Université de Sherbrooke

Gestion de la douleur chronique par les infirmières des Groupes de médecine de famille

Par
Dave A. Bergeron
Programmes 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 (sciences infirmières)

Sherbrooke, Québec, Canada
Mai, 2011

Membres du jury d'évaluation

Patricia Bourgault, inf., Ph.D.	École des sciences infirmières
Frances Gallagher, inf., Ph.D.	École des sciences infirmières
Hélène Sylvain, inf., Ph.D.	Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski
Yannick Tousignant-Laflamme, pht., Ph.D.	École de réadaptation

© Dave A. Bergeron, 2011



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: 978-0-494-90990-4

Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-90990-4

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, distrbute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

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

AVIS:

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

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

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

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

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

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

Canada

Gestion de la douleur chronique par les infirmières des Groupes de médecine de famille

Par
Dave A. Bergeron
Programmes 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
(sciences infirmières), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de
Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction: Selon la Société québécoise de la douleur (2005), des milliers de Québécois souffrent actuellement d'un problème de douleur chronique (DC) pour laquelle le traitement et la prise en charge sont souvent inadéquats. L'introduction des Groupes de médecine de famille (GMF) où les infirmières jouent un rôle clé dans le suivi des problèmes de santé chroniques représente un contexte favorable pour un meilleur suivi des personnes aux prises avec de la DC (MSSS, 2002). **Objectifs:** Cette étude a pour objectifs de décrire les activités réalisées par les infirmières œuvrant en GMF en rapport avec la gestion de la douleur chez la clientèle souffrant de DC, de décrire leurs connaissances et croyances à ce sujet, les barrières et les facteurs associés aux activités qu'elles effectuent en gestion de la douleur. **Méthode:** Un dispositif descriptif corrélationnel transversal de type enquête a été utilisé. La population accessible provient d'une liste de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recensant les infirmières en GMF ayant donné leur autorisation à être rejointes pour des fins de recherche. Deux questionnaires postaux auto-administrés ont été envoyés à 195 infirmières. De ce nombre, 53 ont répondu aux questionnaires. Pour répondre aux trois premiers objectifs, une analyse descriptive des deux questionnaires utilisés a été réalisée. Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin de vérifier la présence d'association entre les activités en gestion de la douleur et les autres variables. **Résultats :** Les trois activités qui ont été le plus souvent réalisées par les infirmières sont d'établir une relation thérapeutique avec le client; de réaliser des discussions avec le médecin sur l'efficacité des mesures thérapeutiques et de faire un enseignement personnalisé au client. Pour le niveau des connaissances et les croyances des infirmières, leur résultat moyen pondéré est de 61,5%. Le nombre moyen de personnes rencontrées par les infirmières qui souffrent de douleur chronique est de 2,68 personnes par semaine. Douze activités infirmières sont aussi corrélées avec le nombre de personnes rencontrées souffrant de la douleur chronique. Les principales barrières que les infirmières en GMF perçoivent sont la méconnaissance des interventions possibles en douleur (71,7%) et la non-disponibilité de l'information sur la gestion de la douleur (52,8%). **Conclusion :** Les infirmières au sein des GMF font peu d'activités en gestion de la DC, mais elles sont ouvertes à jouer un rôle plus important. Néanmoins, pour cela, il serait nécessaire de mettre en place des mécanismes de formation continue et de soutien pour ces infirmières.

Mots-clés : gestion de la douleur chronique – groupes de médecine de famille – soins infirmiers de première ligne – recherche descriptive corrélationnelle

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ II
LISTE DES TABLEAUX VI
LISTE DES FIGURES VIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS IX

Premier chapitre – Problématique 10
1.1 But et objectifs de l'étude 14
1.2 Cadre de référence 14

Deuxième chapitre - Recension des écrits 16
2.1 Recommandations et lignes directrices concernant le suivi et le traitement de la DC 16
2.1.1 Analyse des recommandations et lignes directrices 17
2.1.2 Constats découlant de l'analyse des recommandations et lignes directrices 19
2.1.3 Rôle des infirmières selon les lignes directrices et recommandations 20
2.2 Pratique infirmière dans la gestion de la DC 22
2.2.1 États des connaissances sur le rôle de l'infirmière dans la gestion de la DC 22
2.2.1.1 *Description du rôle selon des revues systématiques des écrits* 22
2.2.1.2 *Description du rôle selon des études* 24
2.2.1.3 *Projets cliniques en gestion de la DC* 27
2.2.2 Synthèse des écrits 30
2.3 Rôle des infirmières dans les GMF 31
2.3.1 Les GMF 31
2.3.2 État des connaissances sur le rôle des infirmières au sein des GMF 32
2.3.3 Synthèse des écrits 36
2.4 Barrières identifiées par les infirmières dans la réalisation des activités en gestion de la douleur 37
2.5 Connaissances, croyances et attitudes des infirmières de première ligne relatives à la gestion de la douleur 38
2.6 Synthèse des écrits 40

Troisième chapitre – Matériel et méthodes 42
3.1 Dispositif de recherche 42
3.2 Population à l'étude 42
3.3 Collecte de données 44
3.3.1 Variables à l'étude 44
3.3.2 Instruments de mesure 45
3.3.2.1 *Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur* 45
3.3.2.2 *Questionnaire sur les activités infirmières en gestion de la douleur* 48
3.3.3 Déroulement de la collecte de données 50
3.4 Analyses statistiques 50
3.5 Considérations éthiques 52

Quatrième chapitre – Résultats 53
4.1 Caractéristiques sociodémographiques des infirmières participantes 53
4.2 Perception des infirmières du nombre de clients rencontrés qui présentaient de la douleur lors des cinq derniers jours de travail 54
4.3 Pratiques infirmières en gestion de la DC 55
4.4 Intention des infirmières de réaliser des activités de gestion de la DC 57
4.5 Perception des infirmières de leur capacité à réaliser les activités de gestion de la DC 57
4.6 Importance des activités de gestion de la DC 59
4.7 Connaissances et croyances des infirmières en lien avec la gestion de la DC 62
4.8 Barrières rencontrées par les infirmières dans la gestion de la DC 65
4.9 Synthèse des résultats descriptifs 66
4.10 Facteurs associées aux activités infirmières en gestion de la DC 68
4.11 Synthèse des variables associées aux activités infirmières en gestion de la DC 72

Cinquième chapitre – Discussion et conclusion 74
5.1 Perception que peu de clients présentent de la DC 74
5.2 Réalisation d'une gamme limitée d'activités en gestion de la douleur par les infirmières en GMF 75
5.2.1. Évaluation détaillée et continue de la DC 75
5.2.2. Interventions liées aux traitements pharmacologiques 77
5.2.3. Interventions auprès des familles 78
5.2.4. Intention d'agir en gestion de la DC 78
5.3 Limites au plan des connaissances et des croyances sur la gestion de la DC 79
5.4 Présence de plusieurs barrières à la réalisation des activités en gestion de la DC 81
5.5 Forces et limites 83
5.5.1 Forces de l'étude 83
5.5.2 Limites de l'étude 83
5.6 Retombées de l'étude 85
5.6.1 Retombées de l'étude pour la clinique 85
5.6.2 Retombées de l'étude pour la recherche 87
5.6.3 Retombées de l'étude pour la société 89

REMERCIEMENTS 90

RÉFÉRENCES 91

ANNEXE A – CADRE DE RÉFÉRENCE 103

ANNEXE B - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 105

ANNEXE C - QUESTIONNAIRE TORONTO SUR LA GESTION DE LA DOULEUR 110

ANNEXE D - QUESTIONNAIRE SUR LES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES EN GESTION DE LA DOULEUR 119

ANNEXE E - LETTRE EXPLICATIVE ET TABLEAU RÉSUMÉ POUR LE INFIRMIÈRES 128

ANNEXE F - RAPPELS AUX INFIRMIÈRES 131

ANNEXE G - APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE CHEZ L'HUMAIN 134

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Analyse des recommandations et lignes directrices concernant le suivi et le traitement de la DC 18

Tableau 2 Rôle des infirmières selon les lignes directrices concernant la gestion de la DC 21

Tableau 3 Définition des variables à l'étude 45

Tableau 4 Caractéristiques sociodémographiques des participants de l'étude 54

Tableau 5 Nombre de clients rencontrés qui présentaient de la douleur selon les infirmières lors des cinq derniers jours de travail 55

Tableau 6 Activités de gestion de DC réalisées par les infirmières au cours des cinq derniers jours de travail 56

Tableau 7 Intention des infirmières de réaliser des activités en gestion de la DC et la perception de leur capacité à les réaliser auprès de leur clientèle 58

Tableau 8 Perception de l'importance de chaque activité en gestion de la DC pour les clients selon les infirmières 60

Tableau 9 Importance de chaque activité en gestion de la DC pour les infirmières ... 61

Tableau 10 Connaissances et croyances des infirmières sur la gestion de la DC 62

Tableau 11 Résultats, en ordre décroissant de pourcentage, pour chaque échelle visuelle analogue du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur . 64

Tableau 12 Barrières identifiées par les infirmières dans la gestion de la DC 65

Tableau 13 Tableau synthèse des résultats descriptifs 67

Tableau 14 Corrélation entre les activités infirmières en gestion de la DC effectuées et le nombre de clients avec de la DC rencontrés lors des cinq derniers jours de travail 69

Tableau 15 Corrélation entre les activités infirmières en gestion de la DC effectuées et le niveau d'importance de chaque activité pour les clients et pour les infirmières 70

Tableau 16 Comparaison entre la formation continue et le nombre d'activités infirmières en gestion de la DC 71

Tableau 17 Tableau synthèse des variables associées aux activités infirmières en gestion de la DC 73

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Échantillonnage de la population à l'étude 43

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AÉTMIS	Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'intervention en santé
AHCPR	*Agency for Health Care Policy and Research*
APS	*American Pain Society*
ASPMN	*American Society of Pain Management Nurses*
CLSC	Centre local de service communautaire
CPS	*Canadian Pain Society*
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DC	Douleur chronique
EIQ	Écart interquartile
EPOC	*Effective Practice and Organisation of Care*
ET	Écart-type
ÉVA	Échelle visuelle analogique
FIIQ	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
IMPACT	*Improving Mood, Promoting Access to Collaborative Treatment*
IASP	*International Association for the Study of Pain*
JCAHO	*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PMAQ	*Pain Management Activities Questionnaire*
RNAO	*Registered Nurses Association of Ontario*
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
r_s	Rho de Spearman
RCN	*Royal College of Nursing*
SQD	Société québécoise de la douleur
TPMI	*Toronto Pain Management Index*
UMF	Unité de médecine familiale
VHA	*Veteran Health Administration*

Premier chapitre – Problématique

Selon un rapport de la Société québécoise de la douleur (SQD, 2005), des milliers de Québécois souffrent actuellement de douleur chronique (DC) pour laquelle le traitement et la prise en charge sont souvent inadéquats. Un principe de soins par paliers incluant, entre autres, des services de première ligne permettrait d'assurer un meilleur suivi des personnes présentant ce symptôme chronique. Les soins de première ligne destinés aux personnes souffrant de DC sont présentement peu développés au Québec (SQD, 2005). Toutefois, l'introduction récente des Groupes de médecine de famille (GMF) où l'infirmière joue un rôle clé dans le suivi des problèmes de santé chroniques (Ministère de la santé et des services sociaux - MSSS, 2002) pourrait permettre un meilleur suivi des personnes affligées par la DC. Théoriquement, les infirmières devraient, au sein des GMF, effectuer une évaluation clinique de la condition de santé incluant une évaluation de la douleur selon une approche globale et préventive (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - OIIQ, 1999; 2003). Face à l'absence de données sur les activités infirmières à ce sujet, une étude permettant d'explorer le rôle que joue actuellement l'infirmière dans l'évaluation et la gestion de la DC au sein des GMF s'impose.

La DC est maintenant considérée comme une maladie du système nerveux et comme un problème de santé publique majeur qui peut cependant être évité (Meana *et al.*, 2004). La définition la plus reconnue de la DC est celle de *l'International Association for the Study of Pain* (IASP) qui la considère comme une douleur persistant au-delà du délai normal de guérison des tissus, généralement fixé à trois mois (IASP, 1986). D'autres auteurs ajoutent que la DC se prolonge habituellement au-delà de six mois, qu'elle peut être associée à une maladie chronique et ainsi être présente de façon continue ou revenir par intervalle (Bonica, 1990; Dunajcik, 1999). Selon les définitions citées, la DC varie donc quant à la durée, au siège anatomique, à la cause et à l'intensité.

De façon générale, 80% des personnes vues en clinique présentent de la douleur aiguë ou chronique (Koch, 1986). Une revue de 13 études situe la prévalence de la DC dans le monde entre 10,1% et 55,2% (Harstall & Ospina, 2003). La DC touche entre 25 et 29%

de la population canadienne (Boulanger *et al.,* 2007; Moulin *et al.,* 2002) alors qu'au Québec, sa prévalence serait davantage de l'ordre de 16% (Boulanger *et al.,* 2007). La prévalence serait plus élevée chez les femmes et les personnes âgées (Harstall & Ospina, 2003; Moulin *et al.*, 2002, Ramage-Morin et Gilmour, 2010).

La DC peut avoir un effet dévastateur sur la vie des personnes atteintes en affectant particulièrement le fonctionnement, l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et ultimement la qualité de vie (Dewar *et al.,* 2003; McWilliams *et al.,* 2003; Smith & Friedmann, 1999). Des personnes relatent même que la DC leur a fait « perdre » leur vie et qu'ils comparent cette douleur à la présence d'une ombre qui les hante toujours (Smith *et al.,* 1999). La DC est associée à une prévalence accrue d'anxiété et des troubles dépressifs surtout lorsqu'elle limite de façon importante les activités de la vie quotidienne (McWilliams *et al.*, 2003). Leur ignorance face à l'explication de leurs symptômes, le sentiment de n'avoir pas été crues par les professionnels (McHugh & Thoms, 2001a; Werner *et al.,* 2004; Huntington et Gilmour, 2005) et la méconnaissance de la cause exacte de leur douleur contribuent à augmenter de façon significative l'anxiété des personnes atteintes et leur peur face à la douleur (Hall-Lord *et al.,* 1999; McHugh & Thoms, 2001a). De plus, selon les personnes souffrant de DC, les professionnels de la santé ne répondraient pas adéquatement à leurs préoccupations en lien avec ce problème de santé (Dewar *et al.*, 2003).

La DC impose aussi un lourd fardeau financier aux personnes ainsi qu'à la société (Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'intervention en santé - AÉTMIS, 2006; Boulanger *et al.*, 2007; Guerriere *et al.*, 2010). Ses coûts sont majoritairement liés aux traitements, à la prestation des soins, à l'absentéisme au travail et au versement d'indemnités pour incapacité (Turk, 2002). Selon une estimation, les coûts médicaux directs découlant de la DC, tous types confondus, dépasseraient les 100 milliards de dollars par année pour les États-Unis. (McCarberg & Billington, 2006). Une utilisation significativement importante des ressources de santé par les personnes souffrant de DC a été notée (Harstall & Ospina, 2003, Ramage-Morin et Gilmour, 2010). Un classement canadien indique que certaines maladies chroniques ayant une composante de douleur

(dorsalgies, affections arthritiques ou rhumatismales et migraines) sont parmi celles ayant le plus fort taux d'utilisation des ressources en santé (Rapoport *et al.*, 2004).

En raison de l'ampleur de ce problème de santé dans la population générale et du fardeau qui y est associé, la DC doit être considérée comme une priorité par le réseau de la santé québécois (AÉTMIS, 2006). Compte tenu des répercussions négatives de ce problème, il est primordial d'assurer un diagnostic précoce, un traitement adéquat et une consultation rapide auprès d'un spécialiste si nécessaire (McHugh & Thoms, 2001a, 2001b). Pour y arriver, la gestion de la DC demande une approche interdisciplinaire où chaque professionnel, grâce à sa compétence disciplinaire, concourt à favoriser sa gestion (Stanos & Houle, 2006). Pour sa part, la clientèle en première ligne apprécierait avoir un meilleur suivi à long terme ainsi qu'avoir accès à un professionnel qui pourrait les conseiller et les aider à mieux gérer leur problème sur une base régulière (McHugh & Thoms, 2001a, 2001b), mais l'offre y est peu développée (AÉTMIS, 2006; SQD, 2005). Actuellement au Québec, ce suivi s'effectue majoritairement en clinique privé où les omnipraticiens travaillent seuls ou au sein de quelques cliniques multidisciplinaires de gestion de la douleur surchargées. Le moment est néanmoins propice, car l'intérêt pour la prise en charge de la douleur est de plus en plus répandu au Québec (AÉTMIS, 2006).

De par leur expertise, les infirmières peuvent intervenir concrètement en première ligne auprès des personnes ayant de la DC afin d'optimiser le soulagement de leur douleur *(American Society of Pain Management Nurses* - ASPMN, 2002). Diverses tâches, dont l'évaluation et le suivi des personnes ainsi que l'enseignement, peuvent être assumées par l'infirmière en collaboration avec l'omnipraticien (ASPMN, 2002). Les lignes directrices émises par la *Registred Nurse Association of Ontario* (RNAO, 2002) et par la *Veteran Health Administration* (VHA, 1998) recommandent d'établir un programme de prise en charge de la douleur où l'infirmière assume un rôle pivot. D'ailleurs, plusieurs modèles de suivi des individus souffrant de DC accordent une importance marquée au rôle des infirmières, notamment en première ligne (AÉTMIS, 2006; Boulard et Le May, 2009; Brooks & Younce, 2007). Cette ressource professionnelle semble être peu utilisée dans le contexte québécois actuel de prestation de soins aux personnes souffrant d'une DC (AÉTMIS, 2006).

Au cours des dernières années, le nombre d'infirmières œuvrant en première ligne s'est accru avec la venue des GMF. Cette structure a d'ailleurs modifié le portrait des soins de première ligne au Québec. Proposé par la Commission Clair en décembre 2000, un GMF est essentiellement une organisation composée de médecins de famille travaillant en groupe, en collaboration étroite avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Cette nouvelle structure assure un suivi intégré de la clientèle, ce qui facilite grandement la continuité des soins (MSSS, 2002). On a misé sur la présence des GMF pour améliorer l'offre de soins infirmiers et le suivi des clientèles vulnérables, notamment le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques telles que le diabète et les maladies pulmonaires (Goudreau et Boucher, 2004). De même, certains problèmes de santé chroniques comme le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique vus en GMF présentent également une composante de DC (ASPMN, 2002). D'ailleurs, les gens souffrant de plusieurs problèmes de santé chroniques sont plus à risque de souffrir de DC (Ramage-Morin et Gilmour, 2010). Parallèlement, la loi 90 qui a été adoptée par le gouvernement québécois (2002) renforce le rôle des infirmières et leur reconnaît une part active dans l'évaluation des clients. En fonction du rôle des infirmières dans ce nouveau contexte, le rôle joué et les activités assumées par les infirmières dans la gestion de la douleur en première ligne demeurent peu connus.

Nombre d'études et d'écrits expliquent relativement bien le manque de connaissances des infirmières et les barrières rencontrées en lien avec la gestion de la douleur aiguë alors que quelques études seulement décrivent des problèmes similaires en rapport avec le suivi des personnes présentant de la DC (Comley & Banks, 2000; Davies & McVicar, 2000a; de Rond *et al.*, 2000; Furstenberg *et al.*, 1998; Glajchen & Bookbinder, 2001; Manias, 2003; Manias *et al.*, 2004). Toutefois, les connaissances et attitudes des infirmières de GMF ainsi que les barrières qu'elles rencontrent en regard de la gestion de la DC ne sont pas documentées.

Bien que les écrits soulèvent le problème du non-soulagement de la DC de manière générale (AÉTMIS, 2006; SQD, 2005), il demeure une méconnaissance de la situation actuelle en GMF. Un manque de données est particulièrement présent quant au rôle

actuellement assumé par les infirmières de cette nouvelle structure. Il est donc difficile de proposer des pistes d'action pour améliorer le soulagement de la douleur qui soient adaptées à la réalité de la pratique infirmière en GMF.

1.1. But et objectifs de la recherche

Le but est d'explorer le rôle que jouent les infirmières dans l'évaluation et la gestion de la DC au sein des GMF.

La présente étude poursuit les objectifs de recherche suivants auprès des infirmières en GMF:

1. Identifier les activités infirmières (réalisation, intention, capacité, importance [Dalton *et al.*, 1995]) en rapport avec la gestion de la douleur chez la clientèle atteinte de DC;
2. Décrire leurs connaissances et croyances face à la gestion de la DC;
3. Décrire les barrières dans la réalisation des activités en gestion de la DC;
4. Identifier les facteurs associés aux activités en gestion de la douleur.

1.2 Cadre de référence

Le cadre de référence (Annexe A) utilisé lors de cette recherche a été élaboré par Patiraki-Kourbani *et al.* (2004) à partir d'une revue de la littérature portant sur l'effet des expériences personnelles et professionnelles sur la douleur des infirmières en lien avec sur leur niveau de connaissances et leurs habiletés en gestion de la douleur. La schématisation découlant de cette revue de littérature est congruente avec le modèle de Benner sur l'acquisition des compétences en sciences infirmières (Benner *et al.*, 1999; Benner *et al.*, 2009). Ce cadre a été sélectionné, car il permet, entre autres, de mettre en relation plusieurs facteurs menant à une gestion efficace de la douleur par les infirmières.

En se référant à l'annexe A, les connaissances en gestion de gestion de la douleur sont composées de deux éléments distincts soit les connaissances théoriques et les connaissances expérientielles. Les connaissances expérientielles se divisent également en deux composantes soit les connaissances expérientielles personnelles et les connaissances expérientielles professionnelles. Les expériences professionnelles et personnelles

antérieures de l'infirmière peuvent aussi influencer la relation entre la formation sur la gestion de la douleur et l'acquisition des connaissances. De plus, l'effet des connaissances sur les habiletés en gestion de la douleur peut être influencé par l'empathie de l'infirmière, qui, à son tour, peut être améliorée par ses expériences personnelles et professionnelles antérieures. Il faut noter que l'interaction entre les caractéristiques du patient et les caractéristiques de l'infirmière peut finalement influer le degré d'empathie et ultimement influer les habiletés en gestion de la douleur des infirmières.

Pour le projet de recherche actuel, seulement certains éléments de ce modèle seront retenus soit la formation sur la douleur, les expériences professionnelles avec la douleur, les connaissances théoriques sur la douleur, les caractéristiques de l'infirmière ainsi que la gestion efficace de la douleur.

Deuxième chapitre – Recension des écrits

Dans le cadre de cette recension, les recommandations et les lignes directrices concernant le suivi et le traitement de la DC seront d'abord passées en revue. Par la suite, le rôle des infirmières dans la gestion de la DC sera présenté. Ensuite, les textes portant sur les GMF incluant les études et projets cliniques traitant du rôle des infirmières au sein des GMF seront analysés. Les deux dernières sections porteront sur les études décrivant les barrières identifiées par les infirmières dans la réalisation d'activités en gestion de la douleur et sur les connaissances et croyances des infirmières de première ligne relativement à la gestion de la douleur. Dans le cadre de ce mémoire, il important de préciser que le terme gestion de la douleur inclut l'évaluation, le suivi et le traitement de la douleur.

2.1. Recommandations et lignes directrices concernant le suivi et le traitement de la DC

Il existe des lignes directrices qui offrent des balises intéressantes pour les interventions effectuées par l'ensemble des professionnels de la santé en gestion de la douleur. Pour être retenues dans cette recherche, les recommandations et lignes directrices devaient tenir compte de l'évaluation et de la gestion interdisciplinaire de la DC incluant l'apport des soins infirmiers. Il est à noter que toutes les lignes directrices portant seulement sur la douleur aiguë ou ne cernant pas le rôle de l'infirmière dans la gestion de la DC n'ont pas été retenues. Toutefois, les lignes directrices examinées s'intéressant à la fois à la douleur aiguë et à la DC ont été conservées. Les recommandations et lignes directrices retenues sont les suivantes : *Veterans Health Administration* (1998), *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO, 2000) et *Registered Nurses Association of Ontario* (2002). Tel que mentionné précédemment, la SQD (2005) et l'AÉTMIS (2006) ont aussi élaboré des recommandations concernant l'évaluation et la gestion de la douleur adaptées au contexte québécois. Malgré le fait qu'il ne s'agisse pas de lignes directrices, elles seront considérées en raison de l'importance de ces recommandations pour le développement d'une structure intégrée de gestion de la DC au Québec.

2.1.1. Analyse des recommandations et lignes directrices. Les recommandations et lignes directrices recensées sont analysées et comparées à l'aide de quatre critères, soit la pertinence et la force des données probantes, le processus de validation, la place accordée aux infirmières et l'évaluation de leur impact lors de leur mise en application en clinique. La pertinence des données probantes présentées dans les recommandations et les lignes directrices sélectionnées est évaluée à partir de la grille élaborée par l'*Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR, 1994; Jennings & Loan, 2001). Le tableau 1 résume les résultats de cette analyse et les particularités propres aux diverses recommandations et lignes directrices.

Tableau 1

Analyse des recommandations et lignes directrices concernant le suivi et le traitement de la DC

	Lignes directrices			Recommandations	
	VHA (1998)	**JCAHO (1999)**	**RNAO (2002)**	**SQD (2005)**	**AÉTMIS (2006)**
Niveaux de données probantes	1b, 2a, 2b, 3 et 4 Lignes directrices citées : AHCPR (1992, 1994) et APS (1995)	1b, 2a, 2b, 3 et 4 Lignes directrices citées : AHCPR (1992, 1994) et APS (1995)	1b, 2a, 2b, 3 et 4 Lignes directrices citées : AHCPR (1992, 1994) et APS (1995) et RCN (1999)	1a et 4 Lignes directrices citées : APS (1995), CPS (2005), IASP	1a, 1b et 4 Lignes directrices citées : APS (1995), CPS (2005), IASP, RNAO (2002), VHA (1998)
Processus de validation	Comité d'experts	Comité d'experts	Comité d'experts Examen externe	Comité d'experts	Comité d'experts
Place accordée aux infirmières	Favorise l'interdisciplinarité Section plus spécifique pour l'infirmière	Favorise l'interdisciplinarité Section plus spécifique pour les infirmières Les infirmières sont considérées comme agent de changement et multiplicateur	Élaborées par les infirmières pour les infirmières Permet de mieux définir le rôle de l'infirmière en gestion de la douleur	Insiste sur la dimension interdisciplinaire en 1re ligne Minimum de deux professionnels de la santé lors du suivi de la douleur	Affirme l'importance de l'infirmière en gestion de la douleur Cite plusieurs exemples de rôles dévolus à l'infirmière
Évaluation de l'impact	n = 22 réseaux de santé intégrés du VHA (Cleeland *et al.*, 2003)	n = 233 hôpitaux américains (Dahl *et al.*, 2003)	1 hôpital pédiatrique (n= 336 infirmières et 8 médecins) (Ellis *et al.*, 2007)	Non fait	Non fait
Particularités	Modèle de soins pour la prise en charge de la douleur Continuum de service Formation et surveillance continue	Soulagement douleur est un droit pour le client La douleur ne doit pas interférer dans le processus de réadaptation	Importance de prévenir la douleur	Recommande une structure intégrée et par palier (1re, 2e et 3e lignes)	Recommande une structure intégrée et par palier (1re, 2e et 3e lignes) Développement de la recherche sur la douleur

Légende : Méta-analyses d'essais randomisés contrôlés: 1a. Essais randomisés contrôlés : 1b. Essais contrôlés sans randomisation: 2a. Essais quasi-expérimentaux: 2b. Essais non-expérimentaux (études qualitatives, descriptives et corrélationnelles): 3. Avis de comité d'experts, opinions d'experts, consensus de cliniciens, rapports d'évaluation : 4 (AHCPR, 1994).

2.1.2. Constats découlant de l'analyse des recommandations et lignes directrices. En résumé, elles sont toutes issues de données probantes ayant différents niveaux d'évidence, majoritairement d'avis de comités d'experts, d'opinions d'experts, de consensus de cliniciens et de rapports d'évaluation. Pour l'ensemble, l'élaboration s'est faite à l'aide de comités d'experts qui ont effectué et résumé la littérature scientifique portant sur la gestion de la douleur aiguë et chronique. Toutefois, les lignes directrices de la RNAO (2002) sont les seules à avoir été élaborées par un comité d'experts composé exclusivement d'infirmières (cliniciennes et chercheures) et dont la version préliminaire a été soumise à un examen externe.

Certaines lignes directrices (JCAHO, 1998; VHA, 1998) ont des sections qui s'adressent davantage à l'ensemble du personnel infirmier alors que celles issues de la RNAO (2002) précisent davantage le rôle propre des infirmières dans la gestion de la douleur. Le JCAHO fait également ressortir le rôle d'agent mobilisateur et d'agent multiplicateur des infirmières au sein des établissements de santé pour la mise en application des lignes directrices (Adamski, 2001; Alcenius, 2004; Curtiss, 2001). La SQD (2005) indique seulement qu'il est préférable que les interventions soient accomplies par un minimum de deux professionnels différents sans toutefois mentionner explicitement le rôle des infirmières. À l'inverse, l'AÉTMIS (2006) décrit l'importance du rôle de l'infirmière dans la gestion de cas et définit la pratique infirmière en gestion de la DC en se référant aux lignes directrices émises par la RNAO.

Les lignes directrices ont toutes fait l'objet d'études évaluant l'impact de leur application sur l'évaluation et la gestion de la douleur aiguë par des professionnels de la santé à l'exception des recommandations de la SQD et de l'AÉTMIS. Cependant, aucune étude s'intéressant à leur impact sur la DC n'a été recensée. Il est aussi important de mentionner que les lignes directrices issues du JCAHO et du VHA ont fait l'objet d'études multicentriques pour évaluer leur impact (Cleeland *et al.*, 2003; Dahl *et al.*, 2003) alors que celles du RNAO ont été évaluées par une étude limitée à un seul hôpital pédiatrique (Ellis *et al.*, 2007).

En général, ces études démontrent une augmentation du nombre d'évaluations de la douleur réalisées par les infirmières suivant l'application des lignes directrices ainsi qu'une plus grande utilisation des outils standardisés pour effectuer leurs évaluations (Cleeland *et al.*, 2003; Dahl *et al.*, 2003; Ellis *et al.*, 2007). Une seule étude montre une diminution significative du niveau de douleur des patients à la suite de la mise en œuvre d'une de ces lignes directrices (Cleeland *et al.*, 2003).

2.1.3. Rôle des infirmières selon les lignes directrices et recommandations. Le tableau 2 permet de résumer en neuf points les principales directives émises quant au rôle des infirmières dans les diverses lignes directrices et recommandations citées et analysées précédemment. En premier lieu, l'objectif des lignes directrices recensées est toujours d'établir des normes ou des références en gestion de la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique. Toutes ces lignes directrices reprennent le principe de dépistage de la douleur auprès du client. Dans certaines recommandations, le dépistage de la douleur prend la forme du concept « Douleur comme le 5^{e} signe vital », les autres signes vitaux étant la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la température corporelle (Fosnocht *et al.*, 2005). Les recommandations issues des lignes directrices présentées précédemment orientent la pratique infirmière en gestion de la DC.

Tableau 2

Rôle des infirmières selon les lignes directrices concernant la gestion de la DC

1) Dépistage de la douleur (5e signe vital)
2) Évaluation détaillée en présence d'une douleur a) Évaluer la douleur avec des outils standardisés b) Évaluer la douleur de façon continue
3) Documentation et communication a) Documenter la douleur de façon systématique, concise et claire b) S'assurer de communiquer avec la personne, sa famille et les autres professionnels de la santé
4) Plan de traitement a) Mettre en application des mesures pharmacologiques b) Mettre en application des mesures non pharmacologiques i. Optimiser le soulagement du client ii. Assurer la sécurité du client iii. Gérer efficacement les effets secondaires des analgésiques iv. Évaluer l'adhésion, la réponse et la satisfaction de la personne et de sa famille
5) Collaboration avec la personne et sa famille
6) Enseignement adapté et personnalisé à la personne et à sa famille
7) Vérification de la satisfaction de la personne et de sa famille face au processus d'intervention
8) Interventions durant tout l'épisode de soins
9) Recommandations associées aux établissements de santé a) Évaluation continue du processus de prise en charge de la douleur b) Adoption de règlements et de normes sur la gestion de la douleur (JCAHO, 1999; RNAO, 2002; VHA, 1998)

En ce qui concerne les recommandations québécoises, le groupe d'experts de la SQD (2005) rapporte que l'organisation des services est mal définie au Québec pour les personnes souffrant de DC, ce qui affecte particulièrement la continuité, l'interdépendance et la complémentarité des services et, de ce fait, se répercute ultimement sur le suivi des clients. La SQD (2005) et l'AÉTMIS (2006) suggèrent la mise en place d'une structure par paliers qui permettrait d'assurer des services de santé de première ligne dans les GMF, les Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et les cliniques médicales, de deuxième ligne dans les centres hospitaliers et les centres de réadaptation et de troisième ligne dans les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers affiliés. Les pièces maîtresses de cette réorganisation des soins, selon l'AÉTMIS (2006), sont le développement du savoir-faire professionnel par rapport au diagnostic, au traitement et au suivi de la DC, l'interdisciplinarité, la prise en charge selon le modèle de gestion de cas, l'évaluation de la

qualité des soins et des résultats auprès du client, le partenariat avec le client et le développement de la recherche sur la DC.

2.2. Pratique infirmière dans la gestion de la DC

Peu d'études se sont intéressées à la gestion de la DC en première ligne. C'est pourquoi quelques études sur la gestion de la DC dans d'autres contextes cliniques ont aussi été retenues pour cette recension des écrits afin d'avoir une meilleure perspective du rôle de l'infirmière. Par la suite, plusieurs projets cliniques en gestion de la DC seront également revus. Le chapitre se termine avec une synthèse permettant de dégager l'essentiel du rôle des infirmières dans le suivi de ce problème de santé qu'est la DC.

2.2.1. État des connaissances sur le rôle de l'infirmière dans la gestion de la DC.

Quelques revues systématiques des écrits et études recensées portant sur le rôle de l'infirmière dans la gestion de la DC sont présentées et critiquées dans cette partie.

2.2.1.1. Description du rôle selon des revues systématiques des écrits. Deux revues systématiques nous aident à mieux cerner le rôle de l'infirmière dans la gestion de la DC. La première revue de la littérature réalisée par Frich (2003) visait à décrire les interventions infirmières et leurs effets sur le client, les coûts de santé et l'efficacité clinique des interventions lors du suivi en première ligne des personnes à risque ou souffrant de divers problèmes de santé chroniques (personnes âgées, diabète, arthrite rhumatoïde, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique). Seulement les études randomisées évaluant les interventions infirmières auprès des personnes souffrant d'un problème de santé chronique, pour une période égale ou plus grande à trois mois, ont été incluses afin d'évaluer l'effet réel des interventions. De plus, il devait y avoir au moins un suivi clinique effectué aux trois mois ou plus par les infirmières auprès de leur clientèle, pour un total de trois interventions ou plus. Les articles ont aussi été évalués à partir des critères de la *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care* (EPOC) (Grimshaw *et al.*, 2003) et 16 articles ont été retenus.

Ainsi, selon Frich (2003), l'effet de l'intervention infirmière dépend du nombre de rendez-vous et de la durée entre les suivis. Les interventions infirmières ont généralement un effet positif sur le suivi clinique et sur la satisfaction du client face aux soins. De plus, ces interventions diminuent les coûts des soins de santé. En général, les infirmières procèdent à une évaluation biopsychosociale de la personne, incluant l'examen physique et l'évaluation des fonctions cognitives, élaborent un plan d'enseignement en accord avec les besoins identifiés et effectuent des suivis téléphoniques ou en clinique. Les infirmières orientent le client vers un autre professionnel de la santé si sa condition le nécessite, réalisent certains examens diagnostiques et assurent un soutien auprès du client au besoin. Frich (2003) fait ressortir que les études n'évaluent pas toujours les mêmes variables ou les mêmes aspects des interventions, ce qui rend les comparaisons difficiles. Cette revue de littérature souligne la contribution positive de l'infirmière dans le suivi des personnes présentant un problème de santé chronique similaire à la DC. Toutefois, malgré le fait que cette revue soit constituée seulement d'études randomisées, les interventions infirmières évaluées se déroulent dans des contextes de soins très diversifiés. Par ailleurs, les résultats cités ont été obtenus à l'aide d'instruments variés, ce qui rend les comparaisons difficiles.

Une seconde revue de la littérature permet de faire ressortir l'impact et l'efficacité de l'intervention infirmière face à la gestion de la douleur aiguë et chronique (Courtenay & Carey, 2008). À l'aide des bases de données *Pubmed, Medline, CINAHL* et *British Nursing Index*, 21 articles ont été recensés, dont huit qui décrivaient les activités infirmières en gestion de la douleur aiguë et chronique et 11 évaluaient l'effet de ces interventions auprès de la clientèle. Les interventions infirmières recensées sont, dans l'ordre décroissant d'importance, l'évaluation et la surveillance de la douleur, la collaboration interdisciplinaire et l'ajustement de la médication antalgique. L'enseignement aux personnes a pour effet de les aider à mieux saisir et comprendre leur condition en plus d'améliorer le contrôle de leur douleur. Il contribue positivement à l'état de santé du client, à son expérience personnelle et participe à l'accroissement de ses connaissances sur la douleur. Des améliorations significatives sont aussi rapportées au plan de l'intensité de la douleur, du sentiment d'auto-efficacité, des capacités fonctionnelles et des symptômes de dépression. L'utilisation, par l'infirmière, d'un protocole d'ajustement de la médication,

combiné avec l'enseignement, contribue à diminuer l'utilisation des analgésiques et permet même de diminuer de façon significative le niveau de douleur des clients.

Cette revue de littérature supporte le rôle clé des infirmières en gestion de la douleur. Néanmoins, les différentes études présentées utilisent des méthodes très différentes les unes des autres et certaines études présentent plusieurs faiblesses d'ordre méthodologique. De plus, le fait de comparer des études s'intéressant à la fois à la gestion de la DC et à la douleur aiguë minimise les conclusions pour la DC car le suivi de ces deux problématiques diffère en termes de complexité et de durée. Il est aussi important de noter qu'aucune étude s'intéressant au rôle infirmier en dehors des milieux hospitaliers n'a été retenue par les auteurs de cette revue de littérature.

2.2.1.2. Description du rôle selon des études. Parmi les études recensées, quatre aident à mieux cibler et définir le rôle de l'infirmière dans la gestion de la DC. Ces études permettent d'évaluer l'efficacité des interventions ainsi que de valider leur pertinence auprès du client. Cependant, elles ne s'intéressent pas à la DC dans son ensemble, mais davantage à certains types de DC (fibromyalgie, DC musculosquelettique, douleurs arthritiques) ce qui limite la généralisation des résultats. Il est aussi important de préciser que pour plusieurs des études présentées ci-dessous, la formation académique des infirmières participantes n'est pas toujours révélée par les auteurs.

Une étude descriptive effectuée auprès d'un échantillonnage de convenance composé de 761 infirmières issues de différents milieux de soins a permis de décrire les interventions infirmières effectuées en regard de la gestion de la douleur aiguë et chronique et d'identifier les caractéristiques sociodémographiques de ces dernières (Pellino *et al.*, 2002). Cette étude avait également pour objectif d'identifier les différences de pratique selon le champ d'activité clinique. Les interventions étaient regroupées en huit champs d'intervention, soit l'évaluation de la douleur, la gestion des traitements pharmacologiques, la gestion des traitements non pharmacologiques, l'utilisation de la communication thérapeutique et des thérapies cognitivo-comportementales, l'enseignement au client et à sa famille, la gestion de l'activité physique et de la mobilité, la gestion de la régularité intestinale et la participation à des activités interdisciplinaires ou institutionnelles.

Les interventions infirmières les plus souvent réalisées sont l'évaluation de la douleur alors qu'elles prétendent peu utiliser les méthodes non pharmacologiques. Elles réalisent ces interventions majoritairement en milieu hospitalier et très peu lors de suivis en externe ou en première ligne. Plusieurs limites entravent cependant la validité interne des résultats. Premièrement, la majorité (n=471) des participants sont membres de l'*American Society of Pain Management Nurses* ce qui peut influencer positivement les résultats. Ensuite, le taux de réponse de 24,5% au questionnaire porte atteinte à la validité interne des résultats. Il est aussi probable qu'il y ait eu présence d'un biais de désirabilité sociale de la part des participants, mais l'étude demeure intéressante compte tenu de la taille de l'échantillon. Ce type d'étude permet aussi de mieux connaître les interventions effectuées par les infirmières et de clarifier partiellement le rôle qu'elles assument actuellement auprès des clients. L'efficacité des interventions auprès des clients n'est toutefois pas évaluée.

La seconde étude a été publiée en 2002 par Sylvain et Talbot. Cette recherche qualitative exploratoire, inspirée du paradigme constructiviste, avait pour but de développer un modèle infirmier afin d'intervenir auprès des femmes souffrant de fibromyalgie au sein d'un centre local de service communautaire (CLSC). En dépit du fait que cette étude n'explore pas le rôle de l'infirmière en gestion de la DC, elle est retenue dans le cadre de cette recension, car le milieu de travail des infirmières est similaire à celui de la présente étude. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès de 20 femmes atteintes de fibromyalgie, de leurs conjoints, des infirmières et auprès d'autres professionnels de la santé. Par la suite, trois entrevues de groupe ont été réalisées avec ces mêmes personnes afin qu'elles puissent commenter et confirmer le savoir en construction et faire ressortir les dissensions. Finalement, 31 entrevues téléphoniques ont servi à valider la synthèse du modèle d'intervention.

Selon cette étude, la nature de l'intervention infirmière auprès des femmes atteintes de fibromyalgie implique deux éléments majeurs, à savoir le soutien et l'enseignement. De plus, l'importance de croire la personne s'avère primordiale. Également, l'intervention doit être basée sur une approche écologique (Bronfenbrenner, 1986) et sur l'*empowerment* (Zimmerman, 1995) et effectuée rapidement afin que la personne ait plus de chances de

reprendre le contrôle sur sa situation. Après l'annonce du diagnostic de la fibromyalgie, les femmes ressentaient un vide, car il y avait absence de structure ou de services permettant un suivi ou une prise en charge. Les professionnels de la santé semblaient travailler en parallèle, ce qui occasionnait un suivi inadéquat de la DC associé à la fibromyalgie. De par sa méthode, les résultats de cette étude sont transférables seulement aux femmes qui vivent en couple et qui sont suivies en contexte de CSSS pour la fibromyalgie. Il est aussi nécessaire de mentionner que la composante douleur de l'expérience des participants n'a pas été soulevée de façon explicite ce qui limite davantage le transfert des résultats à d'autres contextes de suivi de la DC.

La troisième étude a été réalisée par Ryan *et al.* (2007) à l'intérieur d'un service de rhumatologie d'un centre hospitalier britannique. Elle avait pour but d'évaluer selon un dispositif mixte séquentiel exploratoire, l'impact d'un nouveau modèle de soins où les personnes souffrant de DC musculosquelettique étaient suivies par une infirmière. Le rôle de l'infirmière était d'effectuer une évaluation complète de la situation de la personne, assurer un soutien et un enseignement individualisé, orienter la clientèle vers le programme multidisciplinaire d'autogestion de la douleur, diriger la personne vers les autres membres de l'équipe multidisciplinaire si cela s'avérait nécessaire, effectuer un suivi sur l'efficacité de la médication et informer le médecin si une modification de la médication était requise. Sept entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès des professionnels de la santé impliqués dans le programme afin de connaître l'impact perçu de ce nouveau rôle sur la clinique de gestion de la DC. Ensuite, une analyse rétrospective des dossiers de 60 personnes ayant participé à ce projet a été effectuée afin de vérifier leur utilisation des services hospitaliers à la suite du suivi infirmier.

Les deux thèmes identifiés à la suite des entrevues ont été l'influence positive de l'infirmière dans l'implantation du modèle et ses habiletés de leadership dans la clinique de gestion de la douleur. L'analyse rétrospective a aussi montré que la majorité des personnes avait moins utilisé les services spécialisés de l'hôpital à la suite du suivi infirmier. Malgré les résultats relatés précédemment, cette étude comporte certaines limites. La validité interne de l'étude est compromise puisque les professionnels interviewés travaillaient en

étroite collaboration avec l'infirmière, ce qui peut occasionner un biais de désirabilité sociale et ainsi modifier favorablement les résultats relatés. Des entrevues réalisées auprès des clients auraient probablement permis de bonifier les conclusions de l'étude et auraient contribué à confirmer les résultats obtenus auprès des professionnels de la santé. Il est aussi à noter que la diminution des consultations spécialisées au centre hospitalier n'indique pas nécessairement une diminution de l'utilisation des ressources, car il n'est nullement fait mention des consultations de la clientèle auprès d'autres intervenants en santé, notamment hors du milieu hospitalier présenté.

La dernière étude retenue est un projet pilote réalisé auprès de 14 personnes suivies dans un centre de santé de première ligne, présentant des douleurs arthritiques et souffrant de dépression (Unützer *et al.*, 2008). Cette recherche avait pour but d'établir la faisabilité et l'efficacité d'un programme de prise en charge de la douleur inspirée du projet IMPACT (*Improving Mood, Promoting Access to Collaborative Treatment*) sous la responsabilité des infirmières et s'intéressant à la fois à l'aspect physiologique et émotionnel de la DC. L'efficacité du programme a été mesurée à l'aide de quatre questionnaires (*Hopkins Symptoms Checklist*, *Client Health Questionnaire*, *Brief Pain Inventory* et *Aggragate Locomotor Function*) ainsi que par des entrevues semi-dirigées explorant l'expérience et les suggestions des participants. Les résultats indiquent une diminution de 1,27 (p=0,004) sur l'échelle de dépression et de 0,88 (p=0,021) sur une échelle de 0 à 10 pour l'intensité de la douleur. Les participants ont aussi verbalisé une augmentation de leur auto-efficacité et de leur satisfaction à la suite de leur participation au programme. Cette étude a mesuré l'effet de l'intervention sur une période relativement courte (six mois), ce qui ne permet pas de conclure à un effet à long terme du programme proposé dans cette étude. De plus, la taille réduite de l'échantillon ainsi que les faibles diminutions rapportées pour l'échelle de dépression et de la douleur qui sont cliniquement non significative limitent la portée des résultats énoncés précédemment.

2.2.1.3. Projets cliniques en gestion de la DC. Le rôle de l'infirmière dans l'évaluation et la gestion de la DC a fait l'objet de projets dans les milieux cliniques. De plus, la majorité des articles décrivent le rôle des infirmières au sein d'une équipe

interdisciplinaire ou au sein d'une clinique de gestion de la douleur de niveau secondaire ou tertiaire.

En 2007, Brooks et Younce ont décrit, à l'aide d'une approche historique, un modèle de gestion de cas basé sur l'approche de gestion de cas pour les personnes ayant une DC et qui étaient suivis dans une clinique ambulatoire interdisciplinaire de gestion de la douleur d'un hôpital du VHA aux États-Unis. Au début du suivi des personnes à la clinique, l'infirmière en place effectue, avec le client, une évaluation complète de sa douleur avec des outils standardisés afin de pouvoir adapter le plan de traitement au profil du client. Elle met ensuite en œuvre le programme d'enseignement sur l'autogestion de la douleur, la médication et les diverses techniques non pharmacologiques disponibles pour optimiser le soulagement de sa douleur. L'infirmière effectue subséquemment un suivi postal avec le client à l'aide d'un questionnaire auto-administré d'évaluation de la douleur qui permet de documenter l'efficacité des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques utilisés.

D'après ce modèle, l'infirmière bachelière est l'intervenante pivot auprès de qui la personne peut s'adresser si elle a des questions ou problèmes. Elle coordonne les suivis avec le médecin pour le renouvellement ou la modification des prescriptions ainsi que ceux nécessitant la collaboration des autres professionnels. L'infirmière rencontre la personne tous les six mois ou au besoin. D'après les auteurs, les personnes ont rapporté une diminution de leur douleur, une meilleure gestion des exacerbations de leur douleur, une plus grande satisfaction face au suivi et une augmentation de leur qualité de vie à la suite de leur participation au programme de gestion de cas. L'instauration de ce modèle a permis de diminuer les visites sans rendez-vous ainsi que les coûts du programme de gestion de la douleur (Brooks & Younce, 2007). Les infirmières se sentent plus impliquées dans la gestion de la douleur et davantage satisfaites de leur rôle depuis l'instauration de ce modèle d'intervention. Cependant, aucune explication sur la méthode et la collecte de données et aucun résultat d'analyse ne figure dans l'article de Brooks et Younce (2007), ce qui affecte considérablement la validité interne et externe ainsi que la fiabilité des résultats mentionnés précédemment.

Des modèles similaires existent au Royaume-Uni où l'infirmière bachelière ou praticienne assume une pratique avancée en gestion de la douleur au sein des cliniques interdisciplinaires. Boulard et Le May (2009) décrivent d'ailleurs un modèle de soins favorisant une approche biopsychosociale et holistique où l'infirmière clinicienne ou spécialisée en douleur assume des fonctions d'experte clinique, de consultante et d'éducatrice pour ses collègues ainsi qu'une fonction de chercheure. Tout en effectuant les interventions mentionnées précédemment, cette infirmière favorise la compréhension par la personne de son problème de santé. Le patient se concentre alors davantage sur l'adaptation à sa condition pour ultimement augmenter son sentiment de contrôle. Ceci amène une réduction de la gravité de la douleur sans toutefois la guérir et une diminution de la dramatisation. Selon Sullivan et *al.* (2001), la dramatisation peut se définir comme une prédisposition mentale négative et exagérée en présence d'une expérience douloureuse réelle ou anticipée. Ultimement, la dramatisation contribue à augmenter la douleur et la détresse émotionnelle.

En plus des initiatives mentionnées précédemment, plusieurs auteurs ont également tenté de mieux circonscrire le rôle de l'infirmière en gestion de la DC. D'abord, Ashburn et Staats (1999) et Davis (1998) accordent une importance à la coordination des soins, à l'évaluation de la douleur et à l'enseignement auprès du client et de sa famille dans leur description du rôle de l'infirmière dans un contexte interdisciplinaire de gestion de la DC. Davis (1998) et Menez (2007) affirment aussi que l'infirmière est la seule professionnelle à promouvoir une vision multidimensionnelle du client et de sa famille, ce qui justifie, selon elles, son rôle de gestionnaire de cas. Pour Davis et White (2001), le rôle de l'infirmière en clinique interdisciplinaire de gestion de la douleur est également transférable à plusieurs contextes de soins, dont la réadaptation, et les services de première ligne, ce qui permettrait un suivi plus adéquat et un meilleur soulagement des personnes vivant avec un problème de DC. Une attention particulière doit également être portée sur le concept d'auto-efficacité perçue par la personne afin de favoriser son autonomie et celle de sa famille dans la gestion de la DC (Davis & White, 2001; Richardson & Poole, 2001).

D'autres auteurs reconnaissent aussi l'importance de l'enseignement dans le rôle de l'infirmière lors du suivi des personnes présentant de la douleur, mais affirment que les infirmières devraient intégrer davantage des approches psychologiques dans le cadre du suivi (Richardson & Poole, 2001; Richardson *et al.,* 2006). Un portrait biopsychosocial incluant une évaluation de l'expérience stressante antérieure et une évaluation des stratégies d'adaptation (*coping*) utilisées par le client permettrait de mieux adapter l'enseignement auprès de celui-ci (Richardson & Poole, 2001). L'infirmière avec l'aide d'un psychologue peut également initier auprès du client souffrant de DC une thérapie cognitivo-comportementale incluant le développement de nouvelles stratégies d'adaptation, telles que la gestion du stress, la relaxation, la restructuration cognitive, la distraction, la résolution de problème et l'établissement d'objectifs ce qui l'aidera ultimement à mieux s'adapter à sa condition douloureuse chronique (Richardson *et al.,* 2006).

2.2.2. Synthèse des écrits. En somme, le rôle de l'infirmière documenté dans les études et dans les écrits en gestion de la douleur, tant aiguë que chronique, semble pour l'instant se centrer sur l'évaluation de la douleur, l'enseignement et le soutien des personnes ayant une douleur. Quelques initiatives illustrent la possibilité d'impliquer davantage l'infirmière dans le suivi et l'ajustement des traitements pharmacologiques, dans la coordination d'une équipe interdisciplinaire et dans la gestion de cas des personnes aux prises avec une DC. L'introduction de stratégies non pharmacologiques n'est actuellement pas une des activités prioritaires des infirmières selon les études. Certains auteurs suggèrent également que l'infirmière pourrait être davantage impliquée dans l'évaluation sociopsychologique ainsi que dans l'introduction de thérapies favorisant l'adoption de meilleures stratégies d'adaptation. Un consensus se dégage sur l'importance de la contribution de l'infirmière dans la prise en charge de la DC ainsi que sur son impact positif auprès de la clientèle. Cette section a ainsi tracé un portrait global du rôle de l'infirmière dans la gestion de la DC. Quoi qu'il en soit, les infirmières paraissent peu impliquées en première ligne dans la gestion de la DC. Toutefois, qu'en est-il du rôle actuel de l'infirmière et de l'infirmier au sein des GMF?

2.3. Rôle des infirmières dans les GMF

Cette section décrit en quoi consistent les GMF ainsi que le rôle actuel des infirmières qui y travaillent.

2.3.1. Les GMF. Un GMF est un modèle souple d'organisation de services de santé qui regroupe des médecins travaillant en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille (Réseau de la santé et des services sociaux - RSSS, 2004). Le médecin de famille et l'infirmière appartenant à un groupe sont aussi en relation avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans les missions CLSC des CSSS, les centres hospitaliers et les pharmacies situées dans la communauté pour offrir une gamme complète de services et assurer ainsi un suivi global de la personne inscrite (MSSS, 2002). Un GMF peut être constitué à partir du service médical d'une mission CLSC d'un CSSS, d'une clinique privée de médecine générale ou de famille, d'une unité d'enseignement de médecine familiale d'un centre hospitalier, ou de la combinaison de ces composantes (RSSS, 2004).

Il était recommandé que les infirmières œuvrant au sein d'un GMF aient terminé leur baccalauréat en sciences infirmières (Équipe de projet des groupes de médecine de famille, 2002; MSSS, 2002). D'après Gaudreau et Boucher (2004), l'intégration des infirmières dans les équipes des GMF devait améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins offerts en première ligne et favoriser une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables. De plus, les auteurs font ressortir que les interventions infirmières influencent positivement l'observance du traitement par les personnes ainsi que le suivi effectué par le médecin traitant. Cependant, le champ d'activités des infirmières peut parfois être mal défini et leurs activités professionnelles semblent aussi être plus ou moins structurées (Gaudreau et Boucher, 2004). La venue des GMF est aussi perçue comme une occasion de concrétiser une pratique professionnelle autonome, interdisciplinaire et complémentaire pour les infirmières (Hagan *et al.*, 2006).

Quelques bénéfices préliminaires liés à l'implantation des GMF pour la clientèle, les intervenants et les partenaires ont été décrits (RSSS, 2004). À noter que les améliorations énumérées ci-dessous ne reposent sur aucune donnée statistique et la méthode utilisée afin de recueillir ces données n'est pas mentionnée. Les GMF ont apporté des gains positifs quant à l'accessibilité à un médecin de famille et au suivi des clientèles résultant de la collaboration entre le médecin et l'infirmière. Des améliorations sont visibles dans la prise en charge post-hospitalisation à domicile et dans l'organisation des services. Finalement, un partenariat accru avec les CSSS sur le plan de la complémentarité et de la continuité des services et un meilleur accès aux services de deuxième ligne pour la clientèle en besoin ont également été soulignés.

2.3.2. État des connaissances sur le rôle des infirmières au sein des GMF. Puisque la mise en place des GMF est très récente, seulement quelques études ou rapports ont été publiés à leur sujet dont quatre études en lien avec le rôle de l'infirmière.

Le premier rapport a été réalisé par la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ, 2006). Cette enquête réalisée auprès de 32 infirmières provenant de 17 GMF voulait identifier les rôles, tâches, fonctions exercées et responsabilités de ces infirmières. De plus, la FIIQ désirait aussi identifier les problèmes qu'elles rencontrent ainsi que les facteurs facilitateurs ou contraignants en regard de leur pratique. Les résultats font ressortir très clairement que la pratique professionnelle est très étendue et diversifiée, bien que principalement dévolue à l'enseignement, aux entrevues avec les clients et au suivi systématique de clientèles vulnérables. Dans une moindre mesure, elles assurent des activités de liaison avec le réseau de la santé, de la gestion de cas et participent ou assistent aux activités médicales. La méconnaissance et la confusion quant aux rôles, fonctions, tâches et responsabilités ainsi qu'un manque de disponibilité et de stabilité de la main-d'œuvre infirmière ont été soulignés par les infirmières comme des irritants qui ont pour effet de les insécuriser. Parmi les limites de la recherche, soulignons la taille et la diversité de l'échantillon et son impact sur les analyses possibles. Il aurait aussi été intéressant de connaître la perception des médecins et de la clientèle inscrite dans les GMF à propos du rôle des infirmières afin de compléter le portrait décrit dans ce rapport.

La seconde étude qualitative a été réalisée par Mauger *et al.* en 2007 auprès d'infirmières œuvrant en GMF dans la région de la Capitale Nationale. Elle avait, entre autres, pour objectif de mieux connaître le rôle et les fonctions actuels des infirmières en GMF. Des entrevues téléphoniques structurées ont été réalisées auprès de 13 infirmières de 12 GMF différents. Les auteurs relatent que les tâches des infirmières sont principalement en lien avec le suivi du plan thérapeutique incluant l'enseignement des autosoins, des soins et des traitements tels que la vaccination, et des activités professionnelles complémentaires, comme l'orientation des personnes vers d'autres ressources. En matière de prévention et de promotion de la santé, les interventions auprès de la clientèle visent surtout les problèmes de diabète, d'hypertension artérielle ainsi que la cessation tabagique. En comparaison avec les entrevues semi-dirigées, les entrevues structurées sont moins propices pour explorer en profondeur le rôle particulier des infirmières en GMF. De plus, les résultats de cette étude ne sont que transférables à des contextes de pratique similaires à ceux étudiés par les auteurs.

Une étude de cas inspirée d'une approche constructiviste a également été réalisée auprès de 10 professionnels de la santé (cinq infirmières, trois médecins et deux gestionnaires) qui œuvreront au sein d'un GMF (Roy et Sylvain, 2004). Cette recherche qui a été réalisée avant la mise en place d'un GMF avait, entre autres pour but de définir la pratique infirmière en GMF et de préciser la nature de la collaboration médecin-infirmière. La collecte de données a été réalisée en trois temps. En premier lieu, des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées avec chacun des participants. Les constructions issues de ces entrevues ont ensuite été validées par les chercheures et, finalement, elles ont été présentées et confirmées par les participants lors de trois entrevues de groupes regroupant chacun des groupes de professionnels (médecins, infirmières et gestionnaires).

Selon cette étude, la pratique infirmière en GMF est à la fois une pratique autonome et une pratique de collaboration interdisciplinaire. Deux approches de pratique sont privilégiées. Les infirmières privilégient une approche de pratique en GMF qui est centrée sur la clientèle et qui tient compte des besoins des clients alors que les médecins préfèrent une pratique infirmière davantage centrée sur les services incluant le suivi systématique de

la clientèle et un rôle d'appui au médecin. La confiance, la communication et les relations non hiérarchiques ressortent comme étant des éléments facilitants la collaboration interdisciplinaire au sein des GMF. Cette étude permet de dégager une vision d'ensemble des professionnels impliqués dans la mise en place et le développement des GMF. Toutefois, cette étude a été menée avant même la mise en place formelle du GMF ce qui ne permet pas d'ancrer les résultats obtenus dans la pratique quotidienne des infirmières et médecins œuvrant en GMF. Il est donc seulement possible d'obtenir la perception des acteurs concernés face à leur nouveau milieu de pratique. De plus, le fait de restreindre cette étude à un seul GMF contribue davantage à minimiser la transférabilité des résultats à l'ensemble des GMF.

L'avant-dernière étude recensée est une étude de cas réalisée par Beaulieu *et al.* en 2006 qui a permis d'examiner la collaboration entre les professionnels de la santé au sein des GMF ainsi que les effets de l'implantation des GMF auprès de la clientèle. Au cours de cette étude, qui s'est déroulée sur une période de deux ans, les auteurs ont évalué la mise en place de cinq GMF faisant partie de la première vague d'implantation. Ces GMF étaient issus de différents milieux de pratique (CLSC, unité de médecine familiale [UMF] et cliniques privées). Une triangulation des données a été réalisée: 106 entrevues individuelles effectuées auprès de professionnels et de gestionnaires, enquête par questionnaires auprès de 2 755 personnes et 88 professionnels, groupes de discussions auprès de 22 personnes et analyse documentaire de lettres, de mémos et de protocoles de soins. L'élaboration de protocoles de suivi conjoints pour certaines maladies chroniques s'est également révélée un outil important pour amener les médecins et les infirmières à se concerter et à mieux se connaître. Sur le plan du travail clinique, Beaulieu *et al.* (2006) notent deux types de pratique, exercés à différents degrés selon les GMF. Le premier type regroupant les soins continus et le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques s'est révélé plus important dans les GMF en CSSS et en UMF. Le deuxième regroupant davantage les soins ponctuels effectués en appui au médecin prend plus d'importance dans les GMF en cabinet privé. Les changements de pratique et la collaboration interprofessionnelle ont été perçus de manière positive par les clientèles inscrites. Des améliorations ont aussi été constatées quant à la globalité des soins et à la connaissance du client. Malgré une méthode permettant

de bien décrire l'ensemble du processus d'implantation des GMF, cette étude se centrait sur la première vague de GMF implantés ce qui peut affecter la transférabilité des résultats, car la situation décrite dans ces quelques premiers GMF peut différer grandement de la situation rencontrer actuellement dans l'ensemble des GMF.

Finalement, la dernière étude recensée rapporte l'implantation et les effets des premiers GMF (Équipe d'évaluation des GMF, 2008). Cette étude de cas fait suite à celle de Beaulieu *et al.* (2006). La recherche s'est déroulée sur une période de deux ans avec des mesures multiples auprès de 19 GMF et avait pour objectifs de décrire le processus d'implantation des GMF, d'identifier les facteurs facilitant ou contraignant leur implantation et de déterminer les impacts, entre autres, sur l'accessibilité, la continuité, la coordination, l'organisation des soins ainsi que sur les coûts. Pour ce faire, des entrevues individuelles ont été réalisées avec les gestionnaires du réseau (60 entrevues) et des enquêtes ont également été faites auprès de 166 médecins, 36 infirmières, 36 adjointes administratives et 906 clients. Une analyse documentaire ainsi que des groupes de discussion auprès de la clientèle ont permis de compléter la collecte de données. Les résultats de cette étude de cas sont multiples. Ceux se rapprochant davantage au projet de recherche actuel sont en lien avec le rôle des infirmières en GMF, la clientèle qui y est rencontrée par les infirmières ainsi que les impacts des GMF auprès des personnes qui y sont suivies.

Au premier temps de mesure, les infirmières effectuaient majoritairement du triage de la clientèle et des actes délégués par le médecin. Les infirmières en GMF ont, lors de la seconde mesure, davantage intégré dans leur pratique l'évaluation de l'état de santé physique et mentale des personnes. Elles effectuent aussi, pour 40% de leur temps de travail, le suivi des personnes souffrant de problèmes de santé chroniques ce qui inclut également le suivi téléphonique et l'ajustement de certaines médications. Plus des 50% des infirmières affirment effectuer de l'enseignement aux personnes ainsi qu'à leur famille et environ 66% accomplissent les ajustements posologiques des médicaments selon une ordonnance médicale ou selon un protocole pré-établi. La présence de formation continue dans les milieux de travail permet, selon les infirmières, le développement de leur

autonomie professionnelle ainsi que l'intégration dans leurs nouvelles activités professionnelles. La clientèle rapporte un lien plus direct et privilégié avec les infirmières et est très satisfaite du suivi infirmier et elle apprécie beaucoup les conseils et l'enseignement reçus.

Il est certain que cette étude s'intéresse surtout à la première vague de GMF implantés au Québec, ce qui n'est peut-être pas représentatif de la situation actuelle. Toutefois, la présence de mesures multiples ainsi que les nombreuses sources de données permettent de noter la progression du rôle de l'infirmière au sein des GMF ainsi que de valider les savoirs au moyen d'une triangulation des données. Cette étude est donc très pertinente pour le présent projet de recherche, car elle permet de mieux comprendre le rôle infirmier actuel en GMF.

2.3.3. Synthèse des écrits. En résumé, les infirmières en GMF assument de nouvelles responsabilités qui ne leurs étaient pas, jusque-là, dévolues. En effet, on leur fait une place de premier plan en première ligne. Elles effectuent majoritairement de l'enseignement et des activités en lien avec le suivi systématique des clientèles vulnérables atteintes de maladies chroniques. Dans une moindre mesure, les infirmières assurent aussi des activités de liaison avec les autres acteurs du réseau de la santé et des soins ponctuels en appui au médecin. De leur côté, la clientèle est aussi très satisfaite du suivi en GMF. Toutefois, il est important de souligner que dans la majorité des études et rapports publiés, il s'agit de données préliminaires qui ont une validité externe ou une transférabilité limitée, car ces études ont été réalisées au sein des premiers GMF implantés au Québec. Il est fort probable que le contexte de pratique décrit dans ces organisations ait évolué depuis et que les résultats exposés précédemment ne reflètent plus tout à fait la situation actuelle des GMF.

2.4. Barrières identifiées par les infirmières dans la réalisation des activités de gestion de la douleur

Quelques écrits décrivent les barrières aux activités infirmières en gestion de la douleur. Majoritairement, les écrits portent sur la gestion infirmière de la douleur en gériatrie (Tarzian & Hoffmann, 2004; Weiner & Rudy, 2002), en soins palliatifs (Vortherms *et al.*, 1992) et en milieu hospitalier (Carr, 2007; Wallace *et al.*, 1995). Même si aucune de ces études ne porte spécifiquement sur les barrières à la gestion de la DC, elles en soulèvent quelques-unes en contexte de soins de première ligne et en lien avec les maladies chroniques. Parmi ces barrières, notons le manque de connaissances des infirmières sur le sujet (Carr, 2007; Tarzian & Hoffmann, 2004; Vortherms *et al.*, 1992; Wallace *et al.*, 1995), l'absence d'approches standardisées dans les milieux de soins (Carr, 2007; Tarzian & Hoffmann, 2004), le manque de pratique et d'habiletés du personnel soignant (Carr, 2007; Wallace *et al.*, 1995) et le manque de temps (Weiner & Rudy, 2002).

Une seule recherche a utilisé la version courte du *Barriers Questionnaire* élaboré et validé (consistance interne : 0,84) par Wells *et al.* (1998) pour étudier les barrières rencontrées par les infirmières de première ligne dans la gestion de la douleur en général. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé longitudinal réalisé auprès de 248 infirmières travaillant en soins à domicile. Le manque de connaissances sur la gestion de la douleur, le manque d'habiletés à gérer la douleur et le peu de communication entre les médecins et les infirmières nuisent à l'intervention infirmière en gestion de la douleur. Malgré le fait que cette étude ne porte pas spécifiquement sur la DC, les résultats demeurent néanmoins intéressants, car ils corroborent, en partie, les résultats relatés précédemment (Vallerand *et al.*, 2004).

Donc, selon la littérature, les principaux obstacles identifiés par les infirmières dans la mise en place et la réalisation d'activités en gestion de la douleur sont le manque de connaissances, l'absence d'approches standardisées, la manque d'habiletés du personnel de même que les limites de temps.

2.5. Connaissances, croyances et attitudes des infirmières en première ligne relatives à la gestion de la douleur

Des études réalisées auprès d'infirmières travaillant en soins aigus montrent que le niveau de connaissances des infirmières en lien avec la gestion de la douleur (aiguë et chronique) est insuffisant (Davies & McVicar, 2000b). Les principales lacunes rapportées touchent le manque de connaissances sur la pharmacologie des analgésiques (surtout les opioïdes) et co-analgésiques, les options de traitements non pharmacologiques (Davies & McVicar, 2000a; de Rond *et al.*, 2000; Furstenberg *et al.*, 1998, Lapré, 2010) et l'approche holistique (Davies & McVicar, 2000a; Glajchen & Bookbinder, 2001). Les outils multidimensionnels d'évaluation de la douleur comme le *Brief Pain Inventory* ou le *McGill Pain Questionnaire* qui permettent de décrire, d'évaluer plusieurs aspects et composantes de la douleur et d'avoir un portrait complet de la douleur sont méconnus des infirmières (Akbas & Oztunç, 2008; Davies & McVicar, 2000a; White, 2004). Ces connaissances sont pourtant des éléments essentiels à une prise en charge adéquate de la DC (Davies & McVicar, 2000a).

Les infirmières ont de fausses croyances relatives à l'utilisation des opioïdes (Davies & McVicar, 2000a). Elles craignent que leurs clients développent une dépendance aux opioïdes et surestiment leur dangerosité (Furstenberg *et al.*, 1998), remettent en question l'auto-évaluation de la douleur (Akbas & Oztunç, 2008; D'Arcy, 2009; Davies & McVicar, 2000a; Davies & McVicar, 2000b; Furstenberg *et al.*, 1998). Les infirmières croient que des outils plus objectifs permettraient une évaluation plus représentative et remédieraient à cette situation (Comley & Banks, 2000; Manias *et al.*, 2004; Manias *et al.*, 2005; McCaffery *et al.*, 2000; McCaffery *et al.*, 2007; Merboth & Barnason, 2000). Toutefois, la majorité des infirmières se disent conscientes de leurs limites en ce qui concerne leurs connaissances, attitudes et croyances sur l'évaluation et le soulagement de la douleur (Davies & McVicar, 2000b).

Peu d'études ont examiné les connaissances et les attitudes des infirmières œuvrant en première ligne. Une première étude a été réalisée, il y a plus de 15 ans, auprès de 346 infirmières à l'aide de deux questionnaires : le *Nursing Analgesia Knowledge*

Questionnaire et l'*Attitude Inventory Tool*. La validité de contenu de ces instruments a été évaluée par Hauck en 1986. Le but de cette étude était d'identifier les connaissances et les attitudes des infirmières travaillant en soins à domicile en relation avec la gestion de la douleur. Au total, 109 infirmières ont retourné le questionnaire et de ce nombre 100 questionnaires ont pu être analysés (Laborde & Texidor, 1996). Les résultats soulignent une corrélation hautement significative (r_s=0,77) entre le niveau de connaissances en gestion de la douleur et l'attitude positive envers la gestion de la douleur. Les résultats de cette étude montrent le manque de connaissances et une attitude plutôt neutre des infirmières concernant la gestion de la douleur. Du fait que seulement 30% des participants aient retourné leur questionnaire, il est certain que la généralisation des résultats à d'autres contextes cliniques similaires est limitée. La validité interne des résultats pourraient également être atteinte car les personnes ayant participé à cette étude sont probablement celles qui avaient un intérêt plus marqué envers la gestion de la douleur et ainsi influencer positivement les résultats de l'étude. De plus, même si l'étude s'est déroulée en première ligne, le contexte des soins à domicile diffère de celui des infirmières en GMF. Il est aussi important de mentionner que cette étude date de 15 ans. Tous ces éléments limitent la transposition au présent contexte.

Tornkvist *et al.,* (1998) ont réalisé une étude ayant pour but d'examiner l'auto-évaluation des connaissances et des pratiques cliniques des infirmières travaillant au sein de 12 centres de santé suédois de première ligne en ce qui concerne la gestion de la DC. Une proportion élevée (97%) des infirmières travaillant dans les centres de santé participants ont rempli le questionnaire auto-administré et 85% d'entre elles affirment rencontrer au moins un client par semaine souffrant de DC. Soixante-sept pourcent des infirmières affirment avoir des connaissances en gestion de la douleur qui sont très bonnes, bonnes ou assez bonnes alors que seulement 41% disent avoir une bonne ou assez bonne connaissance des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur. Environ 49% de ces mêmes infirmières se sentent soit bien préparées ou assez bien préparées pour suivre des personnes souffrant de DC. L'intérêt de cette étude est qu'elle décrit un contexte qui s'apparente à celui des GMF. Toutefois, il s'agit d'une auto-évaluation des infirmières, ce qui peut possiblement impliquer un biais de désirabilité et il est nécessaire de souligner que le

questionnaire développé pour cette étude n'a pas été soumis à un processus de validation rigoureux.

On peut donc retenir que les infirmières, en général et en première ligne, présentent des limites au plan des connaissances, croyances et attitudes en lien avec les traitements pharmacologiques, non pharmacologiques ainsi que sur certains outils d'évaluation de la douleur.

2.6. Synthèse des écrits

En conclusion, trois lignes directrices aident à circonscrire le rôle attendu des infirmières en lien avec la gestion de la DC. Aussi, deux recommandations québécoises insistent sur l'importance de développer dans la province un suivi interdisciplinaire de première ligne pour les personnes souffrant de DC dans lequel l'infirmière pourrait jouer un rôle de premier plan.

Selon ces écrits, il nécessaire pour l'infirmière d'effectuer un dépistage de la douleur. En présence de douleur, une évaluation continue et détaillée à l'aide d'outils standardisés doit être effectuée. De plus, il est important pour l'infirmière de documenter systématiquement les évaluations et d'assurer une bonne communication et collaboration avec le client, sa famille et les autres professionnels de la santé. L'infirmière doit également s'impliquer dans la mise en œuvre des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques en optimisant le soulagement, en assurant la sécurité et gérant efficacement les effets secondaires. Finalement, elle assure aussi un enseignement adapté pour la personne et sa famille.

Les infirmières en GMF assurent le suivi systématique des clientèles vulnérables ce qui devrait leur permettre de prendre en compte la DC. Toutefois, aucune donnée n'indique si les infirmières interviennent en ce sens.

Les infirmières ont une méconnaissance et de fausses croyances en ce qui concerne la gestion de la DC, particulièrement sur les traitements pharmacologiques, non pharmacologiques et pour certains outils d'évaluation de la douleur.

Sur le terrain, le rôle de l'infirmière en gestion de la DC semble se limiter à l'évaluation de la douleur, à l'enseignement et au soutien psychologique des personnes ayant une douleur. Les infirmières paraissent peu impliquées en première ligne et l'introduction de stratégies non pharmacologiques n'est pas une de leurs activités prioritaires. Quelques initiatives proposent d'impliquer davantage l'infirmière dans le suivi et l'ajustement des traitements pharmacologiques, dans la coordination d'une équipe interdisciplinaire et dans la gestion de cas des personnes aux prises avec une DC. Il est important de faire ressortir le consensus en lien avec la contribution positive de l'infirmière dans le suivi de la DC.

Aux yeux des infirmières, les limites au plan des connaissances, l'absence d'approches standardisées dans les milieux de soins, le manque d'habiletés et le manque de temps représentent des obstacles à la gestion de la DC

Troisième chapitre - Matériel et méthodes

Rappelons que les objectifs de cette étude sont d'identifier les activités (réalisation, intention, capacité, importance) des infirmières œuvrant en GMF en rapport avec la gestion de la douleur chez la clientèle souffrant de DC; de décrire les connaissances et croyances des infirmières face à la gestion de la DC; de décrire les barrières dans la réalisation des activités en gestion de la DC et, finalement, d'identifier les facteurs associés aux activités infirmières en gestion de la DC dans un contexte de GMF. Ce chapitre décrira le dispositif de recherche, la population à l'étude ainsi que le processus de collecte de données. Les analyses statistiques et les considérations éthiques seront ensuite présentées.

3.1. Dispositif de recherche

Un dispositif descriptif corrélationnel transversal de type enquête postal a été utilisé. Ce dispositif permet d'avoir un aperçu général de la situation actuelle dans les GMF concernant la gestion de la DC par les infirmières. Il est indiqué pour obtenir un premier portrait d'un sujet peu étudié par l'obtention de beaucoup de données en relativement peu de temps (Lobiondo-Wood & Haber, 2009; Loiselle *et al.*, 2007).

3.2. Population à l'étude

La population à l'étude est celle des infirmières du Québec œuvrant en GMF. La population accessible comprend les infirmières qui figurent sur une liste des membres l'OIIQ travaillant dans ce type de milieu clinique. Selon cette liste, 430 infirmières s'exprimant et comprenant le français travaillent en GMF et, parmi ces dernières, 195 ont consenti à être contactées pour des projets de recherche. Un échantillonnage exhaustif de ces 195 infirmières a été effectué. Un taux de non-réponse de 20 à 25% était attendu pour ce type d'étude, ce qui signifie que la taille de l'échantillon visée était de 156 infirmières (Dillman, 2007). Les participantes recrutées devaient : être membre de l'OIIQ et être capable de lire, comprendre et répondre à des questionnaires rédigés en français. Finalement, des 195 envois postaux effectués auprès de la population accessible, 127 questionnaires n'ont pas été retournés malgré les deux rappels effectués, 17 ont été retournés, mais non complétés et 53 ont été retournés et complétés (voir figure 1) ce qui

donne un taux de non-réponse de 70%. Les raisons de non-participation des 17 infirmières qui ont retourné leurs questionnaires sans les avoir remplis sont de ne pas être impliquées dans la gestion de la DC (n=9); ne plus travailler en GMF (n=5) ou être en absence prolongée du travail (n=2). Un des questionnaires a été retourné suite à un changement de l'adresse postale.

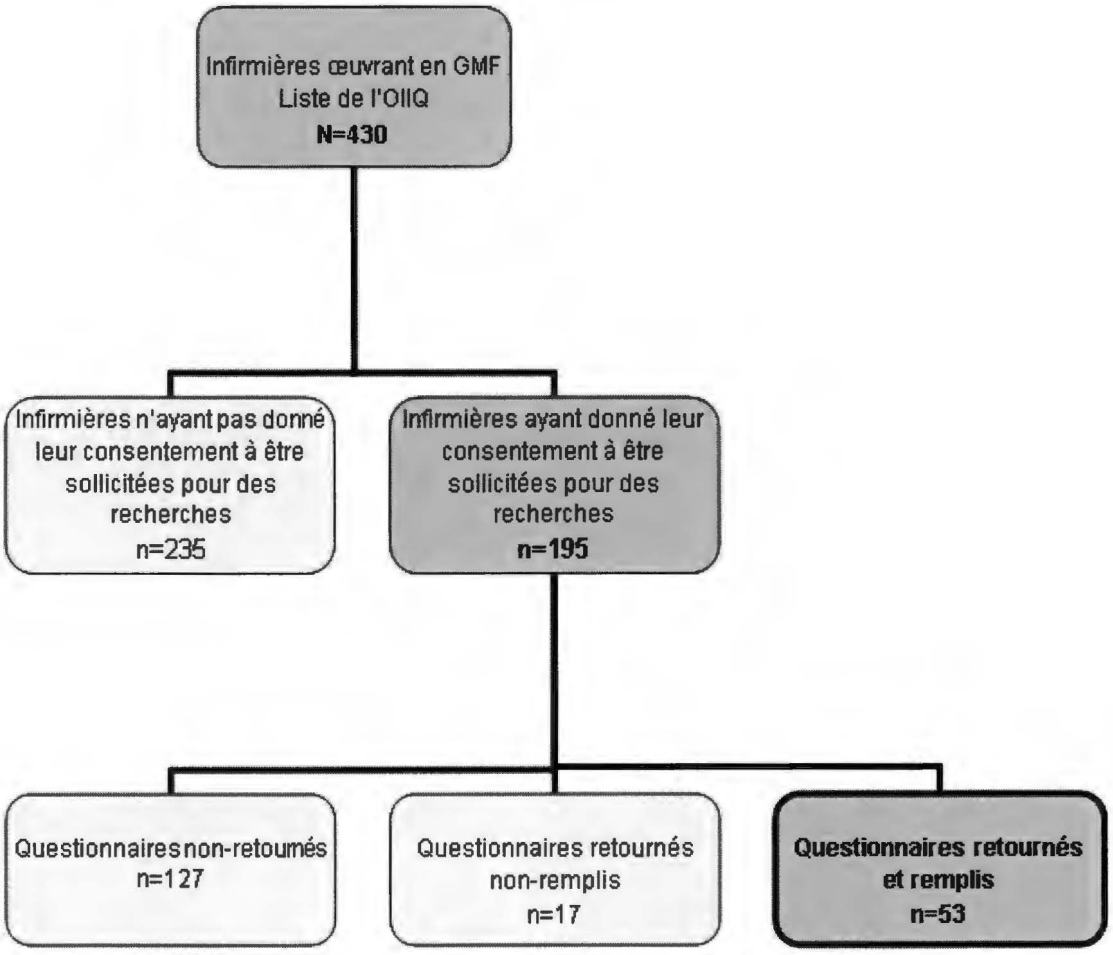


Figure 1. Échantillonnage de la population à l'étude

3.3. Collecte de données

Cette section précisera les variables à l'étude et les deux instruments de mesure utilisés, les modifications apportées aux instruments ainsi que leur processus de validation. Pour terminer, le déroulement de la collecte de données est exposé.

3.3.1. Variables à l'étude. Les variables à l'étude sont les pratiques infirmières en gestion de la DC, les connaissances sur les pratiques exemplaires en matière de gestion de la DC, les croyances en gestion de la DC et les barrières identifiées par les infirmières dans la réalisation d'activités en gestion de la DC. Les variables et leur définition sont présentées au tableau 3. Des variables sociodémographiques seront aussi mesurées, à savoir l'âge, le sexe, le type de GMF où elles travaillent, la formation académique complétée, l'expérience de travail à titre d'infirmière, l'expérience de travail à titre d'infirmière en GMF, la formation académique sur la douleur, le nombre d'heures de formation académique sur la douleur, la formation continue sur la douleur et le nombre d'heures de formation continue sur la douleur.

En se référant au modèle de Patiraki-Kourbani *et al.* (2004), les variables sociodémographiques en lien avec la formation ainsi que celles sur l'expérience de travail permettent d'obtenir l'information nécessaire sur la formation sur la douleur et sur les expériences professionnelles. Ensuite, les croyances relatives à la DC et les connaissances sur les pratiques exemplaires en matière de gestion de la DC sont en relation avec les connaissances théoriques et expérientielles du modèle. Les autres variables sociodémographiques permettent de compléter le profil des caractéristiques de l'infirmière. Finalement, les pratiques infirmières en matière de gestion de la DC sont en lien avec la gestion de la douleur et leur mise en application reflète une gestion efficace de la douleur.

Tableau 3

Définition des variables à l'étude

Variables	Définitions
1) Pratiques infirmières en matière de gestion de la DC *(Pain Management Activities)*	Toutes activités qui ont pour but ultime de moduler la DC des personnes tout en ayant pour objectif de favoriser leur auto-efficacité (Larsen, 2007)
2) Connaissances sur les pratiques exemplaires en matière de gestion de la DC (*Pain Knowledge)*	Faits fondés sur des données empiriques et qui sont publiés et largement disponibles (Watt-Watson, 1997)
3) Croyances relatives à la DC (*Pain Beliefs)*	Énoncés que l'on croit être vrai mais qui n'ont pas nécessairement de base scientifique (Watt-Watson, 1997)
4) Barrières identifiées par le personnel infirmier dans la réalisation ou la mise en place d'activités en gestion de la DC (*Barriers)*	Facteurs personnels ou organisationnels qui entravent ou découragent la réalisation d'activités en gestion de la DC (Carroll *et al.*, 1997; Hanks, 2007)

3.3.2. Instruments de mesure. Deux questionnaires postaux auto-administrés, soit le Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (Watt-Watson, 1997) et le Questionnaire sur les activités infirmières en gestion de la douleur (Dalton *et al.*, 1995) ont été sélectionnés à l'aide d'un algorithme élaboré par Le May *et al.* (2008). Cet algorithme est un guide pour sélectionner les questionnaires de recherche sur la gestion de la douleur. Il permet d'évaluer, de manière systématique, les qualités psychométriques des questionnaires, leur pertinence pour les concepts et la population étudiée ainsi que leur convivialité. Ces questionnaires ont par la suite été adaptés au contexte particulier de cette étude.

3.3.2.1. Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur. Dans le cadre de cette recherche, la version française du *Toronto Pain Management Index* (TPMI), soit le Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur, a été utilisée. La version utilisée pour cette étude soit la version adaptée au contexte de la douleur chronique et de la première ligne se trouve à l'annexe B. L'utilisation de ce questionnaire permettra de répondre au deuxième objectif et partiellement au quatrième objectif.

La version originale évalue, dans un contexte postopératoire, les connaissances et les croyances des infirmières sur la gestion de la douleur, dont celles se rapportant à l'analgésie, l'expérience douloureuse des personnes et la réponse des personnes à la douleur. Les validités apparente et de contenu de cette version ont été établies par neuf infirmières et experts médicaux en gestion de la douleur. De plus, le questionnaire a été pré-testé auprès de 37 infirmières afin de déterminer sa validité de contenu et son utilité clinique. Des modifications dans la formulation d'une des 23 échelles ont été nécessaires afin d'en améliorer la clarté. Un test-retest intra-observateur auprès de 33 infirmières œuvrant dans un contexte postopératoire a été fait sur une période de deux semaines afin de connaître le coefficient de fidélité du questionnaire. Le coefficient de variation intra-classe est de 0,81 (Watt-Watson *et al.*, 2000).

Le TPMI original comprend 23 énoncés répondus à l'aide d'échelles visuelles analogiques (ÉVA), graduées de 0 à 100, où l'infirmière participante indique à l'aide d'un trait son niveau d'accord avec l'énoncé décrit (Watt-Watson, 1997). Les énoncés se divisent en 3 sections : 1) neuf énoncés évaluant les perceptions des infirmières face à l'expérience du client, à l'évaluation et la gestion de la douleur (questions 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 et 28 dans la version utilisée lors de cette étude); 2) huit énoncés mesurant les connaissances et les croyances des infirmières en lien avec l'administration d'opioïdes (questions 11, 20, 21, 22, 23, 24 et 25 dans la version utilisée lors de cette étude); 3) six énoncés mettant l'emphase sur la perception des infirmières du soutien de leurs collègues, de leur propre pratique et de leur propre compétence en gestion de la douleur (questions 26, 27, 29 et 30 dans la version utilisée lors de cette étude). Ce questionnaire inclut des données sociodémographiques sur la formation académique et continue, le nombre d'heures de formation reçue en lien avec la douleur, le nombre d'années d'expérience dans le milieu de travail, le nombre d'années d'expérience en général, l'âge et le sexe. Le résultat de chacune des échelles est additionné pour donner un résultat total qui est converti en pourcentage. Afin de diminuer le biais d'acquiescence, 12 énoncés ont un pointage inversé (questions 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 21 et 24 dans la version utilisée lors de cette étude). L'utilisation d'ÉVA permet d'augmenter la sensibilité de ce questionnaire (Streiner & Norman, 2008).

Excluant l'étude réalisée par Watt-Watson en 1997, la version originale du questionnaire a été utilisée dans trois autres contextes différents, soit auprès d'infirmières travaillant en soins aigus postopératoires (Watt-Watson *et al.*, 2000), en contexte postopératoire de chirurgie cardiaque (Watt-Watson *et al.,* 2001) et de soins auprès d'une clientèle âgée atteinte de démence (Neville *et al.* 2006). La version française a été utilisée dans une étude réalisée auprès d'infirmières travaillant en soins aigus postopératoires (Lapré, 2010). Ce questionnaire n'a jamais été utilisé pour la DC et dans un contexte de première ligne similaire à celui des GMF.

Le questionnaire a été traduit en français en 2009 par Bourgault *et al.* selon les 7 étapes de traduction élaborées par Vallerand (1989). Cette version française évalue les mêmes composantes que la version originale pour ce qui est des connaissances et des croyances des infirmières sur la gestion de la douleur. Un test-retest intra-observateur auprès de 70 infirmières étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières a été fait sur une période de 2 semaines. Le coefficient de variation intra-classe est de 0,80.

Aux fins de la présente étude, afin de considérer la particularité de la DC et des services de santé de première ligne dans le questionnaire, des changements ont été apportés à la version française élaborée par Bourgault *et al.* (2009) en collaboration avec deux expertes en gestion de la DC et en santé communautaire. Pour ce faire, quatre questions avec ÉVA (une question dans la section 1, deux dans la section 2 et une dans la section 3) et une question ouverte ont été retirées parce qu'elles n'étaient pas pertinentes au contexte des soins de la première ligne. Le vocabulaire propre au contexte postopératoire ainsi que 14 questions avec ÉVA et trois questions ouvertes ont été modifiées afin de faire ressortir les particularités propres à la DC et au contexte de première ligne. Un énoncé sur l'utilisation des approches non pharmacologiques (section 2) et une question ouverte en lien avec les conséquences de la DC pour les personnes aux prises avec cette douleur ont aussi été ajoutés. Considérant les dissemblances observées par Beaulieu *et al.* (2006) entre la pratique infirmière dans les GMF en CSSS et celle en cabinets privés, le type de GMF où l'infirmière travaille sera noté afin d'observer si ces dissemblances se confirment également au niveau des activités infirmières réalisées en gestion de la douleur. À l'instar

de Neville *et al.* (2006), nous avons inséré, au début du questionnaire, de brèves explications ainsi qu'un exemple afin d'aider les participants à le remplir de façon adéquate. Ces explications et cet exemple ont été traduits et insérés à la version française du TPMI. La mise en page du questionnaire a été revue par une graphiste afin d'améliorer son aspect visuel. Cette adaptation sera éventuellement publiée.

Pour assurer la qualité du contenu des questions et des éléments mesurés, la validité apparente et de construit de cette version modifiée au contexte de la DC et des soins de santé de première ligne a été établie par six experts dans le domaine de la douleur. De plus, il a été pré-testé auprès de quatre infirmières travaillant en GMF qui n'ont pas participé à la recherche.

3.3.2.2. Questionnaire sur les activités infirmières en gestion de la douleur. Le Questionnaire sur les activités infirmières en gestion de la douleur a été utilisé afin de répondre au premier, troisième et quatrième objectifs de la présente étude. Ce questionnaire, qui figure à l'annexe C, est inspiré du *Pain Management Activities Questionnaire* (PMAQ) élaboré par Dalton *et al.* (1995).

La version originale du questionnaire a été conçue pour évaluer l'effet d'un programme éducationnel portant sur la gestion de la douleur auprès d'infirmières dispensant des soins à domicile à des personnes atteintes de cancer (Dalton *et al.*, 1995; Dalton *et al.*, 1996) ainsi qu'une étude évaluant les attitudes et pratiques en gestion de la douleur d'infirmières travaillant en gériatrie et en soins à domicile (Dalton *et al.*, 1998). Une version modifiée du PMAQ (*Barriers to Optimal Pain Management Tool*) a aussi été utilisée lors de trois études subséquentes évaluant l'adoption de pratiques exemplaires en gestion de la douleur par des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées (Herr *et al.*, 2004; Titler *et al.*, 2003; Titler *et al.*, 2009). La validité de contenu de la version originale a été revue par trois infirmières et un médecin, tous experts en gestion de la douleur. La cohérence interne de la version modifiée du PMAQ (*Barriers to Optimal Pain Management Tool*) possède un alpha de Cronbach de 0,78 (Titler *et al.*, 2003). Dans une étude de Dalton *et al.* (1995), ce questionnaire a été utilisé dans un contexte de première ligne ayant certaines similitudes avec le contexte de la pratique infirmière en GMF.

Le PMAQ permet en premier lieu d'évaluer les activités réalisées par les infirmières en rapport avec la gestion de la douleur ainsi que leur fréquence. À l'aide de possibilité de réponses dichotomiques, ce questionnaire aborde également l'intention des infirmières de réaliser les activités en gestion de douleur ainsi que leur perception d'être en mesure de les réaliser. Des échelles de Likert à cinq catégories permettent d'évaluer l'importance accordée à chaque activité en gestion de la douleur et selon les répondants, la perception de leur importance pour leurs collègues, les médecins et la clientèle. Finalement, le nombre de personnes ayant de la douleur aiguë et chronique vu par l'infirmière ainsi que leur perception des barrières à la réalisation des activités en gestion de la douleur sont documentés.

Dans la présente étude, la version originale du PMAQ a fait l'objet d'une traduction en français par trois traductrices selon le principe de traduction inversée (Vallerand, 1989). Des changements ont aussi été apportés en collaboration avec deux expertes en gestion de la douleur et en santé communautaire afin de s'attarder plus spécifiquement à la DC dans un contexte de services de santé de première ligne. Les principales modifications effectuées concernent l'ajout d'énoncés sur les obstacles à la réalisation des activités infirmières en gestion de la douleur à la liste déjà proposée ainsi que l'ajout d'une question ouverte sur les outils standardisés utilisés par les infirmières dans l'évaluation de la DC. Ensuite, une section a été insérée pour l'évaluation des activités infirmières, laquelle est inspirée de trois lignes directrices (JCAHO, 1999; RNAO, 2002; VHA, 1998). De plus, la mise en page du questionnaire a été revue par une graphiste afin d'améliorer son aspect visuel.

Le questionnaire ainsi modifié a été revu par six experts dans le domaine de la douleur pour valider la qualité du contenu des questions et des éléments mesurés. Il a été soumis à un pré-test auprès de quatre infirmières œuvrant en GMF et un processus de validation est en cours auprès de 70 infirmières étudiant au baccalauréat en sciences infirmières. Cette validation sera éventuellement publiée.

3.3.3. Déroulement de la collecte de données. L'envoi postal contenait une lettre explicative avec les coordonnées de l'étudiant-chercheur (annexe E), le formulaire d'information et de consentement en deux copies (annexe B), les deux questionnaires (Annexe C et D) et deux enveloppes préaffranchies avec l'adresse de retour. Au besoin, l'étudiant-chercheur pouvait être rejoint par courriel ou par téléphone. Trois personnes ont communiqué avec lui afin d'obtenir des précisions concernant les objectifs de la recherche. Des rappels postaux (annexe F) ont été transmis une semaine et trois semaines après l'envoi postal initial. Pour des raisons économiques ainsi que pour garantir l'anonymat des personnes participantes, un second envoi des questionnaires n'a pas été fait auprès des non répondants à la suite du premier rappel. Afin de maximiser le taux de réponse, toutes les lettres (incluant les rappels) ont été personnalisées et signées à la main par l'étudiant-chercheur et les co-directrices alors que toutes les enveloppes avec entête officielle ont été affranchies avec des timbres collés à la main (Dillman, 2007).

Si l'infirmière désirait participer au projet, elle devait retourner un des deux exemplaires du formulaire d'information et de consentement signés et datés dans une enveloppe préaffranchie différente de celle des deux questionnaires complétés. Cette procédure permettait d'assurer l'anonymat et contribue, par le fait même, à diminuer le biais de désirabilité sociale. Le nombre de personnes qui ont refusé de compléter les questionnaires a été colligé. Lorsque consignées sur les questionnaires non remplis, mais retournés, les raisons de non-participation ont été notées.

3.4. Analyses statistiques

En rappel, la présente étude a pour objectifs auprès des infirmières en GMF d'identifier les activités réalisées en rapport avec la gestion de la douleur chez la clientèle atteinte de DC, de décrire leurs connaissances et croyances face à la gestion de la DC, de décrire les barrières dans la réalisation des activités en gestion de la DC et d'identifier les facteurs associés aux activités en gestion de la douleur.

Pour répondre aux trois premiers objectifs, une analyse descriptive a été réalisée pour les données sociodémographiques, le résultat total et le résultat de chaque sous-section du Questionnaire Toronto sur les connaissances et croyances en gestion de la douleur; le nombre de personnes rencontrées qui présentent de la douleur; les barrières identifiées par les infirmières; le nombre d'activités effectuées par les infirmières; l'intention et la perception d'être en mesure de faire chaque activité et, finalement, l'importance accordée à chaque intervention et leur perception de l'importance de ces activités pour la clientèle.

En présence d'une distribution normale, les données quantitatives relatives discrètes et quantitatives relatives continues ont été présentées sous forme de moyenne et d'écart-type (ET) alors que les données quantitatives n'ayant pas une distribution normale le sont avec la médiane et l'écart interquartile (EIQ). Qu'elles soient dichotomiques ou catégoriques, les données qualitatives nominales et ordinales ont fait l'objet de fréquences et de pourcentages (Lobiondo-Wood et Haber, 2009). De plus, pour faciliter leur présentation au sein d'un tableau lors de l'analyse descriptive, les activités en gestion de la douleur réalisées par les infirmières ont été regroupées en quatre catégories soit aucune activité réalisée, une à quatre activités réalisées, cinq à neuf activités réalisées et 10 activités réalisées et plus.

Une pondération des questionnaires qui ont été remplis à plus de 50% a été nécessaire pour le Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur, car plusieurs questionnaires n'ont pas été entièrement complétés. Pour la sous-section 1, les résultats de dix participants ont été pondérés alors que les résultats de cinq personnes l'ont été pour les sous-sections 2 et 3. Pour l'ensemble des ÉVA, dix questionnaires ont aussi nécessité une pondération. Deux questionnaires ont été rejetés, car ils étaient remplis à moins de 50%.

Pour le quatrième objectif, des mesures d'association et de relation ont été réalisées. Puisque les activités effectuées par les infirmières (variable quantitative discrète) n'étaient pas distribuées normalement, des corrélations de Spearman ont été effectuées afin de vérifier la présence d'associations entre ces activités, les variables qualitatives ordinales catégoriques et les autres variables quantitatives (Howell, 2008). Afin de décrire l'intensité des corrélations significatives, la catégorisation exposée par Lobiondo-Wood et Haber

(2009) a été utilisée. Pour les variables qualitatives catégoriques, le test exact de Fisher a été utilisé au lieu du test du khi carré, car les fréquences de certaines catégories étaient inférieures à cinq (Portney & Watkins, 2009). Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel PASW Statistics 18 de SPSS et le niveau de signification a été fixé à un $p < 0,05$. Les analyses ont été validées par une personne-ressource en statistique du Centre de recherche clinique Étienne-LeBel.

3.5. Considérations éthiques

La présente étude a débuté après l'approbation du protocole par le Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (projet 09-056). Une copie de cette approbation figure à l'annexe F. Les participants ont été informées que les données recueillies à l'aide des questionnaires étaient utilisées à des fins de recherche. Les participants ont par ailleurs été avisés qu'elles pouvaient refuser de participer à l'étude sans préjudice. Lors de la réception du formulaire d'information et de consentement signé et daté et des questionnaires de recherche complétés, ceux-ci ont été conservés dans un dossier de recherche identifié par un code alphanumérique qui a été assigné à chacun des participants.

Les dossiers de recherche sont conservés dans une armoire fermée à clé et seulement les membres de l'équipe de recherche y ont accès. Un mot de passe remis seulement à l'équipe de recherche limite l'accès à la base de données. L'archivage de la base de données et des dossiers de recherche est effectué à l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke sous la supervision des professeures Patricia Bourgault et Frances Gallagher. Une fois l'étude complétée, les dossiers de recherche seront gardés jusqu'à la publication des résultats et seront par la suite détruits. Les résultats étant anonymes, il sera impossible d'identifier les GMF ainsi que les personnes ayant participé à la recherche dans toute communication ou publication découlant de cette recherche.

Quatrième chapitre - Résultats

Au cours de ce chapitre, les résultats concernant les caractéristiques sociodémographiques, la perception du nombre de personnes rencontrées ayant de la douleur, le nombre d'activités infirmières en gestion de la DC réalisées seront d'abord présentés. Ensuite, les résultats portant sur l'intention des infirmières à réaliser des activités de gestion de la DC, sur la perception de leur capacité à les réaliser et sur l'importance de ces activités seront aussi exposés. Finalement, cette section se terminera avec les connaissances et croyances des infirmières en lien avec la gestion de la DC, les barrières rencontrées par les infirmières et des variables associées aux activités infirmières en gestion de la DC.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des infirmières participantes

Selon les résultats du tableau 4, l'âge moyen des 53 participants est de 38,7 (9,7) ans et l'échantillon à l'étude est constitué majoritairement de femmes (94,3%). Plus du deux tiers (67,9%) des participants œuvrent en GMF de cliniques privées alors que 28,3% travaillent dans des GMF situés en CSSS et 3,8% au sein des deux types de GMF.

La plupart des infirmières (92,4%) ont une formation universitaire de premier cycle. La majorité (64,2%) a plus de dix ans d'expérience à titre d'infirmière, mais près de la moitié (47,2%) a moins de deux ans d'expérience en GMF.

Plus du tiers des infirmières (35,8%) ont reçu une formation sur la douleur dans leur milieu de travail et 66,0% au cours de leur formation académique. Le nombre d'heures médian (EIQ) de formation reçues par ces infirmières est de 6 (3,0-12,0) heures en milieu de travail et 9 (3,5-30,0) heures au cours de leur formation académique.

Tableau 4

Caractéristiques sociodémographiques des participants de l'étude

Caractéristiques	Échantillon (n=53)
Âge (années) – moyenne (ET)	38,7 (9,7)
Sexe – *n* (%)	
Homme	3 (5,7)
Femme	50 (94,3)
Type de GMF – *n* (%)	
Clinique privée	36 (67,9)
CSSS	15 (28,3)
Clinique privée et CSSS	2 (3,8)
Formation complétée – *n* (%)	
Collégial	1 (1,9)
Certificat universitaire	4 (7,5)
Baccalauréat	45 (84,9)
Maîtrise	3 (5,7)
Expérience de travail – *n* (%)	
0 à 5 ans	5 (9,4)
6 à 10 ans	14 (26,4)
11 à 20 ans	20 (37,7)
21 à 30 ans	11 (20,8)
Plus de 30 ans	3 (5,7)
Expérience de travail en GMF – *n* (%)	
Moins d'un an	2 (3,8)
1 à 2 ans	23 (43,4)
3 à 4 ans	15 (28,3)
5 ans et plus	13 (24,5)
Formation sur la douleur	
Formation continue – *n* (%)	19 (35,8)
Nombre d'heures – médiane (EIQ)	6,0 (3,0-12,0)
Formation académique – *n* (%)	35 (66,0)
Nombre d'heures – médiane (EIQ)	9,0 (3,5-30,0)

ET : Écart-type EIQ : Écart interquartile

4.2. Perception des infirmières du nombre de clients rencontrés qui présentaient de la douleur lors des cinq derniers jours de travail

Le tableau 5 relate, selon le jugement des infirmières, le nombre moyen de clients rencontrés au cours des cinq derniers jours de travail en GMF qui présentaient de la douleur aiguë et chronique ainsi que ceux qui souffraient seulement de DC.

Tableau 5

Nombre de clients rencontrés qui présentaient de la douleur selon les infirmières lors des cinq derniers jours de travail

	n = 44
Nombre de personnes présentant de la douleur aiguë et chronique – moyenne (ET)	5,6 (7,2)
Nombre de personnes présentant de la DC – moyenne (ET)	2,68 (3,7)

ET : Écart-type

4.3. Pratiques infirmières en gestion de la DC

Le tableau 6 indique le nombre de fois que les infirmières ont réalisé diverses activités en gestion de la DC lors de leurs cinq derniers jours de travail. Les cinq activités qui ont été le plus souvent réalisées sont, en ordre décroissant : 1) la relation thérapeutique avec le client, 2) la discussion avec le médecin sur l'efficacité des mesures thérapeutiques, 3) l'enseignement personnalisé au client, 4) l'évaluation de l'adhésion du client aux mesures thérapeutiques et 5) l'évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques. Toutefois, entre 37,8% et 46,3% des infirmières ne les avaient pas effectuées. De plus, le dépistage de la douleur arrive au septième rang parmi les activités les plus souvent pratiquées. Près du tiers des infirmières (32,6%) ont procédé à ce dépistage entre une et quatre fois, 11,6% entre cinq et neuf fois et 7,0% l'ont fait 10 fois ou plus lors de leurs cinq derniers jours de travail. Parmi les cinq activités les moins réalisées, notons, en ordre décroissant, 1) la contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques, 2) la collaboration avec la famille, 3) l'enseignement adapté à la famille, 4) l'évaluation continue de la douleur et 5) l'évaluation détaillée de la douleur. Entre 68,3% et 86,8% des participants n'ont pas réalisé l'une ou l'autre de ces activités.

Tableau 6

Activités de gestion de la DC réalisées par les infirmières au cours des cinq derniers jours de travail

Activités infirmières en gestion de la DC	Nombre de fois - *n* (%)			
	0	1-4	5-9	10 et +
1. Relation thérapeutique avec le client	14 (37,8)	13 (35,1)	5 (13,5)	5 (13,5)
2. Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin	16 (41,0)	18 (46,2)	2 (5,1)	3 (7,7)
3. Enseignement personnalisé au client	18 (42,9)	15 (35,7)	3 (7,1)	6 (14,3)
4. Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques	19 (45,2)	13 (31,0)	7 (16,7)	3 (7,1)
5. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques	19 (46,3)	13 (31,7)	3 (7,3)	6 (14,6)
6. Évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques	19 (48,7)	16 (41,0)	1 (2,6)	3 (7,7)
7. Dépistage de la douleur	21 (48,8)	14 (32,6)	5 (11,6)	3 (7,0)
8. Discussion des évaluations de la douleur avec le médecin	20 (50,0)	15 (37,5)	3 (7,5)	2 (5,0)
9. Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général	22 (53,7)	12 (29,3)	3 (7,3)	4 (9,8)
10. Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques	21 (55,3)	10 (26,3)	4 (10,5)	3 (7,9)
11. Gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques	22 (57,9)	10 (26,3)	4 (10,5)	2 (5,3)
12. Mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques	23 (59,0)	12 (30,8)	3 (7,7)	1 (2,6)
13. Documentation systématique de la douleur	24 (63,2)	9 (23,7)	2 (5,3)	3 (7,9)
14. Relation thérapeutique avec la famille	24 (66,7)	7 (19,4)	2 (5,6)	3 (8,3)
15. Évaluation détaillée de la douleur	28 (68,3)	10 (24,4)	1 (2,4)	2 (4,9)
16. Évaluation continue de la douleur	27 (71,1)	5 (13,2)	3 (7,9)	3 (7,9)
17. Enseignement adapté à la famille	32 (78,0)	6 (14,6)	1 (2,4)	2 (4,9)
18. Collaboration avec la famille	32 (78,0)	6 (14,6)	1 (2,4)	2 (4,9)
19. Contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques	33 (86,8)	3 (7,9)	1 (2,6)	1 (2,6)

4.4. Intention des infirmières de réaliser des activités de gestion de la DC

Tel que présenté au tableau 7, les activités en gestion de la douleur que les infirmières ont le plus l'intention de faire sont, en ordre d'importance décroissant : l'évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques (76,2%), l'enseignement personnalisé au client (73,8%), la vérification de la satisfaction du client face au suivi en général (73,8%) et la relation thérapeutique avec le client (72,7%). Trois activités obtiennent le même pourcentage (70,5%) soit les activités nécessitant la collaboration du médecin (discussion des évaluations de la douleur et discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques) et l'évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques. Les interventions que les infirmières ont le moins l'intention d'exécuter sont en lien avec l'évaluation de la douleur (dépistage de la douleur [55,8%] et évaluation détaillée de la douleur [50,0%]), avec les familles (relation thérapeutique avec la famille [54,5%], collaboration avec la famille [52,4%] et enseignement adapté à la famille [51,2%]) ainsi qu'avec la contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques (51,2%).

4.5. Perception des infirmières de leur capacité à réaliser les activités de gestion de la DC

Toujours en se référant au tableau 7, les activités que les infirmières se sentent le plus en mesure d'effectuer auprès des personnes souffrant de DC sont la relation thérapeutique (83,7%), l'évaluation de la satisfaction face aux mesures thérapeutiques (76,2%), la discussion des évaluations de la douleur (72,7%) et des mesures thérapeutiques (70,5%) avec le médecin. Les activités qu'elles se sentent le moins en mesure de réaliser sont de contribuer aux mesures thérapeutiques pharmacologiques, de faire de l'enseignement adapté à la famille, de collaborer avec la famille, de faire une évaluation détaillée et continue de la douleur ainsi que de documenter la douleur des clients de façon systématique. Il est aussi intéressant de constater que 27,9% se sentent en mesure de contribuer aux mesures thérapeutiques pharmacologiques et 28,6% se sentent capables de faire de l'enseignement adapté à la famille, alors que 51,2% ont l'intention de réaliser chacune de ces activités.

Tableau 7

Intention des infirmières de réaliser des activités en gestion de la DC et la perception de leur capacité à les réaliser auprès de leur clientèle

Activités infirmières en gestion de la DC	*n* (%)	
	Intention de faire	Être en mesure de faire
1. Relation thérapeutique avec le client	32 (72,7)	36 (83,7)
2. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques	32 (76,2)	32 (76,2)
3. Discussion des évaluations de la douleur avec le médecin	31(70,5)	32 (72,7)
4. Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin	31 (70,5)	31 (70,5)
5. Évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques	31(70,5)	27 (61,4)
6. Enseignement personnalisé au client	31(73,8)	25 (59,5)
7. Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général	31 (73,8)	28(66,7)
8. Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques	30 (68,2)	28 (63,6)
9. Mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques	28 (65,1)	24 (55,8)
10. Gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques	28 (63,6)	28 (63,6)
11. Évaluation continue de la douleur	25 (56,8)	22 (50,0)
12. Documentation systématique de la douleur	25 (58,1)	21 (50,0)
13. Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques	25 (59,5)	23 (54,8)
14. Dépistage de la douleur	24 (55,8)	25 (58,1)
15. Relation thérapeutique avec la famille	24 (54,5)	23 (53,5)
16. Évaluation détaillée de la douleur	22 (50,0)	22 (50,0)
17. Contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques	22 (51,2)	12 (27,9)
18. Collaboration avec la famille	22 (52,4)	19 (45,2)
19. Enseignement adapté à la famille	21 (51,2)	12 (28,6)

4.6. Importance des activités de gestion de la DC

Les infirmières ont la perception, d'après les résultats illustrés au tableau 8, que la majorité des activités infirmières en gestion de la DC sont très importantes pour les clients ayant une DC. Parmi les 19 activités répertoriées, 17 sont perçues par plus de 60% des participants comme étant très importantes pour les clients. Il y a même sept activités qui sont perçues comme très importantes pour les clients par plus de 80% des participants et deux activités le sont par plus de 90%. Les cinq activités considérées comme les plus importantes pour les clients sont, en ordre d'importance décroissant : l'évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques (93,0%), la vérification de la satisfaction du client face au suivi en général (90,5%), l'établissement d'une relation thérapeutique avec le client (88,4%), l'enseignement personnalisé au client (88,1%) et la discussion avec le médecin de l'efficacité des mesures thérapeutiques (83,7%).

Les cinq activités ayant reçu les pourcentages les plus élevés dans la catégorie «peu important pour le client» sont la mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques (9,8%), la documentation systématique de la douleur (12,2%), la collaboration avec la famille (14,6%), l'évaluation détaillée de la douleur (24,4%) et la contribution infirmière aux mesures thérapeutiques pharmacologiques (51,2%). Il faut aussi préciser que les deux dernières activités mentionnées ci-dessus sont également les deux activités qui ont reçu les plus faibles pourcentages dans la catégorie «très important pour le client» soit 36,6% pour l'évaluation détaillée de la douleur et 32,6% pour la contribution infirmière aux mesures thérapeutiques pharmacologiques.

Tableau 8

Perception de l'importance de chaque activité en gestion de la DC pour les clients selon les infirmières

Activités infirmières en gestion de la DC	*n* (%)		
	Très important	Moyennement important	Peu important
1. Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques	40 (93,0)	2 (4,7)	1 (2,3)
2. Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général	38 (90,5)	4 (9,5)	0 (0,0)
3. Relation thérapeutique avec le client	38 (88,4)	4 (9,3)	1 (2,3)
4. Enseignement personnalisé au client	37 (88,1)	5 (11,9)	0 (0,0)
5. Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin	36 (83,7)	6 (14,0)	1 (2,3)
6. Gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques	36 (83,7)	4 (9,3)	3 (7,0)
7. Discussion des évaluations de la douleur avec le médecin	35 (81,4)	6 (14,0)	2 (4,7)
8. Évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques	34 (82,9)	6 (14,6)	1 (2,4)
9. Dépistage de la douleur	34 (79,1)	5 (11,6)	4 (9,3)
10. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques	33 (80,5)	8 (19,5)	0 (0,0)
11. Évaluation continue de la douleur	31 (73,8)	9 (21,4)	2 (4,8)
12. Relation thérapeutique avec la famille	31 (73,8)	8 (19,0)	3 (7,1)
13. Mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques	28 (68,3)	9 (22,0)	4 (9,8)
14. Collaboration avec la famille	28 (68,3)	7 (17,1)	6 (14,6)
15. Enseignement adapté à la famille	27 (67,5)	10 (25,0)	3 (7,5)
16. Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques	27 (64,3)	12 (28,6)	3 (7,1)
17. Documentation systématique de la douleur	25 (61,0)	11 (26,8)	5 (12,2)
18. Évaluation détaillée de la douleur	15 (36,6)	16 (39,0)	10 (24,4)
19. Contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques	14 (32,6)	7 (16,3)	22 (51,2)

Par ailleurs, les infirmières considèrent l'ensemble des activités de gestion de la DC comme très importantes pour la pratique infirmière (Tableau 9). Toutes les activités ont obtenu des pourcentages supérieurs à 60% dans la catégorie «Très important pour vous». Quatre des activités impliquant le client dont l'enseignement adapté et personnalisé, la relation thérapeutique, l'évaluation de la réponse face aux mesures thérapeutiques et la gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques sont les activités les plus importantes pour les infirmières avec un pourcentage supérieur à 90% dans la catégorie «Très important pour vous». Seulement cinq activités ont obtenu des pourcentages relativement plus élevés pour la catégorie «Peu important pour vous». Ces activités sont l'enseignement adapté à la famille (7,1%), la contribution aux mesures thérapeutiques

pharmacologiques (9,1%), l'établissement d'une relation thérapeutique avec la famille (9,1%) et l'évaluation détaillée de la douleur (11,4%).

Tableau 9

Importance de chaque activité en gestion de la DC pour les infirmières

Activités infirmières en gestion de la DC	*n* (%)		
	Très important	Moyennement important	Peu important
1. Enseignement personnalisé au client	42 (97,7)	1 (2,3)	0 (0,0)
2. Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques	41 (93,2)	3 (6,8)	0 (0,0)
3. Gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques	40 (90,9)	3 (6,8)	1 (2,3)
4. Relation thérapeutique avec le client	40 (90,9)	2 (4,5)	2 (4,5)
5. Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques	37 (88,1)	4 (9,5)	1 (2,4)
6. Discussion des évaluations de la douleur avec le médecin	38 (86,4)	4 (9,1)	2 (4,5)
7. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques	36 (85,7)	5 (11,9)	1 (2,4)
8. Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin	37 (84,1)	6 (13,6)	1 (2,3)
9. Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général	36 (83,7)	6 (14,0)	1 (2,3)
10. Documentation systématique de la douleur	36 (83,7)	5 (11,6)	2 (4,7)
11. Évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques	36 (83,7)	5 (11,6)	2 (4,7)
12. Mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques	36 (83,7)	5 (11,6)	2 (4,7)
13. Dépistage de la douleur	36 (81,8)	6 (13,6)	2 (4,5)
14. Évaluation continue de la douleur	35 (79,5)	7 (15,9)	2 (4,5)
15. Contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques	30 (68,2)	10 (22,7)	4 (9,1)
16. Évaluation détaillée de la douleur	30 (68,2)	9 (20,5)	5 (11,4)
17. Enseignement adapté à la famille	28 (66,7)	11 (26,2)	3 (7,1)
18. Collaboration avec la famille	28 (66,7)	10 (23,8)	4 (9,5)
19. Relation thérapeutique avec la famille	29 (65,9)	11 (25,0)	4 (9,1)

4.7. Connaissances et croyances des infirmières en lien avec la gestion de la DC

Les résultats sur les connaissances découlant du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur sont présentés au Tableau 10. Pour l'ensemble du questionnaire, la moyenne du résultat total pondéré est de 1229,56 (ET 153,3) sur un total possible de 2000, ce qui correspond à un taux de réussite de 61,5%. Pour la section portant sur les croyances en lien avec l'expérience douloureuse du client et les connaissances sur l'évaluation et la gestion de la douleur, la moyenne pondérée est de 516,5 (ET 91,7) sur 800, ce qui représente en pourcentage 64,6% de bonnes réponses. La moyenne pondérée pour les résultats relatifs aux croyances et connaissances à propos des opioïdes et leur administration est de 357,4 (ET 64,7) sur 700, ce qui donne une moyenne de 51,1%. Pour la section qui couvre plusieurs dimensions, soit les croyances en lien avec le soutien des collègues, la pratique courante de l'infirmière et la perception de sa propre compétence, le résultat pondéré est de 286,3 (ET 96,5) sur 500, ce qui indique un résultat moyen de 57,3%. Toutefois, les infirmières démontrent un niveau d'intérêt élevé (72,0 sur une échelle de 0 à 100) à jouer un rôle plus élargi en gestion de la DC.

Tableau 10

Connaissances et croyances des infirmières sur la gestion de la DC

	n	moyenne (ET)
Résultat total pondéré /2000	51	1229,56 (153,3)
Résultat total en %		61,5 (7,7)
Section sur les croyances en lien avec l'expérience douloureuse du client et les connaissances sur l'évaluation et la gestion de la douleur	51	
Résultat pondéré / 800		516,5 (91,7)
Résultat en %		64,6 (11,5)
Section sur les croyances en lien avec l'administration des opioïdes et les connaissances sur les opioïdes	50	
Résultat total pondéré /700		357,4 (64,7)
Résultat en %		50,2 (6,2)
Section sur les croyances en lien avec le soutien des collègues, pratique courante et perception de leur propre compétence	50	
Résultat total pondéré /500		286,3 (96,5)
Résultat en %		57,3 (19,3)
Niveau d'intérêt à jouer un rôle infirmier plus élargi en gestion de la DC /100	51	72,0 (23,3)

ET : Écart-type

En analysant les résultats des ÉVA du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur de manière individuelle (Tableau 11), les cinq questions qui ont été les mieux répondues ont des résultats oscillant entre 85,5 et 78,5%. Quatre de ces questions (Q12 [85,5%], Q13 [80,4%], Q28 [79,2%] et Q11 [78,5%]) sont issues de la première section du questionnaire qui évalue les croyances en lien avec l'expérience douloureuse du client et les connaissances sur l'évaluation et la gestion de la douleur. Une question (Q22 [81.0%]) de la section évaluant les croyances en lien avec l'administration des opioïdes et les connaissances sur les opioïdes figure aussi parmi les cinq questions les mieux répondues. Néanmoins, pour six des 20 questions avec ÉVA, les résultats moyens obtenus par les participants ont été inférieurs à 50%. Notons les questions 23 (48,2%) et 20 (23,3%) qui évaluaient les connaissances en lien avec l'utilisation des opioïdes; les questions 29 (40,0%) et 30 (39,1%) qui évaluaient la perception de la compétence que l'infirmière avait d'elle-même et, finalement, les questions 15 (41,4%) et 17 (33,3%) qui permettaient de vérifier les perceptions des infirmières face à l'expérience douloureuse du client.

Tableau 11

Résultats, en ordre décroissant de pourcentage, pour chaque échelle visuelle analogue du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur

	Questions (Q)	*n*	% - moyenne (ET)
1.	Q12: Avec un soulagement efficace, quelle intensité de douleur (de 0 à 100) les clients devraient ressentir? †	50	85,3 (21,0)
2.	Q22: À quelle fréquence doit-on utiliser une combinaison de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager un client souffrant de DC?	49	81,0 (20,9)
3.	Q13: À quelle fréquence les clients ont-ils tendance à exagérer leur douleur? †	49	80,4 (17,2)
4.	Q28: À quelle fréquence utilisez-vous une échelle (exemple 0 à 10) pour évaluer la douleur de vos clients?	49	79,2 (26,6)
5.	Q11: Quel pourcentage de vos clients deviennent dépendants en prenant des opioïdes (ex. codéine, morphine) pour soulager la douleur? †	50	78,5 (20,0)
6.	Q19: Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de vos clients disent ressentir une douleur élevée? †	51	76,9 (23,4)
7.	Q14: À quelle fréquence avez-vous été en accord avec l'évaluation que les clients font de leur douleur?	51	75,6 (20)
8.	Q21: Quelle intensité de douleur (de 0 à 100) doit ressentir un client avant de prendre une dose d'analgésique? †	50	73,4 (15,5)
9.	Q26: Jusqu'à quel point les infirmières de votre milieu sont-elles en accord avec votre façon de gérer la douleur de vos clients?	42	69,2 (20,3)
10.	Q27: Jusqu'à quel point les médecins de votre milieu sont-ils en accord avec votre façon de gérer la douleur de vos clients?	43	68,7 (22,1)
11.	Q18: Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de vos clients disent ressentir une douleur modérée? †	51	65,9 (19,4)
12.	Q16: À quelle fréquence les clients demandent-ils volontairement une prescription d'analgésique? †	51	58,7 (26,1)
13.	Q24: La dose de morphine de Madame Nadeau a été augmentée pour une douleur non soulagée. Elle a commencé à avoir des nausées et a reçu un antiémétique. Votre collègue infirmière vous suggère de diminuer la dose de morphine. Quel est votre niveau d'accord avec cette suggestion? †	50	57,3 (30,1)
14.	Q25: Malgré une dose de morphine 10 mg po aux 4 heures, Monsieur Thivierge continue de ressentir de la douleur modérée. Demandez-vous au médecin de prescrire une dose plus élevée?	50	51,8 (31,0)
15.	Q23: Un homme de 45 ans, travailleur de la construction se plaint de DC d'intensité élevée au niveau lombaire malgré la prise d'acétaminophène aux 4 heures. Lui suggérez-vous de prendre la dose de morphine prescrite de 10 mg per os aux 4 heures?	49	48,2 (35,9)
16.	Q15: À quelle fréquence les clients vous disent-ils qu'ils ont de la douleur sans que vous ayez à leur demander?	50	41,4 (24,2)
17.	Q29: À quel point trouvez-vous que vos connaissances actuelles sur la gestion de la douleur (évaluation et soulagement) sont adéquates?	52	40,0 (23,2)
18.	Q30: À quel point vous sentez-vous compétente à gérer efficacement la douleur des clients?	52	39,1 (24,1)
19.	Q17: Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de clients disent ressentir de la douleur légère?	51	33,3 (24,1)
20.	Q20: Quel pourcentage de vos clients prennent des analgésiques per os alors que d'autres voies d'administration seraient plus appropriées?	47	23,3 (24,0)

ET : Écart-type † : Question avec pointage inversé

4.8. Barrières rencontrées par les infirmières dans la gestion de la DC

Au tableau 12, les cinq principales barrières que les infirmières en GMF perçoivent dans la gestion de la DC sont, en ordre décroissant, la méconnaissance des interventions possibles pour soulager la douleur (71,7%), la non-disponibilité de l'information sur la gestion de la douleur (52,8%), le manque de temps ou la charge de travail de trop lourde (45,3%), le manque de soutien ou d'encouragement de la part des médecins (34,0%) et, finalement, l'assistance nécessaire d'autres professionnels dans la réalisation de leurs interventions en gestion de la douleur (30,2%). Il y a 22% des infirmières qui perçoivent de la résistance des médecins mais peu semblent rencontrer de la résistance de la part des clients (13,2%) ou des autres professionnels (1,9%).

Tableau 12

Barrières identifiées par les infirmières dans la gestion de la DC

Barrières identifiées par les infirmières	*n* (%)
Méconnaissance des interventions possibles -	38 (71,7)
Information (écrite ou autre) non disponible sur la gestion de la douleur	28 (52,8)
Manque de temps / charge de travail trop lourde	24 (45,3)
Manque de soutien ou d'encouragement de la part des médecins	18 (34,0)
Assistance d'autres professionnels nécessaire	16 (30,2)
Résistance de la part des médecins	12 (22,6)
Autres obstacles	10 (18,9)
Résistance de la part des clients	7 (13,2)
Manque de soutien ou d'encouragement de la part des infirmières	1 (1,9)
Résistance de la part d'autres professionnels	1 (1,9)
Résistance de la part des infirmières	0 (0,0)

4.9. Synthèse des résultats descriptifs

Tel qu'illustré au tableau 13, les infirmières œuvrant en GMF affirment voir relativement peu de personnes souffrant de DC au cours d'une semaine de travail soit une moyenne de 2,68 personnes. Les cinq activités en gestion de la DC les plus fréquemment effectuées par les infirmières sont l'établissement d'une relation thérapeutique avec le client, la discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin, l'enseignement personnalisé au client et l'évaluation de l'adhésion et de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques. Pour les connaissances et les croyances des infirmières, le résultat moyen du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur est relativement bas. Les activités en gestion de la douleur que les infirmières ont le plus l'intention de faire sont l'évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques, l'enseignement personnalisé au client, la vérification de la satisfaction du client face au suivi en général et la relation thérapeutique avec le client. La majorité des activités de gestion de la DC sont considérées importantes pour les infirmières. De plus, elles les considèrent également importantes pour leur clientèle. Les principales barrières identifiées concernent le manque de connaissances et d'information sur la gestion de la DC ainsi que le manque de temps ou la charge de travail trop lourde.

Tableau 13

Tableau synthèse des résultats descriptifs

Nombre de clients rencontrés qui présentent de la DC selon les infirmières : 2,68 personnes/5jours de travail	
Les activités les plus réalisées	
1. Relation thérapeutique avec le client	
2. Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin	
3. Enseignement personnalisé au client	
4. Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques	
5. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques	
Activités que les infirmières…	
ont le plus l'intention de faire	se sentent le plus en mesure d'effectuer
1. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques	1. Relation thérapeutique avec le client
2. Enseignement personnalisé au client	2. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques
3. Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général	3. Discussion des évaluations avec le médecin
4. Relation thérapeutique avec le client	4. Discussion des mesures thérapeutiques avec le médecin
Activités les plus importantes…	
pour les clients selon les infirmières	pour les infirmières
1. Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques	1. Enseignement personnalisé au client
2. Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général	2. Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques
3. Relation thérapeutique avec le client	3. Gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques
4. Enseignement personnalisé au client	4. Relation thérapeutique avec le client
5. Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin	5. Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques
Connaissances et croyances sur la gestion douleur	
Résultat total : 61,5%	
Croyances en lien avec l'administration des opioïdes et les connaissances sur les opioïdes: 50,2%	
Principales barrières identifiées	
1. Méconnaissance des interventions possibles	
2. Information (écrite ou autre) non disponible sur la gestion de la douleur	
3. Manque de temps / charge de travail trop lourde	
4. Manque de soutien ou d'encouragement de la part des médecins	
5. Assistance d'autres professionnels nécessaire	

4.10. Facteurs associés aux activités infirmières en gestion de la DC

Afin de répondre au quatrième objectif qui est de décrire les facteurs associés aux activités en gestion de la douleur réalisées par les infirmières œuvrant en GMF, cette section présente les résultats significatifs découlant de l'analyse des associations entres les activités infirmières en gestion de la DC et les autres variables.

Le nombre de clients ayant présenté de la DC au cours des cinq derniers jours de travail des infirmières est corrélé significativement avec des activités infirmières en gestion de la DC. Ces résultats sont présentés dans le tableau 14. Parmi les activités corrélées, 11 le sont moyennement ($0,4<r_s<0,6$) alors qu'une seule activité l'est faiblement ($0,2<r_s<0,4$). Le nombre total d'interventions en gestion de la DC effectuées par les infirmières est également moyennement corrélé ($r_s=0,513$, $p<0,001$) avec le nombre de personnes rencontrées qui présentaient de la DC lors des cinq derniers jours de travail des infirmières. Pour 7 des 19 activités infirmières, aucune corrélation significative avec cette variable n'a été observée. Parmi ces interventions, notons l'évaluation détaillée de la douleur, la documentation systématique de la douleur, les deux interventions relatives aux mesures pharmacologiques (gestion des effets secondaires et contribution infirmière) ainsi que les trois concernant la famille (collaboration, relation thérapeutique et enseignement adapté).

Tableau 14

Corrélation entre les activités infirmières en gestion de la DC effectuées et le nombre de clients avec de la DC rencontrés lors des cinq derniers jours de travail

	Activités infirmières en gestion de la DC effectuées	Personnes avec DC rencontrées lors des cinq derniers jours de travail	
		n	r_s
	Nombre total d'interventions effectuées	43	0,513**
1.	Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques	40	0,568**
2.	Évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques	38	0,535**
3.	Évaluation continue de la douleur	37	0,525**
4.	Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques	41	0,520**
5.	Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques	37	0,505**
6.	Mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques	38	0,477**
7.	Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin	38	0,467**
8.	Dépistage de la douleur	42	0,457**
9.	Discussion des évaluations de la douleur avec le médecin	39	0,452**
10.	Relation thérapeutique avec le client	36	0,411*
11.	Enseignement personnalisé au client	40	0,409*
12.	Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général	40	0,360*
13.	Documentation systématique de la douleur	37	0,291
14.	Évaluation détaillée de la douleur	40	0,279
15.	Collaboration avec la famille	40	0,276
16.	Gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques	37	0,269
17.	Enseignement adapté à la famille	40	0,251
18.	Contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques	37	0,168
19.	Relation thérapeutique avec la famille	35	0,109

r_s : rho de Spearman * : résultat significatif ($p<0,05$) ** : résultat hautement significatif ($p<0,01$)

Deux autres variables, soit le niveau d'importance de chaque activité pour les clients selon les infirmières et le niveau d'importance de chaque activité pour les infirmières, sont corrélées avec le nombre d'activités infirmières effectuées (Tableau 15). Pour la perception que les infirmières ont du niveau d'importance de chaque activité pour les clients, seulement deux des activités infirmières y sont faiblement corrélées, soit la collaboration (r_s=0,397, p=0,01) et la relation thérapeutique (r_s=0,358, p=0,04) avec la famille. Pour le niveau d'importance de chaque activité pour les infirmières, il y a présence d'une corrélation faible avec le nombre d'activités d'enseignement adapté à la famille (r_s=0,360, p=0,02) et d'une modérée avec le nombre d'interventions nécessitant la collaboration avec la famille (r_s=0,513, p<0,01). Aucune autre activité infirmière n'est significativement corrélée avec le niveau d'importance de l'activité pour les clients et pour les infirmières.

Tableau 15

Corrélation entre les activités infirmières en gestion de la DC effectuées et le niveau d'importance de chaque activité pour les clients et pour les infirmières

	Niveau d'importance de chaque activité...			
	pour les clients selon les infirmières		pour les infirmières	
Activités infirmières en gestion de la DC effectuées	*n*	r_s	*n*	r_s
Collaboration avec la famille	38	0,397*	39	0,512**
Relation thérapeutique avec la famille	34	0,358*	36	0,302
Enseignement adapté à la famille	37	0,218	39	0,360*

r_s : rho de Spearman * : résultat significatif (p<0,05) ** : résultat hautement significatif (p<0,01)

Les caractéristiques sociodémographiques ne sont pas associées aux activités de gestion de la DC à l'exception de la présence de formation sur la douleur en milieu de travail (Tableau 16). Le test exact de Fisher révèle que trois activités sont associées significativement avec la formation sur la douleur en milieu de travail. Notons, en premier lieu, le dépistage de la douleur, 64,3% des infirmières n'ayant pas reçu de formation sur la douleur en milieu de travail n'ont fait aucun dépistage de la douleur au cours de leurs cinq derniers jours de travail alors que ce chiffre chute à 20,0% pour les infirmières ayant reçu une formation sur la douleur en milieu de travail (p=0,04). Ensuite, on remarque des résultats similaires pour la discussion avec le médecin de l'efficacité des mesures thérapeutiques (p=0,04) et des évaluations de la douleur (p=0,03) où des pourcentages plus élevés d'infirmières n'ayant pas reçu de formation en milieu de travail ne font aucune de ces activités (53,8% et 65,4%) comparativement à celles ayant reçu une formation (15,4% et 21,4%).

Tableau 16

Comparaison entre la formation continue et les activités infirmières en gestion de la DC

Activités infirmières en gestion de la DC effectuées		Formation sur la douleur au travail		Total	p
		Absence – *n* (%)	Présence – *n* (%)		
Dépistage de la douleur	0	18 (64,3)	3 (20,0)	21	0,04*
	1-4	7 (25,0)	7 (46,7)	14	
	5-9	2 (7,1)	3 (20,0)	5	
	10 et +	1 (3,6)	2 (13,3)	3	
	Total	28	15	43	
Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin	0	14 (53,8)	2 (15,4)	16	0,04*
	1-4	9 (34,7)	9 (69,2)	18	
	5-9	2 (7,7)	0 (0,0)	2	
	10 et +	1 (3,8)	2 (15,4)	3	
	Total	26	13	39	
Discussion des évaluations de la douleur avec le médecin	0	17 (65,4)	3 (21,4)	20	0,03*
	1-4	6 (23,1)	9 (64,4)	15	
	5-9	2 (7,7)	1 (7,1)	3	
	10 et +	1 (3,8)	1 (7,1)	2	
	Total	26	14	40	

* : résultat significatif (p<0,05)

4.11. Synthèse des variables associées aux activités infirmières en gestion de la DC

Les principaux facteurs associés aux activités infirmières en gestion de la DC sont, en premier lieu, le nombre de personnes rencontrées présentant de la DC (Tableau 17). Ensuite, la perception des infirmières du niveau d'importance de chaque activité pour les clients et le niveau d'importance de chaque activité pour les infirmières sont également associés avec les trois activités impliquant la famille. De plus, pour trois activités (dépistage de la douleur, discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin et discussion des évaluations de la douleur avec le médecin), les infirmières ayant reçu de la formation continue effectuent plus d'activités en gestion de la DC.

Tableau 17

Tableau synthèse des variables associées aux activités infirmières en gestion de la DC

	Présence d'associations significatives			
	Nombre clients rencontrés avec DC lors des cinq derniers jours de travail	Perception du niveau d'importance pour les clients selon les infirmières	Niveau d'importance pour les infirmières	Formation en milieu de travail sur la douleur
Activités infirmières en gestion de la DC	Nombre total d'interventions effectuées 1. Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin 2. Mise en place de mesures thérapeutiques non pharmacologiques 3. Discussion des évaluations de la douleur avec le médecin 4. Relation thérapeutique avec le client 5. Évaluation continue de la douleur 6. Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques 7. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques 8. Enseignement personnalisé au client 9. Dépistage de la douleur 10. Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général 11. Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques 12. Évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques	1. Collaboration avec la famille 2. Relation thérapeutique avec la famille	1. Collaboration avec la famille 2. Enseignement adapté à la famille	1. Dépistage de la douleur 2. Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin 3. Discussions des évaluations de la douleur avec le médecin

Cinquième chapitre – Discussion et conclusion

Quatre grands constats se dégagent des résultats cités antérieurement : 1) la perception par les infirmières, qu'un nombre restreint de leurs clients souffrent de DC; 2) la réalisation d'une variété limitée d'activités en gestion de la douleur par les infirmières de GMF; 3) des limites au plan des connaissances et des croyances sur le sujet et finalement, 4) la présence de plusieurs barrières à la réalisation des activités en gestion de la DC. Ces constats seront discutés, entre autres, à la lumière de l'état actuel des connaissances en matière de gestion de la DC. Ensuite, les forces et limites ainsi que les retombées de l'étude au plan clinique, de la recherche et de la société seront abordées.

5.1. Perception que peu de clients présentent de la DC

Cette recherche permet de faire une première approximation du nombre de personnes rencontrées en GMF qui présentent de la DC. Selon les résultats, les infirmières participantes ont l'impression que très peu de leurs clients présentent de la DC. De plus, neuf infirmières ont retourné leurs questionnaires non répondus en mentionnant qu'aucun de leur client ne souffrait de DC. Ces résultats sont semblables à ceux rapportés dans une étude suédoise (Tornkvist *et al.,* 1998) où 85% des infirmières en première ligne affirmaient rencontrer environ un client souffrant de DC par semaine. Il est probable que l'approximation des infirmières participant à la présente étude soit basée sur le nombre de clients ayant manifesté explicitement qu'ils souffraient de DC. Ces résultats ne reposent probablement pas sur un dépistage et une évaluation systématique de la douleur. Or, en GMF, infirmières et médecins assurent le suivi de nombreuses personnes aux prises avec des maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiaques ou vasculaires artériosclérotiques ou la maladie pulmonaire obstructive chronique (Équipe d'évaluation des GMF, 2008) qui peuvent toutes comporter une composante de DC (ASPMN, 2002). D'ailleurs, selon les résultats d'une étude québécoise, environ la moitié des personnes suivies en première ligne soit 51,9% des hommes et 46% des femmes souffrent de deux problèmes de santé chronique ou plus (Fortin *et al.*, 2010). Il est aussi démontré que les clients présentant plusieurs problèmes de santé chroniques sont plus à risques de souffrir de DC (Ramage-Morin et Gilmour, 2010). Il y a donc lieu de croire que les infirmières en

GMF sous-estiment la présence de la DC chez leur clientèle. En considérant que la DC est un syndrome reconnu relativement récemment par les professionnels de la santé (Breen, 2002) et que le niveau de connaissance des participants sur la gestion de la DC n'est pas optimal, il est probable que plusieurs ne soient pas en mesure de reconnaître la DC chez leurs clients.

Il est aussi intéressant de constater que les infirmières participantes qui observent un nombre élevé de personnes atteintes de DC parmi leur clientèle ont tendance à effectuer plus d'activités infirmières en gestion de la douleur. Ces derniers résultats permettent d'espérer que si les infirmières sont en mesure de dépister ou reconnaître les personnes ayant une DC, elles effectueront davantage d'interventions visant une meilleure gestion de cette douleur. D'ailleurs, selon Curtiss (2001), le manque d'habiletés en évaluation de la douleur chez les infirmières est le principal prédicteur d'un suivi inadéquat des personnes présentant une douleur.

5.2. Réalisation d'une gamme limitée d'activités en gestion de la douleur par les infirmières en GMF

Un deuxième constat concerne le nombre limité d'activités en gestion de la douleur réalisées par les infirmières en GMF. Plus particulièrement, l'évaluation détaillée et continue de la douleur, les interventions liées aux traitements pharmacologiques ainsi que les activités auprès des familles sont rarement effectuées. Ces activités seront plus amplement discutées ci-dessous avant de parler de l'intention d'agir des infirmières en GMF face à la DC des clients.

5.2.1. Évaluation détaillée et continue de la DC. Les résultats de la présente étude se distinguent des écrits en ce qui a trait à l'évaluation continue et détaillée de la douleur. En effet, contrairement à nos observations, certains auteurs relatent que l'évaluation fait partie des activités les plus fréquemment effectuées par les infirmières aux États-Unis, au Canada anglais et au Royaume-Uni (Boulard et Le May, 2009; Brooks & Younce, 2007; Courtenay & Carey, 2008). Toutefois, le contexte de travail décrit dans les écrits précédents diffère de celui du GMF. Ces études se sont majoritairement déroulées en cliniques spécialisées où les infirmières travaillent majoritairement auprès de clients suivis

spécifiquement pour une DC alors qu'en GMF, les infirmières œuvrent avec des clients suivis pour un problème de santé chronique qui peut présenter une composante de DC. Selon une autre étude réalisée auprès d'infirmières membres de l'ASPMN, les infirmières en première ligne sont généralement peu impliquées dans l'évaluation de la douleur (Pellino *et al.*, 2002).

Nous constatons parallèlement le faible niveau d'intention des participants à évaluer la douleur ainsi que le nombre peu élevé d'évaluations détaillées et continues que les infirmières affirment avoir réellement effectuées. Selon l'Équipe d'évaluation des GMF (2008), les infirmières affirmaient effectuer, sur une base régulière, l'évaluation de l'état de santé physique et mentale des personnes suivies en GMF. À la lumière des résultats de la présente étude, cette évaluation n'inclut pas le dépistage et l'évaluation systématiques de la douleur lors de l'évaluation physique de leur clientèle. Pourtant, l'OIIQ (1999, 2003) explique bien l'importance de faire une évaluation clinique selon une approche globale et préventive qui inclut la douleur. Les recommandations du JCAHO, (1999), du RNAO (2002) et du VHA (1998) soulignent aussi l'importance du dépistage et de l'évaluation continue et détaillée dans le processus de prise en charge de la douleur. De plus, des auteurs soutiennent que l'évaluation de la DC est prioritaire, car elle permet d'assurer un meilleur suivi des personnes tout en augmentant leur satisfaction face aux soins (Brooks & Younce, 2007; Unützer *et al.*, 2008). Il est important de mentionner que le suivi de la DC ne fait pas partie des problèmes de santé ciblés lors de la mise en place des GMF (MSSS, 2002) et il n'est nullement question de l'évaluation de douleur chronique dans la description du rôle de l'infirmière en GMF (OIIQ et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005).

5.2.2. Interventions liées aux traitements pharmacologiques. La pratique infirmière observée dans la présente étude diffère de celle rapportée dans la littérature au sujet des traitements pharmacologiques. En effet, des études ont montré que cette forme de traitements est fréquemment utilisée par les infirmières œuvrant en gestion de la DC. Les infirmières bachelières peuvent alors effectuer un ajustement de la posologie des analgésiques selon un protocole ou demander au médecin d'effectuer l'ajustement posologique. De leur côté, les infirmières praticiennes peuvent prescrire certains analgésiques (Boulard et Le May, 2009; Brooks & Younce, 2007; Courtenay & Carey, 2008).

Au Québec, il existe depuis peu des dispositions légales permettant aux infirmières de réaliser l'ajustement de certaines médications à l'aide de protocoles ou d'ordonnances collectives (Loi 90, Gouvernement du Québec, 2002). Il est possible que ces dispositions ne soient pas tout à fait intégrées dans les GMF, ce qui pourrait expliquer en partie l'écart observé entre les pratiques et les recommandations. D'ailleurs, selon les résultats de l'étude, les infirmières ne se sentent pas encore en mesure d'effectuer les activités qui nécessitent une contribution au plan pharmacologique. Ceci contraste avec les résultats d'une étude effectuée en GMF où 66% des infirmières affirmaient accomplir des ajustements posologiques à l'aide d'une ordonnance collective ou d'un protocole établi dans le suivi de personnes souffrant de maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète et anticoagulothérapie) (Équipe d'évaluation des GMF, 2008). Pourtant, dans le cadre de la présente étude, les infirmières considèrent leur contribution au plan pharmacologique comme étant peu importante pour leur clientèle. Or, en gestion de la DC, il a été démontré que l'utilisation d'un protocole d'ajustement de la médication contribue à réduire l'utilisation d'analgésiques, tout en diminuant significativement la douleur des clients (Brooks & Younce, 2007; Courtenay & Carey, 2008). Il est tout de même important de préciser que le type d'infirmières n'est pas mentionné dans les études recensées.

Précisons que l'implantation d'un protocole d'ajustement de la médication pour la DC en GMF nécessiterait l'approbation et la collaboration de l'ensemble des médecins du GMF. L'absence de tels protocoles pour la DC et le manque de soutien des médecins dans

ce processus pourraient vraisemblablement expliquer les résultats relatés antérieurement. L'élaboration de protocoles de suivi conjoint pour certaines maladies a d'ailleurs été soulignée comme un moyen important pour amener les médecins et les infirmières des GMF à mieux se concerter dans la gestion d'un problème de santé (Beaulieu *et al.*, 2006). Souhaitons que les recommandations de Beaulieu *et al.* (2006) provoqueront une telle concertation visant une gestion pharmacologique optimale de la douleur.

5.2.3. Interventions auprès des familles. Il est reconnu que l'implication de la famille s'avère essentielle afin d'optimiser le suivi des personnes et favoriser une meilleure autogestion de la DC par le client (Davis, 1998; Menez, 2007; RNAO, 2002). Or, la famille est peu impliquée selon nos observations. Considérant l'importance accordée par les missions CLSC des CSSS à l'approche familiale systémique et à l'implication de la famille dans les soins (Malo *et al.*, 1998; Sylvain & Talbot, 2002, Wright & Leahy, 2007), nous nous serions attendus à ce que les infirmières participantes effectuent davantage d'activités auprès de la famille des clients ayant une DC. Ceci est encore plus surprenant étant donné que la majorité des infirmières travaillant en GMF ont reçu une formation universitaire de premier cycle où l'on accorde une place prépondérante à l'approche familiale systémique (Colin et Rocheleau, 2004). Selon Birot *et al.* (2005), la présence de « contraintes temporelles » peut expliquer pourquoi les infirmières omettent les activités impliquant les familles. Dans la présente étude, aucune corrélation significative n'est ressortie entre la barrière « manque de temps ou charge de travail trop lourde » et le nombre d'activités impliquant les familles réalisées par les infirmières participantes. Néanmoins, selon nos observations, pour les activités impliquant la famille, plus celles-ci sont importantes pour l'infirmière ou paraissent, selon elles, importantes pour le client, plus ces activités risquent d'être réalisées.

5.2.4. Intention d'agir en gestion de la DC. Enfin, bien qu'elles posent peu d'interventions pour gérer la DC, les infirmières en GMF expriment l'intention de réaliser la majorité des activités énoncées dans les questionnaires (exceptées celles décrites précédemment) et se sentent en mesure de les accomplir. La plupart des participants considèrent même la quasi-totalité des activités comme étant très importantes autant pour

les personnes atteintes de DC qu'en tant qu'infirmières. Ces résultats contrastent avec le nombre limité d'activités effectivement réalisées ainsi que les connaissances et croyances inappropriées des répondants en ce qui concerne la DC. Il est donc probable qu'elles ne réalisent pas beaucoup d'activités parce qu'elles ne sont pas en mesure de reconnaître les situations où elles pourraient intervenir avec le client ainsi qu'avec sa famille. D'ailleurs, la méconnaissance des interventions possibles ressort chez les répondants comme une barrière dans la réalisation d'activités en gestion de la douleur. La présence d'un biais de tendance extrême ou, encore, d'un biais d'acquiescence pourrait également expliquer cette possible distorsion des données. Ces biais sont fréquemment présents lorsque les participants répondent à un questionnaire utilisant des questions dichotomiques ou des questions avec échelle de Likert (Loiselle *et al.*, 2007) telles les questions sur l'intention d'agir, la capacité de réaliser les activités et l'importance des activités figurant au Questionnaire sur les activités infirmières en gestion de la douleur.

5.3. Limites au plan des connaissances et des croyances sur la gestion de la DC

Un troisième constat a trait aux connaissances sous-optimales et à la présence de croyances inappropriées chez les infirmières participantes. Ceci ressort particulièrement pour les connaissances et les croyances en lien avec l'administration des opioïdes, la pratique courante et la perception des infirmières de leur propre compétence en matière de gestion de la DC. Ces résultats convergent avec les principales lacunes répertoriées dans les écrits, dont une méconnaissance des options de traitements pharmacologiques (Davies & McVicar, 2000a; de Rond *et al.*, 2000; Furstenberg *et al.*, 1998), de fausses croyances par rapport à l'utilisation des opioïdes (Davies & McVicar, 2000a) et une conscience de leurs limites en ce qui concerne leurs connaissances, attitudes et croyances en terme de gestion de la DC (Davies & McVicar, 2000b). D'ailleurs, les participants à la présente étude identifient la méconnaissance comme étant la principale barrière à la réalisation d'activités en gestion de la douleur. Toutefois, elles ont, dans l'ensemble, une attitude relativement positive face à un rôle élargi en gestion de la douleur chronique.

Plusieurs éléments permettent d'expliquer les connaissances et croyances sous-optimales des répondants. D'abord, en considérant que le syndrome de douleur chronique est relativement récent (Breen, 2002) et que plus de 60% des infirmières participantes ont plus de dix années d'expérience, il est probable que la formation académique initiale sur la douleur reçue chez ces infirmières n'abordait pas exhaustivement le concept de la douleur. Il faut également mentionner que 34% des infirmières participants disent n'avoir reçu aucune formation académique sur la douleur. De plus, chez les participants ayant reçu une formation académique sur la douleur, le nombre médian d'heures reçues est de neuf heures. Ce nombre contraste beaucoup avec le nombre moyen d'heures répertoriées de 31 heures lors d'une étude réalisée auprès de neuf écoles canadiennes de sciences infirmières (Watt-Watson *et al.*, 2009). Dans cette étude canadienne, malgré les 31 heures répertoriées, il était également ressorti que les fausses croyances, l'évaluation et le suivi de la douleur étaient peu abordés lors de la formation académique. Il est donc possible que ces concepts centraux aient été peu ou pas traités lors de la formation académique des participants.

Les résultats montrent que la formation sur la douleur en milieu de travail est associée positivement avec certaines activités infirmières en gestion de la douleur tel le dépistage de la douleur et les discussions de cas avec les médecins. Ces résultats se rapprochent de ceux du Groupe d'évaluation des GMF (2008) qui démontre que la formation continue portant sur le suivi des problèmes de santé chroniques favorise le développement de l'autonomie professionnelle des infirmières. Courtenay & Carey (2008) ont aussi obtenu des résultats semblables pour les effets bénéfiques de la formation continue sur l'évaluation et la documentation de la douleur. Toutefois, la seule présence de connaissances et de croyances adéquates sur la douleur ne garantit pas un changement de pratique chez les infirmières, une attitude positive envers leur rôle en gestion de la douleur s'avérant également nécessaire. La combinaison de connaissances et de croyances adéquates et d'une attitude positive favoriserait davantage une intervention juste en gestion de la douleur (Carr, 2007). À cet effet, l'attitude positive des répondants face à un rôle élargi pour le suivi de la DC laisse supposer qu'en augmentant leur niveau de connaissance et en modulant leurs croyances, ces infirmières seraient davantage en mesure de réaliser une plus grande variété d'activités en gestion de la DC.

5.4. Présence de plusieurs barrières à la réalisation des activités en gestion de la DC

Le quatrième constat porte sur les barrières identifiées par les infirmières en GMF. Les quatre plus fréquentes sont la méconnaissance des interventions possibles, le manque de temps ou la charge de travail trop lourde, le manque de soutien ou d'encouragements de la part des médecins et la non-disponibilité de l'information sur la gestion de la douleur.

Parmi l'ensemble des barrières identifiées par les répondants, deux barrières sont reconnues dans les écrits dans des contextes de soins similaires au GMF. Il s'agit du manque de connaissances sur les outils d'évaluation (Carr, 2007; Tarzian & Hoffmann, 2004; Vortherms *et al.*, 1992; Wallace *et al.*, 1995) et du manque de temps (Weiner & Rudy, 2002). Cependant, aucune association entre ces barrières et les activités en gestion de la douleur ne s'est avérée significative, contrairement aux résultats obtenus dans les autres études publiées. Il est important de mentionner que dans la cadre de la présente étude, les connaissances ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire qui permet l'obtention d'un résultat cumulatif alors que, pour les études citées, les auteurs ont davantage évalué la perception des infirmières face à leurs connaissances.

Selon la présente étude, les infirmières perçoivent le manque de soutien ou d'encouragement de la part des médecins comme une barrière importante dans la réalisation des activités en gestion de la DC. Comme le mentionnent la FIIQ (2006) et Roy et Sylvain (2004), le soutien et la collaboration des médecins ainsi qu'un meilleur partage de l'information entre médecins et infirmières sont essentiels au développement d'un climat de collaboration. En pareilles circonstances, l'infirmière de GMF peut mieux développer sa compétence dans le suivi des personnes présentant des problèmes de santé chronique. Il est donc fort important que le développement de la compétence et du rôle de l'infirmière en gestion de la DC au sein des GMF passe, entre autres, par la mise en place de formation continue sur la douleur pour augmenter leurs connaissances sur le sujet mais aussi par le développement d'un climat propice à la collaboration et au partage d'informations entre médecins et infirmières.

Les infirmières en GMF ont souligné la non-disponibilité de l'information sur la gestion de la douleur comme une autre barrière dans la réalisation d'activités en gestion de la douleur. Cette barrière pourrait expliquer partiellement le niveau de connaissances sous-optimal des participants ainsi que le nombre limité d'activités en gestion de la DC qu'elles réalisent, bien qu'aucune association ne se soit révélée significative entre ces variables.

Il est possible d'expliquer en partie la présence de cette barrière en considérant le nouveau contexte de pratique des participants qui travaillent majoritairement au sein de cliniques médicales privées. En œuvrant dans une structure qui est en marge des CSSS, les infirmières pourraient possiblement être coupées des ressources et des réseaux d'information auxquels elles avaient traditionnellement accès (Hagan *et al.*, 2006). Il est également important de noter l'absence systématique de formation adaptée à la pratique infirmière en GMF (Lajeunesse, 2008), ce qui influe sur l'accès à des ressources pertinentes pour les infirmières. Quelques initiatives impliquant les CSSS et les compagnies pharmaceutiques ont tout de même permis la mise en place de formations portant sur le suivi des personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques, adaptées aux infirmières de GMF (Leblanc et Leduc, 2009). Des formations similaires sur la gestion de la douleur en GMF seraient des avenues intéressantes pour amoindrir les barrières décrites précédemment. En général, la formation sur la douleur permet aux infirmières d'augmenter leur compréhension du phénomène de la douleur et leur satisfaction à l'endroit de leur rôle en gestion de la douleur (Courtenay & Carey, 2008).

Bref, il ressort que les infirmières au sein des GMF s'impliquent peu dans la gestion de la douleur et que leurs connaissances actuelles en lien avec la DC sont sous-optimales. Toutefois, de part leur intérêt, leur attitude positive et l'importance qu'elles accordent à ces activités, les infirmières pourraient devenir un maillon important dans le suivi en première ligne des personnes aux prises quotidiennement avec ce problème de santé majeur.

5.5. Forces et limites de l'étude

5.5.1. Forces de l'étude. Il s'agit de la toute première étude qui documente les activités infirmières en gestion de la DC dans un contexte de GMF. À ce titre, l'identification de barrières donne des pistes pour corriger la situation actuelle. Ces correctifs favoriseraient le suivi de personnes atteintes de DC ou de problèmes de santé accompagnés de DC. En ayant effectué un échantillonnage exhaustif auprès de toutes les infirmières en GMF du Québec, cette étude dresse un premier portrait de l'implication des infirmières des GMF dans la gestion de la DC. Par la suite, l'enquête par questionnaire, garantissant l'anonymat, a probablement diminué le biais de désirabilité sociale, ce qui permet ainsi d'augmenter la fiabilité des résultats.

Il faut également noter que les questionnaires utilisés dans la cadre de cette recherche ont été choisis à l'aide d'un algorithme de sélection des questionnaires pour la recherche sur la douleur (Le May *et al.*, 2008). Il s'agit donc d'outils validés; qui ont déjà été utilisés dans le cadre d'études précédentes et qui ont été traduits selon les principes de traduction inversée reconnus (Vallerand, 1989). De plus, ces outils ont tous été revus, adaptés au contexte de l'étude, validés et pré-testés auprès de la population cible. Ce processus rigoureux a donc permis d'obtenir des questionnaires bien adaptés. Enfin, à l'exception du second envoi de questionnaires, toutes les autres directives émises par Dillman (2007) pour une enquête postale, notamment la présentation des lettres et rappels, les envois postaux et le déroulement de la collecte de données, ont été respectées.

5.5.2. Limites de l'étude. Malgré le respect des directives de Dillman (2007), le taux de réponse ainsi que la taille de l'échantillon (n=53) sont plutôt décevants pour une enquête provinciale. D'ailleurs, en comparaison avec le taux de réponse médian de 50,0% (37,0-71,0) répertorié par une méta-analyse sur les enquêtes postales réalisées auprès d'infirmières, le taux de réponse de la présente étude, soit 29,8%, est faible (Cook *et al.*, 2009). Tel que mentionné précédemment, il est certain que la taille réduite de l'échantillon limite la portée des résultats ainsi que leur généralisation à d'autres contextes de soins similaires.

Ce faible taux de réponse suggère donc la présence d'un biais systématique dans les réponses (Loiselle *et al.*, 2007). Généralement, pour limiter l'effet de ce biais, il est nécessaire de documenter les raisons du refus ainsi que quelques données sociodémographiques sur les personnes ayant refusé de participer au projet afin d'effectuer une analyse du dit biais (Bose, 2001). Afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des non participants, aucune donnée sociodémographique n'a été récoltée auprès de ces personnes. Il a toutefois été demandé aux infirmières lors du premier envoi postal d'inscrire, si elles le désiraient, la raison de leur refus.

Le taux de réponse sous-optimal de cette étude pourrait s'expliquer par le temps requis pour répondre aux deux questionnaires. Néanmoins, l'accroissement de l'information obtenue à partir de questionnaires postaux plus long supplanterait les désavantages d'un risque de non-réponse (Lund & Gram, 1998). Il est également possible que les infirmières n'ayant pas répondu ne se sentaient pas concernées par la gestion de la DC. Malgré l'autorisation préalable donnée par les infirmières d'être contactées à leur domicile pour des fins de recherche, il est aussi probable que cette stratégie de recrutement utilisée soit moins efficace qu'un recrutement au sein même du milieu de travail des infirmières, mais cela aurait nécessité un nombre élevé d'approbations éthiques ce qui aurait allongé indument cette recherche.

Une étude descriptive transversale de type enquête postale présente aussi quelques limites, notamment sur le plan de la validité et la précision des résultats obtenus puisque ces derniers sont issus de questionnaires nécessitant une auto-description (Loiselle *et al.*, 2007). Ensuite, en utilisant des questionnaires auto-administrés, il est fréquent qu'on surestime l'habileté des participants à se rappeler des évènements passés même si ceux-ci paraissent relativement récents (Streiner & Norman, 2008). De plus, tel que relaté antérieurement, l'utilisation de questionnaires auto-administrés avec ÉVA ou avec échelles de Likert peut entraîner des biais de désirabilité sociale, de tendance extrême ou d'acquiescence (Loiselle *et al.*, 2007; Streiner & Norman, 2008).

Il est aussi primordial d'aborder certaines limites du Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur. En premier lieu, il serait bénéfique d'analyser davantage la validité de construit de la version originale de l'instrument (Watt-Watson, 1997). Malgré l'adaptation au contexte de la douleur chronique et de la première ligne, cet instrument n'a pas été conçu de manière spécifique pour évaluer les connaissances des infirmières sur la gestion de la douleur chronique. Il serait donc important de poursuivre le processus de validation de cette adaptation. De plus, même si l'utilisation des ÉVA permet d'augmenter la sensibilité d'un questionnaire, leur format peut parfois contribuer à complexifier les énoncés d'un questionnaire et ainsi rendre la compréhension plus ardue pour les participants (Streiner & Norman, 2008).

5.6. Retombées de l'étude

5.6.1. Retombées de l'étude pour la clinique. Les résultats de cette étude peuvent alimenter une première réflexion sur la contribution infirmière en matière de gestion de la DC en première ligne. Cette réflexion est particulièrement importante car elle arrive avant la mise en place d'une structure intégrée pour la gestion de la DC impliquant, entre autres, les intervenants de première ligne (AÉTMIS, 2006; SQD, 2005). Ainsi, les résultats peuvent orienter les actions à poser afin que les infirmières puissent jouer un rôle de premier plan auprès de la population au sein d'une telle structure.

En matière de réflexion sur le rôle des infirmières en gestion de la douleur chronique, il peut aussi ressortir de cette étude que malgré l'absence d'une structure intégrée de suivi de la DC en première ligne, les infirmières effectuent, tout de même, quelques activités de gestion de la douleur. Les résultats soulèvent d'autres aspects importants pour enrichir la réflexion dont les points à améliorer au plan des connaissances et croyances sur la douleur ainsi que des interventions à poser en gestion de la douleur chronique incluant l'évaluation et la contribution aux traitements pharmacologiques.

Cette étude peut également inciter le début d'une réflexion sur la collaboration interdisciplinaire au sein des GMF en lien avec le suivi de la douleur chronique, car malgré une attitude positive des infirmières participantes face à un rôle élargi dans le suivi de la

DC, elles ne peuvent pas, à elles seules, implanter ce nouveau rôle. Pour cela, il est plus que nécessaire d'avoir l'implication des médecins de famille et la présence d'un climat de confiance entre infirmières et médecins (Roy et Sylvain, 2004). Par la suite, comme pour le suivi des personnes atteintes de problèmes de santé chroniques actuellement fait en GMF, un « projet commun » où les tâches de chaque professionnel sont clairement définies doit être élaboré (D'Amour, 2001).

Cette recherche justifie le développement et la mise en place de formations et de documents d'information adaptés et facilement accessibles pour les infirmières des GMF sur la gestion de la douleur. Ces formations et documents pourraient cibler l'évaluation de la douleur ainsi que le rôle de l'infirmière au plan pharmacologique ainsi que non pharmacologique. Il est primordial que ces formations soient contextualisées aux situations cliniques courantes des GMF et qu'elles illustrent comment intégrer l'évaluation de la douleur dans le processus de suivi actuel de la clientèle. Le développement de modules de formation en ligne pourrait être une avenue intéressante, car ces modules permettent de rejoindre divers milieux de soins dans un court délai. De plus, ils sont facilement accessibles et peuvent être consultés à n'importe quel moment (Jadad, 2004; Yanni *et al.*, 2009). Une initiative a d'ailleurs démontré le potentiel de ce type de formation dans le développement des compétences des médecins en gestion de la DC (Yanni *et al.*, 2009). Considérant la prévalence de la DC, le développement de la formation continue entourant les activités infirmières en gestion de la douleur devrait donc être une priorité pour répondre aux besoins des infirmières œuvrant en GMF. Les employeurs doivent être également sensibilisés à l'importance de soutenir la formation des infirmières à la gestion de la douleur, car la formation continue est une responsabilité partagée entre l'employeur et les infirmières (Marceau, 2009).

L'importance de développer la formation académique sur la douleur ressort de cette étude, car en comparant les résultats obtenus de cette étude avec ceux d'une étude canadienne sur la formation académique en douleur, les répondants auraient reçu un nombre d'heures de formation académique inapproprié pour effectuer un suivi de la douleur

adéquat. Comme pour la formation continue, la formation académique se doit d'être transférable au contexte de pratique des infirmières (Maisonneuve, 1995).

Cette étude identifie aussi le besoin de sensibiliser les infirmières sur leur rôle dans la gestion des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, puis de l'impact que cette implication peut avoir pour le client aux prises avec une DC. Pour ce faire, il serait important de s'attarder, avec les médecins de GMF, à développer et à mettre en place différents outils d'aide à la décision comme des protocoles, des ordonnances collectives ou des algorithmes de traitements pour la gestion de la DC que les infirmières pourraient utiliser. Une importance devrait aussi être mise sur la reconnaissance des situations cliniques susceptibles d'inclure un problème de DC.

5.6.2. Retombées de l'étude pour la recherche. Cette recherche est la première dans le contexte québécois actuel à documenter le rôle des infirmières dans la gestion de la DC en GMF. Elle ouvre donc la voie à plusieurs possibilités de recherche sur la gestion de la DC par les professionnels œuvrant en première ligne.

Le modèle de Patiraki-Kourbani *et al.* (2004) qui a été utilisé à titre de cadre de référence a permis de faire ressortir l'impact de la formation continue sur l'adoption de certaines activités infirmières en gestion de la douleur chronique. Toutefois, dans la présente recherche, le niveau de connaissances des infirmières en gestion de la douleur chronique, les expériences professionnelles ainsi que les caractéristiques de l'infirmière ne semblent pas influer le nombre d'activités infirmières réalisées. Avec le présent cadre, il est donc difficile d'expliquer pourquoi les infirmières posent peu d'interventions sur la gestion de la DC. À ce sujet, la théorie du comportement planifié développée par Ajzen (1991) pourrait probablement être un cadre théorique mieux adapté pour étudier l'adoption des pratiques professionnelles en gestion de la douleur. Quelques études ont d'ailleurs déjà utilisé ce modèle pour expliquer l'adoption de comportements par les infirmières (Edwards *et al.*, 2001; Perkins *et al.*, 2007), dont une étude portant sur l'intention des infirmières d'administrer des opioïdes pour soulager la douleur (Edwards *et al.*, 2001). En résumé, cette théorie permet de documenter des facteurs associés à l'adoption d'un comportement, à

savoir la présence de l'intention, de croyances comportementales, normatives et de contrôle (Ajzen, 1991; Godin et Côté, 2006).

En considérant l'importance de la formation continue dans l'adoption de certaines activités infirmières en gestion de la douleur chronique, il est aussi primordial de développer des projets de recherche et cliniques favorisant la mise en place de formation continue. Une recherche-action impliquant les infirmières des GMF et s'inspirant d'un modèle de développement des compétences professionnelles (Le Boterf, 2006; Marceau, 2009) permettrait d'élaborer et d'évaluer la mise en place d'une activité de formation continue selon une approche participative qui favoriserait l'implication des infirmières. Des recherches évaluant l'implication et l'effet d'intervention de gestion de la DC avec un dispositif de types quasi-expérimental, étude de cas ou évaluatif pourrait également être réalisées.

Cette étude a aussi été l'occasion d'adapter le Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur à la DC en contexte de première ligne. En plus, le *Pain Management Activities Questionnaire* a été traduit selon le principe de traduction inversée, adapté, revu et bonifié grâce à l'intégration de trois lignes directrices sur le rôle des infirmières en gestion de la DC. Finalement, le processus de validation du Questionnaire sur les activités infirmières en gestion de la douleur sera publié. Les questionnaires validés dans le cadre de cette recherche seront ainsi disponibles pour des études ultérieures sur la gestion de la douleur par les infirmières francophones.

5.6.3. Retombées de l'étude pour la société. Cette étude met en évidence l'ouverture des infirmières en GMF à un plus grand rôle dans la gestion de la douleur chronique qui afflige plus de 16% de la population (Boulanger *et al.*, 2007). Grâce à la collaboration entre infirmières et médecins de famille et en maximisant la contribution des infirmières, les GMF peuvent alors devenir un maillon important dans le développement et la mise en place d'une structure intégrée pour le suivi de la DC au Québec (AÉTMIS, 2006). Les personnes souffrant de DC auraient ainsi accès rapidement en première ligne à des professionnelles spécialisées dans l'évaluation clinique et le suivi de leur condition de santé, les infirmières, qui travailleraient en partenariat avec eux, leur famille et leur médecin de famille afin d'assurer un suivi optimal et, ultimement, un meilleur soulagement de leur douleur.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet de recherche n'aurait pas été possible sans la collaboration et la présence d'une multitude de personnes qui ont croisé ma route au cours des dernières années. À vous toutes, un immense merci!

Plus particulièrement, je désire souligner la contribution du Ministère de l'éducation, des loisirs et des sports, le Fonds de recherche en sciences infirmières du Québec, la Faculté de médecine et des sciences de la santé ainsi que l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie pour leur précieux soutien financier.

Je veux également remercier sincèrement mes directrices de recherche, les professeures Patricia Bourgault et Frances Gallagher qui m'ont permis de croître à travers cette expérience. Merci pour votre présence, votre soutien et vos précieux conseils. Sans votre accompagnement et votre dévouement, mon parcours n'aurait certainement pas été aussi agréable. Je veux aussi noter le travail et la collaboration de Nathalie Carrier, consultante en biostatistiques et d'Émilie Paul-Savoie, assistante de recherche professionnelle.

De même, je tiens à remercier de tout cœur ma famille et mes proches pour leur soutien et leur encouragement. À Mathieu, merci pour ta douce présence et ton amour inconditionnel.

RÉFÉRENCES

Adamski, P. (2001). New JCAHO pain standards require more from healthcare organizations. *ONS News, 16*(12), 1.

Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'intervention en santé. (2006). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse): Organisation des services de santé*. Montréal, QC: auteur.

Agency for Health Care Policy and Research. (1992). *Acute pain management : Operative or medical procedures and trauma. clinical practice guideline* No. 92-0032. Rockville, MD: auteur.

Agency for Health Care Policy and Research. (1994). *Management of cancer pain. Clinical practice guideline* No. 94-0592. Rockville, MD: auteur.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior et Human Decision Processes, 50*(2), 179.

Akbas, M. & Oztunç, G. (2008). Examination of knowledge about nursing interventions for the care of persons in pain of nurses who work at Cukurova University Medical Faculty Balcali Hospital. *Pain Management Nursing, 9*(3), 88-95.

Alcenius, M. (2004). JCAHO solutions. Successfully meet pain assessment standards. *Nursing Management, 35*(3), 12-12.

American Pain Society. (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Journal of the American Medical Association, 274*(23), 1874-1880.

American Society of Pain Management Nurses. (2002). *Core curriculum for pain management nursing*. Philadelphia, PA: Elsevier Science W.B. Saunders Company.

Ashburn, M. A. & Staats, P. S. (1999). Management of chronic pain. *Lancet, 353*(9167), 1865-1869.

Beaulieu, M. D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., ... Lebeau, R. (2006). *L'implantation des groupes de médecine de famille: Le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Montréal, QC: Chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale.

Benner, P. E., Hooper-Kyriakidis, P. L. & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach*. Philadelphia, PA: Saunders.

Benner, P. E., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment & ethics* (2nd éd.). New York, NY: Springer.

Birot, P., Dervaux, M. P. et Pegon, M. (2005). Le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers,* (80), 28-38.

Bonica, J. J. (1990). Definitions and taxonomy of pain. Dans J. J. Bonica (Éd.), *The management of pain* (2e éd., p. n180-n196). Philadelphia, PA: Lea et Febiger.

Bose, J. (2001). Analyse du biais de non-réponse au National Center for Education Statistics. *Recueil du Symposium 2001 de Statistique Canada. La Qualité des données d'un organisme statistique: une perspective méthodologique.* Récupéré de http://www.statcan.gc.ca/pub/11-522-x/2001001/session12/6269-fra.pdf

Boulanger, A., Clark, A. J., Squire, P., Cui, E. & Horbay, G. L. A. (2007). Chronic pain in Canada: Have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Research et Management, 12*(1), 39-47.

Boulard, M. et Le May, S. (2009). Pratique avancée en gestion de la DCNC: exploration d'un modèle de rôle anglais en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne, 5*(1), 11-18.

Bourgault, P., Michaud, C., Bolduc, N. et Lapré, J. (2009). La gestion de la douleur comme pratique exemplaire en soins infirmiers. 4e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Marrakech, Maroc.

Breen, J. (2002). Transitions in the concept of chronic pain. *Advances in Nursing Science, 24*(4), 48-59.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*(6), 723-742.

Brooks, E. & Younce, J. (2007). A case management model for the ambulatory care client experiencing chronic pain. *AAACN Viewpoint, 29*(1), 3-5.

Canadian Pain Society. (2005). *Accreditation pain standard: Making it happen!* Oshawa, ON: auteur. Récupéré de http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/accreditation_manual.pdf

Carr, E. (2007). Barriers to effective pain management. *Journal of Perioperative Practice, 17*(5), 200-3, 206-8.

Carroll, D. L., Greenwood, R., Lynch, K. E., Sullivan, J. K., Ready, C. H. & Fitzmaurice, J. B. (1997). Barriers and facilitators to the utilization of nursing research. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice, 11*(5), 207-212.

Cleeland, C. S., Reyes-Gibby, C., Schall, M., Nolan, K., Paice, J., Rosenberg, ... Kerns, R. D. (2003). Rapid improvement in pain management: The veterans health administration and the institute for healthcare improvement collaborative. *The Clinical Journal of Pain, 19*(5), 298-305.

Colin, C. et Rocheleau, L. (2004). Les infirmières de santé publique au Québec: une contribution essentielle et... méconnue. *Santé publique, 16*(2), 263-272.

Comley, A. L. & Banks, J. C. (2000). Pain management: Clinician survey and institutional needs assessment. *Proceedings, 13*(3), 230-235.

Cook, J. V., Dickinson, H. O. & Eccles, M. P. (2009). Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: An observational study. *BMC Health Services Research, 9*, 160-160.

Courtenay, M. & Carey, N. (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 17*(15), 2001-2013.

Curtiss, C. P. (2001). JCAHO: Meeting the standards for pain management. *Orthopaedic Nursing, 20*(2), 27.

Dahl, J. L., Gordon, D., Ward, S., Skemp, M., Wochos, S. & Schurr, M. (2003). Institutionalizing pain management: The post-operative pain management quality improvement project. *Journal of Pain,* 4(7), 361-371.

Dalton, J. A., Bernard, S., Blau, W., Johnston, C., Mann, J. D., Germino, B., ... Carlson, J. (1995). Managing cancer pain: Content and scope of an educational program for nurses who work in predominantly rural areas. *Journal of Pain & Symptom Management, 10*(3), 214-223.

Dalton, J. A., Blau, W., Carlson, J., Mann, J. D., Bernard, S., Toomey, T., ... Germino, B. (1996). Changing the relationship among nurses' knowledge, self-reported behavior, and documented behavior in pain management: Does education make a difference? *Journal of Pain & Symptom Management, 12*(5), 308-319.

Dalton, J. A., Carlson, J., Mann, J. D., Blau, W., Bernard, S. & Youngblood, R. (1998). An examination of nursing attitudes and pain management practices. *Cancer Practice,* 6(2), 115-124.

D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? *Rupture, revue transdisciplinaire en santé, 8*(1), 136-145.

D'Arcy, Y. (2009). Be in the know about pain management. *Nurse Practitioner, 34*(4), 43-47.

Davies, J. & McVicar, A. (2000a). Issues in effective pain control 2: From assessment to management. *International Journal of Palliative Nursing,* 6(4), 162-169.

Davies, J. & McVicar, A. (2000b). Issues in effective pain control. 1: Assessment and education. *International Journal of Palliative Nursing,* 6(2), 58-65.

Davis, G. C. (1998). Nursing's role in pain management across the health care continuum. *Nursing Outlook, 46*(1), 19-23.

Davis, G. C. & White, T. L. (2001). Nursing's role in chronic pain management with older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 16*(3), 45-55.

de Rond, M., de Wit, R., van Dam, F., van Campen, B., den Hartog, Y. & Klievink, R. (2000). A pain monitoring program for nurses: Effects on nurses' pain knowledge and attitude. *Journal of Pain & Symptom Management, 19*(6), 457-467.

Dewar, A., White, M., Posade, S. T. & Dillon, W. (2003). Using nominal group technique to assess chronic pain, clients' perceived challenges and needs in a community health region. *Health Expectations,* 6(1), 44-52.

Dillman, D. A. (2007). *Mail and internet surveys : The tailored design method* (2e éd.). Hoboken, NJ: Wiley.

Dunajcik, L. (1999). Chronic nonmalignant pain. Dans M. McCaffery & C. L. Pasero (Éds), *Pain: Clinical manual* (2e éd., pp. n467-n521). St. Louis, MO: Mosby.

Edwards, H. E., Nash, R. E., Najman, J. M., Yates, P. M., Fentiman, B. J., Dewar, A., ... Skerman, H. M. (2001). Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing & Health Sciences, 3*(3), 149-159.

Ellis, J. A., McCleary, L., Blouin, R., Dube, K., Rowley, B., MacNeil, M. & Cooke, C. (2007). Implementing best practice pain management in a pediatric hospital. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 12*(4), 264-277.

Équipe de projet des GMF. (2002). *Les infirmières dans le groupe de médecine de famille.* Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.

Équipe d'évaluation des GMF. (2008). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec.* Québec, QC: Ministère de la santé et des services sociaux. Récupéré de http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-920-02.pdf

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *La pratique infirmière en GMF: une pratique en émergence.* Montréal: auteur.

Fortin, M., Hudon, C., Haggerty, J., Akker, M. V. D. & Almirall, J. (2010). Prevalence estimates of multimorbidity: A comparative study of two sources. *BMC Health Services Research, 10 (111).*

Fosnocht, D. E., Chapman, C. R., Swanson, E. R. & Donaldson, G. W. (2005). Correlation of change in visual analog scale with pain relief in the ED. *American Journal of Emergency Medicine, 23*(1), 55-59.

Frich, L. M. (2003). Nursing interventions for persons with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing, 44*(2), 137-153.

Furstenberg, C. T., Ahles, T. A., Whedon, M. B., Pierce, K. L., Dolan, M., Roberts, L. & Silberfarb, P. M. (1998). Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: A comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *Journal of Pain & Symptom Management, 15*(6), 335-349.

Glajchen, M. & Bookbinder, M. (2001). Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: A national survey. *Journal of Pain & Symptom Management, 21*(4), 307-316.

Godin, G. et Côté, F. (2006). Le changement planifié des comportements liés à la santé. In G. Carroll, *Pratiques en santé communautaire* (pp. 129-140). Montréal, QC: Chenelière Éducation.

Goudreau, J. et Boucher, S. (2004). Infirmière en GMF : un rôle en émergence. *Perspective infirmière, 2*(2), 46-49.

Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Projet de Loi 90, Chapitre 33, (2002).

Grimshaw, J., McAuley, L. M., Bero, L. A., Grilli, R., Oxman, A. D., Ramsay, C., ... Zwarenstein, M. (2003). Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Quality & Safety in Health Care, 12*(4), 298-303.

Guerriere, D. N., Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Stafford-Coyte, E., Zagorski, B., ... Ware, M. (2010). The canadian STOP-PAIN project - part 2: What is the cost of pain for patients on waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anaesthesia, 57*(6), 549-558.

Hagan, L., Mathieu, L., Talbot, L. R. et Landry, M. (2006). Une communauté virtuelle peut-elle soutenir l'exercice infirmier en GMF? *Perspective Infirmière, 3*(4), 19-26.

Hall-Lord, M., Larsson, G. & Steen, B. (1999). Chronic pain and distress among elderly in the community: Comparison of clients' experiences with enrolled nurses' assessments. *Journal of Nursing Management, 7*(1), 45-54.

Hanks, R. G. (2007). Barriers to nursing advocacy: A concept analysis. *Nursing Forum, 42*(4), 171-177.

Harstall, C. & Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain? *Pain: Clinical Updates, 11*, 1-4.

Hauck, S. L. (1986). Pain: Problem for the person with cancer. *Cancer Nursing, 9*(2), 66.

Herr, K., Titler, M. G., Schilling, M. L., Marsh, J. L., Xie, X., Ardery, G., ... Everett, L. Q. (2004). Evidence-based assessment of acute pain in older adults: Current nursing practices and perceived barriers. *The Clinical Journal of Pain, 20*(5), 331-340.

Howell, D. C. (2008). *Méthodes statistiques en sciences humaines* (6e éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck.

Huntington, A. & Gilmour, J. A. (2005). A life shaped by pain: Women and endometriosis. *Journal of Clinical Nursing, 14*(9), 1124-1132.

International Association for the Study of Pain. (1986). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain Supplement, 3*, S1-226.

Jadad, A. (2004). Point, click, heal: Pain management, e-learning and the internet.... *Journal of Pain & Symptom Management, 28*(6), 1-8.

Jennings, B. M. & Loan, L. A. (2001). Misconceptions among nurses about evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship, 33*(2), 121-127.

Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organisations. (2000). *Pain assessment and management: An organisational approach.* Oakbrook Terrace, IL: auteur.

Koch, H. (1986). *The management of chronic pain in office-based ambulatory care: National ambulatory medical care survey.* Hyattsville, MD : US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control ; National Center for Health Statistics.

Laborde, E. B. & Texidor, M. S. (1996). Research corner. Knowledge and attitudes toward chronic pain management among home health care nurses. *Home Health Care Management & Practice, 9*(1), 73-77.

Lajeunesse, J. (2008). *La collaboration interprofessionnelle vers une transformation des pratiques au sein d'un GMF de deuxième vague.* (Mémoire de maîtrise non publié). Université de Montréal, Canada.

Lapré, J. (2010). *Effet de l'implantation d'une ligne directrice des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur auprès de patients ayant subi une chirurgie de la hanche.* (Mémoire de maîtrise non publié). Université de Sherbrooke, Canada.

Larsen, D. (2007). *Pain management in nursing: What does it mean?* Récupéré le 17 mai 2010 de http://www.gb42.com/ynot_what_does_it_mean.html

Leblanc, D. et Leduc, S. (2009). GMF du Lac St-François: Impacts sur les soins de santé. Colloque sur la collaboration interprofessionnelle en première ligne. Médecins, pharmaciens et infirmières : une équipe gagnante!, Brossard, QC.

Le Boterf, G. (2006). *Construire les compétences individuelles et collectives* (4e éd.). Paris, France: Éditions d'Organisation.

Le May, S., Loiselle, C. G., Gelinas, C., Lampron, A., Bouchard, E. et Goulet, C. (2008). Critères de sélection et d'adaptation d'un questionnaire pour la recherche clinique. *Douleur et analgésie, 21*(2), 114-120.

Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (2009). *Nursing research in Canada* (2e éd.). Toronto, ON: Mosby Elsevier.

Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. et Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. St-Laurent, QC: ERPI.

Lund, E. & Gram, I. T. (1998). Response rate according to title and length of questionnaire. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 26*(2), 154-160.

Maisonneuve, C. (1995). Analyse des applications sur le terrain professionnel de l'enseignement dispensé à des infirmières en soins généraux dans le cadre de la formation continue. *Recherche en soins infirmiers, 45*, 55-136.

Malo, D., Côté, S., Giguère, V. et O'Reilly, L. (1998). Modèle de McGill et CLSC. une combinaison gagnante. *L'Infirmière du Québec, 6*(2), 28-35.

Manias, E. (2003). Medication trends and documentation of pain management following surgery. *Nursing & Health Sciences, 5*(1), 85-94.

Manias, E., Bucknall, T. & Botti, M. (2004). Assessment of client pain in the postoperative context. *Western Journal of Nursing Research, 26*(7), 751-769.

Manias, E., Bucknall, T. & Botti, M. (2005). Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing, 6*(1), 18-29.

Marceau, M. (2009). *Développement et évaluation d'une activité de formation continue adaptée aux infirmières et infirmiers œuvrant en traumatologie.* (Mémoire de maîtrise non publié) Université de Sherbrooke, Canada.

Mauger, I., Moreault, L., Gagnon, C., Borduas, F. et Vaillancourt, L. (2007). *Le rôle des infirmières des groupes de médecine de famille en matière de dépistage du cancer du sein dans la région de la Capitale-Nationale.* Québec, QC: Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

McCaffery, M., Ferrell, B. R. & Pasero, C. (2000). Nurses' personal opinions about clients' pain and their effect on recorded assessments and titration of opioid doses. *Pain Management Nursing, 1*(3), 79-87.

McCaffery, M., Pasero, C. & Ferrell, B. R. (2007). Nurses' decisions about opioid dose. *American Journal of Nursing, 107*(12), 35-39.

McCarberg, B. H. & Billington, R. (2006). Consequences of neuropathic pain: Quality-of-life issues and associated costs. *The American Journal of Managed Care, 12*(9), S263-S268.

McHugh, G. & Thoms, G. (2001a). Living with chronic pain: The client's perspective. *Nursing Standard, 15*(52), 33-37.

McHugh, G. & Thoms, G. (2001b). Client satisfaction with chronic pain management. *Nursing Standard, 15*(51), 33-38.

McWilliams, L. A., Cox, B. J. & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. *Pain, 106*(1), 127-133.

Meana, M., Cho, R. & DesMeules, M. (2004). Chronic pain: The extra burden on canadian women. *BMC Women's Health, 4*, S17-11.

Menez, J. A. (2007). Chronic pain: A prevailing public health issue. *Med-Surg Matters, 16*(6), 4-5.

Merboth, M. K. & Barnason, S. (2000). Managing pain: The fifth vital sign. *The Nursing Clinics of North America, 35*(2), 375-383.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). *Groupe de médecine de famille: Document synthèse.* Québec, QC: auteur.

Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M. & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada--Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research et Management, 7*(4), 179-184.

Neville, C., McCarthy, A. & Laurent, K. (2006). Pain management skills of regional nurses caring for older people with dementia: A needs analysis. *Collegian, 13*(2), 31-36.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1999). *L'exercice infirmier en santé communautaire. Les services de santé courants et info-santé.* Montréal, QC: auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *L'exercice infirmier en santé communautaire. Soutien à domicile.* Montréal: auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2005). *Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables.* Québec, QC: auteurs.

Patiraki-Kourbani, E., Tafas, C. A., McDonald, D. D., Papathanassoglou, E., Katsaragakis, S., & Lemonidou, C. (2004). Personal and professional pain experiences and pain management knowledge among greek nurses. *International Journal of Nursing Studies, 41*(4), 345-354.

Pellino, T. A., Willens, J., Polomano, R. C. & Heye, M. (2002). The American Society of Pain Management Nurses practice analysis: Role delineation study. *Pain Management Nursing, 3*(1), 2-15.

Perkins, M. B., Jensen, P. S., Jaccard, J., Gollwitzer, P., Oettingen, G., Pappadopulos, E. & Hoagwood, K. E. (2007). Applying theory-driven approaches to understanding and modifying clinicians' behavior: What do we know? *Psychiatric Services, 58*(3), 342-348.

Portney, L. G. & Watkins, M. P. (2009). *Foundations of clinical research: Applications to practice* (3e éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall..

Ramage-Morin, P. L. et Gilmour, H. (2010). Douleur chronique chez les personnes de 12 à 44 ans. *Rapports sur la santé, 21*(4), 55-63.

Rapoport, J., Jacobs, P., Bell, N. R. et Klarenbach, S. (2004). Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada. *Chronic Diseases in Canada, 25*(1), 13-21.

Registered Nurses Association of Ontario. (2002). *Nursing best practice guideline -- assessment and management of pain.* Toronto, ON: auteur.

Réseau de la santé et des services sociaux. (2004). Pour une accessibilité accrue aux services médicaux, une meilleure continuité des soins et un suivi global du client dans un souci d'intégration des services: Poursuite des accréditations des groupes de médecine de famille (GMF). *Perspective Réseau, 4*(1), 1-2.

Richardson, C., Adams, N. & Poole, H. (2006). Psychological approaches for the nursing management of chronic pain: Part 2. *Journal of Clinical Nursing, 15*(9), 1196-1202.

Richardson, C. & Poole, H. (2001). Chronic pain and coping: A proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing, 34*(5), 659-667.

Roy, D., et Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective Infirmière, 2*(1), 17-26.

Royal College of Nursing. (1999). *Clinical practice guidelines – the recognition and assessment of acute pain in children. technical report.* London, R.-U.: auteur.

Ryan, S., Hassell, A., Thwaites, C., Manley, K. & Home, D. (2007). Developing a new model of care for persons with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Nursing Management, 15*(8), 825-829.

Smith, A. A. & Friedemann, M. (1999). Perceived family dynamics of persons with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing, 30*(3), 543-551.

Smith, B. H., Hopton, J. L. & Chambers, W. A. (1999). Chronic pain in primary care. *Family Practice, 16*(5), 475-482.

Société québécoise de la douleur. (2005). *Projet de développement d'un programme national d'évaluation, de traitement et de gestion de la DCNC.* Montréal, QC: auteur.

Stanos, S. & Houle, T. T. (2006). Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America, 17*(2), 435-450.

Streiner, D. & Norman, G. (2008). *Health measurement scales-a practical guide to their development and use.* New York, NY: Oxford University Press.

Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain, 17*(1), 52-64.

Sylvain, H. & Talbot, L. R. (2002). Synergy towards health: A nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Journal of Advanced Nursing, 38*(3), 264-273.

Tarzian, A. J. & Hoffmann, D. E. (2004). Barriers to managing pain in the nursing home: Findings from a statewide survey. *Journal of the American Medical Directors Association, 5*(2), 82-88.

Titler, M. G., Herr, K., Schilling, M. L., Marsh, J. L., Xie, X., Ardery, G., ... Everett, L. Q. (2003). Acute pain treatment for older adults hospitalized with hip fracture: Current nursing practices and perceived barriers. *Applied Nursing Research, 16*(4), 211-227.

Titler, M. G., Herr, K., Brooks, J. M., Xie, X., Ardery, G., Schilling, M. L., ... Clarke, W. R. (2009). Translating research into practice intervention improves management of acute pain in older hip fracture clients. *Health Services Research, 44*(1), 264-287.

Tornkvist, L., Gardulf, A. & Strender, L. (1998). The opinions of district nurses regarding the knowledge, management and documentation of persons with chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 12*(3), 146-153.

Turk, D. C. (2002). Chronic non-malignant pain persons and health economic consequences. *European Journal of Pain, 6*(5), 353-355.

Unützer, J., Hantke, M., Powers, D., Higa, L., Lin, E., Vannoy, S. D., ... Fan, M. Y. (2008). Care management for depression and osteoarthritis pain in older primary care clients: A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(11), 1166-1171.

Vallerand, A. H., Hasenau, S. M. & Templin, T. (2004). Barriers to pain management by home care nurses. *Home Healthcare Nurse, 22*(12), 831-840.

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 30*(4), 662-680.

Veterans Health Administration. (1998). *VHA National Pain Management Strategy.* Washington, D.C.: auteur. Récupéré de http://www.1.va.gov/Pain_Management/page.cfm?pg=11

Vortherms, R., Ryan, P. & Ward, S. (1992). Knowledge of, attitudes toward, and barriers to pharmacologic management of cancer pain in a statewide random sample of nurses. *Research in Nursing & Health, 15*(6), 459-466.

Wallace, K. G., Reed, B. A., Pasero, C. & Olsson, G. L. (1995). Staff nurses' perceptions of barriers to effective pain management. *Journal of Pain & Symptom Management, 10*(3), 204-213.

Watt-Watson, J. H. (1997). *Relationship between nurses' empathic responses and pain management in acute care.* (Thèse de doctorat non publiée) University of Toronto, Canada.

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

Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D. & Gallop, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac clients. *Journal of Advanced Nursing, 36*(4), 535-545.

Watt-Watson, J., McGillion, M., Hunter, J., Choiniere, M., Clark, A. J., Dewar, A., . . . Webber, K. (2009). A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in canadian universities. *Pain Research & Management, 14*(6), 439-444.

Weiner, D. K. & Rudy, T. E. (2002). Attitudinal barriers to effective treatment of persistent pain in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(12), 2035-2040.

Wells, N., Johnson, R. L. & Wujcik, D. (1998). Development of a short version of the barriers questionnaire. *Journal of Pain and Symptom Management, 15*(5), 294-297.

Werner, A., Isaksen, L. W. & Malterud, K. (2004). 'I am not the kind of woman who complains of everything': Illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social Science & Medicine, 59*(5), 1035-1045.

White, S. (2004). Assessment of chronic neuropathic pain and the use of pain tools. *British Journal of Nursing, 13*(7), 372-378.

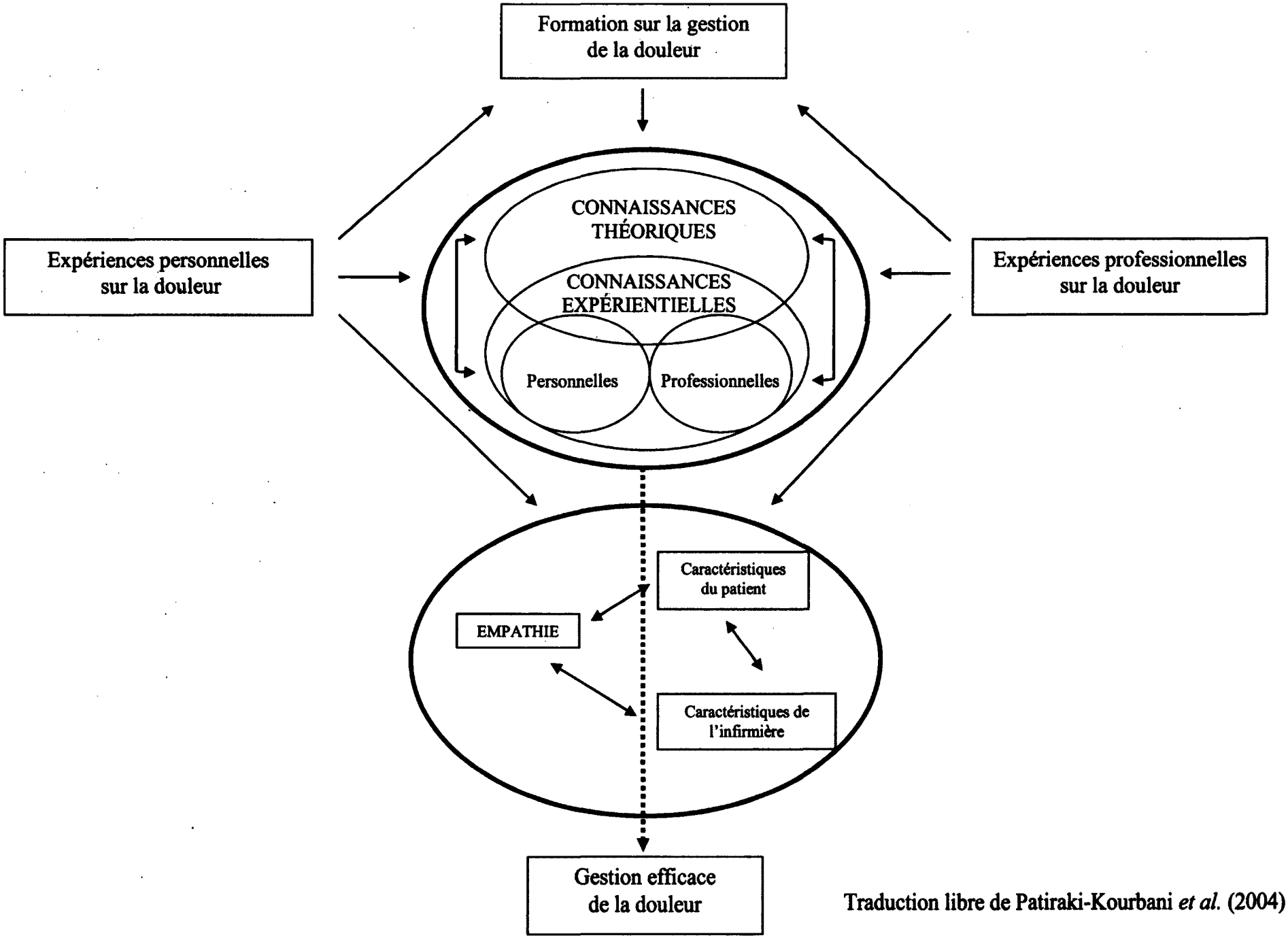
Wright, L. M. & Leahey, M. (2007). *L'infirmière et la famille Guide d'évaluation et d'intervention* (L. Campagna trad.). (3e éd.). Saint-Laurent QC: ERPI.

Yanni, L. M., Priestley, J. W., Schlesinger, J. B., Ketchum, J. M., Johnson, B. A. & Harrington, S. E. (2009). Development of a comprehensive e-learning resource in pain management. *Pain Medicine, 10*(1), 95-105.

Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology, 23*(5), 581-599.

ANNEXE A

CADRE DE RÉFÉRENCE



Traduction libre de Patiraki-Kourbani *et al.* (2004)

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DE L'ÉTUDE:	Analyse des activités des infirmières œuvrant en Groupe de médecine de famille auprès d'une clientèle souffrant de douleur chronique non-cancéreuse
ORGANISME COMMANDITAIRE:	Axe douleur du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel
CHERCHEUSES PRINCIPALES:	Patricia Bourgault inf., Ph.D. Professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke
	Frances Gallagher inf., Ph.D. Professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke
CHERCHEUR ASSOCIÉ:	Dave Bergeron inf., B.Sc. Étudiant à la maîtrise en sciences cliniques

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur responsable du projet et à lui demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs.

NATURE ET OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE

Le but de cette étude est de décrire les activités réalisées par les infirmières œuvrant en Groupe de médecine de famille (GMF) en rapport avec la gestion de la douleur chez la clientèle souffrant de douleur chronique non-cancéreuse (DCNC) ainsi que de décrire leurs connaissances, leurs croyances et les facteurs associés aux activités qu'elles effectuent en gestion de la douleur.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Toutes les infirmières œuvrant en GMF au Québec seront invitées à participer cette étude.

Si vous êtes intéressée à participer à ce projet, vous devez remplir deux questionnaires soit le *Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur* et le *Questionnaire sur les activités infirmières en gestion de la douleur* et nous les retourner dans une enveloppe préaffranchie. Vous devez également signer les deux copies de ce formulaire de consentement et

retournez une des copies avec les questionnaires. L'autre copie du formulaire de consentement est pour vos archives personnelles.

Les questionnaires permettent de documenter vos connaissances et croyances en gestion de la douleur ainsi que les activités que vous réalisez en gestion de la douleur. De plus, ils permettent de documenter les différents facteurs qui peuvent influencer vos activités en gestion de la douleur. Les deux questionnaires prennent environ 30 minutes à remplir.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

En participant à ce projet, il est possible qu'il y ait un bris de confidentialité concernant les données intégrées au registre. Par contre, il est important de rappeler que des dispositions spécifiques ont été prises par les chercheuses pour diminuer ce risque au minimum.

AVANTAGES

Vous ne retirerez pas de bénéfice personnel de votre participation dans l'immédiat. Les résultats obtenus dans ce projet contribueront, nous l'espérons, à l'avancement des connaissances sur le suivi des personnes souffrant de DCNC et au déploiement de ressources plus adaptées en GMF pour le suivi des personnes souffrant de DCNC.

COMPENSATION

Il n'y a aucune compensation pour participer à cette étude.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision aux chercheuses. Si vous désirez vous retirer en cours de projet, les données vous concernant seront exclues du projet.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à cette étude, les chercheuses responsables ainsi que le personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet seront recueillis. Ces documents seront conservés sous clés à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

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

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

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourraient être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS et de l'Université de Sherbrooke ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une stricte politique de confidentialité.

DROIT DE CONSULTATION DU DOSSIER DE RECHERCHE

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier l'exactitude des renseignements recueillis, de faire rectifier ou supprimer des renseignements périmés ou non justifiés et de faire des copies et ce, aussi longtemps que les chercheuses responsables de l'étude, l'établissement ou l'institution de recherche détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous n'aurez accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions supplémentaires, quelles qu'elles soient, concernant cette étude vous pouvez rejoindre M. Dave Bergeron par courriel à l'adresse dave.a.bergeron@usherbrooke.ca ou par téléphone au (514) 402-4603. Vous pouvez aussi rejoindre par téléphone Mme Patricia Bourgault au (819) 346-1110, poste 12885 et Mme Frances Gallagher au (819) 564-5354.

Si vous désirez obtenir de l'information concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez rejoindre le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche en santé sur l'humain du CHUS et de l'Université de Sherbrooke, qui a évalué et approuvé ce projet de recherche, au numéro (819) 346-1110, poste 12856.

Si vous avez des plaintes ou commentaires concernant vos droits en tant qu'usager du CHUS, vous pouvez contacter le Programme d'amélioration de la qualité du CHUS au numéro (819) 346-1110, poste 13083.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche

CONSENTEMENT

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

_____ _____

Nom et signature du sujet de recherche Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice et je m'engage à respecter ce qui a été convenu par le formulaire de consentement.

Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE TORONTO SUR LA GESTION DE LA DOULEUR

Recherche sur les activités infirmières en gestion de la douleur chronique au sein des GMF

Dave Bergeron, inf., B.Sc.
étudiant à la maîtrise en sciences cliniques
sous la supervision de **Frances Gallagher**, inf., PhD.
et **Patricia Bourgault**, inf., Ph.D.

École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

Critères de sélection

- Être membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Être capable de lire, comprendre et répondre à des questionnaires rédigés en français.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur

(Watt-Watson, 2000; Bolduc, Bourgault & Michaud, 2009)

Adapté par Dave Bergeron, inf., B.Sc., Frances Gallagher, inf., Ph.D.
et Patricia Bourgault, inf., Ph.D.

COCHER LA CASE APPROPRIÉE

1 Type de GMF où vous travaillez

- ☐ En clinique privée
- ☐ En CSSS

2 Votre titre d'emploi

- ☐ Infirmière
- ☐ Infirmière clinicienne

3 Votre sexe

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin

4 Votre niveau de formation complété

- ☐ École d'infirmière
- ☐ Collégial
- ☐ Certificat universitaire
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Maîtrise

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

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si Oui, nombre d'heures approximatif _____

Si Oui, en quelle année _____

6 **Dans le cadre de votre formation académique, avez-vous eu de la formation sur la gestion de la douleur?**

☐ Oui
☐ Non

Si Oui, nombre d'heures approximatif _____
Si Oui, en quelle année _____

7 **Votre expérience de travail en tant qu'infirmière**

☐ 0 à 5 ans
☐ 6 à 10 ans
☐ 11 à 20 ans
☐ 21 à 30 ans
☐ Plus de 30 ans

8 **Votre expérience de travail au sein des groupes de médecine de famille (GMF)**

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

9 **Votre âge** _____ ans

10 **La région administrative de votre GMF**

_____ (mettre le numéro de la région indiqué sur la liste annexée)

DIRECTIVES

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

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

Si je pense que la réponse à cette question est de 50%, alors je place un « / » à un point au milieu.

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

0% _____ 100%

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

0% _____ 100%
Aucune douleur — Pire douleur imaginable

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

0% _____ 100%
Jamais — Toujours

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

0% _____ 100%
Jamais — Toujours

⓯ À quelle fréquence les clients vous disent-ils qu'ils ont de la douleur sans que vous ayez à leur demander? (pourcentage de temps)

0% _____ 100%
Jamais — Toujours

⑯ À quelle fréquence les clients demandent-ils volontairement une prescription d'analgésique? (pourcentage de temps)

0% _____ 100%
Jamais Toujours

⑰ Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de clients disent ressentir de la douleur légère? (0 à 3 sur une échelle numérique allant jusqu'à 10)

0% _____ 100%

⑱ Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de clients disent ressentir une douleur modérée? (4 à 6 sur une échelle numérique allant jusqu'à 10)

0% _____ 100%

⑲ Dans votre milieu de travail, quel pourcentage de clients disent ressentir une douleur élevée? (7 et plus sur une échelle numérique allant jusqu'à 10)

0% _____ 100%

⑳ Quel pourcentage de vos clients prennent des analgésiques per os alors que d'autres voies d'administration seraient plus appropriées

0% _____ 100%

21 Quelle intensité de douleur (de 0 à 100) doit ressentir un client avant de prendre une dose d'analgésique?

0% _____ 100%
Aucune douleur — Pire douleur imaginable

22 À quelle fréquence doit-on utiliser une combinaison de traitements pharmacologiques et non-pharmacologiques pour soulager un client souffrant de douleur chronique?

0% _____ 100%
Jamais — Toujours

23 Un homme de 45 ans, travailleur de la construction se plaint de douleur chronique d'intensité élevée au niveau lombaire malgré la prise d'acétaminophène aux 4 heures. Lui suggérez-vous de prendre la dose de morphine prescrite de 10 mg per os aux 4 heures?

0% _____ 100%
Jamais — Toujours

24 La dose de morphine de Madame Nadeau a été augmentée pour une douleur non-soulagée. Elle a commencé à avoir des nausées et a reçu un antiémétique. Votre collègue infirmière vous suggère de diminuer la dose de morphine. Quel est votre niveau d'accord avec cette suggestion?

0% _____ 100%
Jamais — Toujours

25 Malgré une dose de morphine 10 mg po aux 4 heures, Monsieur Thivierge continue de ressentir de la douleur modérée. Demandez-vous au médecin de prescrire une dose plus élevée?

0% _____ 100%
Jamais — Toujours

26 Jusqu'à quel point les infirmières de votre milieu sont-elles en accord avec votre façon de gérer la douleur de vos clients?

0% _____ 100%
Jamais Toujours

27 Jusqu'à quel point les médecins de votre milieu sont-ils en accord avec votre façon de gérer la douleur de vos clients?

0% _____ 100%
Jamais Toujours

28 À quelle fréquence utilisez-vous une échelle (exemple 0 à 10) pour évaluer la douleur de vos clients ?

0% _____ 100%
Jamais Toujours

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

0% _____ 100%
Pas adéquate Très adéquate

30 À quel point vous sentez-vous compétente à gérer efficacement la douleur des clients?

0% _____ 100%
Non compétente Très compétente

31 Selon vous, quelles sont les conséquences de la douleur chronique?

_____

_____

_____

32 Plusieurs études concluent que la douleur chronique n'est pas bien gérée. Selon vous, pourquoi la douleur chronique non soulagée demeure-t-elle un problème?

_____

_____

_____

33 Quelles interventions peuvent être posées par les infirmières en GMF pour gérer efficacement la douleur chronique de leurs clients?

_____

_____

_____

34 Quelles sont vos plus grandes difficultés dans l'évaluation de la douleur?

_____

_____

_____

35 Quelles sont vos plus grandes difficultés dans le soulagement de la douleur?

_____

_____

_____

36 Quel est votre niveau d'intérêt à jouer un rôle infirmier élargi en gestion de la douleur chronique?

0% _____ 100%

Aucun intérêt — Énormément d'intérêt

Merci de votre participation!

ANNEXE D

QUESTIONNAIRE SUR LES ACTIVITÉS INFIRMIÈRES EN GESTION DE LA DOULEUR

Recherche sur les activités infirmières en gestion de la douleur chronique au sein des GMF

Dave Bergeron, inf., B.Sc.
étudiant à la maîtrise en sciences cliniques
sous la supervision de **Frances Gallagher**, inf., PhD.
et **Patricia Bourgault**, inf., Ph.D.

École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

Critères de sélection

- Être membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Être capable de lire, comprendre et répondre à des questionnaires rédigés en français.

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Questionnaire sur les activités infirmières en gestion de la douleur

Inspiré du Pain Management Activities Questionnaire (Dalton, 1995)

Traduit et adapté par Dave Bergeron, inf. B.Sc.,
Frances Gallagher, inf. Ph.D. et Patricia Bourgault, inf. Ph.D.

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

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

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

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

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

5 **Au cours des 6 derniers mois, quels obstacles ont entravé la réalisation de vos activités en gestion de la douleur aiguë (A)? De la douleur chronique (C) ?**
S.V.P. COCHEZ TOUS CEUX QUI S'APPLIQUENT

A	C	
☐	☐	Manque de temps / charge de travail trop lourde
☐	☐	Manque de soutien ou d'encouragement de la part des médecins
☐	☐	Manque de soutien ou d'encouragement de la part des infirmières
☐	☐	Résistance de la part des clients
☐	☐	Résistance de la part des médecins
☐	☐	Résistance de la part des autres infirmières
☐	☐	Résistance de la part d'autres professionnels
		tels que _____
☐	☐	Méconnaissance sur les interventions possibles en douleur
☐	☐	Information (écrite ou autre) non-disponible sur la gestion de la douleur
☐	☐	Assistance d'autres professionnels nécessaire
☐	☐	Autres obstacles
		Nommez _____

Commentaires

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

COMPLÉTER LE TABLEAU S.V.P.

Activités infirmières en gestion de la douleur	**Inscrire le nombre de fois** Combien de fois au cours des 5 derniers jours?
A. Dépistage de la douleur en tant que 5e signe vital	
B. Évaluation détaillée avec des outils standardisés	
C. Évaluation continue	
D. Documentation systématique de la douleur	
E. Relation thérapeutique avec le client	
F. Relation thérapeutique avec la famille	
G. Discussion des évaluations de douleur avec le médecin	
H. Discussion de l'efficacité des mesures thérapeutiques avec le médecin	
I. Évaluation des attentes du client face aux mesures thérapeutiques	
J. Contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques ex. protocoles, ordonnances collectives	
K. Mise en place de mesures thérapeutiques non-pharmacologiques	
L. Gestion des effets secondaires des mesures pharmacologiques	
M. Évaluation de la réponse du client face aux mesures thérapeutiques	

(Voir page suivante)

Cochez celles qui s'appliquent		Utilisez les codes suivants 0 = Pas important 1 = Très peu important 2 = Quelque peu important 3 = Moyennement important 4 = Très important 5 = Extrêmement important			
		À quel point chaque activité est-elle importante...			
Lesquels avez-vous l'intention de faire?	Lesquels pensez-vous être en mesure de faire?	à vos yeux?	aux yeux de votre supérieur?	aux yeux de vos pairs?	pour les clients?

(Suite de la question 6)

Activités infirmières en gestion de la douleur	**Inscrire le nombre de fois** Combien de fois au cours des 5 derniers jours?
N. Évaluation de l'adhésion du client face aux mesures thérapeutiques	
O. Évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques	
P. Collaboration avec la famille du client	
Q. Enseignement adapté et personnalisé au client	
R. Enseignement adapté et personnalisé pour la famille	
S. Vérification de la satisfaction du client face au suivi en général	
Autre activité	
Autre activité	

Cochez celles qui s'appliquent		Utilisez les codes suivants 0 = Pas important 1 = Très peu important 2 = Quelque peu important 3 = Moyennement important 4 = Très important 5 = Extrêmement important			
		À quel point chaque activité est-elle importante...			
Lesquels avez-vous l'intention de faire?	Lesquels pensez-vous être en mesure de faire?	à vos yeux?	aux yeux de votre supérieur?	aux yeux de vos pairs?	pour les clients?


BIOGAZ

ANNEXE E

LETTRE EXPLICATIVE ET TABLEAU RÉSUMÉ POUR LE INFIRMIÈRES

ANNEXE F

RAPPELS AUX INFIRMIÈRES

ANNEXE G

APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE CHEZ L'HUMAIN

APPROBATION ET ATTESTATION

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

APRIL Marie-Josée, Ph.D. spécialiste en éthique, vice-présidente
BEAUPRÉ, Me Michèle, avocate, extérieur
BOLDUC, Brigitte, pharmacienne, CHUS
BOURGAULT, Patricia, Ph.D., infirmière, FMSS
BRODEUR, Louise, représentante du public
CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS
CLOUTIER, Yvan, éthicien, extérieur
CYR, Claude, M.D. pédiatre, CHUS
DESROSIERS, Nicole, représentante du public *
GAGNÉ, Ginette, représentante du public
GIRARDIN, Colette, M.D. département de pédiatrie, CHUS
GRÉGOIRE, Nathalie, avocate, extérieur
LEBLOND, Julie, pharmacienne, CHUS
ROBERGE, Jean-Pierre, représentant du public
ROUSSEAU, Marie-Pierre, Pharmacienne, CHUS
TÉTRAULT, Jean-Pierre, anesthésiologiste, CHUS, président

* membre substitut

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 Pr Patricia Bourgault

Approbation demandée par: Pre Patricia Bourgault
Dre Frances Gallagher

Pour le projet # 09-056

Analyse des activités des infirmières oeuvrant en groupe de médecine de famille auprès d'une clientèle souffrant de douleur chronique.

Approbation donnée par la vice-présidence le 18 juin 2009 pour 12 mois.

☒ Protocole complet : version 1 16 avril 2009

☒ Formulaire de consentement principal : 16 avril 2009 v. française

☐ Autre formulaire de consentement :

☒ Questionnaire(s) : Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur version 1 16 avril 2009

☐ Amendement # : . Date amendement :

☐ Autre :

Brochure /Monographie reçue pour évaluation:

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:
1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

18 juin 2009

Signé par: **Marie-Josée April, Ph. D.**
Vice-présidente du comité

Date de la signature