

Implantation d'une Ligne directrice des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur postopératoire

Johanne Lapré ^a, inf., M.Sc., Nicole Bolduc ^b, inf., M.Sc. et Patricia Bourgault ^c, inf., Ph.D.

^a Conseillère cadre clinicienne au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

^b Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

^c Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

De façon générale, la gestion de la douleur aiguë dans un contexte de chirurgie n'est pas optimale. Pour améliorer la situation, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO, 2002a) propose d'une part, une ligne directrice des pratiques exemplaires (LDPE) en gestion de la douleur incluant l'évaluation et le soulagement et d'autre part, un modèle en vue de son implantation (AIIAO, 2002b). La présente étude avait pour but d'évaluer l'effet de l'implantation d'une LDPE sur l'évaluation de la douleur par le personnel soignant d'une unité de chirurgie. Un devis quasi expérimental avec mesures pré et post intervention a été privilégié. Les connaissances sur la gestion de la douleur du personnel soignant ont été mesurées par le questionnaire Toronto avant l'implantation de la LDPE soit au début de la formation et une fois la période de mentorat complétée. Les données sur la pratique infirmière en évaluation de la douleur ont été recueillies dans le dossier clinique des patients ayant subi une chirurgie de la hanche aux jours 2, 4 et 6 postopératoires. Les résultats ne démontrent pas de différence significative pré et post implantation de la LDPE en regard des connaissances sur la douleur et de la documentation de l'évaluation de celle-ci. L'implantation de la LDPE n'a pas atteint les résultats escomptés notamment en raison de certains changements organisationnels imprévus. Malgré ces résultats mitigés, il est primordial de poursuivre l'implantation de ces pratiques exemplaires avec une approche davantage andragogique en prenant en considération le contexte organisationnel.

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

De nombreuses barrières expliquent la gestion inefficace de la douleur. Elles proviennent de l'environnement des soins, des patients et du personnel (Botti, Bucknall & Manias, 2004; Idvall, 2002; Manias, Botti & Bucknall, 2002). Il est ainsi reconnu que les professionnels utilisent peu les données probantes comme fondement de leur pratique clinique. Ils ne considèrent pas l'évaluation et le soulagement de la douleur comme une priorité et manquent de connaissances

concernant la gestion de la douleur (Botti *et al.*, 2004; Estabrooks, 1999; Idvall, 2002; Manias *et al.*, 2002). L'étude de Bergeron, Leduc, Marchand et Bourgault (2011), réalisée en 2008 et effectuée en postopératoire dans le même centre hospitalier, démontre que les infirmières évaluent en moyenne 3 fois la douleur (évaluation descriptive ou avec échelle) dans les 24 premières heures postopératoires.

Les auteurs souhaitent remercier la direction des soins infirmiers et le programme clientèle en soins chirurgicaux du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) ainsi que Robin Coleman et Louise Turcotte pour leur précieuse collaboration. Les auteurs tiennent également à souligner la contribution financière du programme d'aide de financement interne (PAFI) du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du CHUS. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Patricia Bourgault, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, 3001 12^e Avenue Nord, Sherbrooke, Canada, J1H 5N4. Tel. : 819-346-1110 poste 12885, courrier électronique : Patricia.Bourgault@USherbrooke.ca

L'évaluation de la douleur ne rencontre alors pas toujours les standards de pratique. À cet égard, plusieurs associations scientifiques ou professionnelles ont énoncé des recommandations (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), 2002a; International Association for the Study of Pain (IASP), 2008; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2009). Parmi celles-ci, l'AIIAO (2002a) propose des Lignes directrices des pratiques exemplaires (LDPE) en soins infirmiers. Une LDPE est un ensemble d'énoncés conçus pour aider le praticien et le patient à décider des soins de santé les plus appropriés (Field & Lohr, 1990).

Il existe spécifiquement une LDPE en soins infirmiers en regard à la gestion de la douleur comprenant l'évaluation de la douleur et son soulagement. Les pratiques exemplaires, plus précisément en évaluation, exigent d'abord d'interroger le patient au sujet de sa douleur selon la méthode PQRSTU. Le P correspond aux facteurs provocants ou atténuants, le Q à la qualité (caractéristiques), le R à la région, la localisation et l'irradiation, le S à la sévérité, l'intensité et les symptômes associés, le T à l'aspect temporel (début, durée et progression) et le U à la signification et à la compréhension personnelle (*understanding*). L'intensité se mesure en utilisant une échelle (0 = aucune douleur à 10 = pire douleur imaginable) validée et reconnue soit l'échelle visuelle analogique, l'échelle des visages, l'échelle descriptive ou l'échelle numérique (AIIAO, 2002a). Ensuite, les paramètres tels l'intensité de la douleur, le degré de sédation, l'état respiratoire (fréquence, amplitude, saturation artérielle en oxygène par voie transcutanée (SpO₂) et les ronflements) doivent être évalués au moment d'administrer chaque dose d'analgésiques (OIIQ, 2009). Ces mêmes paramètres doivent être réévalués à chaque fois que la douleur est signalée à nouveau, à chaque épisode douloureux inattendu, ou après chaque administration d'analgésiques selon l'heure où l'analgésique atteint son effet maximal, appelé le pic d'action (AIIAO, 2002a). En présence d'une analgésie contrôlée par le patient (ACP), les paramètres doivent être réévalués aux quatre heures. Les données recueillies relativement à l'évaluation et la réévaluation de la douleur doivent être documentées de façon régulière et systématique sur un formulaire standardisé accessible à tous les cliniciens impliqués dans les soins. L'OIIQ (2009) rapporte que la gestion de la douleur, incluant l'évaluation et le soulagement, doit être assurée par une surveillance clinique adéquate et être exercée avec compétence. Il est donc essentiel que les infirmières puissent intégrer les pratiques exemplaires recommandées dans leur pratique et

pour ce faire, doivent posséder les connaissances et compétences requises.

Jusqu'à présent, peu d'études ont évalué l'effet de l'implantation de pratiques exemplaires sur la gestion de la douleur. L'étude de MacDonald & Hilton (2001) n'a pas démontré de changements significatifs dans la pratique après un programme de formation. Selon eux, le personnel soignant ne documente pas davantage l'évaluation de la douleur au dossier avant et après l'administration d'un analgésique. Par contre, l'étude d'Ellis, McCleary, Blouin, Dubé, Rowley, MacNeil *et al.*, (2007) a démontré des résultats significatifs après un programme de formation en regard à la gestion de la douleur sur l'évaluation et le soulagement de celle-ci. Les résultats de cette étude rapportent que le personnel soignant perçoit qu'il a suffisamment d'habiletés en regard à la gestion de la douleur, mais ne considère pas son niveau de connaissances plus élevé. Les auteurs mentionnent aussi que le personnel soignant utilise davantage une échelle d'évaluation après la formation dans 43% des dossiers comparativement avant la formation dans 5% des dossiers.

Malgré des résultats mitigés, l'implantation de la LDPE en gestion de la douleur dans les milieux de soins est nécessaire (AIIAO, 2002a). Cette LDPE sert de guide clinique et favorise le changement dans la pratique infirmière, plus précisément dans l'utilisation des échelles de mesure standardisées et dans la documentation de la douleur. Pour y arriver, l'élaboration de formation est une stratégie reconnue. Plusieurs programmes de formation ont été mis en place. Leurs contenus reposent sur les recommandations concernant l'amélioration de la gestion de la douleur telles que le suggèrent certaines associations (Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), 1992; American Pain Society Quality of Care Committee (APSQCC), 1995; Quality of Practice Committee (QPC), 1994). Ces programmes abordent les principaux thèmes en gestion de la douleur soient la théorie sur le phénomène de la douleur, l'évaluation, les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que la documentation au dossier clinique. Parfois, des contenus supplémentaires sont ajoutés soit les mythes et croyances sur la douleur (Dalton, Carlson, Blau, Lindley, Greer, & Younblood, 2001; de Rond, de Wit & van Dam, 2001; de Rond, de Wit, van Dam & Muller, 2000; Guardini, Talamini, Fiorillo, Lirutti & Palese, 2006) et les indicateurs de la qualité des soins en tenant compte des aspects légaux et éthiques (Ravaud, Keïta, Porcher, Durand-Stocco, Desmots & Mantz, 2004). Plus spécifiquement, trois des cinq études recensées ont axé leur programme de formation sur la gestion de la douleur aiguë en postopératoire (Dalton *et al.*, 2001; Guardini *et al.*, 2006; Ravaud *et al.*, 2004).

Notons que la durée du programme de formation ainsi que les stratégies pédagogiques utilisées sont différentes d'une étude à l'autre.

Il est reconnu qu'un programme de formation permet l'acquisition de connaissances (de Rond *et al.*, 2000, 2001) et a un impact à court et à long terme sur les résultats de soins offerts à la clientèle (Guardini *et al.*, 2006). Peu importe le programme de formation proposé, le défi consiste à ce que le personnel soignant transfère les notions reçues dans leur pratique clinique. Or, il ressort que l'efficacité de la diffusion d'un programme de formation fluctue selon la capacité du formateur à adapter son approche à la clientèle cible (Rivard, 2009). Ainsi, Twycross (2002) parle de l'approche pédagogique qui se définit comme étant la méthode traditionnelle avec présentation théorique et discussion, alors que l'approche andragogique est plutôt proactive ce qui permet d'impliquer davantage l'apprenant adulte, en considérant ses besoins et ses expériences. Il est à noter qu'en plus d'utiliser l'approche traditionnelle qui repose sur les présentations théoriques et les discussions, le programme de formation dans les études de Guardini *et al.* (2006) et de Rond *et al.* (2000, 2001) ont privilégié une approche andragogique. Plus précisément, la première étude a proposé aux infirmières de travailler en petits groupes et d'échanger sur des cas cliniques tandis que la seconde étude avait prévu une activité de mentorat auprès des infirmières après la formation.

Une activité de formation sur la gestion de la douleur reposant sur une approche andragogique semble avoir des résultats qui se répercutent à long terme (de Rond *et al.*, 2000, 2001; Guardini *et al.*, 2006). Mais pour être efficace, le contenu de

cette formation doit également s'appuyer sur les données probantes ou le consensus d'experts et idéalement sur une ligne directrice en gestion de la douleur telle que suggérée par l'AllAO. De plus, cette association propose aussi un modèle d'implantation d'une LDPE.

Cadre de référence

Le modèle de mise en place d'une LDPE, tel que suggéré par l'AllAO (2002b) a servi de cadre de référence pour cette recherche. Ce modèle s'applique à la pratique infirmière, s'appuie sur un consensus d'experts et est traduit en français. Ce modèle est présenté à la figure 1.

Ce modèle inclut six étapes essentielles : l'identification de la LDPE est la première étape et consiste à décider de la ligne directrice à retenir en fonction des besoins du milieu. Dans le cadre de la présente étude, la LDPE sur la gestion de la douleur, particulièrement son évaluation, a été sélectionnée. La deuxième étape, l'identification des parties prenantes, permet d'utiliser de façon efficace l'énergie et les ressources nécessaires. Dans ce projet, les parties prenantes sont les personnes qui ont soutenu l'implantation de la LDPE en gestion de la douleur dans les deux unités de soins concernées. La préparation du lieu de travail est la troisième étape du modèle. Ainsi, des échanges avec le chef de soins et services du programme-clientèle en soins chirurgicaux ont permis d'organiser et de planifier l'implantation de la LDPE et son évaluation. De plus, le personnel soignant des 2 unités de chirurgie, sur les 3 quarts de travail, a été rencontré durant 30 minutes sur le temps de travail.

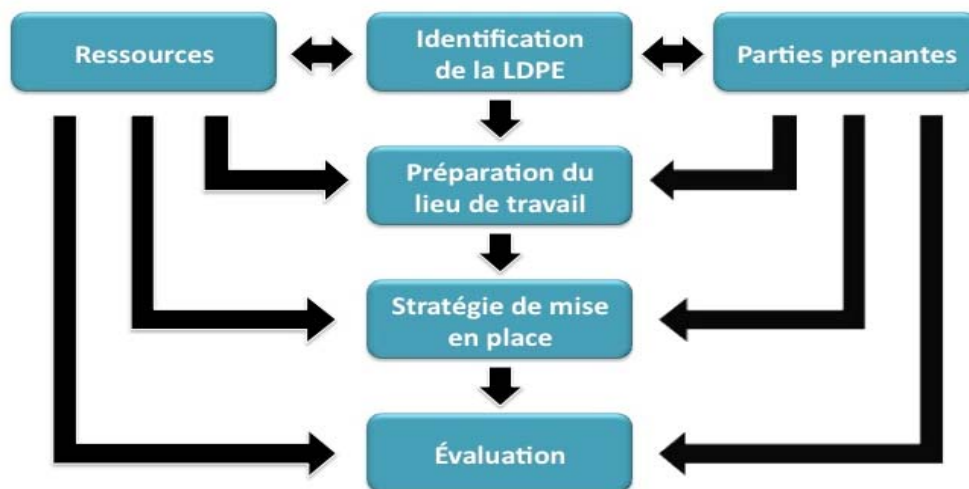


Figure 1. Modèle de mise en place d'une LDPE (AllAO, 2002b).

Cette rencontre a permis d'expliquer en quoi consistait l'implantation d'une LDPE en gestion de la douleur, en lien avec la pratique infirmière en évaluation de la douleur auprès de la clientèle. La quatrième étape concerne l'utilisation efficace de stratégies de mise en place. La cinquième étape consiste à l'évaluation de l'implantation de la LDPE. La dernière étape a été l'identification des ressources humaines, financières et matérielles.

Les hypothèses de recherches sont : 1) la formation offerte en vue de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur, améliorera les connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur; 2) l'évaluation de la douleur, l'utilisation de l'échelle de mesure suggérée et sa documentation au dossier patient par le personnel soignant seront plus fréquentes après l'implantation de la LDPE.

Méthode

Devis

Un devis quasi expérimental avec mesures pré intervention de recherche (formation et de mentorat) et post intervention a été privilégié pour l'implantation de cette LDPE auprès du personnel soignant (Burns & Grove, 2005).

Population et échantillon

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

La population cible correspond au personnel soignant travaillant sur les unités de chirurgie où sont hospitalisés les patients après une chirurgie élective de la hanche (total de 53 lits). Ainsi, la population a été constituée des infirmières et infirmières auxiliaires assignées à deux unités de chirurgie.

Le personnel soignant devait être infirmières ou infirmières auxiliaires détentrices d'un poste sur les unités de soins de chirurgie ciblées ou avoir un statut d'équipe volante avec un remplacement long terme et comprendre et écrire la langue française. Les infirmières et les infirmières auxiliaires des unités de soins de chirurgie ciblées présentes au moment des activités de formation ont constitué un échantillon non probabiliste de convenance.

Il faut noter que cette étude a inclus des patients hospitalisés ayant subi une chirurgie de la hanche afin de comparer la pratique en évaluation de la douleur dans un même contexte.

Implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur

Le moyen choisi pour introduire la LDPE en évaluation de la douleur est la formation du personnel soignant. Afin de favoriser l'implantation, deux stratégies de mise en place ont été privilégiées, soit une activité de formation et une activité de mentorat. Ces activités reposent sur une approche pédagogique qui s'inspire de la méthode traditionnelle et intègre des principes de l'approche andragogique telle le partage d'expérience. L'activité de formation, d'une durée de deux heures, a été donnée au personnel soignant des deux unités de chirurgie. Quatre séances de formation ont été offertes et les infirmières et infirmières auxiliaires devaient participer à l'une d'elles. Cette activité a été planifiée après les heures de travail et le personnel infirmier qui a assisté à cette formation a été rémunéré. Le contenu de cette formation s'inspire des pratiques exemplaires telles que le suggère l'AllAO (2002a). Les objectifs généraux étaient de reconnaître la douleur chez les patients, implanter les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur aiguë, utiliser les outils cliniques appropriés pour évaluer la douleur et la documenter de façon standardisée et informatisée. Les objectifs spécifiques et le plan de présentation de la formation sont disponibles sur demande.

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

Instruments de mesure

Connaissances des infirmières face à la gestion de la douleur. Les connaissances des infirmières face à l'évaluation et au soulagement de la douleur ont été évaluées à l'aide de la version française du questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (Watt-Watson, Stevens, Garfinkel, Streiner & Gallow, 2001). La traduction française et l'adaptation ont été réalisées par Bolduc, Bourgault, Michaud & Lapré (2009) selon

la technique de traduction à rebours (Vallerand, 1989). Ce questionnaire comprend 23 items. Ce dernier est divisé en deux catégories et utilise une échelle visuelle analogique (ÉVA) de 0 à 100 %. De la première catégorie, neuf items portent sur les perceptions des infirmières, reliées à la gestion de la douleur incluant l'expérience du patient et son évaluation, huit sur la connaissance des opiacés et leur administration et les six derniers sur la perception du soutien des collègues ainsi que le sentiment de compétence. De la deuxième catégorie, neuf items évaluent les connaissances et quatorze se rapportent aux croyances entourant la gestion de la douleur. Ce questionnaire se remplissait en 20 minutes. La cote s'établit par la sommation des réponses allant de 0 (moins) à 2300 (supérieur), soit de 0 à 100 %. Le résultat obtenu en pourcentage permet d'estimer le niveau de connaissances relatif à la gestion de la douleur. Les données psychométriques présentent une fidélité test-retest à 0,80 (Bolduc et al., 2009) à 2 semaines d'intervalle et une validité de contenu auprès d'experts. Les infirmières ont rempli ce questionnaire de façon volontaire et anonyme immédiatement avant la formation et un mois après l'implantation soit suite au mentorat.

Pratique infirmière en évaluation de la douleur. Les notes d'observations de l'infirmière comprises dans le dossier informatisé des patients ayant subi une chirurgie de la hanche ont été consultées pour chacun des quarts de travail aux Jours 2, 4 et 6 postopératoires (17 dossiers patients ont été analysés avant la formation et un nombre similaire après la période de mentorat). Les évaluations descriptives de la douleur et les évaluations avec une échelle de mesure ont été consignées. Toutes les évaluations telles que « patient non souffrant », « dit avoir douleur à la hanche droite » ou encore « dilaudid 1mg donné pour douleur à la hanche gauche » ont été classées sous la catégorie « évaluations descriptives de la douleur », tandis que les évaluations utilisant une échelle de 0 à 10 ont été regroupées sous la catégorie « évaluations avec une échelle de mesure ».

Collecte des données

La collecte dans le dossier a été faite par une assistante de recherche n'ayant pas été impliquée dans la formation et le mentorat. Ensuite, la saisie des données a été validée pour 100 % des dossiers par l'étudiante chercheuse.

Analyse de données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 15.0. Les statistiques descriptives (fréquences et pourcentages, moyennes et écarts-types) ont permis de dresser

un portrait de l'échantillon. Les statistiques inférentielles ont été utilisées afin de vérifier si l'implantation a apporté un changement significatif au niveau de la fréquence des évaluations de la douleur avec un niveau de signification fixé à 0,05. Le test du Khi carré a été utilisé pour les variables catégoriques et a permis de vérifier l'existence d'une différence au niveau des caractéristiques de l'échantillon du personnel soignant ayant rempli le questionnaire. Le test du t de Student a permis de comparer les scores relatifs aux connaissances du personnel soignant face à la gestion de la douleur. Le test de Mann-Whitney a permis de comparer le nombre d'évaluations de la douleur en général et le nombre d'évaluations de la douleur avec une échelle.

Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche sur l'humain du CHUS et les règles éthiques ont été suivies. Le personnel soignant devait signer un formulaire de consentement qui a été remis et expliqué avant la formation. Leurs questionnaires étaient anonymisés. Toutes les données ont été compilées dans des fichiers sécurisés. Seules les chercheuses de cette étude avaient accès à ces fichiers.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Soixante-deux infirmières et infirmières auxiliaires ont reçu la formation portant sur les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur, 57 ont complété le questionnaire immédiatement avant la formation et de ce même groupe, 25 seulement l'ont complété un mois après l'intervention de recherche. Le taux de participation est de 90 % avant, comparativement à 40 % après l'intervention. Il n'y a aucune différence significative entre les deux temps de mesure en regard du genre ($p=0,484$), de l'âge ($p=0,745$), du titre d'emploi ($p=0,719$), du quart de travail ($p=0,328$), de l'expérience en chirurgie ($p=0,951$) et du niveau de formation ($p=0,891$). Le tableau 1 précise les caractéristiques des infirmières ayant rempli le questionnaire.

Connaissances des infirmières face à la gestion de la douleur

Les résultats ne démontrent pas de différence significative sur le total pondéré ($p=0,701$) avant (63,0 %, ET : 7,4) et après la formation (63,6 %, ET : 7,8) en regard des connaissances du personnel soignant face à la gestion de la douleur.

Tableau 1 : Caractéristiques des infirmières ayant participé à la formation

	Pré intervention (n = 57)		Post intervention (n = 25)		p
	n	%	n	%	
Sexe					
Féminin	51	89,5	21	84,0	0,484
Masculin	6	10,5	4	16,0	
Groupe d'âge					
20-25 ans	10	18,2	4	16,7	0,745
26-45 ans	20	36,4	11	45,8	
Plus de 46 ans	25	45,4	9	37,5	
Titre d'emploi					
Infirmières	41	71,9	17	68,0	0,719
Infirmières auxiliaires	16	28,1	8	32,0	
Quart de travail					
Jour	33	58,9	9	37,5	0,328
Soir	16	28,6	9	35,7	
Nuit	7	12,5	6	25,0	
Expérience clientèle chirurgie					
0 à 10 ans	27	49,1	12	50,0	0,951
11 à 20 ans	12	21,8	6	25,0	
21 à 30 ans	7	12,7	4	16,7	
31 à 40 et +	9	16,4	2	8,3	
Niveau de formation					
École infirmière auxiliaire	14	25,0	7	28,0	0,892
Niveau collégial	35	62,5	17	68,0	
Niveau universitaire	7	12,5	1	4,0	

Par contre, les résultats démontrent une différence significative à certains items présentés au tableau 2. Ces réponses démontrent que le personnel soignant perçoit qu'il a plus de connaissances, de compétences et se permet de remettre en question un conseil inadéquat.

Pratique infirmière en évaluation de la douleur

Il n'y a pas de différence significative avant et après la formation, en lien avec le nombre d'évaluations de la douleur documentées, tant

descriptives qu'avec une échelle de mesure (tableau 3) dans le dossier informatisé sélectionné (patients ayant subi une chirurgie de la hanche, en pré intervention : n=17 et en post intervention : n=17) aux Jours 2, 4 et 6 postopératoires. Au Jour 2 postopératoire, le personnel soignant évalue 5,8 fois la douleur (évaluation descriptive) et trois fois seulement à l'aide d'une échelle de mesure. Au Jour 4, le nombre d'évaluations descriptives est de 3,7 et de 1,1 avec une échelle de mesure. Au Jour 6, le nombre d'évaluations descriptives diminue à 3,5 et 1,2 avec une échelle de mesure.

Tableau 2 : Connaissances face à la gestion de la douleur

	Pré intervention		Post intervention		<i>p</i>
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
Total pondéré	62,9	7,4	63,6	7,8	0,701
Première catégorie					
Perception	57,7	8,0	58,9	8,6	0,584
Opiacés	62,9	10,6	60,0	13,5	0,413
Soutien et compétences	70,2	12,0	75,1	12,0	0,101
Deuxième catégorie					
Connaissances	63,6	11,1	61,3	10,3	0,411
Croyances	62,0	7,8	64,6	8,4	0,196
Résultats significatifs à 3 items					
Conseil	76,7	7,4	60,5	31,4	0,031
Connaissances	64,6	16,9	74,2	18,5	0,029
Compétences	69,1	14,3	77,5	13,9	0,021

Tableau 3 : Nombre d'évaluation de la douleur par les infirmières en pré et post intervention

		Pré intervention	Post intervention	Valeur P
		Md ¹ (ÉIQ ²)	Md (ÉIQ)	
Jour 2	Évaluation descriptive	5,8 (7,0-5,0)	5,8 (7,0-4,0)	0,086
	Échelle de mesure	3,4 (5,0-1,5)	3,7 (5,5-1,0)	0,586
Jour 4	Évaluation descriptive	4,3 (6,0-3,0)	3,7 (6,0-2,0)	0,413
	Échelle de mesure	0,9 (1,5-0)	1,1 (2,0-0)	0,563
Jour 6	Évaluation descriptive	3,1 (5,0-1,0)	3,5 (6,0-1,8)	0,550
	Échelle de mesure	1,2 (3,0-0)	1,1 (2,0-0)	0,960

Note : N= 17; Test de Mann Whitney $p < 0,05$, 1. Médiane ; 2. Étendue interquartile (25^e-75^e percentiles)

Discussion

Bien que les pratiques exemplaires soient conçues pour aider le personnel soignant et le patient à décider des soins de santé les plus appropriés, l'application de celles-ci, en milieu clinique, demeure complexe (Ellis *et al.*, 2007). Cette complexité sera démontrée en discutant des deux hypothèses émises dans le cadre de cette étude.

La première hypothèse voulait que la formation offerte en vue de l'implantation d'une LDPE en évaluation de la douleur améliore les

connaissances du personnel soignant sur la gestion de la douleur. Toutefois, aucune différence significative n'a été observée quant aux résultats obtenus au questionnaire sur les connaissances avant la formation et un mois après l'intervention de recherche. Ces résultats vont à l'encontre de certaines études qui soutiennent que la formation contribue à l'amélioration des connaissances. Cependant, il est important de préciser que ces résultats ont été obtenus immédiatement après un programme de formation (de Rond *et al.*, 2000, 2001). Dans la première étude de Rond *et al.* (2000), la moyenne au test de connaissances face à la gestion de la douleur a été de 69,1 % avant et de 75,8 % après le programme de formation. Dans

leur seconde étude, les résultats sont semblables avec une moyenne de 71,1 % avant et de 77,3 % après le programme de formation (de Rond *et al.*, 2001). D'autres auteurs tels Dalton *et al.* (2001) arrivent cependant à des résultats mitigés où les connaissances ne sont pas améliorées suite à une formation.

Or, les analyses font ressortir des différences significatives à trois items du questionnaire sur les connaissances relatives à la gestion de la douleur. Ainsi, le personnel soignant accepte moins le conseil de leurs collègues, disant de diminuer la dose de morphine, même si le patient a des nausées. Également, le personnel soignant considère qu'il a acquis certaines connaissances et se perçoit comme ayant plus de compétences à gérer plus efficacement la douleur de leurs patients. Il semble donc que la formation a permis une certaine acquisition de connaissances, mais insuffisante pour influencer le score global. Ces résultats peuvent s'expliquer par le faible taux de participation des infirmières et infirmières auxiliaires qui ont rempli le questionnaire après la formation (n=25), comparativement à celles qui l'ont complété un mois avant l'intervention (n=57). Malgré le fait que le personnel soignant avait été informé qu'il aurait à remplir à nouveau ce questionnaire et que ce dernier leur a été remis individuellement, il a été difficile pour le personnel soignant de le compléter durant les heures de travail.

La deuxième hypothèse postulait que l'évaluation de la douleur, l'utilisation d'un outil de mesure suggéré et sa documentation au dossier seraient plus fréquentes en post intervention. Il est à noter qu'au Jour 2 postopératoire, l'analgésie contrôlée par le patient (ACP) a été une procédure d'administration d'analgésique utilisée à 76,5% en pré intervention et 64,7 % en post intervention. Ainsi, au jour 2 postopératoire, le personnel soignant évalue près de 6 fois la douleur (évaluation descriptive) et 3 fois environ à l'aide d'une échelle de mesure. Les données rejoignent l'étude réalisée dans la même institution où la douleur au jour 2 est évaluée environ 3 fois par jour (Bergeron, Bourgault et Marchand, 2010). Les études de MacDonald & Hilton (2001) et de Dalton *et al.* (2001) rapportent des résultats similaires et affirment que le personnel soignant ne documente pas convenablement l'intensité de la douleur.

Ce phénomène persiste aux Jours 4 et 6. Précisons qu'à ce moment, les patients en pré et en post reçoivent une médication analgésique PRN. Le nombre d'évaluations est alors diminué comparativement au Jour 2 postopératoire. Aux Jours 4 et 6 postopératoires, le personnel soignant évalue en moyenne quatre fois la douleur (évaluation descriptive) et une fois environ à l'aide d'une échelle de mesure. Il n'y a donc pas eu de

différence significative entre avant et après la formation/mentorat en regard de la fréquence des évaluations. Il est important de préciser que les résultats obtenus portent sur ce qui a été relevé au dossier clinique informatisé. Il est toutefois possible que le personnel soignant ait fait plus d'évaluations de la douleur sans qu'elles ne soient documentées au dossier. Néanmoins, les résultats vont à l'encontre de l'étude d'Ellis *et al.* (2007), qui soutiennent que le personnel soignant augmente la fréquence de documentation de la douleur au dossier clinique, après une formation. Ils ont obtenu des résultats significatifs, entre la mesure prise avant et après la formation au niveau de la documentation de l'évaluation descriptive de la douleur, avec un écart significatif de 22 % ainsi qu'au niveau de la documentation et de l'utilisation d'une échelle de mesure avec un écart significatif de 38 %. De plus, ces résultats sont demeurés significatifs six mois après la formation. À l'opposé, les résultats de l'étude de l'équipe de Dalton (2001) ne démontrent pas de différence, avec un écart de 0,7 % (p=0,192), en regard de la documentation de l'évaluation descriptive de la douleur.

La fréquence d'évaluation de la douleur, l'utilisation d'un outil de mesure validé et standardisé et la documentation ne répondent toutefois pas aux standards de pratique (AIIAO, 2002a et OIIQ, 2009). Cette différence a aussi été observée par Ellis *et al.* (2007) ainsi que Dalton *et al.* (2001). Ces études confirment que malgré une certaine amélioration, la douleur demeure peu évaluée sur une base régulière et que le personnel soignant la documente peu et n'utilise pas suffisamment une échelle d'évaluation de l'intensité de la douleur standardisée. Ceci rejoint les observations de la présente étude.

Des barrières organisationnelles et professionnelles ont été identifiées et ont probablement eu un impact sur l'implantation de la LDPE. Des changements organisationnels, tels la défusion des unités de chirurgie avec l'arrivée de deux nouveaux chefs de service, le déménagement ainsi que la réorganisation du travail sont survenus en même temps que s'est effectuée l'intervention de recherche. De plus, la semaine suivant la formation, certains changements ont été effectués sur la façon de documenter l'évaluation de la douleur dans l'outil informatique. Avant la formation, le personnel soignant pouvait documenter l'évaluation de la douleur, soit au dossier clinique version papier ou au dossier informatisé. L'activité de formation visait à changer la pratique infirmière, en évaluation de la douleur, par l'utilisation des échelles de mesure standardisées et par sa documentation au dossier informatique. Ainsi, même si le personnel soignant était informé des changements, il trouvait difficile

de devoir documenter l'évaluation de la douleur, seulement au dossier informatisé, car cela nécessitait d'inscrire les informations dans plusieurs tableaux. Le déménagement des unités de soins, dans de nouveaux locaux, a rendu les postes de travail informatiques difficilement accessibles et partiellement fonctionnels. Donc, un outil peu convivial a probablement nuit à la documentation. Ces barrières expliquent en partie pourquoi les hypothèses ont été rejetées puisque le personnel soignant n'a pas intégré les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur dans leur pratique.

Cadre de référence

Le modèle de mise en place d'une LDPE tel que suggéré par l'AllAO (2002b) a servi de cadre de référence pour l'implantation des pratiques exemplaires en évaluation de la douleur postopératoire. Ce dernier s'est avéré une aide structurante, efficace pour la présente étude. Ainsi, suivre les différentes étapes suggérées a permis un déroulement logique et clair afin de structurer l'intervention de recherche dans le milieu clinique. Cependant, le peaufinement de deux des six étapes a été nécessaire afin de l'opérationnaliser. À l'étape de la préparation du lieu de travail, des échanges avec le chef de soins et services ont permis d'organiser et de planifier les activités de formation. Ensuite, le personnel soignant a été rencontré afin d'expliquer en quoi consistait le projet de recherche. En regard de cette étape, les stratégies utilisées ont été insuffisantes, car il y a eu plus de changements organisationnels que prévu. Il ressort de cette expérience que les facteurs organisationnels sont à considérer comme étant des incontournables, car ils influencent le succès ou l'échec du changement des pratiques. Il aurait été avantageux que cette étape, soit la préparation du milieu de travail, s'inscrive dans un processus continu. Cela aurait favorisé la communication des changements au fur et à mesure de leur décision.

Enfin, l'étape de la stratégie de mise en place d'une LDPE a nécessité une attention particulière. À cet égard, il a fallu établir un pont entre les aspects conceptuels du modèle et son opérationnalisation. Des activités ont permis de développer et de renforcer de nouvelles connaissances sur la LDPE en évaluation de la douleur. Ainsi, les stratégies de mise en place retenues ont été de la formation et du mentorat.

Forces et limites de l'étude

Une des forces que l'on peut attribuer à cette étude provient du choix du devis. Ce type de devis a permis d'évaluer l'effet de l'intervention de recherche (formation et mentorat) sur la pratique

infirmière. De plus, ce devis a permis d'éviter un biais de contamination, entre les patients. Le risque de contamination provenait du fait que les patients étaient pris en charge par le même personnel soignant, sur deux unités de soins. Il était impossible que le groupe d'infirmières et infirmières auxiliaires formées n'ait aucun échange ni influence avec un groupe d'infirmières et infirmières auxiliaires non formées (Burns & Grove, 2005). L'activité de mentorat est également une force pour cette étude. Cette activité a permis de soutenir de façon individuelle environ 75 % du personnel soignant sur les trois quarts de travail. Une des limites à cette étude est liée à l'intervention de recherche, c'est-à-dire que cette étape étant une partie importante dans ce projet de maîtrise, elle devait être complétée avant les vacances d'été, alors que le personnel soignant est présent. De plus, les deux unités de chirurgie où l'étude a eu lieu devaient déménager dans de nouveaux locaux à l'automne. Il aurait peut-être été souhaitable de reporter le projet de recherche après le déménagement et permettre au personnel soignant d'intégrer davantage les pratiques exemplaires en évaluation de la douleur dans leur pratique. Une autre limite à cette étude est liée à la taille de l'échantillon qui est passée de 57 infirmières et infirmières auxiliaires qui ont complété le questionnaire immédiatement avant la formation à 25 un mois après l'intervention de recherche. La petite taille de l'échantillon peut expliquer pourquoi les résultats du questionnaire ne sont pas significatifs.

Retombées

Même si certaines questions à l'étude demeurent sans réponses, démontrer l'efficacité de la formation sur l'implantation de la LDPE en gestion de la douleur doit être faite. De plus, le phénomène du soulagement de la douleur au Jour 2 postopératoire est différent de celui des autres jours postopératoires. Il mériterait d'être étudié plus en profondeur afin d'identifier des interventions infirmières mieux adaptées.

Le modèle de mise en place utilisé pour l'implantation d'une LDPE a été structurant pour cette étude. Ainsi, la communauté infirmière peut y référer pour toute implantation d'une LDPE. De plus, la présente étude a contribué à valider l'utilité de ce modèle en peaufinant l'opérationnalisation de l'étape de mise en place ainsi que celle de la préparation du milieu de travail.

Au niveau de la pratique, il ressort que l'implantation d'une ligne directrice repose sur une activité de formation et de mentorat auprès du personnel soignant et que l'approche andragogique est à privilégier. Ainsi, l'ajout des principes de l'approche andragogique à l'approche

traditionnelle a permis de mettre au centre les besoins et l'expérience du personnel soignant. Le climat d'écoute et de respect de chacun ainsi créé a favorisé grandement la participation des apprenants. À cet égard, l'établissement a choisi de poursuivre la formation auprès du personnel soignant (infirmières et infirmières auxiliaires) nouvellement recruté et ainsi s'assurer de l'implantation de cette pratique exemplaire. Or, la combinaison des deux approches est gagnante et peut être réinvestie dans toute activité de formation et fera l'objet d'études évaluatives subséquentes.

Références

- Agency for Health Care Policy and Research (1992). Acute pain management : Operative or medical procedures and trauma. *Clinical practice guideline*. Rockville, MD : AHCP.
- American Pain Society Quality of Care Committee (1995). Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*, 274, 1874-1880. doi: 10.1001/jama.1995.03530230060032
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2002a). *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Évaluation et prise en charge de la douleur*. Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2002b). *Trousse sur la marche à suivre: Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Ontario.
- Bergeron, D.A., Leduc, G., Marchand, S. et Bourgault, P. (2011). Étude descriptive du processus d'évaluation de la douleur postopératoire dans un hôpital universitaire. *Pain Research and Management*, 16 (2), 81-86.
- Bergeron, D.A., Bourgault, P. & Marchand, S. (2010). The Transition process from patient-controlled intravenous analgesia to as-needed analgesia in postoperative situations - A Preliminary cook at the issue. *The Internet Journal of Pain, Symptom Control and Palliative Care*, 8(1).
- Bolduc, N., Bourgault, P., Michaud, C. & Lapré, J. (2009). Questionnaire de Toronto sur la gestion de la douleur. *IV^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers*. Marrakech, Maroc, 8 juin.
- Botti, M., Bucknall, T. & Manias, E. (2004). The problem of postoperative pain: Issues for future research. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 257-263. doi: 10.1111/j.1440-172x.2004.00488.x
- Burns, N. & Grove, S.K. (2005). *The practice of nursing research*. St-Louis, MO : Elsevier Saunders.
- Dalton, J., Carlson, J., Blau, W., Lindley, C., Greer, S.M. & Youngblood, R. (2001). Documentation of pain assessment and treatment: How are we doing? *Pain Management Nursing*, 2(2), 54-64. doi: 10.1053/jpmn.2001.23918
- de Rond, M. E., de Wit, R., van Dam, F. S. & Muller, M. J. (2000). A pain monitoring program for nurses: Effect on the administration of analgesics. *Pain*, 89(1), 25-38.
- de Rond, M., de Wit, R. & van Dam, F. (2001). The implementation of a pain monitoring program for nurses in daily clinical practice: Results of a follow-up study in five hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 590-598. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01875.x
- Ellis, J.A., McCleary, L., Blouin, R., Dubé, K., Rowley, B., MacNeil, M. et al. (2007). Implementing best practice pain management. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(4) 264-77. doi: 10.1111/j.1744-6155.2007.00121.x
- Estabrooks, C.A. (1999). Will evidence-based nursing practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(4), 273-294.
- Field, M. J. & Lorh, K. N. (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academies Press.
- Guardini, I., Talamini, R., Fiorillo, F., Lirutti, M. & Palese, A. (2008). The effectiveness of continuing education in postoperative pain management: results from a follow-up study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(6) 281-8.
- Ildvall, E. (2002). Post-operative patients in severe pain but satisfied with pain relief. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 841-842.
- International Association for the Study of Pain (2008). *Systematic Reviews in Pain Research Methodology Refined*, edited by Henry J. McQuay, Eija Kalso and R. Andrew Moore, IASP Press, Seattle.
- MacDonald, V. & Hilton, B.A. (2001). Postoperative pain management in frail older adults. *Orthopaedic Nursing*, 20(30), 63-76.
- Manias, E., Botti, M. & Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management-the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 724-733. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00691.x
- Morton-Cooper A. & Palmer A. (2000). *Mentoring, preceptorship and clinical supervision (2nd ed.)*. Oxford, UK: Blackwell.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - OIIQ (2009). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (2^e éd.)*. Montréal, QC : OIIQ.
- Quality of Practice Committee (1994). *Guidance for Purchasers of Anaesthetic Services*. London, UK : Royal College of Anesthetists.

- Ravaud, P., Keïta, H., Porcher, R., Durand-Stocco, C., Desmonts, J.M. & Mantz, J. (2004). Randomized clinical trial to assess the effect of an educational programme designed to improve nurses' assessment and recording of postoperative pain. *British Journal of Surgery*, 91, 692-698. doi :10.1002/j.bjs.4589
- Rivard, P. (2009). *La gestion de la formation en entreprise*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Twycross, A. (2002). Educating nurses about pain management: The way forward. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 705-14. doi : 10.1046/j.1365-2702.2002.00677.x
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680. doi: 10.1037/h0079856.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D. & Gallow, R. (2001). Relationship between nurses' pain knowledge and management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, 3(4), 535-45.