

Incertitude et jugement clinique infirmier dans la gestion de la douleur auprès de personnes ne pouvant l'autodéclarer : une revue des écrits

Leticia Urrutia^a, inf., M.Sc. et Anne Bourbonnais^{b,c,d}, inf., Ph.D.

^a Chef d'unité, CHSLD Paul-Gouin, CIUSSS du Nord-de-L'Île-de Montréal

^b Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^c Titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille et de la Chaire de recherche du Canada en soins aux personnes âgées

^d Chercheure, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Résumé

Contexte. Il n'existe aucun test objectif qui puisse mesurer l'expérience personnelle de la douleur. L'autodéclaration est reconnue comme « l'étalon d'or » pour son évaluation. Dans diverses situations cliniques, des personnes ne peuvent l'autodéclarer. Cela est fréquent en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) où la douleur affecte la plupart des résidents, dont la majorité vit avec un trouble neurocognitif majeur (TNCm). Ce trouble peut les empêcher d'autodéclarer leur douleur ce qui peut provoquer de l'incertitude chez l'infirmière et influencer son jugement clinique. Plusieurs études ont été réalisées pour comprendre la prise de décisions pour la gestion de la douleur auprès des personnes qui ne peuvent l'autodéclarer, et ce, dans différents milieux de soins. **But.** Le but est d'établir l'état des connaissances sur le jugement clinique dans la gestion de la douleur chez les personnes ne pouvant l'autodéclarer afin de dégager des implications pour celles vivant avec un TNCm. **Méthode.** Une recension des écrits a été réalisée dans deux bases de données et 16 articles ont été identifiés. **Résultats.** Les résultats mettent en évidence que l'ambiguïté des comportements amène une incertitude chez les professionnels de la santé, dont les infirmières, pouvant découler en des problèmes de jugement clinique dans la gestion de la douleur. Cela peut retarder l'évaluation et le soulagement de la douleur chez les patients ne pouvant l'autodéclarer, dont chez les personnes âgées vivant avec TNCm. **Conclusion.** Des recommandations sont faites pour améliorer le jugement clinique dans ces situations, par exemple en intégrant des activités de réflexion pour favoriser le développement professionnel des infirmières.

Mots-clés : Processus décisionnel, certitude, ambiguïté, douleur, non-verbal.

Abstract - Nursing uncertainty and clinical judgment in pain management with people unable to self-report : A Literature Review

Context. There is no objective test that can measure the personal experience of pain. Self-declaration is recognized as the "gold standard" for its evaluation. In various clinical situations, people cannot self-report pain. This is common in long-term care homes where pain affects most residents, the majority of whom often live with a major neurocognitive disorder. This condition can prevent them from self-reporting their pain, which can cause uncertainty for nurses and affect their clinical judgment. Several studies have been carried out in various care setting to understand decision-making for pain management in people who cannot self-report pain. **Purpose.** The purpose is to establish the state of knowledge on clinical judgment in pain management in people who cannot self-declare it to identify implications for those living with a neurocognitive disorder. **Method.** A literature review was carried out in two databases, and 16 articles were identified. **Results.** The results highlight that the ambiguity of behaviour leads to uncertainty among health professionals, including nurses, which can induce clinical judgment problems in pain management. This may delay the assessment and relief of pain in patients who cannot self-report it, including for older people living with a neurocognitive disorder. **Conclusion.** Recommendations are made to improve clinical judgment in these situations, for example, by integrating reflective activities to support nurses' professional development.

Keywords: Decision-making, certainty, ambiguity, pain, non-verbal.

Merci à Monsieur Patrick Lavoie, professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et à Madame Samia Tohmé, antérieurement conseillère-cadre en soins infirmiers au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de Montréal pour leurs commentaires constructifs ayant contribué à cet article. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mme Anne Bourbonnais par courriel : Anne.Bourbonnais@UMontreal.ca

Quotidiennement, dans les milieux de soins, il y a des adultes ne pouvant autodéclarer leur douleur. Cela est particulièrement vrai en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) où 80 % des résidents sont atteints d'un trouble neurocognitif majeur (TNCm) (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014) pouvant interférer avec cette autodéclaration. En comparaison avec les résidents sans atteintes cognitives, les résidents atteints d'un TNCm ne pouvant autodéclarer leur douleur ont un risque plus élevé de ne pas recevoir d'analgésiques (risque relatif = 3,4) (Bauer et al., 2016). Pourtant, la douleur est un problème important dans ces centres, puisqu'il est estimé que sa prévalence est de 80 % (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2013). Étant donné l'ampleur de ce phénomène, l'évaluation de la douleur auprès de personnes âgées atteintes d'un TNCm est primordiale (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2016).

En absence de capacités d'autodéclaration, l'information sur la présence de douleur s'obtient par l'observation de comportements, par exemple par des grimaces (Monroe et al., 2015) ou des comportements réactifs liés aux TNCm, tels que des comportements agressifs, qui peuvent être l'expression de besoins non satisfaits (Société Alzheimer de l'Ontario, 2017). Cependant, ces comportements peuvent signifier autant la présence de la douleur que de la détresse (De Witt Jansen et al., 2018).

De nombreux outils d'observation pour évaluer la douleur auprès de diverses clientèles ne pouvant autodéclarer leur douleur existent (Herr et al., 2019; Lichtner et al., 2014). Par exemple, il existe les outils DOLOPLUS-2 (Neville et Ostini, 2014) ou le Pain Assessment Checklist for Limited Ability to Communicate-II (PACSLAC-II) (Hadjistavropoulos et al., 2018) pour les personnes vivant avec un TNCm en CHSLD ou la Behavior Pain Assessment Tool (BPAT) (Gélinas et al., 2017) pour les personnes hospitalisées aux soins critiques. Toutefois, malgré ces outils, les lignes directrices en lien avec l'évaluation de la douleur de personnes ne pouvant l'autodéclarer indiquent que la première approche devrait être de prendre conscience des causes potentielles de la douleur, puis de tenter l'autodéclaration. Les outils d'observation sont considérés comme complémentaires à ces deux premières étapes pour contribuer au jugement clinique en ce qui concerne la douleur (Herr et al., 2019). De plus, ces outils ne permettent pas toujours de bien distinguer la douleur d'autres sources de détresse, entre autres, émotionnelles (Herr et al., 2019). Aussi, de nombreux défis persistent dans l'utilisation clinique de ces outils et les professionnels ne les considèrent pas toujours

comme utiles même quand ils les ont à leur disposition (De Witt Jansen et al., 2018).

Malgré l'existence d'outils, l'évaluation de la douleur auprès des personnes ne pouvant l'autodéclarer génère de l'ambiguïté. Selon McMahon et Dluhy (2017), la présence de multiples interprétations possibles, le manque d'information pour la prise de décisions, ainsi que la possibilité de provoquer de l'incertitude ou la crainte de commettre des erreurs, sont des caractéristiques de l'ambiguïté.

Par ailleurs, l'ambiguïté peut avoir un impact sur le jugement clinique dans la gestion de la douleur. Selon Tanner (2006), le jugement clinique peut être défini comme une interprétation des problèmes ou des besoins de santé de la personne qui vont mener à la planification d'actions pour y répondre. Toujours selon cette auteure, dans les situations complexes qui sont « par définition incertaines et ambiguës » (traduction libre, p. 205), le jugement clinique infirmier doit rester flexible et ouvert à plusieurs interprétations des indices saillants. Concernant ce processus de jugement clinique, Chapados et al. (2014) ajoutent que certains problèmes sont possibles. Par exemple, elles mentionnent le manque d'intégration clinique de connaissances, une confiance excessive, ou au contraire, de l'incertitude, ou de la difficulté à obtenir des informations déterminantes afin d'émettre des hypothèses.

De nombreuses études ont été réalisées dans divers milieux auprès de plusieurs types de clientèles ne pouvant autodéclarer leur douleur. Certaines études visent spécifiquement les personnes vivant avec un TNCm, d'autres des groupes diversifiés ne pouvant l'autodéclarer, dont des personnes vivant avec un TNCm, ou encore elles visent des adultes ne présentant pas un TNCm. Ces études décrivent les façons avec lesquelles les infirmières prennent des décisions afin d'identifier, évaluer et soulager la douleur. Puisqu'il y a peu d'études spécifiques aux personnes vivant avec un TNCm, la synthèse des connaissances à partir des études réalisées auprès de populations variées ne pouvant autodéclarer leur douleur pourrait aider à mieux comprendre le phénomène de la gestion de la douleur chez les personnes âgées atteintes d'un TNCm et avoir des implications pour les interventions destinées à développer le jugement clinique des infirmières œuvrant auprès de cette clientèle. En conséquence, le but de cette revue des écrits est d'établir l'état des connaissances sur l'incertitude infirmière et le jugement clinique dans la gestion de la douleur d'adultes ne pouvant l'autodéclarer afin de dégager des implications pour ceux vivant avec un TNCm.

Méthodologie

Afin de répondre à ce but, une revue narrative des écrits a été réalisée (Paré et al., 2015). Cette méthode consiste à établir ce qui a déjà été publié à propos d'un phénomène spécifique, à effectuer une analyse critique des écrits et à présenter une synthèse narrative des conclusions significatives obtenues. Bien que n'étant pas une méthode généralement systématique, la revue a été effectuée de façon rigoureuse et visant à démontrer une transparence dans son exécution.

Pour être inclus dans cette revue narrative, les écrits devaient répondre aux critères décrits dans l'encadré 1.

Tout type d'écrits pouvait être inclus. Les écrits portant sur la population infantile, sur l'incertitude vécue par les personnes et les proches, sur la

sédation, la sédation palliative et l'euthanasie ont été exclus.

Encadré 1 - Critères d'inclusion

<i>Concept</i>	Porter sur l'incertitude dans la prise de décisions pour la gestion de la douleur, entre autres, d'infirmières
<i>Population</i>	Viser des adultes ne pouvant autodéclarer leur douleur (p. ex. : les patients en soins critiques ventilés, recevant des soins de fin de vie ou atteints d'un TNCm)
<i>Contexte</i>	Se dérouler dans n'importe quel milieu de soins

Une recherche documentaire a été effectuée dans les bases de données CINAHL et PsycINFO par combinaison de mots clés et par descripteurs.

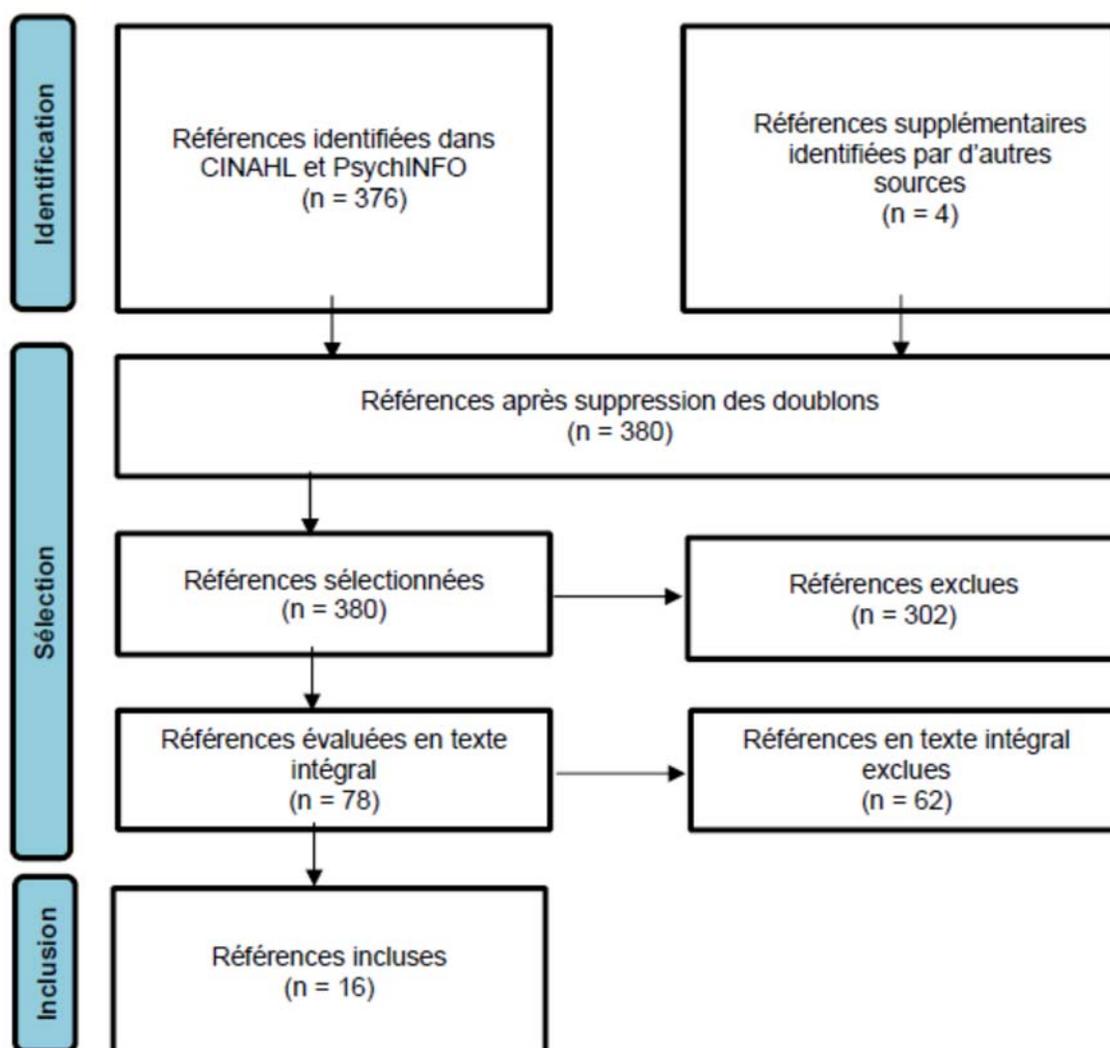


Figure 1. Diagramme de flux de type PRISMA inspiré de Page et al. (2021)

Ces bases de données ont été retenues étant donné leur spécificité à la discipline infirmière rejoignant le concept visé, tant par les périodiques indexés que par leur vocabulaire contrôlé. Les concepts clés utilisés pour réaliser cette recherche documentaire ont été : l'incertitude, le jugement clinique infirmier et la douleur auprès des adultes ne pouvant l'autodéclarer. En plus de ces bases de données, la liste de références des écrits retenus a été examinée. Les écrits en anglais, français ou espagnol ont été retenus. Aucune limite de temps n'a été appliquée afin d'inclure un plus grand nombre d'écrits. Cette stratégie de recherche a permis de recenser 380 articles.

La sélection initiale des écrits à partir des critères d'inclusion a été effectuée par une personne à partir de la lecture du titre et du résumé, puis les écrits retenus lors de cette sélection initiale ont été lus au complet. Le résultat de ce processus de sélection des écrits est illustré sous la forme d'un diagramme de flux de type PRISMA (voir figure 1) (Page et al., 2021).

Afin d'évaluer la rigueur scientifique et la pertinence des écrits retenus, la grille d'analyse « Pertinence, Rigueur, Transfert » (PRT) (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2008) a été utilisée. Cette grille a été développée par le corps professoral de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et inclut des critères de rigueur conceptuelle et méthodologique (devis de recherche, échantillonnage, définition des variables/concepts et méthodes de collecte des données, analyse des données), ainsi que sur les considérations éthiques, la qualité générale des études et du transfert de résultats à la pratique clinique. Sur la base de cette évaluation, un écrit a été exclu en raison de sa faible rigueur scientifique (non-pertinence de l'outil de collecte de données pour atteindre le but de l'étude). Par la suite, les données ont été extraites dans un fichier Excel et regroupées pour dégager des thématiques de façon itérative.

Résultats

Caractéristiques des écrits

Les 16 écrits retenus incluent dix études qualitatives, deux études quantitatives, deux études mixtes ainsi que deux revues des écrits. Ils ont été publiés entre 2004 et 2019. Dans tous ces écrits, la population à l'étude incluait des infirmières qui œuvraient auprès d'adultes ne pouvant autodéclarer leur douleur. Cinq écrits visaient des CHSLD¹; sept études se déroulaient en milieu hospitalier, dont trois dans des unités de soins intensifs, deux en chirurgie, un à l'urgence et un dans des unités variées; et finalement, quatre écrits avaient pour contexte des milieux mixtes, tels que

des services dans la communauté, dans des unités de soins palliatifs ou de déficience intellectuelle. Huit études ont été réalisées en Europe, trois au Canada, deux aux États-Unis; deux en Australie, et une en Jordanie. Ces écrits ont été regroupés en trois thèmes reflétant des éléments influençant le jugement clinique soit : l'ambiguïté des comportements liés à la douleur, l'incertitude de l'infirmière quant à la présence de douleur et l'évaluation de la douleur dans la prise de décisions en contexte d'incertitude.

L'ambiguïté des comportements liés à la douleur

Le tableau 1 présente quatre études qui portent sur l'ambiguïté des comportements liés à la douleur. Les études auprès des adultes ne pouvant autodéclarer leur douleur dans différents milieux de soins présentent des caractéristiques d'ambiguïté telles que décrites par McMahon et Dluhy (2017) soit : peu d'information est disponible pour la prise de décisions, la signification donnée à cette information peut être interprétée de diverses manières, et ces situations peuvent se présenter d'une manière atypique ou inhabituelle.

Peu importe la nature de l'étude, le milieu ou la population ne pouvant autodéclarer la douleur qui étaient visés, il se dégage des similarités importantes dans les résultats des études. Les infirmières et les autres professionnels de la santé sont confrontés à des comportements qu'ils ont des difficultés à interpréter. Ces comportements sont souvent considérés comme de l'agitation ou des comportements difficiles alors qu'ils représentent plutôt des manifestations de douleur non soulagée chez une personne ne pouvant pas l'autodéclarer (Dillane et Doody, 2019; Haslam et al., 2012; Kerr et al., 2006). Dans certains cas, les problèmes à comprendre les comportements ambigus sont mentionnés comme découlant en partie d'un manque de formation (Burns et McIlfratrick, 2015; Dillane et Doody, 2019).

De façon plus spécifique, dans une étude mixte rétrospective portant sur les notes au dossier des infirmières sur la présence de douleur dans deux unités de soins intensifs, Haslam et al. (2012) ont constaté que les infirmières étaient incapables de distinguer les causes de certains comportements comme l'agitation et les grimaces reflétant ainsi une ambiguïté. Ces comportements étaient interprétés comme pouvant être causés par de la douleur, par un manque de sédation, ou encore comme étant liés à un état confusionnel aigu. Cette ambiguïté provoquait chez les infirmières de l'incertitude dans leur décision sur le traitement à administrer qui se reflétait par des notes au dossier confuses ou incohérentes. Il faut noter que dans cette étude l'inclusion d'un seul type d'unité limitait la généralisation de ces résultats.

Tableau 1 : Écrits en lien avec l'ambiguïté des comportements liés à la douleur

Auteurs (année) • Pays	But de l'écrit	Devis • Échantillon	Principaux résultats
Burns et McIlfatrick (2015) Royaume-Uni	« Déterminer les connaissances et les attitudes des infirmières à l'égard de l'évaluation de la douleur » (p. 479)	Quantitatif transversal n = 32 infirmières de CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières rencontraient des difficultés à évaluer la douleur auprès de résidents avec TNCm à cause de l'ambiguïté. • Les infirmières ayant reçu de la formation dans leur milieu de travail avaient une meilleure compréhension sur l'identification et la gestion de la douleur.
Dillane et Doody (2019) Royaume-Uni	« Explorer l'état des connaissances sur la pratique infirmière auprès des personnes atteintes de déficience intellectuelle (DI) et TNCm qui ont de la douleur » (p. 2474)	Revue intégrative n = 7 écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières ne reconnaissaient pas la douleur lorsque celle-ci ne correspond pas aux manifestations cliniques habituelles. • Les infirmières manquaient de connaissances sur les TNCm et la gestion de la douleur.
Haslam et al. (2012). Canada	« Examiner des descripteurs dans les notes d'infirmières des soins intensifs documentant la douleur de patients gravement malades ne pouvant l'autodéclarer » (p. 1082)	Mixte rétrospective n = 189 dossiers de patients aux soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> • Des comportements ambigus liés à la douleur pouvaient signifier de l'agitation, un état confusionnel aigu, de l'instabilité hémodynamique ou de la douleur. • Les infirmières n'arrivaient pas à distinguer la cause de ces comportements.
Kerr et al. (2006). Royaume-Uni	« Examiner les problèmes spécifiques à l'identification et la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées atteintes de DI et TNCm » (section background, para. 4)	Qualitatif n = 86 personnes de la communauté et CHSLD (DI, soignants, gestionnaires, médecins, communautaire)	<ul style="list-style-type: none"> • Le diagnostic de TNCm portait « ombrage » à d'autres problèmes de santé (dont la douleur) pouvant expliquer les comportements « difficiles ». • L'expression habituelle de la douleur des résidents atteints de DI et de TNCm changeait lors de la détérioration de leurs capacités de communication et le personnel ne reconnaissait plus les nouvelles manifestations comme étant liés à la douleur.

Tableau 2 - Écrits sur l'incertitude dans la gestion de la douleur

Auteur (année) • Pays	But de l'écrit	Devis • Échantillon	Principaux résultats
De Witt Jansen et al. (2018) Irlande	« Explorer le développement de la pratique et l'utilisation de grilles d'évaluation de la douleur dans divers milieux offrant des soins palliatifs aux patients atteints d'un TNCm avancé et en fin de vie » (p. 1346)	Qualitatif exploratoire n = 23 médecins et 24 infirmières en milieu de soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels vivent de l'incertitude pour déterminer la nature des comportements observés. • Ils considèrent que les outils d'observation de la douleur n'« apportent rien de plus » à l'expérience clinique.
Gilmore-Bykovsky et Bowers (2013) États-Unis	« Examiner le processus décisionnel des infirmières et identifier les facteurs qui influencent le traitement pharmacologique de la douleur auprès de résidents avec TNCm » (p. 128)	Analyse dimensionnelle ancrée n = 12 infirmières et 3 infirmières auxiliaires en CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> • Le niveau d'incertitude pour identifier la douleur influençait la prise de décision infirmière. • L'incertitude était moindre lorsque l'infirmière suspectait la douleur et qu'elle validait ses soupçons en approfondissant l'évaluation. • Le plus haut niveau d'incertitude était lié aux personnes atteintes d'un TNCm ne pouvant autodéclarer la douleur. • La douleur était généralement interprétée plutôt comme un problème de comportement lié au TNCm.
Kaasalainen et al. (2007) Canada	« Explorer le processus décisionnel de médecins et d'infirmières et comment leurs attitudes et croyances à l'égard de la douleur affectent leurs décisions de prescription et d'administration d'analgésiques chez les résidents avec un TNCm » (p. 564)	Qualitatif s'inspirant de la théorisation ancrée n = 9 médecins, 24 infirmières et 33 infirmières auxiliaires en CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels étaient incertains de : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'exactitude de leur évaluation notamment par l'absence d'autodéclaration de la douleur. ○ la différence entre les comportements observés. • Souvent, la douleur n'était pas considérée comme une possible cause des comportements. • L'incertitude influençait le traitement analgésique et menait à une approche par essai-erreur thérapeutique.
Monroe, Parish et Mion (2015) États-Unis	« Évaluer les indices et les pratiques utilisés par le personnel en CHSLD pour identifier et soulager la douleur chez les résidents avec TNCm » (p. 318)	Qualitatif exploratoire n = 29 infirmières ou infirmières auxiliaires en CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> • Au près des résidents avec TNCm présentant des signes d'inconfort, les infirmières commençaient un large processus de collecte d'information. • Une série d'évaluations de l'efficacité des interventions se succédaient jusqu'à que le résident « semble confortable ». • Malgré leurs efforts d'évaluation, l'incertitude persistait quant à la présence de douleur.
Rababa (2018) Jordanie	« Examiner les relations entre le changement de comportement, le degré de certitude sur la douleur, l'étendue de l'évaluation et la douleur chez les résidents avec TNCm » (p. 66)	Descriptif corrélationnel n = 76 résidents avec TNCm et 10 infirmières en CHSLD	<ul style="list-style-type: none"> • Une corrélation positive significative a été identifiée entre l'augmentation de l'incertitude quant à la présence de douleur et l'approfondissement de l'évaluation de la douleur ($r = 0,554, p < 0,001$).

Tableau 3 : Écrits sur l'évaluation de la douleur dans la prise de décisions en contexte d'incertitude

Auteur (année) Pays	But de l'écrit	Devis/ Échantillon	Principaux résultats
Connor (2012) Irlande	« Déterminer comment les infirmières des soins intensifs pondèrent et combinent les indices de douleur pour poser un jugement quant à la présence de douleur » (p. 216)	Étude de cas intrinsèque qualitative N = 30 dyades patient/infirmière des soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières identifiaient un <i>pattern</i> de réponse individuel à la douleur chez les patients à travers une recherche d'indices et d'une approche par essai-erreur d'interventions. • Le <i>pattern</i> de réponse à la douleur permettait aux infirmières de déduire efficacement les comportements du patient.
Dowding et al. (2016) Royaume-Uni	« Réviser un modèle conceptuel d'aide à la décision pour la reconnaissance, l'évaluation et le traitement de la douleur chez les patients atteints d'un TNCm en milieu hospitalier » (p. 155)	Ethnographie n = 31 patients avec TNCm, 56 professionnels, soignants et proches en contexte hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> • La reconnaissance initiale de la douleur était basée sur l'intuition, les compétences des infirmières et sur leurs connaissances du patient. • Des biais personnels inhérents au processus intuitif pouvaient influencer la prise de décision sur la reconnaissance et le traitement de la douleur. • D'autres facteurs d'influence étaient la culture organisationnelle et la routine de l'unité. • L'évaluation de la douleur pouvait être un processus collectif permettant de construire le <i>pattern</i> de réponse à la douleur individuelle du patient. •
Fry et al. (2015) Australie	« Explorer la pratique des infirmières auprès de personnes âgées atteintes des TNCm qui se présentaient à l'urgence avec une fracture d'un os long, afin de mettre en évidence la confiance des infirmières et leur sentiment d'auto-efficacité » (p. 1622)	Qualitatif exploratoire n = 80 infirmières de la salle d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • La confiance des infirmières dans leur pratique diminuait en contexte d'incertitude et augmentait avec l'expérience. • Le manque de confiance limitait la capacité à agir efficacement des infirmières avec moins d'expérience. • La réflexivité permettait aux infirmières d'adapter leur pratique de gestion de la douleur aux différents groupes de patients et d'améliorer leur capacité d'agir.
Lichtner et al. (2016) Royaume-Uni	« Étudier comment la douleur est reconnue, évaluée et traitée chez les personnes vivant avec un TNCm en contexte de soins hospitaliers aigus afin de développer un outil d'aide à la décision » (p. 1)	Étude de cas multisites qualitative n = 31 patients, 8 médecins, 31 infirmières, 7 préposés, 4 proches aidants et 6 autres professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels manquaient d'information pour identifier le <i>pattern</i> de réponse individuel du patient à la douleur. • Ils ont manifesté des difficultés en lien avec la : <ul style="list-style-type: none"> ○ communication de l'information recueillie par l'équipe de soins; ○ réévaluation et le titrage de doses d'analgésique.
Manias et al. (2004) Australie	« Déterminer comment les infirmières évaluent la douleur des patients lors d'activités liées à la douleur dans un contexte postopératoire » (p. 753)	Observationnel qualitatif n = 52 infirmières, 74 périodes d'observation en contexte hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'évaluation lorsque l'infirmière croyait les patients incapables de communiquer leur douleur

Auteur (année) Pays	But de l'écrit	Devis/ Échantillon	Principaux résultats
Prkachin et al. (2007)	« Examiner et synthétiser les études récentes sur la façon dont les professionnels de la santé jugent de la douleur d'autrui et de présenter un modèle conceptuel de ce processus ». (p. 89)	Revue des écrits narrative et modélisation Nombre d'écrits recensés non mentionné	<ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation de la douleur d'autrui est un processus de prise de décisions en contexte d'incertitude • Il existe un biais de sous-estimation de la douleur par les professionnels de la santé. • Les professionnels de la santé avec plus d'expérience clinique tendent à sous-estimer la douleur plus souvent. • Tous les types de douleur sont sous-estimés, mais particulièrement la douleur chronique et la douleur musculosquelettique.
Wøien et Bjørk (2013) • Norvège	« Examiner les expériences des infirmières posant des jugements cliniques sur la douleur des patients et sur leurs besoins en sédation après la mise en œuvre d'outils d'évaluation ainsi que comment ces outils influencent leurs jugements » (p. 128)	Qualitatif exploratoire n = 14 infirmières des soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> • Les jugements cliniques intuitifs permettaient aux infirmières de prendre des décisions rapidement et de prioriser leurs actions. • L'implantation du protocole d'analgésie et de sédation permettait de repérer rapidement des indices de douleur. • Les outils cliniques étaient complémentaires aux jugements cliniques de l'infirmière. Cependant, certaines craignaient que les résultats obtenus à partir des outils puissent remettre en question leurs jugements cliniques.

Dans ce même ordre d'idée, Kerr et al. (2006) ont réalisé une étude qualitative auprès de personnes ne pouvant autodéclarer leur douleur en lien avec une déficience intellectuelle (DI) et un TNCm. Ils ont constaté que certains problèmes spécifiques entravaient la gestion de la douleur. L'ambiguïté dans l'interprétation des comportements, tels que l'agitation physique et l'agressivité verbale pouvant exprimer de la douleur, se confondaient avec des comportements « difficiles » qui se présentaient fréquemment chez cette clientèle. La détérioration de la communication chez les personnes atteintes de DI et d'un TNCm provoquait un changement dans la façon de communiquer la douleur. Ainsi, le personnel qui connaissait les résidents depuis plusieurs années n'arrivait plus à comprendre les nouvelles manifestations de la douleur et les associait plutôt à des comportements « difficiles ».

D'ailleurs, Dillane et Doody (2019) ont réalisé une revue intégrative sur l'avancement de la pratique infirmière dans la gestion de la douleur auprès de cette même clientèle. Leurs résultats ont permis de dégager que lorsque les patients présentaient des comportements qui ne correspondaient pas à une présentation clinique habituelle de la douleur, les infirmières ne les reconnaissaient pas comme étant liés à la douleur. Également, les auteurs ont constaté que les infirmières œuvrant auprès de la clientèle atteinte de DI et vieillissante manquaient de formation, non seulement sur la gestion de la douleur, mais aussi sur le vieillissement et les TNCm. Il faut noter que malgré la rigueur de cette revue intégrative, elle n'incluait que sept études, toutes réalisées au Royaume-Uni, ce qui peut démontrer le manque de connaissances sur ce sujet.

Finalement, l'étude descriptive quantitative transversale de Burns et McIlpatrick (2015) a exploré, entre autres, le lien entre les connaissances des infirmières ($n = 32$) et la gestion de la douleur des résidents atteints d'un TNCm en CHSLD à l'aide d'un questionnaire autorapporté. Dans cette étude, les infirmières avaient des connaissances suffisantes sur la douleur, mais elles ont malgré tout indiqué rencontrer des difficultés dans l'évaluation de la douleur chez les personnes vivant avec un TNCm. Une des barrières à cette évaluation était l'absence d'un rapport précis de la douleur lié à l'incapacité du résident à l'autodéclarer ce qui contribuait à l'ambiguïté dans l'interprétation des signes possibles de douleur. Les infirmières qui avaient reçu plus de formation sur la douleur et les TNCm dans leur milieu de travail avaient une meilleure compréhension de la gestion de la douleur ($p = 0,039$) chez cette clientèle. Cette étude présente toutefois des limites puisque, bien que le questionnaire eût été adapté d'un outil ayant subi une validation apparente et de contenu, il a été

administré de façon autorapportée auprès d'un échantillon de petite taille ($n = 32$), ce qui limite la validité et la généralisation des résultats.

En somme, malgré les limites de ces études, il se dégage que les comportements des personnes ne pouvant autodéclarer leur douleur comportent des caractéristiques d'ambiguïté qui affecte le jugement clinique des professionnels. Ce manque d'autodéclaration peut provoquer de la confusion et nuire à l'identification des causes de ces comportements ce qui génère de l'incertitude chez les infirmières.

L'incertitude dans la gestion de la douleur

Le tableau 2 présente cinq études qui portent sur l'incertitude dans la gestion de la douleur. Ces écrits reflètent que l'infirmière et les autres professionnels prennent des décisions sur la gestion de la douleur dans un contexte d'incertitude et que ce contexte influence leurs décisions.

Quatre des cinq études portant sur cette thématique se sont déroulées en CHSLD. L'incertitude semble amener les professionnels à douter de l'exactitude de leur évaluation, ce qui influence leur prise de décisions et peut contribuer au sous-traitement de la douleur. Cette incertitude tend à persister malgré les efforts des infirmières pour comprendre la personne (Monroe et al., 2015). Dans certains cas, cette incertitude amène les professionnels à approfondir leur évaluation afin de clarifier l'interprétation des comportements observés (De Witt Jansen et al., 2018; Gilmore-Bykovskiy et Bowers, 2013; Rababa, 2018). Parfois, afin de pallier cette incertitude, des cycles d'essai-erreur d'interventions sont plutôt réalisés, accompagnés ou non d'une évaluation approfondie, jusqu'à ce que la personne soignée semble confortable (Gilmore-Bykovskiy et Bowers, 2013; Kaasalainen et al., 2007; Monroe et al., 2015).

Plus particulièrement, avec une analyse dimensionnelle ancrée, Gilmore-Bykovskiy et Bowers (2013) ont interviewé individuellement des infirmières ($n = 12$) et des infirmières auxiliaires ($n = 3$) dans quatre CHSLD afin de concevoir un modèle sur la manière avec laquelle les infirmières prenaient des décisions d'évaluation et de traitement de la douleur auprès des résidents atteints d'un TNCm. Ce modèle illustre deux trajectoires décisionnelles selon le niveau d'incertitude de l'infirmière. Dans la première trajectoire, les infirmières suspectaient la douleur et décidaient d'approfondir leur évaluation pour valider sa présence et la traiter. Dans la deuxième trajectoire, les infirmières se sentaient hautement incertaines de la présence de douleur, et ce, principalement chez les personnes atteintes d'un TNCm ne pouvant l'autodéclarer. Lorsque ces personnes présentaient un changement de comportement et que la douleur n'était pas évidente

ou prévisible, les infirmières se sentaient incapables de conclure avec précision sur la présence de douleur. Ainsi, elles déclenchaient un cycle d'essai-erreur en essayant différentes combinaisons d'interventions, comme amener la personne à la toilette ou lui administrer de faibles doses d'acétaminophène au cas où cela serait de la douleur, jusqu'à ce que la personne retrouve son comportement habituel. Dans cette trajectoire, les infirmières interprétaient le changement de comportement chez les personnes atteintes d'un TNCm comme pouvant être lié à autre chose qu'à de la douleur. Cette conceptualisation de la douleur en fonction de l'incertitude infirmière pourrait en partie expliquer la sous-évaluation de la douleur constatée en CHSLD.

Par ailleurs, la première trajectoire de ce modèle de réponse infirmière à la douleur en contexte d'incertitude a été explorée par Rababa (2018) dans une étude corrélationnelle auprès de 76 personnes vivant avec un TNCm en centre d'hébergement en Jordanie. Les résultats démontrent que lorsque les infirmières suspectaient de la douleur, une corrélation positive significative était identifiée entre l'augmentation de l'incertitude et l'approfondissement de l'évaluation de la douleur ($r = 0,554$, $p < 0,001$). La validité des résultats de cette étude est toutefois affectée par l'inclusion de personnes ayant divers degrés de sévérité de leur TNCm, dont seulement 22 % avaient des troubles sévères pouvant rendre l'évaluation de la douleur particulièrement difficile. De plus, il est possible qu'il y ait des différences culturelles dans la façon de concevoir l'incertitude entre le contexte jordanien et le contexte occidental.

L'approfondissement de l'évaluation infirmière lorsque la présence de douleur est incertaine a aussi été abordé dans deux études qualitatives auprès de personnes atteintes de TNCm. Dans la première, Monroe et al. (2015) ont exploré les indices de la douleur que les infirmières et infirmières auxiliaires ($n = 29$) œuvrant dans deux CHSLD utilisaient pour identifier la douleur. Durant des groupes de discussion, les participantes ont indiqué que l'incertitude sur la présence de douleur persistait malgré leurs efforts pour comprendre l'expérience du résident, entre autres, à cause de leur incapacité à autodéclarer leur douleur. En ayant comme objectif le maintien du confort et du bien-être du résident, les infirmières amorçaient un large processus de collecte de données en incluant divers facteurs tels que l'histoire médicale et des facteurs de l'environnement, en plus de questionner la famille et les membres de l'équipe de soins. Lorsqu'un résident présentait des signes d'inconfort, les infirmières réalisaient une série d'évaluation et de réévaluations de leurs interventions jusqu'à ce que le résident « semble confortable ».

Un constat semblable sur l'approfondissement de l'évaluation dans ce contexte a été rapporté dans l'étude qualitative de De Witt Jansen et al. (2018). Ils ont exploré par des entrevues individuelles l'utilisation d'outils d'observation de la douleur par des médecins ($n = 23$) et des infirmières ($n = 24$) œuvrant dans 25 milieux offrant des soins palliatifs (p. ex., hôpitaux, maisons de soins palliatifs, centre d'hébergement) auprès de personnes atteintes d'un TNCm en fin de vie. Chaque milieu avait un protocole d'évaluation de la douleur recommandant l'utilisation d'outils d'évaluation. Les outils utilisés étaient variés, le plus fréquent étant le Abbey Pain Scale (Abbey et al., 2004) (92 %). Les résultats indiquent que seulement 27,6 % des participants utilisaient ces outils bien que leur utilisation fût recommandée. De plus, les participants ont déclaré vivre de l'incertitude dans l'interprétation des comportements observés, particulièrement lors de l'observation de signes non verbaux de la douleur chez les patients présentant des comportements hypoactifs ou avec altération de l'état de conscience. Dans ces situations d'incertitude, dont les manifestations pouvaient être liées à un TNCm ou indiquer de la détresse, les participants étaient amenés à réaliser une évaluation approfondie. La majorité des participants a indiqué utiliser leur expérience clinique sans avoir recours à des outils d'évaluation formels qui leur semblaient superficiels en comparaison à leur évaluation clinique.

Or, dans la deuxième trajectoire décrite dans le modèle de Gilmore-Bykovsky et Bowers (2013), les infirmières amorçaient plutôt un cycle d'essai-erreur d'interventions qui n'incluait pas ou peu l'évaluation de la douleur. Des résultats cohérents à la description de cette deuxième trajectoire ont été obtenus par Kaasalainen et al. (2007) dans une étude s'inspirant de la théorisation ancrée réalisée dans quatre CHSLD canadiens qui portait sur le processus de prise de décisions dans la gestion de la douleur auprès de médecins ($n = 9$), d'infirmières ($n = 24$) et d'infirmières auxiliaires ($n = 33$). Les résultats indiquent qu'il y a un manque de reconnaissance de la douleur chez les résidents atteints de TNCm ne pouvant l'autodéclarer. Les participants ont présenté de l'incertitude liée à leur incapacité à différencier la cause des comportements, tels que l'agitation et les comportements vocaux négatifs. Ces comportements pouvaient être liés à de la douleur, à un TNCm ou à un état confusionnel aigu. Cependant, bien souvent, ils étaient interprétés comme étant autre chose que de la douleur. Un médecin participant a exprimé que « si c'était de la douleur, malheureusement, c'est la dernière chose que nous examinons avec les résidents atteints de TNCm » (traduction libre, p. 570). En plus, même une fois que la douleur avait été identifiée, les infirmières exprimaient un manque de confiance

dans la précision de leur évaluation étant donné l'absence d'autodéclaration. Cette incertitude influençait le traitement administré par les participants qui ne voulaient pas prendre le risque de traiter de la douleur avec des médicaments plus puissants que de l'acétaminophène, car ils n'avaient pas de certitude dans l'exactitude de leur évaluation. Il n'y avait que lorsque la douleur pouvait être suspectée, comme lorsque la personne atteinte d'un TNCm se trouvait en fin de vie, que le changement de comportement était interprété comme étant lié à la douleur.

En somme, l'ambiguïté des comportements des personnes ne pouvant autodéclarer leur douleur mène à une incertitude chez les professionnels de la santé, dont les infirmières. Cette incertitude semble avoir un impact important sur l'évaluation de la douleur de ces personnes et par conséquent sur le traitement de leur douleur.

L'évaluation de la douleur dans la prise de décisions en contexte d'incertitude

Le tableau 3 présente six études et une revue des écrits qui indiquent la façon avec laquelle les professionnels de la santé, dont les infirmières, évaluent la douleur auprès de personnes ne pouvant l'autodéclarer en contexte d'incertitude.

Les sept écrits de cette thématique visaient le contexte hospitalier, dont trois sont spécifiques aux soins intensifs ou à la salle d'urgence. L'incertitude des infirmières semble parfois les amener à suspendre leur évaluation de la douleur lorsque la personne soignée est incapable de l'autodéclarer (Manias et al., 2004). Parfois, les professionnels de la santé, incluant les infirmières, construisent plutôt le *pattern* de réponse à la douleur de la personne soignée lors de leur évaluation (Connor, 2012; Dowding et al., 2016; Lichtner et al., 2016), entre autres, en utilisant un processus de jugement clinique intuitif (Wøien et Bjørk, 2013). Divers facteurs peuvent interférer avec l'évaluation de ces *patterns* comme le manque de temps et le manque de consolidation de l'information recueillie (Lichtner et al., 2016) ou encore des facteurs organisationnels, individuels ou liés aux routines de soins (Dowding et al., 2016). Certains de ces facteurs individuels consistent en un manque de confiance de l'infirmière lors de son évaluation (Fry et al., 2015) ou au manque d'expérience de celle-ci (Prkachin et al., 2007). La nature de la douleur peut aussi influencer l'évaluation des infirmières qui tendent à sous-estimer certains types de douleur comme celles qui sont chroniques (Lichtner et al., 2016; Prkachin et al., 2007).

Spécifiquement, à l'aide d'une étude qualitative observationnelle qui portait sur l'évaluation de la douleur sur deux unités post-chirurgie, Manias et al. (2004) ont constaté une sous-évaluation de la douleur. Durant cette étude, ils ont observé les

interactions de 52 infirmières avec des patients durant 316 activités liées à la gestion de la douleur. Une absence d'évaluation a été observée, entre autres, lorsque les patients ne pouvaient pas répondre aux questions posées par les infirmières pour évaluer la douleur, ou lorsque ses réponses étaient incohérentes. À ce moment, les infirmières suspendaient l'évaluation de la douleur en indiquant leur difficulté à l'interpréter. Cette étude démontre que lorsque l'on observe le travail des infirmières, une sous-évaluation importante de la douleur est constatée. Les résultats de cette étude, bien que rigoureux, doivent être interprétés avec précaution étant donné qu'elle ne comportait qu'une faible proportion de personnes ne pouvant autodéclarer leur douleur (12 sur 312, soit 3,8 %).

Par ailleurs, l'influence du type d'unité de soins dans la prise de décisions de l'infirmière dans l'évaluation de la douleur a été constatée dans une étude de cas qualitative multisites en milieu hospitalier (Lichtner et al., 2016). Afin de connaître les facteurs qui affectaient la reconnaissance de la douleur chez les personnes âgées atteintes d'un TNCm, des observations non participantes d'activités liées à la douleur ont été menées auprès de 31 patients dans 11 types d'unités de soins. Des entrevues semi-structurées auprès de divers types professionnels (n = 52, dont 31 infirmières, 3 médecins en formation, 5 consultants médicaux, 1 pharmacien, 1 physiothérapeute, 4 éducateurs cliniques et 7 préposés aux bénéficiaires) et de proches aidants (n = 4) ont été menées en plus d'effectuer l'audit du dossier des patients. Leurs résultats ont permis de dégager que la construction du *pattern* de réponse du patient à la douleur était influencée par le type d'unité de soins. Selon les différents types d'unité (post-chirurgie, médecine, etc.), les professionnels s'attendaient à trouver différents types de douleur présentant certaines caractéristiques (type, nature, intensité). Cela influençait leur évaluation de la douleur. Dans leurs routines de soins, les soignants recueillaient de l'information nécessaire à l'élaboration d'un *pattern* de réponse individuelle du patient à la douleur leur permettant de reconnaître les signes parfois subtils de douleur particulièrement chez les patients ne pouvant l'autodéclarer. Or, le manque de temps et le manque de consolidation de l'information recueillie par les différents professionnels pouvaient mener à un manque d'information lors de l'évaluation ou de la réévaluation de la douleur ainsi que pour le titrage de dose d'analgésique.

D'autres écrits ont également abordé cette notion de l'identification de *patterns* de réponse lors de l'évaluation. Dans le contexte spécifique des soins intensifs en postopératoire et à l'aide d'une étude de cas qualitative, Connor (2012) a observé 30 dyades infirmières/patients afin de connaître la façon avec laquelle les infirmières élaboraient des

jugements sur la présence de douleur, entre autres, par l'évaluation de signes et symptômes. Lors de leur évaluation, ces infirmières appliquaient une approche par essai-erreur d'interventions pharmacologiques leur permettant de construire un *pattern* de réponse individuel à la douleur du patient et après quelques heures, l'infirmière était capable d'interpréter efficacement les comportements du patient. Les résultats explicitent le processus d'évaluation et de jugement clinique de l'infirmière lorsque la douleur est suspectée dans un contexte d'incertitude. Les auteurs proposent que les infirmières augmentent leurs connaissances expérientielles, afin qu'elles puissent mieux évaluer en comparant les *patterns* observés avec d'autres patients dans des situations semblables.

Dans ce même ordre d'idée, la construction du *pattern* de réponse du patient a été aussi abordée dans l'ethnographie de Dowding et al. (2016), afin de concevoir un modèle d'évaluation et de prise de décisions dans la gestion de la douleur auprès de personnes atteintes d'un TNCm ne pouvant l'autodéclarer. Dans ce modèle, la construction d'un *pattern* de réponse à la douleur d'un patient visait à reconnaître la douleur à travers l'interprétation des signes ou des comportements pouvant lui être liés. Durant leur évaluation, les infirmières utilisaient leur intuition, l'identification des signes non verbaux et leurs connaissances du patient pour reconnaître la présence de douleur. Les problèmes d'évaluation de la douleur pouvaient être liés à des biais individuels (attentes, expériences, croyances) inévitables durant le processus de décision clinique intuitif ainsi qu'à d'autres facteurs comme la culture organisationnelle et la routine de l'unité. Ce modèle, qui a découlé d'une étude de bonne qualité et qui a été conçu à partir de données provenant d'une variété d'unités de soins hospitalières, permet de mieux comprendre les éléments qui peuvent influencer l'évaluation de la douleur auprès des personnes vivant avec un TNCm.

Par ailleurs, la revue des écrits de Prkachin et al. (2007) portant sur le processus d'interprétation de la douleur d'autrui par celui qui l'évalue permet de mieux comprendre les biais individuels qui peuvent influencer ce processus. Lors de l'interprétation de comportements exprimant de la douleur, un biais de sous-estimation de la douleur peut se produire en fonction de la nature de la douleur. En général, tous les types de douleurs étaient sous-estimés, mais ceux qui étaient le plus souvent sous-estimés étaient les douleurs musculosquelettiques et les douleurs chroniques. Le biais de sous-estimation dans l'évaluation a été décrit comme pouvant aussi être influencé par l'expérience clinique de l'infirmière. Les infirmières qui avaient plus d'expérience clinique avec la douleur avaient tendance à sous-estimer la douleur plus souvent que celles ayant moins d'expérience. Un moindre

impact émotionnel est une hypothèse pouvant expliquer cette sous-estimation, en plus d'être une stratégie de coping probable face à la souffrance d'autrui. Cette sous-estimation vient alors influencer l'évaluation et par le fait même la prise de décisions.

Pour leur part, Wøien et Bjørk (2013) ont réalisé une étude qualitative exploratoire sur les expériences de 14 infirmières des soins intensifs après la mise en œuvre d'outils cliniques pouvant influencer leur évaluation, dont un protocole de gestion de la sédation et de la douleur pour les personnes ne pouvant l'autodéclarer. Les auteurs mentionnent que les participantes utilisaient un processus de jugement clinique intuitif leur permettant d'intégrer rapidement l'information obtenue lors de leur évaluation à propos du patient afin d'ajuster et de prioriser des interventions diverses. Lors d'entrevues de groupe et individuelles, les infirmières ont indiqué que le protocole de gestion de la douleur et de la sédation était un outil de plus qui ajoutait de l'information lors de leur évaluation contribuant à leur processus de jugement clinique. Malgré ces résultats, les outils proposés n'étaient pas intégrés largement à la pratique, entre autres, puisque certaines infirmières percevaient un risque que le pointage résultant des outils puisse remettre en question leur jugement clinique basé plutôt sur les expériences antérieures.

Dans un dernier ordre d'idées, dans une situation d'évaluation de la douleur en contexte d'incertitude, le rôle de la confiance, la capacité d'agir et la réflexivité des infirmières ont été décrits dans l'étude qualitative de Fry et al. (2015). Ils ont exploré les perceptions de 80 infirmières dans quatre services d'urgence sur l'évaluation et la gestion de la douleur auprès de personnes âgées atteintes d'un TNCm qui se présentaient avec une fracture d'un os long, donc lorsque la douleur était prévisible. Dans le groupe des infirmières avec moins d'expérience, elles indiquaient manquer de confiance dans leur capacité à intervenir efficacement auprès des patients ne pouvant autodéclarer leur douleur. Elles manifestaient de l'incertitude quant aux interventions à mettre en place et demandaient de l'aide aux médecins avant d'intervenir afin de valider leurs stratégies de soulagement de la douleur. Ces infirmières ont identifié le manque de rétroaction des patients et leurs comportements ambigus comme des éléments limitant leur capacité à bien évaluer les situations et, par conséquent, leur autonomie dans leur prise de décisions. Dans le groupe des infirmières plus expérimentées, leur incertitude était liée à un besoin de prudence lors de l'administration des opioïdes aux personnes âgées plutôt qu'à un manque de confiance dans leur capacité à évaluer et à intervenir efficacement. La réflexivité a été décrite comme un moyen pour les infirmières d'améliorer leurs connaissances expérientielles sur

l'évaluation et la gestion de la douleur auprès de personnes atteintes de TNCm ne pouvant l'autodéclarer ce qui permettait aux infirmières d'améliorer leur confiance dans leurs interventions.

En résumé, l'évaluation de la douleur en contexte d'incertitude auprès de personne ne pouvant l'autodéclarer semble s'appuyer sur la reconnaissance de *patterns* de réponses et d'un processus de jugement clinique intuitif. Divers facteurs peuvent influencer ces processus et, par conséquent, ils peuvent avoir un impact sur le traitement de la douleur menant souvent à une sous-estimation de cette dernière.

Discussion

Cette revue des écrits portant sur plusieurs clientèles ne pouvant autodéclarer leur douleur a permis de dégager des problèmes rencontrés, entre autres, par les infirmières et qui pourraient s'appliquer aux personnes âgées vivant avec des troubles cognitifs. Dans cette revue, les résultats des études incluant des infirmières de plusieurs types de milieux de soins concordent pour signaler des difficultés à reconnaître la douleur et à l'interpréter des comportements qui lui sont liés. Les résultats démontrent des liens entre l'ambiguïté des comportements, l'incertitude infirmière quant à la présence de douleur et de possibles difficultés lors de l'évaluation pouvant se refléter dans le jugement clinique infirmier. Cela a des conséquences sur la gestion de la douleur auprès de cette clientèle vulnérable, incluant pour les personnes vivant avec un TNCm dont le nombre augmente avec le vieillissement de la population (Société Alzheimer de Canada, 2018).

Selon le modèle de Tanner (2006), divers éléments peuvent influencer le jugement clinique des infirmières, par exemple les connaissances cliniques et les valeurs des infirmières, leur contexte et la culture de leur unité de soins, ainsi que leurs connaissances du patient et ses *patterns* de réponse. Ces facteurs rejoignent certains éléments identifiés dans nos résultats visant le jugement clinique en lien avec la douleur chez les personnes ne pouvant l'autodéclarer. Ainsi, les connaissances ou le manque de connaissances des infirmières ont été mentionnés comme des facteurs contribuant à l'ambiguïté qui influençaient le jugement clinique des infirmières dans le contexte de la douleur de personne ne pouvant l'autodéclarer (Burns et McIlpatrick, 2015; Dillane et Doody, 2019; Prkachin et al., 2007). De plus, un écrit (Dowding et al., 2016) aborde le fait que la culture organisationnelle et le type d'unité de soins peuvent influencer l'évaluation de la douleur et, par conséquent, le jugement clinique.

Aussi, comme le suggère Tanner (2006), les professionnels de la santé parviennent parfois à identifier des *patterns* de réponse chez les personnes ne pouvant autodéclarer leur douleur qui leur permettent de surmonter les difficultés découlant de l'incapacité à autodéclarer la douleur de personnes (Connor, 2012; Dowding et al., 2016; Lichtner et al., 2016). Cela leur permet d'avoir un meilleur jugement clinique et de mieux intervenir pour soulager la douleur. Dans d'autres cas, c'est plutôt les difficultés à reconnaître ces *patterns* qui nuisent au jugement clinique (Kerr et al., 2006).

Ainsi, des obstacles sont rencontrés dans l'identification de ces *patterns* et divers biais cognitifs peuvent contribuer à une sous-estimation et au sous-soulagement de la douleur. Ces obstacles et ces biais peuvent amener un manque de reconnaissance des indices essentiels pour la compréhension de la situation de santé d'une personne ou les mener à privilégier une hypothèse clinique en ignorant certains indices cliniques clés. Ce sont des éléments pouvant provoquer des difficultés dans le raisonnement menant à un jugement clinique (Audétat et al., 2011). Ces biais cognitifs constituent, entre autres, une conséquence des situations cliniques ambiguës au même titre que l'incertitude est une conséquence émotionnelle de ces situations d'ambiguïté (McMahon et Dluhy, 2017). Or, comme décrit par Tanner (2006), toute situation d'incertitude requiert un jugement clinique aiguisé, flexible et ouvert à diverses interprétations des indices saillants. Les résultats de notre revue des écrits laissent penser que les personnes ne pouvant autodéclarer leur douleur peuvent souvent ne pas bénéficier d'un jugement clinique présentant ces qualités.

Outre ces obstacles et biais, d'autres facteurs peuvent rendre l'évaluation et le jugement clinique plus complexes. Par exemple, le type de douleur peut influencer l'évaluation de la douleur, entre autres, la douleur chronique ou musculosquelettique qui est souvent sous-estimée (Prkachin et al., 2007). La crainte d'utiliser des opiacés peut aussi interférer avec l'évaluation de la douleur en ne permettant pas de vérifier si ce type de traitement viendrait atténuer des comportements qui pourraient être associés à de la douleur (Kaasalainen et al., 2007). Et finalement, l'utilisation de sédatifs ou d'antipsychotiques en réponse à des comportements qui pourraient être de la douleur, plutôt que par l'utilisation d'analgésique, peut venir masquer des signes de douleur (Haslam et al., 2012). Plusieurs facteurs et obstacles peuvent interférer avec le jugement clinique des infirmières quant à la gestion de la douleur des personnes ne pouvant l'autodéclarer, notamment celles présentant un TNCm.

Toutefois, une pratique plus réflexive pourrait aider à améliorer ce jugement. Un des écrits a

souligné que la réflexivité a permis d'améliorer les connaissances expérientielles des infirmières dans la gestion de la douleur des personnes souffrant d'un TNCm ne pouvant autodéclarer la douleur (Fry et al., 2015) ce qui pourrait contribuer à raffiner leur jugement clinique. Cela est cohérent avec les propos d'autres auteurs qui ont souligné que la réflexion permet la remise en question des pratiques cliniques (Chapados et al., 2014), par exemple, les routines d'évaluation de la douleur sur une unité de soins pourraient être reconsidérées. Également, la réflexion est décrite comme pouvant diminuer le risque d'erreur dans le jugement clinique lors de situations complexes (Tanner, 2006). D'ailleurs, le fait de reconnaître le sentiment d'incertitude lors d'une situation complexe peut être le point de départ d'une pratique plus réflexive pouvant améliorer ainsi le jugement clinique infirmier (Tanner, 2006).

Cette revue des écrits présente des limites. Plusieurs des études incluses présentent des échantillons peu variés ou qui sont peu décrits. Par exemple, dans des études les infirmières représentaient seulement une partie de l'échantillon ou encore l'information sur le nombre exact de patients ne pouvant autodéclarer leur douleur était manquante. En plus, cette revue des écrits a utilisé uniquement deux bases de données, ce qui limite l'étendue et la profondeur des résultats.

Recommandations

À la lumière de nos résultats, il est possible d'émettre quelques recommandations en lien avec notre but, soit de guider la gestion de la douleur des personnes vivant avec un TNCm. Peu importe le type d'unité de soins, des activités d'apprentissage expérientielles visant à entraîner et à accompagner les infirmières pour améliorer leur confiance dans leur capacité d'identifier les *patterns* individuels de douleur, incluant l'utilisation complémentaire d'outils d'évaluation validés pour la clientèle et le contexte visés (p. ex. auprès d'une personne vivant avec un TNCm en CHSLD, utiliser un outil développé pour cette clientèle), devraient être mises en place. En plus, des activités de réflexion permettant d'affiner le jugement clinique infirmier en contexte d'incertitude dans la gestion de la douleur devraient être intégrées dans les activités de développement professionnel afin de donner l'occasion aux infirmières de poser un regard critique sur leur pratique et d'améliorer la qualité de leurs soins. Une telle activité réflexive a été mise en œuvre dans le contexte de CHSLD et a démontré des impacts pertinents sur la perception qu'avaient les infirmières sur l'amélioration de leur jugement clinique (Urrutia, 2021). Ce type d'activité pourrait être implanté à plus grande échelle dans les CHSLD, ainsi que dans d'autres milieux de soins

soignant des personnes ne pouvant autodéclarer leur douleur.

Conclusion

Les infirmières doivent avoir une expertise importante dans la gestion de la douleur des personnes vulnérables comme les personnes âgées vivant avec un TNCm. Cela rend essentielle la prise de conscience du risque de problèmes dans le jugement clinique des infirmières lors d'une situation en contexte d'incertitude, d'autant plus que les personnes âgées atteintes d'un TNCm ne pouvant autodéclarer leur douleur sont de plus en plus présentes dans tous les milieux de soins. Le manque de reconnaissance de la douleur et la mauvaise interprétation des comportements qui lui sont liés peuvent ralentir ou empêcher la décision de la soulager, devenant ainsi un facteur critique dans sa gestion efficace et pour une offre de soins de qualité pouvant influencer le bien-être de personnes vulnérables.

¹ **Note.** L'appellation CHSLD utilisée dans cet article regroupe divers milieux de soins qui ont des caractéristiques similaires, mais qui peuvent porter un nom différent selon les pays.

Références

- Abbey, J., Piller, N., Bellis, A. D., Esterman, A., Parker, D., Giles, L. et Lowcay, B. (2004). The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(1), 6-13.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.1.12013>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013). *Évaluation et prise en charge de la douleur*. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario = Registered Nurses Association of Ontario.
<http://rnao.ca/bpg/translations/%C3%A9valuation-et-prise-en-charge-de-la-douleur>
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2014). *Pour la qualité de vie personnes hébergées en CHSLD*.
http://www.agesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/MEM_AQESSS_CHSLD_2014_0214_vf.PDF
- Audétat, M.-C., Laurin, S. et Sanche, G. (2011). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique: I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*, 12, 223-229.
<https://doi.org/10.1051/pmed/2011109>

- Bauer, U., Pitzer, S., Schreier, M. M., Osterbrink, J., Alzner, R. et Iglseider, B. (2016). Pain treatment for nursing home residents differs according to cognitive state - a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0295-1>
- Burns, M. et McIlfratrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479-487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>
- Chapados, C., Audétat, M.-C. et Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11(1), 37-40.
- Connor, L. O. (2012). Critical care nurses' judgement of pain status: A case study design. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(4), 215-223. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.004>
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S., Morgan, S. M., Watson, M. et Parsons, C. (2018). "A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life—a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1346-1354. <https://doi.org/10.1002/gps.4931>
- Dillane, I. et Doody, O. (2019). Nursing people with intellectual disability and dementia experiencing pain: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 0(0). <https://doi.org/10.1111/jocn.14834>
- Dowding, D., Lichtner, V., Allcock, N., Briggs, M., James, K., Keady, J., Lasrado, R., Sampson, E. L., Swarbrick, C. et José Closs, S. (2016). Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings. *International Journal of Nursing Studies*, 53(Supplement C), 152-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.009>
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2008). *Grille d'analyse Pertinence, Rigueur, Transfert (PRT)*.
- Fry, M., MacGregor, C., Hyland, S., Payne, B. et Chenoweth, L. (2015). Emergency nurses' perceptions of the role of confidence, self-efficacy and reflexivity in managing the cognitively impaired older person in pain. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11/12), 1622-1629. <https://doi.org/10.1111/jocn.12763>
- Gélinas, C., Puntillo, K. A., Levin, P. et Azoulay, E. (2017). The Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults: A validation study in 28 countries. *Pain*, 158(5), 811-821. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000834>
- Gilmore-Bykovskiy, A. et Bowers, B. (2013). Understanding nurses decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 127-138. <https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>
- Hadjistavropoulos, T., Browne, M. E., Prkachin, K. M., Taati, B., Ashraf, A. et Mihailidis, A. (2018). Pain in severe dementia: A comparison of a fine-grained assessment approach to an observational checklist designed for clinical settings. *European Journal of Pain*, 22(5), 915-925. <https://doi.org/10.1002/ejp.1177>
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L. et Rose, L. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1082-1089. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x>
- Herr, K., Coyne, P. J., Ely, E., Gelinas, C. et Manworren, R. C. B. (2019). Pain assessment in the patient unable to self-report: Clinical practice recommendations in support of the ASPMN 2019 position statement. *Pain Management Nursing*, 20(5), 404-417. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.07.005>
- Kaasalainen, S., Coker, E., Dolovich, L., Papaioannou, A., Hadjistavropoulos, T., Emili, A. et Ploeg, J. (2007). Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 29(5), 561-580. <https://doi.org/10.1177/0193945906295522>
- Kerr, D., Cunningham, C. et Wilkinson, H. (2006). *Responding to the pain needs of people with a learning disability*. Joseph Rowntree Foundation. <https://www.jrf.org.uk/report/pain-management-older-people-learning-difficulties-and-dementia>
- Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E. L., Briggs, M., Corbett, A., James, K., Lasrado, R., Swarbrick, C. et Closs, S. J. (2016). The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1690-1>
- Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, J., Long, A. F., Corbett, A. et Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: A systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 14, article n° 138. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-138>
- Manias, E., Bucknall, T. et Botti, M. (2004). Assessment of patient pain in the postoperative

- context. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 751-769. <https://doi.org/10.1177/0193945904267699>
- McMahon, M. A. et Dluhy, N. M. (2017). Ambiguity within nursing practice: An evolutionary concept analysis. *Research & Theory for Nursing Practice*, 31(1), 56-74. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.31.1.56>
- Monroe, T. B., Parish, A. et Mion, L. C. (2015). Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Neville, C. et Ostini, R. (2014). A psychometric evaluation of three pain rating scales for people with moderate to severe dementia. *Pain Management Nursing*, 15(4), 798-806. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.08.001>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD : collaboration interprofessionnelle*. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-01-19-fr-expertises-professionnelles-besoins-personnes-hebergees-chsld.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Paré, G., Trudel, M.-C., Jaana, M. et Kitsiou, S. (2015). Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews. *Information & Management*, 52(2), 183-199. <https://doi.org/10.1016/j.im.2014.08.008>
- Prkachin, K. M., Solomon, P. E. et Ross, J. (2007). Underestimation of pain by health-care providers: towards a model of the process of inferring pain in others. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 39(2), 88-106. <https://cjnr.archive.mcgill.ca/article/view/2054>
- Rababa, M. (2018). The association of nurses' assessment and certainty to pain management and outcomes for nursing home residents in Jordan. *Geriatric Nursing*, 39(1), 66-71. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.015>
- Société Alzheimer de Canada. (2018). *Comprendre les maladies cognitives : Rapport d'impact 2017-2018*. https://archive.alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/impact/sac_2017-2018_rapport-dimpact.pdf
- Société Alzheimer de l'Ontario. (2017). *Qu'est-ce qu'un comportement réactif?* <https://alzheimer.ca/fr/on/We-can-help/Resources/Shifting-Focus/What-are-responsive-behaviours>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Urrutia, L. (2021). *Activité de réflexion guidée pour affiner le jugement clinique en contexte d'incertitude dans la gestion de la douleur en centre d'hébergement* [Rapport de stage de maîtrise, Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/26394/Urrutia_Maluenda_Hilca_Leticia_2021_Rapportdestage.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wøien, H. et Bjørk, I. T. (2013). Intensive care pain treatment and sedation: Nurses' experiences of the conflict between clinical judgement and standardised care: An explorative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 128-136. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.11.003>