu importe la formulation. Cette divergence entre les infirmières et les médecins peut laisser entrevoir qu'ils ont un angle d'analyse différent pour une même situation. Toutefois, les infirmières et les médecins s'entendent sur l'importance de se doter de protocoles communs (manifestations 5.3.2 et 5.3.3).

Pour cette composante, il y a donc deux manifestations qui ont été priorisées, une sur le plan des connaissances et une sur le plan des attitudes. Il n'y a aucune manifestation sur le plan des habiletés, ni aucun élément contextuel.

5.1.3.5 Cinquième composante : partager ses connaissances avec ses partenaires de soins

La cinquième composante renferme les manifestations qui se rapportent à la collaboration interprofessionnelle. Les participants les ont adaptées au contexte de la gestion de la douleur à l'USI.

Tableau 18 - Cinquième composante de la compétence à la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI

5. Pour partager ses connaissances sur la douleur et la gestion de la douleur avec les partenaires de soins à l'USI, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins œuvrant à l'USI sont :			
5.1 Sur le plan des connaissances :	5.2 Sur le plan des attitudes :	5.3 Sur le plan des habiletés :	5.4 En tenant compte du contexte :
<p>5.1.1 Identifier les partenaires de soins et clarifier leurs rôles et fonctions à partir d'un cadre de référence commun (loi 90 + Ste-Marie, 2002, CANMEDS) pour la gestion de la douleur : patient, famille, membres de l'équipe de soins.</p> <p>5.1.2 Expliquer le fonctionnement en équipe et les principes de la collaboration interprofessionnelle (comprenant la communication).</p>	<p>5.2.1 Adopter une définition commune de la douleur et des objectifs communs de soulagement.</p> <p>5.2.2 Adopter une ouverture au dialogue pour communiquer ses décisions relatives au plan de soin.</p>	<p>5.3.1 Établir une relation de partenariat (écoute, dialogue, compréhension, communication efficace, échange...).</p> <p>5.3.2 Documenter l'évaluation et le soulagement de la douleur en utilisant un langage scientifique (ou un protocole) partagé par l'équipe.</p> <p>5.3.3 Développer des protocoles interprofessionnels.</p>	<p>5.4.1 Développer des moments de partage des connaissances et de points de vue selon le contexte : conférence, discussion de cas, tournées, etc.</p>

Sur le plan des connaissances, il y a deux manifestations qui ont été priorisées et deux qui ont été rejetées dès le deuxième questionnaire. Celles qui ont été priorisées sont : *5.1.1 Identifier les partenaires de soins et clarifier leurs rôles et fonctions à partir d'un cadre de référence commun (loi 90 + Ste-Marie, 2002, CANMEDS) pour la gestion de la douleur : patient, famille, membres de l'équipe de soins et 5.1.2 Expliquer le fonctionnement en équipe et les principes de la collaboration interprofessionnelle (comprenant la communication).*

Sur le plan des attitudes, sept manifestations ont d'abord émergé des regroupements initiaux. Puis quatre manifestation ont été rejetées et une seule est demeurée mitigée : elle a finalement été rejetée au vote finale. Il est donc resté deux manifestations qui ont été priorisées : *5.2.1 Adopter une définition commune de la douleur et des objectifs communs de soulagement et 5.2.2 Adopter une ouverture au dialogue pour communiquer ses décisions relatives au plan de soin.* De plus, une seule manifestation, appartenant à la cinquième composante, qui avait été rejetée par le vote préliminaire à l'occasion du deuxième questionnaire a reçu une opinion mitigée au troisième questionnaire (priorisée par les infirmières, mais pas par les médecins) pour être réintégrée de façon prioritaire à la FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI : elle n'a donc pas été réintégrée. Il s'agit de : *valoriser l'importance et l'imputabilité de tous les partenaires de soins pour la gestion de la douleur.*

Sur le plan des habiletés, six manifestations ont émergé des regroupements initiaux. Deux ont été priorisées dès le début : *5.3.1 Établir une relation de partenariat (écoute, dialogue, compréhension, communication efficace, échange...)* et *5.3.3 Développer des protocoles interprofessionnels.* De plus, trois manifestations ont été rejetées. Une seule a reçu une opinion mitigée, puis a été priorisée à l'issue du vote final : *5.3.2 Documenter l'évaluation et le soulagement de la douleur en utilisant un langage scientifique (ou un protocole) partagé par l'équipe.*

Des trois éléments contextuels soumis aux participants au deuxième questionnaire, un seul a été priorisé de façon consensuelle dès l'analyse de ce questionnaire : *5.4.1 Développer des moments de partage des connaissances et de points de vue selon le contexte : conférence, discussion de cas, tournées, etc.*

Ainsi, la cinquième composante contient deux manifestation sur le plan des connaissances, deux sur le plan des attitudes, trois sur le plan des habiletés et un élément contextuel.

Toutes les manifestations de la compétence qui n'avaient pas été priorisée lors du consensus préliminaire n'ont pas été priorisées lors du vote de la dernière chance dans le document complémentaire du troisième questionnaire. Seules les manifestations qui étaient soumises au ballottage (11) ont été priorisées (7, dont 4 ont été modifiée) ou rejetée (4). Il y a donc une stabilité relative des résultats dans les trois questionnaires.

Le consensus final a donc permis de déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI chez les médecins et les infirmières, afin d'anticiper, de détecter, de soulager la douleur, d'adapter sa pratique et de partager ses connaissances pour offrir aux patients de l'USI une gestion optimale de la douleur.

5.2 PROFESSIONNELS À INTÉGRER DANS UNE FIPCCP POUR LA GESTION DE LA DOULEUR

De la même façon que pour les manifestations de la compétence à prioriser, les participants ont déterminé les professionnels, autres que les médecins intensivistes et les infirmières, qu'ils considéraient prioritaires de former en FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. L'évolution du premier questionnaire jusqu'au consensus sera décrite.

5.2.1 Évolution des priorités entourant les professionnels à former avec les médecins et les infirmières

À la suite du premier questionnaire, la liste alphabétique de tous les professionnels nommés par les participants a été dressée. Au total, 15 types de professionnels de la santé ont été nommés. Ils ont été présentés par ordre alphabétique : ergothérapeutes, familles, gestionnaires, infirmières de liaison, inhalothérapeutes, médecins anesthésistes, médecins psychiatres, médecins résidents, médecins traitants, patients, pharmaciens, physiothérapeutes, préposés aux bénéficiaires, psychologues, travailleurs sociaux.

Puis, au deuxième questionnaire, cette liste a été soumise aux participants qui devaient classer en ordre d'importance les sept² professionnels qu'ils considéreraient nécessaires d'inclure dans une FICPPC pour la gestion de la douleur à l'USI. L'analyse de ces données a été difficile puisque la question posée ne semblait pas claire pour tous les participants. Certains ont donné un ordre d'importance pour les 15 professionnels énumérés au lieu de n'en choisir que sept. Le décompte a donc été arrêté après le nombre de sept pour les participants qui avaient répondu ainsi. Certains participants ont aussi ajouté les intensivistes et les infirmières soignantes de l'USI à la liste, alors qu'ils étaient déjà le centre de la présente étude. Ces derniers ont donc été retirés de la compilation. Les patients et les familles ont aussi été retirés de la compilation, car il ne s'agit pas de professionnels de la santé, bien que leur contribution soit nécessaire à l'USI. Il est toutefois évident qu'ils ne doivent pas posséder la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI, donc que la formation n'est pas requise pour eux. Après le deuxième questionnaire, la liste comptait 13 professionnels classés dans l'ordre d'importance préliminaire : médecins traitants, pharmaciens, médecins anesthésistes, physiothérapeutes, infirmières de liaison, préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, infirmières cliniciennes spécialisées en gestion de la douleur et/ou USI, ergothérapeutes, psychologues, médecins psychiatres, travailleurs sociaux, gestionnaires.

² Limites de la mémoire à court terme à retenir plus de sept informations à la fois (Miller, 1956)

En raison des problèmes de compréhension décrits ci-haut, l'occasion a été redonnée aux participants d'établir leurs priorités dans le troisième questionnaire, cette fois selon des consignes beaucoup plus strictes. Les participants devaient mettre en ordre d'importance les sept professionnels à inclure dans la FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI à partir de la liste créée lors de l'analyse du deuxième questionnaire.

5.2.2 Consensus sur les professionnels à former de façon prioritaire avec les médecins et les infirmières.

À l'issue du vote final, les participants arrivent à un consensus mitigé entre les groupes. Le rang global obtenu par la compilation des votes a permis de lister les sept professionnels à intégrer de façon prioritaire dans le cadre d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI, autres que les médecins intensivistes et les infirmières soignantes qui sont déjà ciblés par la présente étude (voir tableau 19). Il s'agit des médecins traitants, des médecins anesthésistes, des pharmaciens, des infirmières cliniciennes spécialisées, des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes et des préposés aux bénéficiaires.

Tableau 19 - Professionnels à intégrer de façon prioritaire dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI

	Total points médecins	Rang donné par les médecins (6 répondants)	Total points infirmières	Rang donné par les infirmières (11 répondantes)	Points total	Rang global
Médecins traitants	73 (64%)	1	41 (36%)	1	114	1
Médecins anesthésistes	29 (29%)	2	71 (71%)	2	100	2
Pharmaciens	29 (33%)	2	59 (67%)	3	88	3
Infirmières cliniciennes spécialisées	29 (35%)	2	55 (65%)	4	84	4
Physiothérapeutes	11 (29%)	3	27 (71%)	6	38	5
Inhalothérapeutes	7 (19%)	5	30 (81%)	5	37	6
Préposés aux bénéficiaires	8 (31%)	4	18 (69%)	7	26	7
Infirmières de liaison	8 (47%)	4	9 (53%)	9	17	8
Psychologues	6 (46%)	6	7 (54%)	10	13	9
Médecins psychiatres	0	7	12 (100%)	8	12	10
Gestionnaires	0	7	5 (100%)	11	5	11
Ergothérapeutes	0	7	4 (100%)	12	4	12
Travailleurs sociaux	0	7	0	13	0	13

Le rang des physiothérapeutes (5^e rang), inhalothérapeutes (6^e rang) et préposés aux bénéficiaires (7^e rang) n'est pas consensuel entre les médecins et les infirmières. Le taux de réponse à cette question peut y avoir contribué. Les résultats de la compilation des priorités des médecins présentent peu de variabilité puisque le taux de réponse à cette question a été plus faible (n=6 médecins). Alors que les infirmières y ont répondu en plus grand nombre (n=11 infirmières). Ainsi, les médecins préfèrent intégrer les préposés aux bénéficiaires et les infirmières de liaison plutôt que les inhalothérapeutes, alors que les infirmières préfèrent les inhalothérapeutes, les physiothérapeutes et les préposés aux bénéficiaires plutôt que les infirmières de liaison. Toutefois, les quatre professionnels prioritaires à intégrer dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI ont pu être identifiés de façon consensuelle : les médecins traitants, les médecins anesthésistes, les pharmaciens et les infirmières cliniciennes spécialisées.

L'utilisation de la technique Delphi et la générosité des participants ont permis de générer, de catégoriser, de valider la clarté et la pertinence, de pondérer l'importance et de déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI et d'identifier les professionnels à intégrer dans une FIPCCP avec les médecins intensivistes et les infirmières. Ces résultats seront discutés dans le prochain chapitre.

CHAPITRE VI : DISCUSSION

Les résultats découlant de l'enquête utilisant la technique Delphi auprès de médecins et infirmières experts de la gestion de la douleur, des soins à l'unité des soins intensifs (USI) ou de la collaboration interprofessionnelle ont été présentés dans le chapitre précédent. Ils seront discutés dans ce chapitre. Ils concernent les manifestations prioritaires de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI à développer dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP). Ces résultats seront comparés aux écrits pour soulever les concordances, les divergences et l'émergence de nouvelles manifestations. Pour débiter, les cinq composantes de la compétence qui sont interreliées pour bâtir la compétence seront discutées. Suivra, par la suite, une discussion sur les professionnels à inclure dans une FIPCCP. Finalement, il sera question, dans ce chapitre, des retombées de cette étude sur le plan de la théorie, de la formation et de la recherche.

6.1 MANIFESTATIONS PRIORITAIRES DE LA COMPÉTENCE À DÉVELOPPER EN FIPCCP POUR LA GESTION DE LA DOULEUR À L'USI

La compétence visée par cette étude est la gestion de la douleur en collaboration interprofessionnelle à l'USI. Cette compétence, à la base du classement des données recueillies, a été divisée en cinq composantes. Dans cette section, la discussion portera d'abord sur les liens qui unissent les cinq composantes de la compétence. Cette discussion sera accompagnée d'un rappel théorique. Ensuite, chacune des composantes de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration interprofessionnelle à l'USI sera discutée. Des tableaux montrant les auteurs qui soutiennent les manifestations priorisées par les participants sont disponibles à l'annexe HH. Ils ont servi d'outils pour bâtir cette discussion.

La définition de la compétence fait référence à un agir mobilisant toutes nos ressources (Lasnier, 2000) qui se manifestent par des connaissances, des habiletés, des attitudes situées dans un contexte. Dans le cadre de cette étude, la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI résulte donc de l'intégration et de la fusion des ressources des infirmières et des médecins qui s'expriment à travers les 24 manifestations de la compétence et les cinq éléments contextuels regroupés en cinq composantes, puis priorisés par les participants parmi les 398 énoncés générés par le premier questionnaire. De ce fait, plusieurs manifestations de la compétence et éléments contextuels ont été reformulés et regroupés en fonction des commentaires reçus des participants. Ainsi, certains ont disparu de la classification initiale que l'équipe de recherche a soumise aux participants dans le deuxième questionnaire, ce qui a laissé des colonnes vides dans le devis de compétence, alors que toutes les colonnes devraient être remplies pour que la compétence puisse être mise en œuvre (Lasnier, 2000). Il faut aussi se rappeler que les participants ne sont pas tous des spécialistes de l'éducation. La rédaction de manifestations de la compétence sous la forme de connaissances, d'attitudes et d'habiletés n'était peut-être pas évidente à réaliser. Même pour des spécialistes de l'éducation, il pourrait être difficile de séparer

les manifestations de la compétence et de les classer dans une seule colonne, car elles sont interreliées. Il est alors possible de penser que, de façon générale, les participants n'ont pas voulu être redondants dans le contenu du devis de compétence. Plus précisément, les manifestations manquantes sont : les attitudes pour soulager la douleur (la troisième composante), les habiletés et le contexte pour l'intégration des données probantes à la pratique (quatrième composante).

Une compétence transversale est une compétence qui est transférable à différents contextes (Lasnier, 2000). Les attitudes nécessaires pour soulager la douleur (troisième composante) sont des attitudes transversales pour la gestion de la douleur en général. Les auteurs cités dans les tableaux présentés à l'annexe HH (AIIO, 2002; ANZCA, 2005; Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997; Gélinas *et al.*, 2005; Treadwell *et al.*, 2002; Van Niekerk et Martin, 2003; Whipple *et al.*, 1995) les présentent de la même façon qu'ils traitent d'anticiper et prévenir, de détecter, d'évaluer ou de soulager la douleur.

Il n'y a pas d'habileté ni de contexte pour l'adaptation de la gestion de la douleur à l'USI en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent (quatrième composante). Il pourrait s'agir d'une compétence transversale à la pratique clinique, car, selon Greiner et Knebel (2003), elle ferait partie des cinq compétences que les professionnels du 21^e siècle doivent posséder. S'il s'agit d'une compétence transversale, cela pourrait expliquer pourquoi il n'y a pas de contexte précisé par les participants. Le fait de l'adapter au contexte de la gestion de la douleur en collaboration à l'USI la rend suffisamment contextuelle. Cette composante est donc importante, mais les participants n'ont pas cru nécessaire de l'opérationnaliser par la description d'habiletés. Toutefois, dans la formulation de la manifestation de la compétence qui fait référence aux connaissances, soit le domaine cognitif, les verbes d'action « rechercher et synthétiser » y sont présents : *4.1.1 Dans un contexte d'amélioration continue de ses connaissances, rechercher les ressources pour la gestion de la douleur et synthétiser les données probantes la concernant afin d'en*

discuter, de prendre des décisions et de les intégrer au besoin à sa pratique. Ces verbes d'action relèvent du domaine psychomoteur, les habiletés, car Bloom (1956) souligne qu'une habileté peut aussi être un processus intellectuel. Ainsi, une connaissance a pu être fusionnée à une habileté par les participants.

D'un point de vue global, les trois premières composantes de la compétence à la gestion de douleur en collaboration à l'USI (anticiper, détecter et soulager la douleur) renferment le contenu traditionnel, basé sur les données probantes, d'une formation visant à améliorer la gestion de la douleur (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002). Bien que les objectifs ainsi que les structures de ces FIPCCP diffèrent, le contenu au sujet de la gestion de la douleur est le même. Il a toutefois été orienté différemment par ces chercheurs afin de l'adapter au contexte clinique de chacune des études, tout comme les éléments contextuels permettent de bien saisir le caractère particulier de la gestion de la douleur à l'USI: *1.4.1 En tenant compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie), 1.4.2 En tenant compte de la situation clinique du patient (intubé, ventilé, inconscient, curarisé, etc.), 2.4.1 En tenant compte des conditions cliniques des patients (capable ou non de verbaliser sa douleur) et 3.4.1 Tenir compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient.* Ainsi, les interventions posées par les infirmières et les médecins répondent à un besoin des patients hospitalisés à l'USI, puisque la douleur à l'USI est un agent de stress majeur qui a des conséquences graves sur la santé des personnes souffrantes (ANZCA, 2005). De ce fait, les trois premières composantes (anticiper, détecter et soulager la douleur) illustrent bien que les participants ont le souci d'avoir une pratique qui est centrée sur le patient (Greiner et Knebel, 2003; Santé Canada, 2004; UBC-CHD, 2008).

La quatrième composante vise une pratique basée sur les données probantes et la cinquième composante intègre l'importance du partage des connaissances entre les

infirmières et les médecins et les autres membres de l'équipe de soins pour la gestion de la douleur à l'USI. D'ailleurs, c'est sous la cinquième composante que les manifestations de la compétence reliées à la collaboration interprofessionnelle sont majoritairement regroupées.

Les participants ont bien intégré l'essence de la FIPCCP et ont introduit trois des cinq grandes compétences à la pratique professionnelle dans le domaine de la santé au 21^e siècle qui ont été identifiées par Greiner et Knebel (2003) : la pratique centrée sur le patient, la pratique basée sur les données probantes et la pratique en collaboration. Greiner et Knebel ont aussi affirmé que l'application de processus d'amélioration continue de la qualité et l'utilisation de l'informatique sont nécessaires à la pratique professionnelle actuelle. Ces deux composantes n'ont pas été identifiées par les participants. Toutefois, la FIPCCP et l'évaluation de ses retombées s'inscrivent dans un processus d'amélioration de la qualité. De plus, les participants ont tout de même le souci de maintenir leurs connaissances à jour et visent l'excellence (Brathwaite et Travalgia, 2005), ce qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins (Verma *et al.*, 2006 et Dalton *et al.*, 1999-2001) : *4.1.1 Dans un contexte d'amélioration continue de ses connaissances, rechercher les ressources pour la gestion de la douleur et synthétiser les données probantes la concernant afin d'en discuter, de prendre des décisions et de les intégrer au besoin à sa pratique et 4.2.1 Adopter une attitude de rigueur (et non de rigidité) et viser l'excellence.* Quant à l'utilisation de l'informatique, il s'agit davantage d'un moyen pour supporter la documentation reliée aux patients et la communication entre les professionnels (Santé Canada, 2004).

6.1.1 Les cinq composantes de la compétence

La compétence à la gestion de la douleur en collaboration interprofessionnelle à l'USI renferme ainsi cinq composantes qui comprennent un total de 24

manifestations prioritaires de la compétence et cinq éléments contextuels qui ont été identifiés par les participants. Ces composantes sont : 1) anticiper et prévenir la douleur (4 manifestations et 2 éléments contextuels), 2) détecter, évaluer et monitorer la douleur (8 manifestations et 1 élément contextuel), 3) soulager la douleur (3 manifestations et 1 élément contextuel), 4) adapter sa pratique en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent (2 manifestations, aucun élément contextuel) et 5) partager ses connaissances avec ses partenaires de soins (7 manifestations et 1 élément contextuel). Dans cette section les cinq composantes de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration interprofessionnelle à l'USI seront discutées individuellement. Toutes les manifestations prioritaires de la compétence et tous les éléments contextuels seront examinés attentivement.

6.1.1 1 Anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés à l'USI

La première composante exige que les médecins et les infirmières soient en mesure d'anticiper et de prévenir la douleur à l'USI (voir tableau 14 et l'annexe HH), tel que l'AIIO (2002) et l'ANZCA (2005) le recommandent. Les quatre manifestations de la compétence qui y sont identifiées par les participants se divisent ainsi : deux sur le plan des connaissances, une sur le plan des attitudes et une sur le plan des habiletés. Deux éléments contextuels viennent préciser dans quelles conditions il est possible d'appliquer et d'observer ces manifestations de la compétence.

Les participants ont formulé deux manifestations de la compétence sur le plan des connaissances : *1.1.1 Comprendre les mécanismes anatomophysiopathologiques de la douleur ainsi que son impact sur l'évolution du patient et 1.1.2 Distinguer les types de douleur (nature, manifestation) et les facteurs influençant l'intensité de la douleur.* Ces manifestations ont été incluses dans toutes les FIPCCP pour la gestion de la douleur (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002) car

elles sont reconnues dans les écrits. Une meilleure compréhension du phénomène de la douleur, de l'impact sur l'évolution de la santé du patient, des types de douleur et des facteurs qui influencent l'intensité de la douleur contribue à sa gestion efficace (AIIO, 2002; ANZCA, 2005; Whipple *et al.*, 1995).

Sur le plan des attitudes, les participants considèrent prioritaires de : *1.2.1 Faire preuve d'empathie (assume pain is present) et de respect.* Carr *et al.* (2003) et Whipple *et al.* (1995) affirment aussi qu'il s'agit d'un enjeu majeur de la gestion de la douleur : le fait de ne pas reconnaître la présence de la douleur du patient constituerait une barrière à son soulagement optimal. Cet aspect de la gestion de la douleur à l'USI sera discuté davantage à la section 6.1.1.2.

Pour anticiper et prévenir la douleur à l'USI, sur le plan des habiletés, il est prioritaire de : *1.3.1 Assurer le confort des patients en modifiant les facteurs environnementaux (température, cycle, lit, etc.) qui mènent à la douleur ou qui nuisent à son soulagement.* L'ANZCA (2005) soutient cette manifestation de la compétence parmi les nombreuses recommandations qu'elle a formulées pour la gestion optimale de la douleur à l'USI. Pour certaines recommandations, le rôle de l'infirmière et du médecin était distinct, alors que certaines responsabilités étaient partagées. La participation des médecins et des infirmières est sans conteste requise pour prévenir la douleur lors d'interventions potentiellement douloureuses à l'USI. De plus, chacun se doit, dans les limites de son rôle, d'éliminer les causes de la douleur. Dans la perspective du rôle de l'infirmière, l'habileté d'assurer le confort des patients en modifiant les facteurs environnementaux (facteurs externes au patient) est possible par des soins globaux qui relèvent de la pratique infirmière (ANZCA, 2005). L'ANZCA (2005) n'inclut pas cet aspect de la gestion de la douleur par les médecins.. Bien que les médecins ne soient pas impliqués dans les soins globaux aux patients qui visent à modifier les facteurs environnementaux qui ont un impact sur la douleur, ils considèrent prioritaires d'inclure cet aspect dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. Ils ont donc un souci

particulier pour le confort des patients et ils désirent être formés pour soutenir leurs collègues. De ce fait, les participants à l'étude reconnaissent la nécessité d'apprendre, dans le contexte d'une FIPCCP, l'importance de la contribution spécifique de chacun des professionnels, médecins et infirmières, engagés dans la gestion de la douleur à l'USI. Il s'agit donc d'une manifestation qui diffère un peu des écrits.

Afin d'observer et d'appliquer ces quatre manifestations de la compétence nécessaires pour anticiper et prévenir la douleur des patients hospitalisés à l'USI, les participants ont priorisé deux éléments contextuels : *1.4.1 En tenant compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie) et 1.4.2 En tenant compte de la situation clinique du patient (intubé, ventilé, inconscient, curarisé, etc.)*. Ces éléments contextuels réfèrent à des facteurs internes et externes qui peuvent influencer la douleur du patient. Des chercheurs (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002) ont aussi insisté sur l'importance de prendre en considération ces aspects lors des formations données aux professionnels de la santé en insistant sur les particularités associées aux champs cliniques visés dans leurs études. En tenant compte de la situation clinique du patient, si celle-ci le rend incapable de communiquer, la contribution de la famille sera d'autant plus importante pour recueillir ces informations sur le patient. Le rôle de la famille sera vu plus en détail à la section 6.1.1.5.

Ainsi, les trois manifestations de la compétence et deux éléments contextuels de la première composante ont été confirmés par les écrits. Une seule habileté diverge un peu des écrits recensés.

6.1.1.2 Détecter, évaluer et monitorer (ou surveiller) la douleur chez les patients hospitalisés à l'USI

La deuxième composante de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI vise à détecter, évaluer et monitorer la douleur des patients hospitalisés à l'USI (voir tableau 15 et l'annexe HH). L'évaluation clinique est un aspect important de la pratique professionnelle (Verma *et al.*, 2006). Pour la gestion de la douleur, cette évaluation est fortement soutenue par les écrits (AIIO, 2002; Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Elliott *et al.*, 1995-1997). Elle est d'autant plus importante à l'USI puisqu'elle est plus complexe (ANZCA, 2005; Gélinas *et al.*, 2005; Whipple *et al.*, 1995). Pour cette composante, les participants ont d'ailleurs priorisé plusieurs manifestations, pour un total de huit manifestations de la compétence, soit trois sur le plan des connaissances, quatre sur le plan des attitudes et une sur le plan des habiletés, ainsi qu'un élément contextuel. Elles seront toutes discutées ici, de même que certains liens qui les unissent aux autres composantes.

Sur le plan des connaissances, les participants ont déterminé qu'il est prioritaire pour les médecins et les infirmières de l'USI de : *2.1.1 Connaître les données probantes pour faire des choix éclairés parmi les différents moyens et outils pour évaluer et autoévaluer la douleur.* Greiner et Knebel (2003) précisent que l'intégration des données probantes par les médecins et les infirmières est nécessaire à la pratique clinique actuelle. De plus, cet aspect était inséré au contenu de formation de professionnels pour la gestion de la douleur par Carr *et al.* (2003) et Dalton *et al.* (1999-2001). Les participants ont aussi insisté sur une manifestation de la compétence qui vise à : *2.1.3 Décrire les signes et symptômes de la douleur (indicateurs).* Gélinas *et al.* (2005) insistent sur l'importance d'avoir recours à des indicateurs précis pour évaluer correctement la douleur à l'USI. Ces auteurs décrivent plusieurs indicateurs valides de la douleur chez les patients de l'USI. Ces indicateurs sont subjectifs (composantes sensorielle, émotionnelle et cognitive) et objectifs (composantes comportementale et physiologique). Toujours sur le plan des connaissances, les participants affirment qu'il est prioritaire pour gérer la douleur à l'USI de : *2.1.2 Distinguer la sédation et l'analgésie.* L'ANZCA (2005) et Whipple

et al. (1995) ont émis plusieurs suggestions à cet égard. Ils suggèrent, entre autres, d'administrer une sédation à un patient agité à l'USI seulement lorsqu'une évaluation de la douleur a été faite et qu'une analgésie adéquate a été fournie au patient. L'agitation peut être un indicateur de la douleur. Il faut donc au préalable, que les infirmières et les médecins sachent comment procéder pour l'évaluation de la douleur, de l'agitation et de l'anxiété du patient (ANZCA, 2005; Carr *et al.*, 2003; Whipple *et al.*, 1995)

Sur le plan des attitudes, les participants ont priorisé ces manifestations de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI : 2.2.1 *Être attentif aux signes et symptômes de la douleur* et 2.2.3 *Choisir une grille d'observation des comportements de la douleur, quand c'est nécessaire (ex. : Grille d'observation de la douleur (GOD))*. Les manifestations 2.2.1 et 2.2.3 sont soutenues de la même façon que les manifestations 2.1.1 et 2.1.3 (sur le plan des connaissances). Elles peuvent même sembler redondantes, mais dans le cas de ces manifestations sur le plan des attitudes, l'accent est mis par les participants sur le choix que les professionnels doivent faire en tenant compte de la condition clinique du patient. Toutefois, dans les écrits concernant la gestion de la douleur en général et la gestion de la douleur à l'USI, les auteurs ne décrivent pas les contenus de formation, selon l'approche par compétence. Ils ne distinguent donc pas les connaissances, les attitudes ou les habiletés et ils ne précisent pas les éléments contextuels. Or, selon Bloom (1956), les attitudes se distinguent des connaissances par leur caractère émotif. Dans le cas de la gestion de la douleur, il peut s'agir de la volonté des soignants de soulager la douleur des patients qui se manifeste aussi de façon prioritaire par : 2.2.2 *Être à l'écoute des observations de la famille (ex. : comportements de douleur du patient)*. En effet, une des barrières à la gestion optimale de la douleur est une mauvaise connaissance du patient et de la famille (Van Niekerk et Martin, 2003). Le rôle de la famille sera discuté davantage avec le rôle des partenaires de soins à la section 6.1.1.5. Les participants ont aussi relevé l'importance de croire le patient : 2.2.4 *« Croire le patient »*. *Adopter une attitude de confiance*. Cette manifestation s'ajoute à cette

attitude de la première composante qui dit que les médecins et les infirmières doivent : *1.2.1 Faire preuve d'empathie (assume pain is present) et de respect*, car la douleur des patients est souvent sous-estimée par les professionnels, ce qui contribue à une mauvaise gestion de la douleur (Carr *et al.*, 2003; Whipple *et al.*, 1995). De plus, une étude portant sur l'expérience vécue par les infirmières formées pour devenir des spécialistes de la gestion de la douleur a décrit deux attitudes déterminantes pour gérer la douleur de façon optimale : croire le patient et croire en elles-mêmes (Holley, McMillan, Hagan, Palacios et Rosenberg, 2005). Le fait de croire en la douleur du patient permettra à l'infirmière de mettre de côté ses propres croyances et de s'ouvrir à l'expérience de douleur vécue par le patient (Holley *et al.*, 2005). Alors que de croire en elle-même, d'avoir confiance en sa compétence à gérer la douleur, lui permettra de défendre les intérêts du patient (*advocate*) pour améliorer le plan de soin et d'en assumer la responsabilité (Holley *et al.*, 2005). Verma *et al.* (2005) considèrent aussi que l'*advocacy* est une démonstration de professionnalisme chez les infirmières. D'ailleurs, les participants avaient identifié une manifestation de la compétence sur le plan des habiletés, formulée ainsi : *Défendre la cause des patients, les mettre au centre des préoccupations*. Les participants ne l'ont toutefois pas priorisée.

Une seule recommandation tirée des écrits semble inconsistante avec ce que les participants ont priorisé. À première vue, elle va aussi à l'encontre des recommandations actuelles. En 1995, Whipple *et al.* ont recommandé d'insister en formation pour la gestion de la douleur à l'USI sur le manque de fiabilité des indices non verbaux de soulagement de la douleur. Or, Gélinas *et al.* (2005) ont récemment démontré la validité d'une grille d'évaluation d'indicateurs comportementaux de la douleur chez les patients à l'USI (la grille d'observation de la douleur, GOD). Il faut toutefois apporter deux nuances à cette divergence entre les écrits. D'abord, le temps a passé. En 1995, au moment de l'étude de Whipple *et al.* (1995), l'état de la connaissance était différentes, alors qu'en 2005, des indicateurs fiables étaient reconnus (Gélinas *et al.*, 2005). Puis, la recommandation de Whipple *et al.* (1995)

pourrait plutôt être reformulée ainsi : il ne faut pas présumer qu'un patient est soulagé s'il ne présente pas de signes non verbaux de douleur. Cette apparence de contradiction entre les différents auteurs indique que les participants ont raison de prioriser la manifestation 2.1.1 qui stipule que les médecins et les infirmières doivent connaître les données probantes pour utiliser l'outil approprié d'évaluation et d'autoévaluation de la douleur (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001). Toutefois, cette attitude n'a pas été priorisée par les participants : *préférer l'autoévaluation de la douleur, quand celle-ci est possible*. Il est possible que les participants aient voulu éviter une redondance puisque l'essence de cette recommandation qui n'a pas été priorisée est imprégnée dans les manifestations de la compétence décrites dans cette section. Les médecins et les infirmières doivent tenir compte du contexte, présumer que la douleur est présente et lorsqu'il est impossible d'obtenir l'autoévaluation de la douleur du patient, ils doivent choisir une grille d'observation des comportements de la douleur appropriée (AIIO, 2002; Gélinas *et al.*, 2005).

Sur le plan des habiletés, une seule manifestation a été priorisée : 2.3.1 *Objectiver et interpréter les signes et symptômes de la douleur*. Les indicateurs de la douleur à l'USI validés par Gélinas *et al.* (2005) y contribuent. De plus, dans leur étude en pédiatrie, Treadwell *et al.* (2002) ont misé sur l'adhésion de toute l'équipe soignante à un protocole d'évaluation de la douleur basé sur les indicateurs tirés des données probantes pour améliorer la gestion de la douleur sur une unité de soins. Certains participants ont aussi écrit que les infirmières et les médecins devraient être habiles à réaliser un examen ou une entrevue cliniques et à faire de l'enseignement aux patients-familles. Toutefois, cette manifestation n'a pas été priorisée lors du vote final. Pourtant, Whipple *et al.* (1995) recommande aux professionnels d'éduquer les patients à signaler leur douleur plutôt que d'attendre que les professionnels leur demandent. Whipple *et al.* (1995) recommandent aussi d'éduquer les médecins et les infirmières à questionner adéquatement le patient sur sa douleur. Toutefois, Verma *et al.* (2006) souligne que la capacité d'enseigner aux patients-familles et la capacité

d'établir une relation thérapeutique font partie de la compétence générale attendue chez un médecin et une infirmière. Les participants n'ont peut-être pas priorisé cette manifestation en sachant que c'était une compétence transversale à la pratique professionnelle (Lasnier, 2000), qu'elle n'était donc pas spécifique à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI.

Un seul élément contextuel a été priorisé pour détecter, évaluer et monitorer la douleur à l'USI : *2.4.1 En tenant compte des conditions cliniques des patients (capable ou non de verbaliser sa douleur)*. Cet élément contextuel permet aux médecins et aux infirmières de faire le choix du bon outil d'évaluation, des bons indicateurs pour objectiver et interpréter adéquatement la douleur des patients de l'USI (Gélinas *et al.*, 2005) pour la soulager de façon optimale.

Ainsi, les manifestations de la compétence et l'élément contextuel qui permettent aux médecins et aux infirmières de détecter, évaluer et monitorer la douleur à l'USI ont été confirmés par les écrits. Certaines manifestations qui sont recommandées par les écrits n'ont pas été priorisées. Les habiletés à procéder à un examen clinique, à faire une entrevue et de l'enseignement au patient et sa famille devraient être acquises ailleurs que dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. Ces habiletés sont requises pour toutes les situations cliniques. De plus, la classification des données dans un devis de compétence peut amener une certaine redondance des thèmes, car la distinction entre la formulation d'une connaissance, d'une attitude ou d'une habileté peut être difficile à faire, surtout qu'aucun écrit traitant de la gestion de la douleur n'utilise cette classification pour décrire la compétence requise des médecins et infirmières pour gérer la douleur.

6.1.1.3 Soulager la douleur des patients hospitalisés à l'USI

Après que les médecins et les infirmières aient prévenu l'apparition de la douleur, et qu'ils en aient fait l'évaluation, ils ont l'obligation de soulager les patients

(AIIO, 2002; ANZCA 2005) (voir le tableau 16 et l'annexe HH). Pour cette composante de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI, les participants ont priorisé trois manifestations de la compétence, réparties ainsi : une sur le plan des connaissances, aucune sur le plan des attitudes et deux sur le plan des habiletés. Ces manifestations sont accompagnées d'un élément contextuel.

Sur le plan des connaissances, à l'issue d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI, les médecins et les infirmières devront être capable de façon prioritaire de : *3.1.1 Expliquer les mécanismes d'action (indication, contre-indication, pic d'action, posologie, équivalences, voie d'administration, etc.) des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur et en distinguer les effets secondaires des effets désirés.* Cette manifestation, priorisée par les participants, correspond aux écrits pour la gestion de la douleur en général (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002) et ceux propres à l'USI (ANZCA, 2005; Whipple *et al.* (1995).

Pour cette composante, aucune attitude n'a été priorisée. Pourtant lors du regroupement initial des données, trois attitudes avaient été identifiées (voir l'annexe GG). Cette colonne laissée vide au devis de compétence a été discutée plus en détail au début de la section 6.1.1.

Sur le plan des habiletés, les participants exigent que les médecins et les infirmières soient en mesure de : *3.3.1 Préparer, administrer et évaluer les effets des moyens pharmacologiques (opiacés et non opiacés) et non pharmacologiques (mobilisation, massage, application du chaud ou du froid, distraction, imagerie mentale, musique, etc.) pour soulager la douleur et 3.3.2 Surveiller les paramètres physiologiques après l'administration d'opiacés.* De façon générale, Verma *et al.* (2006) affirment qu'un médecin ou une infirmière doit être habile à donner les soins relevant de sa responsabilité. Plus précisément, pour la gestion de la douleur l'AIIO

(2002) et l'ANZCA décrivent ces mêmes habiletés que les médecins et les infirmières doivent posséder. D'une part, dans les formations données aux professionnels de la santé pour la gestion de la douleur en collaboration, la plupart des chercheurs ont abordé les moyens pharmacologiques pour soulager la douleur (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002) et certains ont aussi parlé des moyens non pharmacologiques (Carr *et al.*, 2003; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002). Toutefois, ces auteurs ne précisent pas si, dans le cadre de ces formations, les participants ont pu pratiquer ces habiletés, ni si leur exécution a été évaluée à la fin de la formation (Bloom, 1956). Cet aspect devra être pris en considération lors de la planification des méthodes pédagogiques d'une FIPCCP. D'autre part, selon l'ANZCA (2005), certains rôles des médecins et des infirmières sont distincts lorsqu'il est question de soulager la douleur. Les médecins pourront prescrire l'analgésie : ils pourront alors bénéficier du soutien d'anesthésistes ou de pharmaciens, par exemple, pour le choix de la médication (ANZCA, 2005). Quant aux infirmières, elles auront un rôle actif dans la préparation et l'administration de la médication (ANZCA, 2005). De plus, en dispensant des soins globaux. Elles pourraient aussi offrir des moyens non pharmacologiques en collaboration avec d'autres personnes, professionnelles ou non : la mobilisation avec les physiothérapeutes, l'imagerie mentale avec les psychologues, la distraction avec la famille, etc. Il en sera davantage question à la section 6.2 où la discussion portera sur les autres professionnels de la santé à intégrer dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI.

Au niveau de l'élément contextuel, il est attendu que les infirmières et les médecins puissent : *3.4.1 Tenir compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient.* Un patient hospitalisé à l'USI présente ou est susceptible de présenter une ou plusieurs défaillances d'organes pouvant entraîner la mort (Society of Critical Care Medicine, 2008). Il nécessite donc des soins adaptés à son état. L'ANZCA (2005) est le seul écrit basé sur les données probantes qui a dédié une section de son guide clinique aux patients hospitalisés à l'USI. L'ensemble des recommandations

pour la gestion de la douleur doit être pris en considération pour les patients à l'USI, mais en plus, les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques doivent y être adaptés pour tenir compte : par exemple, des déséquilibres homéostatiques, des barrières à la communication avec le patient, des mobilisations ou des interventions potentiellement douloureuses, etc. (ANZCA, 2005). Toutefois, l'exercice de priorisation demandé aux participants a écarté un élément contextuel qui est recommandé dans les écrits : *recourir judicieusement à l'utilisation de la médication prescrite « au besoin »*. Whipple *et al.* (1995) recommandent aussi d'éduquer les médecins à prescrire la fréquence des analgésiques plutôt que de prescrire « au besoin » pour les patients de l'USI. Ainsi, les participants avaient aussi nommé cet élément contextuel qui n'a cependant pas été identifié par les participants comme étant prioritaire à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. Cependant, les participants ont priorisé une manifestation qui demande la création de protocoles interprofessionnels (manifestation 5.3.3), manifestation qui sera discutée à la section 6.1.1.5.

Ainsi, les manifestations de la compétence et l'élément contextuel qu'ont priorisés les participants sont tous soutenus par les écrits. L'exercice de priorisation a toutefois écarté l'habileté de recourir judicieusement à la médication *prescrite « au besoin »*. Pour cette composante, dans le devis de compétence, la colonne des attitudes a été laissée vide par les participants. Tel que présenté à la section 6.1.1, le cadre de référence utilisé pour décrire la compétence pourrait avoir contribué à cette absence.

6.1.1.4 Adapter la gestion de la douleur à l'USI en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent

La quatrième composante de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI prévoit que les médecins et les infirmières doivent être en mesure d'adapter la gestion de la douleur à l'USI en fonction des pratiques

exemplaires qui évoluent (voir le tableau 17 et l'annexe HH). Les participants n'y ont priorisé que deux manifestations de la compétence, dont une sur le plan des connaissances et une sur le plan des attitudes. Il n'y a aucune manifestation de priorisée sur le plan des habiletés, ni aucun élément contextuel.

Sur le plan des connaissances les médecins et les infirmières doivent : *4.1.1 Dans un contexte d'amélioration continue de ses connaissances, rechercher les ressources pour la gestion de la douleur et synthétiser les données probantes la concernant afin d'en discuter, de prendre des décisions et de les intégrer au besoin à sa pratique.* L'étude de Dufault et Sullivan (2000) a d'ailleurs basé la FIPCCP sur l'utilisation du *Collaborative Research Utilisation (CRU)*, qui est un modèle qui prévoit l'analyse critique d'écrits de recherche, suivie de discussion entre professionnels afin de déterminer les meilleures pratiques et de les implanter en clinique, pour ensuite en tester l'efficacité. De plus, les autres études qui ont étudié les effets d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur ont toutes transmis un contenu basé sur les données probantes (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Elliott *et al.*, 1995-1997; Treadwell *et al.*, 2002).

Sur le plan des attitudes, les participants considèrent prioritaire de : *4.2.1 Adopter une attitude de rigueur (et non de rigidité) et viser l'excellence.* Aucun écrit sur la douleur n'a formulé cette recommandation. Il s'agit donc d'une manifestation de la compétence qui émerge de la pratique professionnelle des médecins et des infirmières (Verma *et al.*, 2006) et de la pratique en collaboration (Freeth *et al.*, 2005) qui a été adaptée au contexte de la gestion de la douleur à l'USI par les participants.

Bien que Greiner et Knebel (2003) affirment que l'intégration des données probantes dans la pratique clinique est l'une des cinq grandes manifestations de la compétence à la pratique professionnelle dans le domaine de la santé au 21^e siècle, certains prétendent qu'il s'agit d'une manifestation de la compétence qui est propre à la pratique en collaboration (UBC-CHD, 2008). L'AIIO (2002) et l'ANZCA (2005)

recommandent aussi que la gestion de la douleur soit toujours basée sur les données probantes et plusieurs les intègrent déjà dans la formation pour la gestion de la douleur (Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Treadwell *et al.*, 2002).

L'ensemble des résultats recueillis suggère que les participants à l'étude ont déjà une pratique basée sur les données probantes, puisqu'ils ont généré puis priorisé des manifestations de la compétence qui sont soutenues par des données probantes. Ainsi les manifestations prioritaires de la compétence nécessaire chez les médecins et les infirmières pour adapter la gestion de la douleur à l'USI en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent ont été confirmées par les écrits, mais l'attitude de rigueur et la visée de l'excellence sont des manifestations qui émergent de cette étude.

6.1.1.5 Partager ses connaissances sur la douleur et la gestion de la douleur avec les partenaires de soins à l'USI

La cinquième composante exige des médecins et des infirmières qu'ils partagent leurs connaissances sur la douleur et la gestion de la douleur avec leurs partenaires de soins à l'USI (voir le tableau 18 et l'annexe HH). La notion de partage est l'un des quatre concepts centraux de la définition de la collaboration de Santé Canada (2004), auquel s'ajoutent le partenariat, l'interdépendance et le pouvoir qui s'articulent dans un processus dynamique. Ainsi, la cinquième composante intègre les manifestations de la compétence à la collaboration interprofessionnelle adaptée au contexte de la gestion de la douleur à l'USI. Les participants y ont priorisé sept manifestations de la compétence, dont deux sur le plan des connaissances, deux sur le plan des attitudes et trois sur le plan des habiletés, un élément contextuel a aussi été priorisé.

Pour partager ses connaissances avec les partenaires de soins pour la gestion de la douleur à l'USI, les participants ont priorisé sur le plan des connaissances de :

5.1.1 Identifier les partenaires de soins et clarifier leurs rôles et fonctions à partir

d'un cadre de référence commun (loi 90 + Ste-Marie, 2002, CANMEDS) pour la gestion de la douleur : patient, famille, membres de l'équipe de soins. Pour collaborer, il faut connaître les rôles et les fonctions des autres partenaires de soins que sont les membres de l'équipe soignante (Brathwaite et Travalgia, 2005; Curran *et al.*, 2007; D'Amour et Oandasan, 2004-2005; Freeth *et al.*, 2005; Oandasan et Reeves, 2005; Santé Canada, 2004; UBC-CHD, 2008; Verma *et al.*, 2006). L'ANZCA (2005) a déterminé certains rôles et responsabilités qui sont soit communs, soit propres aux médecins et aux infirmières pour la gestion de la douleur à l'USI. De façon générale, les médecins prescrivent l'analgésie et les infirmières en gèrent l'administration. Ces deux professions participeraient à l'évaluation de la douleur. De plus, la pratique clinique doit être centrée sur le patient (Greiner et Knebel, 2003; Santé Canada, 2004; UBC-CHD, 2008), et sa famille (Santé Canada, 2004; UBC-CHD, 2008) afin de maintenir des soins optimaux et une participation à la prise de décision (UBC-CHD, 2008). Dans le cadre de leur formation, Dalton *et al.* (1999-2001) et Bernier et Colin (2006) ont aussi insisté sur l'importance pour les professionnels de comprendre le rôle de la famille. Ainsi l'importance de la place qu'occupe la famille à l'USI est reconnue. De plus, dans les autres composantes, les participants soulignent la nécessité de faire participer la famille aux soins en étant à l'écoute de leurs observations, plus particulièrement de leurs observations des comportements de douleur du patient (manifestation 2.2.2) (Van Niekerk et Martin, 2003). Les membres de la famille sont souvent les mieux placés pour donner de l'information sur le patient, par exemple ses préférences et ses caractéristiques, dont sa culture, son contexte social, son âge, ses comorbidités (élément contextuel 1.4.1) si celui-ci est incapable de communiquer en raison de sa situation clinique (élément contextuel 1.4.2) (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001). Il ne faut pas négliger ces sources d'information, car une mauvaise connaissance du patient et de sa famille a été identifiée comme étant des barrières à la gestion optimale de la douleur (Van Niekerk et Martin, 2003). La discussion portant sur les autres professionnels de la santé engagés dans la gestion de la douleur à l'USI se poursuivra à la section 6.2.

Toujours sur le plan des connaissances, les participants ont priorisé une manifestation de la compétence qui pourrait inclure plusieurs dimensions de la collaboration interprofessionnelle : *5.1.2 Expliquer le fonctionnement en équipe et les principes de la collaboration interprofessionnelle (comprenant la communication)*. D'ailleurs, le cadre de référence de UBC-CHD (2008) qui est une synthèse des écrits au sujet de la compétence à la collaboration interprofessionnelle, détaille entre autres le fonctionnement en équipe. Ainsi, la négociation, la gestion de conflits, la médiation et le développement de partenariat font partie du fonctionnement en équipe (UBC-CHD, 2008). De la même façon, Bernier et Colin (2006) et Way *et al.* (2001) décrivent des principes de la collaboration interprofessionnelle : esprit coopératif (entraide), responsabilité (imputabilité), autonomie, communication, coordination (mise à profit de la compétence propre à chacun), confiance et respect mutuel. Toutes ces manifestations ont été nommées par les participants au cours de la collecte des données, mais elles n'ont pas été priorisées à l'issue du vote final. Par conséquent, cette manifestation de la compétence permettrait dans le futur, d'inclure au besoin dans le contenu d'une FIPCCP plusieurs sous-manifestations de la compétence à la pratique en collaboration en lien avec le fonctionnement en équipe et les principes de la collaboration interprofessionnelle, dont la communication.

Sur le plan des attitudes, les participants ont déterminé qu'il était prioritaire pour les médecins et les infirmières œuvrant à l'USI de : *5.2.1 Adopter une définition commune de la douleur et des objectifs communs de soulagement* et *5.2.2 Adopter une ouverture au dialogue pour communiquer ses décisions relatives au plan de soin*. Plusieurs auteurs s'entendent sur l'importance d'adopter des objectifs communs pour favoriser la collaboration interprofessionnelle (Bernier et Colin, 2006; Brathwaite et Travalgia, 2005; Whitehead, 2007) et plus spécifiquement une définition commune de la douleur qui doit être transmise dans le cadre d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur (Carr *et al.*, 2003; Treadwell *et al.*, 2002). L'attitude d'ouverture est aussi fortement recommandée dans la littérature sur la collaboration interprofessionnelle (Bernier et Colin, 2006; D'Amour et Oandasan, 2004-2005; Freeth *et al.*, 2005; UBC-

CHD, 2008; Thomas *et al.*, 2003; Van Niekerk et Martin, 2003; Way *et al.*, 2001; Whitehead, 2007). Toutefois, seul Carr *et al.* (2003) ont mis l'accent sur cet aspect lors de la FIPCCP dans le cadre de leur étude : il s'agissait d'une des règles dont le groupe s'était dotée pour protéger la collaboration au sein du groupe.

Sur le plan des habiletés, les participants ont priorisé trois manifestations de la compétence dont la première est de : *5.3.1 Établir une relation de partenariat (écoute, dialogue, compréhension, communication efficace, échange...)*. Le partenariat est aussi un des quatre concepts centraux de la collaboration interprofessionnelle, selon Santé Canada (2004). Plusieurs autres auteurs reconnaissent que le partenariat est une assise de la collaboration interprofessionnelle (Bernier et Colin, 2006; Curran *et al.*, 2007; D'Amour et Oandasan, 2004-2005; Freeth *et al.*, 2005; Oandasan et Reeves, 2005; UBC-CHD, 2008; Verma *et al.*, 2006; Way *et al.*, 2001; Whitehead, 2007) et, particulièrement pour la gestion de la douleur (Carr *et al.*, 2003; Thomas *et al.*, 2003; Van Niekerk et Martin, 2003).

Par ailleurs, les deux autres manifestations de la compétence se rapportent aux habiletés : *5.3.2 Documenter l'évaluation et le soulagement de la douleur en utilisant un langage scientifique (ou un protocole) partagé par l'équipe* et *5.3.3 Développer des protocoles interprofessionnels*. La documentation adéquate de la douleur est un aspect important de la gestion optimale de la douleur (ANZCA, 2005; Whipple *et al.*, 1995) et il est abordé dans les FIPCCP pour la gestion de la douleur (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Treadwell *et al.*, 2002). L'utilisation d'un protocole encourage l'utilisation d'un même langage pour documenter la douleur, et ainsi s'assurer de la compréhension de la situation par tous les membres de l'équipe de soins (Treadwell *et al.*, 2002). Bernier et Colin (2006) et Verma *et al.* (2006) soutiennent que le recours à un protocole interprofessionnel est un bon outil pour stimuler la collaboration. De plus, l'ANZCA (2005) confirme que la participation à la création et l'adhésion à un protocole pour la gestion de la douleur sont des responsabilités partagées par les médecins et les infirmières de l'USI et que les

protocoles sont nécessaires pour encadrer une gestion optimale de la douleur. D'ailleurs, dans le cadre de l'étude de Treadwell *et al.* (2002), la FIPCCP avait pour but de faire adhérer les médecins, les infirmières et les psychologues au protocole de l'unité de soins pour l'évaluation de la douleur pédiatrique. Toutefois, des résultats non significatifs ont été obtenus pour l'autoévaluation de la douleur des patients, mais une augmentation de 29% de la documentation de la douleur a été observée.

Un élément contextuel a été priorisé. Il s'agit de : *5.4.1 Développer des moments de partage des connaissances et de points de vue selon le contexte : conférence, discussion de cas, tournées, etc.* Ainsi, à la suite d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur, pour s'assurer de la persistance de la collaboration, par cet élément contextuel, les participants ont aussi prévu des activités de soutien semblables à celles proposées par Dufault et Sullivan (2000), Elliott *et al.* (1995-1997), Thomas *et al.* (2003), Treadwell *et al.* (2002) ainsi que Van Niekerk et Martin (2003). Ces rencontres devraient être animées par un facilitateur (Bernier et Colin, 2006), conscient de son influence sur le groupe, capable de gérer les différences ainsi que les conflits et capable de tenir compte des facteurs qui peuvent avoir un impact sur les apprentissages de l'équipe de soins (Bray et Howkins, 2006). Sans être aussi formels, les échanges entre les membres d'une équipe de soin sont nécessaires pour créer des liens et développer la confiance (Bernier et Colin, 2006; Freeth *et al.*, 2005; Oandasan et Reeves, 2005).

Il est évident que les manifestations de la compétence et les éléments contextuels proposés par les participants à la cinquième composante ont été influencés par la liste de Oandasan et Reeves (2005) qui leur avaient été fournis dans le premier questionnaire. Toutefois, les participants ont généré une quantité considérable de manifestations et d'éléments contextuels qui sont aussi soutenus par plusieurs autres auteurs reconnus dans le domaine de la FIPCCP. De plus, comme les participants devaient déterminer les manifestations prioritaires de la compétence pour la pratique en collaboration dans le contexte bien précis de la gestion de la douleur à

l'USI, plusieurs manifestations ont été suggérées, mais ont été écartées dans le processus de quête vers un consensus (Du Plessis et Human, 2007; Jones et Hunter, 1995; Monette *et al.*, 1995; Pinault et Daveluy, 1995). Par exemple, les écrits recommandent fortement la gestion de conflit, la résolution de problème et l'établissement de consensus (Brathwaite et Travalgia, 2005; Curran *et al.*, 2007; Freeth *et al.*, 2005; Oandasan et Reeves, 2005; Thomas *et al.*, 2003; UBC-CHD, 2008). De la même façon, ils soutiennent que les notions de responsabilités et d'imputabilité sont souvent des enjeux majeurs pour les professionnels qui contribuent à la perception des barrières à la gestion de la douleur optimale (Van Niekerk et Martin, 2003) et à la collaboration (Van Niekerk et Martin, 2003; Whitehead, 2007). Toutefois, après avoir généré ces manifestations de la compétence à la pratique en collaboration, les participants ne les ont pas priorisées dans le cadre de la gestion de la douleur à l'USI. Les participants n'ont pas déterminé de manifestations de la compétence à la collaboration interprofessionnelle émergente. Par contre, ils sont les premiers à les avoir adaptées au contexte de la gestion de la douleur à l'USI.

Dans cette section, les composantes de la compétence ont été traitées séparément, mais il est important de rappeler que les cinq composantes de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI n'avaient pas été prévues par l'équipe de recherche, qu'elles ont émergé de l'analyse. Dans la prochaine section, la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI sera abordée globalement.

À la lumière de cette discussion, la classification des manifestations de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI selon les catégories de Bloom (1956) est possible et appropriée. Le fait que certaines cases soient demeurées vides dans le devis de compétence, ne souligne pas l'absence dans la priorisation, mais plutôt que les manifestations de la compétence sont reliées entre elles et qu'il est difficile de les catégoriser sans redondance. Les manifestations de la compétence et

les éléments contextuels, qui ont été priorisés par les participants, ont été confirmés par les écrits, sauf une manifestation qui diverge un peu. Certaines des manifestations de la compétence et certains des éléments contextuels qui ont été identifiés par les participants, mais qui n'ont pas été priorisés étaient aussi recommandés par des écrits basés sur des données probantes sur la gestion de la douleur ou sur la collaboration interprofessionnelle. Cependant, de façon générale, ces aspects de la pratique professionnelle devraient être acquis ailleurs qu'en FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. Ainsi, aucune manifestation ou aucun élément contextuel complètement nouveau n'émerge de cet exercice de priorisation. Toutefois, cette étude fournit la seule classification en fonction des connaissances, des attitudes et des habiletés, présentée dans un devis de compétence pour la gestion de la douleur propre au contexte de la gestion de la douleur en collaboration par les médecins et les infirmières de l'USI.

6.2 PROFESSIONNELS À FORMER EN FIPCCP POUR LA GESTION DE LA DOULEUR À L'USI

Une question complémentaire a été posée aux participants concernant les autres professionnels de la santé à inclure de façon prioritaire dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. Elle visait à orienter le choix des participants à de prochaines études au sujet de la FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. Les infirmières et les médecins sont les acteurs centraux de la gestion de la douleur à l'USI (Van Niekerk et Martin, 2003). Toutefois, comme le patient évolue dans un système professionnel tel que décrit dans le modèle de D'Amour et Oandasan (2004), il est important de considérer tous les facteurs qui peuvent influencer la gestion de la douleur pour le patient, dont les professionnels qui sont impliqués dans ce processus de soin (voir l'annexe II pour un tableau synthèse des professionnels inclus dans les études citées dans les chapitres précédents).

Les participants ont ainsi déterminé qu'il serait prioritaire, en plus des médecins intensivistes et des infirmières, d'inclure les professionnels suivants dans une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI : *les médecins traitants, les médecins anesthésistes, les pharmaciens, les infirmières cliniciennes spécialisées, les physiothérapeutes, les inhalothérapeutes et les préposés aux bénéficiaires*. Les pharmaciens (Carr *et al.*, 2003; Dalton *et al.*, 1999-2001; Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997) et les physiothérapeutes (Carr *et al.*, 2003; Dufault et Sullivan, 2000) étaient aussi invités dans les FIPCCP. Toutefois, les médecins traitants, les médecins anesthésistes, les infirmières cliniciennes spécialisées, les inhalothérapeutes et les préposés aux bénéficiaires n'y ont pas eu accès. Dans le cadre d'une FIPCCP pour les soins ambulatoires, les médecins traitants, les pharmaciens, les infirmières cliniciennes spécialisées, les physiothérapeutes, les inhalothérapeutes ont été invités (Bernier et Colin, 2006), alors que dans le cadre d'une FIPCCP pour les soins de santé primaires, tous les professionnels priorisés par les participants ont été inclus (Curran *et al.*, 2007).

Les participants ont aussi nommé *les infirmières de liaison, les psychologues, les médecins psychiatres, les gestionnaires, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux*, mais leur présence n'est pas considérée comme prioritaire lors d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. Toujours dans le cadre des FIPCCP pour la gestion de la douleur, les travailleurs sociaux (Elliott *et al.*, 1995-1997), les psychologues (Treadwell *et al.*, 2002) et les ergothérapeutes (Carr *et al.*, 2003) ont été présents. De plus d'autres FIPCCP pour la gestion de la douleur ont aussi invité des agents de pastorale (Dufault et Sullivan, 2000; Elliott *et al.*, 1995-1997), qui n'ont pas été nommés par les participants de notre étude. Les infirmières de liaison, les médecins psychiatres et les gestionnaires n'ont pas été invités dans les FIPCCP offertes pour la gestion de la douleur dans les écrits publiés.

Ainsi, certains chercheurs ont aussi inclus d'autres professionnels qui n'ont pas été nommés par les participants de notre étude. Par exemple, Bernier et Colin

(2006) et Curran *et al.* (2007) ont inclus des nutritionnistes, mais leurs études ne portaient pas sur la gestion de la douleur, mais plutôt respectivement sur les soins ambulatoires et les soins de santé primaires. D'ailleurs, dans le cadre de l'étude de Curran *et al.* (2007), plus de 28 professions ont été représentées dont tous les acteurs oeuvrant dans la communauté, pour un total de 3725 professionnels qui ont participé à la formation. D'une part, il ne serait pas pertinent d'inclure ces mêmes professionnels dans une formation pour la gestion de la douleur à l'USI. D'autre part, Dufault et Sullivan (2000), Elliott *et al.* (1995-1997) dont les études ont porté sur la gestion de douleur, et Curran *et al.* (2007) ont inclus les agents de pastorale et/ou des membres du clergé. Les études d'Elliott *et al.* (1995-1997) et de Curran *et al.* (2007) ont eu lieu dans la communauté, alors que l'étude de Dufault et Sullivan (2000) s'est déroulée dans un centre hospitalier général et était orientée vers l'ensemble de la clientèle adulte. Dufault et Sullivan (2000) ne mentionnent toutefois pas quel était le rôle exact de l'agent de pastorale pour la gestion de la douleur. Dans le contexte de l'USI, il est possible de penser que le rôle attendu d'un agent de pastorale soit d'apporter du réconfort et de soutenir les patients et les familles du point de vue spirituel dans une situation de crise (Mori, 2005). Le contexte de l'USI, mais aussi le contexte culturel, peut donc jouer sur le choix des personnes à inviter dans une FIPCCP.

Les écrits consultés ne décrivent pas le rôle attendu des autres professionnels impliqués dans la gestion de la douleur, ni pour la gestion de la douleur à l'USI. Il n'y a que l'équipe de Whipple (Whipple *et al.*, 1995) qui émet la recommandation suivante : s'assurer que les pharmaciens jouent un rôle actif pour assister les médecins et les infirmières pour fournir l'analgésie adéquate aux patients à l'USI. Les pharmaciens ont d'ailleurs été priorisés par les participants de notre étude et figurent au troisième rang, derrière les médecins traitants et les médecins anesthésistes.

Dans les deux premiers questionnaires, des participants ont dit que les patients et les familles devaient être inclus lors des FIPCCP. Toutefois, au troisième

questionnaire, la question posée aux participants les excluait, car ils ne sont pas des professionnels de la santé bien que leur implication dans la gestion de la douleur soit importante. D'ailleurs, aucune des études citées n'a invité les patients et les familles dans les formations pour les professionnels. Certains auteurs ont cependant insisté sur l'importance d'intégrer la famille dans les soins (Bernier et Colin, 2006 ; Dalton *et al.* (1999-2001); Dufault et Sullivan, 2000; Verma *et al.*, 2006). Les participants à l'étude ont aussi souligné l'importance de la famille dans la gestion de la douleur à l'USI pour trois manifestations : *1.4.1 En tenant compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie), 2.2.2 Être à l'écoute des observations de la famille (ex. : comportements de douleur du patient et 5.1.1 Identifier les partenaires de soins et clarifier leurs rôles et fonctions à partir d'un cadre de référence commun (loi 90 + Ste-Marie, 2002, CANMEDS) pour la gestion de la douleur : patient, famille, membres de l'équipe de soins.*

Ainsi, dans toutes FIPCCP décrites à la section 2.2, les médecins et les infirmières ont toujours été inclus et au moins une de ces études a aussi inclus les autres professionnels nommés et priorisés par les participants à cette étude. Il faudra toutefois poursuivre les recherches avant de sélectionner les professionnels qui bénéficieront d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI puisqu'il faudra se questionner sur le contenu qui doit être transmis à chacun des professionnels. Doivent-ils recevoir le même contenu de formation? La présente étude ouvre la porte à des questionnements qui devront être éclaircis dans le cadre d'études ultérieures. Notre étude a toutefois des retombées plus concrètes qui seront décrites dans la prochaine section.

6.3 RETOMBÉES DE CETTE ÉTUDE

Les résultats de cette étude auront des retombées à différents niveaux, soit sur les plans de la théorie, de la recherche et de la formation. Ces retombées seront présentées dans cette section.

6.3.1 Sur le plan de la théorie

En l'absence de définition opérationnelle de la compétence à la collaboration interprofessionnelle de la part des auteurs du modèle en émergence de la FIPCCP (D'amour et Oandasan, 2004), l'intégration de définitions empruntées au domaine de l'éducation a contribué à enrichir le modèle dans son application pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. Bien que la notion de compétence soit intangible, l'utilisation de modèles théoriques est nécessaire pour la communiquer, par exemple, dans les devis de compétence proposés par Lasnier (2000). Dans leurs applications, les composantes de la compétence et leurs manifestations sont tellement reliées entre elles que les lignes des tableaux des modèles théoriques disparaissent et les contenus fusionnent. Ainsi, dans le déploiement de la compétence, il n'est pas nécessaire de considérer séparément chaque composante et chaque manifestation qui la constitue pour agir avec compétence.

Cette étude est la première, à notre connaissance, à avoir organisé les manifestations de la compétence à la collaboration interprofessionnelle sur un thème précis dans un devis de compétence intégrant les connaissances, les habiletés et les attitudes situées dans un contexte. De plus, les manifestations de la compétence à la collaboration interprofessionnelle ont été priorisées en fonction du contexte québécois de la gestion de la douleur à l'USI. En somme, cette étude offre des retombées sur le plan théorique en proposant d'abord une définition opérationnelle de la compétence qui pourrait enrichir le modèle en émergence de la FIPCCP et en le mettant en

application dans le contexte précis de la gestion de la douleur expérimentée par des patients hospitalisés dans une USI.

6.3.2 Sur le plan de la formation

Sur le plan de la formation, plusieurs éléments sont à considérer, c'est-à-dire, du point de vue des méthodes pédagogiques qui devront être utilisées dans le cadre d'une FIPCCP pour la gestion de la douleur. La présente étude permet toutefois d'émettre certaines recommandations.

Le devis de compétence créé dans le cadre de cette étude décrit des manifestations de la compétence sur le plan des connaissances, des attitudes et des habiletés, la formule pédagogique utilisée devra donc permettre leur acquisition. Par exemple, pour devenir habile à poser un geste, il faut le pratiquer (Bloom, 1956). Il faudra donc que la formation permette aux professionnels de pratiquer, cela pourrait se réaliser par le biais de patients simulés, d'un programme de mentorat ou d'études de cas. Des évaluations pourront vérifier l'acquisition des connaissances par les professionnels. Sur le plan des attitudes, elles pourront être observées lors de la pratique clinique par des personnes ressources dans le milieu. Les démonstrations d'attitudes favorables à la gestion en collaboration interprofessionnelle à l'USI pourraient être encouragées.

Les médecins et les infirmières reçoivent une formation initiale différente. De plus, Stein-Parbury et Liaschenko (2007) affirment que les médecins et les infirmières n'utilisent pas les mêmes cadres de référence de la connaissance et que cela nuit à leurs échanges. Cette différence de cadres de référence constituerait une barrière à la collaboration entre eux. La difficulté provient du langage utilisé qui reflète leur perspective respective (Stein-Parbury et Liaschenko, 2007). Les médecins et les infirmières ne se comprennent donc pas parce qu'ils n'utilisent pas un langage qui

résonne pour l'autre. De ce fait, il est impératif que dans le cadre d'une FIPCCP, les professionnels soient exposés à un langage commun et à des connaissances communes (Whitehead, 2007).

La personne choisie pour donner la FIPCCP devra, selon Bray et Howkins (2006) être prédisposée à le faire. Elle devra connaître les méthodes d'enseignement et posséder les habiletés nécessaires pour faciliter les apprentissages en FIPCCP (conscience et utilisation de soi-même comme facilitateur, gestion de la différence et des conflits, compréhension des processus de groupe et des relations, conscience du pouvoir du facilitateur et du groupe, tenir compte des facteurs externes et internes qui peuvent influencer la planification et la réalisation des apprentissages). Le processus de sélection de cette personne devra donc permettre de vérifier si elle correspond bien au profil recherché.

De plus, pour s'assurer de la persistance des résultats à la suite d'une FIPCCP, un soutien devrait être offert aux professionnels. Il peut prendre diverse forme : instaurer une tournée quotidienne interprofessionnelle, la mise sur pied de comité (Elliott *et al.*, 1995-1997), des affiches dans le milieu de soins (Treadwell *et al.*, 2002), des cartes aide-mémoire remises aux professionnels (Dufault et Sullivan, 2000).

6.3.3 Sur le plan de la recherche

Des études supplémentaires sont nécessaires avant une application pour la pratique professionnelle. Malgré les précisions apportées sur le plan théorique, il y a encore quelques points à améliorer et d'autres à préciser avant de réaliser une FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI.

Sur le plan de la recherche, il est encore prématuré de procéder à un essai clinique randomisé. Campbell *et al.* (2000) ont décrit une séquence de développement de la preuve de l'efficacité pour les interventions complexes : de la phase pré-clinique qui n'est que théorique, jusqu'à la phase IV qui est l'implantation à long terme à d'autres situations cliniques (voir l'annexe A pour l'adaptation des séquences de développement d'essai clinique randomisé sur des interventions complexes de Campbell *et al.* (2000) à la FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI). Cette étude vient donc de clore la phase I, qui vise à déterminer les composantes d'une intervention complexe (Campbell *et al.*, 2000).

Ainsi, un devis de compétence a été créé de façon conjointe et consensuelle par des médecins et des infirmières qui ont déterminé ce qui était prioritaire d'être connu par ces deux professionnels pour qu'ils soient en mesure de gérer la douleur en collaboration à l'USI. De cette façon, la plupart des barrières à la gestion optimale de la douleur qui étaient reliées à la collaboration interprofessionnelle (Van Niekerk et Martin, 2003), devraient être éliminées, ou du moins, diminuées (Whitehead, 2007). De même que les perceptions des médecins, des infirmières et des patients, quant à l'évaluation de la douleur, ne devraient plus autant diverger (Whipple *et al.*, 1995).

Dans la prochaine phase du développement de la preuve de l'efficacité de la FIPCCP (phase II de Campbell *et al.*, 2000), il faudra procéder à une étude exploratoire dans laquelle la FIPCCP pour la gestion en collaboration de la douleur à l'USI pourra être offerte dans un milieu pilote. Des mesures pré et post devront être prises (Freeth *et al.*, 2005) en comparaison avec un milieu contrôle déterminé (Campbell *et al.*, 2000). De plus, lors de la planification du projet de recherche, des mesures post intervention devraient aussi être prévues à court, moyen et long terme après la FIPCCP pour s'assurer de la persistance du phénomène (Irajpour *et al.*, 2006). Whipple *et al.* (1995) ont aussi recommandé de choisir périodiquement un échantillon de patients pour évaluer s'ils reçoivent une analgésie adéquate. Il faudra aussi déterminer la durée de la formation, pour exposer les apprenants à la FIPCCP de

façon optimale. Les disparités entre les études actuelles ne permettent pas de juger de l'efficacité d'une FIPCCP en fonction de la durée d'exposition.

Le devis de compétence créé dans le cadre de cette étude pourra alors être mis à l'épreuve et contribuera au développement de la preuve de l'efficacité de la FIPCCP. Par la suite, il sera possible de procéder à un essai clinique randomisé (phase III de Campbell *et al.*, 2000) et d'étendre l'application de la FIPCCP à différents milieux et thèmes cliniques (phase IV de Campbell *et al.*, 2000).

Les études ultérieures sur la FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI devraient aussi s'interroger sur la façon d'inclure les autres professionnels nommés à la section 6.2. De plus, le format de la formation devra être précisé. Ceci pourrait donner lieu à des études de cas pour déterminer le format qui, dans un contexte de formation continue, sera le plus approprié.

Notre étude consiste donc en une première phase et d'autres sont à prévoir avant de pouvoir évaluer une formation qui s'appuierait sur ce devis de compétence. Deux avenues ont été décrites : des études expérimentales pilotes pour tester la formation ainsi que des études de cas pour en déterminer le format.

Il demeure tout de même encore plusieurs questions, auxquelles cette étude n'avait pas la prétention de répondre, mais qui devront être posées lors de la planification de la FIPCCP pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI. De quelle façon le contenu devra-t-il être transmis? Quelle durée devra avoir la formation? Ce sont autant de questions qui restent en suspens pour l'instant. Il est évident que d'autres études sont nécessaires pour en arriver à mesurer l'impact d'une telle formation sur la qualité des soins donnés aux patients. Les retombées de cette étude se situent sur le plan théorique, de la recherche et de la formation. Ainsi, cette étude a contribué à préciser un modèle de la FIPCCP en définissant le concept de la compétence. Le devis de compétence qui en a émergé pourra être testé, ce qui

s'inscrira dans la séquence que Campbell *et al.* (2000) ont décrite pour développer la preuve de l'efficacité d'interventions complexes comme la FIPCCP. De plus, pour contribuer au succès d'une FIPCCP, certains aspects de la formation devraient être planifiés : la sélection de l'enseignant, des moments dédiés à la pratique et un soutien à la suite de la formation.

CHAPITRE VI : CONCLUSION

La douleur à l'USI constitue un problème important. À la lueur des écrits consultés, plusieurs barrières se dressent entre les médecins, les infirmières et le patient pour soulager la douleur de façon optimale. Ces barrières sont majoritairement reliées à l'absence de collaboration entre les médecins et les infirmières. La collaboration interprofessionnelle a gagné en popularité au courant des deux dernières décennies. Toutefois, il est erroné de croire que la collaboration interprofessionnelle pouvait se produire spontanément, à la simple demande de gestionnaires. Plusieurs chercheurs ont insisté sur le fait que les professionnels doivent être formés ensemble pour être en mesure de collaborer, alors qu'historiquement la formation dans le domaine de la santé était faite en silo par chacune des professions. Un tout nouveau mode de formation nécessitant l'apport de toutes les professions a ainsi vu le jour : la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCPP). Ce genre de formation en est encore qu'à ses balbutiements, mais elle est porteuse d'espoir. Santé Canada (2004) croit fermement que la qualité des soins peut être augmentée lorsque les professionnels de la santé collaborent. Jusqu'à maintenant, aucun résultat de recherche n'a démontré le contraire. Toutefois, la qualité des études réalisées est plutôt inégale. Les cadres de références qui ont vu le jour dans les dernières années permettent de mieux structurer les interventions de

formation à la collaboration interprofessionnelle et d'en évaluer les retombées, mais aucun ne permet de structurer la FIPCCP sous la forme d'un devis de compétence, intégrant les connaissances, les habiletés, les attitudes situées dans un contexte. De plus, aucune étude ne s'est attardée à la gestion de la douleur en collaboration interprofessionnelle à l'USI.

Cette étude qui avait pour but de déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à développer chez des infirmières et des médecins dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'unité des soins intensifs (USI), répond donc à un besoin réel.

L'utilisation de la technique Delphi, une méthode de recherche exploratoire, a permis de construire de nouveaux savoirs par un consensus d'experts. Ces 30 experts cliniciens, médecins et infirmières, ont contribué au développement de la preuve de l'efficacité de la FIPCCP en déterminant les composantes à la base de cette intervention complexe qu'est la FIPCCP. Leur expertise et leur générosité se sont reflétées à chacun des trois questionnaires auxquels ils ont répondu en grand nombre. De ce fait, il a émergé de ce processus itératif les manifestations prioritaires de la compétence à la gestion de la douleur en collaboration à l'USI, organisées sous la forme d'un devis de compétence. Ainsi, 24 manifestations prioritaires de la compétence et cinq éléments contextuels ont été identifiés et regroupés sous cinq composantes de la compétence qui intègrent la théorie sur la collaboration interprofessionnelle à celle de la gestion de la douleur à l'USI soutenu par des écrits. Ainsi, un médecin, ou une infirmière, compétent pour la gestion de la douleur en collaboration à l'USI sera en mesure d'accomplir ce qu'énoncent ces cinq composantes de la compétence : 1) anticiper et prévenir la douleur, 2) détecter, évaluer et monitorer la douleur, 3) soulager la douleur, 4) adapter sa pratique en fonction des pratiques exemplaires qui évoluent et 5) partager ses connaissances avec ses partenaires de soins.

Cette étude s'est concentrée uniquement sur deux professionnels dans un contexte très précis, mais il est évident que des interventions systémiques sont nécessaires pour sensibiliser chacun des niveaux présents dans le modèle de D'Amour et Oandasan (2004). L'introduction de la collaboration professionnelle à grande échelle, entraînant une fusion des rôles par le partage de la responsabilité peut sembler insécurisant pour les professionnels : le soutien de l'ensemble des systèmes professionnels et d'éducation est nécessaire. Une action concertée est requise afin de rendre le tout cohérent. Toutefois, il est important de commencer par de petites interventions ciblées, afin de bien définir toutes les composantes (Campbell *et al.* 2000) qui doivent être prises en considération lors de la création d'une FIPCCP.

La contribution unique de cette étude a été de classer les priorités identifiées par des infirmières et des médecins experts et de les présenter sous forme de devis de compétence qui reflète les besoins de formation à la collaboration interprofessionnelle pour la gestion de la douleur à l'USI des cliniciens du Québec. Le but qui était de déterminer les manifestations prioritaires de la compétence à développer chez les infirmières et les médecins dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour la gestion de la douleur à l'unité des soins intensifs (USI) a ainsi été atteint. Il reste cependant encore des études à prévoir avant de tester l'efficacité de ce devis de compétence par l'opérationnalisation d'une FIPCCP sur le soulagement de la douleur des patients à l'USI et la satisfaction des professionnels. Entre autres des études pilotes sont nécessaires notamment pour vérifier le format approprié pour la formation continue des médecins et des infirmières de l'USI, mais aussi pour déterminer comment intégrer les autres professionnels impliqués dans la gestion de la douleur à l'USI.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adams, S.J. (2001). Projecting the next decade in safety management. American society of safety engineer. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.asse.org/ps1001_adams.pdf>. Consulté le 24 avril 2006.
- AHCPR, Agency for Health Care Policy and Research (1992). Clinical practice guideline: acute pain management: operative or medical procedure and trauma. Rockville, MD : AHCPR.
- AIIAO, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). *Évaluation et prise en charge de la douleur (lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers)*. Ottawa: AIIAO.
- ANZCA, Australian and New Zealand College of Anesthetists and Faculty of Pain Medicine (2005). *Acute pain management: Scientific evidence*. Australia: National Health and Medical Council (NHMRC). Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/acutepain.pdf>>.
- Barr, H. Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. et Freeth, D. (2005). *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence*. Center for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). London: Blackwell Publishing.
- Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181-187.
- Bernier, J. et Colin, C. (2006). L'enseignement dans le contexte ambulatoire. Université de Montréal et Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Document téléaccessible à l'adresse <http://biblio.hmr.qc.ca/pdf/rapport_enseignement.pdf>.
- Bloom, B.S. (1956). *Taxonomy of Educational objectives: The Classification of Educational Goals (Vol. 1 et 2)*. New York : David McKay Company inc.

- Brathwaite et Travalgia (2005). *The ACT Health Inter-Professional Learning and Clinical Education Project : Background Discussion paper #2*. Canberra : Brathwaite and Associates and the ACT Health Department. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.health.act.gov.au/c/health?a=sendfile&ft=p&fid=-964382120&sid=>>>.
- CAIPE, Center for the Advancement of Interprofessional Education (1997). *Interprofessional Education : A Definition*. London. CAIPE. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/>>.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. *et al.* (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321, 694-696.
- Carr, E. C. J., Brockbank, K., et Barrett, R. F. (2003). Improving pain management through interprofessional education: Evaluation of a pilot project. *Learning in Health and Social Care*, 1, 6-12.
- CMQ, Collège des Médecins du Québec (1998). *Traitement de la douleur : le point sur l'utilisation des narcotiques*. Montréal : CMQ. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.cmq.org/Public/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~media/41F0F31510734A2A955449C7A0CB831D.ashx>>.
- Coombs, M., et Esser, S. J. (2004). Medical hegemony in decision-making: a barrier to interdisciplinary working. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 245-252.
- Dalton, J. A., Blau, W., Lindley, C., Carlson, J., Youngblood, R., et Greer, S. M. (1999). Changing acute pain management to improve patient outcomes : An educational approach. *Journal of Pain and Symptom Management*, 17(4), 277-287.
- Dalton, J. A., Carlson, J., Blau, W., Lindley, C., Greer, S. M., et Youngblood, R. (2001). Documentation of pain assessment and treatment: How are we doing? *Pain Management Nursing*, 2(2), 54-64.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration interprofessionnelle : Un choix obligé. In Goulet, O., et Dallaire, C (dir.), *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives* (p. 339-363). Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- D'Amour, D., et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 8-20.

- D'Amour, D., et Oandasan, I. (2004). Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : Un cadre conceptuel évolutif. In Santé Canada (dir.), *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centered Practice: Research and Finding*. Ottawa : Santé Canada
- Dillman, D.A. (2000). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*. New York : Wiley.
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Dufault, M. A., et Sullivan, M. (2000). A collaborative research utilization approach to evaluate the effects of pain management standards on patient outcomes. *Journal of Professional Nursing*, 16, 240-250.
- Du Plessis, E. et Human, S.P. (2007). The Art of the Delphi Technique: Highlighting its Scientific Merit. *Health SA Gesondheid*, 12(4), 13-24.
- Fortin, M.F., Côté, J. et Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Les Éditions de la Chenelière inc.
- Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I., et Barr, H. (2005). *Effective Interprofessional Education: Development, Delivery and Evaluation*. Oxford : Blackwell.
- Elliott, T. E., Murray, D. M., Oken, M. M., Johnson, K. M., Braun, B. I., Elliott, B. A. et al. (1997). Improving cancer pain management in communities: Main results from a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13(4), 191-203.
- Elliott, T. E., Murray, D. M., Oken, M. M., Johnson, K. M., Elliott, B. A., et Post-White, J. (1995). The Minnesota Cancer Pain Project: Design, methods, and education strategy. *Journal of Cancer Education*, 10(2), 102.
- Gagnon, J., et Grenier, R. (2004). Élaboration et validation d'indicateurs de la qualité des soins relatifs à l'empowerment dans un contexte de maladie complexe à caractère chronique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 76, 50-67.
- Gagnon, J. (2001). *Élaboration et validation d'indicateurs de la qualité des soins relatifs à l'empowerment dans un contexte de maladie complexe à caractère chronique*. Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp05/NQ65309.pdf>>.

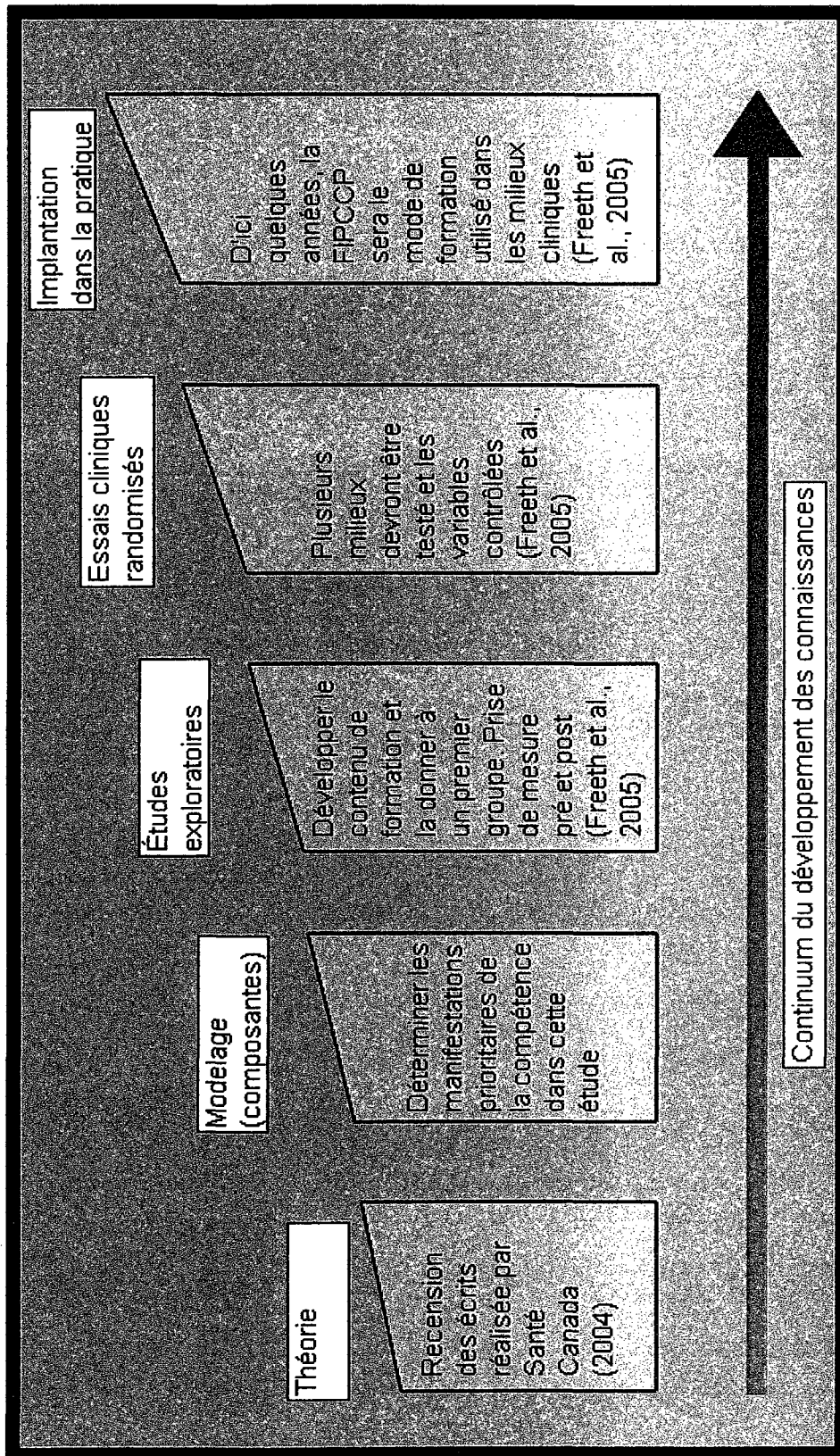
- Gélinas, C., Viens, C., Fortier, M., et Fillion, L. (2005). Les indicateurs de la douleur en soins critiques. *Perspective Infirmière*, 2(4), 12-22.
- Greiner, A.C. et Knebel, E. (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Washington D.C. : The National Academies Press.
- Holley, P., McMillan, S.C., Hagan, S.J., Palacios, P. et Rosenberg, D. (2005). Pain resource nurses: believing the patients, believing in themselves. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 843-848.
- IASP, International Association for the Study of Pain (2005). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle : IASP Press. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=2307>>.
- IASP, International Association for the Study of Pain (1994). *Classification of Chronic Pain : Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms, Second Edition*. Seattle : IASP Press. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>.
- Irajpour, A., Norman, I., et Griffiths, P. (2006). Interprofessional education to improve pain management. *British Journal of Community Nursing*, 11(1), 29-32.
- Jones, J., et Hunter, D. (1995). Qualitative research: Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, 311, 376-380.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal : Guérin.
- Lehne, R. A., (2003). *Pharmacology for Nursing Care*. St-Louis, MO : Saunders (1^{er} éd. 1990).
- Lobiondo-Wood, G. et Haber, J. (2005). *Nursing research in Canada*. Toronto: Elsevier Canada.
- Miller, G.A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *The Psychological Review*, 63, 81-97.
- Monette, M., Charette, M., et Jobin, I. (1995). *Planifier et évaluer son intervention : Les besoins de la clientèle*. Cap-Rouge : Presse Inter universitaire

- Mori, P. (2005). *Présence spirituelle des aumôneries*. Pulsations, 4. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.hug-ge.ch/_library/pdf/Actualite_sante/pulsations_dec_2005.pdf>. Consulté le 9 septembre 2008.
- Oandasan, I. et Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 21-38.
- Perrenoud, P. (1996). *Enseigner : agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude : savoirs et compétences dans un métier complexe*. Paris : ESF.
- Pineault, R., et Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions nouvelles.
- Puntillo, K. A. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart and Lung*, 19, 526-533.
- Robert, P. (1996). *Le Nouveau Petit Robert*. Paris.
- Romanow, J. R. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Ottawa : Santé Canada. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/CSS_Rapport_final.pdf>.
- Santé Canada (2004). *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice: research and findings report*. Ottawa: Santé Canada. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.medfam.umontreal.ca/chaire_sadok_besrou/ressource/PDF/IECPCP_Final_Report.pdf>. Version française du chapitre 10 téléaccessible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/chap-10_f.html>. Consulté le 12 décembre 2007.
- SCCM, Society of critical care medicine (2008). *Site de la Society of critical care medicine*. Site téléaccessible à l'adresse <http://www.sccm.org/AboutSCCM/Public%20Relations/Media_Kit/Pages/Glossary.aspx>. Consulté le 19 août 2008.
- Stein-Parbury, J. et Liaschenko, J. (2007). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American Journal of Critical Care*, 16(5), 470-477.
- Thomas, E. J., Sexton, J. B., et Helmreich, R. L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine*, 31(3), 956-959.

- Treadwell, M. J., Franck, L. S., et Vichinsky, E. (2002). Using quality improvement strategies to enhance pediatric pain assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 39-47.
- UBC-CHD, University of British Columbia College of Health Disciplines (2008). *The British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.chd.ubc.ca/files/file/BC%20Competency%20Framework%20for%20IPC.pdf>>.
- Van Niekerk, L. M., et Martin, F. (2003). The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. *Pain Management Nursing*, 4(1), 3-10.
- Verma, S., Paterson, M. et Medves, J. (2006). Core competencies for health care professionals: what medicine, nursing, occupational therapy, and physiotherapy share. *Journal of Allied Health*, 35(2), 109-115.
- Way, D., Jones, L., Baskerville, B. et Busing, N. (2001). Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 165, 1210-1214.
- Whipple, J. K., Lewis, K. S., Quebbeman, E. J., Edward, J., Wolff, M., Gottlieb, M. S. et al. (1995). Analysis of pain management in critically ill patients. *Pharmacotherapy*, 15, 592-599.
- Whitehead, C. (2007). The doctor dilemma in interprofessional education and care: how and why will physicians collaborate? *Medical Education*, 41, 1010-1016.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., et Atkins, J. (2001). Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 1 : CD002213.

ANNEXES

**ANNEXE A - ADAPTATION DES SÉQUENCES DE DÉVELOPPEMENT
D'ESSAI CLINIQUE RANDOMISÉ SUR DES INTERVENTIONS COMPLEXES
DE CAMPBELL ET AL. (2000) À LA FIPCCP POUR LA GESTION DE LA
DOULEUR EN COLLABORATION À L'USI**



**ANNEXE B - SYNTHÈSE DES ÉTUDES PORTANT SUR LA FORMATION À
LA GESTION DE LA DOULEUR EN COLLABORATION**

Adhésion à un protocole

Treadwell *et al.* (2002) se sont inquiété de l'absence de lignes directrices pour la gestion de la douleur adaptées à la pédiatrie. Ils ont mesuré l'impact de l'implantation de lignes directrices pour l'évaluation de la douleur appropriée au développement de l'enfant, à l'aide d'un devis de type quasi-expérimental (pré-post intervention).

Afin de faire adhérer les professionnels à un protocole d'évaluation de la douleur basé sur les pratiques exemplaires en pédiatrie, les chercheurs ont procédé à des présentations magistrales, des discussions de groupe et des jeux de rôle. Dans le cadre de ces activités éducatives, le protocole d'utilisation des outils d'évaluation de la douleur adapté au développement de l'enfant a été présenté. Pour chaque groupe d'âge, un outil d'évaluation de la douleur valide et fidèle a été sélectionné par les chercheurs. De plus, afin de maintenir les connaissances au sein de l'équipe, le contenu de la formation a été inclus à la formation des nouveaux membres de l'équipe et des affiches ont été apposées dans le poste de travail présentant : les outils d'évaluation et leurs interprétations, le protocole d'utilisation des outils et les références.

Ainsi, les infirmières (n = 29), les médecins (n = 36) et les agents de pastorale (n = 3), pour un total de 68 professionnels d'une unité d'hémo-oncologie pédiatrique, ont été exposés aux activités éducatives (durée non précisée) animées par une infirmière spécialisée et une psychologue.

Afin de mesurer l'impact d'une telle formation, une mesure pré-intervention a été réalisée auprès des patients dans le cadre d'une entrevue à l'aide de la grille de la American Pain Society adapté au langage des enfants (validité et fidélité non mentionnées). Cette grille d'entrevue mesure l'intensité de la douleur, l'humeur du patient et l'efficacité des traitements pharmacologiques ou non-pharmacologiques reçus pour gérer la douleur. Un audit de dossiers qui ont été choisis de façon aléatoire

a permis de vérifier la documentation de la douleur par les infirmières aux dossiers des patients et l'utilisation de l'outil d'évaluation approprié pour le groupe d'âge auquel appartenait chaque patient. Un an après la formation, les mêmes méthodes de mesure ont été utilisées pour en évaluer les retombées.

Il n'y a pas eu de diminution significative de la douleur à l'auto-évaluation des patients. Cependant, la documentation de la douleur a augmenté de 29 % (T1=30 %, T2=59 %). Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation de ces données puisqu'il s'agit d'une mesure qui a été effectuée à l'aide d'une grille maison basée sur le contenu du protocole d'utilisation des outils d'évaluation de la douleur adapté pour chacun des groupes d'âge. Aucune analyse statistique n'a été faite, en conséquence il est impossible de savoir s'il s'agit d'un changement significatif. De plus, aucun critère d'inclusion ou d'exclusion basé sur les données sociodémographiques des patients n'était exigé et ce ne sont pas les mêmes patients qui étaient présents avant et un an après l'intervention. Comme il n'y a pas eu d'appariement, les caractéristiques des groupes pré et post intervention ont donc été laissées au hasard. Toutefois, a posteriori, les groupes pré et post intervention se sont avérés semblables (pas de différence d'âge, de sexe, de race, de diagnostic entre les groupes). L'étude démontre l'existence d'un impact positif de la formation interprofessionnelle sur la documentation, néanmoins, l'interprétation des résultats doit être faite avec prudence.

Synthèse de l'étude de Treadwell *et al.* (2002)

But de l'étude		Évaluer l'impact de l'implantation de lignes directrices pour l'évaluation de la douleur appropriée au développement de l'enfant
Devis		Quasi-expérimental (pré-post intervention).
Formation	Durée	Non mentionnée
	Structure	-Présentations magistrales, discussions de groupe et jeux de rôle -Ajout à l'orientation des nouveaux employés -Soutien : affiche dans le poste de travail (grille d'évaluation)
	Contenu	-Définition de la douleur -Stratégies multidimensionnelle et développementale -Stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques -Survol des aspects psychosociaux et comportementaux de la douleur liés aux différences développementales -Documentation de la douleur -Outils d'évaluation de la douleur adaptés pour chaque groupe d'âge : -0-12 mois : <i>Postoperative Pain Score</i> -12-36 mois : <i>Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)</i> -3 à 6 ans : <i>Faces scale</i> -6 et 7 ans : <i>Faces scale</i> et échelle numérique 0-10 -8 ans et + : <i>Adolescent Pediatric Pain Tool (PPT)</i>
	Objectifs	Adhérer au protocole d'évaluation de la douleur basé sur les pratiques exemplaires pédiatriques
Champs cliniques		Unité d'hémo-oncologie pédiatrique
Professionnels visés		Échantillonnage de convenance : infirmières (n = 29), médecins (n = 36), agents de pastorale (n = 3)
Collecte des données		Pré et post (1 an) Patients (pré, n = 36, post, n = 49) : Autoévaluation avec la grille de l'American Pain Society, modifiée pour les enfants
Résultats	↓ douleur à l'autoévaluation	Non significatif
	↑ documentation de la douleur	↑ 29 % (T1=30 %, T2=59 %)

Utilisation et intégration des pratiques exemplaires

Dufault et Sullivan (2000) voulaient diminuer le fossé qui existe entre la recherche et la pratique clinique dans le domaine de la gestion de la douleur dans le cadre d'une étude quasi-expérimentale, avec des mesures pré et post test sur un groupe expérimental et un groupe témoin. Ils ont fait appel à un modèle en six (6) étapes, pour favoriser l'implantation des résultats de recherche dans la pratique. Il s'agit du *Collaborative Research Utilization* (CRU).

Spécifiquement, les objectifs poursuivis par cette activité éducative étaient : la révision du corpus de connaissances validées et les lignes directrices tirées de la recherche, l'habileté à transférer et à utiliser les savoirs empiriques et l'utilisation et l'intégration des pratiques exemplaires de gestion de la douleur dans la pratique quotidienne des professionnels.

Pour en évaluer l'efficacité, une première série de mesures a d'abord été prise auprès de 83 patients de chirurgie et d'oncologie qui devaient avoir une histoire de douleur persistante depuis plusieurs mois. En entrevue, ils ont rempli un questionnaire sociodémographique, puis le questionnaire *Brief Pain Inventory* (validité et fidélité connues) qui mesure l'intensité de la douleur, l'interférence de la douleur avec la qualité de vie et la satisfaction face aux interventions des professionnels pour gérer la douleur. Ces questionnaires ont été complétés la journée de l'admission, puis la troisième journée de l'hospitalisation, ainsi qu'une journée après le congé à domicile. Afin d'éviter tout risque de contamination, les données pour le groupe contrôle ont été recueillies avant la mise en pratique du modèle CRU.

D'abord, la première étape de l'intervention était une séance de remue-ménings pour cerner les problèmes associés à la gestion de la douleur rencontrés par 33 professionnels (groupe non décrit par les auteurs). L'équipe de recherche a ensuite effectué une recension de la littérature à partir des six thèmes qui étaient ressortis.

Lors de la deuxième étape, le mérite scientifique et l'applicabilité des résultats de 32 études et les lignes directrices de l'AHCPR ont été discutés dans le cadre de huit tables rondes au sein des unités. Trois médecins, 38 infirmières, un pharmacien et un agent de pastorale y ont participé, pour un total de $n = 44$ professionnels (ce ne sont pas toujours les mêmes participants qui étaient présents). La troisième étape a permis d'élaborer une carte aide-mémoire en incorporant les recommandations ressorties des études critiquées. Au cours de la quatrième étape, la séquence de mesures post-intervention a été prise de la même façon qu'en pré-intervention chez 90 patients répondants aux mêmes critères d'inclusion. Il ne s'agissait pas des mêmes patients en pré et post-intervention. Il a toutefois été démontré par une analyse statistique (Chi^2), que les deux groupes n'étaient pas significativement différents en fonction des variables démographiques telles que l'âge, le sexe et le diagnostic.

Aucune mesure directe de l'objectif de formation n'a été prise, seul le résultat au niveau du patient a été évalué. Ce programme de formation a donc permis de diminuer de façon significative la douleur à l'auto-évaluation des patients ($P < 0,0001$). L'amélioration de la documentation de la douleur n'était pas ciblée dans cette étude, elle n'a donc pas été mesurée par les chercheurs. Comme les résultats ont été favorables, il a été possible de passer aux cinquième et sixième étapes du CRU, qui consistaient à adopter les nouveaux standards de pratique clinique et de les implanter dans tout l'établissement de santé.

Synthèse de l'étude de Dufault et Sullivan (2000)

But de l'étude		Diminuer le fossé qui existe entre la recherche et la pratique clinique dans le domaine de la gestion de la douleur
Devis		Quasi-expérimental (pré et post-test sur un groupe expérimental et un groupe témoin)
Formation	Durée	8 tables rondes
	Structure	CRU : -Analyse critique de 32 articles scientifiques (valeur scientifique, applicabilité et faisabilité) -Soutien : Carte aide-mémoire
	Contenu	-Divergences de perception entre infirmières-médecins-patients -Douleur non diagnostiquée chez les patients en soins critiques -Effets secondaires, dosages, ajustement de la médication -Manque de stratégie alternative -Prévalence des maux de dos chez les patients alités -Enseignement aux patients-familles
	Objectifs	-Réviser le corpus de connaissances validées et les lignes directrices tirées de la recherche -Transférer et utiliser les savoirs empiriques -Utiliser et intégrer les pratiques exemplaires de gestion de la douleur dans la pratique quotidienne
Champs cliniques		Unités chirurgicales, médicales, oncologiques et l'USI d'un centre hospitalier universitaire. Adultes ayant de la douleur depuis des mois
Professionnels visés		Médecins, infirmières et étudiantes, physiothérapeutes, pharmaciens, agents de pastorale
Collecte des données		Pré et post-intervention : La journée de l'admission, 3 ^e journée de l'hospitalisation, 1 ^{er} journée après le congé à domicile Patient (pré n = 83 et post n = 90) : Autoévaluation avec le BPI (<i>Brief Pain Inventory</i>)
Résultats	↓ douleur à l'autoévaluation	Significatif (P<0,0001)
	↑ documentation de la douleur	Non évaluée

Intégration du rôle de pivot

Dalton, Carlson, Blau, Lindley, Greer et Youngblood (2001) et Dalton, Blau, Lindley, Carlson, Youngblood et Greer (1999) désiraient former les professionnels œuvrant en soins postopératoires en fonction des recommandations de l'AHCP (1992) dans le but d'améliorer la gestion de la douleur basée sur les données probantes. Un devis de recherche quasi-expérimentale, de type pré et post-test a été utilisé.

Six hôpitaux communautaires qui avaient manifesté leur intérêt à participer à cette étude ont été choisis au hasard parmi les autres hôpitaux de la Caroline du Nord. Les hôpitaux ont été assignés aléatoirement au groupe expérimental (3 hôpitaux) ou au groupe témoin (3 hôpitaux). Le groupe expérimental a suivi trois formations de quatre heures et demie, deux semaines s'écoulaient entre la première et la deuxième formation, alors que la troisième avait lieu huit semaines plus tard. Le contenu des formations a été tiré des lignes directrices de l'AHCP (1992). Le groupe témoin n'a reçu aucune formation et savait que des audits de dossiers seraient fait et que des questionnaires de satisfaction seraient distribués aux patients en lien avec la gestion de la douleur.

À l'issue de la formation donnée au groupe expérimental, sous forme de cours magistraux et de discussions, les professionnels devaient être en mesure d'assumer un rôle pivot dans la gestion de la douleur aiguë ressentie par les patients pendant la période postopératoire, et ainsi adopter une pratique basée sur les recommandations de l'AHCP (1992).

Pour chacun des sites, ce ne sont pas nécessairement les mêmes professionnels qui ont assisté aux formations. Il y a eu 10 à 15 infirmières, deux médecins et un à deux pharmaciens par site en moyenne qui ont assisté aux formations, pour un total de 68 professionnels qui ont été exposés à l'une ou l'autre des formations.

Dans le cadre de cette étude, les dossiers de patients ($n = 40-50$ par site, pour un total de $n = 787$) ont été revus avec une grille de l'Américain Pain Society (validité et fidélité non démontrées) qui mesure la documentation de la douleur. Les mesures ont été prises avant, pendant et six mois après les formations données aux professionnels. Les caractéristiques des patients dans les six hôpitaux sont statistiquement équivalentes.

À la suite de ces formations, l'augmentation de la documentation de la douleur a été significative ($p < 0,0001$), soit une augmentation de 53 %. Cependant, il y a eu une légère baisse entre la deuxième (pendant) et la troisième mesure (six mois après). Cette légère baisse indique la possibilité d'une non-persistance des résultats dans le temps. D'autres mesures auraient dû être prises après un plus long délai. Toutefois, six mois après la formation, la documentation demeure tout de même supérieure au niveau de départ.

Aucun résultat n'est rendu disponible par les auteurs quant à l'autoévaluation de la douleur par le patient. Toutefois, les auteurs révèlent avoir utilisé l'*American Pain Society Survey* (APSS) lors du congé pour évaluer la satisfaction des patients face à la gestion de la douleur (fidélité et validité inconnues) et l'*Activities of Daily Living* (ADL) pour mesurer la capacité des patients à vaquer à leurs activités quotidiennes (fidélité et validité non mentionnées par les auteurs). Il s'agit d'un problème majeur, puisque les résultats de ces questionnaires sont d'une importance capitale pour évaluer l'impact de la formation donnée au professionnel sur la qualité des soins reçus par le patient.

Synthèse de l'étude de Dalton *et al.* (1999, 2001)

But de l'étude		Former les professionnels œuvrant en soins postopératoires en fonction des recommandations pour la gestion de la douleur d'une agence américaine (AHCPR, 1992)
Devis		Quasi-expérimental, de type pré et post-test. Trois groupes expérimentaux et 3 groupes témoins ont été assignés aléatoirement.
Formation	Durée	13 h (3 formations de 4½ heures réparties sur 8 semaines)
	Structure	Cours magistraux et discussions
	Contenu	-Évaluation physique et psychologique en pré-opératoire et postopératoire, -Documentation -Pharmacologie des analgésiques -Indicateurs de qualité -Aspects institutionnels, légaux et éthiques -Utilisation d'outils
	Objectifs	-Assumer un rôle pivot dans la gestion de la douleur aiguë ressentie par les patients pendant la période postopératoire -Expliquer le phénomène de la douleur et les principes pathophysiologiques sous-jacents, démontrer des habiletés dans l'évaluation des changements psychologiques associés à la douleur postopératoire -Utiliser une variété d'outils d'évaluation de la douleur, incluant ceux évaluant le rôle des facteurs comportementaux influençant la réponse à la douleur, comprendre le rôle de la famille comme étant un facteur déterminant pouvant influencer la réponse du patient à la douleur et au traitement -Démontrer des habiletés à documenter les détails de l'évaluation de la douleur, les recommandations pour le traitement incluant les soins des cathéters épiduraux, la thérapie intraveineuse en continu et les interventions non pharmacologiques -Décrire l'utilisation appropriée des analgésiques narcotiques et non-narcotiques -Décrire l'utilisation appropriée des stratégies non pharmacologiques pour la gestion de la douleur -Utiliser les lignes directrices légales et éthiques pour choisir et administrer les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques appropriés -Utiliser un processus d'amélioration de la qualité pour améliorer la gestion de la douleur postopératoire
Champs cliniques		Postopératoire de chirurgie abdominale, thoracique ou orthopédique, en centre hospitalier pour adulte
Professionnels visés		Infirmières (n = 10-15), médecins (n = 2) et pharmaciens (n = 1-2) pour un total de professionnels de n = 68
Collecte des données		Avant, pendant et 6 mois après le programme de formation Dossier (n = 50 par site) : Mesure de la documentation de la douleur avec une grille de l'Américain Pain Society
Résultats	↓ douleur à l'autoévaluation	Non évaluée
	↑ documentation de la douleur	↑ Significatif (p<0,0001) ↑ 53 %

Intégration du rôle de leader d'opinion

Elliott, Murray, Oken, Johnson, Braun, Elliott *et al.* (1997) et Elliott, Murray, Oken, Johnson, Elliott et Post-White (1995) visaient à tester les stratégies éducatives pour améliorer la gestion de la douleur cancéreuse et à réduire la douleur cancéreuse dans la communauté dans le cadre d'un essai clinique randomisé.

La formation avait pour objectif de développer des professionnels leaders d'opinion pour promouvoir un programme gouvernemental visant à changer les connaissances, les attitudes et les comportements face à la douleur reliée au cancer dans les communautés. Les professionnels devaient être en mesure d'influencer la communauté de l'intérieur, de fournir un modèle de gestion de la douleur cancéreuse et d'offrir du support informel et de l'enseignement à leurs pairs, de faciliter la distribution de lignes directrices et autre matériel concernant la gestion de la douleur liée au cancer. Ils devaient aussi, à l'issue de la formation, être capables de former et diriger un groupe communautaire visant à informer la population de l'existence d'un programme gouvernemental concernant la gestion de la douleur cancéreuse.

Les professionnels ont participé à deux jours de formation où le contenu relatif à la gestion de la douleur a été transmis de façon traditionnelle suivie d'un préceptorat en clinique d'oncologie et en soins de longue durée (participation à la tournée quotidienne). Un soutien d'une durée de 15 mois a aussi été fourni aux leaders pour les accompagner dans la mise sur pied de comités dans leur milieu respectif afin qu'ils transmettent les informations aux autres professionnels qui n'ont pas participé à la formation initiale.

Dans le cadre de cette étude, six communautés du Minnesota ont été soigneusement sélectionnées en fonction de leur taille et de leur emplacement, dans le but de les appairer et d'éviter les contaminations entre les communautés contrôles et expérimentales. Trois de ces communautés ont été choisies aléatoirement pour recevoir le programme de formation. Une liste des patients qui ont visité leur médecin

dans les derniers six mois pour une histoire de cancer actif a été dressée, puis c'est à partir de cette liste que les patients ont été recrutés au hasard. Entre 50 et 60 patients adultes par communauté ont été interviewés avant et après la formation, pour un total de $n = 314$ avant et $n = 320$ après. Le même processus a été utilisé avant et après, ce ne sont donc pas tous les mêmes patients qui ont participé à la mesure pré et post-intervention, mais ils ne sont pas statistiquement différents. Des professionnels (infirmières $n = 4$, médecins $n = 2$, pharmacien $n = 1$, travailleur social $n = 1$, membre du clergé $n = 1$, pour chacune des trois communautés pour un total de $n = 27$ professionnels) qui œuvrent directement auprès des patients, et qui sont des leaders d'opinion dans leur milieu ont été choisis pour participer au programme de formation.

Seule l'autoévaluation de la douleur par les patients a été mesurée avant et 15 mois après la formation initiale. Les mesures ont été obtenues à l'aide du *Brief Pain Inventory* (BPI) (validité et fidélité démontrées) qui mesure l'intensité de la douleur et l'humeur des patients, et du Pain Management Index (PMI) (validité et fidélité inconnues), qui compare l'analgésie prescrite au patient et son autoévaluation de la douleur pour déterminer si le traitement est adéquat. Malgré la mise en place d'une intervention systémique et l'utilisation d'une méthode de recherche rigoureuse, les résultats de l'autoévaluation de la douleur se sont toutefois avérés non significatifs ($P < 0,05$). L'intensité de la douleur et l'humeur des patients semblent s'être détériorées dans le groupe expérimental alors qu'on note tout de même une diminution de la prévalence de la douleur et une augmentation du PMI, qui signifie une amélioration du traitement des patients dans le groupe expérimental.

Synthèse de l'étude d'Elliott *et al.* (1995, 1997)

But de l'étude		Améliorer les connaissances, les attitudes et la pratique des professionnels pour réduire la douleur cancéreuse des patients.
Devis		Essai clinique randomisé
Formation	Durée	-Formation : 16h (2 jours sur un an) -Soutien : 15 mois
	Structure	-Mini-fellowship : cours magistraux, lectures, discussion, études de cas, simulation, tournées en centre hospitalier, en centre d'hébergement et à domicile. -Soutien : rencontre de groupe, programme d'éducation pour la communauté
	Contenu	-Évaluation de la douleur -Radiothérapie -Technique d'anesthésie, agents opiacés et non-opiacés -Traitement complémentaire -Préceptorat sur une unité d'oncologie et SLD (tournée quotidienne) -Soutien pour la mise sur pied de comités
	Objectifs	-Créer des leaders d'opinions pour : -Promouvoir un programme gouvernemental -Influencer la communauté -Fournir un modèle de gestion de la douleur reliée au cancer -Offrir du support informel et de l'enseignement à ses pairs -Faciliter la distribution de lignes directrices et autre matériel -Former et diriger un groupe communautaire
Champs cliniques		Douleur reliée au cancer en santé communautaire, pour adulte
Professionnels visés		Médecins (n = 2), infirmières (n = 4), pharmacien (n = 1), travailleur social (n = 1), membre du clergé (n = 1) pour chacune des trois communautés qui ont reçu le programme de formation
Collecte des données		Pré et post-intervention (0 et 15 mois) Patients (n = 50-60 par communauté, avant et après) : Autoévaluation avec le BPI (<i>Brief Pain Inventory</i>)
Résultats	↓ douleur à l'autoévaluation	Non significatif (P <0,659)
	↑ documentation de la douleur	Non évaluée

Démonstration de collaboration

Malgré le fait que l'étude de Carr *et al.* (2003) ne rencontrait pas les critères de sélection de Irajpour *et al.* (2006), elle sera présentée parce qu'il s'agit de la seule étude qui a introduit des notions de collaboration interprofessionnelle dans le cadre d'un programme de formation pour la gestion de la douleur en collaboration, ce qui rejoint le but de la présente étude. Ainsi, dans le cadre d'une étude quasi-expérimentale de type pré et post intervention, Carr *et al.* (2003) avaient pour but d'identifier les résultats d'une formation à la collaboration interprofessionnelle pour la gestion de la douleur basée sur les pratiques exemplaires.

Au cours des quatre demi-journées de formation intégrant le contenu traditionnel de la gestion de la douleur, la méthode pédagogique choisie a été les études de cas. Car les auteurs soutiennent que lorsque les professionnels se concentrent sur les besoins réels d'un patient, cela leur permet d'explorer de nouvelles dimensions de leur dialogue et de nouvelles idées pour améliorer les soins, et ainsi d'explorer un savoir commun, plutôt que de se buter aux limites de chacune des professions. Il y a eu $n = 7-8$ infirmières, $n = 5-8$ médecins, $n = 1$ pharmacien, $n = 1-2$ physiothérapeutes et $n = 1$ ergothérapeute par atelier, pour un total de $n = 72$ professionnels (ce ne sont pas toujours les mêmes individus qui ont été présents aux quatre rencontres).

Afin de s'assurer du bon fonctionnement lors des échanges, les professionnels devaient se doter de règles pour encourager la collaboration entre eux lors des échanges afin que la confiance se développe. Ils devaient veiller à protéger la confiance au sein du groupe, rester centrés sur ce que le groupe pouvait atteindre, pour changer l'univers de travail, avoir du plaisir ensemble, pratiquer le dialogue, pratiquer la pensée créatrice ensemble, partager ouvertement les idées, comprendre le phénomène de la douleur, etc.

L'autoévaluation de la douleur par les patients a été mesurée une semaine avant les quatre sessions de formations et après. On demandait tout simplement aux patients d'évaluer leur douleur sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant l'absence de douleur et 10 la pire douleur que la personne pourrait ressentir (validité et fidélité de cette méthode non mentionnées par les auteurs). Un pointage de quatre et plus représente une douleur qualifiée de modérée à sévère. Il y a eu $n = 30$ patients qui ont répondu en pré-intervention et $n = 28$ en post-intervention pour un total de $n = 58$. Les auteurs ne précisent pas le délai qui s'est écoulé entre les formations et la mesure post-intervention. En ce qui concerne les professionnels, un questionnaire maison de satisfaction à la fin de chaque session et deux semaines après la fin des rencontres leur a été distribué.

Les résultats démontrent que chez les patients, l'intensité moyenne de douleur est passée de 2,9/10 avant la FIPCCP à 2,0/10 après la FIPCCP et que le nombre de pointages de plus de 4/10 est passé de 14/28 à 8/30 patients. Les auteurs ne mentionnent pas si des analyses statistiques ont été faites pour vérifier si ces résultats sont significatifs, mais d'un point de vue clinique cela représente une amélioration du soulagement des patients, car il y a une diminution de la douleur qualifiée de modérée à sévère. Du côté des professionnels, ils ont affirmé avoir apprécié les connaissances transmises par les autres professionnels. Les auteurs mentionnent qu'ils ont eu de la difficulté à mesurer cet aspect, car ce ne sont pas toujours les mêmes professionnels qui ont assisté aux quatre formations.

Synthèse de l'étude de Carr *et al.*(2003)

But de l'étude	Identifier les résultats de la formation à la collaboration interprofessionnelle au sujet des pratiques exemplaires pour la gestion de la douleur	
Devis	Quasi-expérimental (mesure pré et post dans le cadre d'un projet pilote)	
Formation	Durée	16 h (4 demi-journées)
	Structure	-Études de cas
	Contenu	-L'expérience de la douleur : nature de la douleur et l'évaluation, la nature multidimensionnelle de la douleur, la prévalence et l'incidence de la douleur dans la région, la documentation de la douleur, l'utilisation d'outil d'évaluation de la douleur, les barrières à la gestion de la douleur. -Douleur chronique : la nature de la douleur chronique, l'approche pharmacologique et non pharmacologique, la gestion de l'anxiété, le support psychologique -Douleur aiguë : la nature de la douleur aiguë, les principaux analgésiques pour soulager la douleur aiguë, les types d'analgésie.
	Objectifs	Règles de collaboration à suivre : -Protéger la confiance au sein du groupe -Rester centrés sur ce qui peut être atteint ensemble -Avoir du plaisir ensemble -Pratiquer le dialogue -Pratiquer la pensée créatrice ensemble -Partager ouvertement les idées (attitudes, perceptions, croyances et connaissances) -Comprendre le phénomène de la douleur
Champs cliniques	Unité chirurgicale et médicale pour adultes	
Professionnels visés	Médecins, résidents, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens	
Collecte des données	-Patients : échelle numérique -Professionnels : questionnaire de satisfaction	
Résultats	↓ douleur à l'autoévaluation	↓ 2.9/10 à 2.0/10 ↓ Douleur modérée-sévère
	Professionnels	Satisfaction

**ANNEXE C - NIVEAU D'ÉVALUATION DE LA FIPCCP ET RÉSULTATS DE
L'ÉTUDE DE CURRAN ET AL. (2007)**

Niveau de l'évaluation de la FIPCCP (Barr <i>et al.</i> , 2005)	Instrument de mesure ou méthode de collecte des données	Échantillon	Résultats
Réaction des apprenants	<p>1-Questionnaire de satisfaction des professionnels (immédiatement après chaque module)**</p> <p>Échelle de Likert 1 à 5 (1 = fortement en désaccord à 5 = fortement en accord)</p> <p>Moyenne</p>	<p>Soumis à tous les professionnels provenant de 28 professions différentes du domaine de la santé et des services sociaux en soins primaires des quatre provinces de l'Atlantique n = 3725 N = inconnu</p>	<p>La moyenne générale des résultats est supérieure à 4/5.</p> <p>Cela indique un haut niveau de satisfaction.</p>
Acquisition de connaissances et d'habiletés par les apprenants	<p>2-Questionnaire de confiance anonyme des professionnels (immédiatement pré et post-intervention)**</p> <p>Échelle de Likert 1 à 5 (1 = confiance faible à 5 = confiance élevée)</p> <p>Test de <i>t</i> apparié</p>	<p>Soumis à tous les professionnels n = 3725 Provenant de 28 professions différentes du domaine de la santé et des services sociaux en soins primaires des quatre provinces de l'Atlantique (N = inconnu)</p>	<p>Augmentation significative de la confiance en leur compétence reliée au sujet abordé dans le BBTI ($p < 0,05$)</p>
	3-Entrevue téléphonique semi-structurée des professionnels (trois mois après)*	Échantillon stratifié basé sur le lieu géographique et le bagage professionnel. Seuls les professionnels à 3 ou plus des modules ont été invités. n = 23	Les modules sur la construction d'équipe, la résolution de conflit et la compréhension des soins de santé primaires ont été perçus comme étant les plus utiles.
	4-Focus group avec des professionnels (six mois après)*	Échantillonnage de convenance (NE et TN en personne) et échantillon stratifié basé sur le lieu géographique et le bagage professionnel (NB et IPE via audio-conférence). Seuls les professionnels à 3 ou plus des modules ont été invités. n = 24 pour les quatre focus group	<p>Le BBTI en général a été perçu comme utile pour aider les équipes à travailler ensemble de façon plus efficace. Ils ont décrit une augmentation de la :</p> <ul style="list-style-type: none"> -compréhension des soins de santé primaires et de la collaboration interprofessionnelle, -communications <p>Ils croient aussi que les soins aux patients ont été améliorés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -par des références plus

			efficaces -par une connaissance de l'offre de service plus étendue.
Changements comportementaux des apprenants	5-Questionnaire de changement de la performance (avant et trois mois après le BBTI)** Échelle de Likert 1 à 5 (1 = faible à 5 = élevé) Moyenne et test de <i>t</i> apparié	Soumis à tous les professionnels n = 3725 Provenant de 28 professions différentes du domaine de la santé et des services sociaux en soins primaires des quatre provinces de l'Atlantique (N = inconnu)	Augmentation significative ($p < 0,05$) de la performance, amélioration de la compétence trois mois après le BBTI
	6-Entrevue téléphonique de gestionnaires (six mois après le BBTI)*	Échantillon stratifié basé sur le lieu géographique. n = 21	Ils ont perçu des améliorations dans les communications entre les membres des équipes, la création de nouveaux partenariats avec la communauté et la création de nouveaux programmes à la suite du BBTI
Modification des attitudes et des perceptions des apprenants	Idem au point 3		
	Idem au point 4		
Bénéfices pour le patient	Idem au point 4		
	Idem au point 6		
Changements au niveau de l'organisation	Idem au point 6		

*Mesure de données qualitatives

**Mesure de données quantitatives

**ANNEXE D - COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS ET DES
INFIRMIÈRES DE VERMA ET AL. (2006)**

Rôle des professionnels	Le médecin (<i>CanMEDS</i>)	L'infirmière (Collège des infirmières de l'Ontario)
Le professionnel	<p>Dispense les meilleurs soins avec intégrité, honnêteté et compassion</p> <p>Démontre des comportements personnel, interpersonnel et professionnel appropriés</p> <p>Pratique la médecine de façon éthique et en accord avec les obligations du médecin</p>	<p>Prend la défense (<i>advocate</i>) du patient ou de ses représentants quand ils sont incapables de le faire pour eux-mêmes</p> <p>Soutient les efforts en soins infirmiers pour une société en meilleure santé</p> <p>Dénonce les situations qui sont potentiellement à risque pour les patients et pour les membres de l'équipe de soin.</p>
L'expert	<p>Démontre des habiletés diagnostiques et thérapeutiques pour des soins éthiques et efficaces</p> <p>Accède à de l'information pertinente et l'applique dans sa pratique</p> <p>Démontre des services de consultation efficace avec respect pour les soins aux patients, l'éducation et l'opinion juridique.</p>	<p>Utilise ses connaissances et son expertise en promotion de la santé, prévention de la maladie et épidémiologie pour donner de l'information aux différents intervenants</p> <p>Évalue l'efficacité des interventions infirmières, incluant les plans d'enseignement en comparant les résultats actuels et ceux souhaités.</p> <p>Fait des requêtes de consultation aux autres membres de l'équipe de soin, au besoin</p>
Le spécialiste	<p>Développe, implante et mesure, sa stratégie personnelle de formation continue</p> <p>Critique les différentes sources d'information médicale</p> <p>Facilite l'apprentissage des patients, des employés, des étudiants et des autres professionnels de la santé</p> <p>Contribue au développement de nouveaux savoirs</p>	<p>Utilise les données probantes en soins infirmiers, en sciences de la santé et dans les disciplines reliées pour choisir et individualiser ses interventions infirmières</p> <p>Critique les données issues de la recherche et applique les découvertes pertinentes aux soins aux patients</p> <p>Recherche les occasions de développement professionnel qui augmentent ses compétences</p>
Le gestionnaire	<p>Utilise les ressources efficacement pour équilibrer les soins aux patients, les besoins d'apprentissage et les activités extérieures</p> <p>Alloue les ressources de soins de santé judicieusement</p> <p>Travaille de façon efficace et efficiente dans une organisation de soins de santé</p> <p>Utilise les technologies de l'information pour optimiser les soins aux patients, sa formation continue et les autres activités</p>	<p>Apporte une direction aux soignants qui ne sont pas des professionnels (ex : préposé aux bénéficiaires), évalue les résultats des soins donnés par ces soignants et contribue à leur performance. Elle est aussi imputable des prises de décisions qui sont déléguées aux autres</p> <p>Participe en analysant, développant, implantant et évaluant une règle de soin ou une politique dans un milieu de travail</p>

<p style="text-align: center;">Le communicateur</p>	<p>Établit une relation thérapeutique avec le patient et les familles</p> <p>Obtient et synthétise l'histoire pertinente du patient/famille/ communauté et écoute activement</p> <p>Communique l'information appropriée aux patients/familles et aux membres de l'équipe de soin</p>	<p>Utilise une gamme et une variété d'habiletés de communication appropriées aux différentes clientèles</p> <p>Choisit le média et la stratégie d'apprentissage appropriés pour répondre aux besoins d'apprentissage des clients</p> <p>Choisi les méthodes de communications qui sont appropriées aux circonstances et aux besoins des clients</p>
<p style="text-align: center;">Le collaborateur</p>	<p>Consulte efficacement les autres médecins et les membres de l'équipe de soin</p> <p>Contribue efficacement aux activités de l'équipe interdisciplinaire</p>	<p>Collabore avec les clients pour concevoir le plan de soin</p> <p>Collabore avec les autres services de santé pour atteindre les objectifs de santé du client</p> <p>Collabore en tant que membre de l'équipe interdisciplinaire</p>

**ANNEXE E - CINQ COMPÉTENCES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE
DU 21^E SIÈCLE (GREINER ET KNEBEL, 2003)**

Cinq compétences à la pratique professionnelle	Description
Fournir des soins centrés sur le patient	Identifier, respecter et se soucier des différences des patients, de leurs valeurs, leurs préférences et de l'expression des besoins, de la gestion de la douleur et des souffrances. Coordonner la continuité des soins, écouter, informer, communiquer avec et éduquer le patient, partager la prise de décision et la gestion et continuellement faire la prévention de la maladie, la promotion d'un style de vie sain, le bien-être avec un focus sur la santé des populations.
Travailler en équipe interdisciplinaire	Coopérer, collaborer, communiquer et intégrer les équipes de soins pour assurer la continuité des soins
Intégrer les données probantes à sa pratique	Intégrer les meilleures recherches avec l'expertise clinique et les valeurs des patients pour donner des soins optimaux. Participer à des activités éducatives et de recherche dans la mesure du possible.
Appliquer les principes d'amélioration de la qualité	Identifier les erreurs et les risques dans les soins, comprendre et implanter les principes de base de la sécurité comme la standardisation et la simplification. Continuellement comprendre et mesurer la qualité des soins en termes de structure, processus et de résultat en lien avec les besoins des patients et de la communauté, et créer des interventions et les tester pour changer les processus et le système de la santé avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins.
Utiliser l'informatique	Communiquer, gérer les connaissances, réduire les erreurs et supporter la prise de décision en utilisant les technologies de l'information.

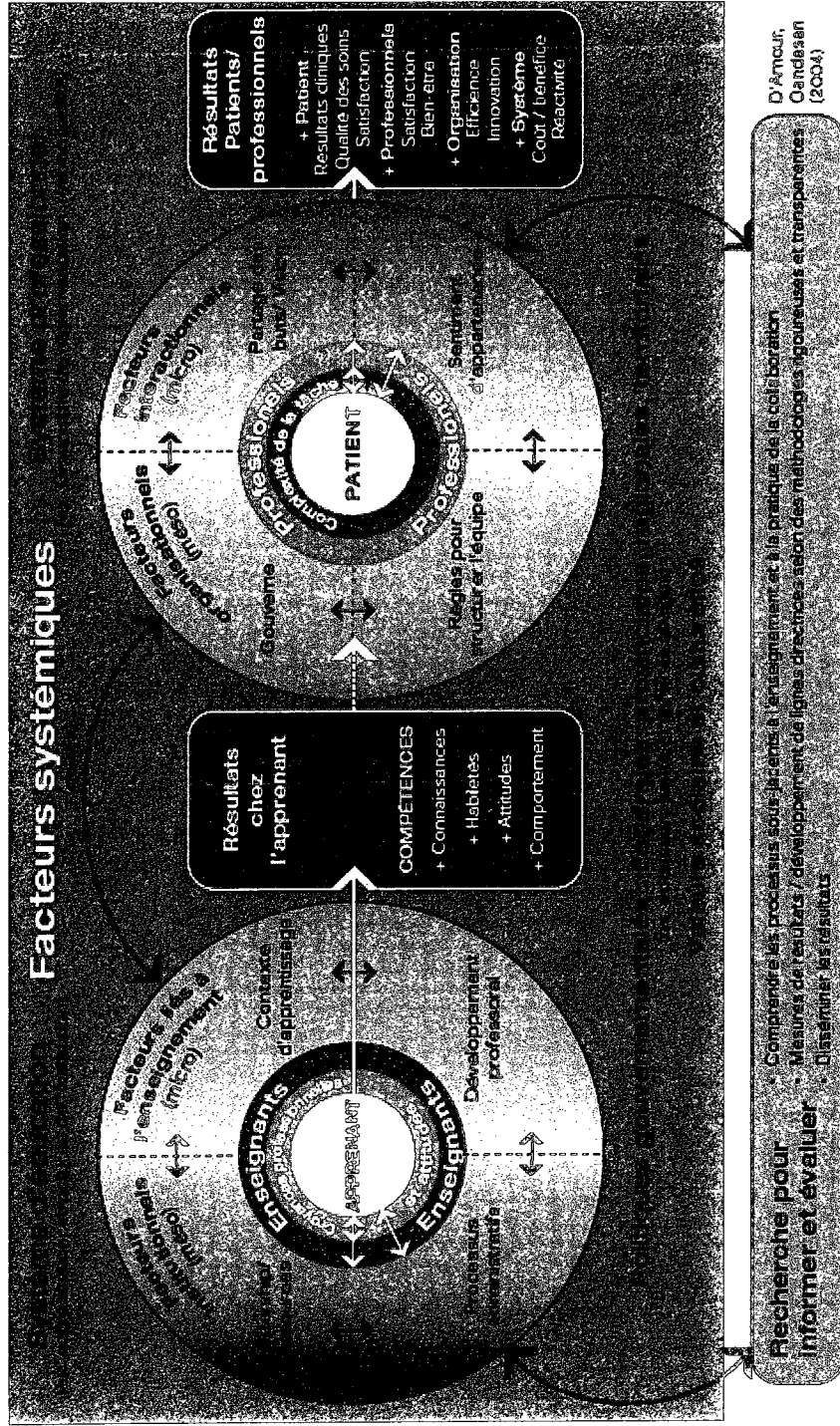
**ANNEXE F - MODÈLE CONCEPTUEL POUR LA FORMATION
INTERPROFESSIONNELLE POUR UNE PRATIQUE EN COLLABORATION
CENTRÉE SUR LE PATIENT (FIPCCP) DE D'AMOUR ET OANDASAN (2004)**

La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient : un modèle en émergence

L'éducation interprofessionnelle pour accroître les résultats chez l'apprenant

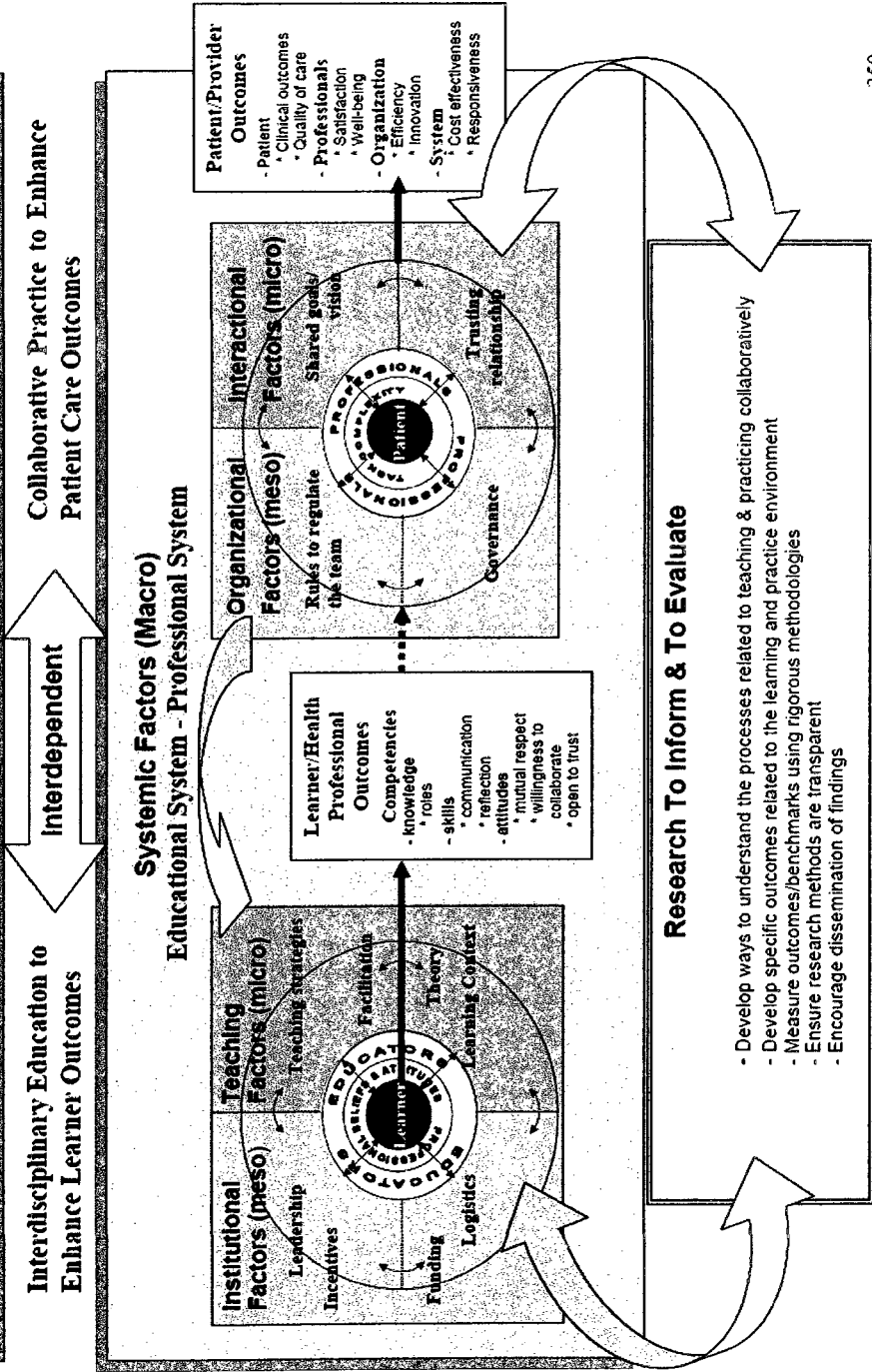
Interdépendant

La pratique collaborative pour accroître les résultats de soins



**ANNEXE G - MODÈLE CONCEPTUEL POUR LA FORMATION
INTERPROFESSIONNELLE POUR UNE PRATIQUE EN COLLABORATION
CENTRÉE SUR LE PATIENT (FIPCCP) DE D'AMOUR ET OANDASAN (2004)
EN VERSION ANGLAISE**

A Conceptual Model of Interdisciplinary Education for Collaborative Patient Centred Care



250

D'Amour & Oandasan, 2004

ANNEXE H - APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

APPROBATION

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

Membres du Comité:

BAILLARGEON, Jean-Daniel, M.D., service de gastro-entérologie, CHUS
BAILLARGEON, Jean-Patrice, M.D., service d'endocrinologie, CHUS, co-président
BEAUPRÉ, Me Michèle, avocate, extérieur
BOLDUC, Brigitte, pharmacienne, CHUS
CHIANETTA, Jean-Marc, M.D., résident en psychiatrie, CHUS
CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS, co-présidente
CLOUTIER, Yvan, éthicien
DESROSIERS, Nicole, représentante du public
FRENETTE, Jocelyne, M.Sc., infirmière, CHUS
FROST, Eric, Ph.D., département de microbiologie, CHUS
GAGNÉ, Ginette, représentante du publique
GIRARDIN, Colette, M.D. département de pédiatrie, CHUS
LETELLIER, Marc, Ph.D., département de biochimie, CHUS
MORISSETTE, Me Katherine, conseillère en éthique, v-présidente, CHUS
PINEAULT, Caroline, représentante du public
ROBERGE, Jean-Pierre, représentant du public
ROUSSEAU, Marie-Pierre, Pharmacienne, CHUS

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

Approbation demandée par: Dre Cécile Michaud
Dre Nicole Bolduc

Pour le projet # 06-125

Compétences prioritaires à développer par les infirmières et les médecins pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs, dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP).

Approbation donnée par la co-présidence le 01 décembre 2006 pour 12 mois.

- Protocole complet : version corrigée reçue le 20 NOV. 2006
- Formulaire de consentement principal : 2 novembre 2006 v. française
- Autre formulaire de consentement :
- Questionnaire(s) : FIPCCP (compétences...)
- Amendement # : Date amendement :
- Autre : Lettre d'introduction aux participants

1 décembre 2006

Signé par:

Sylvie Cloutier, B. Pharm., M.Sc.
Co-présidente du comité

Date de la signature

Toute modification au protocole, doit être signalée au CÉR; faire une demande d'approbation sur le formulaire CRC/RC3.
L'investigateur principal doit :

- rapporter au Comité tout problème majeur intervenant dans la réalisation du protocole;
- rapporter aux sujets participant aux recherches tout résultat ou information susceptibles de modifier leur consentement;
- remettre au sujet une copie du formulaire de consentement identique à l'original et signé par celui-ci.

ANNEXE I - LETTRE DE RECRUTEMENT À LA RIISIQ



Faculté de médecine et des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Plusieurs professionnels de la santé constatent que les patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs (USI) éprouvent de la douleur qu'il serait possible de soulager. Pour y parvenir, la collaboration entre les infirmières et les médecins est essentielle. Cette collaboration, quant à elle, nécessite une formation. Or, une telle formation n'existe pas et les compétences à développer sont inconnues.

Il y a donc lieu d'entreprendre une enquête afin d'identifier les compétences à développer en formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur dans les USI (adulte). Cette enquête sera réalisée dans le cadre d'une étude de maîtrise avec comme perspective d'implanter une telle formation et de l'évaluer dans des travaux de doctorat.

Par conséquent, nous sollicitons, dans le cadre du Congrès du RIISIQ, la participation de 15 infirmières qui répondent à ces critères :

- Avoir une expérience clinique dans une USI (adulte) depuis au moins 5 ans;
- Avoir des expériences de travail en collaboration avec des médecins;
- Bien connaître la problématique de la douleur dans une USI;
- Être membre de l'OIIQ et du RIISIQ ou être recommandé(e) par le RIISIQ;
- Être capable de lire le français (les réponses peuvent être écrites en anglais);
- Manifester son désir de participer et signer un formulaire de consentement.

La collecte de donnée sera effectuée à l'automne 2006 et prendra la forme de trois questionnaires écrits d'une durée moyenne de 30 minutes (le premier sera plus long, le dernier plus court). Vous serez appelé(e) à identifier, puis prioriser les compétences que vous jugez essentielles à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur. Vous pourrez apporter de nouvelles idées, compléter ou critiquer celles qui figurent déjà au questionnaire. Des enveloppes de retour préaffranchies et préadressées seront fournies avec chaque envoi.

L'anonymat des réponses sera respecté et il sera possible de se retirer de l'étude à tout moment. Il n'y a aucun risque ou coût associé à la participation à cette étude. Aucune compensation monétaire ne sera versée.

Si vous croyez répondre à ses critères ou si vous connaissez des gens qui y répondent ou pour de plus amples renseignements, nous vous invitons à communiquer avec une des signataires. Si désiré, vous pourrez aussi obtenir un formulaire de consentement.

ANNEXE J - COURRIEL DE SOLLICITATION



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

École des sciences infirmières

Le 11 mai 2007

Bonjour madame, monsieur (personnalisé),

Votre collègue, madame, monsieur (personnalisé), m'a référé à vous afin de solliciter votre participation à une consultation écrite au sujet d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur à l'unité de soins intensifs (USI).

Plusieurs professionnels de la santé constatent que les patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs éprouvent de la douleur qu'il serait possible de mieux soulager. Certains auteurs croient que les patients seraient mieux soulagés si les médecins et les infirmières étaient formés à la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur. Or, une telle formation n'existe pas et les compétences à développer sont à préciser. Cette enquête vise à formuler ces compétences.

Vous êtes sollicité pour participer à cette enquête parce que vous répondez à ces critères :

- Être médecin membre du Collège des médecins du Québec (CMQ) ou infirmière membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
- Avoir au moins cinq années d'expérience clinique et
- Avoir une expertise reconnue (publication, intérêt, participation à des activités éducatives ou de recherche, distinction ou reconnaissance, membre d'un regroupement de professionnels de soins intensifs (ex. : SIQ, RIISIQ)) pour **deux** des trois thèmes suivant : la **collaboration interprofessionnelle** et/ou le **soulagement de la douleur** et/ou les **soins intensifs**.

Comme tous les envois sont fait en français, vous devez être capable de lire le français (les réponses peuvent être écrites en anglais). De plus, vous devez manifester votre désir de participer en signant un formulaire de consentement.

La collecte de donnée sera effectuée au printemps 2007 et prendra la forme de trois questionnaires écrits d'une durée moyenne de 30 minutes (le premier

sera plus long, le dernier plus court). Vous serez appelé(e) à identifier, puis prioriser les compétences que vous jugez essentielles à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur. Vous pourrez apporter de nouvelles idées, compléter ou critiquer celles qui figurent déjà au questionnaire. Des enveloppes de retour préaffranchies et préadressées seront fournies avec chaque envoi.

L'anonymat des réponses sera respecté et il sera possible de se retirer de l'étude à tout moment. Il n'y a aucun risque ou coût associé à la participation à cette étude. Aucune compensation monétaire ne sera versée.

Si vous croyez répondre à ses critères ou si vous connaissez des gens qui y répondent ou pour de plus amples renseignements, nous vous invitons à communiquer avec une des signataires. Si désiré, vous pourrez aussi obtenir un formulaire de consentement.

Marie-Pierre Chabot Inf. M.Sc. (c)

ANNEXE K - QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Code : _____

Questionnaire sociodémographique téléphonique

Membre d'un ordre professionnel :

- OIIQ (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec)
 CMQ (Collège des médecins du Québec)

Année d'obtention du permis de pratique : _____

Nombre d'année d'expérience clinique : _____

Champs de pratique clinique :

- Soins intensifs
 Autres :

Reconnaissance de l'expertise

Quelle(s) est(sont) votre(vos) expérience(s) de collaboration :

- Membre d'un comité :

Reconnaissance(s) ou distinction(s) :

- Publication(s) :

- Activité(s) éducative(s) :

- Activité(s) de recherche :

- Autres :

- Aucune

Quelle(s) est(sont) votre(vos) expérience(s) de soulagement de la douleur :

- Membre d'un comité :

- Reconnaissance(s) ou distinction(s) :

- Publication(s) :

- Activité(s) éducative(s) :

- Activité(s) de recherche :

- Autres :

- Aucune

Quelle(s) est(sont) votre(vos) expérience(s) en soins intensifs :

Membre d'un comité :

Reconnaissance(s) ou distinction(s) :

Publication(s) :

Activité(s) éducative(s) :

Activité(s) de recherche :

Autres :

Aucune

Langues écrites :

Français

Autres :

Genre :

Femme

Homme

Membre d'un regroupement professionnel :

RIISIQ

SIQ

Autre :

Avez-vous été référé par l'un ou l'autre de ces regroupements professionnels

RIISIQ

SIQ

Connaissez-vous d'autres professionnels qui pourraient répondre à ces critères d'inclusions (nom et façon de les contacter)?

Le participant doit avoir une expertise dans au moins deux de ces trois domaines :

Collaboration

Douleur

Soins intensifs

Le participant doit répondre à ces trois critères :

Expérience dans au moins deux des trois domaines ci-haut mentionnés

5 ans et plus d'expérience clinique

Membre d'un ordre professionnel

Si oui, remerciement et explication des étapes à venir (formulaire de consentement, questionnaires Delphi)

Coordonnées :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Code attribué : _____

Sinon, remerciement pour l'intérêt porté

Désire recevoir les résultats de l'étude

Coordonnées :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

ANNEXE L - PROFIL D'EXPERTISE DETAILLE DES PARTICIPANTS INCLUS

**ANNEXE M - LETTRE D'INTRODUCTION AU FORMULAIRE DE
CONSENTEMENT ET D'INSTRUCTION AU PREMIER QUESTIONNAIRE
DELPHI**

Faculté de médecine et des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Le 6 juin 2007

Madame, Monsieur (personnalisé)
Adresse

OBJET : Premier questionnaire pour l'identification des compétences à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Madame, Monsieur (personnalisé),

Je tiens d'abord à vous remercier pour votre intérêt et votre participation à ce projet de recherche. Cette étude a pour but d'identifier les compétences prioritaires à développer afin d'assurer le soulagement de la douleur aux soins intensifs dans une pratique en collaboration centrée sur le patient.

Vous trouverez dans cet envoi : deux enveloppes retour préaffranchies et préadressées, une feuille d'instruction, un questionnaire et deux formulaires de consentement.

Ce premier questionnaire permettra de générer des compétences (ou éléments de compétences) qui serviront de base pour constituer le deuxième questionnaire. À l'aide du second questionnaire, vous serez invitée à prioriser les compétences. Puis le troisième et dernier questionnaire permettra d'établir un consensus.

Afin de préserver votre anonymat, je vous invite à me retourner le questionnaire Delphi et le formulaire de consentement dans des enveloppes séparées.

Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout moment, en toute liberté et sans préjudices. Si vous êtes dans l'impossibilité de répondre à l'un ou l'autre des questionnaires, vous continuerez à recevoir les questionnaires jusqu'à la fin du processus, à moins que vous en fassiez la demande en contactant l'un des membres de l'équipe de recherche.

Vous pouvez me contacter, ainsi que mes directrices, à tout moment pour obtenir davantage de renseignements. Avec mes remerciements, veuillez agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Marie-Pierre Chabot inf. M.Sc. (c)

ANNEXE N - PREMIER QUESTIONNAIRE DELPHI



Faculté de médecine et des sciences de la santé

École des sciences infirmières

Compétences à développer en formation interprofessionnelle
pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le
soulagement de la douleur aux soins intensifs

Programme de sciences cliniques

Chercheur
Marie-Pierre Chabot M.Sc. (c)

Directrices des travaux :
Cécile Michaud, professeure agrégée

Nicole Bolduc, professeure agrégée

Premier questionnaire
Date de retour : au plus tard le 2 juillet 2007
Code : _____

Plusieurs professionnels de la santé constatent que les patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs éprouvent de la douleur qu'il serait possible de mieux soulager. Certains auteurs croient que les patients seraient mieux soulagés si les médecins et les infirmières étaient formés à la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur. Or, une telle formation n'existe pas et les compétences à développer sont à préciser. Cette enquête vise à formuler ces compétences.

Instructions

- ❖ Les questions 1 à 3 du premier questionnaire ont été formulées à partir des compétences que Oandasan et Reeves (2005) ont révisées à la lueur d'une recension des écrits. La liste initiale avait été proposée par Barr (1998). Selon Oandasan et Reeves (2005) un professionnel compétent à la collaboration interprofessionnelle devrait être en mesure de :
 - décrire clairement les rôles et responsabilités des autres professionnels actifs dans le soulagement de la douleur à l'USI ;
 - reconnaître et respecter les rôles, les limites, les responsabilités et les compétences des autres professionnels actifs dans le soulagement de la douleur à l'USI ;
 - travailler ensemble pour évaluer, planifier, fournir et surveiller les soins donnés aux patients pour le soulagement de la douleur à l'USI ;
 - réaliser des changements et résoudre des conflits pour le soulagement de la douleur à l'USI si nécessaire;
 - tolérer les différences, les incompréhensions et les limites des autres professionnels actifs dans le soulagement de la douleur à l'USI ;
 - faciliter les réunions d'équipe et les études de cas avec les autres professionnels actifs dans le soulagement de la douleur à l'USI ;
 - entrer en relation d'interdépendance avec les autres professionnels actifs dans le soulagement de la douleur à l'USI.

- ❖ Pour les questions 1 à 3, énumérez de façon globale, les éléments de compétence à la collaboration qui vous viennent en tête selon qu'elles vous paraissent être des connaissances, des habiletés ou des attitudes nécessaires pour soulager la douleur à l'unité de soins intensifs (USI).

- ❖ Afin de guider le classement des compétences, une description de chaque catégorie, tirée de Bloom (1956), figurera à chacune des questions, ainsi qu'un exemple.

- ❖ Vous pouvez compléter le questionnaire en plusieurs temps.

- ❖ Le formulaire devra être nous être parvenu au plus tard le 2 juillet 2007.

Date limite de réception de votre questionnaire : Le 2 juillet 2007

S'il vous plaît, retournez le questionnaire dans l'une des enveloppes préadressées et préaffranchies, ainsi que le formulaire de consentement dans l'autre enveloppe préadressée et préaffranchie à l'adresse suivante le plus rapidement possible :

Marie-Pierre Chabot a/s Cécile Michaud
 Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil
 École des sciences infirmières
 1111, rue Saint-Charles Ouest
 Tour Ouest, 5e étage, bureau 500
 Longueuil (Québec) J4K 5G4

D'ici quelques semaines, vous recevrez la compilation des données recueillies afin de passer à la deuxième étape qui consistera à classer par ordre d'importance les énoncés de compétences générés par ce premier questionnaire. Prévoyez-vous être disponible les semaines suivantes :

<input type="checkbox"/> 16 juillet	<input type="checkbox"/> 13 août
<input type="checkbox"/> 23 juillet	<input type="checkbox"/> 20 août
<input type="checkbox"/> 30 juillet	<input type="checkbox"/> 27 août
<input type="checkbox"/> 6 août	<input type="checkbox"/> 3 septembre

Merci de votre précieuse collaboration à cette étude.

Marie-Pierre Chabot
 Responsable de l'étude

ANNEXE O - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Des gens de soins et d'excellence

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

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Titre de l'étude : Compétences prioritaires à développer par les infirmières et les médecins pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs, dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP)

Numéro de l'étude 06-125
Organisme subventionnaire (ou Compagnie commanditaire) Aucun

Chercheur principal : Cécile Michaud, directrice de maîtrise, professeure adjointe, École des Sciences infirmières
Nicole Bolduc, directrice de maîtrise, professeure agrégée, École des Sciences infirmières

Chercheur (s) associé (s) : Marie-Pierre Chabot, inf., étudiante à la maîtrise en sciences cliniques, Université de Sherbrooke

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

INTRODUCTION

La douleur aux soins intensifs est difficile à soulager. La collaboration entre les infirmières et les médecins est essentielle pour y parvenir, mais ces derniers doivent y avoir été formés au préalable. Une formation de ce genre n'a pas encore été conçue. De plus, les compétences à développer demeurent toujours inconnues. Votre expertise est donc nécessaire pour les identifier.

Le but de la présente enquête est d'identifier les compétences prioritaires perçues par les infirmières et les médecins à développer en formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs (adulte).

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

La collecte de données sera effectuée selon la technique Delphi, à l'automne 2006. Vous serez appelé à déterminer les compétences que vous jugez essentielles à développer en formation à la collaboration interprofessionnelle, et vous devrez ensuite

2 novembre 2006

CÉR chez l'humain du CHUS
APPROUVÉ : 20-nov-2006

1 de 4

Compétences prioritaires à développer par les infirmières et les médecins pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs, dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP)

CONSENTEMENT

J'ai lu les informations qui précèdent dans ce formulaire de consentement. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. J'accepte volontairement de participer à l'étude décrite dans ce formulaire de consentement.

Nom du participant (lettres moulées) Signature du participant Date

Nom du témoin (lettres moulées) Signature du témoin Date

Nom du chercheur (lettres moulées) Signature du chercheur Date

CALENDRIER

	Détails	Échéanciers
-1 ^{er} contact	◆ Appel téléphonique, lettre ou courriel de présentation du projet de sollicitation à participer	Fin octobre 2006 à la mi-janvier 2007
-Appel téléphonique	◆ Questionnaire sociodémographique	
-1 ^{er} envoi	◆ Formulaire de consentement	
-2 ^e envoi	◆ 1 ^{er} Questionnaire Delphi	Mi-janvier 2007
-3 ^e envoi	◆ 2 ^e questionnaire : vote sur les résultats du premier tour	Début mars 2007
-4 ^e envoi	◆ 3 ^e questionnaire : vote final sur la compilation du vote préliminaire	Mi-avril 2007
-5 ^e envoi	◆ Rapport final envoyé aux participants	Décembre 2007

ANNEXE P - RELANCE AU PREMIER QUESTIONNAIRE DELPHI

En cette période estivale, vous êtes probablement surchargé de travail ou en repos bien mérité!

*Pour ces raisons, la date de retour du questionnaire portant sur la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs a été reportée au **vendredi 3 août 2007**. Il s'agit du questionnaire le plus long des trois. Dans les prochains, il suffira de voter sur les énoncés générés par ce premier questionnaire.*

Si vous avez déjà retourné votre questionnaire, je vous en remercie et veuillez ne pas tenir compte de ce rappel. Vous pouvez aussi vous retirer de l'étude en toute liberté en contactant l'un des membres de l'équipe de recherche.

Au plaisir de vous lire et bonnes vacances!

**ANNEXE Q - LETTRE D'INSTRUCTION AU DEUXIÈME QUESTIONNAIRE
DELPHI POUR LES PARTICIPANTS QUI ONT RÉPONDU AU PREMIER
QUESTIONNAIRE**

Faculté de médecine et des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Le 6 novembre 2007

Personnalisé
Adresse

OBJET : Deuxième questionnaire pour l'identification des compétences à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Madame, Monsieur (personnalisé),

Je tiens d'abord à vous remercier pour votre intérêt et votre participation à ce projet de recherche. Cette étude vise à identifier auprès d'infirmières et de médecins les compétences prioritaires à développer dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs.

Vous avez déjà rempli un premier questionnaire à partir duquel vos commentaires ont été regroupés. Dans ce deuxième envoi, nous vous demandons de valider si le regroupement respecte votre pensée et de prioriser les compétences (ou catégories de compétences) qui vous semblent prioritaires à développer.

Cela ne requerra qu'une vingtaine de minutes. Le questionnaire devra être retourné au plus tard le 6 décembre 2007. En janvier 2008, dans le cadre du troisième et dernier questionnaire un consensus pourra être établi.

Vous trouverez dans cet envoi : une lettre d'introduction, un questionnaire ainsi qu'une enveloppe retour affranchie et adressée.

Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout moment, en toute liberté et sans préjudice. Si vous êtes dans l'impossibilité de répondre à l'un ou l'autre des questionnaires, vous continuerez à recevoir les questionnaires jusqu'à la fin du processus, à moins que vous en fassiez la demande en contactant l'un des membres de l'équipe de recherche.

Vous pouvez communiquer avec moi, ainsi qu'avec mes directrices, à tout moment pour obtenir davantage de renseignements. Avec mes remerciements, veuillez agréer Madame, Monsieur (personnalisé) l'expression de mes sentiments distingués.

**ANNEXE R - LETTRE D'INSTRUCTION AU DEUXIÈME QUESTIONNAIRE
DELPHI POUR LES PARTICIPANTS QUI N'ONT PAS RÉPONDU AU
PREMIER QUESTIONNAIRE**

Faculté de médecine et des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Le 6 novembre 2007

Personnalisé
Adresse

OBJET : Deuxième questionnaire pour l'identification des compétences à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Madame, Monsieur (personnalisé),

Je tiens d'abord à vous remercier pour votre intérêt et votre participation à ce projet de recherche. Cette étude vise à identifier auprès d'infirmières et de médecins les compétences prioritaires à développer dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs.

Comme vous avez été dans l'impossibilité de répondre au premier questionnaire, je vous invite à répondre à celui-ci et à compléter l'information qui vous semble manquante ou incomplète. Vous trouverez dans cet envoi : une lettre d'introduction, un questionnaire, deux formulaires de consentement (un pour vous et un à me retourner ainsi que deux enveloppes retour affranchies et adressées). Afin de préserver votre anonymat, je vous invite à me retourner le questionnaire Delphi et un formulaire de consentement dans des enveloppes séparées.

Ce deuxième questionnaire permettra de cibler les compétences (ou catégories de compétences) qui vous semblent prioritaires à développer chez les infirmières et les médecins oeuvrant à l'USI. Cela ne requerra qu'une vingtaine de minutes. Le questionnaire devra être retourné au plus tard le 6 décembre 2007. En janvier 2008, dans le cadre du troisième et dernier questionnaire un consensus pourra être établi.

Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout moment, en toute liberté et sans préjudice. Si vous êtes dans l'impossibilité de répondre à l'un ou l'autre des questionnaires, vous continuerez à recevoir les questionnaires jusqu'à la fin du processus, à moins que vous en fassiez la demande en contactant l'un des membres de l'équipe de recherche.

Vous pouvez communiquer avec moi, ainsi qu'avec mes directrices, à tout moment pour obtenir davantage de renseignements. Avec mes remerciements, veuillez agréer Madame, Monsieur (personnalisé) l'expression de mes sentiments distingués.

ANNEXE S - DEUXIÈME QUESTIONNAIRE DELPHI



Faculté de médecine et des sciences de la santé

École des sciences infirmières

Compétences à développer en formation interprofessionnelle
pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Programme de sciences cliniques

Chercheur

Marie-Pierre Chabot M.Sc. (c)

Directrices des travaux :

Cécile Michaud, professeure agrégée

Nicole Bolduc, professeure agrégée

Résumé :

Plusieurs professionnels de la santé constatent que les patients hospitalisés dans une unité de soins intensifs (USI) éprouvent de la douleur qu'il serait possible de mieux les soulager. Certains auteurs croient que les patients seraient mieux soulagés si les médecins et les infirmières étaient formés à la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur. Or, une telle formation n'existe pas. Cette étude vise à identifier auprès d'infirmières et de médecins les compétences prioritaires à développer dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs.

Dans un premier temps, vous avez été invité(e) à lister les compétences spécifiques de la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur à l'USI à l'aide des compétences générales à la collaboration interprofessionnelle proposée par Oandasan et Reeves (2005) tout en suivant la classification des types d'apprentissage proposée par Bloom en 1956 (connaissances, attitudes et habiletés). Vous avez été très généreux et généreuses!

Les commentaires reflétant des pensées similaires ont été regroupés et formulés en énoncés qui, selon notre compréhension, mettent en lumière cinq grandes catégories de compétence. Ces dernières comprennent les connaissances, les habiletés et les attitudes situées dans le contexte particulier relié au soulagement de la douleur à l'USI. Ces catégories sont :

1. Anticiper et prévenir la douleur des patients hospitalisés à l'unité des soins intensifs.
2. Détecter, évaluer et monitorer (ou surveiller) la douleur chez les patients hospitalisés à l'unité des soins intensifs.
3. Soulager la douleur des patients hospitalisés à l'unité des soins intensifs.
4. Adapter la gestion de la douleur à l'unité des soins intensifs en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent.
5. Partager ses connaissances sur la douleur et son soulagement avec les partenaires de soins à l'unité des soins intensifs : patient, famille, médecin (dont l'anesthésiste, le psychiatre), infirmière, pharmacien, préposé aux bénéficiaires et, selon le cas, physiothérapeute, inhalothérapeute, psychologue, travailleur social, infirmière de liaison.

L'exercice du jugement clinique demeure un préalable important au processus du soulagement de la douleur en collaboration à l'USI.

Instructions :

- ❖ Pour la section 1 : exercice de validation et de priorisation.
Chaque catégorie est présentée dans un tableau dans lequel les énoncés sont numérotés. Nous vous demandons à cette étape de valider les regroupements et vérifier si ceux-ci reflètent bien votre pensée. De plus, il est nécessaire de prioriser les éléments de compétences qui vous semblent nécessaires de développer en formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur à l'USI.
 - ◇ Référez-vous aux tableaux des pages 3 à 8.
 - ◇ Dans un *premier temps*, veuillez valider si les informations que vous nous avez données ont été classées dans la bonne catégorie et reflètent bien votre pensée. À la fin des énoncés, vous retrouverez les codes de participants. Votre code est : ___ et il sera surligné en jaune. Je vous invite à nous indiquer si le sens de vos commentaires a été respecté, à ajouter, à enlever, à corriger les éléments qui ne correspondent pas vos idées originales. Sur les lignes mises à votre disposition sous les tableaux, veuillez indiquer le numéro de l'énoncé auquel vous faites référence puis y inscrire vos commentaires.
 - ◇ Dans un *deuxième temps*, veuillez encercler (ou surligner au marqueur) les éléments de compétence que vous considérez comme prioritaire à être transmis dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur à l'USI, et ce, pour chacune des catégories.
- ❖ Pour la section 2, tous les professionnels qui ont été nommés dans le premier questionnaire ont été listés en ordre alphabétique. Vous devez attribuer une cote de 1 à 7, 1 étant le professionnel dont la présence est la plus importante à intégrer à une formation à la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur à l'USI, et 7 étant le professionnel dont la présence est souhaitable, mais moins importante.
- ❖ Le formulaire devra nous être parvenu au plus tard le 6 décembre 2007.

Question 1 : validation et priorisation

I. Anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés à l'USI

Connaissances	Attitudes	Habiletés	Contexte
<p>1. Comprendre les mécanismes anatomophysiopathologiques de la douleur ainsi que son impact sur l'évolution du patient. 1-3-4-8-10-11-13-16-17-20-23-25-27-28</p> <p>2. Distinguer les types de douleur (nature, manifestation) et les facteurs influençant l'intensité de la douleur. 16-17-20-23-24-25-28</p> <p>3. Identifier les activités et les situations nociceptives. 3-10-30</p> <p>4. Reconnaître les éléments de l'environnement qui peuvent contribuer au confort ou entraîner la douleur. 24-28</p>	<p>5. Adopter une approche biopsychosociale pour anticiper et prévenir la douleur. 3-18-27</p> <p>6. Faire preuve d'empathie (<i>assume pain is present</i>) et de respect. 1-3-6-9-10-11-15-16-23-24-25-26-27-28</p> <p>7. Réduire, quand c'est possible, l'incertitude associée à l'évolution de l'état de santé. 1-3-11-24-27</p>	<p>8. Réaliser un examen et une entrevue cliniques (enseignement). 4-5-15-17-20-25-27-30</p> <p>9. Modifier les facteurs environnementaux qui mènent à la douleur ou qui nuisent à son soulagement. 1-6-11-23-24-27</p> <p>10. Assurer le confort des patients (température, cycle, lit, etc.). 6-17-20-24-27</p> <p>11. Réduire au maximum les activités et les situations nociceptives. 6-10-24-27</p>	<p>12. Tenir compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie). 1-3-15-17-18-20-28-30</p> <p>-----</p> <p>13. Tenir compte de la situation clinique du patient (intubé, ventilé, inconscient, curarisé, etc.). 24-25-30</p>

Section 1 (suite) : validation et priorisation

II. Détecter, évaluer et monitorer (ou soulager) la douleur chez les patients hospitalisés à l'USI

Connaissances	Attitudes	Habiletés	Contexte
<p>14. Distinguer les phénomènes connexes à la douleur (ex. anxiété, delirium, fatigue, détresse, sevrage, etc.). 3-8-17-18-27</p> <p>15. Distinguer la sédation et l'analgésie. 8-9-15</p> <p>16. Décrire les signes et symptômes de la douleur (indicateurs). 1-5-9-13-24-26-27</p> <p>17. Critiquer les différents moyens et outils pour évaluer et autoévaluer la douleur. 1-3-6-9-10-11-13-16-18-23-24-26-27-28-30</p>	<p>18. Être attentif aux signes et symptômes de la douleur. 6-13</p> <p>19. Préférer l'autoévaluation de la douleur, quand celle-ci est possible. 17</p> <p>20. Choisir une grille d'observation des comportements de la douleur, quand c'est nécessaire. 1-9</p> <p>21. « Croire le patient ». Adopter une attitude de confiance. 1-3-5-6-13-15-30</p>	<p>22. Objectiver et interpréter les signes et symptômes de la douleur. 6-13-15-17-18-20-23-24-26-27-28</p> <p>23. Schématiser la localisation de la douleur. 24</p> <p>24. Utiliser les moyens d'évaluation de la douleur. 5-9-11-17</p>	<p>25. Faire des choix en tenant compte l'état de conscience et les capacités de communication du patient. 1-6-9-13-17-26</p> <p>26. Tenir compte des caractéristiques liées au problème de santé, à la personne, à sa condition clinique et à sa douleur pour choisir la fréquence et le moment d'évaluer la douleur. 6-13-18-23</p>

Section 1 (suite) : validation et priorisation

III. Soulager la douleur des patients hospitalisés à l'USI

Connaissances	Attitudes	Habilités	Contexte
<p>27. Expliquer les mécanismes d'action (indication, contre-indication, pic d'action, etc.) des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur. 1-3-4-5-6-8-10-13-15-17-18-20-24-25-26-27-28-30</p> <p>28. Pour les moyens pharmacologiques, connaître la posologie (équivalences) et la voie d'administration. 5-6-9-13-15-30</p> <p>29. Distinguer les effets secondaires des effets désirés. 3-5-6-9-17-18-20-25-26-27-30</p> <p>30. Reconnaître les interactions médicamenteuses. 6-8-13-30</p> <p>31. Distinguer les bonnes et les moins bonnes pratiques de soulagement de la douleur. 1-3-4-9-15-16-20-24-25-26</p>	<p>32. Tenir compte des considérations éthiques (valeurs) et déontologiques (codes et lois) associés au soulagement de la douleur. 3-11-15-16-20</p> <p>33. Critiquer les mythes et croyances entourant le soulagement la douleur. 1-15-16-17</p> <p>34. Adopter des attitudes de prudence et de sécurité. 6-9</p>	<p>35. Préparer, administrer et surveiller les moyens pharmacologiques (opiacés et non opiacés) et non pharmacologiques (mobilisation, massage, application du chaud ou du froid, distraction, imagerie mentale, musique, etc.) pour soulager la douleur. 1-6-8-9-11-13-15-17-18-20-24-25-26-27-30</p> <p>36. Faire fonctionner et surveiller les équipements qui soutiennent l'administration des moyens pharmacologiques (ex. PCA) ou les moyens non pharmacologiques (ex. TENS). 6-9</p>	<p>37. Faire des choix en tenant compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient. 1-4-6-9-11-13-24-27-28</p> <p>38. Recourir judicieusement à la prescription <i>prn</i>. 4-6-9-13</p> <p>39. Adapter sa réaction en fonction de l'urgence (priorité) et du contexte. 1-6-23-24-30</p> <p>40. Tenir compte des ressources disponibles. 20-23</p>

Section 1 (suite) : validation et priorisation

IV. Adapter la gestion de la douleur à l'USI en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent

Connaissances	Attitudes	Habiletés	Contexte
<p>41. Identifier les ressources disponibles pour le soulagement de la douleur (entre autres, RNAO, 2002). 1-5-8-11-16-30</p> <p>42. Synthétiser les nouvelles données probantes issues de la recherche. 4-24</p>	<p>43. Privilégier les préférences du patient. 1-11-18-27</p> <p>44. Être à l'affût des données probantes et des changements. 16</p> <p>45. Avoir le souci d'améliorer ses connaissances. 15-24-30</p> <p>46. Tolérer l'ambiguïté. 16</p> <p>47. Adopter une attitude de rigueur (et non de rigidité) et viser l'excellence. 1-3-4-17-20-23-24-28</p>	<p>48. Discuter, prendre des décisions et intégrer les nouvelles pratiques probantes. 26</p>	<p>49. Adapter les protocoles en tenant compte des ressources et de l'état du patient. 1-6-10-11-26</p>

Section 1 (suite) : validation et priorisation

- V. Partager ses connaissances sur la douleur et son soulagement avec les partenaires de soins de l'USI : patient, famille, médecin (dont l'anesthésiste, le psychiatre), infirmière, pharmacien, préposé aux bénéficiaires et, selon le cas, physiothérapeute, inhalothérapeute, psychologue, travailleur social, infirmière de liaison

Connaissances	Attitudes	Habiletés	Contexte
50. Identifier les partenaires de soins et clarifier leur rôle et fonction à partir d'un cadre de référence commun (loi 90 + Ste-Marie, 2002, CANNEDS) pour le soulagement de la douleur : patient, famille, membres de l'équipe de soins. 1-4-6-8-10-11-15-16-28	54. Valoriser l'importance et l'imputabilité de tous les partenaires de soins pour le soulagement de la douleur. 3-5-6-28	61. Établir une relation de partenariat (écoute, dialogue, compréhension, communication efficace, échange...). 1-3-4-5-6-8-9-10-11-13-15-16-24-25-26-27-28-30	67. Adapter sa communication et sa relation en tenant compte du rôle joué par le partenaire de soins, en utilisant des approches variées (dont l'humour). 1-9-15-28-30
51. Distinguer la responsabilité professionnelle et le corporatisme. 4-6-23-28	55. Déceler les besoins de communication et d'enseignement. 15-17-24-25	62. Défendre la cause des patients, les mettre au centre des préoccupations. 1-3-5-11-15-16-28-30	----- 68. Développer des moments de partage des connaissances selon le contexte : conférence, discussion de cas, tournées, etc. 3-8-10-20-23-24-28-30
52. Expliquer le fonctionnement en équipe et les principes de la collaboration professionnelle (comprenant la communication). 1-3-6-8-10-11-23	56. Adopter une philosophie commune de soin centrée sur le patient et sa famille. 1-6-9-17-28	63. Documenter l'évaluation et le soulagement de la douleur en utilisant un langage scientifique (ou un protocole) partagé par l'équipe. 1-6-16-23	----- 69. Développer des moments de partage des réussites selon le contexte : reconnaissance, renforcement, etc. 3-6-8-9-20
53. Décrire les étapes du processus de résolutions de problèmes, de gestion de conflits et d'établissement de consensus. 1-8-10	57. Adopter une définition commune de la douleur et des objectifs communs de soulagement. 3-4-5-6-9-20-23-27-28	64. Gérer les conflits et négocier devant la divergence afin d'établir un consensus (argumenter pour défendre ses opinions). 1-3-4-5-8-16-24-28-30	-----
	58. Adopter une ouverture au dialogue pour communiquer ses décisions relatives au plan de soin. 1-3-4-5-8-9-10-11-13-15-16-18-20-24-25-26-27-28-30	65. Développer des protocoles interprofessionnels. 1-3-5-6-10-11-16-23-24-26-28	-----
	59. Reconnaître ses limites et ses forces. 4-5-9-10-11-15-16-17-20-28-30	66. Contribuer à l'amélioration des connaissances sur la douleur et son soulagement. 24	-----
	60. Respecter ses engagements et faire preuve de ténacité. 1-30		

Section 2

Lors du premier tour, les membres de l'équipe de soins suivants ont été suggérés afin de les inclure dans une formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs?

Mettez en ordre d'importance les 7 professionnels que vous considérez qu'il serait bon d'inclure dans une formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs et expliquez votre choix (1 étant le plus important).

_____	Ergothérapeutes :
_____	Familles :
_____	Gestionnaires :
_____	Infirmières de liaison :
_____	Inhalothérapeutes :
_____	Médecins anesthésistes :
_____	Médecins psychiatres :
_____	Médecins résidents :
_____	Médecins traitants :
_____	Patients :
_____	Pharmaciens :
_____	Physiothérapeutes :
_____	Préposés aux bénéficiaires :
_____	Psychologues :
_____	Travailleurs sociaux :
_____	Autre(s) :

Questions et commentaires

Date limite de réception de votre questionnaire : Le 6 décembre 2007

S'il vous plaît, retournez le questionnaire dans l'enveloppe adressée et affranchie à l'adresse suivante le plus rapidement possible :

Marie-Pierre Chabot a/s Cécile Michaud
Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil
École des sciences infirmières
1111, rue Saint-Charles Ouest
Tour Ouest, 5e étage, bureau 500
Longueuil (Québec) J4K 5G4

Merci de votre précieuse collaboration à cette étude.

Marie-Pierre Chabot
Responsable de l'étude

ANNEXE T - RELANCE AU DEUXIÈME QUESTIONNAIRE DELPHI

Avec la frénésie habituelle que la période des Fêtes entraîne, vous êtes probablement sollicité de toute part.

*De ce fait, la date de retour du questionnaire portant sur la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs a été reportée au **mardi 18 décembre 2007**.*

Si vous avez déjà retourné votre questionnaire, je vous en remercie et veuillez ne pas tenir compte de ce rappel. Vous pouvez aussi vous retirer de l'étude en toute liberté en contactant l'un des membres de l'équipe de recherche.

En espérant recevoir vos questionnaires en cadeau!

Marie-Pierre Chabot Inf. M.Sc. (c)

**ANNEXE U - REMERCIEMENT AUX PARTICIPANTS QUI AVAIENT DÉJÀ
RÉPONDU AU DEUXIÈME QUESTIONNAIRE**

Avec la frénésie habituelle que la période des Fêtes entraîne, vous êtes probablement sollicité de toute part.

Je tiens à vous remercier d'avoir pris le temps de compléter le questionnaire portant sur la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs.

À la mi-janvier, vous recevrez le troisième et dernier questionnaire afin d'en arriver à un consensus.

Au plaisir de vous lire!

Marie-Pierre Chabot Inf. M.Sc. (c)

**ANNEXE V - LETTRE D'INSTRUCTION AU TROISIÈME QUESTIONNAIRE
DELPHI POUR LES PARTICIPANTS QUI ONT RÉPONDU AU DEUXIÈME
QUESTIONNAIRE**



Faculté de médecine et des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Le 12 février 2008

Madame, Monsieur (personnalisé)
Adresse

OBJET : Dernière phase de l'étude pour identifier des compétences à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Madame, Monsieur (personnalisé),

Nous tenons d'abord à vous remercier pour votre intérêt tout au long du processus qui vise à identifier les compétences prioritaires à développer chez les infirmières et les médecins oeuvrant dans une unité de soins intensifs dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur.

Nous vous demandons aujourd'hui, pour une **dernière fois**, de réagir aux priorités identifiées afin d'arriver à un consensus final sur les éléments de compétence qui constitueront le plan de cours d'une formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs. Nous estimons que cet exercice vous prendra une vingtaine de minutes. Le questionnaire devra être retourné **au plus tard le 7 mars 2008**. D'ici quelques mois, vous recevrez un résumé de l'étude.

Vous trouverez dans cet envoi : cette lettre d'introduction, un questionnaire et un document complémentaire ainsi qu'une enveloppe retour affranchie et adressée.

Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout moment, en toute liberté et sans préjudice. Vous continuerez à recevoir les documents jusqu'à la fin du processus, à moins que vous en fassiez la demande en contactant l'un des membres de l'équipe de recherche.

Vous pouvez communiquer avec moi, ainsi qu'avec mes directrices, à tout moment pour obtenir davantage de renseignements. Avec mes remerciements, veuillez agréer Madame, Monsieur (personnalisé) l'expression de mes sentiments distingués.

Marie-Pierre Chabot inf. M.Sc. (c)

**ANNEXE W - LETTRE D'INSTRUCTION AU TROISIÈME QUESTIONNAIRE
DELPHI POUR LES PARTICIPANTS QUI N'ONT PAS RÉPONDU AU
DEUXIÈME QUESTIONNAIRE**



Faculté de médecine et des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Le 12 février 2008

Madame, Monsieur (personnalisé)
Adresse

OBJET : Dernière chance d'exprimer votre opinion concernant l'identification des compétences à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Madame, Monsieur (personnalisé),

Nous tenons d'abord à vous remercier pour votre intérêt tout au long du processus qui vise à identifier les compétences prioritaires à développer chez les infirmières et les médecins oeuvrant dans une unité de soins intensifs dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur.

Nous vous demandons aujourd'hui, pour une dernière fois, de réagir aux priorités identifiées afin d'arriver à un consensus final sur les éléments de compétence qui constitueront le plan de cours d'une formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs. Nous estimons que cet exercice vous prendra une vingtaine de minutes. Le questionnaire devra être retourné **au plus tard le 7 mars 2008**. D'ici quelques mois, vous recevrez un résumé de l'étude.

Comme vous avez été dans l'impossibilité de répondre au questionnaire précédent, nous vous invitons à répondre à celui-ci. Votre opinion est importante.

Vous trouverez dans cet envoi : cette lettre d'introduction, un questionnaire et un document complémentaire ainsi qu'une enveloppe retour affranchie et adressée.

Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout moment, en toute liberté et sans préjudice. Vous continuerez à recevoir les documents jusqu'à la fin du processus, à moins que vous en fassiez la demande en contactant l'un des membres de l'équipe de recherche.

Vous pouvez communiquer avec moi, ainsi qu'avec mes directrices, à tout moment pour obtenir davantage de renseignements. Avec mes remerciements, veuillez agréer Madame, Monsieur (personnalisé) l'expression de mes sentiments distingués.

Marie-Pierre Chabot inf. M.Sc. (c)

**ANNEXE X - LETTRE D'INSTRUCTION AU TROISIÈME QUESTIONNAIRE
DELPHI POUR LES PARTICIPANTS QUI N'ONT PAS RÉPONDU AU
PREMIER ET AU DEUXIÈME QUESTIONNAIRE**

Faculté de médecine et des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Le 12 février 2008

Madame, Monsieur (personnalisé)
Adresse

OBJET : Dernière chance d'exprimer votre opinion concernant l'identification des compétences à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Madame, Monsieur (personnalisé),

Nous tenons d'abord à vous remercier pour votre intérêt tout au long du processus qui vise à identifier les compétences prioritaires à développer chez les infirmières et les médecins oeuvrant dans une unité de soins intensifs dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur.

Nous vous demandons aujourd'hui, pour une **dernière fois**, de réagir aux priorités identifiées afin d'arriver à un consensus final sur les éléments de compétence qui constitueront le plan de cours d'une formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs. Nous estimons que cet exercice vous prendra une vingtaine de minutes. Le questionnaire devra être retourné **au plus tard le 7 mars 2008**. D'ici quelques mois, vous recevrez un résumé de l'étude.

Comme vous avez été dans l'impossibilité de répondre au(x) questionnaire(s) précédent(s), nous vous vous invitons à répondre à celui-ci. Votre opinion est importante.

En plus de cette lettre d'introduction, vous trouverez dans le présent envoi un questionnaire, un document complémentaire et une enveloppe retour affranchie et adressée. Si vous n'avez pas répondu aux envois précédents, vous noterez la présence de deux formulaires de consentement ainsi que d'une deuxième enveloppe. Afin de préserver votre anonymat, je vous invite à me retourner le questionnaire Delphi et un formulaire de consentement signé dans des enveloppes séparées.

Vous pouvez vous retirer de l'étude en tout moment, en toute liberté et sans préjudice. Vous continuerez à recevoir les documents jusqu'à la fin du processus, à moins que vous en fassiez la demande en contactant l'un des membres de l'équipe de recherche.

Vous pouvez communiquer avec moi, ainsi qu'avec mes directrices, à tout moment pour obtenir davantage de renseignements. Avec mes remerciements, veuillez agréer Madame, Monsieur (personnalisé) l'expression de mes sentiments distingués.

Marie-Pierre Chabot inf. M.Sc. (c)

ANNEXE Y - TROISIÈME QUESTIONNAIRE DELPHI



Faculté de médecine et des sciences de la santé

École des sciences infirmières

Dernière phase de l'étude

Des compétences à développer en formation interprofessionnelle pour une pratique
en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Programme de sciences cliniques

Chercheur

Marie-Pierre Chabot M.Sc. (c)

Directrices des travaux :

Cécile Michaud, professeure agrégée

Nicole Bolduc, professeure agrégée

Date de retour : 7 mars 2008

Code : _____

À son terme, cette étude aura créé un **plan de cours pour une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient visant le soulagement de la douleur. Cette formation pourra être donnée aux infirmières et aux médecins des soins intensifs** du Québec puisqu'il représentera un consensus d'experts couvrant l'ensemble du territoire québécois.

Jusqu'à maintenant, 4 grandes étapes ont permis de se rapprocher du but :

- 1) Vous avez d'abord été invité (e) à lister les compétences spécifiques de la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur à l'USI à l'aide de compétences générales à la collaboration interprofessionnelle tout en suivant une classification en fonction de types d'apprentissage (connaissances, attitudes et habiletés).
- 2) Cinq grandes compétences ont ainsi été mises en lumière. Ces dernières renferment plusieurs éléments de compétences classés en fonction qu'ils soient des connaissances, des habiletés ou des attitudes situées dans le contexte particulier relié au soulagement de la douleur à l'USI.
- 3) Vous avez ensuite dû établir des priorités au sein des éléments de compétence. Une priorité est définie comme étant le fait pour quelque chose de passer devant les autres, de venir avant les autres en raison de son importance.
- 4) Un consensus préliminaire vous est aujourd'hui présenté. Chaque élément de compétence a été classé dans l'une des catégories suivantes : consensus, opinions mitigées ou éléments non-priorisés. Ils ont été classés dans ces catégories en fonction des critères suivants :
 - ◇ [redacted] : 50 % et plus des répondants des **deux groupes** (infirmières et médecins) **ont priorisé** l'élément de compétence.
 - ◇ Opinions mitigées : 50 % et plus des répondants **d'un des deux groupes ont priorisé** l'élément de compétence, l'autre groupe ne l'ayant pas priorisé (49 % et moins).
 - ◇ [redacted] : 50 % et plus des répondants des **deux groupes** (infirmières et médecins) **n'ont pas priorisé** l'élément de compétence.

Ainsi, le plan de cours créé à la lueur de cette étude sera constitué uniquement des éléments de compétences qui obtiendront un **consensus**, soit 50 % et plus des répondants des **deux groupes** (infirmières et médecins) qui les auront priorisés. Gardez bien cette idée en tête lorsque vous complèterez ce dernier questionnaire vous permettant d'exprimer votre opinion d'expert.

Instructions :

- ❖ Section 1 : Consensus final des compétences à prioriser

Référez-vous aux tableaux des pages 3 à 7.

Vous devrez faire les exercices suivants pour les 5 compétences :

- 1) Veuillez cocher dans la case prévue à cet effet, si vous considérez que les éléments de compétences qui ont obtenu une opinion mitigée devraient être priorités ou non dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée à des médecins et des infirmières de soins intensifs dans le but de mieux soulager la douleur.

Référez-vous au **document complémentaire** aux pages 1 à 4.

- 2) En ayant en tête l'organisation d'une formation interprofessionnelle pour des médecins et des infirmières d'unités de soins intensifs afin d'améliorer la collaboration pour le soulagement de la douleur, veuillez cocher, dans la case prévue à cette fin, les éléments de compétences qui [REDACTED] mais que vous considérez important d'intégrer à la formation.
- 3) Veuillez donner votre opinion sur les commentaires compilés.

- ❖ Section 2 : Consensus final des professionnels à inclure dans une formation interprofessionnelle

Les professionnels qui ont été priorités dans le deuxième questionnaire ont été listés en fonction de l'importance que vous leur avez accordée. Vous devrez exprimer votre accord ou non avec cette liste.

- ❖ N'oubliez pas qu'il s'agit de la **dernière phase de l'étude!**
- ❖ Le formulaire devra nous être parvenu au plus tard le **7 mars 2008**.

Date de retour : 7 mars 2008

Section 1

I. Pour anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :

	Sur le plan des connaissances :	Sur le plan des attitudes :	Sur le plan des habiletés :	En tenant compte du contexte :
Consensus	1. Comprendre les mécanismes anatomophysiopathologiques de la douleur ainsi que son impact sur l'évolution du patient. 1-3-4-6-8-11-12-13-15-16-21-23-24-27-28-30	6. Faire preuve d'empathie (<i>assume pain is present</i>) et de respect. 1-3-4-6-8-9-11-13-15-21-23-24-27-28-30	9. Modifier les facteurs environnementaux qui mènent à la douleur ou qui nuisent à son soulagement. 1-3-8-9-11-12-13-15-16-21-23-24-27-28-30	12. En tenant compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie). 1-3-6-8-9-12-13-15-16-21-24-27-28-30
	2. Distinguer les types de douleur (nature, manifestation) et les facteurs influençant l'intensité de la douleur. 1-4-8-11-12-13-15-16-21-24-27-28-30			13. En tenant compte de la situation clinique du patient (intubé, ventilé, inconscient, curarisé, etc.). 3-4-6-8-9-12-16-23-24-27-30

À prioriser
Non-priorisé

10. Assurer le confort des patients (température, cycle, lit, etc.). 1-3-6-9-11-12-15-21-24-27-30

Opinions
mitigées

Date de retour : 7 mars 2008

II. Pour détecter, évaluer et monitorer (ou surveiller) la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :

	Sur le plan des connaissances :	Sur le plan des attitudes :	Sur le plan des habiletés :	En tenant compte du contexte :
Consensus	17. Critiquer les différents moyens et outils pour évaluer et autoévaluer la douleur. 3-4-6-8-9-11-12-16-21-24-27-30	18. Être attentif aux signes et symptômes de la douleur. 4-6-8-9-12-13-15-23-24-27-30	22. Objectiver et interpréter les signes et symptômes de la douleur. 1-3-4-6-8-9-12-13-15-21-23-24-27-28	
		21. « Croire le patient ». Adopter une attitude de confiance. 1-3-4-11-12-13-15-21-24-27-28-30		

À prioriser
Non-priorisé

À prioriser
Non-priorisé

À prioriser
Non-priorisé

25. Faire des choix en tenant compte l'état de conscience et les capacités de communication du patient. 1-3-4-9-1-12-21-24-27-28-30

20. Choisir une grille d'observation des comportements de la douleur, quand c'est nécessaire. 1-3-8-9-11-12-15-16-24-30

15. Distinguer la sédation et l'analgésie. 3-4-6-8-9-11-12-15-16-24-30

Opinions mitigées

16. Décrire les signes et symptômes de la douleur (indicateurs). 1-3-4-9-11-12-21-24-27-28-30

Date de retour : 7 mars 2008

III. Pour soulager la douleur des patients hospitalisés aux soins intensifs, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :

	Sur le plan des connaissances :	Sur le plan des attitudes :	Sur le plan des habiletés :	En tenant compte du contexte :
Consensus	27. Expliquer les mécanismes d'action (indication, contre-indication, pic d'action, etc.) des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur. 1-3-4-6-8-11-12-13-15-16-21-23-24-27-28-30		35. Préparer, administrer et surveiller les moyens pharmacologiques (opiacés et non opiacés) et non pharmacologiques (mobilisation, massage, application du chaud ou du froid, distraction, imagerie mentale, musique, etc.) pour soulager la douleur. 1-3-4-8-9-11-12-13-15-21-23-24-27-28-30	
	28. Pour les moyens pharmacologiques, connaître la posologie (équivalences) et la voie d'administration. 1-3-6-9-11-12-13-15-24-30			
	29. Distinguer les effets secondaires des effets désirés. 1-3-6-9-12-13-15-27-28-30			

À prioriser
Non-priorisé

À prioriser
Non-priorisé

Opinions mitigées
31. Distinguer les bonnes et les moins bonnes pratiques de soulagement de la douleur. 1-3-4-9-11-12-15-16-21-24-28

37. Faire des choix en tenant compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient. 1-3-4-8-9-11-12-15-21-24-27-28

Date de retour : 7 mars 2008

IV. Pour adapter la gestion de la douleur aux soins intensifs en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :

	Sur le plan des connaissances :	Sur le plan des attitudes :	Sur le plan des habiletés :	En tenant compte du contexte :
Consensus	42. Synthétiser les nouvelles données probantes issues de la recherche. 1-3-4-6-8-12-16-21-23-24-30	47. Adopter une attitude de rigueur (et non de rigidité) et viser l'excellence. 1-3-4-6-8-11-12-23-24-27-28-30		

Opinions
mitigées

À prioriser
Non-priorisé

À prioriser
Non-priorisé

48. Discuter, prendre des décisions et intégrer les nouvelles pratiques probantes. 1-3-4-6-8-9-12-21-24-27-30

49. Adapter les protocoles en tenant compte des ressources et de l'état du patient. 1-3-8-9-12-15-24-27-28-30

V. Pour partager ses connaissances sur la douleur et son soulagement avec les partenaires de soins aux soins intensifs, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :

	Sur le plan des connaissances :	Sur le plan des attitudes :	Sur le plan des habiletés :	En tenant compte du contexte :
Consensus	50. Identifier les partenaires de soins et clarifier leur rôle et fonction à partir d'un cadre de référence commun (loi 90 + Ste-Marie, 2002, CANMEDS) pour le soulagement de la douleur : patient, famille, membres de l'équipe de soins. 1-3-4-6-11-12-16-21-24-27-28-30	57. Adopter une définition commune de la douleur et des objectifs communs de soulagement. 1-3-4-5-6-8-9-12-21-23-24-27-28	61. Établir une relation de partenariat (écoute, dialogue, compréhension, communication efficace, échange...). 1-3-4-5-6-8-9-11-12-13-15-16-21-24-27-28-30	68. Développer des moments de partage des connaissances selon le contexte : conférence, discussion de cas, tournées, etc. 1-3-5-8-9-12-21-23-24-27-28-30
	52. Expliquer le fonctionnement en équipe et les principes de la collaboration professionnelle (comportement de communication). 1-3-4-5-6-8-11-12-13-15-23-28-30	58. Adopter une ouverture au dialogue pour communiquer ses décisions relatives au plan de soin. 1-3-4-8-9-11-12-13-15-16-21-24-27-28-30	65. Développer des protocoles interprofessionnels. 1-3-4-5-6-8-11-12-13-16-21-23-24-28-30	

59. Reconnaître ses limites et ses forces. 3-4-8-9-11-12-13-15-23-30

À prioriser

Non-priorisé

63. Documenter l'évaluation et le soulagement de la douleur en utilisant un langage scientifique (ou un protocole) partagé par l'équipe. 1-6-8-9-11-12-15-16-23-30

À prioriser

Non-priorisé

Opinions mitigées

Section 2

Les éléments de compétences priorités par cette étude serviront à donner une formation aux **infirmières** et aux **médecins** qui œuvrent en soins intensifs : ils sont donc déjà inclus. Comme il s'agit d'une **formation continue** pour les professionnels qui sont déjà en pratique, les **étudiants** (stagiaires, résidents, etc.) ont été écartés. De plus, le **patient** et la **famille** ont aussi été exclus puisqu'il ne s'agit pas de professionnels, leur collaboration dans les soins demeure tout de même cruciale.

Vous retrouverez dans la première colonne du tableau les professionnels que vous avez priorités lors du vote préliminaire. Vous trouverez aussi la liste des raisons énoncées pour justifier leur importance.

Veillez indiquer, sur une échelle de 1 à 7 (1 étant le plus important), quels sont les professionnels qui doivent absolument être intégrés dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient afin de mieux soulager la douleur des patients aux soins intensifs :

Kane préliminaire	Professionnels	Justifications données par les répondants dans le 1 ^{er} et 2 ^e questionnaire	Nouveau rang
1	Médecins traitants	Peuvent être impliqués dans la prescription de traitement pour soulagement de la douleur et des traitements nécessitant une analgésie. Assure le suivi du patient, il a la responsabilité du patient, de la qualité des soins.	
2	Pharmaciens	Ce sont les spécialistes des médicaments (ajustements, posologie, prévenir les interactions médicamenteuses, conseils, enseignement, groupe de travail, création de protocoles) car les patients de soins intensifs sont très médicamentés.	

3	Médecins anesthésistes	Ce sont les experts en soulagement de la douleur, prescripteurs de première ligne aux soins intensifs (choix thérapeutique : à la sortie de la salle d'opération, ACP, épidurale) Membre de l'équipe SAPO dans certains milieux.
4	Physiothérapeutes	Leur rôle est directement concerné, car leurs interventions sont des sources potentielles de douleur (mobilisation, réhabilitation). Ils sont spécialistes de la mécanique corporelle. Utilisation de méthodes alternatives à la médication pour le soulagement de la douleur.
5	Infirmières de liaison	Contact le plus significatif avec le patient. Personne centrale des soins aux patients. Pour préparer pour après le séjour aux soins intensifs, organise le soutien familial et social.
6	Préposés aux bénéficiaires	Important, mais pas au même niveau de formation. Attitudes, reconnaissance. Importance lors des procédures et des mobilisations (aide pour les bains, maintien du confort, écoute active).
7	Inhalothérapeutes	Traitements (ex : clapping, toilette trachéobronchique) qui peuvent être une source de douleur. Ajustement des modes de ventilation pour augmenter le confort. Présents auprès du patient régulièrement. Puisque les analgésiques induisent un risque de dépression respiratoire à forte dose.
8	Infirmière clinicienne spécialisée en gestion de la douleur et/ou soins intensifs	Car elles ont beaucoup d'expériences cliniques en soulagement de la douleur, expertise importante.
9	Ergothérapeutes	Importance lors des procédures. Mobilisation et évaluation des besoins du patient (surface...), traitements.
10	Psychologues	Rôle important, soins dans un milieu de stress. Lien étroit entre la douleur et l'anxiété. Pour préparer pour après le séjour aux soins intensifs.
11	Médecins psychiatres	Car le concept de la douleur est souvent entremêlé avec le délirium, psychose, etc.
12	Travailleurs sociaux	Pour préparer pour après le séjour aux soins intensifs, organise le soutien familial et social.
13	Gestionnaires	Idee globale, attitudes. Pour la compréhension des coûts.

Questions ou commentaires :

1) Concernant les compétences prioritaires à développer en formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

2) Concernant le choix des professionnels à inclure dans une formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

3) Concernant le processus utilisé dans cette étude

Date limite de réception de votre questionnaire : Le 7 mars 2008

S'il vous plaît, retournez le questionnaire et le document complémentaire dans l'enveloppe adressée et affranchie à l'adresse suivante le plus rapidement possible :

Marie-Pierre Chabot a/s Cécile Michaud
Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil
École des sciences infirmières
1111, rue Saint-Charles Ouest
Tour Ouest, 5^e étage, bureau 500
Longueuil (Québec) J4K 5G4

Merci de votre précieuse collaboration à cette étude.

Vous recevrez d'ici quelques mois le rapport final.

Marie-Pierre Chabot
Responsable de l'étude

**ANNEXE Z - DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE AU TROISIÈME
QUESTIONNAIRE**

Dernière phase de l'étude

Des compétences à développer en formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Document complémentaire

En complément du questionnaire, vous trouverez dans ce document :

- Une liste des éléments de compétence qui n'ont pas été priorisés.
- Une liste des commentaires et les questions qui ont été formulées par les participants lors du deuxième questionnaire.

Ce que vous devrez faire :

- Décider si vous priorisez les éléments qui ne l'ont pas été.
- Donner votre accord ou non avec les commentaires et répondre, par oui ou non, aux questions soulevées.

Section 1

2) Éléments non priorités

Parmi les éléments qui n'ont pas été priorités, quels sont ceux que vous incluriez si vous aviez à organiser une formation interprofessionnelle, destinée à des infirmières et à des médecins de soins intensifs, afin de favoriser une pratique en collaboration centrée sur le patient pour le soulagement de la douleur. Cochez à droite les énoncés que vous intégreriez à votre formation :

Connaissances	À intégrer de façon prioritaire	Attitudes	À intégrer de façon prioritaire	Habiletés	À intégrer de façon prioritaire	Contexte	À intégrer de façon prioritaire
1. Pour anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs.							
3. Identifier les activités et les situations nociceptives. 1-3-6-8-12-23-24-30		5. Adopter une approche biopsychosociale pour anticiper et prévenir la douleur. 3-11		8. Réaliser un examen et une entrevue cliniques (enseignement). 1-3-4-9-11-15-24-27			
4. Reconnaître les éléments de l'environnement qui peuvent contribuer au confort ou entraîner la douleur. 1-11-12-13-15-16-24-30		7. Réduire, quand c'est possible, l'incertitude associée à l'évolution de l'état de santé. 1-3-4-8-11-12-15-24-27		11. Réduire au maximum les activités et les situations nociceptives. 1-3-6-8-9-21-24-30			

II. Pour détecter, évaluer et monitorer (ou surveiller) la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs.			
14. Distinguer les phénomènes connexes à la douleur (ex. anxiété, délirium, fatigue, détresse, sevrage, etc.). 1-3-8-11-12-15-24-27-28	19. Préférer l'autoévaluation de la douleur, quand celle-ci est possible. 8-11-12-15-30	23. Schématiser la localisation de la douleur. 12-24	26. Tenir compte des caractéristiques liées au problème de santé, à la personne, à sa condition clinique et à sa douleur pour choisir la fréquence et le moment d'évaluer la douleur. 8-11-12-23-30
		24. Utiliser les moyens d'évaluation de la douleur. 1-5-6-9-11-12-15-23-24	
III. Pour soulager la douleur des patients hospitalisés aux soins intensifs.			
30. Reconnaître les interactions médicamenteuses. 1-3-6-8-12-30	32. Tenir compte des considérations éthiques (valeurs) et déontologiques (codes et lois) associées au soulagement de la douleur. 3-8-11-15-16-21-28-30	36. Faire fonctionner et surveiller les équipements qui soutiennent l'administration des moyens pharmacologiques (ex. PCA) ou les moyens non pharmacologiques (ex. TENS). 3-4-9-12-24-30	38. Recourir judicieusement à la prescription <i>prn</i> . 3-4-6-9-12-21-24-30
	33. Critiquer les mythes et croyances entourant le soulagement la douleur. 1-12-15-16-21-23-27-30		39. Adapter sa réaction en fonction de l'urgence (priorité) et du contexte. 12-23-24
	34. Adopter des attitudes de prudence et de sécurité. 1-6-9-12-24-30		40. Tenir compte des ressources disponibles. 12-23

IV. Pour adapter la gestion de la douleur aux soins intensifs en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent.	
41. Identifier les ressources disponibles pour le soulagement de la douleur (entre autres, RNAO, 2002). 1-11-12-16-24-27-28-30	43. Privilégier les préférences du patient. 1-8-12-21-27
	44. Être à l'affût des données probantes et des changements. 1-3-4-8-12-16-24-30
	45. Avoir le souci d'améliorer ses connaissances. 4-6-12-13-15-23-24-28-30
	46. Tolérer l'ambiguïté. 12-30
V. Pour partager ses connaissances sur la douleur et son soulagement avec les partenaires de soins aux soins intensifs.	
51. Distinguer la responsabilité professionnelle et le corporatisme. 4-6-12-23	54. Valoriser l'importance et l'imputabilité de tous les partenaires de soins pour le soulagement de la douleur. 1-3-4-6-11-12-16-24
53. Décrire les étapes du processus de résolutions de problèmes, de gestion de conflits et d'établissement de consensus. 4-8-11-12-30	55. Déceler les besoins de communication et d'enseignement. 1-4-12-15-21-24
	56. Adopter une philosophie commune de soin centrée sur le patient et sa famille. 1-3-4-6-9-11-12-15
	60. Respecter ses engagements et faire preuve de ténacité. 12-30
	62. Défendre la cause des patients, les mettre au centre des préoccupations. 1-3-9-11-12-15-24-28-30
	64. Gérer les conflits et négocier devant la divergence afin d'établir un consensus (argumenter pour défendre ses opinions). 1-3-4-8-9-12-24-27-28
	66. Contribuer à l'amélioration des connaissances sur la douleur et son soulagement. 9-12-15-21-24-30
	67. Adapter sa communication et sa relation en tenant compte du rôle joué par le partenaire de soins, en utilisant des approches variées (dont l'humour). 4-9-12-30
	69. Développer des moments de partage des réussites selon le contexte : reconnaissance, renforcement, etc. 3-8-9-12-30

Compétences à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs - 3^e phase – Consensus final

Suggestions : Écrire vos suggestions ici.

Date de retour : 7 mars 2008

3) Compilation des commentaires du deuxième questionnaire

Vous trouverez dans la colonne de gauche l'ensemble des commentaires et dans la colonne de droite, nos réponses ou des questions que vos commentaires ont soulevées concernant les éléments priorités ou qui ont reçu une opinion mitigée.

Nous vous demandons d'exprimer, pour les éléments de compétence qui ont été priorités ou qui ont reçu une opinion mitigée¹, votre accord ou votre désaccord (non-accord) avec nos réponses. Pour les questions que nous vous adressons, veuillez répondre par oui (accord) ou non (non-accord). Un espace est prévu au bas de chaque tableau si vous avez d'autres suggestions.

I. Pour anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs.				
Commentaires	Réponse aux commentaires ou question	Non priorités	Accord (oui)	Non-accord (non)
Je regrouperais les activités 3 et 11 ensembles : identifier et réduire les activités et les situations nociceptives.		X		
Idem pour les activités 4 et 11 : reconnaître et modifier les facteurs environnementaux qui mènent à la douleur ou nuisent à son soulagement.		X		
Je placerais davantage l'habileté 8 dans la section II : Détecter, évaluer et monitorer...		X		
Les #2-3-4 pourraient être regroupés.	Seul le #2 a été priorisé, nous considérons que les autres éléments s'y rattachent.			
Les # 9-10-11 s'associent également aux mêmes facteurs.	Seul le #9 a été priorisé, nous considérons que les autres éléments s'y rattachent.			
Pour le contexte, tout dépend de la durée de la formation.	La durée de la formation dépendra du nombre d'éléments à prioriser.			

¹ Pour faciliter les réponses, nous avons ombragé les cases lorsque, par consensus, les éléments sur lesquels les commentaires portent n'ont pas été priorités.

5-6-8-9 : Attitudes et habiletés générales qu'il faut avoir indépendamment de ce secteur de soins.	#6 et #9 ont été priorisés, #5 et #8 n'ont pas été priorisés. Ce n'est pas spécifique aux soins intensifs ni à la collaboration, mais spécifique à la douleur.			
11 : mal exprimé, il faut permettre aux activités et situation requise à la guérison du patient de se produire sans qu'elles soient nociceptives!		X		
11-Cet énoncé devrait se retrouver au niveau du contexte et non des habiletés.		X		
8-Peut être difficile à réaliser (entrevue) dans le cadre d'une unité de SI.		X		

Compétences à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs - 3^e phase – Consensus final

Suggestions : Écrire vos suggestions ici.

Date de retour : 7 mars 2008

II. Pour détecter, évaluer et monitorer (ou surveiller) la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs.		Non priorisés	Accord (oui)	Non-accord (non)
Commentaires		Réponse aux commentaires ou question		
19-Valoriser (plutôt que préférer) Dans les attitudes, j'aurais ajouté : être à l'écoute des observations de la famille (ex. : comportements de douleur du patient)		X		
21 : Toujours! Quand il peut s'exprimer		X		
17 : plutôt que de les critiquer, faire un choix éclairé avec les données probantes à jour, selon les conditions cliniques (capable de verbaliser ou non sa douleur). Plusieurs des éléments inscrits sont de soi par la suite. CPOT très utile chez nos patients.				
Avoir une approche face aux patients de soins intensifs				
25-Faire des choix de ? Ce n'est pas spécifié				
Nouvel énoncé : Assurer la surveillance des paramètres physiologiques suite à l'administration d'opiacés.				

Suggestions : Écrire vos suggestions ici.

Date de retour : 7 mars 2008

III. Pour soulager la douleur des patients hospitalisés aux soins intensifs.	Commentaires	Réponse aux commentaires ou question	Non priorités	Accord (oui)	Non-accord (non)
31-Distinguer les pratiques de soulagement de la douleur basée sur des données probantes de celles recommandées par les experts (opinions d'experts)	Opinion mitigée. Devrait-on reformuler l'élément 31?				
34-Adopter des attitudes de prudence et de sécurité sans pour autant sous-traiter la douleur.			X		
Les #28-29-30 sont des sous-catégories de #27 et vont de soi!	#27-28-29 ont été priorités, #30 n'a pas été priorisé. Devrait-on regrouper #27-28-29?				
#32 et 39 → je ne comprends pas... C'est vrai pour l'ensemble de la pratique	Ces éléments n'ont pas été priorités.		X		
35. « préparer, administrer et évaluer les effets des moyens »... et non « préparer, administrer et surveiller les moyens »...	Cet élément a été priorisé. Devrait-on changer la formulation telle que suggérée?				
27-31 : Plus en profondeur pour MD	#27 a été priorisé, #31 a reçu une opinion mitigée. Est-ce que ces éléments sont unidisciplinaires?				
28-Mention de l'équianalgésie au lieu d'équivalences	Cet élément a été priorisé. Devrait-on changer la formulation telle que suggérée?				
30-Surtout « prévenir » les interactions médicamenteuses			X		
34-Je ne considère pas que cet énoncé soit pertinent			X		
37-Faire des choix de?	Cet élément a reçu une opinion mitigée Devrait-on le reformuler?				
	« Faire des choix en tenant compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient. »				

Suggestions : Écrire vos suggestions ici.

IV. Pour adapter la gestion de la douleur aux soins intensifs en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent.				
Commentaires	Réponse aux commentaires ou question	Non priorités	Accord (oui)	Non-accord (non)
43-Privilegier les préférences du patient tout en s'assurant qu'il a reçu l'enseignement nécessaire au préalable. #42 et 48 idem		X		
#41-42-44-45-48 → très près l'un de l'autre	#42 a été priorisé et #48 a reçu une opinion mitigée. Nous considérons qu'il y a un regroupement. #42 a été priorisé, #48 a reçu une opinion mitigée et #41-44-45 n'ont pas été priorisé. Devrait-on les regrouper?			
#49 → Élaboration de protocoles... une fois élaborés, nous ne devrions pas les « adapter », car ça laisse place à des écarts. Un bon protocole doit être clair et ne pas laisser place à « interpréter » car ça revient à une absence de protocole puisque chacun finit par faire ce qu'il veut.	#49 a reçu une opinion mitigée. Devrait-on le reformuler?			
41. Identifier les (ressources) lignes directrices pour le...		X		

Suggestions : Écrire vos suggestions ici.

V. Pour partager ses connaissances sur la douleur et son soulagement avec les partenaires de soins aux soins intensifs.				
Commentaires	Réponse aux commentaires ou question	Non priorités	Accord (oui)	Non-accord (non)
51. Le cadre de référence commun pourrait inclure les notions sur « l'interprofessionnalisme » ou l'approche interprofessionnelle. Mais il est repris à l'énoncé 52.	#51 n'a pas été priorisé, #52 a été priorisé. Devrait-on les regrouper?			
68. Ces moments doivent aussi permettre le partage de points de vue sur une situation clinique donnée (donc diverses interprétations ou lecture de la situation)	Cet élément a été priorisé. Devrait-on ajouter le partage des points de vue?			
69. « Développer des moments de partage des réussites (ou partager des réussites) → Créer des espaces permettant le partage des réussites.		X		
#50 Je ne suis pas certaine de bien reconnaître et comprendre ce point	Cet élément a été priorisé. Devrait-on le reformuler?			
55-Les besoins de qui? Pt ou famille? Ou les deux?		X		

Suggestions : Écrire vos suggestions ici.

N'oubliez pas de nous retourner ce document complémentaire dans la même enveloppe que le questionnaire avant le 7 mars 2008.

Date de retour : 7 mars 2008

ANNEXE AA - RELANCE AU TROISIÈME QUESTIONNAIRE DELPHI

Telle la marmotte qui a vu son ombre cette année, nous vous annonçons aujourd'hui une prolongation de la période hivernale pour nous retourner votre questionnaire.

La date de retour du questionnaire et du document complémentaire portant sur la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs a ainsi été reportée à l'équinoxe du printemps, le jeudi 20 mars 2008.

Il s'agit du dernier questionnaire, de votre dernière chance d'exprimer votre opinion d'expert afin d'en arriver à un consensus provincial. Quelques minutes de votre temps sont nécessaires pour signifier votre accord ou non, ou donner un ordre numérique aux éléments proposés.

Si vous avez déjà retourné votre questionnaire, je vous en remercie et veuillez ne pas tenir compte de ce rappel. Vous pouvez aussi vous retirer de l'étude en toute liberté en contactant l'un des membres de l'équipe de recherche.

Au plaisir de vous lire!

Marie-Pierre Chabot Inf. M.Sc. (c)

**ANNEXE BB - REMERCIEMENT POUR RÉCEPTION DU TROISIÈME
QUESTIONNAIRE COMPLÉTÉ**

Malgré les aléas que la rigueur de l'hiver québécois peut entraîner, vous avez pris le temps d'exprimer votre opinion d'expert.

Par ces temps froids, votre disponibilité et votre enthousiasme à compléter le questionnaire portant sur la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs me réchauffent le cœur. Je tiens à vous en remercier sincèrement!

D'ici quelques mois, vous recevrez le rapport final contenant le consensus d'expert.

Ce fut un plaisir de vous lire!

Marie-Pierre Chabot Inf. M.Sc. (c)

**ANNEXE CC - DEUXIÈME RELANCE PAR COURRIEL AU TROISIÈME
QUESTIONNAIRE DELPHI**

Bonjour (personnalisé),

La période pour retourner les questionnaires portant sur la collaboration interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs est prolongée jusqu'au 23 avril 2008.

Maintenant que le printemps est officiellement à nos portes, c'est avec plaisir que j'accueillerai la floraison de votre consensus d'experts.

N'hésitez pas à me contacter si vous désirez recevoir le questionnaire en entier.

Merci pour votre collaboration!

Marie-Pierre Chabot

ANNEXE DD - LETTRE D'INTRODUCTION AU RAPPORT FINAL



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

École des sciences infirmières

Le 8 septembre 2008

Madame, Monsieur (personnalisé)

Adresse

OBJET : Rapport final de l'étude pour identifier les compétences prioritaires à développer en FIPCCP pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Madame, Monsieur (personnalisé),

Nous tenons d'abord à vous remercier pour votre intérêt tout au long du processus qui visait à identifier les compétences prioritaires à développer chez les infirmières et les médecins oeuvrant dans une unité de soins intensifs dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur.

C'est avec grand plaisir que nous vous envoyons aujourd'hui le rapport final.

Vous trouverez dans cet envoi : cette lettre d'introduction et le rapport final.

Si vous désirez obtenir la version électronique du mémoire qui sera disponible à la fin de l'année 2008, je vous invite à communiquer avec moi par courriel.

Vous pouvez aussi communiquer avec moi, ainsi qu'avec mes directrices, à tout moment pour obtenir davantage de renseignements ou formuler des commentaires ou suggestions. Avec mes remerciements, veuillez agréer madame, monsieur (personnalisé) l'expression de mes sentiments distingués.

ANNEXE EE - RAPPORT FINAL ENVOYÉ AUX PARTICIPANTS



Faculté de médecine et des sciences de la santé

École des sciences infirmières

Rapport final

Compétences à développer en formation interprofessionnelle pour une pratique
en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs

Programme de sciences cliniques

Chercheur

Marie-Pierre Chabot M.Sc. (c)

Directrices des travaux :

Cécile Michaud, professeure agrégée

Nicole Bolduc, professeure agrégée

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

INTRODUCTION : La douleur à l'unité de soins intensifs (USI) est un phénomène complexe et nocif qui exige la collaboration des principaux acteurs pour en assurer la gestion, soit le patient, les infirmières et les médecins. Bien qu'il soit nécessaire d'être formé pour être en mesure de collaborer, les études qui ont évalué l'impact de formations interdisciplinaires sont peu concluantes, car elles mesurent les effets de formations différentes et elles sont réalisées en l'absence de cadre de référence. Le seul cadre de référence existant ne décrit pas les compétences, les composantes ou les éléments qui doivent être développés pour que les professionnels puissent mobiliser leurs ressources afin d'agir avec compétence dans le cadre de la gestion en collaboration de la douleur à l'USI (D'Amour et Oandasan, 2004). Il y a donc lieu d'entreprendre une étude pour les identifier. Par la suite, il sera possible de bâtir une formation interprofessionnelle centrée sur le patient pour la gestion de la douleur à l'USI, qui tiendra compte des priorités identifiées par des professionnels du Québec.

OBJECTIF : Déterminer les compétences prioritaires à développer chez les infirmières et les médecins dans le cadre d'une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) pour le soulagement de la douleur à l'USI.

MÉTHODE : Au total, 30 participants ont été recrutés, soit 15 infirmières et 15 médecins reconnus comme étant des experts de la gestion de la douleur, des unités des soins intensifs et/ou de la collaboration interprofessionnelle. Un dispositif d'enquête utilisant la technique Delphi auprès d'experts a été utilisé selon la procédure décrite par Pineault et Daveluy (1995). Trois envois de questionnaire ont été faits sur une période de onze mois. Le premier questionnaire a permis de générer des idées à partir de suggestions tirées des écrits sur la FIPCCP pour la gestion de la douleur et de les organiser selon le cadre de référence de la FIPCCP (D'Amour & Oandasan, 2004). Une analyse de contenu a été réalisée sur les réponses à ce premier questionnaire. Il en est ressorti une classification des éléments de la compétence à mobiliser selon les connaissances, les attitudes, les habiletés et le contexte nécessaires à la FIPCCP pour la gestion de la douleur à l'USI. Cette classification a été soumise aux participants sous forme de vote lors du deuxième questionnaire pour cibler les ressources prioritaires. Enfin, le dernier questionnaire a permis d'établir un consensus sur ces priorités.

RÉSULTATS : À la fin des trois rondes de questionnaires, les participants ont priorisé de façon consensuelle 29 éléments regroupés sous cinq composantes de la compétence à développer pour que les infirmières et les médecins de soins intensifs puissent collaborer pour assurer la gestion de la douleur à l'USI. Quatre des composantes priorisées par les participants sont reconnues dans les écrits concernant la gestion de la douleur à l'USI, il s'agit : 1) d'anticiper et de prévenir la douleur (6 éléments), 2) de détecter, d'évaluer et de monitorer la douleur (9 éléments), 3) de soulager la douleur (4 éléments), 4) et d'adapter la gestion de la douleur aux soins intensifs en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent (2 éléments). La cinquième composante intègre les notions reconnues de la compétence à la pratique en collaboration, il s'agit : 5) de partager ses connaissances sur la douleur et son soulagement avec les partenaires de soins aux soins intensifs (8 éléments).

CONCLUSION : Bien que les notions de collaboration et de soulagement de la douleur soient divisées, les professionnels s'entendent pour dire qu'il s'agit d'un contenu de formation commun qui doit être transmis autant aux infirmières qu'aux médecins. Il en résulte donc un devis de compétence qui devra être complété par d'autres études afin d'opérationnaliser la formation et d'évaluer les retombés sur la satisfaction des professionnels et le soulagement des patients de soins intensifs.

1. Pour anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :

1.1 Sur le plan des connaissances :	1.2 Sur le plan des attitudes :	1.3 Sur le plan des habiletés :	1.4 En tenant compte du contexte :
<p>1.1.1 Comprendre les mécanismes anatomopathologiques de la douleur ainsi que son impact sur l'évolution du patient.</p> <p>1.1.2 Distinguer les types de douleur (nature, manifestation) et les facteurs influençant l'intensité de la douleur.</p>	<p>1.2.1 Faire preuve d'empathie (<i>assume pain is present</i>) et de respect.</p>	<p>1.3.1 Assurer le confort des patients en modifiant les facteurs environnementaux (température, cycle, lit, etc.) qui mènent à la douleur ou qui nuisent à son soulagement.</p>	<p>1.4.1 En tenant compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie).</p> <p>1.4.2 En tenant compte de la situation clinique du patient (intubé, ventilé, inconscient, curarisé, etc.).</p>

<p>2. Pour détecter, évaluer et monitorer (ou surveiller) la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :</p>			
<p>2.1 Sur le plan des connaissances :</p> <p>2.1.1 Connaître les données probantes pour faire des choix éclairés parmi les différents moyens et outils pour évaluer et autoévaluer la douleur.</p> <p>2.1.2 Distinguer la sédation et l'analgésie.</p> <p>2.1.3 Décrire les signes et symptômes de la douleur (indicateurs).</p>	<p>2.2 Sur le plan des attitudes :</p> <p>2.2.1 Être attentif aux signes et symptômes de la douleur.</p> <p>2.2.2 Être à l'écoute des observations de la famille (ex. : comportements de douleur du patient).</p> <p>2.2.3 Choisir une grille d'observation des comportements de la douleur, quand c'est nécessaire (ex. : Grille d'observation de la douleur (GOD)).</p> <p>2.2.3 « Croire le patient ». Adopter une attitude de confiance.</p>	<p>2.3 Sur le plan des habiletés :</p> <p>2.3.1 Objectiver et interpréter les signes et symptômes de la douleur.</p>	<p>2.4 En tenant compte du contexte :</p> <p>2.4.1 En tenant compte des conditions cliniques des patients (capable ou non de verbaliser sa douleur).</p>

<p>3. Pour soulager la douleur des patients hospitalisés aux soins intensifs, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :</p>			
<p>3.1 Sur le plan des connaissances :</p> <p>3.1.1 Expliquer les mécanismes d'action (indication, contre-indication, pic d'action, posologie, équivalences, voie d'administration, etc.) des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur et en distinguer les effets secondaires des effets désirés.</p>	<p>3.2 Sur le plan des attitudes :</p>	<p>3.3 Sur le plan des habiletés :</p> <p>3.3.1 Préparer, administrer et évaluer les effets des moyens pharmacologiques (opiacés et non opiacés) et non pharmacologiques (mobilisation, massage, application du chaud ou du froid, distraction, imagerie mentale, musique, etc.) pour soulager la douleur.</p> <p>3.3.2 Surveiller les paramètres physiologiques après l'administration d'opiacés.</p>	<p>3.4 En tenant compte du contexte :</p> <p>3.4.1 Tenir compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient.</p>

4. Pour adapter la gestion de la douleur aux soins intensifs en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :

4.1 Sur le plan des connaissances :	4.2 Sur le plan des attitudes :	4.3 Sur le plan des habiletés :	4.4 En tenant compte du contexte :
<p>4.1.1 Dans un contexte d'amélioration continue de ses connaissances, rechercher les ressources pour la gestion de la douleur et synthétiser les données probantes la concernant afin d'en discuter, de prendre des décisions et de les intégrer au besoin à sa pratique.</p>	<p>4.2.1 Adopter une attitude de rigueur (et non de rigidité) et viser l'excellence.</p>		

<p>5. Pour partager ses connaissances sur la douleur et son soulagement avec les partenaires de soins aux soins intensifs, les éléments de compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :</p>			
<p>5.1 Sur le plan des connaissances :</p>	<p>5.2 Sur le plan des attitudes :</p>	<p>5.3 Sur le plan des habiletés :</p>	<p>5.4 En tenant compte du contexte :</p>
<p>5.1.1 Identifier les partenaires de soins et clarifier leur rôle et fonction à partir d'un cadre de référence commun (loi 90 + Ste-Marie, 2002, CANMEDS) pour le soulagement de la douleur : patient, famille, membres de l'équipe de soins.</p> <p>5.1.2 Expliquer le fonctionnement en équipe et les principes de la collaboration professionnelle (comprenant la communication).</p>	<p>5.2.1 Adopter une définition commune de la douleur et des objectifs communs de soulagement.</p> <p>5.2.2 Adopter une ouverture au dialogue pour communiquer ses décisions relatives au plan de soin.</p>	<p>5.3.1 Établir une relation de partenariat (écoute, dialogue, compréhension, communication efficace, échange...).</p> <p>5.3.2 Documenter l'évaluation et le soulagement de la douleur en utilisant un langage scientifique (ou un protocole) partagé par l'équipe.</p> <p>5.3.3 Développer des protocoles interprofessionnels.</p>	<p>5.4.1 Développer des moments de partage des connaissances et de points de vues selon le contexte : conférence, discussion de cas, tournées, etc.</p>

Merci!

**ANNEXE FF - COMPILATION DES DONNÉES RECUEILLIES À L'AIDE DU
PREMIER QUESTIONNAIRE DELPHI**

1. Identifiez des connaissances que les infirmières et les médecins doivent acquérir en collaboration pour être en mesure de façon globale de :

P-001

Connaissances = savoir

Avant tout, je recommanderais une formation conjointe pour les professionnels impliqués dans le soulagement de la douleur. Cette formation devrait contenir les éléments suivants :

- 1-mythes et croyances
- 2-mécanismes physiologiques de la douleur
- 3-évaluation de la douleur
- 4-auto-évaluation du pt, indicateurs non-verbaux (comportements, physiologiques) pour clientèle incapable de communiquer
- 5-soulagement de la douleur : opiacés, non-opiacés, autres médicaments utilisés en SI (ex : sédatifs)
- 6- interventions non-parmacologiques
- 7- guidelines + recommandations cliniques de la gestion de la douleur aux SI

Connaissances pour collaboration interprofessionnelle :

- décrire rôles et fonctions des professionnels impliqués dans soulagement douleur aux SI
- travail d'équipe : création + fonctionnement équipe
- stratégies de communication, étapes de résolution de problèmes
- étapes des idées au plan d'action
- documentation des travaux de l'équipe

.....
P-003

- Connaissance de la médicaments (effets sec, action, indications, contre ind. etc)
- Connaissance théoriques sur la douleur
- Connaissance des différentes mesures alternatives
- Connaissance des différents cas cliniques (intubé, inconscient, curarisé, confus, etc) afin de trouver des moyens objectifs pour soulager la douleur.
- Comment agir en collaborations (mode de fonctionnement)
- Connaissances des différents éléments à évaluer pour le soulagement de la douleur.
- Connaître les différents problèmes d'éthiques
- Connaître les risques associés au non-soulagement de la dou.

.....
P-004

- Connaissances sur les rôles respectifs
- Connaissances physiopathologiques du phénomène étudié → Je ne vois cependant pas comment ceci peut être commun à moins que les médecins ne soient ni internistes ou intensivistes, ni anesthésistes. Il faut utiliser les médecins spécialistes pour ↑ les connaissances des inf. et des md généraux ou non spécialisés en cette matière.
- Connaissances sur les modes d'analgésie, utilisation de protocoles, standardisation des méthodes et des outils, données probantes.

.....
P-005

- Avoir une connaissance commune des mécanismes d'action des médicaments utilisés pour le soulagement, leur indication, leur pic d'action, les effets secondaires, les doses équivalentes, etc.
- Partager des connaissances communes sur les indicateurs de la douleur aux USI
- Connaître les données probantes en lien avec le soulagement de la douleur
- Connaître les moyens non médicamenteux pour soulager la douleur

.....
P-006

- 1) connaissances des différentes échelles de douleur et usage selon types de patients, communication
- 2) choix par consensus d'une échelle de douleur à laquelle toute l'équipe adhère
- 3) travail d'équipe quant à l'application de l'échelle, rôles de chacun
- 4) choix des narcotiques à utiliser et antagonistes
- 5) tables d'équivalence à connaître pour les narcotiques et modes d'administration
- 6) effets secondaires à maîtriser
- 7) monitoring approprié du soulagement, des effets secondaires
- 8) protocole avec actes délégués à élaborer.
- 9) adaptabilité protocole selon lieu utilisation
- 10) imputabilité
- 11) développement du processus type P/O/S/A avec revue et corrections P.R.N.
- 12) métabolisme narcotiques selon co-morbidités
- 13) interactions narcotiques avec autres médicaments

.....
P-008

Être compétent à la collaboration interprofessionnelle exige selon moi les connaissances suivantes :

Pour mieux articuler leur rôle respectif, les infirmières et les médecins doivent d'abord avoir une grande expertise sur le sujet donc acquérir de solides connaissances théoriques ou scientifiques sur le douleur, par exemple au niveau de : la physiopathologie; la pharmacologie; les modalités de traitement; les interactions médicamenteuses; la sédation-analgésie et delirium. L'apprentissage théorique ou la mise à jour des connaissances en « interprofessionnalité » me semble une stratégie à retenir. Cela permettrait les échanges et le partage des croyances. Être à l'affût des données probantes est aussi essentiel tout comme bien connaître les bases de données et la façon de les rechercher.

Pour aider au développement des compétences relatives à la collaboration dans le contexte du soulagement de la douleur, il est aussi nécessaire d'acquérir des notions théoriques du soulagement de la douleur, il est aussi nécessaire d'acquérir des notions théoriques sur les principes de la communication et de la relation thérapeutique, le leadership, le changement, l'animation de réunions, la gestion de soi, l'interculturalisme, et les différentes réalités intergénérationnelles. Cela permettrait de développer des rôles de chacun est un atout de base.

.....
P-009

- les signes comportementaux de la douleur ou un instrument d'évaluation chez les personnes non-communicante
- les effets désirés et secondaires des opiacés, des benzodiazépines, du propofol et de la kétamine
- distinguer sédation de l'analgésie
- connaître le protocole ou l'ordonnance type de soulagement de la douleur à l'USI avec et sans sédation
- connaître les doses équianalgésiques des opiacés et reconnaître des augmentations supérieures à 50% afin de s'y objecter ou augmenter sérieusement la surveillance

-connaître les effets secondaires et les ordonnances attendues habituellement en vue de les contrôler

.....
P-010

globale :

- La compréhension des rôles de chacun à l'USI
- développer des activités de formation interdisciplinaire dans l'évaluation et le traitement de la douleur
- apprendre ensemble à gérer des crises / problèmes en lien avec le soulagement de la douleur à l'USI
- Connaître les compétences CANMEDS au équivalent au niveau infirmier = communication, collaboration, ...

spécifique :

- Connaître la psychologie de la douleur / pharmacologie de la douleur
- Connaître les échelles d'évaluation de la douleur à l'USI
- apprendre à prévenir la douleur en fonction de la prise en charge d'un patient : ex. donner un analgésique avant un acte invasif ...

.....
P-011

Pour les points 1 et 2 : connaissance de la loi 90 pour avoir vision globale des rôles de chacun. Connaissance de leur déontologie et des règles de base de leur pratique. Pour le rôle spécifique de l'inf. face à la dlr voir Ste-Marie (2002) i-e. recommandations de l'association américaine des inf. en gestion de la dlr.

Pour le point 3 : connaissance des pratiques exemplaires qui précisent comment évaluer et surveiller (RNAO, 2002).

Pour le point 4 : Pour ce faire, l'inf doit avoir connaissances très solides

Pour le point 5 : Comment apprendre la tolérance, plutôt une attitude!

Pour le point 6 : Je crois que l'inf facilite ces réunions. Elle doit cependant apprendre à prendre sa place dans ses réunions.

Pour le point 7 : Connaissances des outils d'évaluation de la dlr ainsi l'inf aura une connaissance précise et discutable de la dlr de son pt

.....
P-013

Évaluer régulièrement la douleur :

- avant l'administration d'un analgésique
- au pic d'action d'un analgésique
- 2 hres après l'administration

Connaître le mode de fonctionnement d'une pompe ACP

Connaître le mode d'action et les principes régissant l'analgésie par :

- ACP
- Perfusion continu IV
- bolus IV ou S/C PRN
- épidurale

connaître les interactions médicamenteuses avec les opioïdes entre autres :

- benzodiazépine et autres sédatifs
- les Antibiotiques (3A4, 3A5)

.....
P-015

- Connaissances des meilleurs instruments pour soulager la douleur
- Connaissances sur la différence entre besoin de soulagement et de sédation (signes et symptômes)
- Connaissances sur la médication de façon plus approfondie : dosage, équivalence entre les produits, durée d'action
- Tabous et peurs du sujet du soulagement (patients et professionnelles de la sante)
- Obligation de soulager la douleur
- Méthodes alternatives de soulagement
- Différences interculturelles
- Rôles des différents professionnelles

.....
P-016

- Connaître les normes de pratiques reconnues en regard de l'évaluation et du soulagement de la douleur (USA, Canada, etc)
- Loi 91
- Champs de compétence des différents professionnels impliqués (qui peut faire quoi? Dans quel cadre?)
- Ethique en regard de la douleur
- Théories au niveau de la douleur (notions physiologiques, concept de douleur chronique et aigue, théorie du portillon, etc.)
- Mythes et croyances
- Utilisation d'une même échelle d'évaluation de la douleur
- Élaboration de procédure, de protocole, d'ordonnance relative au soulagement de la douleur

.....
P-017

Physiopathologie de la douleur

Types de douleur (nociceptive, neurogène, psycho)

Principes thérapeutiques :

- médication : classification, indications, mécanismes d'action, effets sec...
- intervention non médicamenteuse (chaleur / froid, TENS, imagerie mental...)
- co-analgésie : antidépresseurs, anticonvulsivants, antiarythmiques ...)

deceler les problèmes d'addiction (dépendance)

.....
P-018

1. Pharmacologie des différents agents pour soulager la douleur
2. Connaissance de la co-analgésie
3. Connaissances des effets secondaires des analgésiques
4. Connaissance des échelles d'évaluation de la douleur chez le patient des soins intensifs
5. Connaissance des techniques de soulagement de la douleur non pharmacologique
6. Distinction entre la douleur, la souffrance et l'anxiété

.....
P-020

- Impacts de la douleur sur
 - La psycho
 - La récupération physique
- considérations philosophiques / éthiques / déontologiques

- la différence A/N de la perception de la douleur selon l'âge / le sexe/ la race ...
- impacts hémétiques du soulagement de la douleur
- les limites du soulagement de la douleur
- les moyens pharmacologiques et non pharmacologiques du soulagement de la douleur

.....
P-023

La complexité du phénomène douloureux implique un minimum de connaissance sur l'anatomie des voies douloureuses et les types de douleur (Nociceptif vs Neuropathique) pour pouvoir comprendre les gestes et modalités à entreprendre. Sans compter un vocabulaire commun de base (dysesthésie, allodynie, etc.) nous permettrait d'utiliser un même langage. Ainsi que la connaissance et la maîtrise des outils nous permettant sa mesure tout en tenant compte de la globalité du Malade.

A mon avis, le soulagement de la douleur passe par 4 connaissances préalables : 1) La reconnaissance de son existence; 2) La capacité à la décrire (vocabulaire); 3) la comprendre (anatomie / mécanisme); 4) La quantifier (outils) selon la formation de chaque intervenant certains de ces pré requis seraient plus étoffés alors que pour les # 1-2 et 4, ceux-ci devraient prioritairement être maîtrisés par tous. Le tout renforcer et mis à jour dans le cadre d'activité de formation mais également de rencontres régulières ou tournée des malades.

.....
P-024

- connaître des indicateurs comportementaux et physiologiques pour évaluer la douleur particulièrement chez les patients ventilés mécaniquement
- connaître une échelle numérique d'intensité de la douleur
- protocoller l'évaluation de la douleur dans une unité de soins intensifs pour harmoniser les perceptions
- schématiser lorsque possible la localisation de la douleur (feuille du protocole)
- faire connaître aux personnes impliquées l'importance du soulagement de la douleur avec l'utilisation de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques
- cours simplifié de pharmacologie
- connaître les différents facteurs affectant l'intensité d'une douleur

.....
P-025

- physiologie de la douleur
- pharmacologie des médicaments
- psychologie des patients
- outils de communication et d'empathie
- règles concernant la « malpractice »
- complication / effets averse des meds

.....
P-026

Les connaissances à acquérir les infirmières et md sont :

- échelle de douleur pour patients conscients et patients sédatisés
- évaluation des signes cliniques physiques et physiologiques qui suggèrent de la douleur
- compréhension des protocoles de l'institution et collaboration à l'élaboration de ces protocoles
- connaissances des différents médicaments, leurs modes d'administration et leurs effets secondaires

.....
P-027

- Avoir une définition commune de la douleur
- Reconnaître les signes et symptômes d'un patient souffrant à l'USI
- Connaître les différents analgésiques utilisés à l'USI et / ou les différentes méthodes utilisées : ACP, épidurale, voie intra-veineuse
- Regrouper les soins
- Évaluer, mesurer la douleur (si patient conscient) pré et post-administration d'analgésie ; évaluer la réponse aux traitements antalgiques
- Reconnaître les signes qu'un patient est soulagé
- Connaissances des moyens alternatifs pour soulager la douleur
- Favoriser la continuité des soins : diminuer le nombre de soignant différents auprès du patient
- Réduire ou supprimer les effets secondaires courants des narcotiques

.....
P-028

- Connaître les mécanismes physiopathologiques impliqués dans la douleur.
- Connaître les facteurs socio-culturels et environnementaux qui pourraient influencer la présentation de la douleur.
- Connaître les mesures pharmacologiques et non-pharmacologiques efficaces dans le soulagement des différentes causes de douleur.
- Connaître des outils (E.G. Échelle visuelle) ayant été validés pour l'évaluation de la douleur aux soins intensifs
- Connaître les impacts potentiels de la douleur non-contrôlée sur l'état de santé
- Connaître les compétences des autres intervenants dans l'évaluation et le soulagement de la douleur

.....
P-030

- Connaître la pharmacologie analgésique (dosage, voies permises, effets secondaires, interactions avec d'autres médicaments)
 - Connaître les échelles pouvant être utilisées pour mesurer la douleur
 - Connaître l'impact de la médication générale sur l'expression non-verbale de la douleur
 - Connaître les médicaments ou techniques pouvant être administrés / exécutés pour le soulage^o de la douleur procédurale
 - Avoir le souci de garder ses connaissances à jour par la lecture et / ou la participation à des conférences interdisciplinaires sur le dlr
- S.V.P. revoir les définitions des catégories afin de les adapter davantage à votre recherche.
Particulièrement les exemples apportés à la fin de la définition

2. Identifiez des habiletés que les infirmières et les médecins doivent pratiquer en collaboration pour être en mesure de façon globale de :

P-001

Habiletés = savoir-faire

Communiquer efficacement
 Implanter des outils communs (ex : outils d'éval. Douleur, protocoles de soulagement)
 Evaluer résultats des interventions de soulagement de la douleur – reconnaître les bons et mauvais résultats – s'ajuster
 Etablir consensus
 Gérer conflits, divergences d'opinions
 Capacité de réorienter la discussion sur objectif commun (re : confort du patient)
 Etablir plan d'action-interventions concrètes de soulagement de la douleur
 Faire participer la famille – tenir compte de leurs impressions
 Habileté de compréhension de situations complexes
 Habiletés politiques

.....
 P-003

Habiletés de consultation systématique
 Habiletés de communication
 Habiletés de résolution de problèmes
 Habiletés à prendre des décisions
 Habiletés à développer des stratégies.
 Échanges d'information
 Établissement de structures bien définies
 Interaction avec les soignants
 Leadership dans le soulagement de la douleur
 Coordonnée et gérer multiples thérapies

.....
 P-004

- Habiletés de résolution de problème
- Habiletés dans l'évaluation clinique
- Habiletés dans le travail en équipe

.....
 P-005

- Habileté à bien bâtir son argumentation en vue de soulager
- Habileté à utiliser des échelles d'évaluation de la douleur ainsi que les signes non-verbaux de douleur
- Habileté à utiliser une échelle de sédation
- Habileté à négocier devant la divergence en vue de soulager la douleur
- Habileté à écouter le patient et ses proches
- Habileté à travailler en équipe
- Collaborer dans la mise en place du protocole de soulagement médico-nursing

.....
 P-006

- 1) Habileté à préparer les analgésiques, solutions perfusion I.V. analgésiques
- 2) Habileté à reconnaître sites administration pour narcotiques IM, SK, IV
- 3) Habileté à utiliser pompes perfusion, mécanisme de sécurité
- 4) Habileté à prescrire narcotiques
- 5) Habileté à soulager la douleur selon connaissances et attitudes acquises
- 6) Habileté à gérer équipe de douleur type S.A.P.O.

.....
P-008

- Habileté à faciliter le changement; gérer le changement
- communiquer clairement, de façon succincte, respectueusement
- explorer les points de vue, atteindre un consensus
- effectuer une rétroaction; retour sur les événements, faire des apprentissages
- Effectuer une entremise thérapeutique auprès du pt/famille
- utilisation de méthodes alternatives
- susciter la cohésion
- valorisation

.....
P-009

- évaluer la douleur chez les personnes non-communicant avec un instrument
- communiquer avec le médecin les résultats de son évaluation
- communiquer à l'infirmière les résultats de son analyse, de sa décision et de ses motifs en lien avec le traitement. Surtout si l'infirmière dite que le patient a de la douleur et qu'il ne modifie pas le traitement
- administrer les médicaments par voie intraveineuse ou péridurale en utilisant les pompes de façon sécuritaire
- évaluer la douleur au pic d'action de l'analgésie
- reconnaître les effets secondaires et les soulager

.....
P-010

- Ecoute de l'autre / du patient / famille
- Echange et partage de l'information
- Synthèse d'une information
- Réceptivité à la critique / aux changements
- Organisation de sa pratique
- Autonomie dans son travail

.....
P-011

- 1-2 : être en mesure de nommer ses rôles et responsabilités
- 3 : a) savoir évaluer la dlr avec les outils appropriés aux USI
 - b) effectuer la planification et la dispensation des soins
 - c) effectuer la surveillance requise
- 4 : habileté à défendre son point de vu et celui de son patient. Baser son propos sur des faits (PQRST) et les pratiques exemplaires
- 5 : Plutôt une attitude
- 6 : Habileté relationnelle et communicationnelle
- 7 : ?

.....
P-013

- Reconnaître des signes subjectif de douleur chez un patient inconscient / intubé
- Reconnaître l'impact (réponse) à un analgésique
 - sommolence
 - analgie

- hémodynamique
- Respecter les protocoles établis
- de prescription
- de surveillance

Plusieurs de ces points m'apparaissent plus des attitudes que des habiletés

.....
P-015

- Habileté à reconnaître les signes d'une personne souffrante
- " à travailler en équipe
- " à l'utiliser de façon optimale les méthodes de soulagement
- " à décrire une situation de façon à transmettre toute l'information nécessaire pour atteindre le même but
- " à donner de l'information au patient sur l'approche ciblée
- " à transmettre du patient des connaissances sur sa douleur, les moyens qu'il possède pour atteindre un soulagement et son devoir d'aviser lorsqu'il est souffrant

.....
P-016

- Habilité de communication, confiance et respect de l'expertise de l'autre
- Animation d'équipe
- Leadership : savoir influencer les autres
- Synthèse et partage des informations recueillies auprès du patient
- habileté d'écrire

.....
P-017

- Modalités d'administration des médicaments, (P.O, I.R. transdermal i/v, s/c, i/m intraspinal pca...)
- Principes relative au positionnement
- Massage
- Utilisation juste des divers échelle d'évaluation (visuelle, analogue, PQRST, CLICHÉ, Doloplus...)
- Déceler les besoins d'enseignement
- Validation de nos perceptions

.....
P-018

1. Évaluation objectif du niveau de la douleur et de son soulagement
2. Administration des agents analgésiques (timing, dose, ...)

.....
P-020

La mobilisation du malade ; sous-tend des ressources (personnel et du temps)
En l'absence de ressource, l'impact de cette prise de conscience et exercice sera limité.

Identification de la douleur (verbale et non verbale) créa observation et application d'un examen physique. Ainsi que ses caractéristique (localisation, durée, irradiation, provocation, soulagement...)

Communication avec le malade et la famille sur le soulagement de la douleur ainsi que ses limitations.

Je ne comprend pas bien le sens de ce qui est recherché. l'exemple me rend perplexe... bien sûr il faut viser la perfection mais après...

- établir un cadre théorique et synthétique ?
- approche pragmatique et pratique ? donc plus ciblée

l'idéal est d'avoir toutes ces habiletés.

.....
P-023

Je croyais qu'entraînait ici le concept de reconnaissance de la douleur dans son ensemble (Bio / Psycho / social). Cependant la question semble toucher plus particulièrement l'aspect moteur où le côté physio / ergo de l'approche mutuel semble prendre tout son sens. Cette expertise particulièrement limitée chez la majorité des intervenants « usuels » des USI rappelle l'importance de l'approche globale. Cette expertise est particulièrement bien exploitée chez la clientèle neuro d'AVC mais ne devrait pas se limiter à celle-ci. L'ensemble des intervenants doit en tenir compte (ex. capacité à utiliser des voies cérébrales alternatives) et adapter leur interventions (déplacement, transfert, mouvements divers, etc.) en conséquence. Ne jamais oublier le but commun et éviter l'approche en solo.

.....
P-024

- apprendre à intervenir rapidement dans le soulagement de la douleur et à appliquer les recommandations d'un protocole d'analgésie
- mise en situation pratique
- développer des moyens non pharmacologiques de soulager les patients (différentes postures, physiothérapie passive, chaleur / glace...)
- développer une habileté à discuter et à comprendre la douleur ressentie par un patient (gestuelle, non-dit...)
- Habilité à créer un environnement calme et propice au confort

.....
P-025

- histoire clinique
- examen physique
- administration de médicament
- diagnostique des effets averses des médicaments

.....
P-026

Habilités souhaités

- de transposer l'évaluation de la douleur en une fréquence + dose appropriée dans le cadre de prescriptions à doses + fréquences variables
- capacité à administrer les meds de façon non douloureuse pour les injections im / s/c

.....
P-027

- Utilisation de moyens alternatifs pour soulager la douleur : distraction, walk-man, etc.

- Communication claire avec le patient concernant le processus de la gestion du soulagement de la douleur
- Communication claire et franche avec l'équipe multi
- Habilité à déterminer les facteurs qui influencent la douleur ex : faire la différence entre la peur, la fatigue, la monotonie et la douleur elle-même
- Favoriser une mobilité optimale du patient lorsque possible

.....
P-028

- Habilités d'évaluation de la nature et l'intensité de la douleur
- Habilités de développer des stratégies thérapeutiques adaptées à chaque patient
- Habilités à établir des consensus avec les autres intervenants sur la stratégie à appliquer
- Habilités de reconnaissance d'un échec et des éléments en cause.
- Habilités de communication avec les différents intervenants
- Habilités à organiser des réunions multidisciplinaires
- Habilités de leadership et de motivation

.....
P-030

- Habilités de négociation
- Facilité à communiquer avec les médecins + autres prof.
- Capacité de coopérer
- Être capable de travailler en équipe
- Habilité à faire accepter (ou référer) (à) un anesthésiologiste au sein de l'équipe de l'USI lors de la discussion sur des cas de gestion de la dlr.
- Maîtrise des techniques psychomotrices de pointe à l'USI
- Habilités à intervenir auprès des familles en crise
- Être capable d'influence en vue d'l change° de pratique pour une gestion plus adéquate de la dlr.

De plus, la définition du terme habiletés ne correspond aux critères énoncés au point 2 qui sont davantage des habilités socio-professionnelles

Je ne considère pas que l'exemple réfère à des habilités psychomotrices mais plutôt à des capacités de négociations

3. Identifiez des attitudes que les infirmières et les médecins doivent développer en collaboration pour être en mesure de façon globale de :

P-001

Attitudes = savoir-être

Empathie (envers les autres professionnels et les patients – « assume pain is present »)

Respect

Ouverture (face aux opinions des autres, développement nouvelles technologies)

Discipline (être assidue) aux rencontres d'équipe)

Engagement (valoriser le soulagement de la douleur aux SI)

Advocacy (défendre la cause du patient pour le meilleur confort possible)

Capacité d'adaptation face au stress et aux situations critiques

Leadership

Ecoute

.....
P-003

- Attitudes des Caring
- Attitudes de respect
- De se diriger ensemble vers un but commun / même objectif
- Croire en ce que le pt dit
- Confiance mutuelle
- Responsabilité de définir les aspects des soins en regard de la douleur
- Gérer les crises
- Renforcement positif

.....
P-004

- Attitude ouverte, positive
- Absence de corporatisme
- Ne pas être confrontant ni menaçant
- Accepter de remettre ses habitudes en question
- Crédibilité professionnelle
- Accepter la critique
- S'entendre sur le problème + sur les solutions.
- Critiquer de manière constructive, une situation et pas une personne.

.....
P-005

- Convictions communes sur l'importance de soulager la douleur, avec la juste sédation, de façon à soulager la douleur, mais éviter les complications résultant de sur-sédation
- Se faire confiance
- Accepter les différences d'opinions et cibler des objectifs communs
- Respect de l'autre et écoute
- Reconnaître les compétences de l'autre.

.....
P-006

- 1) compréhension de la douleur, de son existence
- 2) reconnaissance de l'importance de la douleur et des effets néfastes reliés à sa présence
- 3) capacité de reconnaître la douleur
- 4) empathie face à la douleur du patient, acceptation de sa souffrance
- 5) désir de vouloir soulager le patient de façon prioritaire
- 6) considération des situations qui génèrent de la douleur afin de soulager le patient
- 7) capacité de reconnaître l'abus de narcotiques, le besoin excessif de soulagement de la narcomanie
- 8) gestion du contre-transfert négatif associé à la douleur, son soulagement incomplet, l'abus de narcotiques.

.....
P-008

Maintenir de l'ouverture, être flexible, démontrer de la curiosité sont des habiletés facilitent la conversation.

.....
P-009

- affirmer le besoin de soulager la douleur du patient de façon respectueuse
- redonner du feedback positif ou négatif face aux efforts du médecin en vue de soulager la douleur. Ceci démontre que l'infirmière et le médecin partagent le même but
- adapter son approche selon les différents médecins
- lorsqu'un patient n'est pas soulagé, rechercher l'appui (confirmations, informations) auprès de d'autres membres de l'équipe (infirmières, pharmacien, inhalo)
- célébrer les efforts communs qui ont finalement réussi à mettre en valeur le travail de tous

.....
P-010

- Empathie
- Confiance et respect de l'autre
- Courtoisie dans ses relations

.....
P-011

- 1-2 : Attitude d'ouverture face aux autres professions mais en même temps faire respecter son rôle propre avec tact.
- 3 : Attitude d'empathie dans toutes les étapes du soin. Attitude positive face à la famille qui peut être impliquée et informée dans toutes ces étapes
- 4 : Attitude de respect et de compréhension car le changement n'est pas tjrs facile. Attitude de respect et d'ouverture face aux conflits.
- 5 : Attitude de respect et de compréhension. Écoute des autres mais aussi capacité à démontrer et faire respecter son point de vue.
- 6 Attitude d'écoute lors des réunions. Laisser les autres s'exprimer et être capable de défendre ses idées. Jouer son rôle d' « avocate du pt ». Faire reconnaître son rôle en tant qu'inf, rôle qui va au-delà de la généraliste ou pis encore de la secrétaire (ce qui arrive trop souvent !).
- 7 : Pour être interdépendante, je crois que l'inf doit reconnaître la valeur de son propre travail

.....
P-013

- Travailler en collaboration avec :
 - infirmier, le pharmacien et le médecin pour offrir au patient le meilleur soulagement possible
- ne pas avoir de préjugés quant aux doses nécessaires pour soulager adéquatement un patient

.....
P-015

- Attitude de croyance que l'autre à mal
- Attitude d'écoute et d'ouverture sur différentes stratégies de soulagement
- Attitude de respect envers les différences culturelles
- Attitude d'empathie et de patience
- Attitude professionnelle

.....
P-016

- Respect de l'expertise

- Ouverture à l'autre, aux nouvelles pratiques
- Ouverture d'esprit
- Empathie
- Calme et tolérance à l'ambiguïté

.....
P-017

- Analyser notre propre perception, valeurs, croyances envers le soulagement de la douleur
- Ouverture et réceptivité face aux valeurs / croyances des autres
- Corriger les mythes face à l'utilisation des opiacés surtout la morphine
- Comprendre et prioriser l'évaluation « subjective » de la douleur tel qu'exprimée par le patient
- Croire en l'importance du soulagement de la douleur de façon continue

.....
P-018

1. Respect d'opinion de tous les intervenants auprès du patient
2. Nécessité d'un plan d'action individuel et flexible pour chaque patient

.....
P-020

Attitudes

- cohérence
 - partage des informations + feedback
- approche conventionnelle

.....
P-023

Le déterminant de base est la reconnaissance du problème DOULEUR. Par la suite, 3 aspects m'apparaissent important. Le premier concerne la capacité à considérer la douleur de l'autre comme étant SA DOULEUR. Appeler cela l'empathie douloureuse. L'interprétation se doit d'être objective et non reliée à notre vision personnelle du contexte. Deuxièmement, être convaincue de la complexité du phénomène tant sur l'ampleur de ce qui reste à comprendre et à faire mais également l'importance de contrôler la douleur afin d'éviter la chronicité, et cela, même si sa raison d'être initiale est la protection. Finalement, malgré le fait que l'on discute beaucoup de multi et pluridisciplinarité, la réalité est tout autre pour de multiples raisons évidentes dont le manque de ressources. Cependant un autre facteur plus subtil et pervers tend à antagoniser la capacité des intervenants à exploiter au maximum leur potentiel et à travailler ensemble : Le corporatisme ce mal qui guette toute équipe se doit d'être contrôlé et chassé. Tel les maillons d'une chaîne, chaque intervenant a un rôle à jouer, quelque soit son ampleur, le but final étant la maîtrise de la douleur.

.....
P-024

- attitude positive à développer face au patient et à la famille pour soulager le patient
- attitude de communication avec es différents intervenants aux soins intensifs (particulièrement la relation avec les médecins)
- être capable de présenter une situation type, de l'analyser et de référer à une documentation précise
- développer une empathie et un intérêt pour le soulagement de la douleur
- apprendre à discuter et comprendre différentes ethnies (leur vision, attitude...)

.....
P-025

- compassion
- collaboration
- objectivité
- communication ouverte
- honnêteté
- patience

.....
P-026

Les attitudes souhaitées sont :

- disponibilité
- écoute
- empathie

.....
P-027

- Rechercher la collaboration a/n du travail d'équipe interdisciplinaire
- Rechercher la collaboration avec le patient
- Avoir une attitude calme, posée, empathique et rassurante
- Avoir un environnement physique calme qui favorise le repos, la relaxation
- Aider la famille à réagir de façon positive à la douleur du patient
- Avoir une approche préventive

.....
P-028

- Attitude d'empathie envers la personne souffrante
- Attitude de tolérance et d'ouverture d'esprit vis-à-vis des opinions des autres
- Attitude de conciliation pour la résolution de conflits
- Attitude visant l'excellence des soins aux patients
- Attitude d'imputabilité devant la responsabilité collective de soulager adéquatement la douleur
- Attitude de rigueur dans l'application des recommandations publiées dans la littérature
- Attitude de collaboration dans l'atteinte des objectifs

.....
P-030

- Maturité émotionnelle et professionnelle
- Capacité de reconnaître des erreurs
- Attitude positive et bon sens de l'humour
- Faire preuve d'affirmation d soi
- Faire preuve de ténacité lors de négociation pour obtenir une prescription d'analgésique plus adéquate
- Faire preuve d'écoute active

.....
.....
Total : 398 manifestations

Connaissances : 152

Habilités : 133

Attitudes : 113

4. Quel(s) autre(s) membre(s) de l'équipe de soin croyez-vous qu'il serait bon d'inclure dans une formation interprofessionnelle pour le soulagement de la douleur aux soins intensifs ? Expliquez votre choix.

P-003

- Le patient (lorsque possible) → expérience de douleur propre à lui, que l'on doit connaître pour mieux agir
- La famille : parce qu'elle connaît mieux que quiconque le pt
- Le pharmacien : pour l'ajustement de la médication

.....
P-004

Les pharmaciens, compte tenu de leurs connaissances et de leur expertise en matière de médicaments. Les anesthésistes devraient être un groupe-cible particulier au plan médical, considérant leur expertise de pointe en cette matière.

L'aspect psychologique aurait également avantage à être exploré.

.....
P-005

Physiothérapeute : ce professionnel doit être en mesure d'évaluer la douleur avant et après toute procédure.

Doit être sensibiliser à aviser l'inf à l'avance afin que celle-ci s'assure d'administrer un Rx dont le pic sera atteint pendant le traitement.

Evidemment, ceci vaut pour les équipes de si qui ont ce professionnel

Pharmacien : par ses connaissances, peut être d'une aide précieux.

.....
P-006

- pharmacienne clinicienne des USI-
 - collaboration dans l'établissement du protocole analgésie / sédation
 - préparation des Px et modifications
 - service des narcos aux USI
- Physiothérapeutes et inhalothérapeute
 - reconnaissance douleur et soulagement
 - pour soins appropriés à donner
 - interactions avec personnel infirmier quant aux objectifs.

.....
P-008

Psychiatre

Physiothérapeute

.....

P-009

-inhalothérapeute
-physiothérapeute

.....
P-010

- physiothérapeutes = mouvements du patient peut être douloureuse
- pharmaciens = meilleur prise en charge pharmacologique
 - interaction médicaments
 - doses - n
 - voies d'administration
- psychologues = milieu stressant – traumatisme psychologique évident

.....
P-011

Pharmaciens, inhalo, physiothérapeutes

Tous ces professionnels qui interviennent auprès des patients. S'il y a des psychologues ils devraient aussi être inclus car il y a un lien étroit ◊ dlr et psychologie (dlr amène anxiété, irritabilité, etc. Les gestionnaires (assistante, inf chef) devraient aussi participer car ils sont au centre des décisions (◊ clinique + admin) et parfois la gestion de la dlr demande une priorisation administrative (bien dommage !)

.....
P-013

- pharmaciens → aider les interactions médicamenteuses
- préposés aux bénéficiaires → réduire les mobilisations douloureuses
- inhalothérapeute → idem, développer des techniques pour réduire les manipulations douloureuses.

.....
P-016

Physiothérapeute : professionnel déjà impliqué qui peut proposer des méthodes antalgiques de soulagement de la douleur

Psychologue : propose des interventions intéressantes pour diminuer la détresse, l'anxiété. Peut utiliser des techniques telles que la relaxation, la visualisation, la distraction, etc.

Ergothérapeute : idem aux physio + confort au niveau de la mobilisation.

Pharmacien : partenaire essentiel et partage de ses connaissances pour le choix de la médication.

Travailleurs sociaux : professionnel déjà impliqué qui se soucie de l'environnement et de son contexte. Offre du soutien.

Résidents : professionnel présent à l'USI et disponible pour les patients en l'absence du patron.

.....
P-017

Pharmacien : connaissances et expertise pour conseiller adéquatement le Md sur la sélection d'opiacés ou autre Px en fonction de la condition globale du patient

Ergothérapeute / physiothérapeute; maximiser l'utilisation d'aide techniques et positivement ainsi que l'utilisation adéquate d'exercices actifs passifs

Inhalothérapeute : ajustement du mode de ventilation en fonction de la réponse du pt.

Psychologue : prise en charge de la douleur psychologique du client / famille.

.....
P-018

Infirmiers/ infirmières : ils sont en première ligne...

Médecins...

Psychologues

Psychiatres

.....
P-020

Pharmacien :

-expertise A/N pharmacologie et interactions médicamenteuse

-permettrait de réduire le délai entre le diagnostic et l'administration de la thérapie

-meilleur contrôle des effets secondaires de manière préventive et thérapeutique

.....
P-023

1. Le MD traitant : Impliqué dans la raison d'admission et va assurer le suivi par la suite

2. L'infirmière d'USI : de part son omniprésence au chevet du malade et ses contacts privilégiés avec la famille

3. Inf de liaison / travailleur social : pour le savoir et soutien familial et social. La douleur ne disparaît pas nécessairement avec le congé des soins.

4. Physio / ergo : non seulement pour enclencher rapidement le processus de réadaptation mais également comme intervenant expérimenté de la fonction motrice du pt immobilisation et lors des manipulations

5. Psychologue : enrobe le pt dans sa globalité incluant la famille en tenant compte des pré- per et post USI

.....
P-024

-physiothérapeutes (et ergothérapeutes):

-pour l'utilisation d'autres modalités au soulagement de la douleur (autre que pharmacologique) comme la glace / chaleur, exercices passifs ou non...

-pour l'utilisation de surfaces thérapeutiques et / ou de lits spéciaux

-utilisation d'orthèses

-les préposés aux bénéficiaires : doivent intervenir pour mobiliser les patients et pour les rendre confortable

* Ces intervenants sont fort utile en soins intensifs et une formation pourrait être intéressante et augmenterait leur participation et collaboration

.....
P-025

-psychologue → traitements non médicale

-famille → soutien psychologique

-OT / PT → limitation dans progrès par la douleur

-Anesthésiste → douleur chronique

.....
P-026

La famille comme porte parole du patient

.....
P-027

- L'anesthésiste : utilisation de diverses méthodes : épidurale..
- Préposés aux bénéficiaires : Ils interviennent directement avec le patient, participent à la mobilisation du patient; favoriser une meilleure approche avec le patient
- Pharmacien : il peut nous indiquer des interactions possibles entre les antalgiques et d'autres médicaments
- Au besoin : Inhalothérapeutes, physiothérapeutes

.....
P-028

- Pharmaciens cliniques : Jouent un rôle très important aux soins intensifs en tout ce qui concerne la pharmacothérapie et les interactions médicamenteuses, aspects essentiels à considérer dans le soulagement adéquat de la douleur tout en minimisant les effets secondaires indésirables
- Physiothérapeutes : Leur implication auprès des patients aux soins intensifs (physio respiratoire et mobilisation passive / active) saurait bénéficier d'une formation de ce genre

.....
P-030

En plus des intensivistes + infirmières, il serait essentiel d'inclure les anesthésiologistes, les physiothérapeutes et les psychologues + LA FAMILLE.

En effet, puisque la douleur est un concept multidimensionnel, il faut s'assurer que les démarches pour gestion optimale de la douleur concernent plusieurs dimensions de l'être humain soit les domaines respectifs de l'expertise des professionnels mentionnés ci-haut, incluant bien sûr des personnes significatives pour le patient. Ex : Conférence d'une personne significative sur son expérience face à un proche souffrant aux S.I.

Questions et commentaires

P-003

Très difficile à compléter, demande réflexion et nous avons beaucoup de travail.

Questions très théoriques, je crois qu'il faut connaître le sujet à fond pour être capable de bien répondre

.....
P-004

Je crois peu à une approche interprofessionnelle centrée exclusivement sur le soulagement de la douleur. Je suis davantage en accord avec une approche interprofessionnelle GLOBALE, dont la gestion de la douleur fait partie. Les professionnels doivent développer la confiance mutuelle, le respect et de nombreuses autres attitudes pour travailler en équipe inter. Travailler sur le soulagement de la douleur en est un aspect. De plus l'approche interprofessionnelle en unité de soins intensifs est essentielle pour le rétablissement (ou du moins le confort) de ces patients atteints de maladie complexe et de leurs proches.

.....
P-005

Evidemment, le md et l'inf sont au 1^{er} plan dans l'évaluation et le soulagement de la douleur, mais tous les membres de l'équipe doivent contribuer à l'atteinte de cet objectif commun
Le pt bénéficie du meilleur niveau de collaboration possible.

.....
P-006

extentif comme questionnaire !

.....
P-011

J'espère avoir bien répondu en partant du modèle que vous avez proposé. Désolé pour le délai à vous répondre
Bonne continuation ☺

.....
P-018

Il va de soi qu'il s'agit d'un sujet complexe mais au combien négligé. La voie facile consiste à « anesthésier » le patient complètement, nous évitant d'être confronté à la douleur. Par ailleurs, il est important de distinguer entre la douleur et d'autres états qui ne sauraient être traité par des analgésiques (anxiété, souffrance (au sens de détresse...), etc.)

.....
P-020

Envisager des approches non pharmacologiques

- conception des unités
 - contrôle de la Température de la zone des malades
 - recréer cycle nyctéméral
 - musique
 - confort des lits / chaises
- supports autres
 - TENS
 - hydrothérapie
 - méditation / jeux

.....
P-023

Tout en considérant la complexité en soi du phénomène dlr, le contexte des SI complique davantage cette complexité de part la gravité des symptômes, les lieux physiques, l'incertitude (diagnostique / pronostique), les nombreuses manipulations et techniques, sans compter les communications souvent déficientes avec le malade (sédation, intubation, intoxication, trauma crânien, etc.). Malgré ces nombreuses difficultés il n'en demeure pas moins essentiel d'agir rapidement, efficacement, et de façon concrète, moteur d'une saine gestion de la douleur chez cette clientèle à haut risque.

.....
P-024

Beau projet.

Beaucoup à faire pour développer des outils pour évaluer et traiter adéquatement nos patients de soins intensifs

.....
P-028

J'ai trouvé un peu vague / abstrait les questions 1-3.

Je ne suis pas du tout certain d'avoir répondu aux besoins des chercheurs !

.....
P-030

Je ne suis pas certaine si vous vouliez seulement recueillir des éléments de compétence socio-professionnelle et / ou des éléments de compétences clinique? C'est pourquoi je vous suggère de revoir les définitions des catégories qui sont, d'après moi, trop générales et non adaptées à cette recherche.

Par ailleurs, c'est une recherche très intéressante!

**ANNEXE GG - REGROUPEMENT DES MANIFESTATIONS DE LA
COMPÉTENCE PRODUITE PAR LES PARTICIPANTS À L'AIDE DU PREMIER
QUESTIONNAIRE DELPHI**

I. Anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés à l'USI

Connaissances	Attitudes	Habiletés	Contexte
<p>41. Comprendre les mécanismes anatomophysiopathologiques de la douleur ainsi que son impact sur l'évolution du patient. 1-3-4-8-10-11-13-16-17-20-23-25-27-28</p> <p>42. Distinguer les types de douleur (nature, manifestation) et les facteurs influençant l'intensité de la douleur. 16-17-20-23-24-25-28</p> <p>43. Identifier les activités et les situations nociceptives. 3-10-30</p> <p>44. Reconnaître les éléments de l'environnement qui peuvent contribuer au confort ou entraîner la douleur. 24-28</p>	<p>45. Adopter une approche biopsychosociale pour anticiper et prévenir la douleur. 3-18-27</p> <p>46. Faire preuve d'empathie (<i>assume pain is present</i>) et de respect. 1-3-6-9-10-11-15-16-23-24-25-26-27-28</p> <p>47. Réduire, quand c'est possible, l'incertitude associée à l'évolution de l'état de santé. 1-3-11-24-27</p>	<p>48. Réaliser un examen et une entrevue cliniques (enseignement). 4-5-15-17-20-25-27-30</p> <p>49. Modifier les facteurs environnementaux qui mènent à la douleur ou qui nuisent à son soulagement. 1-6-11-23-24-27</p> <p>50. Assurer le confort des patients (température, cycle, lit, etc.). 6-17-20-24-27</p> <p>51. Réduire au maximum les activités et les situations nociceptives. 6-10-24-27</p>	<p>52. Tenir compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie). 1-3-15-17-18-20-28-30</p> <p>53. Tenir compte de la situation clinique du patient (intubé, ventilé, inconscient, curarisé, etc.). 24-25-30</p>

II. Détecter, évaluer et monitorer (ou soulager) la douleur chez les patients hospitalisés à l'USI

Connaissances	Attitudes	Habiletés	Contexte
54. Distinguer les phénomènes connexes à la douleur (ex. anxiété, delirium, fatigue, détresse, sevrage, etc.). 3-8-17-18-27	58. Être attentif aux signes et symptômes de la douleur. 6-13	62. Objectiver et interpréter les signes et symptômes de la douleur. 6-13-15-17-18-20-23-24-26-27-28	65. Faire des choix en tenant compte l'état de conscience et les capacités de communication du patient. 1-6-9-13-17-26
55. Distinguer la sédation et l'analgésie. 8-9-15	59. Préférer l'autoévaluation de la douleur, quand celle-ci est possible. 17	63. Schématiser la localisation de la douleur. 24	-----
56. Décrire les signes et symptômes de la douleur (indicateurs). 1-5-9-13-24-26-27	60. Choisir une grille d'observation des comportements de la douleur, quand c'est nécessaire. 1-9	64. Utiliser les moyens d'évaluation de la douleur. 5-9-11-17	66. Tenir compte des caractéristiques liées au problème de santé, à la personne, à sa condition clinique et à sa douleur pour choisir la fréquence et le moment d'évaluer la douleur. 6-13-18-23
57. Critiquer les différents moyens et outils pour évaluer et autoévaluer la douleur. 1-3-6-9-10-11-13-16-18-23-24-26-27-28-30	61. « Croire le patient ». Adopter une attitude de confiance. 1-3-5-6-13-15-30		

III. Soulager la douleur des patients hospitalisés à l'USI

Connaissances	Attitudes	Habilités	Contexte
<p>67. Expliquer les mécanismes d'action (indication, contre-indication, pic d'action, etc.) des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur. 1-3-4-5-6-8-10-13-15-17-18-20-24-25-26-27-28-30</p> <p>68. Pour les moyens pharmacologiques, connaître la posologie (équivalences) et la voie d'administration. 5-6-9-13-15-30</p> <p>69. Distinguer les effets secondaires des effets désirés. 3-5-6-9-17-18-20-25-26-27-30</p> <p>70. Reconnaître les interactions médicamenteuses. 6-8-13-30</p> <p>71. Distinguer les bonnes et les moins bonnes pratiques de soulagement de la douleur. 1-3-4-9-15-16-20-24-25-26</p>	<p>72. Tenir compte des considérations éthiques (valeurs) et déontologiques (codes et lois) associées au soulagement de la douleur. 3-11-15-16-20</p> <p>73. Critiquer les mythes et croyances entourant le soulagement la douleur. 1-15-16-17</p> <p>74. Adopter des attitudes de prudence et de sécurité. 6-9</p>	<p>75. Préparer, administrer et surveiller les moyens pharmacologiques (opiacés et non opiacés) et non pharmacologiques (mobilisation, massage, application du chaud ou du froid, distraction, imagerie mentale, musique, etc.) pour soulager la douleur. 1-6-8-9-11-13-15-17-18-20-24-25-26-27-30</p> <p>76. Faire fonctionner et surveiller les équipements qui soutiennent l'administration des moyens pharmacologiques (ex. PCA) ou les moyens non pharmacologiques (ex. TENS). 6-9</p>	<p>77. Faire des choix en tenant compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient. 1-4-6-9-11-13-24-27-28</p> <p>78. Recourir judicieusement à la prescription <i>prn</i>. 4-6-9-13</p> <p>79. Adapter sa réaction en fonction de l'urgence (priorité) et du contexte. 1-6-23-24-30</p> <p>80. Tenir compte des ressources disponibles. 20-23</p>

IV. Adapter la gestion de la douleur à l'USI en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent

Connaissances	Attitudes	Habiletés	Contexte
<p>50. Identifier les ressources disponibles pour le soulagement de la douleur (entre autres, RNAO, 2002). 1-5-8-11-16-30</p> <p>51. Synthétiser les nouvelles données probantes issues de la recherche. 4-24</p>	<p>52. Privilégier les préférences du patient. 1-11-18-27</p> <p>53. Être à l'affût des données probantes et des changements. 16</p> <p>54. Avoir le souci d'améliorer ses connaissances. 15-24-30</p> <p>55. Tolérer l'ambiguïté. 16</p> <p>56. Adopter une attitude de rigueur (et non de rigidité) et viser l'excellence. 1-3-4-17-20-23-24-28</p>	<p>57. Discuter, prendre des décisions et intégrer les nouvelles pratiques probantes. 26</p>	<p>58. Adapter les protocoles en tenant compte des ressources et de l'état du patient. 1-6-10-11-26</p>

V. Partager ses connaissances sur la douleur et son soulagement avec les partenaires de soins de l'USI : patient, famille, médecin (dont l'anesthésiste, le psychiatre), infirmière, pharmacien, préposé aux bénéficiaires et, selon le cas, physiothérapeute, inhalothérapeute, psychologue, travailleur social, infirmière de liaison

Connaissances	Attitudes	Habiletés	Contexte
57. Identifier les partenaires de soins et clarifier leur rôle et fonction à partir d'un cadre de référence commun (loi 90 + Ste-Marie, 2002, CANMEDS) pour le soulagement de la douleur : patient, famille, membres de l'équipe de soins. 1-4-6-8-10-11-15-16-28	61. Valoriser l'importance et l'imputabilité de tous les partenaires de soins pour le soulagement de la douleur. 3-5-6-28	62. Établir une relation de partenariat (écoute, dialogue, compréhension, communication efficace, échange...). 1-3-4-5-6-8-9-10-11-13-15-16-24-25-26-27-28-30	68. Adapter sa communication et sa relation en tenant compte du rôle joué par le partenaire de soins, en utilisant des approches variées (dont l'humour). 1-9-15-28-30
58. Distinguer la responsabilité professionnelle et le corporatisme. 4-6-23-28	62. Déceler les besoins de communication et d'enseignement. 15-17-24-25	63. Défendre la cause des patients, les mettre au centre des préoccupations. 1-3-5-11-15-16-28-30	69. Développer des moments de partage des connaissances selon le contexte : conférence, discussion de cas, tournées, etc. 3-8-10-20-23-24-28-30
59. Expliquer le fonctionnement en équipe et les principes de la collaboration professionnelle (comprenant la communication). 1-3-6-8-10-11-23	63. Adopter une philosophie commune de soin centrée sur le patient et sa famille. 1-6-9-17-28	64. Documenter l'évaluation et le soulagement de la douleur en utilisant un langage scientifique (ou un protocole) partagé par l'équipe. 1-6-16-23	70. Développer des moments de partage des réussites selon le contexte : reconnaissance, renforcement, etc. 3-6-8-9-20
60. Décrire les étapes du processus de résolutions de problèmes, de gestion de conflits et d'établissement de consensus. 1-8-10	58. Adopter une définition commune de la douleur et des objectifs communs de soulagement. 3-4-5-6-9-20-23-27-28	65. Gérer les conflits et négocier devant la divergence afin d'établir un consensus (argumenter pour défendre ses opinions). 1-3-4-5-8-16-24-28-30	
	59. Adopter une ouverture au dialogue pour communiquer ses décisions relatives au plan de soin. 1-3-4-5-8-9-10-11-13-15-16-18-20-24-25-26-27-28-30	66. Développer des protocoles interprofessionnels. 1-3-5-6-10-11-16-23-24-26-28	
	60. Reconnaître ses limites et ses forces. 4-5-9-10-11-15-16-17-20-28-30	67. Contribuer à l'amélioration des connaissances sur la douleur et son soulagement. 24	
	61. Respecter ses engagements et faire preuve de ténacité. 1-30		

**ANNEXE HH - TABLEAUX DES CINQ COMPOSANTES DE LA
COMPÉTENCE À LA GESTION DE LA DOULEUR EN COLLABORATION À
L'USI APPUYÉES PAR DES ÉCRITS.**

1. Pour anticiper et prévenir la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :

AIO (2002), ANZCA (2005)

1.1 Sur le plan des connaissances :	1.2 Sur le plan des attitudes :	1.3 Sur le plan des habiletés :	1.4 En tenant compte du contexte :
<p>1.1.1 Comprendre les mécanismes anatomophysiopathologiques de la douleur ainsi que son impact sur l'évolution du patient.</p> <p>AIO (2002), ANZCA (2005), Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Dufault et Sullivan (2000), Elliott et al. (1995-1999), Treadwell et al. (2002), Whipple et al. (1995)</p> <p>1.1.2 Distinguer les types de douleur (nature, manifestation) et les facteurs influençant l'intensité de la douleur.</p> <p>AIO (2002), ANZCA (2005); Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Dufault et Sullivan (2000), Elliott et al. (1995-1999), Treadwell et al. (2002), Whipple et al. (1995)</p>	<p>1.2.1 Faire preuve d'empathie (<i>assume pain is present</i>) et de respect.</p> <p>Carr et al. (2003), Whipple et al. (1995)</p>	<p>1.3.1 Assurer le confort des patients en modifiant les facteurs environnementaux (température, cycle, lit, etc.) qui mènent à la douleur ou qui nuisent à son soulagement.</p> <p>ANZCA (2005), Verma et al. (2006)</p>	<p>1.4.1 En tenant compte des préférences et des caractéristiques du patient : culture, contexte social, âge, sexe, comorbidité (dont la toxicomanie).</p> <p>Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Dufault et Sullivan (2000), Elliott et al. (1995-1999), Treadwell et al. (2002), Greiner et Knebel (2003), UBC-CHD (2008)</p> <p>1.4.2 En tenant compte de la situation clinique du patient (intubé, ventilé, inconscient, curarisé, etc.).</p> <p>Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Dufault et Sullivan (2000), Elliott et al. (1995-1999), Treadwell et al. (2002), UBC-CHD (2008), Whipple et al. (1995)</p>

<p>2. Pour détecter, évaluer et monitorer (ou surveiller) la douleur chez les patients hospitalisés aux soins intensifs, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :</p> <p>AIIO (2002), ANZCA (2005), Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Elliott et al. (1995-1999), Verma et al. (2006), Whipple et al. (1995)</p>			
<p>2.1 Sur le plan des connaissances :</p> <p>2.1.1 Connaître les données probantes pour faire des choix éclairés parmi les différents moyens et outils pour évaluer et autoévaluer la douleur.</p> <p>Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Greiner et Knebel (2003), Whipple et al. (1995)</p> <p>2.1.2 Distinguer la sédation et l'analgésie.</p> <p>ANZCA (2005), Carr et al. (2003), Whipple et al. (1995)</p> <p>2.1.3 Décrire les signes et symptômes de la douleur (indicateurs).</p> <p>Gélinas et al. (2005)</p>	<p>2.2 Sur le plan des attitudes :</p> <p>2.2.1 Être attentif aux signes et symptômes de la douleur.</p> <p>UBC-CHD (2008), Whipple et al. (1995)</p> <p>2.2.2 Être à l'écoute des observations de la famille (ex. : comportements de douleur du patient).</p> <p>Dalton et al. (1999-2001), UBC-CHD (2008), Van Niekerk et Martin (2003), Verma et al. (2006)</p> <p>2.2.3 Choisir une grille d'observation des comportements de la douleur, quand c'est nécessaire (ex. : Grille d'observation de la douleur (GOD)).</p> <p>Dalton et al. (1999-2001), Whipple et al. (1995), Gélinas et al. (2005)</p> <p>2.2.4 « Croire le patient ». Adopter une attitude de confiance.</p> <p>Carr et al. (2003), Holley (2005), UBC-CHD (2008), Verma et al. (2006), Whipple et al. (1995)</p>	<p>2.3 Sur le plan des habiletés :</p> <p>2.3.1 Objectiver et interpréter les signes et symptômes de la douleur.</p> <p>Treadwell et al. (2002), Gélinas et al. (2005), Treadwell et al. (2002), Whipple et al. (1995), Verma et al. (2006)</p>	<p>2.4 En tenant compte du contexte :</p> <p>2.4.1 En tenant compte des conditions cliniques des patients (capable ou non de verbaliser sa douleur).</p> <p>Gélinas et al. (2005)</p>

<p>3. Pour soulager la douleur des patients hospitalisés aux soins intensifs, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :</p> <p>AIIO (2002), ANZCA (2005)</p>			
<p>3.1 Sur le plan des connaissances :</p> <p>3.1.1 Expliquer les mécanismes d'action (indication, contre-indication, pic d'action, posologie, équivalences, voie d'administration, etc.) des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur et en distinguer les effets secondaires des effets désirés.</p> <p>AIIO (2002), ANZCA (2005), Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Dufault et Sullivan (2000), Elliott et al. (1995-1999), Treadwell et al. (2002), Whipple et al. (1995)</p>	<p>3.2 Sur le plan des attitudes :</p>	<p>3.3 Sur le plan des habiletés :</p> <p>3.3.1 Préparer, administrer et évaluer les effets des moyens pharmacologiques (opiacés et non opiacés) et non pharmacologiques (mobilisation, massage, application du chaud ou du froid, distraction, imagerie mentale, musique, etc.) pour soulager la douleur.</p> <p>AIIO (2002), ANZCA (2005); Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Dufault et Sullivan (2000), Elliott et al. (1995-1999), Treadwell et al. (2002), Verma et al. (2006)</p> <p>3.3.2 Surveiller les paramètres physiologiques après l'administration d'opiacés.</p> <p>AIIO (2002), ANZCA (2005); Verma et al. (2006)</p>	<p>3.4 En tenant compte du contexte :</p> <p>3.4.1 Tenir compte des besoins, de la condition et de l'évolution du patient.</p> <p>ANZCA (2005), Whipple et al. (1995)</p>

<p>4. Pour adapter la gestion de la douleur aux soins intensifs en fonction de pratiques exemplaires qui évoluent, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :</p> <p>AIO (2002), ANZCA (2005), Greiner et Knebel (2003)</p>			
<p>4.1 Sur le plan des connaissances :</p> <p>4.1.1 Dans un contexte d'amélioration continue de ses connaissances, rechercher les ressources pour la gestion de la douleur et synthétiser les données probantes la concernant afin d'en discuter, de prendre des décisions et de les intégrer au besoin à sa pratique.</p> <p>Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Dufault et Sullivan (2000), Elliott et al. (1995-1999), Treadwell et al. (2002), Verma et al. (2006)</p>	<p>4.2 Sur le plan des attitudes :</p> <p>4.2.1 Adopter une attitude de rigueur (et non de rigidité) et viser l'excellence.</p> <p>Freeth et al. (2005), Verma et al. (2006)</p>	<p>4.3 Sur le plan des habiletés :</p>	<p>4.4 En tenant compte du contexte :</p>

<p>5. Pour partager ses connaissances sur la douleur et son soulagement avec les partenaires de soins aux soins intensifs, les manifestations de la compétence à prioriser dans une formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient donnée aux infirmières et aux médecins oeuvrant aux soins intensifs sont :</p> <p>Freeth et al. (2005), Greiner et Knebel (2003), Santé Canada (2004), Thomas et al. (2003)</p>			
<p>5.1 Sur le plan des connaissances :</p> <p>5.1.1 Identifier les partenaires de soins et clarifier leur rôle et fonction à partir d'un cadre de référence commun (loi 90 + Ste-Marie, 2002, CANMEDS) pour le soulagement de la douleur : patient, famille, membres de l'équipe de soins.</p> <p>ANZCA (2005), Brathwaite et Travaglia (2005), Bernier et Colin (2006), Carr et al. (2003), Curran et al. (2007), Dalton et al. (1999-2001), D'Amour et Oandasan (2004 et 2005), Freeth et al. (2005), Greiner et Knebel (2003), Oandasan et Reeves (2005), Santé Canada (2004), UBC-CHD (2008), Van Niekerk et Martin (2003), Verma et al. (2006)</p> <p>5.1.2 Expliquer le fonctionnement en équipe et les principes de la collaboration professionnelle (comprenant la communication).</p> <p>Bernier et Colin (2006), Carr et al. (2003), Curran et al. (2007), D'Amour et Oandasan (2004 et 2005), Freeth et al. (2005), Oandasan et Reeves (2005), UBC-CHD (2008), Treadwell et al. (2002), Van Niekerk et Martin (2003), Way et al. (2001)</p>	<p>5.2 Sur le plan des attitudes :</p> <p>5.2.1 Adopter une définition commune de la douleur et des objectifs communs de soulagement.</p> <p>Bernier et Colin (2006), Brathwaite et Travaglia (2005), Carr et al. (2003), Treadwell et al. (2002), Whitehead (2007)</p> <p>5.2.2 Adopter une ouverture au dialogue pour communiquer ses décisions relatives au plan de soin.</p> <p>Bernier et Colin (2006), Carr et al. (2003), D'Amour et Oandasan (2004 et 2005), Freeth et al. (2005), UBC-CHD (2008), Thomas et al. (2003), Van Niekerk et Martin (2003), Way et al. (2001), Whitehead (2007)</p>	<p>5.3 Sur le plan des habiletés :</p> <p>5.3.1 Établir une relation de partenariat (écoute, dialogue, compréhension, communication efficace, échange...).</p> <p>Bernier et Colin (2006), Carr et al. (2003), Curran et al. (2007), D'Amour et Oandasan (2004 et 2005), Freeth et al. (2005), Oandasan et Reeves (2005), UBC-CHD (2008), Thomas et al. (2003), Van Niekerk et Martin (2003), Verma et al. (2006), Way et al. (2001), Whitehead (2007)</p> <p>5.3.2 Documenter l'évaluation et le soulagement de la douleur en utilisant un langage scientifique (ou un protocole) partagé par l'équipe.</p> <p>ANZCA (2005), Bernier et Colin (2006), Carr et al. (2003), Dalton et al. (1999-2001), Greiner et Knebel (2003), Treadwell et al. (2002), Whipple et al. (1995)</p> <p>5.3.3 Développer des protocoles interprofessionnels.</p> <p>ANZCA (2005), Bernier et Colin (2006), Treadwell et al. (2002), Verma et al. (2006)</p>	<p>5.4 En tenant compte du contexte :</p> <p>5.4.1 Développer des moments de partage des connaissances et de points de vues selon le contexte : conférence, discussion de cas, tournées, etc.</p> <p>Bernier et Colin (2006), Bray et Howkins (2006), Dufault et Sullivan (2000), Elhott et al. (1995-1999), Freeth et al. (2005), Oandasan et Reeves (2005), Thomas et al. (2003), Van Niekerk et Martin (2003)</p>

**ANNEXE II - TABLEAU SYNTHÈSE DES PROFESSIONNELS INCLUS DANS
LES ÉTUDES CITÉES DANS CETTE ÉTUDE EN COMPARAISON AVEC LES
RÉSULTATS**

	Rang donné par les médecins	Rang donné par les infirmières	Rang global	Études qui les ont utilisé
Médecins	Déjà inclus	Déjà inclus	Déjà inclus	Bernier et Colin (2006) Treadwell et al. (2002) Dufault et Sullivan (2000) Dalton et al. (1999-2001) Elliott et al. (1995-1999) Carr et al. (2003) Curran et al. (2007)
Infirmières	Déjà inclus	Déjà inclus	Déjà inclus	Bernier et Colin (2006) Treadwell et al. (2002) Dufault et Sullivan (2000) Dalton et al. (1999-2001) Elliott et al. (1995-1999) Carr et al. (2003) Curran et al. (2007)
Médecins traitants	1	1	1	Bernier et Colin (2006) Curran et al. (2007)
Pharmaciens	2	3	3	Bernier et Colin (2006) Dufault et Sullivan (2000) Dalton et al. (1999-2001) Elliott et al. (1995-1999) Carr et al. (2003) Curran et al. (2007)
Médecins anesthésistes	2	2	2	Curran et al. (2007)
Physiothérapeutes	3	6	5	Bernier et Colin (2006) Dufault et Sullivan (2000) Carr et al. (2003) Curran et al. (2007)
Infirmières de liaison	4	9	8	Curran et al. (2007)
Préposés aux bénéficiaires	4	7	7	Curran et al. (2007), mais seulement 8 sur 3725 participants
Inhalothérapeutes	5	5	6	Bernier et Colin (2006) Curran et al. (2007)
Infirmières cliniciennes spécialisées	2	4	4	Curran et al. (2007)
Ergothérapeutes	7	12	12	Bernier et Colin (2006) Carr et al. (2003) Curran et al. (2007)
Psychologues	6	10	9	Bernier et Colin (2006) Treadwell et al. (2002) Curran et al. (2007)
Médecins psychiatres	7	8	10	Curran et al. (2007)
Travailleurs sociaux	7	13	13	Bernier et Colin (2006) Elliott et al. (1995-1999) Curran et al. (2007)
Gestionnaires	7	11	11	Bernier et Colin (2006) Curran et al. (2007)
Nutritionniste/diététicienne	Pas mentionné	Pas mentionné	Pas mentionné	Bernier et Colin (2006) Curran et al. (2007)
Agent de pastoral/membre du clergé	Pas mentionné	Pas mentionné	Pas mentionné	Dufault et Sullivan (2000) Elliott et al. (1995-1999) Curran et al. (2007)
Tous les autres professionnels	Pas mentionné	Pas mentionné	Pas mentionné	Curran et al. (2007)