

La théorie de gestion des symptômes comme outils pour la mise en place de moyens de gestion de la douleur induite chez les patients souffrant de maladies chroniques en milieu hospitalier

Revue de littérature

Travail de Bachelor

Par

Leonora Mehmeti et Lucie Mulhauser
Promotion 2015 [2015-2018]

Sous la direction de: Madame Falta Boukar

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

12 Juillet 2018

Résumé

Introduction : La douleur a toujours fait partie du rôle des soignants. Elle peut apparaître après un traumatisme, une opération, un geste soignant ou provenir d'une affection pathologique. La prévention et le soulagement de la douleur sont des préoccupations majeures dans le domaine des soins, d'autant plus lorsque cette douleur découle d'un soin nécessaire au rétablissement du patient ou à la stabilisation de sa maladie dans un contexte de chronicité.

Objectif : Le but de cette revue de littérature est d'exposer les moyens pouvant prévenir la douleur induite par les soins, en mettant en évidence les facteurs influençant cette douleur, ainsi que les diverses actions déjà existantes. Un objectif secondaire de ce travail est de sensibiliser le personnel soignant à cette thématique et d'exposer comment utiliser la théorie de gestion des symptômes en tant qu'outils pour la gestion de la douleur induite.

Méthode : Cette revue de littérature a été réalisée à partir de six études scientifiques provenant de trois bases de données différentes : Cinahl, MedLine, Google Scholar. Chaque étude a été lue, traduite et analysée au travers de deux grilles. Afin de soutenir le thème de ce travail, la théorie de gestion des symptômes a été choisie comme cadre théorique.

Résultats : Les résultats ont été classés en deux grandes catégories : les facteurs influençant l'intensité de la douleur induite par les soins et les moyens de gestion de ces douleurs. Des interventions de gestion de la douleur induite ont pu émerger des résultats afin de pouvoir proposer une prise en charge adaptée et individuelle. Celles-ci sont par exemple l'utilisation du gaz MEOPA dont la maniabilité est aisée, des antalgies adaptées selon l'intensité des douleurs du patient avant, pendant et après le soin et en fonction du type de procédure. Ces

interventions ont obtenu des résultats significatifs dans plusieurs études, ce qui les rend d'autant plus pertinentes.

Conclusion : La prise en charge de la douleur induite par les soins chez les personnes atteintes de maladies chroniques se doit d'être adaptée de manière individuelle à chaque patient. En effet, des soins répétitifs et douloureux peuvent amener à une non-adhérence du patient face à ses traitements et ainsi une diminution de sa propre prise en charge de sa maladie. Pour ce faire, les infirmières pourraient utiliser la théorie de gestion des symptômes afin d'analyser la situation des patients et, par la suite proposer des moyens de prévention de la douleur induite.

Mots-clés : Douleur induite par les soins, douleur, gestion de la douleur, maladies chroniques, soins infirmiers, adultes

Tables des matières

Résumé	ii
Liste des tableaux	iv
Liste des figures	v
Remerciements	vi
Introduction.....	1
Problématique.....	3
Cadre théorique.....	12
Question de recherche.....	18
Objectifs	18
Méthode	19
Argumentation du devis	20
Base de données et mots clés utilisés.....	20
Stratégies de recherche	21
Résultats	24
Qualité méthodologique des articles retenus.....	25
Pays et année de publication	25
Population	25
Devis des articles	26
Ethique	27
Présentation des articles.....	27
Facteurs influençant l'intensité de la douleur.....	28
Caractéristiques des patients hospitalisés.....	28
Contexte et durée d'hospitalisation.....	29
Types de procédures	30
L'intensité de la douleur induite selon le type de procédure	32
Moyens de gestion des douleurs induites par les soins.....	33
Moyens pharmacologiques	33
Moyens non-pharmacologiques	33
Discussion	35
Résultats principaux et lien avec la théorie de la gestion des symptômes	36
Facteurs influençant l'intensité de la douleur induite	36
Caractéristiques des patients hospitalisés.....	36

Contexte et durée d'hospitalisation	37
Types de procédures	38
L'intensité de la douleur induite selon le type de procédure	39
Moyens de gestion des douleurs induites par les soins.....	40
Moyens pharmacologiques	40
Moyens non-pharmacologique.....	41
Recommandations	43
Recommandations pour la pratique	43
Recommandations pour la formation	44
Recommandations pour la recherche	45
Limites et forces de la revue de littérature	45
Limites.....	45
Forces	46
Conclusion.....	47
Références	49
Appendice A : Diagramme de Flux.....	54
Appendice B : Grilles d'analyse.....	55
Appendice C : Tableau récapitulatif des articles	56
Appendice D : Déclaration d'authenticité	57

Liste des tableaux

Tableau 1	<i>Mots-clés, termes MeSH et descripteurs Cinahl</i>	20
Tableau 2	<i>Critères d'inclusion et d'exclusion</i>	21
Tableau 3	<i>Equations de recherche</i>	22

Liste des figures

Figure 1: Schéma théorique de la Théorie de la gestion des symptômes 17

Remerciements

Nous tenons à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Falta Boukar qui a su nous guider et nous a donné de précieux conseils tout au long de l'élaboration de cette revue de littérature.

Nous remercions également nos familles, nos proches ainsi que certains enseignants de la Haute Ecole de Santé Fribourg qui nous ont encouragées tout au long de ce travail.

Un remerciement tout particulier à Jeanne Guyot Mulhauser qui a pris le temps de relire à plusieurs reprises notre travail et qui nous a aidées à apporter des corrections à notre travail.

Introduction

La gestion et l'évaluation de la douleur ont toujours fait partie du rôle des soignants. La douleur peut apparaître après un traumatisme, une opération, un geste soignant ou venir d'une affection pathologique. La prévention et le soulagement de la douleur sont des préoccupations majeures dans le domaine des soins, d'autant plus lorsque cette douleur découle d'un soin nécessaire au rétablissement du patient ou à la stabilisation de sa maladie dans un contexte de chronicité. En effet, lors de la prise en charge de la douleur, il ne suffit pas uniquement de traiter cette douleur mais elle doit également être anticipée, évaluée et prévenue en tenant compte des conséquences physiques et psychiques que cela peut avoir pour le patient. C'est pourquoi, il existe une définition universelle de la douleur malgré que l'expression de celle-ci soit influencée par l'âge, le sexe, la culture et le vécu de la douleur et perçue de manière différente par chacun. Cette revue de littérature a été élaborée à la suite de plusieurs étapes. Tout d'abord, la problématique construite après de nombreuses lectures et recherches est développée. Dans un deuxième temps, la partie méthode explicite les différentes stratégies effectuées qui ont permis la sélection de six articles scientifiques qui permettront de répondre à la question de recherche. Par la suite, les résultats des études sont exposés puis discutés dans le chapitre discussion. Cette partie permet de poser un regard critique sur les différents résultats mis en évidence. Pour conclure ce travail, une partie contenant les recommandations pour la pratique infirmière ainsi que pour les recherches futures est développée.

Problématique

D'une manière générale, la douleur est vécue de manière subjective par chacun et peut se définir comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle (International Association for the Study of Pain [IASP], 2016). Il y a quelques années, la douleur était une sensation qui n'était pas suffisamment prise en compte. Actuellement, la prise en charge de la douleur est une problématique majeure qui fait partie du rôle des infirmières et à laquelle elles sont confrontées quotidiennement. Au fur et à mesure, grâce à l'évolution de la société et de la culture, la perception de la douleur s'est modifiée et le personnel médical a développé des méthodes de prise en charge de plus en plus rigoureuses. Grâce à cette évolution, les mécanismes responsables de la réponse douloureuse ont pu être mieux identifiés.

Durant le processus douloureux, un message nociceptif au-delà du thalamus est envoyé dans différentes directions vers des structures corticales qui vont permettre le décodage sensori-discriminatif du message douloureux et être à l'origine de réactions végétatives sympathiques ainsi que de réactions hormonales. Ceux-ci sont également impliqués dans les aspects émotionnels, et sont responsables de la mémorisation des expériences douloureuses. C'est par le stockage et l'association de ces différentes informations au niveau cortical que le sujet construira sa mémoire des expériences douloureuses (Wanquet-Thibault, 2015).

La douleur est un mécanisme complexe dont il est nécessaire de mettre en évidence les caractéristiques et d'en identifier le type. La littérature regroupe les différentes sortes de douleur en deux grandes catégories qui sont :

La douleur chronique qui se définit comme une douleur de longue durée et récurrente, qui répond insuffisamment au traitement ou qui peut entraîner une

détérioration significative ou progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient (Haute Autorité de Santé [HAS], 2008).

La douleur aiguë est provoquée par un signal d'alarme d'une atteinte organique ou physiopathologique (Pautex, 2013). Ce type de douleur peut également se manifester à l'occasion d'un soin invasif. Lorsque l'on parle de douleur liée à un soin, celle-ci se distingue de trois manières différentes : douleur iatrogène, douleur provoquée ou douleur induite.

La douleur, dite iatrogène, se définit selon Boureau (2005), comme suit : « [...] douleur causée par le médecin (ou son traitement) de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises ».

La douleur provoquée se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin, ou un soignant, dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur (Boureau, 2005).

La douleur induite se définit comme une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées (Boureau, 2005). Néanmoins, au travers de la littérature, la recherche de nouveaux moyens de prévention de ces douleurs demeure un sujet récent, bien que la prise de conscience de son existence et de sa prévention a eu lieu il y a déjà plusieurs années.

En effet, dans le courant du XIX^{ème} siècle, la douleur induite était considérée en tant que processus inévitable pour guérir. Cette douleur était le plus souvent induite suite à la chirurgie et aux extractions dentaires mais une prise de conscience a mis en lumière que ces douleurs pouvaient être évitées grâce aux progrès et au développement de différentes techniques d'anesthésie. Cependant, la multiplication

des gestes invasifs diagnostiques et/ou thérapeutiques continuait d'évoluer et le patient ne recevait pas les informations nécessaires concernant cette douleur. Celle-ci était considérée par l'équipe soignante comme habituelle et même parfois gênante pour le déroulement du geste/soin (Donnadieu, 2005). Couteaux et Collin (2008) relèvent que les soignants très entraînés à exécuter un soin ont tendance à minimiser l'impact douloureux chez les patients. De plus, dans l'étude d'Ambrogi et al. (2014), il est démontré que sur 938 patients hospitalisés, plus de la moitié d'entre eux avaient vécu une douleur induite par un soin. Ce type de douleur semble donc fréquent mais pas systématiquement pris en compte par les soignants.

Afin de mieux comprendre quels soins sont les plus responsables de ces douleurs, plusieurs auteurs (Ambrogi et al., 2014; Cimerman & Thibault, 2009) les ont listés ; ceux-ci peuvent être classés dans deux grandes catégories. La première concerne les soins physiques (soins de nursing, mobilisation, transport) et la deuxième regroupe les soins techniques (réfections de pansements, ponctions vasculaires, poses de voies veineuses ou encore les injections). Cette liste n'est bien évidemment pas exhaustive, mais elle permet de prendre conscience que ces situations sont fréquemment rencontrées lors d'une hospitalisation dans un milieu de soins aigus et qu'elles peuvent être pratiquées au quotidien. La composante émotionnelle d'une expérience douloureuse ainsi que le climat dans lequel aura lieu le soin semblent avoir un plus grand impact que la composante sensorielle sur la mémoire de la douleur (Wanquet-Thibault, 2015).

En revanche, selon Chaffour-Ader & Daydé (2008), des soins répétitifs entraîneraient un cumul de douleur pouvant amener chez la personne soignée de l'anxiété, de la lassitude, un repli sur soi, des insomnies induisant à un manque de sommeil ou encore de l'agressivité pouvant amener le patient à refuser des soins. De plus, Czarnecki et al (2011) relèvent que ces douleurs liées aux soins se basent

sur la propre perception du patient qui peut se voir influencée par une multitude de facteurs tels que l'état émotionnel et psychologique, le niveau d'anxiété, l'expérience antérieure en lien avec la douleur, la compréhension du geste ou du soin réalisé, l'état de santé ainsi que certains facteurs environnementaux (contexte et soignant effectuant le geste). En effet, la mémoire de la douleur, la chronicisation de celle-ci ainsi que l'appréhension des prochains soins jouent un rôle important dans la prise en charge du patient car ces aspects peuvent le mener vers un déni de la nécessité des soins nécessaires à la stabilité de sa maladie ayant au final comme risque de rendre le patient non-adhérent (Malaquin-Pavan, 2005).

Dans ce cas, le patient va mettre en place des mécanismes de défense ayant comme répercussion un risque d'entrave à la relation patient-soignant. La prise en charge de la douleur induite doit donc prendre en compte le patient dans sa globalité (aspects médicaux, environnementaux, caractéristiques du patient, aspects psychologiques) ; d'autant plus lorsque le patient est atteint d'une maladie chronique ce qui pourrait impliquer plusieurs hospitalisations, donc des soins répétitifs.

En effet, les maladies chroniques sont des affections de longue durée, évolutives et souvent associées à une invalidité et à la menace de complications graves (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2011). Les patients seront fréquemment confrontés à de la douleur qui peut être reliée à la maladie en elle-même mais aussi aux soins ou gestes invasifs qu'ils doivent recevoir desquels une douleur peut survenir. Aussi, ils seront donc souvent amenés à devoir être hospitalisés et à recevoir de nombreux soins répétitifs pouvant provoquer de la douleur. La prise en charge des douleurs induites par les soins auprès de cette population paraît d'autant plus importante à développer en vue de l'augmentation de la prévalence des patients atteints de maladies chroniques.

En Suisse, 2,2 millions de personnes souffrent d'une maladie chronique et une personne sur cinq de plus de 50 ans est atteinte de multimorbidité. A ce jour, les maladies chroniques sont responsables de près de 90% des décès. Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et les avancées thérapeutiques sont des facteurs ayant mené à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. En Suisse, un rapport récent sur la multimorbidité démontre que parmi la population âgée de 65 à 79 ans, 29% vivent avec une maladie chronique, 16% avec deux et 9% avec trois maladies chroniques ou plus (Observatoire Suisse de la Santé [OBSAN], 2015). Dans le monde, les maladies chroniques représentent un fardeau important pour les sociétés et les divers systèmes de santé en termes de morbidité, de dépendance, de qualité de vie, de mortalité et de coûts de la santé (OBSAN, 2015). Selon les données de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [CNAMTS], les dépenses d'assurance maladie liées aux maladies chroniques seraient estimées à environ plus de 100 milliards d'euros en 2011.

D'autre part, la personne atteinte de maladie chronique doit faire face à diverses contraintes, trouver des stratégies afin de gérer au mieux les facteurs de la chronicité tels que les exigences de la maladie, ses traitements, les surveillances afin de pouvoir les gérer et garantir une meilleure qualité de vie possible (Progin & Weber, 2011). Les maladies chroniques sont des affections dont la prise en charge est complexe, coûteuse et a un fort impact sur le quotidien des personnes malades. Toute la vie quotidienne se voit affectée, pouvant entraîner une fragilisation de la carrière professionnelle, une dynamique familiale perturbée ou encore une diminution de la sociabilité (Fondation Roche, 2013).

Par ailleurs, la maladie chronique peut nécessiter des soins de longue durée lors des phases aiguës. L'OBSAN (2008) définit les soins de longue durée, ainsi : « les soins de longue durée sont définis comme les prestations proposées pour maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle du patient ». L'intensité de la douleur ressentie lors d'un soin peut se développer à partir de douleurs de fond issues de la maladie chronique. Le vécu douloureux est individuel à chaque personne et marqué par plusieurs facteurs comme explicité précédemment. Bien que la douleur soit un concept médical, la souffrance est propre au sujet qui la ressent (Le Breton, 2009).

Pour proposer une prise en charge adaptée au patient, il semble pertinent de connaître la trajectoire de sa maladie afin de pouvoir anticiper la continuité des soins qui est un élément essentiel. Il faut savoir que la trajectoire a un passé et un futur, c'est pourquoi il faut appréhender le moment présent lors de la planification des soins (Progin & Weber, 2011). Ainsi, le modèle de la trajectoire vécue de la maladie chronique de Corbin et Strauss ne se base pas uniquement sur les soins médicaux mais également sur les aspects psychologiques et sociaux que la personne peut rencontrer au cours de la maladie et des traitements de celle-ci. Ce modèle comporte notamment six concepts décrivant les diverses étapes que peuvent traverser les patients souffrant de maladies chroniques, notamment la phase aiguë. Celle-ci comprend les complications liées à la maladie et nécessitant une hospitalisation durant laquelle le patient risque de devoir subir différents soins, souvent de manière répétée, et desquels peuvent découler des douleurs. La connaissance du vécu d'une douleur après un soin est un élément clé dans la prise en charge de celle-ci dans un contexte de chronicité des soins.

Une étude a relevé que les douleurs sévères induites par les soins étaient souvent associées au temps d'hospitalisation. En effet, plus celui-ci était long, plus

les patients souffriraient de douleurs induites par les soins. Très fréquemment les longues hospitalisations sont reliées à la pathologie dont souffrent les patients et très souvent ceux-ci sont atteints de maladies chroniques (Ambrogi et al., 2014).

Le code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII, 2012) pour la profession infirmière mentionne que l'infirmière a quatre devoirs essentiels : promouvoir la santé, prévenir la maladie, rétablir la santé et soulager la souffrance. Ce code guide la mission qu'a l'infirmière auprès des patients dont elle a la responsabilité. De plus, l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI, 2013) mentionne quatre principes éthiques qui sont la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie ainsi que la justice. Ces principes permettent de justifier une action humaine dans une perspective éthique. Toutes ces approches mènent à reconnaître et à rechercher le bien-être du patient qui comprend la gestion de la douleur (ASI, 2013). Néanmoins, un conflit éthique, dans un contexte de douleur induite, paraît inévitable. En effet, un des devoirs de l'infirmière est de soulager la souffrance. Cependant, lorsqu'elle doit effectuer un soin auprès d'un patient, elle a conscience de la douleur que peut provoquer celui-ci mais sait également que le soin est nécessaire pour le bien-être du patient. Elle se trouve donc face au fait qu'elle doit effectuer le soin alors que celui-ci va potentiellement provoquer de la douleur ce qui va à l'encontre de son devoir. Dès lors, afin de respecter son devoir, elle devrait mettre en place un moyen de prévenir la douleur que va provoquer son soin. En effet, la prévention et le soulagement des douleurs induites font partie intégrante de la dimension éthique, légale et elle est principalement un indicateur de la qualité du système de santé (Donnadieu, 2005). Cependant, la littérature relève une mauvaise connaissance des douleurs induites et une faible utilisation des moyens de prévention au niveau du personnel soignant.

Une étude de Langlade (2007) dans laquelle le Comité de Lutte contre la Douleur a investigué la connaissance des soignants sur la douleur induite par les soins, souligne une totale connaissance du corps médical à l'égard de l'origine de la douleur lors de certains actes ou soins qu'ils pratiquent quotidiennement et ce jusqu'à plusieurs fois par jour. En revanche, il est relevé qu'il existe une réelle insuffisance de connaissances dans la prévention de la douleur liée aux soins. Deux éléments ont été relevés par le corps médical : le manque d'informations issues d'Evidence Based Medecine (EBM) à propos de l'efficacité des antalgies lors des situations complexes et le faible soulagement que peuvent procurer les antalgies. Ces remarques du personnel soignant montrent qu'il peut exister un réel manque de protocoles afin d'anticiper la douleur liée aux soins ou alors, une absence de mise en place de protocoles (Langlade, 2007). Ceci peut s'expliquer par la difficulté de la mise en place de nouveaux protocoles dans le but de prévenir ces douleurs induites. Ces derniers impliquent une multitude d'étapes avant de pouvoir être implantés dans un service et utilisés par les soignants (Alamie et al., 2007).

Le caractère récent du domaine de la douleur induite par les soins rend compte du nombre encore limité d'études concernant la prévalence de ces douleurs auprès de la population adulte hospitalisée ou non et donc du nombre limité de protocoles mis en place pour prévenir ces douleurs ainsi que le manque de connaissances de ces douleurs au sein des équipes de soins (Couteaux & Collin, 2008).

De plus, il est nécessaire de prendre en compte l'organisation des soins, la mise à disposition de locaux, de matériel et d'environnement, la manière d'utiliser les traitements (respect des délais, faibles couvertures antalgiques) ou le matériel dont les soignants disposent, l'entrée en relation avec le patient, le temps à disposition du soignant dans le but de mettre en place des interventions nécessaires à l'anticipation et la prévention de ces douleurs induites (Malaquin-Pavan, 2005).

Les nombreux éléments mentionnés dans ce chapitre ont justifié le choix d'utiliser la théorie de gestion des symptômes comme cadre de référence.

L'utilisation de la théorie de gestion des symptômes de Humphreys et Carrieri-Kohlman pourrait permettre, dans la mesure du possible, de proposer des moyens de prévention de la douleur induite par les soins tout en y impliquant le patient et ses caractéristiques personnelles, son environnement, son état de santé actuel ainsi que l'impact que cette douleur liée aux soins a sur sa personne. Tous ces aspects semblent avoir une influence sur le vécu d'une douleur induite par un soin. Ainsi, les prendre en compte au travers de cette théorie pourrait permettre d'adapter de manière individuelle la prise en charge des douleurs induites par les soins et de mieux comprendre le vécu douloureux des patients. D'autre part, le choix de cette théorie comme cadre de référence s'appuie également sur la thématique principale de la douleur induite par les soins qui est un symptôme vécu par les patients, le symptôme étant au centre de cette théorie infirmière.

Cette théorie relève également que le rôle infirmier est d'accompagner des personnes vivant avec une maladie chronique, afin qu'elles acquièrent des capacités d'auto-gestion de leurs symptômes qu'elles pourraient réutiliser dans d'autres circonstances et pour d'autres symptômes (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Viens-Python, 2013).

Cadre théorique

La théorie de gestion des symptômes de Humphreys et Carrieri-Kohlman est une théorie infirmière à spectre modéré issue de plusieurs théories développée en 1994 par des chercheurs de la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF). Elle est issue de plusieurs théories dont la théorie des auto-soins d'Orem (Eicher et al., 2013) et a été élaborée dans le but d'orienter la recherche sur les symptômes et la pratique clinique infirmière.

Les auteurs définissent un symptôme comme étant une expérience subjective mettant en avant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les sensations ou dans l'état cognitif d'un individu (Smith & Liehr, 2008).

Le patient va ressentir un symptôme de manière différente selon son âge, son statut (dimension personnelle), ses croyances culturelles sur la signification de ce symptôme (dimension environnementale) et son état de santé actuel ou diagnostic (dimension de la santé et de la maladie). Dans le cadre de ce travail, le symptôme en question sera la douleur induite par les soins. En effet, la douleur va se voir influencée par divers aspects comme par exemple le climat dans lequel aura lieu un soin et les émotions ressenties par le patient. Ces aspects ont un plus grand impact sur la mémorisation de la douleur (Wanquet-Thibault, 2015) et cela correspondrait à la dimension environnementale.

Un patient souffrant d'une maladie chronique sera fréquemment confronté à de la douleur qui peut être reliée à la maladie en elle-même (dimension de la santé et de la maladie) ou aux soins ou gestes invasifs répétitifs qu'il devra subir (dimension environnementale). De plus, la dimension personnelle, c'est-à-dire l'âge du patient, son état psychologique, social et développemental aura également une influence sur l'expérience de la douleur induite lors des soins. Ces dimensions encadrent les trois concepts de la théorie de gestion des symptômes (Smith & Liehr, 2008).

En effet, cette théorie s'articule autour de trois concepts majeurs qui sont : l'expérience des symptômes, la stratégie de gestion des symptômes et les effets obtenus sur l'état des symptômes (Eicher & al., 2013) (voir Figure 1).

Le concept de l'expérience des symptômes représente la manière dont une personne perçoit le symptôme, l'évaluation qu'elle en fait et la réponse qu'elle va lui donner (Smith & Liehr, 2008). Pour un patient souffrant d'une maladie chronique, cela reviendrait à tout son vécu douloureux lié à sa maladie ainsi qu'aux divers soins répétitifs qu'il doit subir, sa manière de les percevoir, de les comprendre et de les gérer au quotidien.

Les stratégies de gestion des symptômes intègrent tous les efforts mis en place par une personne afin de prévenir, retarder ou minimiser la survenue du symptôme. Dans le but de mieux comprendre les différents efforts mis en place par le patient, les auteurs proposent de se questionner sur la nature de cette stratégie : « quoi ? », « quand ? », « où ? », « pourquoi ? », « combien ? », « à qui ? » et « comment ? » (Eicher et al., 2013). Par ailleurs, une même stratégie utilisée dans un autre contexte que celui habituel peut avoir un impact différent sur le symptôme et l'expérience de celui-ci. Il est pertinent de relever que les diverses stratégies mises en place par le patient peuvent également varier selon l'état des connaissances scientifiques de la personne au sujet du symptôme, mais également si la personne est en mesure de la réaliser elle-même ou si, au contraire, elle nécessiterait une aide externe (Smith & Liehr, 2008). Il paraît important de souligner que le processus de développement d'interventions sur mesure pour une personne et sa famille « augmente de façon significative la probabilité d'adoption de comportements nouveaux » (Smith & Liehr, 2008).

Au sein de la pratique clinique, le dosage d'une intervention (combien) et à quel moment celle-ci est réalisée, soit son organisation temporelle, sont deux facteurs essentiels pour moduler les symptômes expérimentés par le patient (Eicher et al., 2013). Ce concept permettrait au personnel soignant d'établir des stratégies de prévention de la douleur induite en utilisant les différentes stratégies éventuellement mises en place par le patient lui-même pour gérer ces douleurs lors des soins.

Un autre concept de cette théorie aborde les réponses obtenues sur l'état des symptômes. Dans le but d'évaluer la pertinence de l'implantation d'une stratégie, les résultats se doivent d'inclure des changements significatifs et objectivables de l'état du symptôme, par exemple une diminution de la prévalence, de l'intensité et/ou de la sévérité du symptôme (Eicher et al., 2013). Ces changements peuvent mener à une amélioration du fonctionnement physique et mental, une meilleure qualité de vie, une réduction de l'utilisation des services de santé ou encore une diminution de la durée d'un séjour hospitalier pour le patient. Ces différents changements pourront avoir comme répercussion une réduction des coûts du système de santé, de l'employeur et de la personne (Eicher et al., 2013 ; Smith & Liehr, 2008). Lorsque l'on parle de douleur induite par les soins auprès de personnes souffrant de maladies chroniques, ce concept englobe tout ce qui a trait à une bonne adhérence du patient face à ses traitements. Si la douleur induite est prévenue lors d'un soin qui risque d'être répétitif, il se peut que le patient ne mémorise pas l'impact de la douleur car la douleur induite aura été contrôlée. Le contrôle de cette douleur permettra notamment au patient de prendre conscience de la nécessité du soin chronique et favorisera une adhérence à celui-ci.

L'adhérence ou mentionné également en tant qu'adhésion thérapeutique est un concept qui est défini par le CII comme suit : « le degré jusqu'où le comportement

du patient (en termes de prise de médicaments, de suivi des régimes alimentaires, de modification du style de vie) coïncide avec un avis médical ou une recommandation de santé qui lui a été prescrite » (Formarier & Jovic, 2012). L'adhérence est conditionnée par la volonté du patient de la prise en charge de sa maladie et aux traitements qui lui sont nécessaires. Ainsi, le degré d'acceptation du patient face à sa maladie et au traitement va déterminer son adhérence. En effet, des facteurs favorisant tels que respecter la prise de médicament, se présenter au rendez-vous ou adopter un comportement dans le but de gérer sa maladie sont des éléments qui vont permettre d'évaluer l'adhérence du patient (Formarier & Jovic, 2012). Ce concept est essentiel parmi les concepts de stratégie de gestion des symptômes et les résultats obtenus sur l'état des symptômes. L'adhérence se verra influencée par différents aspects telles que la dimension personnelle, la dimension environnementale et la dimension de la santé et de la maladie (Smith & Liehr, 2008). Ces dimensions auront également une influence sur la douleur induite lors d'un soin. L'infirmière endosse plusieurs rôles à l'intérieur de cette théorie. En premier lieu, elle se doit d'aller investiguer auprès du patient les différentes stratégies que celui-ci a déjà mises en place ; parmi celles-ci, celles qui ont donné des résultats significatifs ou encore celles qui n'ont pas été efficaces. L'infirmière doit également proposer des pistes de stratégies au patient qui pourraient l'aider à diminuer ou mieux, supprimer le symptôme. Finalement, un autre rôle de l'infirmière est de faire adhérer le patient aux différentes stratégies, à commencer par les siennes, tout en le motivant, le soutenant et l'encourageant afin qu'il puisse atteindre les objectifs qu'il s'est fixé (Formarier & Jovic, 2012). Pour ce faire, elle devra construire une alliance thérapeutique de qualité avec le patient.

Ce concept d'alliance thérapeutique est un concept voisin de la compliance qui rejoint aussi l'adhérence. L'alliance thérapeutique est une collaboration solide entre

le patient et l'infirmière qui va comprendre : de la négociation, une coordination, une confiance et une influence de la part de l'infirmière ou du patient. Ce concept est un point central dans la prise en charge des maladies chroniques car celles-ci sont de longue durée et nécessitent une relation de confiance entre l'infirmière et le patient pour effectuer des soins de qualité sur le long terme (Formarier & Jovic, 2012).

Cette théorie permet à l'infirmière de trouver et d'adapter un plan sur mesure englobant différentes stratégies pour chaque patient, afin que celui-ci puisse apprendre à gérer ses symptômes et par la suite, les gérer de manière autonome ainsi qu'appliquer ses stratégies dans différents contextes (Eicher et al., 2013; Smith & Liehr, 2008).

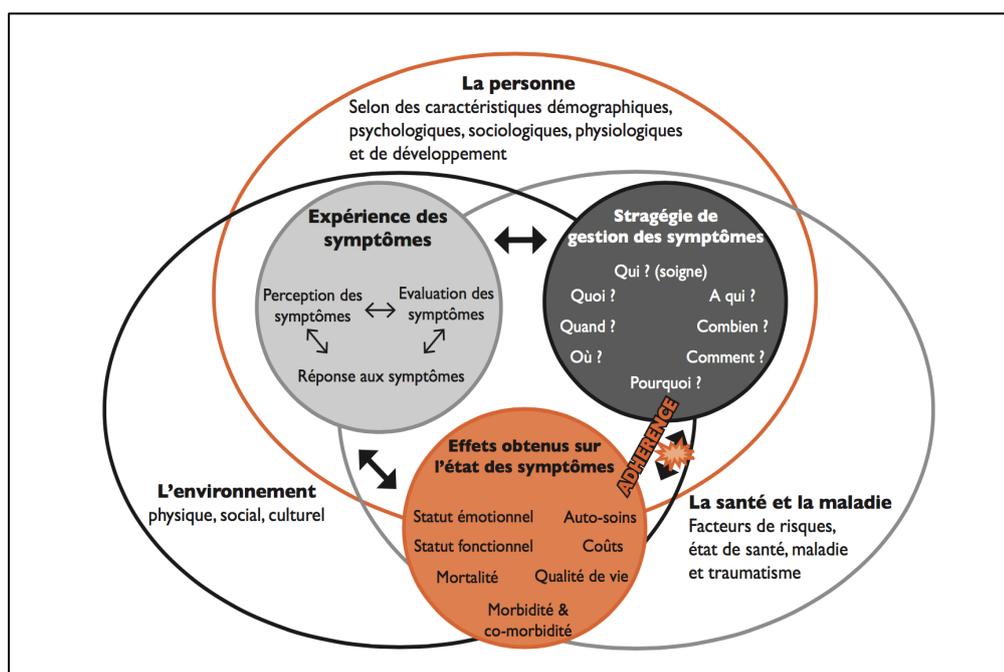


Figure 1: Schéma théorique de la Théorie de la gestion des symptômes

(Eicher et al. 2013, p.17)

Question de recherche

La gestion de la douleur induite par les soins est une thématique encore récente et d'autant plus auprès de la population adulte atteinte de maladies chroniques et recevant des soins répétitifs, potentiellement douloureux. Le caractère récent de sa prise en charge, la minimisation de celle-ci par les soignants, la chronicisation de ces douleurs par des soins répétitifs chez les personnes souffrant de maladies chroniques ou encore l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques au niveau mondial, démontrent la complexité de la thématique. Nos différentes recherches nous ont permis d'acquérir une vision critique de cette situation et de faire émerger notre question de recherche qui est la suivante :

"Dans quelle mesure l'utilisation de la théorie de gestion des symptômes permettrait une gestion optimale de la douleur induite par les soins auprès des personnes souffrant de maladies chroniques en milieu hospitalier ?"

P : Patients adultes souffrant de maladies chroniques

I : Gestion de la douleur induite par les soins

C : Milieu hospitalier, soins aigus

O : Moyens et interventions permettant de prévenir les douleurs induites

Objectifs

Le but de cette revue de littérature est d'exposer les facteurs influençant la douleur induite, de proposer des moyens pouvant prévenir la douleur induite par les soins ainsi que de sensibiliser le personnel soignant à l'utilisation des moyens, tout en utilisant la théorie de gestion des symptômes.

Méthode

Argumentation du devis

Ce travail de Bachelor est réalisé sous la forme d'une revue de littérature qui peut se définir comme une approche qui permet l'approfondissement de connaissances sur un sujet ainsi qu'une analyse et une mise en commun d'articles scientifiques afin de mieux appréhender un sujet donné. De plus, ce devis permet de proposer des pistes d'actions fondées sur des données probantes afin d'améliorer la pratique clinique (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). En vue de remplir cet objectif avec la thématique de ce travail, les six articles ont été sélectionnés selon la démarche ci-dessous.

Base de données et mots clés utilisés

Les recherches ont été menées entre décembre 2017 et mai 2018, sur des banques de données spécialisées en sciences médicales, infirmières et biomédicales. Après identification des concepts principaux de la question de recherche, les différents mots-clés s'y rattachant ont été précisés puis traduits en anglais pour les recherches sur les bases de données (voir Tableau 1).

Tableau 1

Mots-clés, termes MeSH et descripteurs Cinahl

Français	Anglais	Termes MeSH/ Mots-clés	Descripteurs Cinahl
Gestion de la douleur	Pain Management	Managed care programs	Managed care programs
Douleur	Pain	Pain	Pain
Douleur induite par les soins Procédures	Care-related pain	Induced pain Procedural pain	Care related pain Painful procedures

douloureuses			Treatment related pain
Maladie chronique	Chronic disease	Chronic disease	Chronic disease
Soins	Nursing	Nursing Nursing care	Nursing Nursing care
Adultes	Adults	Adults (19-44 years)	Adults (19-44 years)
MEOPA	MEOPA	MEOPA	MEOPA

Tableau 2

Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :	Critères d'exclusion :
<ul style="list-style-type: none"> - Douleur induite par les soins - Maladie chronique - Population adulte - Contexte hospitalier - Procédures effectuées par l'équipe médicale - Limite d'âge des articles → 10 ans (2008-2018) - Etudes rédigées en français et anglais 	<ul style="list-style-type: none"> - Population pédiatrique - Douleur chronique - Etudes datant de plus de 10 ans - Revue de littérature et méta-analyse

Stratégies de recherche

Dans un premier temps, la recherche s'est effectuée sur différentes bases de données telles que Pubmed, Cinahl, Medline et Google Scholar. Ces bases de données sont spécialisées en sciences médicales, infirmières et biomédicales et offrent des articles scientifiques comportant des données probantes et actuelles pour la pratique. Cette première recherche nous a permis de mieux cibler la thématique de

ce travail et de soulever les principales problématiques qui ont orienté notre question de recherche et de ce fait notre recherche ciblée d'articles scientifiques. Dans un second temps, différentes combinaisons des concepts à l'aide d'opérateurs booléens "AND" ont permis d'obtenir différents articles ciblés dont les équations de recherche sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les recherches étant peu concluantes de premier abord, nous avons réadapté nos mots-clés et concepts en ciblant un moyen de prévention de la douleur induite par les soins spécifique (MEOPA) afin d'élargir nos recherches. Un premier tri sur la base de nos critères d'inclusion a permis de faire une première sélection puis la lecture des titres et des résumés des articles a permis d'effectuer une seconde sélection. Les articles restants ont été lus en entier et sélectionnés en fonction de notre question de recherche ainsi que de nos critères d'inclusion et d'exclusion (voir Tableau 2). Ces articles proviennent de trois banques de données qui sont Cinahl, Medline et Google Scholar et le processus de sélection est résumé au travers d'un diagramme de flux (voir Appendice 1). Au final, six articles ont été sélectionnés, traduits, lus et analysés à l'aide de grilles (voir Appendice 2).

Tableau 3

Equations de recherche

Équations de recherche avec opérateurs	Base de données	Articles trouvés + lecture titre et résumé	Articles retenus	Références articles
Care related pain Filtres: full text, publications year 2008-2018	Medline	12	2	Ambrogi, V., Tezenas du Montcel, S., Collin, E., Coutaux, A., Bourgeois, P., & Bourdillon, F. (2015). Care-related pain in hospitalized patients: Severity and patient perception of management. <i>European Journal of pain</i> , 19(3),

				313-321 Coutaux, A., Salomon, L., Rosenheim, M., Baccard, A. S., Quiertant, C., Papy, E., & Bourgeois, P. (2008). Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study. <i>European Journal of pain</i> , 12(1), 3-8.
MEOPA et procédures douloureuses Filtres: années de publication (2008-2018),	Google Scholar	213 (article sélectionné = 1er article de 1ère page des résultats)	1	Krakowski, I., Baylot, D., Chvetzoff, G., Collin, E., Coulouma, R., Dixmierias, F., ... & Billoët, C. (2010). Pain management during invasive procedures in oncology : inhaled 50% N2O/O2 premix, and effective and well tolerated method. <i>Douleur et analgésie</i> , 23, 113-120.
Procedural pain AND Adults AND Pain Filtres: full text, publication year (2008-2018)	Medline	13	1	Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C., ... & Puntillo, K. (2013). Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. <i>Pain Management Nursing</i> , 14(2), 85-93.
Care related pain AND Adults AND Pain Filtres: full text	Medline	27	1	Jacobson, A. F. (2006). Cognitive-behavioral interventions for iv insertion pain. <i>AORN journal</i> , 84(6), 1031-1048.
Procedural pain AND care management AND nursing Filtres: 2008-2018	Cinahl	30	1	Rawe, C., Trame, C. D., Moddeman, G., O'malley, P., Biteman, K., Dalton, T., & Walker, S. (2009). Management of procedural pain: Empowering nurses to care for patients through clinical nurse specialist consultation and intervention. <i>Clinical nurse specialist</i> , 23(3), 131-137

Résultats

Qualité méthodologique des articles retenus

Pays et année de publication

Les six articles retenus pour cette revue de littérature ont été publiés entre 2006 et 2015 ce qui permet d'obtenir des données récentes et actuelles sur la thématique et le sujet bien qu'un article date de plus de dix ans. L'article publié en 2006 a tout de même été gardé pour l'analyse car il amène des éléments pertinents concernant les moyens non-pharmacologiques pour prévenir la douleur induite par un soin. Les auteurs ont également recherché les liens entre les douleurs et les données démographiques des patients dont les résultats sont prometteurs.

Trois études ont été menées en France (Krakowski et al., 2010; Couteaux et al., 2008; Ambrogi et al., 2015) et les trois autres se sont déroulées aux Etats-Unis (Jacobson, 2006; Faigeles et al., 2013; Rawe et al., 2009). Cela a permis d'avoir un point de comparaison des systèmes de santé et de la gestion des douleurs induites par les soins au sein de ces deux pays. Aucune étude sur ce sujet n'a été effectuée en Suisse et de ce fait la proximité de la France permet d'avoir une vision se rapprochant du système de santé Suisse.

Population

La population de ces six articles sont des patients adultes hospitalisés, âgés de 18 à 91 ans comme défini par nos critères de sélection. Ces articles ciblent une population adulte car au fil de l'approfondissement de la thématique nous avons remarqué qu'un nombre limité de recherches abordent la prévention de la douleur induite par les soins auprès de cette population. De plus, le choix du contexte hospitalier s'explique par le nombre de soins invasifs pratiqués au quotidien voire

plusieurs fois par jour. En effet, ces articles permettent de mieux comprendre la fréquence des soins pratiqués et également leur impact douloureux.

Un des articles cible aussi les infirmiers, ce qui permet d'avoir le point de vue des soignants vis-à-vis de la douleur, de l'intervention pratiquée et d'évaluer l'environnement dans lequel le patient se trouvait (Jacobson, 2006). Dans les autres articles, les patients étaient atteints de maladies chroniques (cancer, tumeur) (Krakowski et al., 2010) ou hospitalisés (Jacobson, 2006; Faigeles et al., 2013; Ambrogi et al., 2015; Couteaux et al., 2008; Rawe et al., 2009). Le fait d'avoir le point de vue des patients sur leurs douleurs mais également le point de vue des soignants vis-à-vis de celles-ci permet une vision plus globale de la problématique et des moyens qui pourraient être mis en place pour aider à prévenir la douleur.

Devis des articles

Sur les six articles retenus, trois articles étaient des devis quantitatifs (Jacobson et al, 2006; Krakowski et al, 2010; Faigeles et al, 2013). Deux articles de ceux-ci sont des essais contrôlés randomisés (Jacobson, 2006; Krakowski et al, 2010) et le troisième est un essai contrôlé non randomisé (Faigeles et al, 2013). Les trois autres articles étaient des devis mixtes (Ambrogi et al., 2015; Couteaux et al., 2008; Rawe et al., 2009). Parmi ceux-ci, deux étaient des études transversales (Ambrogi et al., 2015; Couteaux et al., 2008). Les devis quantitatifs permettent d'obtenir des résultats numériques pouvant être généralisés à différentes populations ou contextes. De ce fait, malgré que ces études n'aient pas été réalisées en Suisse, les devis quantitatifs pourraient permettre de généraliser les résultats à la population Suisse. Les devis mixtes, et plus spécifiquement les études transversales,

permettent de rapporter la fréquence d'un événement, dans le cadre de ce travail, la douleur liée aux soins, dans une population à un moment donné (Fortin, 2010).

Ethique

La dimension éthique a été prise en considération dans les six articles sélectionnés pour l'analyse. En effet, quatre études ont fait signer un consentement éclairé aux patients désirant participer à la recherche (Ambroggi et al., 2015; Couteaux et al., 2008; Jacobson, 2006; Krakowski et al., 2010).

Les deux autres études (Faigeles et al., 2013; Rawe et al., 2009) ont pris soin de demander l'accord des institutions dans lesquelles allait être effectuée leur recherche et ont par la suite protégé les données en enlevant toutes traces de l'identité des patients interrogés.

La prise en considération de la dimension éthique par les auteurs démontre leur intérêt à respecter l'individu dans son autonomie ainsi que le secret professionnel.

Présentation des articles

Les articles sélectionnés sont présentés dans un tableau récapitulatif se trouvant dans l'appendice C.

Au terme de la lecture des articles et de leur analyse, les thématiques principales ont été catégorisées en fonction de la question de recherche. Ces catégories sont : les facteurs influençant l'intensité de la douleur et les moyens de gestion de la douleur induite par les soins. Ces deux catégories se composent de sous-catégories qui sont les caractéristiques des patients (genre), milieu de soins (contexte et durée d'hospitalisation), le type de procédures, l'intensité de la douleur induite liée au type

de procédures, les moyens de gestion de type pharmacologiques et les moyens de gestion de types non-pharmacologiques.

Facteurs influençant l'intensité de la douleur

Caractéristiques des patients hospitalisés

L'étude d'Ambrogio et al. (2015) relève que les patients étant les plus susceptibles d'avoir éprouvé de la douleur au cours des dernières vingt-quatre heures avaient un niveau de scolarité plus élevé (au moins un baccalauréat, 52,2% vs 44,3% ; $p=0.02$). A savoir que 47,8% des patients (N=938) avaient un baccalauréat.

L'étude de Krakowski et al. (2010) montre que 30% des patients participant à l'étude (N=199) présentaient un fond douloureux permanent. La présence d'un fond douloureux augmente l'évaluation de la douleur avant le geste : 0mm chez les patients sans fond douloureux et de 40mm chez les patients avec un fond douloureux constant ($p<0.001$). L'étude note qu'il n'y a pas eu de différences significatives sur les caractéristiques des patients ni sur les traitements anticancéreux entre les deux groupes.

L'étude de Faigeles et al. (2013) relève la moyenne d'intensité de la douleur lors de la mobilisation était de 4.9 ± 3.1 . Parmi l'échantillon de patients de l'étude (N=1395), les femmes ($m=5.2$), les patients des unités spécialisées ($m=5.4$) ainsi que les patients ayant subi une chirurgie ($m=5.2$), les traumatisés ou encore les brûlés ($m=6.1$) ont signalé des niveaux de douleurs significativement plus élevés lors de la mobilisation.

L'étude de Rawe et al. (2009) relève que les femmes ont obtenu en moyenne des scores de douleur plus élevés aux trois points de collecte de données avant

(M=1.47), pendant (M= 2.46), après le geste (M=1.23). Par ailleurs, seuls les scores de douleur pendant les interventions étaient significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (M= 1.72; p=0.000).

Selon Rawe et al. (2009), 55% plus d'adultes âgés de 19 à 65 ans ont reçu une analgésie pré-procédurale que les patients âgés de plus de 65 ans. Les adultes de plus de 65 ans ont reçu 18% moins de doses d'analgésie équivalentes à la morphine au cours de l'intervention que le groupe d'âge plus jeune, comme vu dans les études antérieures. Cette étude relève notamment que l'âge, le sexe, le type de procédure et la prémédication semblent influencer la perception de la douleur du patient, associé au diagnostic et à la procédure du traitement.

Dans l'étude de Jacobson (2006), la population comprenait 64% (n=206) de femmes et 36% d'hommes (n=118). L'âge moyen des patients étaient de 55 ans (SD 16.0). 89% (N=324) étaient blancs, 10% était des personnes de couleur et 1% étaient d'autres origines. Les variables utilisées comprenaient l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le type et le calibre du cathéter IV ainsi que son site de ponction. Il a été montré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour aucune des variables, à l'exception du sexe (p=0.005) et du calibre IV (p=0.007).

Contexte et durée d'hospitalisation

L'étude d'Ambrogi et al. (2015) relève que sur les 540 patients ayant souffert de douleur induite par les soins au cours des quinze jours précédents, 55% (n=297) étaient hospitalisés en unité de médecine, 26,7% (n=144) en chirurgie et 11,7% (n=63) en soins intensifs. Comparé aux 398 patients sans douleur induite par les soins au cours des quinze jours précédents, les patients avec une douleur induite par les

soins étaient plus susceptibles d'avoir éprouvé de la douleur au cours des vingt-quatre heures précédentes (70,4% vs 44,3% ; $p < 0.0001$) et étaient plus souvent hospitalisés depuis au moins une semaine (48,7% vs 38,3% ; $p = 0.0007$). La douleur sévère liée aux soins était associée avec la durée d'hospitalisation de plus d'un mois. Les patients ayant eu des douleurs sévères liées aux soins durant les dernières vingt-quatre heures précédentes étaient plus susceptibles d'avoir des douleurs sévères liées aux soins dans les quinze jours précédents.

L'étude de Faigeles et al. (2013) relève que 65,9% des patients étaient hospitalisés dans une unité de soins intensifs, 21,9% dans une unité spécialisée et 12,2% dans d'autres unités. Les patients ayant subi une mobilisation à l'aide d'une alèse, ceux qui n'ont pas participé à la mobilisation et ceux ayant reçu une prémédication ont signalé plus de douleurs. Il a été également démontré qu'un patient dans une unité de soins intensifs (65,2% ; $p < 0.001$), qui a exprimé une intensité de douleur élevée ($M=5,2$) et qui n'avait pas été prémédiqué, a reçu des informations durant la mobilisation.

Types de procédures

L'étude d'Ambrogi et al. (2015) avait pour but d'évaluer la prévalence et les caractéristiques de la douleur liée aux soins ainsi que sa prise en charge afin de déterminer les facteurs liés à la douleur induite par les soins. Les résultats associent l'intensité des douleurs avec les types de procédures, l'unité d'hospitalisation du patient, la durée de l'hospitalisation et la douleur durant les vingt-quatre heures précédant l'enquête.

L'étude de Couteaux et al. (2008) avait pour but d'identifier les procédures ou situations susceptibles d'induire ou d'augmenter la douleur chez les patients hospitalisés.

L'étude de Rawe et al. (2009) a cherché à évaluer l'incidence de la douleur chez les patients hospitalisés qui subissent des interventions invasives. L'étude relève que sur les patients interrogés (N=358), 38,5% (n=138) ont subi des procédures gastro-intestinales, 26,3% (n=94) ont subi des procédures radiologiques et 19,3% (n=69) ont subi des procédures cardio-vasculaires.

L'étude de Faigeles et al. (2013) avait pour but de décrire les caractéristiques de la douleur du patient pendant la mobilisation et leur association avec les caractéristiques des patients.

Ces quatre études ont relevé que les procédures rapportées le plus souvent comme étant douloureuses par les patients sont :

- Les ponctions vasculaires par 37,8% (n=343), (Ambrogi et al., 2015) ; et 38% (n=684), (Couteaux et al., 2008)
- Les ponctions non vasculaires (OR 3.1 [95% CI 1.7,5.6]) par 50% (n=907) (Ambrogi et al., 2015); et 10% (n=68), (Couteaux et al., 2008)
- Les mobilisations par 17,8% (n=161), (Ambrogi et al., 2015); et 24% (n=671) (Couteaux et al., 2008); et (n=1395), (Faigeles et al., 2013)
- Les procédures thérapeutiques par 12,3% (n=112), (Ambrogi et al., 2015)
- Les examens radiologiques par 43,1% (n=907), (Ambrogi et al., 2015) ; et 2% (n=13), (Couteaux et al., 2008); et M=3,22 (Rawe et al., 2009)
- Le cathétérisme et le drainage par 10,9% (n=99) 2.7 [1.6;4.3] (Ambrogi et al., 2015)

L'intensité de la douleur induite selon le type de procédure

L'intensité des douleurs liées aux types de procédures a été investiguée par l'étude d'Ambrogi et al. (2015) qui relève que parmi les procédures, les plus douloureuses étaient les ponctions non vasculaires invasives (50%), les cathétérismes (47,9%) et les examens radiologiques (43,1%).

De plus, l'étude de Couteaux (2008) a classé les procédures douloureuses selon l'intensité des douleurs. Plus de la moitié des épisodes douloureux, dont la plupart étaient des ponctions vasculaires et des mobilisations, 28 et 27%, ont été évalués comme douleur sévère ou extrêmement sévère (57%). Les auteurs relèvent que si les ponctions vasculaires étaient les plus fréquentes procédures douloureuses avec une intensité de douleur modérée (58% des douleurs légères à modérées), les mobilisations étaient au contraire fréquentes et très douloureuses (intensité des douleurs reportées de sévères à très sévères dans 67% des cas). De plus, l'intensité maximale de la douleur a été jugée plus élevée pour les événements qui ont été répétés que pour ceux qui n'ont été vécus qu'une seule fois (62 % des épisodes douloureux sévères à extrêmement sévères contre 53 %, $p=0,02$).

Ensuite, l'étude de Rawe et al. (2009) met en évidence que les scores de douleur autodéclarés pendant les procédures étaient significativement différents selon la catégorie d'intervention ($p<0.05$). Les scores moyens de douleur étaient les plus élevés pour les procédures radiologiques ($m=3,22$) et les plus faibles pour les procédures cardiothoraciques ($m=0,84$).

Pour terminer, l'étude de Faigeles et al. (2013), relève que la moyenne d'intensité de la douleur lors de la mobilisation était de 4.9 ± 3.1 . Les patients ayant subi une mobilisation à l'aide d'une alèse, ceux qui n'ont pas participé à la mobilisation et ceux ayant reçu une prémédication ont signalé plus de douleurs. De plus, les femmes, les patients étant dans une unité spécialisée, les cas chirurgicaux, les cas

de trauma ainsi que les grands brûlés ont exprimé plus de douleurs lors de la mobilisation.

Moyens de gestion des douleurs induites par les soins

Moyens pharmacologiques

L'article de Krakowski et al. (2010) relève que la douleur ressentie par les patients a été significativement plus élevée dans le groupe témoin (n=101) que dans le groupe MEOPA (n=98) (p=0,006). Une augmentation importante de la valeur initiale de l'intensité de la douleur a été plus signalée dans le groupe témoin que dans le groupe MEOPA (p = 0.012). L'intensité de la douleur initiale, chez les patients avec un fond douloureux, a pu être réduite grâce à l'utilisation du MEOPA (différence d'EVA de -10.4 ± 23.5 mm). Après la procédure, 94 patients du groupe MEOPA et 91 patients du groupe témoin accepteraient un nouveau geste invasif ou soin douloureux réalisé dans des conditions identiques (p= 0.352).

L'étude de Rawe et al. (2009) relève que 22,1% des patients (n = 79) ont reçu des analgésiques avant l'intervention (fentanyl, demerol, midazolam ou morphine) ; 84,1 % (n=294) ont reçu des analgésiques pendant l'intervention. Seulement 4,7 % des sujets ont reçu un analgésique après l'intervention. Néanmoins, 79 % des patients (n=276) ont déclaré avoir reçu une prise en charge adéquate de la douleur.

Moyens non-pharmacologiques

L'article de Faigeles et al. (2013) a enquêté sur l'effet de plusieurs interventions non-pharmacologiques lors de la mobilisation sur des patients (N=1395). 92,5% ont reçu au moins une intervention non-pharmacologique, 26,3% ont reçu cinq

interventions ou plus. Les trois interventions les plus fréquemment utilisées étaient la voix apaisante pour 65,75% des patients (n=917), l'information (60,6% ; n=845) et la respiration profonde (37,9% ; n=528). Par ailleurs, les patients ayant rapporté une forte intensité de douleur étaient plus susceptibles d'utiliser ces interventions : la voix apaisante (OR 1.01, 95% CI 1.01-1.02); l'information (OR 1.01, 95% CI 1.001-1.009) ; la respiration profonde (OR 1.01, 95% CI 1.001-1.010). La probabilité d'utiliser la voix apaisante comme intervention était 1.01 fois plus prévisible lorsque l'intensité de la douleur augmentait de 1 point.

L'étude de Jacobson (2006) a sélectionné uniquement trois interventions que les patients pouvaient choisir afin de pouvoir réduire la douleur lors de l'insertion d'un cathéter veineux : l'écoute de musique (n=62, 57,9%), le kaléidoscope (n=27, 31,7%) ainsi que l'imagerie guidée (n=34, 41,7%). Les participants des deux groupes (n=324) ont reporté un score d'intensité de la douleur différent selon le groupe dans lequel ils étaient (choix de l'intervention (n=158) ou non (n=166)), l'intervention utilisée ainsi que le sexe du patient. Les hommes (n=118) ont reporté un score de douleur moins intense lorsqu'ils étaient assignés à la musique (M=1.8 vs M=2.0). Cependant, les scores de douleur étaient plus élevés lorsqu'ils avaient choisi le kaléidoscope (M=2.7 vs M=2.0) ou l'imagerie guidée (M=2.3 vs M=0.7). Les femmes (n=206) ont reporté des scores de douleur égaux lorsqu'elles avaient le choix ou non de la musique (M=2.0 vs M=2.0). L'intensité de la douleur était plus élevée lorsqu'elles avaient choisi le kaléidoscope (M=2.8 vs M=2.5) ou l'imagerie guidée (M=3.0 vs M=2.8). Cependant, l'analyse du chi carré a révélé une différence statistiquement significative du choix de traitement selon le sexe ($p = 0,003$). Les résultats ont révélé que les hommes choisissent les soins habituels (c.-à-d. 36 %, $z = 2,3$) beaucoup plus souvent que les femmes (c.-à-d. 13 %, $p < 0,05$).

Discussion

Résultats principaux et lien avec la théorie de la gestion des symptômes

Facteurs influençant l'intensité de la douleur induite

Caractéristiques des patients hospitalisés

Trois études (Faigeles et al., 2013 ; Jacobson, 2006 ; Rawe et al., 2009) relèvent l'influence du genre des patients sur la douleur induite. Pour d'autres (Ambroggi et al., 2015; Couteaux et al., 2008; Krakowski et al., 2010), il n'y a pas de liens significatifs. Cette variable qui fait partie de la dimension personnelle de la théorie de gestion des symptômes, semble avoir un impact sur la perception de la douleur. La mise en œuvre de cette théorie lors du soin permettrait à l'infirmière de clarifier cette interaction et de l'intégrer dans son offre en soins.

L'étude de Krakowski et al. (2010) démontre que les patients ayant rapporté des douleurs induites par les soins plus élevés présentaient déjà des douleurs de fond liées à leur maladie. Cet aspect s'insère dans la dimension de l'état de santé de la théorie de gestion des symptômes car le fond douloureux risque d'augmenter la douleur induite par un soin. En particulier chez les malades chroniques qui souffrent souvent de douleurs de fond dues à leur pathologie et aux nombreux soins répétitifs qu'ils doivent subir. En tant qu'infirmière, il paraît nécessaire de prendre en considération cet aspect-là lors de la prise en charge de cette population afin de limiter les douleurs induites par les soins qui pourraient engendrer une augmentation des douleurs de fond par la mémorisation de ces douleurs dans le but de préserver l'adhérence du patient à ses soins. Pour ce faire, l'infirmière pourrait commencer par évaluer la douleur avant le soin. Puis, en collaboration avec le patient, l'infirmière pourrait proposer un moyen de gestion de la douleur pouvant

découler de son soin se basant sur le vécu douloureux du patient, ses stratégies de gestion de la douleur ainsi que sa connaissance du soin. Durant et après le soin, l'infirmière devrait à nouveau évaluer l'intensité de la douleur et en fonction de la réponse donnée, réadapter l'accompagnement durant un soin en partenariat avec le patient.

Une étude a démontré que le niveau de scolarité des patients pouvaient également avoir une influence sur l'intensité de la douleur induite par les soins (Ambrogi et al., 2014). Cet aspect fait partie intégrante de la dimension personnelle de la théorie de gestion des symptômes et cela peut refléter le niveau de compréhension du patient vis-à-vis de sa maladie et de ses traitements. Prendre en compte le niveau de connaissances du patient pourrait guider l'infirmière dans ses explications du soin et amener des compléments d'informations en cas de besoin. Le fait de recevoir des informations compréhensibles concernant le déroulement du soin et son but, ainsi que les différents moyens existants de gestion des douleurs induites pourrait permettre au patient de mieux appréhender le geste et donc de mieux gérer sa douleur. Tout ceci favoriserait l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient ainsi que son adhérence aux différents soins qu'il doit subir.

Contexte et durée d'hospitalisation

Les différentes unités de soins, particulièrement les soins aigus, dans lesquelles étaient hospitalisés les patients ayant vécu des douleurs induites par les soins ainsi que la durée de leur hospitalisation ont été associées à l'intensité de la douleur induite par les soins et relevées par deux études (Ambrogi et al., 2015; Faigeles et al., 2013). L'unité de soins (environnement) dans laquelle est hospitalisé le patient ainsi que la durée de son hospitalisation ont un impact sur son vécu douloureux. Il

paraît donc nécessaire de tenir compte de cet aspect dans la démarche réflexive de la prise en soin d'un patient afin de préserver son adhérence, surtout si celui-ci souffre d'une maladie chronique et qu'il sera amené à de nombreuses reprises à effectuer des soins du même type.

Pour ce faire, l'infirmière pourrait commencer par récolter des informations sur le vécu de la maladie : hospitalisations antérieures, quels soins doit subir le patient de façon régulière, vécu douloureux ou encore les moyens de gestion de la douleur qu'il aurait peut-être déjà utilisés. Par la suite, elle pourrait adapter sa prise en charge en regard des informations données par le patient afin d'éviter que celui-ci mémorise de mauvaises expériences douloureuses lors de son hospitalisation risquant d'entraver sa collaboration pour d'autres soins.

Types de procédures

Sur les six études analysées, quatre relèvent les procédures rapportées comme étant douloureuses (Ambroggi et al., 2015; Couteaux et al., 2008; Faigeles et al., 2013; Rawe et al., 2009).

Les procédures douloureuses les plus fréquemment rapportées dans la littérature (ponctions veineuses, mobilisations, procédures thérapeutiques, drainages ou cathétérismes ou encore les examens radiologiques) sont fréquemment pratiquées dans le milieu des soins aigus. Du point de vue de la théorie de gestion des symptômes, les types de procédures et leur impact douloureux s'insèrent dans l'expérience vécue du symptôme. L'infirmière devrait questionner le patient sur son vécu douloureux antérieur de ces soins et de ses stratégies de gestion de la douleur. En faisant cela, l'infirmière pourrait comprendre la perception du patient face à ces différents soins et mettre en évidence les éléments pouvant être des

facteurs de risque à l'apparition de douleurs lors d'un soin. Prendre en compte le vécu douloureux antérieur d'un patient vis-à-vis d'un soin, ainsi qu'avoir en tête quelles procédures sont le plus à risque d'engendrer de la douleur chez un patient, pourrait guider la prise en charge et permettrait de mieux adapter les moyens de prévention de la douleur induite.

L'intensité de la douleur induite selon le type de procédure

Les quatre études ayant relevé les procédures douloureuses ont également relié les types de procédure à l'intensité de la douleur induite (Ambrogi et al., 2015; Couteaux et al., 2008; Faigeles et al., 2013; Rawe et al., 2009).

En plus d'avoir en tête les procédures potentiellement douloureuses, l'infirmière devrait aussi avoir conscience que l'intensité de la douleur peut varier selon la procédure. Néanmoins, la douleur est une sensation subjective et propre à chacun, le vécu douloureux du patient paraît donc important à prendre en compte. Pour ce faire, l'infirmière devrait questionner le patient sur ses expériences d'hospitalisations antérieures, les soins qu'il a reçus et comment il les a vécus, en garde-t-il une bonne expérience ou non ou encore les stratégies de gestion mises en place. Ainsi, l'infirmière aurait connaissance de la perception de la douleur du patient, des stratégies de prévention de la douleur qui lui ont été bénéfiques ou non pour le même genre de soin et elle pourrait, à partir de là, proposer ou utiliser des moyens de gestion de la douleur induite adéquats. L'infirmière pourrait également, suite au soin, réévaluer la douleur afin de pouvoir analyser les effets positifs ou non des moyens de prévention utilisés. Le type de procédure, l'intensité de la douleur, la perception du patient face à la douleur induite et la recherche de stratégies de prévention de la douleur induite en partenariat avec le patient sont des aspects

faisant partie des trois concepts centraux de la théorie de gestion des symptômes à savoir : l'expérience vécu du symptôme, les stratégies de gestion et les résultats obtenus sur l'état du symptôme.

Moyens de gestion des douleurs induites par les soins

Parmi les six articles analysés, quatre études relèvent différents moyens de prévention des douleurs induites par les soins (Faigeles et al. 2013 ; Jacobson, 2006; Krakowski et al., 2010; Rawe et al., 2009).

Moyens pharmacologiques

L'étude de Krakowski et al. (2010) enquête sur l'utilisation de l'effet antalgique et sédatif du MEOPA en concomitance avec d'autres traitements à but antalgique auprès de la population adulte. L'étude démontre que le MEOPA a une influence positive sur la valeur d'intensité de la douleur liée à un soin qui se voit diminuer auprès des patients. Ce moyen de prévention de la douleur induite par les soins s'insère dans les trois concepts de la théorie de gestion des symptômes car la mise en place de stratégies de gestion de la douleur induite adéquates doit questionner le patient dans sa globalité. Néanmoins, les auteurs relèvent un certain nombre d'effets indésirables comme par exemple des nausées/vomissements, des vertiges, des maux de tête ou encore des angoisses. Cependant, ces effets disparaissent dès l'arrêt de l'administration du gaz. Ces possibles effets secondaires sont à prendre en considération avant l'utilisation de ce type d'antalgie surtout si le patient souffre, de par sa maladie et ses traitements, de nombreux effets secondaires afin de ne pas les amplifier ou en rajouter, même s'ils sont de courte durée. Afin de pouvoir utiliser cette forme d'antalgie, l'introduction d'un protocole devrait être mis

en place ainsi qu'une formation de l'équipe médicale à l'utilisation de ce moyen qui est, selon l'étude, facilement maniable.

L'étude de Rawe et al. (2009) a questionné l'effet des différents traitements antalgiques pour la prise en charge des douleurs induites par les soins et de manière générale, les patients participant à cette étude ont déclaré être satisfaits de la prise en charge de ces douleurs. Cependant, l'étude n'a pas clairement mis en évidence les dosages ou la fréquence d'utilisation des moyens antalgiques mais les auteurs ont, à partir de l'étude, mis au point un guide de bonne pratique pour la prévention des douleurs induites par les soins. Ce guide de bonne pratique place le patient et son évaluation de la douleur au centre, de sorte à guider le soignant dans les différentes étapes de prévention de la douleur tout en allant au rythme du patient. Ceci permet au patient d'être acteur de sa prise en charge et d'acquérir une meilleure connaissance de son vécu douloureux lors d'un soin. Aussi, une relation de partenariat semble nécessaire pour réussir une bonne prévention des douleurs induites par les soins.

Moyens non-pharmacologique

Deux études ont relevé plusieurs interventions non-pharmacologiques utilisées sur deux types de procédures douloureuses (Faigeles et al., 2013 ; Jacobson, 2006). L'étude de Faigeles et al. (2013) a investigué l'effet de la voix apaisante, l'information et la respiration profonde lors de soins douloureux tandis que l'étude de Jacobson (2006) a évalué l'efficacité de la musique, du kaléidoscope ainsi que de l'imagerie guidée. Les deux études n'ont pas relevé de différences significatives sur l'évolution de l'intensité des douleurs avec la mise en place de ces interventions non-pharmacologiques et l'étude de Faigeles et al. (2013) met en évidence qu'il

serait nécessaire de combiner une prémédication à ces interventions. Néanmoins, l'étude de Jacobson (2006) a montré que les interventions non-pharmacologiques de type cognitivo-comportementales conviendrait plus aux femmes et que les hommes auraient tendance à ne pas utiliser ces interventions.

L'utilisation d'interventions non-pharmacologiques dans la gestion des douleurs induites paraît intéressante car le patient pourrait exécuter de lui-même certaines mesures de prévention selon ce qui lui correspond le mieux ; le rôle de l'infirmière serait de donner la prémédication puis d'accompagner le patient dans son choix d'intervention non-pharmacologique. Pour trouver le moyen le plus adapté, l'infirmière devrait investiguer auprès du patient si celui-ci a déjà mis en place certaines stratégies de gestion de la douleur induite par un soin tout en prenant en compte le vécu douloureux du patient indépendamment du geste. Du point de vue de la théorie de gestion des symptômes, cet aspect s'insère autant dans les trois concepts que dans les trois dimensions de la théorie. Ainsi, chaque intervenant a un rôle bien défini ; le patient se place au centre et peut mieux appréhender l'expérience de la douleur induite par le soin qu'il doit subir. L'infirmière et le patient construiront ensemble une prise en charge individuelle pour le patient que celui-ci pourra utiliser à chaque fois qu'il devra subir le même soin.

L'utilisation de la théorie de gestion des symptômes pourrait amener la justification du moyen de prévention adéquat de la douleur induite par les soins choisis par le patient.

Le vécu douloureux lors d'un soin est différent pour chaque patient. Autrement dit, pour un même soin, chaque patient vit ce geste et la douleur l'accompagnant de manière différente tant d'un point de vue physiologique que psychologique. A un même degré de sévérité, le symptôme peut être handicapant pour l'un et non pour

l'autre. Au niveau infirmier, il est primordial de comprendre comment le patient vit l'expérience de la douleur induite par le soin, quel est son impact et comment il a l'habitude de la gérer ou de quelle manière il aimerait la gérer. Un symptôme, quel qu'il soit, bien géré par le patient augmente sa qualité de vie. Tous ces éléments se déroulent de manière simultanée. D'autre part, l'adhérence a « une influence sur les relations entre les stratégies de gestion du symptôme et les résultats obtenus sur l'état du symptôme » (Dodd et al., 2001 dans Eicher et al., 2013, p.18). Les facteurs liés « à la personne, la santé/maladie et l'environnement peuvent aussi influencer l'adhérence » (Humphreys et al., 2008, dans Eicher et al., 2013, p.18).

Recommandations

Recommandations pour la pratique

Les soins qui induisent de la douleur sont connus, des procédures standards sont mises en place mais ne permettent pas une gestion optimale de ces douleurs. La mise en œuvre de la théorie de gestion des symptômes permettrait d'accompagner l'infirmière dans l'ensemble du processus de prise en charge, étape par étape. Dans un premier temps, la théorie permettrait d'orienter l'analyse de la situation de soins de manière structurée en utilisant les concepts et dimensions de celle-ci. Le fait d'avoir conscience de la douleur que peut provoquer le soin, de prendre en compte le patient dans sa globalité et de créer une relation de partenariat afin d'éviter le risque de non-adhérence suite aux soins répétitifs que le patient a déjà subi auparavant sont des éléments pertinents à intégrer dans une prise en charge. Pour cela, l'infirmière devrait se laisser guider par le patient afin de pouvoir lui proposer une prise en charge adaptée et individuelle. De manière globale, l'utilisation de la théorie de gestion des symptômes pourrait être un outil

permettant aux infirmières de cibler les caractéristiques personnelles de leur patient, son état de santé actuel, l'environnement dans lequel il se trouve mais également son expérience du vécu douloureux, ses stratégies de gestion de la douleur induite par les soins s'il en a déjà et les résultats sur le vécu douloureux suite à la mise en place de ces stratégies.

Recommandations pour la formation

Actuellement, beaucoup de fausses représentations au sujet des douleurs induites sont présentes dans les équipes de soins. De ce fait, la formation d'infirmière devrait insister sur le rôle de l'infirmière dans la gestion de la douleur et particulièrement celle induite par les soins, mais également sur le code déontologique et les droits des patients (Al-Shaer, Hill & Anderson, 2011 ; Vaartio et al., 2008). Il paraît pertinent de mieux informer les soignants sur les douleurs induites par les soins ainsi que les répercussions que celles-ci peuvent avoir, en particulier, chez les personnes qui doivent subir des soins répétitifs dans un contexte de chronicité.

Dans ce contexte de formation, la théorie de gestion des symptômes devrait être présentée en tant qu'outil utilisable lors de la prise en charge de patients dans leur globalité. En effet, les concepts de cette théorie permettent de placer le patient et son vécu douloureux au centre et d'analyser les ressources et les facteurs pouvant engendrer un risque quant à la douleur induite par les soins. De ce fait, les interventions proposées seront d'autant plus pertinentes et adaptées au patient car elles seront construites avec lui.

Recommandations pour la recherche

La gestion des douleurs induites par les soins est une préoccupation relativement récente mais largement développée dans le contexte de la pédiatrie et de l'oncologie. En revanche, le nombre d'études sur celles-ci au niveau de la population adulte en contexte hospitalier reste limitée. Les résultats des articles analysés ont démontré que de nombreux moyens de gestion de la douleur induite utilisés en pédiatrie pourraient être adaptés aux adultes. Cependant, les recherches nécessiteraient d'être approfondies afin d'analyser d'autres moyens de gestion ainsi que leur efficacité sur le type de procédure. Par ailleurs, les recherches effectuées pour ce travail n'ont pas fait ressortir d'études au niveau de la Suisse. Pourtant la douleur induite par les soins est présente partout et ne dépend pas du pays. En revanche, les moyens de gestion de ces douleurs peuvent différer et il serait intéressant de mettre en évidence les stratégies mises en place en Suisse pour ensuite éventuellement les comparer avec des études d'autres pays.

Limites et forces de la revue de littérature

Limites

Tout d'abord, le temps restreint mis à disposition pour l'élaboration du travail était notre première grande limite car ceci ne nous a pas permis d'analyser de manière plus approfondie la thématique. Par la suite, le caractère récent de la problématique de la gestion de la douleur induite a freiné nos recherches car il n'existe que peu d'études sur la population adulte quant à celle-ci. Une autre limite de ce travail est notre manque d'expérience en matière de recherches d'articles scientifiques. Les articles scientifiques que nous avons trouvés explicitent bien la thématique de la

douleur induite mais certains résultats manquent de précisions et cela nous a freinées dans notre analyse. D'autre part, un des six articles analysés a étudié la mise en place de moyens de gestion de la douleur sur un seul type de procédure douloureuse ce qui constitue une limite à ce travail. Néanmoins, les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence des aspects pertinents pouvant être appliqués à d'autres types de procédures. Malgré de nombreuses recherches, nous n'avons trouvé aucune étude réalisée en Suisse ; parmi les études analysées, l'une d'elle datant de plus de dix ans pourrait biaiser les résultats de ce travail.

Forces

Les six articles sélectionnés et analysés pour ce travail ont permis de répondre à notre question de recherche qui était de comprendre comment les infirmières pouvaient se servir de la théorie de gestion des symptômes comme outil dans la gestion des douleurs induites par les soins auprès de personnes souffrant de maladies chroniques en milieu hospitalier. Un de nos objectifs était de mettre en évidence les différentes caractéristiques pouvant influencer la douleur induite par les soins mais également certains moyens de gestion de ces douleurs comme par exemple le gaz Meopa qui, selon les résultats de l'étude, semble avoir un bon effet au niveau de la population adulte. Les résultats exposés par les six articles sont pertinents et présentent une cohérence méthodologique qui met également en avant qu'il serait nécessaire de poursuivre des recherches plus approfondies à l'avenir dans le but de confirmer les résultats de recherches antérieures et ainsi de pouvoir les généraliser.

Conclusion

Ce travail sous forme de revue de littérature nous a permis d'acquérir un questionnement approfondi sur la thématique choisie. Durant ce travail, nous avons développé un regard critique en matière de recherche, des compétences en matière de méthodologie de recherche et d'analyse d'articles scientifiques. Nous nous sentons à présent capables de mettre à jour nos connaissances à l'aide de la littérature scientifique, ce qui nous permettra d'argumenter nos interventions et d'agir en pleine conscience pour offrir une qualité de soins optimale à nos patients. Ce travail nous a permis de nous interroger et d'explorer la thématique de la douleur induite par les soins pour enfin, répondre à notre question de recherche. A l'aide d'articles scientifiques trouvés dans différentes bases de données, mais aussi de la théorie de gestion des symptômes, nous avons pu approfondir le sujet et argumenter l'utilisation de la théorie en tant qu'outils dans la prise en charge de la douleur induite. La réalisation de ce travail a été pour nous une occasion de développer et consolider nos savoirs sur l'évaluation et la gestion de la douleur induite par les soins auprès de la population de patients atteints de maladies chroniques dans un contexte de soins aigus. Celui-ci nous permettra notamment de faire des transferts dans la pratique et de proposer des interventions adéquates lors de douleurs induites par les soins.

L'évolution constante de la profession infirmière exige de savoir analyser et gérer des problèmes de soins parfois complexes. En effectuant des recherches de cette façon et en continuant de nous interroger, nous serons plus à même de proposer des analyses de soins pertinentes et actuelles, adaptées à chaque situation.

Références

- Alamie, M., Aubry, M., Chaumier, D., Gautier, M. N., & Gautier, J. M. (2007). Douleurs liées aux soins chez l'adulte: le rôle du personnel infirmier. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 8(5), 294-301.
- Al-Shaer, D., Hill, P.D. & Anderson, M.A. (2011). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *Medsurg nursing*, 1, 7-11.
- Ambrogi, V., Tezenas du Montcel, S., Collin, E., Coutaux, A., Bourgeois, P., & Bourdillon, F. (2014). Care-related pain in hospitalized patients: Severity and patient perception of management. *European Journal of pain*, 19(3), 313-321.
- Annequin, D., Aubrun, F., Bourreau, F., Donnadiou, S., Eledjam, J.-J., Fouassier, P., ... Vulser-Christofini, C. (2005). *Les douleurs induites*. Institut UPSA de la douleur. Repéré à https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/DI_presentation_preface_intro.pdf
- Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI]. (2013). *L'éthique et la pratique infirmière*. [Brochure]. Berne, Suisse.
- Bachmann, N., Burla, L., & Kohler, D. (2015). La santé en Suisse: le point sur les maladies chroniques. *Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel*.
- Chaffour-Ader, C. & Daydé, M.C. (2008). *Comprendre et soulager la douleur*. Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Cimerman, P., & Thibault, P. (2009). Douleurs induites par les soins. *Douleurs*, 60(615-M), 10.
- Coutaux, A., & Collin, E. (2008). Douleurs induites par les soins: épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. *Douleur et analgésie*, 21(3), 126. doi: 10.1007/s11724-008-0103-6
- Coutaux, A., Salomon, L., Rosenheim, M., Baccard, A. S., Quiertant, C., Papy, E., ... & Bourgeois, P. (2008). Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study. *European Journal of pain*, 12(1), 3-8.

- Conseil international des Infirmières. (2012). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. [Brochure]. Genève, Suisse.
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., & Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: A position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95-111.
- Ebert, S., Peytremann-Bridevaux, I., & Senn, N. (2015). Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse (Obsan Dossier 44). *Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé*.
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Python, N. V. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 14-25.
- Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C., & Puntillo, K. (2013). Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. *Pain Management Nursing*, 14(2), 85-93.
- Fondation Roche. (2013). *Agir, Mobiliser, Echanger: Pour mieux vivre avec la maladie chronique* [Brochure]. France.
- Fondation Roche. (2011). *Les maladies chroniques*. Repéré à http://www.fondationroche.org/fr/nous_connaitre/definition_maladie_chronique.html
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmier/ères*. Lyon, France: Mallet conseil.
- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du Processus de Recherche: Méthodes Quantitatives et Qualitatives* (2ème éd.). Montréal, Canada: Chenelière Education inc.

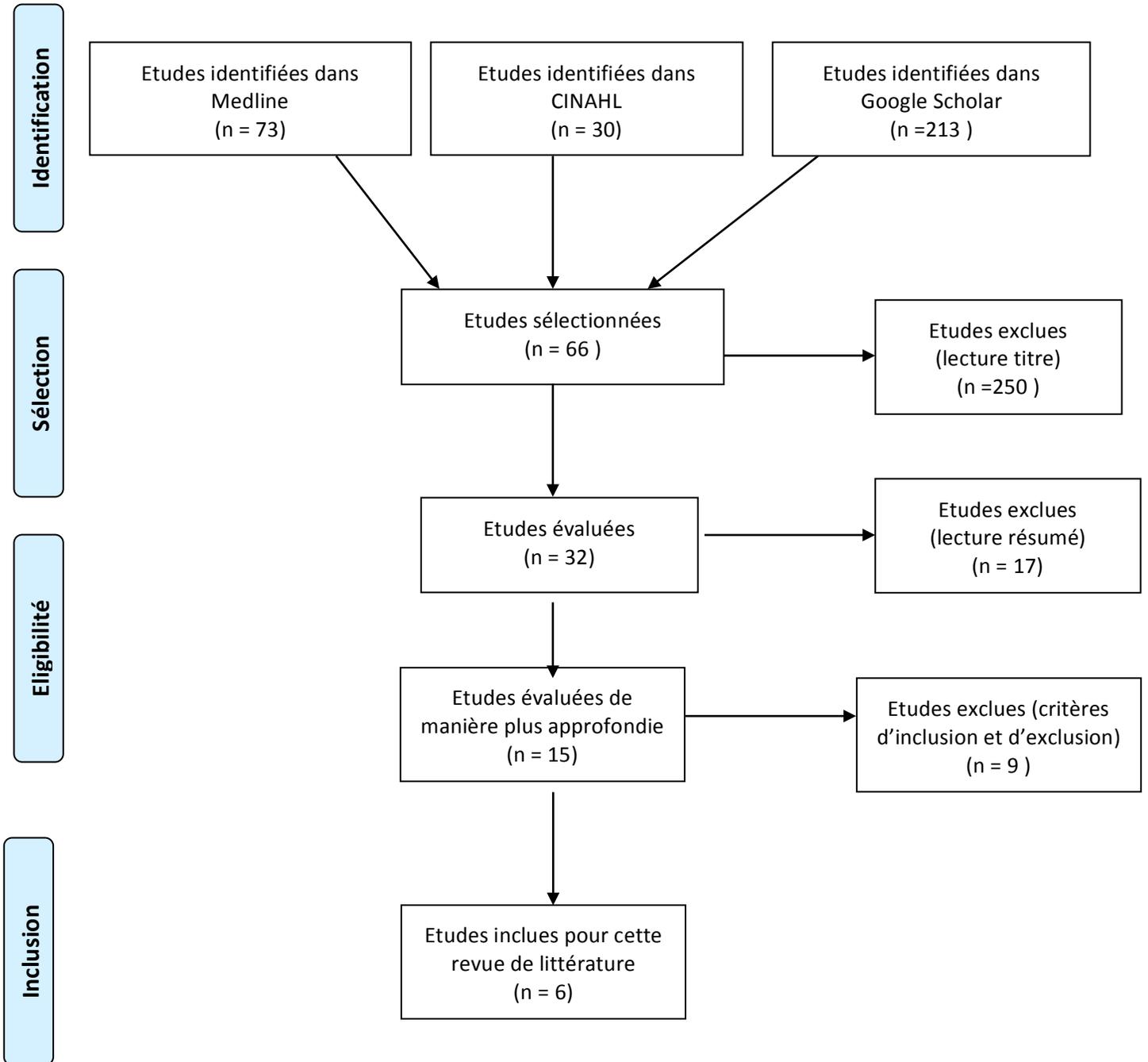
- Haute Autorité de Santé (2008). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
- Jacobson, A. F. (2006). Cognitive-behavioral interventions for iv insertion pain. *AORN journal*, 84(6), 1031-1048.
- Krakowski, I., Baylot, D., Chvetzoff, G., Collin, E., Coulouma, R., Dixmerias, F., ... & Billoët, C. (2010). Pain management during invasive procedures in oncology: inhaled 50% N2O/O2 premix, an effective and well tolerated method. *Douleur et analgésie*, 23(2), 113-120.
- Langlade, A. (2007). Douleurs liées aux soins et actes diagnostiques chez l'adulte : propositions thérapeutiques. *Douleurs*, 8,4, 229-237.
- Le Breton, D. (2009). Entre douleur et souffrance : approche anthropologique, *l'information psychiatrique* 2009/4 (Volume 85), p. 323-328. doi:10.3917/inpsy.8504.0323
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives* (pp. 446-455). Montréal, Canada: Pearson ERPI.
- Observatoire suisse de la santé [OBSAN]. (2015). La santé en Suisse – le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Repéré à https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f_0.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2011). Thèmes de santé : maladies chroniques. Repéré à : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

- Pautex, S., (2013). *Douleur aiguë*. Repéré à https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/douleur_aigue_arce_2013.pdf
- Peytreman-Bridevaux, I., & Burnand, B. (2009). Prévention et prise en charge des maladies chroniques: une approche applicable en Suisse. *Bulletin des médecins suisses*, 90(32), 1217-21.
- Rawe, C., Trame, C. D., Moddeman, G., O'malley, P., Biteman, K., Dalton, T., ... & Walker, S. (2009). Management of procedural pain: Empowering nurses to care for patients through clinical nurse specialist consultation and intervention. *Clinical nurse specialist*, 23(3), 131-137.
- Sager Tinguely, C., & Weber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Rueil-Malmaison, France: Lamarre.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2008). *Middle range theory for nursing* (2nd ed.). New York, Etats-Unis: Springer Publishing Company.
- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2016). Définition de la douleur. Repéré à <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S. & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy : how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced ? *Scandinavian journal of caring sciences*, 20, 282-292.
- Wanquet-Thibault, P. (2015). *Douleurs liées aux soins*. France: Editions Lamarre.

Appendice A : Diagramme de Flux



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Appendice B : Grilles d'analyse

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Ambrogi, V., Tezenas du Montcel, S., Collin, E., Coutaux, A., Bourgeois, P., & Bourdillon, F. (2015). Care-related pain in hospitalized patients: Severity and patient perception of management. <i>European Journal of pain</i> , 19(3), 313-321.
Introduction Problème de recherche	Les patients hospitalisés subissent souvent des procédures douloureuses, mais on sait peu de choses sur la douleur liée aux soins dans l'ensemble de la population de patients hospitalisés.
Recension des écrits	<p>Les patients hospitalisés subissent couramment des procédures douloureuses, mais peu d'articles s'intéressent à la douleur liée aux soins dans l'ensemble de la population des patients hospitalisés. La douleur liée aux soins est devenue une préoccupation pour les travailleurs de la santé depuis le début des années 1990. Cette thématique a été principalement étudiée en pédiatrie, en oncologie, en chirurgie et dans les unités de soins intensifs ou pour des procédures spécifiques telles que les procédures urodynamiques et les procédures radiologiques interventionnelles. Peu d'études ont porté sur la prise en charge de la douleur chez l'ensemble des patients hospitalisés. Des auteurs ont conclu que la douleur liée aux soins était sous-évaluée et n'était pas suffisamment pris en compte ou gérée.</p> <p>En France, la douleur liée aux soins a été définie dans le programme douleur 2006-2010 du Haut Conseil de la Santé Publique, avec des recommandations pour sa prévention, mais celles-ci sont principalement axées sur les enfants.</p> <p>Toutefois, une étude récente sur les unités de soins intensifs néonatales a montré que les nouveau-nés subissent encore un nombre considérable d'interventions sans prise en charge systématique de la douleur. Différentes études également mené en unités de soins intensifs mais chez les adultes, ont montré qu'après un traitement approprié pour la douleur liée aux soins, les jours de ventilation et la durée du séjour à l'hôpital ont diminué chez les patients ayant subi un traumatisme grave; l'incidence des événements indésirables graves a diminué chez les patients des unités de soins intensifs; et la survie à long terme a été potentialisée chez les patients ayant subi un traitement chirurgical pour un carcinome colorectal. La douleur liée aux soins semble donc responsable de l'inconfort du patient et pourrait avoir des conséquences cliniquement significatives. La perception qu'a le patient de la prise en charge de la douleur et la satisfaction à l'égard des soins de la douleur est également préoccupante. Il semblerait qu'aucune étude n'a analysé comment les adultes hospitalisés perçoivent la gestion des douleurs liées aux soins par les travailleurs de la santé pour toutes les procédures. En outre, un traitement analgésique adéquat pour le soulagement de la douleur est important et doit être un aspect important de la qualité des soins.</p> <p>Dans une étude précédente sur la prévalence de la douleur dans un hôpital universitaire parisien, les auteurs ont montré une prévalence de la douleur de 59% (liée ou non aux soins), avec 81% des patients satisfaits de leur prise en charge de la douleur. Ici, une enquête transversale d'une journée a été réalisée dans le but d'évaluer la prévalence et les caractéristiques de la douleur liée aux soins et sa prise en charge dans toutes les unités, à l'exception des unités de soins de jour ou des unités néonatales du même hôpital universitaire et pour examiner les facteurs liés à la gravité de la douleur liée aux soins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	L'étude ne contient pas de cadre théorique ou conceptuel.

Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence et les caractéristiques de la douleur liée aux soins et sa prise en charge dans toutes les unités d'un hôpital universitaire à Paris et de déterminer les facteurs liés à la douleur liée aux soins.
Méthodes Devis de recherche	Devis mixte, étude transversale
Population, échantillon et contexte	Parmi les 1438 lits disponibles, 1214 patients étaient hospitalisés le jour de l'enquête. Les auteurs ont interrogé 38 unités de soins : 21 départements de médecine, 11 départements de chirurgie dont 1 département d'obstétrique, 2 départements de soins intensifs dont plusieurs unités, 2 départements psychiatriques dont un département de pédopsychiatrie, l'Institut de psychiatrie pour enfants, l'Institut de psychiatrie de l'Université d'Ottawa, unité d'enfants seulement à l'hôpital, et 2 unités de suivi et de réadaptation. Les auteurs ont inclus tous les patients qui pouvaient communiquer et qui ont été hospitalisés pendant au moins 24 heures, mais pas dans une unité de soins de jour ou une unité néonatale (n = 938). Un questionnaire en quatre parties a été mené par des enquêteurs qualifiés. L'enquête a été menée par des étudiants en médecine et des étudiants en sciences infirmières, qui ont reçu une formation spécifique au préalable ou une équipe mobile d'enquêteurs de l'Unité locale d'évaluation et de traitement de la douleur.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les auteurs ont utilisé un questionnaire structuré comportant différentes parties. La première partie était axée sur l'information générale sur les patients, y compris l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le type d'unité la durée du séjour à l'hôpital. Les auteurs ont également demandé aux patients s'ils avaient ressenti de la douleur au cours des 24 heures précédentes. Si les patients répondaient de manière affirmative à cette question, ils devaient alors remplir la seconde partie du questionnaire abordant les caractéristiques de la douleur ressentie puis dans la troisième partie qui portait sur les perceptions des patients face au traitement de la douleur. Par la suite, les patients ont dû répondre à une question portant sur la diminution de la douleur au cours des 24 heures précédentes et leur niveau de satisfaction à l'égard du traitement. Pour les patients qui ont déclaré avoir éprouvé des douleurs liées aux soins au cours des 15 jours précédents (n = 540), le questionnaire a recueilli des informations sur l'intervention, l'intensité de la douleur (évaluée sur une échelle verbale simple avec quatre catégories de descripteurs de douleur : faible, modérée, intense et très intense) ; si l'intervention a été pratiquée plusieurs fois pendant leur hospitalisation ; si le patient avait été informé que l'intervention pouvait être douloureuse ; si un traitement préventif de la douleur liée aux soins avait été proposé ; et si un traitement préventif avait été effectivement administré.
Déroulement de l'étude	<p>Les auteurs ont interrogé 38 départements cliniques : 21 départements de médecine, 11 départements de chirurgie dont 1 département d'obstétrique, 2 départements de soins intensifs dont plusieurs unités, 2 départements psychiatriques dont un département de pédopsychiatrie, l'Institut de psychiatrie pour enfants, l'Institut de psychiatrie de l'Université d'Ottawa, unité d'enfants seulement à l'hôpital, et 2 unités de suivi et de réadaptation. Les auteurs ont inclus tous les patients qui pouvaient communiquer et qui ont été hospitalisés pendant au moins 24 heures, mais pas dans une unité de soins de jour ou une unité néonatale (n = 938). Un questionnaire en quatre parties a été mené par des enquêteurs qualifiés. L'enquête a été menée par des étudiants en médecine et des étudiants en sciences infirmières, qui ont reçu une formation spécifique au préalable ou une équipe mobile d'enquêteurs de l'Unité locale d'évaluation et de traitement de la douleur.</p> <p>Après avoir mené le questionnaire auprès des patients, les enquêteurs ont classé les procédures signalées comme douloureuses dans l'une des huit catégories suivantes en se basant sur un questionnaire provenant d'une étude précédente: ponctions vasculaires (p. ex. prélèvement veineux, perfusion, ponction artérielle), placement de cathéter veineux central, mobilisation du patient (p. ex. bain, changement de draps, repositionnement, allongement prolongé sur une table d'examen, physiothérapie, transfert en ambulance, transfert de civière), soins thérapeutiques (p. ex. médicaments causant de la douleur), pansements, radiothérapie, casque stéréotaxique), cathétérisme (p. ex., cathéter urinaire, endoscopie, drainage), examen physique, examen radiologique (p. ex. sonographie, électrocardiographie, radiographie), non-vasculaire ponctions invasives (p. ex. ponction lombaire, arthrocentèse), myélographie, biopsie et autres procédures. La douleur liée aux soins a été divisée en deux catégories : douleur grave liée aux soins (douleur intense et très intense) ou douleur non grave liée aux soins (douleur faible et modérée).</p>

	<p>Les facteurs étudiés comme pouvant être associés à la gravité de la douleur liée aux soins comprenaient le sexe, l'âge (dichotomisé en fonction de la gravité de la douleur liée aux soins) et l'âge (dichotomisé en fonction de l'âge, la médiane : \leq et >54 ans), unité (soins de longue durée, réadaptation, chirurgie, soins intensifs, médecine), durée de du séjour à l'hôpital (<1 semaine, 1-4 semaines et >1 mois), niveau d'éducation ($<$baccalauréat et au moins baccalauréat), douleur au cours des 24 h précédentes, perception par le patient de la prévention et de la prise en charge de la douleur par le personnel soignant au cours des 24 h précédentes, catégorie de procédure responsable de la douleur et si la procédure a été répétée durant l'hospitalisation, si le patient a été informé de la procédure et de son caractère douloureux, si un traitement pour soulager la douleur a été proposé et s'il a été efficace.</p> <p>La douleur au cours des 24 heures précédentes a été décrite en cinq variables binaires distinctes correspondant à cinq causes de douleur pour les raisons suivantes une douleur pourrait être liée à de nombreuses origines : maladie, chirurgie, d'autres procédures, traitements (p. ex. radiothérapie) ou autres.</p>
Considérations éthiques	Les patients ont du rendre un consentement éclairé signé afin de pouvoir participer à l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les caractéristiques des patients, les procédures douloureuses et la prise en charge de la douleur liée aux soins ont été décrites avec des moyennes (SD), des pourcentages et des fréquences. Le test du Chi-carré pour les variables catégorielles et le test t pour les variables quantitatives ont été utilisés pour les comparaisons. Les facteurs associés à la gravité de la douleur liée aux soins ont été analysés par régression logistique hiérarchique univariée suivie d'une régression logistique hiérarchique multivariée par étapes. Un modèle hiérarchique a été choisi en raison de la structure des données (un patient aurait pu subir plusieurs procédures). Les variables indépendantes étudiées dans l'analyse de régression étaient les caractéristiques physiques et démographiques du patient, y compris l'âge, le sexe, la catégorie d'intervention, l'unité d'hospitalisation, la durée du séjour, la répétition ou non de l'intervention pendant l'hospitalisation, la présence de douleur au cours des 24 heures précédentes (oui/non), la cause de la douleur des 24 heures précédentes et la prise en charge de la douleur liée aux soins. Le modèle multivarié a été ajusté en fonction de l'âge, du sexe et de la catégorie de procédure. Les variables significatives sur l'analyse univariée ont été incluses dans l'analyse de régression logistique multivariée par sélection rétrospective par étapes, les variables non significatives ($p = 0,05$) ont été supprimées.</p> <p>Les rapports de cotes (RC) sont déclarés avec des intervalles de confiance à 95 % (IC à 95 %). Toutes les valeurs p rapportées sont bilatérales.</p>
Présentation des résultats	<p>Caractéristiques des patients :</p> <p>Sur les 1214 patients admissibles, 938 ont rempli un questionnaire ; 554 patients ont déclaré avoir ressenti de la douleur au cours des 24 heures précédentes, pour une prévalence de 59 % de la douleur, et 540 (58 %) avaient subi une douleur liée aux soins au cours des 15 jours précédents. Parmi les patients ayant signalé des douleurs au cours des 24 heures précédentes ($n = 554$), 379 (68 %) avaient également éprouvé des douleurs liées aux soins au cours des 15 jours précédents. Sur les 540 patients ayant éprouvé des douleurs liées aux soins au cours des 15 jours précédents (51,2 % d'hommes ; âge moyen de 54,2 ans[18,2] ; médiane de 54 ans [intervalle de 7 à 92 ans]), 55,0 % ($n = 297$) ont été hospitalisés dans l'unité de médecine, 26,7 % ($n = 144$) en chirurgie et 11,7 % ($n = 63$) dans une USI (tableau 1). Environ la moitié d'entre eux étaient titulaires d'un baccalauréat (47,8 %).</p> <p>Comparativement aux 398 patients sans douleur liée aux soins au cours des 15 jours précédents, ceux qui éprouvaient des douleurs liées aux soins étaient plus susceptibles d'avoir éprouvé des douleurs au cours des 24 heures précédentes. (70,4 % vs 44,3 % ; $p < 0,0001$), étaient plus souvent hospitalisés depuis au moins une semaine (48,7 % vs 38,3 % ; $p = 0,007$) et avaient un niveau de scolarité plus élevé (au moins un baccalauréat ; 52,2 % vs 44,3 % ; $p = 0,02$).</p> <p>Toutefois, ni l'âge ni le sexe n'ont été associés à la douleur liée aux soins au cours des 15 jours précédents.</p> <p>Caractéristiques et gestion de la douleur liée aux soins :</p> <p>Les 540 patients souffrant de douleurs liées aux soins ont signalé 907 interventions douloureuses : 321 (59,4 %) avaient subi une des catégories de procédures, 140 (25,9) deux catégories et 76 (14,1) plus de deux catégories. Les quatre interventions douloureuses les plus fréquemment signalées</p>

	<p>étaient les ponctions vasculaires (n = 343 ; 37,8 %), la mobilisation des patients (n = 161 ; 17,8 %), les interventions thérapeutiques (n = 112 ; 12,3 %), et le drainage ou cathétérisme (n = 99 ; 10,9 %).</p> <p>Parmi les 907 interventions douloureuses, 330 (36,4 %) ont été associées à une douleur intense. Les interventions les plus douloureuses sont les ponctions non vasculaires invasives (50 %), le cathétérisme (47,9 %), la mobilisation des patients (45,3 %) et l'examen radiologique (43,1 %) (p<0,0001).</p> <p>Pour seulement la moitié des interventions (51,1 % ; n = 422), les patients ont déclaré avoir reçu de l'information sur l'intervention douloureuse. Seulement 137 interventions (32,5 %) étaient accompagnées d'une proposition de traitement préventif et 128 (30,3 %) d'un traitement efficace. Dans l'ensemble, le traitement a été proposé et administré pour moins d'un quart de la population des procédures.</p> <p>Facteurs liés à la gravité de la douleur liée aux soins :</p> <p>Dans l'analyse univariée, les variables associées à la gravité de la douleur liée aux soins étaient la catégorie d'intervention, l'unité d'hospitalisation, la durée du séjour et la douleur antérieure de 24 heures. La douleur liée aux soins sévère était associée à des ponctions non vasculaires invasives (RC 3,1[IC à 95 % 1,7 ; 5,6]) et à des procédures de drainage ou de cathétérisme (2,7[1,6 ; 4,3]) comparativement aux ponctions vasculaires et hospitalisation dans une unité de chirurgie (1,7[1,2 ; 2,5] ; p = 0,01) par rapport à une unité de médecine. De plus, la douleur liée aux soins grave a été associée à une durée d'hospitalisation de plus d'un mois (1,9[1,2 ; 2,9]) comparativement à <1 semaine.</p> <p>Les facteurs indépendants associés à la douleur liée aux soins étaient la durée du séjour, la catégorie d'intervention et certaines causes de la douleur liée aux soins antérieure de 24 heures. La douleur intense liée aux soins a été associée à la durée de l'hospitalisation de plus d'un mois (RC 2,1[IC à 95 % 1,3 ; 3,4]) comparativement à <1 semaine.</p> <p>De plus, une douleur liée aux soins sévère était associée à des ponctions vasculaires invasives, drainage ou cathétérisme, mobilisation du patient et examen radiologique (3.1[1.7 ; 5.9], 2.7[1.6 ; 4.6], 2.2[1.4 ; 3.5] et 2.4[1.2 ; 4.5], respectivement) par rapport à la ponction vasculaire. Les patients souffrant de douleurs au cours des 24 heures précédentes étaient plus susceptibles d'éprouver de fortes douleurs liées aux soins au cours des 15 jours précédents (2,2[1,5 ; 3,1]). La douleur intense liée aux soins était associée à la douleur de 24 heures causée par la chirurgie ou le traitement administré. (1,7[1,2 ; 2,4], p = 0,01, et 1,7[1,0 ; 3,0], p = 0,05, respectivement).</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>La prise en charge de la douleur chez les patients hospitalisés demeure une priorité majeure en matière de santé publique. Des enquêtes réalisées dans plusieurs pays ont révélé une prévalence de la douleur allant de 52 % à 63 %. En France, depuis 1999, trois programmes nationaux ont été mis en œuvre afin d'améliorer la gestion de la douleur et d'améliorer le traitement de celle-ci et d'en diminuer sa prévalence.</p> <p>La mobilisation (par exemple, toilette au chevet du patient, allongé sur une table d'examen, physiothérapie, transfert en ambulance, transfert sur civière), est également une procédure courante, représentant une forte proportion de douleur liée aux soins sévère (45 %). La première enquête réalisée dans un hôpital en 2002 a montré pour la première fois que la mobilisation induit un niveau élevé de douleur, ce qui a été confirmé par une vaste étude prospective dans une unité d'oncologie. L'unité a alors décidé de lancer un programme d'information sur la douleur pendant la mobilisation et la formation à la mobilisation adéquate des patients par les physiothérapeutes. En 2009, les patients ont rapporté significativement moins de mobilisations douloureuses qu'en 2002: 18% contre 24%. Cette amélioration pourrait être attribuée à une meilleure sensibilisation et aux soins de la douleur par les travailleurs de la santé depuis 2002, comme cela a été démontré ailleurs.</p> <p>La douleur associée à d'autres interventions douloureuses, comme le cathétérisme ou la manipulation du drainage, devrait être systématiquement évitée, même si elle est parfois difficile. Un examen a révélé que la prise en charge de la douleur lors de l'ablation du drainage thoracique était insatisfaisante même lorsqu'on administrait de la morphine ou des anesthésiques locaux, ce qui exige davantage de recherche dans ce domaine (utilisation d'un mélange à 50 % d'oxyde nitreux et d'oxygène ou de techniques multimodales de prise en charge de la douleur). De plus, le traitement pharmacologique n'est souvent pas suffisant pour le soulagement de la douleur et doit être associé à des approches non pharmacologiques dans le cadre d'une approche plus large de gestion de la douleur, y compris une meilleure information donnée pour le patient et les implications pour les options de traitement.</p>

	<p>Dans cette étude, seulement la moitié de toutes les procédures douloureuses étaient accompagnées d'informations. Les procédures invasives et spécifiques telles que le cathétérisme et les interventions non vasculaires invasives étaient plus susceptibles d'être accompagnées d'informations que les interventions de routine (ponctions vasculaires, mobilisation). Souvent, le personnel soignant ne considère pas les procédures de routine comme causant de la douleur au patient ; le caractère douloureux des procédures n'est souvent pas pris en compte et la douleur est souvent considérée comme transitoire, ce qui est conforme aux autres études. Tenter de prévenir la douleur avec des procédures appropriées semble souvent prendre du temps et exige une coopération efficace entre tous les membres du personnel.</p> <p>L'American Society for Pain Management Nursing a recommandé qu'avant une intervention, le personnel soignant établisse un objectif de confort mutuellement convenu avec le patient en collaborant avec lui sur la création d'un plan de soins individualisé et approprié pour le confort. L'information devrait être transmise au patient avec des commentaires sur la gestion du confort lié à l'intervention, ce qui pourrait avoir une incidence sur la composante psychologique de la douleur. L'information devrait être positive et neutre; en effet, pour les patients subissant des procédures invasives, avertir le patient en termes d'expériences indésirables a entraîné une douleur plus grande que de ne pas le faire.</p> <p>Les auteurs n'ont trouvé aucune association entre l'intensité de la douleur liée aux soins et la prise en charge de la douleur liée aux soins signalée par le patient. Cette constatation peut être due à un biais, car les procédures les plus douloureuses sont souvent celles qui sont les mieux gérées. La relation entre la satisfaction du patient et la douleur fait l'objet d'un débat car certaines études ont montré un lien entre la satisfaction à l'égard des soins pour douleur simultanée et la douleur dans les 24 heures précédentes, alors que les patients peuvent être satisfaits même si leur douleur n'est pas soulagée s'ils perçoivent que les travailleurs de la santé tentent de réduire cette douleur. C'est un argument supplémentaire pour persuader les travailleurs de la santé d'être systématiques dans la gestion de la douleur liée aux soins, car cela fait partie de la satisfaction du patient, même si elle n'est pas efficace pour la douleur réelle. Les attitudes et les motivations du personnel soignant peut changer la perception des patients quant à la participation des soignants, ce qui est lié à la satisfaction à l'égard des soins. La gestion des soins de santé et d'autres études sont nécessaires pour apprécier l'influence de la gestion de la douleur liée aux soins sur la gravité de la douleur liée aux soins.</p> <p>Dans l'analyse multivariée, l'unité d'hospitalisation n'était pas associée à la gravité de la douleur liée aux soins. Cependant, la durée du séjour, la catégorie d'intervention et l'origine de la douleur des 24 heures précédentes ont probablement saisi cette information. La gravité de la douleur liée aux soins a été associée à une longue hospitalisation. Ces patients pourraient avoir une hospitalisation prolongée en raison d'une maladie chronique et grave, avec de multiples comorbidités. De plus, l'éducation des travailleurs de la santé sur la gestion de la douleur liée aux soins diffère probablement selon la discipline. La longueur de séjour à l'hôpital est probablement un facteur confondant, lié avec la sévérité de la douleur liée aux soins et l'unité d'hospitalisation.</p>
Forces et limites	<p>La principale limite de l'étude est sa rétrospectivité sur une période de deux semaines, ce qui pourrait impliquer un biais.</p> <p>La force de l'étude est que les résultats sont cohérents et pourraient être généralisés à l'ensemble de la population de patients hospitalisés. En effet, la plupart des études ont porté sur la douleur liée aux soins chez les enfants ou dans des unités spécifiques (néonatalogie, urologie, soins intensifs) ou pour des procédures spécifiques, alors que cette étude était une vaste enquête auprès de tous les patients hospitalisés et que les patients hospitalisés présentaient une grande variété de conditions médicales et avaient subi une grande variété de procédures.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les ponctions vasculaires ont été l'intervention douloureuse la plus fréquemment signalée, l'intensité de la douleur étant la plus faible. Proposer un traitement de prévention de la douleur pour chaque ponction veineuse chez chaque patient semble irréaliste. Néanmoins, les prélèvements sanguins sont fréquents et répétés (même tous les jours), avec des douleurs augmentant avec le nombre d'interventions pratiquées. Pour ce type de procédure, la gestion de la douleur liée aux soins pourrait cibler une population particulière de patients à risque de douleur intense, comme les patients oncologiques, les enfants, les patients des unités de soins intensifs, les patients subissant des procédures répétées ou encore les patients ayant éprouvé de la douleur lors d'une procédure précédente et demandant un traitement préventif.</p> <p>La gestion de la douleur au cours de cette procédure dans le cadre de l'examen de la population ciblée pourrait comprendre le placement d'une</p>

	<p>mélange eutectique de patch d'anesthésiques locaux (EMLA) avant l'intervention, ou dans certains cas (enfants, urgence), l'utilisation d'oxyde nitreux et d'un 50% d'oxyde nitreux, mélange d'oxygène, ou les deux. Les travailleurs de la santé pourraient être invités à éviter de répéter les prélèvements sanguins trop souvent, avec précaution en pesant leur utilité.</p> <p>L'American Society for Pain Management Nursing a recommandé qu'avant une intervention, le personnel soignant établisse un objectif de confort mutuellement convenu avec le patient en collaborant avec lui sur la création d'un plan de soins individualisé et approprié pour le confort. L'information devrait être transmise au patient avec des commentaires sur la gestion du confort lié à l'intervention, ce qui pourrait avoir une incidence sur la composante psychologique de la douleur. L'information devrait être positive et neutre ; en effet, pour les patients subissant des procédures invasives, avertir le patient en termes d'expériences indésirables a entraîné une douleur plus grande que de ne pas le faire.</p> <p>La ponction non vasculaire invasive a été l'intervention la mieux gérée dans cette étude, en partie à cause des protocoles spécifiques développés par les infirmières et les médecins des unités médicales pour prévenir la douleur. En ce qui concerne la douleur liée au cathétérisme, malgré un taux élevé de diffusion de l'information, la prestation du traitement préventif n'était que de 27 %, ce qui pourrait refléter les protocoles analgésiques insatisfaisants de la littérature. Néanmoins, dans l'hôpital, les taux d'informations et de proposition de traitement étaient encore insuffisants malgré l'existence de traitements préventifs et de protocoles tels que l'utilisation d'anesthésiques locaux et d'agents d'inhalation (protoxyde d'azote) pour certaines procédures.</p> <p>Le mélange à 50 % d'oxyde nitreux et d'oxygène n'est pas suffisamment bien connu ou utilisé pour le soulagement de la douleur liée aux soins, bien que les indications et les protocoles soient établis pour de nombreuses procédures telles que le changement de pansements, les procédures douloureuses hématologiques, les procédures urodynamiques, la coloscopie et la chirurgie mineure. Le traitement est efficace et bien toléré même dans les populations fragiles comme les enfants ou les personnes âgées et en phase terminale ou en milieu préhospitalier en traumatisme aigu chez l'adulte.</p> <p>Par conséquent, le personnel soignant devrait être moins craintifs quant à l'utilisation de ces traitements, bien qu'il devrait être comparé à d'autres procédures pour contrôler efficacement la douleur. En outre, le personnel soignant pourrait également être formés à la gestion alternative de la douleur par des méthodes non pharmacologiques ou encore pour mettre en place des stratégies telles que la physiothérapie ou l'hypnose.</p> <p>De nombreuses recherches sur les interventions psychologiques visant à prévenir la douleur liée aux soins du nouveau-né à l'adulte ont été publiées et ont mis en évidence que la distraction et l'hypnose semblent les plus utiles pour soulager la douleur dans ce contexte. Aussi bien, la réalité virtuelle, la musicothérapie et les interventions cognitivo-comportementales combinées peuvent être utiles en tant qu'appoint ainsi que les analgésiques non pharmacologiques pour la douleur liée aux soins.</p> <p>Un supplément de la recherche serait nécessaire pour évaluer les effets des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que les combinaisons de traitements pharmacologiques pour soulager la douleur liée aux soins.</p> <p>Le personnel soignant pourrait améliorer la douleur liée aux soins en étant formés de façon constante et spécifique à la gestion de la douleur liée aux soins, en particulier pour fournir des informations de qualité ainsi qu'un traitement pharmacologique et non pharmacologique approprié. Cette étude a montré qu'il faut prêter attention aux patients à risque de douleurs liées aux soins, comme ceux qui ont été hospitalisés pendant une longue période de temps, qui ont déjà souffert 24 heures à la suite d'une chirurgie ou d'un traitement, ainsi qu'aux patients qui subissent une ponction non vasculaire invasive, un cathétérisme, une mobilisation ou un examen radiologique.</p> <p>La gestion des soins de santé et d'autres études sont nécessaires pour apprécier l'influence de la gestion de la douleur liée aux soins sur la gravité de la douleur liée aux soins.</p>
Commentaires	<p>Un supplément de la recherche serait nécessaire pour évaluer les effets des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que les combinaisons de traitements pharmacologiques pour soulager la douleur liée aux soins. Les attitudes du personnel médical à l'égard de la douleur sont parfois inadéquates et doivent être modifiées, en particulier parce que l'insatisfaction à l'égard du traitement est affectée par la gestion de la</p>

douleur et les particularités des soins médicaux. <i>Etude traduite de l'anglais au français puis reformulée.</i>
--

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Ambrogi, V., Tezenas du Montcel, S., Collin, E., Coutaux, A., Bourgeois, P., & Bourdillon, F. (2015). Care-related pain in hospitalized patients: Severity and patient perception of management. <i>European Journal of pain</i> , 19(3), 313-321.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre intègre clairement le problème (la douleur liée aux soins : sévérité et perception du patient quant à sa gestion) ainsi que la population à l'étude (patients hospitalisés)
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise les différentes parties de la recherche de manière brève, tout en ciblant les éléments les plus pertinents. Il regroupe le contexte et le problème, la méthode, les résultats et la conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème, la douleur liée aux soins, est clairement formulé dans le paragraphe « Introduction » et est situé dans le contexte actuel des soins.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension des écrits dans le paragraphe « Introduction » est étoffée et relève les différents problèmes explicités dans des études précédentes.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		L'étude ne contient pas de cadre conceptuel ou théorique.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	(X)		X	Les buts de l'étude sont clairement définis : évaluer la prévalence et les caractéristiques de la douleur liée aux soins et sa prise en charge dans toutes les unités d'un hôpital universitaire à Paris et de déterminer les facteurs liés à la douleur liée aux soins. En revanche, les auteurs n'explicitent pas une question de recherche spécifique ni d'hypothèses particulières.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il s'agit d'une étude transversale avec un devis mixte.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est décrite de manière précise → patients hospitalisés dans 38 unités de soins aigus d'un hôpital parisien
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon à l'étude (n= 938) est décrit de façon détaillée et les auteurs ont illustrés la sélection de l'échantillon par un diagramme de flux qui permet de

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			mieux comprendre l'échantillon à l'étude. La taille de l'échantillon est justifiée sur une base statistique → le jour de l'enquête il y a vait au total 1214 patients hospitalisés et sur ces patients, 938 ont participé à l'étude. La sélection des participants est démontré à l'aide d'un diagramme de flux précis.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Questionnaire structuré en 4 parties : <u>Partie 1</u> : l'information générale sur les patients (âge, sexe, niveau d'éducation, type d'unité, durée d'hospitalisation + douleurs durant les 24 heures précédentes) Si les patients répondaient de manière affirmative à cette question (douleur) → 2 ^{ème} partie du questionnaire <u>Partie 2</u> : caractéristiques de la douleur ressentie <u>Partie 3</u> : perceptions des patients face au traitement de la douleur <u>Partie 4</u> : question sur la diminution de la douleur au cours des 24 heures précédentes et leur niveau de satisfaction à l'égard du traitement.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			La structure en quatre partie du questionnaire permet d'évaluer la prévalence et les caractéristiques de la douleur liée aux soins et sa prise en charge dans toutes les unités d'un hôpital universitaire à Paris et de déterminer les facteurs liés à la douleur liée aux soins. L'outils est donc en lien avec les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			La procédure de recherche est décrite clairement dans le chapitre concernant la méthodologie. Les auteurs ont mené l'enquête durant 1 journée puis après analyses des données récoltées, ils ont classé les procédures rapportées comme douloureuses par les patients. Par la suite, ils ont analysé l'intensité de douleur rapportée par les patients en lien avec diverses variables, notamment avec le type de procédure.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Les patients ont du rendre un consentement éclairé signé afin de pouvoir participer à l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les auteurs ont présenté les analyses des différentes variables de manière statistique mais également au travers de tableaux qui permettent une meilleure compréhension des résultats explicités dans le chapitre « Résultats ».
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont exposés sous forme de résumé narratif mais également à l'intérieur de tableaux qui permettent une meilleure compréhension et une mise en évidence des variables analysées.
Discussion Interprétation des	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou			X	L'étude ne comportait pas de cadre théorique ou conceptuel.

résultats	conceptuel ?				
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les auteurs effectuent de nombreux liens entre leurs résultats et certains résultats d'études antérieures qui permettent d'appuyer ou de rendre compte des limites de l'article mais également des autres études.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs signalent que la principale limite de l'étude est sa rétrospectivité sur une période de deux semaines, ce qui pourrait impliquer un biais. Ils n'exposent pas d'autres limites en tant que telles mais mettent en avant plusieurs recommandations pour des recherches futures.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs relèvent que leurs résultats sont cohérents et pourraient être généralisés à l'ensemble de la population de patients hospitalisés.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les chercheurs ont mis en évidence certains de leurs résultats en regard de la prise en charge infirmière actuelle des douleurs induites et évoquent que ceux-ci pourraient permettre une certaine évolution des soins actuels (formation spécialisée dans la gestion des douleurs induites, mises en place de nouveaux moyens de gestion/prévention)
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les auteurs recommandent qu'un supplément de la recherche serait nécessaire pour évaluer les effets des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que les combinaisons de traitements pharmacologiques pour soulager la douleur liée aux soins
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est écrit de manière précise se prêtant bien à une lecture critique. Les chapitres nécessaires sont présents et les auteurs utilisent des tableaux pour illustrer leurs résultats ce qui permet une analyse plus fine de ceux-ci. De manière générale, l'article se prête facilement à une analyse critique minutieuse.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Coutaux, A., Salomon, L., Rosenheim, M., Baccard, A. S., Quiertant, C., Papy, E., ... & Bourgeois, P. (2008). Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study. <i>European Journal of pain</i> , 12(1), 3-8.
Introduction Problème de recherche	La douleur liée aux soins comprend la douleur qui survient pendant le transport, le mouvement, l'imagerie diagnostique, l'examen physique ou un traitement et sa prévalence n'a jamais été évaluée dans une grande population d'adultes hospitalisés.
Recension des écrits	L'évaluation de la douleur induite par les soins et certaines procédures médicales est une condition préalable nécessaire à la prévention de la douleur. De nombreux départements de pédiatrie ont déjà débuté cette étape importante visant l'amélioration de la qualité des soins médicaux. En revanche, cette approche est moins courante dans les services pour adultes, à l'exception des services de chirurgie et de certains services d'oncologie. Par ailleurs, les enquêtes sur la douleur au sein de ces départements se concentrent sur les procédures dites potentiellement douloureuses. D'autres études ont décrit en détails la douleur liée à quelques procédures spécifiques. Sauf dans ces situations, on dispose actuellement de peu d'informations scientifiques sur les procédures douloureuses ou sur l'intensité ou la fréquence de la douleur qu'elles causent au niveau de la population adulte. Aucune étude multicentrique n'a encore interrogé une population de patients hospitalisés ou considéré les procédures de manière exhaustive, sans opinion préconçue sur la douleur qu'elles peuvent induire. Une enquête menée en 2000 auprès de 998 patients hospitalisés à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris a relevé que 55% d'entre eux ont signalé des douleurs dans les 24 heures précédentes. Parmi ces patients, 64% avaient souffert lors d'au moins une des circonstances suivantes : soins quotidiens ou procédures de routine (45%), examens au chevet du patient (30%), transport (26%), examens effectués à l'extérieur du département (28%). L'étude des situations qui entraînent des douleurs supplémentaires chez les patients hospitalisés devrait permettre de concevoir et de mettre en œuvre des mesures préventives.
Cadre théorique ou conceptuel	L'étude ne contient pas de cadre théorique ou conceptuel.
Hypothèses/question de recherche/buts	L'objectif de cette étude est d'identifier les procédures (traitements) ou situations (transport ou attente) susceptibles d'induire ou d'augmenter la douleur chez les patients hospitalisés, en essayant de séparer les plus douloureuses de celles qui sont rapportées comme étant les plus souvent à l'origine de la douleur.
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif, étude transversale
Population, échantillon et contexte	L'étude a été réalisée dans les services de soins aigus de deux hôpitaux universitaires du système hospitalier public parisien (Henri Mondor et Pitié Salpêtrière). Ceux-ci fournissent des soins pour tous les troubles médicaux et chirurgicaux et comprennent 57 unités de soins aigus pour un total de 3000 lits. Dans le cadre de cette enquête transversale d'une journée, un échantillon aléatoire de patients hospitalisés a été interviewé à l'aide d'un questionnaire structuré. Un tiers des patients de chaque unité ont été choisis au hasard pour participer. Cette randomisation a été faite à l'aide d'un

	<p>tableau de nombres aléatoires. Si un patient sélectionné n'était pas disponible pour répondre au moment de l'enquête, les enquêteurs revenaient plus tard, jusqu'à ce que le patient soit disponible pour l'enquête. Les patients ont été exclus s'ils n'avaient pas consenti à participer à l'étude ou s'ils étaient incapables de communiquer ou de comprendre les questions (par exemple, des compétences linguistiques insuffisantes en français ou des problèmes de vigilance ou d'élocution). Ce critère a également conduit à exclure les services de soins intensifs, mais les auteurs ont pu tenir compte des procédures effectuées dans ces services lors des entrevues avec des patients précédemment hospitalisés dans des unités de soins intensifs pendant le séjour actuel à l'hôpital. L'échantillon contenait 684 patients ayant consenti à participer à l'étude (n=684).</p>
<p>Méthode de collecte des données et instruments de mesure</p>	<p>L'échantillon aléatoire de patients hospitalisés a été interviewé à l'aide d'un questionnaire structuré par un groupe de dix intervieweurs (médecins et infirmières ayant été formés pour cette étude). Les enquêteurs ont demandé aux médecins et aux infirmières de ne pas interroger les patients dans leurs propres unités, afin d'éviter d'influencer les réponses des patients. Si un patient sélectionné n'était pas disponible pour répondre au moment de l'enquête, les enquêteurs revenaient plus tard, jusqu'à ce que le patient soit disponible pour l'enquête.</p> <p>Le questionnaire structuré comportait une première partie, le « questionnaire patient » qui recueillait des informations générales (âge, sexe et durée de l'hospitalisation), la présence d'une maladie douloureuse et si le patient avait subi, lors de l'hospitalisation en cours, des procédures médicales, des examens, des traitements ou toute autre situation hospitalière qui pourrait causer une douleur de quelque intensité que ce soit. La douleur après l'intervention chirurgicale n'a pas été prise en compte. Les 15 jours précédents ont été pris en compte. Cette période a été jugée suffisamment longue pour permettre de poser des questions sur des interventions rarement pratiquées, tout en évitant les trous de mémoire ou les biais liés à la douleur. Ces situations douloureuses auraient pu être vécues :</p> <ul style="list-style-type: none"> (I) dans le service où le patient a été hospitalisé (son service) (II) dans un autre service ou au cours de procédures de diagnostic ou de traitement (III) pendant une période d'attente associée à une procédure ou pendant le transport (IV) pendant l'administration d'un traitement (injections intra-articulaires ou intraveineuses, etc.) (V) dans d'autres circonstances <p>Chaque fois qu'un patient signalait une intervention " douloureuse ", un deuxième questionnaire « de procédure » guidait l'intervieweur dans la collecte d'informations sur le type d'intervention, le niveau d'intensité perçue de la douleur (évalué sur une échelle verbale simple avec 4 catégories de descripteurs de la douleur : légère, modérée, sévère et très sévère) et la fréquence de l'intervention au cours des 15 jours précédents. Pour les procédures répétées, la douleur maximale et la douleur moyenne ont été enregistrées. Les auteurs ont donc rempli un "questionnaire patient" pour chaque patient inclus dans l'enquête, ainsi qu'un questionnaire de « procédure » pour chaque procédure signalée comme douloureuse par le patient.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Dans le cadre de cette enquête transversale d'une journée, un échantillon aléatoire de patients hospitalisés a été interviewé à l'aide d'un questionnaire structuré. Un tiers des patients de chaque unité ont été choisis au hasard pour participer. Cette randomisation a été faite à l'aide d'un tableau de nombres aléatoires. Si un patient sélectionné n'était pas disponible pour répondre au moment de l'enquête, les enquêteurs revenaient plus tard, jusqu'à ce que le patient soit disponible pour l'enquête. Le consentement écrit et éclairé était requis pour la participation. Les patients ont été exclus que s'ils n'ont pas consenti à participer à l'étude ou s'ils étaient incapables de communiquer ou de comprendre les questions (par exemple : des compétences linguistiques insuffisantes en français et des</p>

	problèmes de vigilance ou d'élocution).
Considérations éthiques	Le consentement écrit et éclairé était requis pour la participation, les patients n'étaient pas inclus s'ils n'avaient pas rempli le consentement éclairé.
Résultats Traitement/Analyse des données	L'analyse des données était descriptive. Toutes les procédures ont été classées par fréquence et par intensité, afin d'identifier les procédures les plus fréquemment signalées comme douloureuses et celles signalées comme les plus douloureuses. Une étude analytique visait à évaluer si l'intensité de la douleur perçue était associée au fait que l'intervention était répétée, puisque cette dernière pouvait modifier la perception de la douleur pendant les soins. Toutes les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS.
Présentation des résultats	<p>Sur les 2152 patients admissibles, près du tiers (n = 684) ont été choisis au hasard et tous ont consenti à participer à l'enquête. Cet échantillon comprenait 402 patients (59 %) qui souffraient de douleurs liées à leur maladie sous-jacente ; 59 % d'entre eux ont qualifié cette douleur de sévère ou d'extrêmement sévère. La durée médiane du séjour à l'hôpital était de six jours. La prévalence de la douleur liée aux soins était de 55 % (n = 378 patients qui signalent des douleurs).</p> <p>Procédures douloureuses : Un total de 671 événements douloureux ont été cités avec une moyenne de 1,8 événements par patient. Ces 671 événements douloureux étaient liés à 81 procédures différentes. La moitié a été effectuée par du personnel non médical (52 %) et 31 % ont été pratiqués à l'extérieur du service où le patient était hospitalisé. Les interventions ont été classées en huit sous-groupes (ponctions vasculaires, mobilisation, ponctions non vasculaires, autres interventions invasives, traitements, imagerie ou autres examens diagnostiques et examen physique). Les épisodes de douleurs procédurales les plus fréquemment signalés sont les ponctions vasculaires (38 %) et la mobilisation des patients (24 %).</p> <p>Intensité de la douleur : Les interventions ont été classées en fonction de l'intensité de la douleur . Plus de la moitié des épisodes douloureux ont été jugés sévères ou extrêmement sévères (57 %), dont la plupart étaient des ponctions vasculaires et des mobilisations (respectivement 28 % et 27 %). L'intensité de la douleur est expliquée selon la procédure. Les ponctions vasculaires étaient les interventions douloureuses les plus fréquentes, avec une intensité de douleur modérée (58 % d'intensité légère à modérée). En revanche, les mobilisations étaient plutôt fréquentes et très douloureuses (intensité de la douleur rapportée comme sévère à extrêmement sévère dans 67 % des cas). L'intensité maximale de la douleur a été jugée plus élevée pour les événements qui se sont répétés par rapport à ceux qui ont été vécus qu'une seule fois (62 % des cas graves à extrêmement graves et douloureux contre 53 %, p = 0,02).</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Cette étude a montré une fréquence et une diversité des procédures douloureuses inattendue. Elle a également montré que de nombreuses procédures considérées comme routinières et inoffensives sont en fait douloureuses (comme l'examen clinique et les échantillons de sang) ainsi que des procédures qui ne sont pas directement liées aux soins aux patients (comme le transport et les périodes d'attente).</p> <p>Plus de la moitié des patients de cette étude ont souffert de douleurs liées aux soins et l'intensité des douleurs de 57 % des événements douloureux étaient considérée comme sévère ou extrêmement sévère. La prévention de la douleur liée aux soins peut donc améliorer la pratique quotidienne. Les résultats ont mis en évidence les procédures qui sont toujours extrêmement douloureuses. Elle a également montré que même les procédures de routine, telles que les prélèvements sanguins, peuvent être ressenties comme très douloureuses pour les patients. Cette information est importante</p>

	<p>pour les soignants, qui considèrent souvent que la douleur liée à l'examen de routine est trop passagère pour être une préoccupation réelle. Prévenir la douleur associée à des procédures prend souvent beaucoup de temps et demande une coopération efficace entre tous les membres du personnel.</p> <p>Les patients hésitent à se plaindre ou à parler de leur douleur si les infirmières ou les médecins ne les interrogent pas spécifiquement à ce sujet et que l'évaluation subjective de la douleur ne semble pas fiable. Les enquêtes comparant la douleur des patients à son évaluation subjective par les prestataires de soins montrent des résultats contradictoires.</p> <p>Dans l'étude, près de 70 % des événements douloureux se sont produits dans le service où le patient était hospitalisé. Plutôt qu'un manque de préoccupation, ce résultat peut être attribué à l'ignorance de la douleur induite par les procédures et des moyens analgésiques disponibles pour sa prise en charge. Par exemple, les procédures douloureuses les plus fréquemment signalées sont les procédures vasculaires, en particulier la ponction veineuse. Celles-ci sont non seulement communes mais répétitives, et les données ont montré que l'intensité maximale de la douleur augmente lorsque l'intervention est répétée.</p> <p>La plupart des épisodes de douleurs procédurales se sont produits au cours d'interventions effectuées par des infirmières ou des professionnels paramédicaux ou d'autres membres du personnel non médical. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en France, les infirmières sont responsables de nombreux aspects des soins aux patients hospitalisés (prise de sang, soins personnels, mobilisations, pose de sondes nasogastriques ou de cathéters urinaires, aspiration bronchique).</p> <p>Plus de 30 % des événements douloureux ont eu lieu dans un service différent de celui dans lequel le patient était hospitalisé. Le transport et les périodes d'attente ont souvent été signalés comme étant très douloureux. C'était particulièrement vrai dans l'un des deux hôpitaux participants, qui est organisé dans de petits bâtiments séparés où les patients doivent être transportés sur des chariots à travers l'hôpital. Ce résultat suggère que des possibilités d'amélioration sont disponibles.</p> <p>Il y a de plus en plus de preuves que la douleur aiguë non soulagée peut générer des douleurs chroniques. Les lésions des tissus mous et des afférences sensorielles peuvent survenir au cours d'une procédure invasive et être responsables de changements physiologiques à long terme entraînant une douleur persistante.</p> <p>Cette enquête fournit des données sur les procédures courantes qui causent de la douleur dans une vaste population d'adultes hospitalisés. Les auteurs ont isolé deux types d'interventions : celles qui sont relativement rares mais toujours très douloureuses, et celles qui sont à la fois fréquentes et douloureuses.</p> <p>Les populations à risque n'ont pas encore été identifiées, mais pourraient être les femmes, les personnes âgées, les jeunes et les patients dont la maladie sous-jacente cause de graves douleurs.</p>
Forces et limites	<p>La principale limite méthodologique de cette étude est sa conception rétrospective, sur une période de 15 jours qui a permis d'exposer à un biais de mémorisation. Néanmoins, ce choix a permis de recenser toutes les procédures douloureuses sur une période de 15 jours, auprès de 3000 patients hospitalisés. Le choix d'une période de deux semaines a permis d'étudier des interventions rarement pratiquées mais avec un biais minimal, considérant que la moitié des patients ont été hospitalisés moins de 6 jours.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les soignants devraient envisager des méthodes pour réduire le nombre de répétitions de certains soins et concentrer leurs efforts sur la réduction de la douleur parmi les différentes catégories de patients.</p> <p>Un effort important serait nécessaire pour réduire la douleur liée au premier type de procédure et nécessiterait de prendre les mesures suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Confirmer l'intensité de la douleur associée à ces procédures spécifiques dans des enquêtes prospectives (2) Remettre en question l'utilité des procédures pour chaque patient et ne les exécuter que si elles sont indispensables et par un personnel dûment formé (3) Mettre à disposition des protocoles analgésiques préventifs spécifiques, y compris éventuellement des procédures non pharmacologiques de gestion de la douleur (4) Vérifier leur efficacité

	<p>Le deuxième type de procédure est plus routinière et souvent répétitive. Des procédures de prévention de la douleur devraient être utilisées dans toutes les unités.</p> <p>Le service pourrait donner aux patients leurs analgésiques à emporter avec eux à la radiothérapie, ainsi que des instructions d'utilisation appropriées en cas de douleur supplémentaire.</p> <p>Compte tenu des résultats de l'étude, d'autres mesures pourraient être mises en œuvre, comme la formation du personnel responsable du transport des patients pour qu'il puisse manipuler les patients sur des chariots sans douleur et être en mesure de faire face à des situations impliquant des mobilisations ou des mouvements douloureux.</p>
Commentaires	<i>Etude traduite de l'anglais au français puis reformulée.</i>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Coutaux, A., Salomon, L., Rosenheim, M., Baccard, A. S., Quiertant, C., Papy, E., ... & Bourgeois, P. (2008). Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study. <i>European Journal of pain</i> , 12(1), 3-8.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Le titre relève la douleur liée aux soins chez des patients hospitalisés mais ne précise rien de plus.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise les différentes parties de la recherche de manière brève, tout en ciblant les éléments les plus pertinents. Il regroupe le contexte, l'objectif de la recherche, le devis, les résultats et la conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est évoqué au début du paragraphe « Introduction » suivi de sa contextualisation.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?			X	Dans le paragraphe « Introduction », la thématique de la douleur induite par les soins est évoquée mais très brève. Plusieurs études ainsi que leurs résultats sont brièvement recensés dans ce paragraphe.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		L'étude ne contient pas de cadre théorique ou conceptuel
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de l'étude est clairement explicité à la fin du paragraphe « Introduction » mais aucune question de recherche est clairement formulée.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis de recherche est clairement explicité dans le paragraphe « Méthode », il s'agit d'une étude transversale.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			L'échantillon contenait 684 patients ayant consenti à participer à l'étude (n=684). Les patients ont été exclus s'ils n'avaient pas consenti à participer à l'étude ou s'ils étaient incapables de communiquer ou de comprendre les questions (par exemple, des compétences linguistiques insuffisantes en français ou des problèmes de vigilance ou d'élocution).
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Les patients ont été sélectionnés de manière aléatoire dans 57 services de soins aigus différents dans 2 hôpitaux publics de Paris. L'étude a sélectionné un

					tiers des patients de chaque unité (n=684 patients ont participé à l'étude). Le tableau 1 regroupe les caractéristiques sociodémographiques des patients mais dans l'ensemble, la population n'est pas définie de manière précise.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique mais l'échantillon est vaste.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X		(X)	L'instrument de collecte de données de l'étude était un questionnaire en deux parties menés par 10 intervieweurs (médecins et personnel infirmier) ayant été formés au préalable. Le questionnaire et ses différentes parties sont explicités dans le paragraphe « Questionnaire » dans le chapitre « Méthode ». L'instrument de mesure est cité, SPSS software mais pas expliqué.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			La méthode de collecte de données et l'instrument de mesure sont en lien avec les variables à mesurer car le questionnaire aborde la thématique des procédures douloureuses vécues par les patients et en seconde partie, l'intensité de ces douleurs. Une partie du questionnaire est réservée aux données sociodémographiques des patients en préambule.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Le déroulement de l'étude est décrit de manière précise dans le chapitre « Méthode » dans le paragraphe « Participants ».
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Afin de pouvoir participer à l'étude, les patients ont du signer un consentement éclairé. Ceux ne l'ayant pas rempli et signé ne pouvaient pas être inclus dans l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Afin de répondre à leurs hypothèses, les auteurs présentent les résultats à l'aide de statistiques et les résultats sont présentés à l'intérieur de tableaux afin de permettre une meilleure compréhension des résultats.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats ont été catégorisés en 2 groupes : - Les procédures douloureuses - L'intensité des douleurs Pour chaque sous-chapitre, les résultats sont expliqués et illustrés par des tableaux.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		L'étude ne contenant pas de cadre théorique ou conceptuel, les principaux résultats ne sont pas interprétés en fonction de ceux-ci.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Dans la partie « Discussion », les résultats sont interprétés en étant mis en lien et questionné au regard d'études antérieures. Plusieurs aspects de la problématique sont mis en lumière et liés aux résultats de l'étude en donnant des pistes d'actions que pourraient mettre en place le

					personnel soignant pour prévenir les douleurs induites par les soins.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs mettent en avant les forces et les limites de leur étude. La principale limite méthodologique de cette étude est sa conception rétrospective, sur une période de 15 jours qui a permis d'exposer là un biais de mémorisation.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Les auteurs n'abordent pas précisément la question de la généralisation des conclusions mais mettent en avant le contexte aigu des soins qui peut être applicable de manière générale.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs insistent sur les résultats mis en lumière à travers leur étude et pointe la nécessité de mieux prévenir les douleurs induites par les soins.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		Les auteurs relèvent qu'il paraît nécessaire de prévenir ces douleurs induites par les soins mais ne font pas de recommandations pour de futurs travaux de recherche futurs.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article a une bonne structure et est bien écrit. Les résultats sont illustrés avec des tableaux ce qui permet d'autant plus une bonne compréhension de ceux-ci. Le style d'écriture permet de bien comprendre le problème ainsi que ces tenants et aboutissants. De ce fait, il se prête facilement à une analyse critique.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C., ... & Puntillo, K. (2013). Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. <i>Pain Management Nursing</i> , 14(2), 85-93.
Introduction Problème de recherche	Les patients hospitalisés subissent régulièrement des interventions douloureuses. Pourtant, actuellement, il existe peu d'informations sur la douleur associée aux interventions courantes dans les établissements de soins de courte durée et de soins intensifs.
Recension des écrits	Les auteurs relèvent, malgré les données limitées, le positionnement a été identifié comme l'une des procédures douloureuses pour les patients gravement malades. Récemment, une étude datant de 2006 a démontré que les patients sédatisés et étant dans les unités de soins intensifs, 73% de ceux-ci ont rapporté des douleurs durant le positionnement. De plus, l'augmentation des comportements douloureux durant le positionnement était 25 fois plus élevés qu'après des soins oculaires ($p < .0001$). L'American Association of Critical Care Nurses a mené l'étude Thunder II afin d'enquêter sur la douleur liée au positionnement et à d'autres interventions. Des rapports précédents de cette étude ont démontré que la perception de la douleur procédurale variait selon l'intervention et que le positionnement était la plus douloureuse des six procédures étudiées (aspiration trachéale, mouvement du drain de la plaie, soins de la plaie, insertion du cathéter central, retrait de la gaine fémorale et positionnement). L'intensité moyenne de la douleur pendant le positionnement qui a été évaluée à l'aide de l'échelle d'évaluation numérique de 0 à 10, était de $4,93 \pm 3,1$ et seulement 14% des patients étaient prémédiqués avant le positionnement afin d'éprouver moins de douleurs. Étant donné que le positionnement est douloureux et que les patients reçoivent rarement une prémédication (analgésique), il se peut que des interventions non-pharmacologiques soient utilisées pour diminuer la douleur. Du fait qu'il n'existe pas d'études sur l'utilisation d'interventions non-pharmacologiques lors du positionnement, l'utilisation de ces interventions pouvant réduire la douleur et la détresse pendant les procédures a été examinée dans le cadre de l'étude Thunder II. De plus, des études ont démontré que le sexe et l'origine ethnique influençaient la douleur. Enfin, les chercheurs de l'étude émettent l'hypothèse qu'il serait important de tenir compte des caractéristiques cliniques, comme le niveau de soins, le diagnostic, l'utilisation de la prémédication aux opioïdes et le positionnement qui pourraient influencer la douleur du patient.
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre conceptuel de l'étude est la multidimensionnalité de la douleur induite qui a été décrite par Puntillo et al (2001). La douleur procédurale est conceptualisée comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable qui découle d'une lésion tissulaire potentielle ou réelle pendant que les patients subissent des interventions. La multidimensionnalité comprend des facteurs sensoriel-discriminatoires, motivationnels-affectifs et cognitivo-évaluatifs qui peuvent influencer l'expérience de la douleur d'un patient. Plusieurs autres facteurs peuvent influencer l'expérience de la douleur au cours d'une intervention (l'âge, le sexe, l'origine ethnique, les thérapies analgésiques et les facteurs environnementaux). Ce rapport met l'accent sur les facteurs environnementaux, et en particulier l'utilisation d'interventions non-pharmacologiques par d'autres personnes dans l'environnement du patient lors du positionnement.
Hypothèses/question de recherche/buts	Par conséquent, les objectifs du présent rapport de l'étude Thunder II étaient de : <ul style="list-style-type: none"> - Décrire les caractéristiques de la douleur des patients durant le positionnement et l'association avec les caractéristiques cliniques et démographique des patients - Déterminer la fréquence de l'utilisation de diverses interventions non-pharmacologiques pour les patients adultes hospitalisés souffrant de douleur procédurale du positionnement - Identifier les facteurs qui prédisent l'utilisation d'interventions non-pharmacologiques spécifiques pour la douleur liée au positionnement

Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif
Population, échantillon et contexte	<p>Echantillon de commodité de 169 hôpitaux. Chaque hôpital avait un coordonnateur de site qui était une infirmière ayant de l'expérience dans la recherche et/ou aidant la recherche</p> <p>Les interventions choisies comprenaient le positionnement, l'insertion d'un cathéter veineux central, le retrait du drain de la plaie, le soin des plaies non brûlées, l'aspiration trachéale et le retrait de la gaine fémorale.</p> <p>Patients : n=1'395</p> <p><i>Critère d'inclusion</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'ils subissaient l'intervention choisie dans le cadre des soins normaux et que - leur infirmière avait déterminé qu'ils étaient éveillés, alertes, orientés et suffisamment stables sur le plan médical pour répondre aux questions. - âgés de 18 ans capables de comprendre, de communiquer, d'entendre et de voir. <p><i>Critère d'exclusion</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s'ils recevaient des médicaments bloquants neuromusculaires ou - s'ils présentaient une pathologie ou une lésion altérant la transmission sensorielle à proximité du site de l'intervention
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les données sur l'intensité de la douleur ont été recueillies pendant le positionnement. L'intensité de la douleur a été mesurée à l'aide d'une échelle d'évaluation numérique NRS de 0 (aucune douleur) à 10 (pire douleur possible). D'autres données démographiques et cliniques, y compris les analgésiques administrés une heure avant et pendant l'intervention, ont été tirées du dossier du patient.
Déroulement de l'étude	Immédiatement après l'intervention, le patient, son infirmière et aux autres personnes présentes pendant l'intervention ont été questionné sur (comme les membres de la famille) l'intervention non-pharmacologiques qui a été utilisée pendant le soin. Les patients pouvaient choisir l'intervention parmi une la liste suivante : distraction, relaxation progressive, glace, chaleur, imagerie guidée, toucher doux/main, acupression, massage, présence de la famille/amis, musique, information, hypnose, respiration profonde, toucher thérapeutique, voix apaisante, attelle d'oreiller, humour, stimulation transcutanée des nerfs électriques (TENS), inconnu, autre (à préciser). Ces interventions non pharmacologiques ont été choisies par l'équipe du projet comme des interventions qui ont été utilisées pour traiter la douleur dans d'autres populations de patients.
Considérations éthiques	Chaque site a confirmé la protection des données de la population qui a participé à l'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>La version 11.0 du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) a été utilisée pour toutes les analyses. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour générer de l'information sur les caractéristiques démographiques et cliniques de patient ainsi que la fréquence d'utilisation de chaque intervention non pharmacologique. Des statistiques sur le khi-carré, des tests t et des tests d'analyse de variance à sens unique (ANOVA) ont été utilisés pour explorer les associations univariées entre les interventions non pharmacologiques les plus fréquemment utilisées pour le positionnement et les caractéristiques démographiques et cliniques.</p> <p>Toutes les hypothèses du test t et de l'analyse de variance ont été réalisées. Ensuite, trois modèles de régression logistique multivariée ont été construits pour examiner les prédicteurs démographiques et cliniques des trois interventions non pharmaceutiques logiques les plus fréquemment utilisées pour le positionnement.</p> <p>La variable dépendante était l'intervention non pharmacologique spécifique. Les variables indépendantes étaient les caractéristiques cliniques et démographiques (l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le niveau de soins, le diagnostic, la méthode du positionnement, l'aide aux patients, l'utilisation</p>

	<p>d'une alèse, l'intensité de la douleur et la prémédication opioïde). L'âge et le score d'intensité de la douleur ont été entrés comme variables continues, et les autres variables étaient les suivantes saisies en tant que variables catégorielles. La saisie simultanée des variables a été utilisée, et une valeur p de < 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>L'échantillon : Les patients étaient des hommes (55,3%) blancs (86,3%) ayant une moyenne d'âge de 63,5 ± 3.1 ans. La majorité des patients étaient aux soins intensifs (65.9%), des unités spécialisées (21.9%) et dans les autres unités (12.2%). Plusieurs patients avaient un diagnostic primaire chirurgical (70.4%). La plupart des patients ont été positionné à l'aide d'une alèse (53.6%) et certains ont participé au positionnement (69.4%). Seulement 12% patients ont été prémédiqué.</p> <p>L'intensité des douleurs : La moyenne de l'intensité de la douleur lors du positionnement était de 4.9 ± 3.1. Excepté l'ethnie, des différences significatives ont été trouvées en lien avec la variété des caractéristiques démographiques et cliniques. Les femmes, les unités spécialisées, les cas chirurgicaux, les cas de trauma et que les brûlés ont rapporté des douleurs plus élevés lors du positionnement. Les patients qui ont été positionnés à l'aide d'une alèse, ceux qui n'ont pas participé lors du positionnement et ceux qui ont été prémédiqués ont reporté plus de douleurs.</p> <p>La fréquence des interventions non-pharmacologiques : Les interventions les plus fréquemment reportées étaient la voix calme (65.7% ; n=917), l'information (60.6% ; n=845), la respiration profonde (37.9% ; n=528), le toucher (36,6%, n=510), la distraction (34,2%, n=474), le positionnement du coussin (34.0%, n=473) et l'humour (25,9%, n=361). Les moins fréquemment utilisés ont été le massage (15.4%, n=215), la présence de la famille/amis (13.7%, n=191), le toucher thérapeutique (10.1%, n=141), la relaxation progressive (8.1%, n=113), la glace (2.3%, n=32). Les interventions très peu utilisées ont été la musique (1.9%, n=27), la chaleur (1.4%, n=20), l'imagerie guidée (0.9%, n=13), le TENS (0.7%, n=10), acupression (0.2%, n=3) et l'hypnose (0.0%, n=0). 92.5% des patients ont utilisé au moins une intervention et 26.3% ont utilisé 5 ou plus interventions. La voix calme été utilisée par les patients étant dans l'unité de soins intensifs. Les patients qui ont été positionné à l'aide d'une alèse et qui ont rapporté un haut niveau de douleur ont reçu aussi cette intervention. Les patients étant dans une unité de soins intensifs, qui n'ont pas aidé le professionnel de santé durant le positionnement, qui avait une forte douleur ou qui n'était pas des patients non médiqués reçu des informations. L'utilisation de la respiration profonde est la seule intervention qui a été influencée par l'âge. Les patients ayant utilisé cette intervention étaient plus jeunes. Cette intervention a été utilisée lorsque les patients avaient reporté une forte intensité de douleur, qui étaient dans une unité de soins intensifs, qui avaient un diagnostic chirurgical, trauma ou brûlé et qui avaient été prémédiqué avec des opioïdes.</p> <p>Les prédicteurs des trois interventions non-pharmacologiques les plus fréquentes : L'âge n'est pas un prédicteur pour l'utilisation des trois interventions non-pharmacologiques les plus utilisées dans cette étude. Le sexe était un prédicteur pour l'utilisation de la voix calme : les femmes ont utilisé cette intervention 1.3 fois plus que les hommes ([OR] 0.74, 95% [CI] 0.56-0.98). L'ethnie était un prédicteur avec 1.7 fois plus de patients blancs que les autres patients qui étaient d'une autre origine recevant aussi cette intervention (OR 1.74, 95% CI 1.01-3.02). De plus, les patients blancs étaient 1.9 fois plus à avoir reçu des informations (OR 1.87, 95% CI 1.07-3.25). Certains patients de l'unité de soins intensifs recevaient plus facilement des interventions que ceux qui étaient dans une unité spécialisée (voix calme: OR 1.66, 95% CI 1.23-2.23 ; information : OR 1.62, 95% CI 1.21-2.16 ; respiration profonde : OR 1.36, 95% CI=1.01-1.84). Les diagnostics primaires étaient des prédicteurs dans l'utilisation d'intervention non-pharmacologique. Les patients ayant un diagnostic chirurgical ont plus reçu des informations (OR 1.73, 95% CI 1.25-2.38) et la respiration profonde (OR 2.33, 95% CI 1.62-3-34) que les patients de médecine. Les patients rapportant une forte intensité de douleur ont été plus à recevoir ces interventions (voix calme : OR 1.01, 95% CI 1.01-1.02 ; recevoir des informations : OR 1.01, 95% CI 1.001-1.009 ; respiration profonde : OR 1.01, 95% CI 1.001-1.010).</p>

<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Les auteurs relèvent que, malgré qu'aucunes données n'aient été trouvées sur la fréquence des interventions non-pharmacologiques pour la douleur procédurale dans la littérature, les données limitées qui existent sur leur utilisation pour la douleur aiguë suggèrent que ces techniques ne sont pas utilisées fréquemment. Les auteurs spécifient que les interventions non-pharmacologiques peuvent être utilisées plus fréquemment pour des douleurs procédurales que pour des douleurs aiguës. L'une des raisons de l'utilisation accrue des interventions non-pharmacologiques avec les procédures peut être que la présence d'une infirmière soit obligatoire durant la procédure et pourrait initier ou entraîner le patient à utiliser une intervention non-pharmacologique pendant les procédures douloureuses. Une autre explication possible est que les procédures, particulièrement le positionnement, se produisent pendant des blocs de temps brefs, discrets et relativement prévisibles, ce qui pourrait faciliter leur utilisation.</p> <p>Les auteurs se disent être préoccupés par leur constatation que peu de patients étaient prémédiqués. En général, lors du positionnement, il est nécessaire d'être à deux personnes, ce qui rend le moment exact imprévisible. De plus, les infirmières n'ont parfois pas suffisamment d'occasions de préparer à la prémédication. Par conséquent, lorsque les patients ont éprouvé de la douleur pendant le positionnement, il se peut qu'eux-mêmes et leurs soignants aient tenté de contrôler la douleur à l'aide d'autres méthodes. La non-utilisation des médicaments est clairement une problématique, compte tenu de l'intensité de la douleur ressentie par ces patients qui ont été positionnés. La vigilance des infirmières et l'attention portée à l'importance de la prémédication dans la mesure du possible peuvent aider à diminuer la douleur associée à cette procédure.</p> <p>D'autres études ayant évalué des interventions non-pharmacologiques ne correspondent pas entièrement à celles qui ont été le plus fréquemment utilisées dans la présente étude. Par exemple, la plus grande partie de la recherche porte sur l'utilisation de la musique pour la douleur procédurale, mais seulement 1,9 % de l'échantillon actuel utilisait de la musique. La voix apaisante, le toucher doux, l'attelle d'oreiller et l'humour étaient quatre des six interventions les plus fréquemment utilisées, mais aucune autre donnée n'a été trouvée concernant leur efficacité pour la douleur procédurale.</p> <p>Bien que cette étude n'ait pas examiné l'efficacité de ces interventions pour la douleur, l'identification et les prédicteurs de leur utilisation fournissent des renseignements de base pour les études futures. Parmi les interventions les plus fréquemment utilisées dans notre étude, seules l'information et la respiration profonde ont été évaluées dans des études antérieures.</p> <p>En ce qui concerne l'efficacité des interventions non pharmacologiques les plus fréquemment utilisées dans notre étude, les résultats sont mitigés. Aucune donnée n'est disponible sur l'efficacité d'une voix apaisante, l'information peut n'avoir aucun effet ou un effet nuisible sur la douleur, et la respiration profonde peut aider à soulager la douleur. Toutes ces données portent sur des procédures autres que le positionnement. Étant donné la rareté de la recherche, il n'est pas clair que l'information obtenue au sujet d'une procédure peut être généralisée à une autre. Des essais contrôlés randomisés sont nécessaires pour élucider l'efficacité de différentes interventions non pharmacologiques, avec l'élaboration subséquente de lignes directrices fondées sur des données probantes.</p> <p>La présente étude a exploré les caractéristiques démographiques et cliniques qui, lorsqu'elles sont étudiées dans le contexte d'autres facteurs, influencent le fait qu'un patient bénéficie ou non des interventions de voix apaisante, de respiration profonde et d'information. Les analyses de régression logistique ont indiqué qu'en général, les facteurs cliniques ont eu recours à des interventions non pharmacologiques et que seuls certains facteurs démographiques l'ont fait. Parmi les variables démographiques, l'âge n'était pas prédictif. Cela suggère que, bien que l'âge soit inversement lié au niveau de douleur signalée, l'âge n'était pas associé à l'utilisation d'interventions non pharmacologiques pour le positionnement. Parmi les caractéristiques cliniques, un milieu de soins intensifs et l'intensité de la douleur pendant le tour de rôle étaient constamment associés à une probabilité accrue qu'un patient reçoive chacune des trois interventions non pharmacologiques. La constatation relative au milieu peut peut-être s'expliquer par l'expérience infirmière dans les unités de soins intensifs et de meilleurs ratios infirmières-patients dans les unités de soins intensifs. Une infirmière en soins intensifs est souvent plus expérimentée et s'occupe de moins de patients.</p> <p>Par conséquent, l'infirmière en soins intensifs peut être en mesure d'accorder plus de temps pour le positionnement et d'être plus à l'aise et compétente dans l'utilisation d'interventions multiples. Le niveau d'intensité de la douleur d'un patient peut être lié à l'utilisation d'une intervention non-pharmacologique ; les infirmières qui savent qu'un patient éprouve de la douleur pendant l'intervention peuvent être au courant de la douleur qu'éprouve le patient lorsqu'il se positionne et réagir en utilisant des interventions non-pharmacologiques qui sont immédiatement disponibles. De même, lorsque les patients éprouvent des douleurs procédurales au cours d'un positionnement, ils peuvent eux-mêmes initier une intervention, comme la respiration profonde.</p>
---	---

Forces et limites	<p>Étant donné que les données ont été regroupées entre les réponses des patients, des infirmières et d'autres personnes, les auteurs ne savent pas avec certitude qui est à l'origine des interventions non-pharmacologiques et si professionnel de la santé réussit mieux qu'un autre à utiliser ces interventions.</p> <p>En raison de la conception observationnelle de l'étude, les auteurs n'ont pas pu évaluer l'efficacité des diverses interventions non-pharmacologiques utilisées pour le positionnement. La constatation que la douleur était positivement associée à l'utilisation d'une intervention non-pharmacologiques soulignait cette limitation.</p> <p>Une autre limite est qu'au lieu d'un échantillonnage aléatoire, un échantillon de commodité a été recruté. Cela pourrait contribuer au biais de sélection et limiter la généralisation des résultats. Cependant, l'échantillon était très grand, avec des unités multiples dans de nombreux hôpitaux.</p> <p>Bien que la grande taille de l'échantillon basé sur plusieurs sites renforce la généralisation, elle peut conduire à une surpuissance statistique et à la découverte de résultats significatifs dus au hasard. Toutefois, certaines des constatations clés, comme la fréquence d'utilisation des interventions non pharmacologiques, étaient purement descriptives et n'étaient pas influencées par la puissance statistique.</p> <p>Une autre limite potentielle de l'échantillon est qu'il n'était pas très diversifié sur le plan ethnique : il était à prédominance blanche, avec un petit groupe de patients noirs. Cette répartition ethnique limite l'applicabilité des résultats aux populations de patients asiatiques, latino-américains ou d'autres populations de patients de diverses ethnies.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les prochaines études devraient incorporer des interventions d'échantillonnage afin d'assurer un échantillon plus diversifié sur le plan ethnique.</p> <p>De plus, l'utilisation combinée d'interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques au cours d'une procédure de positionnement peut fournir une prise en charge optimale pour la gestion de la douleur et justifie une étude plus approfondie.</p>
Commentaires	<p><i>Etude anglaise traduite en français</i></p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C., ... & Puntillo, K. (2013). Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. <i>Pain Management Nursing</i> , 14(2), 85-93.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Ils expliquent que les patients hospitalisés subissent régulièrement des douleurs induites par les soins pourtant il existe peu de recherches sur ces interventions qui sont courantes dans les unités de courtes durées et de soins intensifs.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	(X)		X	Le résumé synthétise les différentes parties principales de l'étude mais celles-ci ne sont pas différenciées par des sous-titres. Malgré cela, les différents éléments sont décrits.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est la prise en charge de la douleur induite par les soins dans les unités de médecine, chirurgie ou encore des soins intensifs.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les auteurs relèvent une procédure qui est mentionnée dans d'autres études qui est le positionnement. Effectivement, le positionnement a été identifié plusieurs fois comme étant une des interventions douloureuses.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le concept de la multidimensionnalité de la douleur est explicité ainsi que ces facteurs d'influence tels que sensoriels-discriminatoires, motivationnels-affectifs et cognitifs-évaluatifs. Des autres facteurs sont également compris comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique, les traitements antalgiques ainsi que des facteurs environnementaux.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	(X)		X	Il n'y avait pas de question de recherche ni d'hypothèses clairement citées. Cependant, les buts de l'étude étaient explicités.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		L'étude démontre un grand échantillon de patients, le recueil de données a été réalisé à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA allant de 0 à 10).
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Patients hospitalisés, réveillable, capable de répondre, comprendre, voir et entendre et ayant plus de 18 ans, subissant une intervention douloureuse.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Difficile à dire car l'étude a pris un échantillon de 169 hôpitaux. Nous avons juste cette information.

	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Nous n'avons pas connaissance du nombre totale de patient des 169 hôpitaux.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les auteurs ont utilisé l'échelle EVA pour questionner les patients sur l'intensité de leur douleur. Elle est décrite de manière claire dans le chapitre « Procédure et Mesure »
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Dans l'étude, les variables sont sur les caractéristiques démographiques et cliniques des patients et sont mis en lien avec l'intensité de la douleur évaluée par l'échelle EVA.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Les auteurs ont été recueillir les données auprès des patients, de leur familles et de leur infirmières après l'intervention.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Chaque hôpital a confirmé la protection des données des patients.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			La version 11.0 du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) a été utilisée pour toutes les analyses. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour générer de l'information sur les caractéristiques démographiques et cliniques de patient ainsi que la fréquence d'utilisation de chaque intervention non pharmacologique. Des statistiques sur le khi-carré, des tests t et des tests d'analyse (ANOVA) ont été utilisés pour explorer les associations univariées entre les interventions non pharmacologiques les plus fréquemment utilisées pour le tournage et les caractéristiques démographiques et cliniques.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	(X)		X	Les résultats sont présentés sous forme de résumés narratifs et quelques résultats sont représentés au travers de tableaux mais ceux-ci sont parfois difficiles à comprendre et ne facilitent pas une meilleure compréhension des résultats.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Les résultats sont en lien avec la douleur et son intensité.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les auteurs font appel à d'autres études afin de comparer leurs résultats et des connaissances actuelles.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Grand échantillon Peu de diversité d'ethnie Echantillon de commodité

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Ils ne peuvent pas généraliser ces résultats sur toutes les origines ethniques car l'échantillon ne comportait qu'une minorité de patients d'une autre ethnie.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		Les chercheurs ne traitent pas des conséquences de l'étude sur la pratique clinique mais font référence et mettent en lien les résultats avec des études antérieures.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les auteurs recommandent d'effectuer d'autres recherches comportant une plus grande diversité au niveau de l'échantillonnage (ethnie) et d'effectuer une combinaison entre les interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques..
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article est bien présente au niveau de la structure et facile à lire malgré quelques tournures de phrases particulières.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Jacobson, A. F. (2006). Cognitive-behavioral interventions for iv insertion pain. <i>AORN journal</i> , 84(6), 1031-1048.
Introduction Problème de recherche	Les patients qui se préparent à subir une intervention chirurgicale ou à d'autres interventions invasives subissent habituellement la mise en place d'un cathéter intraveineux. L'insertion intraveineuse est douloureuse ; des études sur les patients ainsi que sur des volontaires de recherche, les scores moyens de douleur sur des échelles de 0 (aucune douleur) et 100 (« la pire douleur imaginable ») varient entre 14 à 70,5 dans les groupes non-traités.
Recension des écrits	La gestion de la douleur est une composante essentielle de la pratique des soins infirmiers périopératoires et est liée à des résultats tels que la durée du séjour à l'hôpital et la satisfaction des patients. Les interventions non-pharmacologiques conviennent aux interventions telles que l'insertion IV qui causent une douleur aiguë et transitoire. Les interventions cognitivo-comportementales (ICC), qui sont des interventions non-pharmacologiques, conviennent aux interventions douloureuses parce qu'elles sont sûres, peu coûteuses, faciles à mettre en œuvre et peuvent être effectuées indépendamment par une infirmière. Le fait de fournir aux patients une variété d'ICC à choisir et d'inclure une option de non-intervention peut accroître l'efficacité de l'intervention en augmentant le sentiment de contrôle du patient et en lui permettant de choisir une méthode qui correspond à ses préférences.
Cadre théorique ou conceptuel	Dans cette étude, l'auteur a utilisé 5 cadres théoriques : <ol style="list-style-type: none"> 1. La théorie du portillon Cette théorie est couramment utilisée afin d'expliquer l'expérience de la douleur. Celle-ci dit que l'expérience de la douleur est le résultat d'une blessure tissulaire qui cause l'activation des nocicepteurs. L'impulsion de la douleur est alors transmise au cerveau, où se produit la perception de la douleur. La perception de la douleur consiste en une dimension sensorielle (brûlure, douleur) et affective (réaction de détresse et émotionnelle). Selon la théorie du portillon, les facteurs cognitifs et émotionnels exercent un effet direct en lien à la douleur. Cette théorie mentionne que l'anxiété ou l'anticipation peuvent augmenter la douleur ce qui faciliterait la transmission des impulsions au niveau de la moelle épinière. Dans le cas contraire, la distraction permettrait de réduire ces impulsions en les bloquant. 2. Les interventions cognitivo-comportementales (ICC) : Les ICC réduisent la douleur en activant les contrôles cognitifs qui influencent les émotions et les croyances au sujet de la douleur et en fournissant un stimulus qui rivalise pour attirer l'attention avec le stimulus douloureux, réduisant alors la perception de la douleur. Pour que cela soit efficace, les ICC doivent être brèves et efficaces ainsi que très structurés et faciles à réaliser. Les ICC utilisées dans cette étude sont l'écoute de musique, le visionnement d'un kaléidoscope et la diffusion d'images guidées. 3. Le choix de l'intervention par le patient : Les patients ressentent un sentiment de perte de contrôle lorsqu'ils vont subir une intervention douloureuse. Le fait de laisser le choix d'une ICC au patient lui permet d'avoir un contrôle sur sa douleur et cela permettrait de réduire la douleur lors des procédures invasives. 4. La douleur lors de l'insertion du cathéter IV : Plusieurs études traitant de la douleur lors d'insertion IV ont amené l'efficacité des agents pharmacologiques (la lidocaïne intradermique ou le mélange eutectique topique d'anesthésiques locaux - EMLA). Malgré leur efficacité pour la réduction de la douleur, il est nécessaire d'attendre pour qu'EMLA soit efficace et les agents intradermiques (la lidocaïne) demandent d'effectuer une injection avant l'IV. Celle-ci peut provoquer de la douleur. 5. Les variables liées à l'insertion du cathéter IV : Les variables liées au cathéter IV et à son insertion peuvent influencer la douleur d'insertion. Des insertions IV difficiles peuvent être associées à

	<p>une augmentation des lésions tissulaires résultant d'un sondage approfondi et répétitif. L'augmentation des lésions tissulaires augmenterait l'activation des nocicepteurs. La durée d'une insertion IV peut contribuer à la douleur en prolongeant l'activation du nocicepteur.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>But de cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer si des interventions cognitivo-comportementales simples et peu coûteuses peuvent réduire la douleur de l'insertion périphérique IV et si le choix de l'intervention cognitivo-comportementales parmi une variété d'interventions différentes réduirait davantage la douleur que de recevoir une intervention assignée au hasard. - Déterminer l'acceptabilité des ICC pour les participants. Les interventions testées étaient l'écoute de musique auto-sélectionnée, le visionnement d'un kaléidoscope et l'exécution d'images guidées. La difficulté et la durée d'une insertion intraveineuse peuvent augmenter sa douleur, de sorte que des données sur ces variables ont été recueillies pour contrôler leurs effets potentiellement confondants sur les interventions. <p>Hypothèses de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients qui sont affectés au hasard à l'utilisation de l'un des trois ICC pendant l'insertion IV périphérique ressentiront moins de douleur et de détresse que les patients qui reçoivent les soins habituels (c.-à-d. aucun traitement supplémentaire) pour l'insertion IV. - Les patients qui choisissent un ICC ou les soins habituels pour l'insertion IV auront moins d'intensité de la douleur et de détresse que ceux qui sont affectés à recevoir l'ICC ou les soins habituels sans choix. <p>Question de recherche : Cette étude comporte deux questions de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chez les patients recevant une intervention cognitivo-comportementale, le sexe et la capacité de choisir parmi les interventions ont-ils une incidence sur l'évaluation par le patient de l'acceptabilité de l'intervention ? 2. Le sexe et l'âge influencent-ils le choix du type d'intervention ?
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif ; essai randomisé contrôlé
Population, échantillon et contexte	<p>Infirmières = 41 (40 infirmières et 1 infirmier) et</p> <p>Critères d'inclusion pour les infirmières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diplôme en soins infirmiers ou le diplôme d'infirmière auxiliaire autorisée à pratiquer des insertions de cathéter IV - Avoir une expérience de cette procédure depuis au moins six mois. <p>Les infirmières ont dû transmettre les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leur unité de travail - L'âge - Le sexe - Les années d'expérience dans les soins et leur expérience par rapport au geste d'insertion de cathéter IV. <p>De plus, avant de commencer l'étude, elles ont répondu à une auto-évaluation concernant leur habilité dans l'insertion des cathéters IV sur une échelle numérique allant de 0 à 10.</p> <p>Patients : 324 participants (160 venaient d'unités d'endoscopie et 164 d'unités de chirurgie).</p> <p>Critères d'inclusion pour les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir 18 ans ou plus

	<ul style="list-style-type: none"> - Devaient parler anglais. - Il était obligatoire que le patient ait un ordre médical demandant une insertion d'un cathéter IV. - Ne devait pas avoir eu à subir cette intervention depuis son admission. - Ne devaient pas présenter de déficiences sensorielles, cognitives ou motrices qui auraient pu limiter leur participation dans les interventions ou qui auraient pu les empêcher de compléter les instruments d'évaluation de la douleur. <p>Les patients ont dû transmettre également les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge - Sexe - Ethnie <p>Pour chaque patient le calibre du cathéter utilisé, le site d'insertion, la durée d'insertion et la réussite a été retranscrit.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Un musicothérapeute et un spécialiste en imagerie guidée ont participé au développement et au perfectionnement des ICC. Des infirmières ont été formées par le chercheur principal et les consultants pour réaliser les interventions et recueillir les données d'une manière normalisée selon des protocoles écrits. Puis, les participants à l'étude (patients) ont été divisée en trois groupes : un groupe où les patients avec le choix de l'intervention qu'ils désiraient et un autre dans lequel l'intervention étaient attribuée sans le choix du patient et un dernier dans lequel ils ne recevaient que les soins habituels.</p> <p>Les participants assignés au groupe du choix ont reçu une brève explication de chacune des trois interventions. Ils ont ensuite choisi une intervention en fonction de leur préférence. Ils pouvaient également choisir de recevoir les soins habituels pour l'insertion par voie intraveineuse sans intervention supplémentaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'intervention musicale consistait à écouter un CD sur un lecteur CD portable avec un casque. Les participants ont choisi un CD à partir d'une liste qui regroupait 34 CD selon neuf catégories de musique représentant les groupes culturels et d'âge de la population. Les assistants de recherche ont enseigné aux participants la technique afin d'utiliser la musique comme moyen de distraction en fixant un endroit ou en fermant les yeux et en imaginant une scène compatible avec la musique (p. ex. danser), en tapotant le rythme et en contrôlant le volume de la musique. - En ce qui concerne l'intervention du kaléidoscope, les participants ont regardé à travers l'oculaire d'un kaléidoscope. Le kaléidoscope est léger, se tient facilement dans une main et produit des motifs changeants sans que le spectateur ait à faire tourner le tube. - Et finalement, l'intervention d'imagerie guidée consistait à écouter un enregistrement sur CD de neuf minutes d'un scénario, avec de la musique douce et apaisante en arrière-plan. Le but du scénario et de la musique de fond est de relaxer et, donc, de réduire les sensations douloureuses. <p>Les instruments de mesure :</p> <p>Les infirmières participantes ont fourni des données, y compris le nom, l'unité de travail, l'âge, le sexe, les années d'expérience en soins infirmiers et les années d'expérience dans la mise en place de cathéter IV. Ils ont également autoévalué leur habileté à commencer des IV sur une échelle numérique sur laquelle 0 est « pas du tout qualifié » et 10 est « aussi compétent qu'une infirmière peut l'être ».</p> <p>Les participants ont indiqué l'intensité de la douleur et la détresse de la douleur de l'insertion IV sur deux échelles numériques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle de notation numérique est une ligne horizontale marquée en segments égaux de 0 à 10. Pour l'intensité de la douleur, 0 "aucune intensité" et 10 "douleur la plus intense possible". - Pour la douleur de détresse, 0 et 10 correspondaient respectivement à « pas de détresse du tout » et « la douleur la plus pénible possible ». <p>L'acceptation de l'intervention par les participants a été évaluée selon une échelle d'évaluation numérique, élaborée pour cette étude qui posait la question suivante : « Dans quelle mesure avez-vous aimé recevoir l'intervention ? ». Les valeurs de cette échelle allaient de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement bien »).</p>

	L'échelle de difficulté d'insertion IV était complétée par l'infirmière participante afin d'indiquer le degré de difficulté de l'insertion IV. L'échelle, adaptée de l'Intravenous Catheter Insertion Rating Scale, consiste en une échelle d'évaluation numérique avec les phrases « pas du tout difficile » et « aussi difficile que possible ». Chaque insertion IV est un événement unique, de sorte que la mesure de la fiabilité de l'échelle de difficulté d'insertion intraveineuse ne serait pas significative.
Déroulement de l'étude	Après que l'ICC a commencé ou qu'aucun traitement n'a été choisi, l'infirmière participante a effectué les intraveineuses. L'intervention s'est poursuivie jusqu'à ce que l'intraveineuse soit enregistrée et que le liquide de l'intraveineuse soit relié et perfusé. La durée de l'insertion IV a été chronométrée. Le chronomètre a débuté immédiatement dès que l'infirmière commence l'insertion et s'est arrêtée lorsque le premier bout du pansement a été placé. Immédiatement après l'insertion et la fixation de la perfusion intraveineuse, les participants ont stoppé l'ICC et ont rempli les échelles d'intensité de la douleur et de détresse de la douleur. Les infirmières participantes ont rempli l'échelle de difficulté d'insertion IV. Si la première tentative d'insertion a échoué, les données ont été recueillies, retranscrites et le cas a été inclus dans l'étude.
Considérations éthiques	Les comités d'examen des deux hôpitaux et de l'université du chercheur principal ont approuvé la proposition d'étude. Les patients ont dû remplir un document de consentement.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les données ont été analysées à l'aide du logiciel statistique SPSS 14.0.51 Des statistiques descriptives ont été calculées pour toutes les variables, y compris la moyenne (M) et l'écart-type (ET) pour les variables continues et les fréquences et les pourcentages pour les variables catégorielles.
Présentation des résultats	<p>Infirmières : 41 infirmières (40 femmes et 1 homme) ont participé à l'étude et 324 insertions de cathéters IV ont été effectuées. L'âge des participants était entre 27 et 62 ans (M=45ans ; écart-type 6,7). le nombre d'années d'expérience représentait une moyenne de 22 ans(écart-type 7,3) et elles ont déclaré avoir en moyenne 19 insertions IV à effectuer par semaine (écart-type 13,5) dans leur unité de soins. Leur autoévaluation sur leurs compétences dans les insertions de cathéter IV se situait entre 4 et 10 (M= 8,8 ; écart-type 1,5).).</p> <p>Patients : 324 participants, dont 206 femmes et 118 hommes. Ils avaient entre 18 et 93 ans (M=55ans). Sur les 324 patients participants, 160 étaient dans les unités d'endoscopie et 164 dans les unités de chirurgie</p> <p>Question de recherche :</p> <p>1. Si le patient a la possibilité de choisir son intervention, il aura une meilleure satisfaction du soin. Les résultats n'ont pas montré de différences significatives entre les deux groupes. En effet, les participants qui ont eu la possibilité de choisir l'intervention n'ont pas été plus satisfaits que le groupe qui n'avait pas eu le choix (p = .108). Les participants qui ont reçu des soins habituels ont été exclus de l'analyse. Les résultats ont montré des effets principaux significatifs pour le sexe (F1,236 = 14,35, P < 0,001, partiel /2 = 0,057), avec des scores plus élevés pour l'acceptabilité et pour le type d'intervention (F2,236 = 7,88, P < 0,001, partiel/2 = 0,063). L'ajustement Bonferroni a révélé que la musique était plus acceptable que l'intervention du kaléidoscope, sans différence significative entre l'imagerie guidée et la musique ou l'imagerie guidée et le kaléidoscope. Il n'y avait pas de différences significatives pour le choix (F1,236 = 2,60, P=0,108, partiel /2 = 0,011) ou pour les interactions des variables indépendantes de choix par type de traitement (F2,236 = 1,73, P = 0,179, partiel /2 = 0.014) ; choix par sexe (F1,236=0.036, P = 0.850, partiel /2 < 0.001) ; type de traitement par sexe (F2,236 = 2.69, P = 0.070, partiel / 2 = 0.022) ; et choix par type de traitement par sexe (F2,236 = 0.007, P=.993, partiel / 2 < 0.001).</p> <p>2. Les facteurs tels que le sexe et l'âge jouaient-il un rôle dans le choix de l'intervention. Les résultats n'ont pas révélé une corrélation statistiquement significative entre l'intervention choisie et l'âge, mais ils ont néanmoins pu établir une corrélation entre le sexe et le choix de l'intervention. En effet, les hommes ont été plus nombreux à choisir l'option « sans intervention ICC », donc de recevoir le soin de manière habituelle, que les femmes. De plus, les femmes ont précisé avoir plus apprécié les interventions ICC que les</p>

	<p>hommes ($p < .001$).</p> <p>L'influence du sexe et de l'âge sur le choix de l'ICC, nous avons analysé les données des participants du groupe à qui l'on a donné le choix de l'intervention ($n = 158$). L'analyse du chi carré a révélé une différence statistiquement significative dans le choix du traitement selon le sexe ($X^2[3, n = 158] = 14,00, P = 0,003$). Il a été révélé que les hommes choisissent les soins habituels (c.-à-d. 36 %, $z = 2,3$) beaucoup plus souvent que les femmes (c.-à-d. 13 %, $z = -1,9, P < 0,05$). L'analyse de variance à sens unique n'a révélé aucune différence significative dans l'âge moyen parmi les quatre choix de traitement ($F_{3,152} = 2,32, P = 0,078, \text{partiel} / 2 = 0,044$).</p> <p>Autres résultats :</p> <p>Un lien a été recherché entre les compétences des infirmières (définies par leur auto-évaluation) et la difficulté d'insertion ($r = -0,088, P = 0,117$) qu'elles ont rencontrée, l'intensité de la douleur ($r = 0,065, P = 0,242$) et l'anxiété de la douleur ($r = 0,078, P = 0,166$) mises en évidence par le patient lors du soin. Les effets du calibre du cathéter et le site d'insertion sur l'intensité et la détresse de la douleur ressenties par le patient ont été examinés. Les résultats démontrent que le choix du calibre du cathéter ($p < .001$) et le site d'injection ($p = .003$) influencent le niveau d'intensité de la douleur et la détresse ressenties par le patient durant le soin. De manière plus précise, 98 personnes ayant eu le cathéter de calibre 18 ont indiqué une intensité moyenne de la douleur à 3 ; 58 personnes ayant eu le cathéter de calibre 20 ont indiqué une intensité moyenne de la douleur à 2,7 ; et pour finir, 162 personnes ayant eu le cathéter de calibre 22 ont indiqué une intensité moyenne de la douleur à 1,5. Par rapport au site d'insertion, les résultats indiquent que les insertions au niveau du coude sont celles qui ont causé les intensités de douleur les plus faibles avec une moyenne de 1,3. De plus, Le site de la main vient en deuxième position ($M=2,3$), puis l'avant-bras ($M=2,8$) et pour finir le poignet ($M=2,9$).</p> <p>La difficulté d'insertion du cathéter IV évaluée par les infirmières : 17% des insertions ont été infructueuses chez les femmes, contre 9% chez les hommes (en tout 45%, $n=45$). Selon les auteurs, cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = .072$). Les tentatives d'insertion ont été beaucoup plus difficiles chez les femmes ($M = 2,1, \text{écart-type} = 2,6, n = 2,6, n = 2,1$).206) que chez les hommes ($M = 1,3, ET = 2,2, n = 117$) ($t_{321} = -2,933, P = 0,006$).</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats de l'étude n'appuient pas les hypothèses de recherche selon lesquelles les ICC et la capacité de choisir une intervention réduiraient l'intensité de la douleur et la détresse douloureuse de l'insertion d'un cathéter IV. Les patients participants qui ont reçu un ICC (écoute de musique, visionnement d'un kaléidoscope, imagerie guidée) pendant l'insertion IV, que l'intervention ait été assignée ou choisie, n'ont pas signalé moins d'intensité de douleur ou de détresse que les patients qui ont reçu des soins habituels (c.-à-d. aucune intervention supplémentaire). Par conséquent, le modèle d'ICC pour la douleur d'insertion IV n'a pas été appuyé. Ces résultats correspondent à ceux d'autres études contrôlées qui n'ont pas réussi à démontrer un effet de la musique^{1,10,53} ou de l'imagerie guidée⁵⁴ sur la douleur procédurale. Une méta-analyse récente de 51 études a montré des effets minimes mais significatifs de la musique sur la douleur clinique. Des recherches plus approfondies avec des conceptions rigoureuses axées sur le contenu et la posologie des interventions qui tiennent compte des variations individuelles dans les facteurs psychologiques tels que la susceptibilité et l'attente peuvent mieux déterminer l'efficacité des ICC dans diverses conditions.</p> <p>Bien que l'insertion IV soit omniprésente dans les arènes cliniques, elle peut ne pas être une procédure très douloureuse pour beaucoup. Ainsi, l'incapacité des interventions à démontrer une réduction de la douleur peut avoir été due à un effet de plancher (c.-à-d. que le stimulus de la douleur était si faible que les interventions visant à réduire la douleur n'ont eu qu'un effet minimal). Une étude plus approfondie de ces types d'interventions sur des interventions douloureuses autres que l'insertion intraveineuse (p. ex. insertion d'un tube nasogastrique ou thoracique, suture) est justifiée.</p> <p>Un autre facteur qui a pu influencer sur l'efficacité des interventions expérimentales est le caractère artificiel de l'approche normalisée et non individualisée à l'égard des participants qu'exige la conception de l'étude. Les patients participants peuvent avoir perçu cela comme un " ajout " mal intégré et ne pas avoir participé pleinement à l'intervention, ce qui réduirait son potentiel de distraction. L'utilisation d'ICC mieux intégrés dans un système de prestation de soins et offerts par les membres du personnel clinique pourrait donner des résultats plus efficaces.</p> <p>Bien que les ICC utilisées dans cette étude n'aient pas réduit la douleur d'insertion IV, elles ont été bien acceptées par les participants. D'autres études ont démontré des attitudes positives similaires à l'égard des ICC comme la musique. Fournir des ICC aux patients qui subissent des interventions douloureuses ou invasives peut répondre à leurs besoins émotionnels et favoriser la satisfaction à l'égard des soins. Les données compilées à partir d'enquêtes annuelles à grande échelle auprès des patients hospitalisés reflètent constamment que les patients identifient les</p>

	<p>besoins émotionnels et spirituels comme une priorité élevée.</p> <p>Les constatations relatives à la façon dont les participants ont accepté de recevoir les interventions confirment la popularité des thérapies complémentaires. Bien que l'âge des participants n'ait pas influencé l'acceptabilité des ICC dans cette étude, les femmes ont accordé une cote plus élevée aux interventions que les hommes, et les hommes ont choisi de ne pas recevoir une intervention (c.-à-d. qu'ils ont choisi les soins habituels) plus souvent que les femmes. L'intervention musicale a été plus appréciée que le kaléidoscope, sans différence dans l'acceptabilité de l'imagerie guidée, ce qui suggère qu'il serait bénéfique d'avoir une variété d'interventions pour les patients ou les prestataires de soins.</p> <p>La difficulté d'insertion était faiblement mais significativement corrélée avec l'intensité de la douleur et la détresse douloureuse, comme le suggère le modèle théorique de l'étude. La réduction de la difficulté d'insertion peut réduire la douleur de l'insertion IV. La perception qu'ont les patients de la douleur d'insertion intraveineuse et leur croyance en la compétence des infirmières à l'insertion sont de bons prédicteurs de la satisfaction des patients à l'égard des soins. Dans cette étude, la compétence auto-évaluée des infirmières à l'insertion intraveineuse n'était pas liée à leur cote de difficulté d'insertion intraveineuse. Bien que les tentatives d'insertion aient été beaucoup plus difficiles chez les femmes, les taux d'échec d'insertion ne différaient pas selon le sexe, reflétant les résultats d'études de recherche antérieures.</p> <p>Dans cette étude, l'intensité de la douleur était liée au site d'insertion (c.-à-d. que l'antécubital était moins douloureux que la main, le poignet ou le bras) et à la jauge du cathéter IV (c.-à-d. que les cathéters de calibre 18 étaient plus douloureux que les cathéters de calibre 20 ou 22). Des études antérieures ont également trouvé des cotes de douleur plus élevées avec des cathodomètres IV de plus grande taille. Ces résultats peuvent être dus à des différences dans la distribution des nocicepteurs, comme le reflète le modèle de l'étude.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <p>Bien que la taille de l'échantillon soit suffisante, l'utilisation d'un échantillon de commodité provenant de deux institutions limite la capacité de généraliser les résultats. L'utilisation de mesures individuelles pour la difficulté d'insertion IV, la douleur et l'acceptabilité de l'intervention empêche les tests de fiabilité des instruments par les moyens habituels en raison de leur nature subjective et de la nature unique de chaque insertion IV.</p> <p>De plus, le protocole de recherche appelé dans le cas d'une approche normalisée pour expliquer et offrir les interventions aux patients participants, cette approche peut avoir réduit l'efficacité des interventions en n'encourageant pas la pleine participation des patients, ce qui, lorsqu'elle est présente, améliorerait l'absorption (c.-à-d. le degré de participation à l'intervention) et augmenterait la distraction.</p> <p>L'assignation aléatoire des participants aux groupes de traitement a été supposée contrôler les différences individuelles de susceptibilité aux ICC ; toutefois, cette hypothèse n'a peut-être pas été respectée et peut donc avoir influencé les résultats de l'étude. Enfin, les participants du groupe de soins habituels peuvent avoir généré leurs propres stratégies de gestion de la douleur cognitive au cours de l'insertion IV, ce qui a donné lieu à un " traitement dans le groupe témoin sans traitement " .</p>
Conséquences et recommandations	<p>Dans cette étude, les ICC n'ont pas réduit l'intensité de la douleur ou la détresse douloureuse de l'insertion IV. Néanmoins, ils ont été bien acceptés par les patients, en particulier les femmes. Cela peut accroître la satisfaction des patients à l'égard des soins. De plus, les ICC sont peu coûteux, faciles à mettre en œuvre, et devraient donc être disponibles et offerts aux patients qui subissent des interventions en cours dans les établissements périopératoires et autres établissements de soins de santé.</p> <p>Les résultats de cette étude appuient les recherches antérieures qui ont démontré une association entre la douleur d'insertion IV et la difficulté d'insertion, la jauge du cathéter IV et le site d'insertion IV. Ces facteurs devraient être pris en considération par les infirmières qui insèrent des intraveineuses, les choix étant fondés sur la promotion de l'administration la plus efficace de la thérapie intraveineuse avec le moins de douleur du patient.</p>
Commentaires	<i>Etude traduite de l'anglais au français</i>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Jacobson, A. F. (2006). Cognitive-behavioral interventions for iv insertion pain. <i>AORN journal</i> , 84(6), 1031-1048.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Les patients qui vont subir une intervention chirurgicale ou d'autres interventions invasives ont habituellement un cathéter intraveineux. Son insertion est douloureuse ; des études sur les patients ainsi que sur des volontaires de recherche.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	(X)		X	Le résumé ressort uniquement le devis de l'étude, une hypothèse ainsi que les résultats sur l'intensité de la douleur évaluée en lien avec les interventions cognitivo-comportementales. Ils mettent en évidence que les résultats ne sont pas forcément significatifs.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Les auteurs spécifient bien que chaque patients se préparant à une intervention chirurgicale ou une intervention invasive se voit poser un cathéter veineux et que cela provoque de la douleur lors de la pose.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les auteurs relèvent les connaissances du sujet en citant des études antérieures ayant traité de la douleur induite par les soins.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les auteurs ont utilisé 5 cadres théoriques qui sont développés avec leurs concepts de manière précise dans la première partie de l'étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les hypothèses, les questions de recherche et buts sont explicités dans un paragraphe dans le chapitre « objectif ».
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		Nous avons considéré que cet article était un article quantitatif en lien avec la méthode de récolte de données.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est décrite de manière précise dans le chapitre « Méthode ».
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Il y a une partie infirmière dans laquelle les auteurs spécifient ce qu'elles ont dû transmettre comme informations et pour les patients aussi.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Nous ne connaissons pas le nombre totale des patients dans les hôpitaux.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les auteurs de l'article ont utilisé des échelles : Evaluation de la douleur → échelle numérique n°1 Evaluation de la détresse → échelle numérique n°2 Echelle pour l'acceptation de l'intervention Echelle de difficulté d'insertion IV
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les variables sont l'âge et le sexe du patient.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Il est expliqué correctement de quelle manière les chercheurs ont procédé pour la récolte de données.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Les comités d'examen des deux hôpitaux et de l'université du chercheur principal ont approuvé l'étude. Les patients ont dû remplir un consentement.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les données ont été analysées à l'aide du logiciel statistique SPSS 14.0.51 Des statistiques descriptives ont été calculées pour toutes les variables, y compris la moyenne (M) et l'écart-type (ET) pour les variables continues et les fréquences et les pourcentages pour les variables catégorielles.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Il y a un résumé pour chaque résultats ainsi que d'autres éléments que les chercheurs ont constaté au cours de l'étude.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Chaque résultat est relié à son item correspondant.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les auteurs démontrent toujours leurs résultats en lien avec des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			- L'utilisation de mesures individuelles pour la difficulté d'insertion IV - L'assignation aléatoire des participants aux groupes de traitement a été supposée contrôler les différences individuelles de susceptibilité aux ICC ; - Il se peut aussi que les patients ayant déjà un traitement habituel avaient déjà mis en place de stratégies pour ne pas souffrir.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Il est difficile pour cette étude de pouvoir généraliser ces résultats. Premièrement dû à son échantillon, l'assignation aléatoire des participants aux groupes de traitement a été supposée contrôler les différences individuelles de susceptibilité aux ICC (peut donc avoir influencé les résultats de l'étude). les participants du groupe de soins habituels peuvent avoir généré leurs propres stratégies de gestion de la douleur cognitive au cours de l'insertion IV, ce qui a

					donné lieu à un « traitement dans le groupe Témoin sans traitement ».
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Aucune des ICC utilisées dans cette étude a démontré qu'elle diminuerait la douleur. Pourtant, grâce à des études antérieures, il a été démontré qu'il existe une association entre la douleur d'insertion IV et la difficulté d'insertion, la jauge du cathéter IV et le site d'insertion IV. Ces facteurs devraient être pris en considération par les infirmières qui insèrent des intraveineuses, les choix étant fondés sur la promotion de l'administration la plus efficace de la thérapie intraveineuse avec le moins de douleur du patient.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les résultats de cette étude appuient les recherches antérieures qui ont démontré une association entre la douleur d'insertion IV et la difficulté d'insertion, la jauge du cathéter IV et le site d'insertion IV. Ces facteurs devraient être pris en considération par les infirmières qui insèrent des intraveineuses, les choix étant fondés sur la promotion de l'administration la plus efficace de la thérapie intraveineuse avec le moins de douleur du patient.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est très bien structuré, facile à la lecture et compréhensible.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Krakovski, I. et al. (2010). Pain management during invasive procedures in oncology : inhaled 50% N2O/O2 premix, and effective and well tolerated method. <i>Douleur et analgésie</i> , 23, 113-120.
Introduction Problème de recherche	La prise en charge de la douleur est essentielle à la qualité de vie des patient en oncologie. Une simple prémédication lors de ces actes est souvent insuffisante, et le recours à une anesthésie générale de courte durée semble être la meilleure solution.
Recension des écrits	<p>Une large enquête a été réalisée auprès des patient traités par chimiothérapie, dans des établissements publics et privés en France, qui a montré un l'ampleur importante et sous-évaluée de la douleur provoquée par des gestes invasifs répétitifs chez 32% des personnes interrogées.</p> <p>L'idée d'utiliser un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) est née de son grand succès en pédiatrie. Ce mélange équimolaire induit un état de sédation tout en restant conscient avec un effet antalgique rapide et, dès l'arrêt de l'inhalation de ce gaz, un retour à l'état normal.</p> <p>Des standards et des recommandations sur la prise en charge de la douleur induite par les soins douloureux de courte durée ont été publié par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Elle fait part de l'utilisation du MEOPA en tant qu'alternatif antalgique lors de procédures douloureuse chez l'adulte. Il a été démontré que celui-ci est possible et qu'il réduit la douleur chez 66% des patients qui ont sui un geste invasif. De plus, elle souligne qu'il est important de prendre en compte l'existence d'une douleur de fond chez le patient car celle-ci peut augmenter la douleur qu'il va ressentir lors d'un soin.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	L'étude ne comporte pas de cadre conceptuel ou théorique.
Hypothèses/question de recherche/buts	Cette étude a pour objectif de démontrer l'efficacité du MEOPA en complément des antalgiques au cours de soins potentiellement douloureux réalisés en oncologie et de confirmer la bonne tolérance et l'acceptabilité du MEOPA administré durant ces procédures.
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif – étude randomisée, multicentrique
Population, échantillon et contexte	<p>199 patients ont participé à l'étude entre octobre 2007 et mai 2008 dans sept centres en France et un en Belgique. (5 patients n'y ont pas participé pour des raisons telles qu'une perte du consentement ou que le geste invasif/soin douloureux n'ait pas été réalisé).</p> <p>Critères d'inclusion : Patients de 18 ans, suivis pour une tumeur solide (un lymphome ou un myélome), avec un score OMS de l'état général inférieur à 3 et qui devaient subir un geste invasif ou un soin potentiellement douloureux tel que : ponctions (lombaires, hépatiques), biopsies, ablation de drains, pose de perfusions, toilettes douloureuses, soins d'escarres, mobilisation, etc.</p> <p>Critères d'exclusion : Patient inapte à l'autoévaluation par l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'existence de contre-indications à l'usage du produit.</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	La douleur a été évaluée par les patients avant, pendant et après le geste douloureux à l'aide de l'échelle EVA et l'équipe médicale a évalué la maniabilité du produit par patient en : facile, peu aisée ou très difficile. L'acceptabilité de la réalisation du geste a également été évaluée sur une échelle allant de « mauvais/séance interrompue » à « excellent comportement » par l'équipe médicale mais également par le patient.
Déroulement de l'étude	Cette étude a été réalisée dans huit centres (sept centres en France et un en Belgique). Les patients ont été divisés aléatoirement en deux groupes : un avec l'administration du MEOPA et l'autre, un traitement Témoin. Les deux groupes ont toujours reçu en complément une prémédication (antalgiques, anesthésiques, psycholeptiques) et leur traitement personnel. L'utilisation de bouteille identique pour les deux groupes a permis d'assurer le double insu. Le MEOPA était administré par voie inhalée, à l'aide d'une masque nasobuccal, trois minutes avant le début du geste et pendant toute sa durée dans les deux groupes par une personne formée à l'utilisation du produit et à l'évaluation de la douleur.
Considérations éthiques	Cette étude a été conduite en conformité avec les bonnes pratiques cliniques, la Déclaration d'Helsinki approuvée à Tokyo en 2004, et les réglementations française et belge sur les essais cliniques. Protocole et amendements ont été approuvés par un comité d'éthique en Belgique. Tous les patients ont donné leur consentement éclairé par écrit.
Résultats Traitement/Analyse des données	L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SAS® (version 9.1, SAS Institute, North Carolina, Etats-Unis).
Présentation des résultats	Il n'y a pas eu de différences significatives sur les caractéristiques initiales des patients ni sur les traitements anticancéreux entre les deux groupes. 30 % des patients présentaient un fond douloureux permanent, dont l'intensité était considérée comme faible dans 31 % des cas, modérée dans 59% des cas et intense dans 10 % des cas. 40 patients du groupe MEOPA et 38 patients du groupe placebo ont subi la même intervention au cours des six derniers mois (p=0.65). 7 d'entre eux se sont vus administrer le MEOPA durant le geste (4 dans le groupe MEOPA et 3 dans le groupe témoin). L'évaluation de l'intensité de la douleur évaluée par les patients avant le geste était de (p<0.001) : <ul style="list-style-type: none"> - 0mm (sans fond douloureux) - 40mm (avec un fond douloureux) Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre le type de gestes réalisés, la durée de réalisation du geste, les données d'administration du produit ni les traitements habituels entre les groupes. La durée moyenne d'inhalation du mélange a été de 11,8 ± 10.3, administré avec un débit moyen de 9.3 ± 1,4l/min. La procédure durait en moyenne 8,0±11,7. Les traitements habituels les plus fréquents étaient : antalgiques (52%), anesthésiques (31%) et les psycholeptiques (27%). Les patients étant dans le groupe Témoin ont éprouvé plus de douleur que les patients du groupe MEOPA (p=0,006). Il y a eu une importante augmentation de la valeur d'EVA par rapport à la valeur initiale dans le groupe Témoin que dans le groupe MEOPA (p = .012). Les auteurs ont pu constater que l'intensité de la douleur initiale, chez les patients avec un fond douloureux, a été réduite grâce à l'utilisation du MEOPA. Après la procédure, 185 patients (94 patients du groupe MEOPA et 91 patients du groupe placebo) accepteraient un nouveau geste invasif ou soin douloureux réalisé dans des conditions identiques (p= 0,352). Les auteurs relèvent notamment quelques effets indésirables qui ont été des nausées et des vomissements. Ceux-ci sont mineurs et disparaissent lors de l'arrêt de l'administration du MEOPA. Au cours de l'étude, 10 patients du groupe MEOPA et 2 patients du groupe placebo ont présenté au moins un effet indésirable : le traitement a dû être stoppé chez 4 patients sous MEOPA.

Discussion	<p>Les auteurs relèvent de l'importance d'évaluer la douleur chez la population concernée dans leur article. Ils relèvent aussi à quel point les gestes douloureux sont fréquents et la sous-estimation de la douleur chez les équipes soignantes et également chez les médecins. Malgré les progrès du médecin, les patients subissent progressivement des soins douloureux. Ceux-ci peuvent être déjà douloureux ou peuvent le devenir suite à leur répétition. Que la douleur soit provoquée par un acte invasif, induite par le soin ou produite par le traitement, il existe un risque de mettre en péril de l'arrêt du traitement en la négligeant. Il existe peu de recommandations sur le choix d'un traitement antalgique particulièrement pour les procédures douloureuses de courte durée.</p> <p>Cette étude démontre que la douleur ressentie pendant un geste invasif ou soin douloureux est réduite par l'inhalation du MEOPA, y compris chez des patients déjà sous antalgiques, ce qui prouve que ces traitements ne suffisent pas à contrôler la douleur de ces actes ou soins douloureux.</p> <p>Le MEOPA a permis de réduire la douleur pendant la procédure chez tous les patients (-10mm)</p> <p>Les auteurs relèvent que l'étude prouve à nouveau l'importance de la prise en charge de la douleur car 50% des patients avaient une douleur permanente avec une EVA supérieure ou égale à 40mm avant même le début du geste. Les types de procédures étaient diverses mais celui qui a été le plus effectué a été le retrait du drain.</p> <p>Cette étude confirme la faisabilité et l'intérêt de l'administration du MEOPA en plus des traitements habituels lors des procédures douloureuses.</p> <p>De plus, l'inhalation du MEOPA a bien été tolérée par les patients. Par ailleurs, le comportement du patient, qui a été évalué par l'équipe médicale, a été considéré excellent ou très bon chez plus de 8 patients sur 10 dans les deux groupes. La maniabilité du produit a notamment été jugée facile sur plus de neuf patients sur dix dans les deux groupes.</p> <p>Les auteurs confirment la bonne tolérance du produit par les patients malgré quelques effets indésirables de type gastro-intestinaux ou encore neurologiques qui s'estompent dès l'arrêt de l'administration.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <p>Du fait que certaines équipes aient refusé de participer à l'étude dû à leur connaissance sur l'efficacité du MEOPA et celle acquise en pédiatrie et le nombre de patients à inclure dans le groupe Témoin sur une durée raisonnable ne permettrait pas d'effectuer une étude sur l'efficacité du MEOPA sur chaque geste invasif/douloureux.</p> <p>Le faible nombre de ces patients et la répartition comparable de ces patients entre les deux groupes ne peuvent pas expliquer la différence observée.</p> <p>Forces : Le produit MEOPA est facile d'utilisation et généralement toléré de tous les patients.</p> <p>Conflit d'intérêt : Etude clinique financée par Air Liquide</p>
Conséquences et recommandations	<p>Afin de pouvoir mettre en place ce système de prémédication, il serait nécessaire de suivre une formation définie comme simple par les auteurs. De plus, la mise en place d'une prescription systématique permettrait au soignant d'utiliser le MEOPA sans prescription médicale.</p>
Commentaires	<p><i>Etude traduite de l'anglais au français puis reformulée.</i></p>

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Krakowski, I. et al. (2010). Pain management during invasive procedures in oncology : inhaled 50% N2O/O2 premix, and effective and well tolerated method. <i>Douleur et analgésie</i> , 23, 113-120.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Cette étude parle de la problématique de la prise en charge de la douleur en milieu oncologique.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise clairement les parties principales de l'étude mais les parties ne sont pas différenciées par des sous-titres.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Cette étude aborde le problème des douleurs induites par un soin en cancérologie dans plusieurs hôpitaux français et belges.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les auteurs relèvent le problème actuel et le mettent en évidence en faisant ressortir les résultats de travaux antérieurs.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		L'étude ne comporte pas de cadre conceptuel ou théorique.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Il n'y a ni hypothèse ni question de recherche mais les buts de l'étude sont explicités dans le résumé.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis de recherche (essai randomisé multicentrique) est explicité dans la partie « Méthode ».
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Ce sont des patients atteints de cancer, ayant 18 ans et plus, allant subir une intervention douloureuse.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Patient : n=199, patient de 18 ans, allant subir une intervention douloureuse Il y a des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		(X)	X	Les nombres des patients étant dans les services d'oncologies des divers hôpitaux n'est pas cité. Il est juste mentionné le nombre de patient ayant participé à l'étude.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			La collecte de données a été effectuée à l'aide de différentes échelles pour chaque items (intensité de la douleur, la maniabilité du MEOPA et l'acceptabilité du patient).
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			L'effet du MEOPA est en lien avec les traitements antalgiques.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Il est expliqué que la douleur a été évaluée avant, pendant et après le geste. Les bouteilles de gaz étaient semblables pour ne pas qu'il y ait une influence sur un des deux groupes.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Un comité d'éthique en Belgique et la Déclaration d'Helsinki ont permis l'acceptation des protocoles ainsi que les réglementation sur les essais cliniques. Chaque participant a rempli un consentement éclairé avant l'intégration au groupe.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Des analyses statistiques sont utilisées afin de pouvoir prouver les buts de cette étude et l'utilisation du MEOPA. Cependant, il n'y a pas de question ou d'hypothèse décrites. Les distributions des variables quantitatives ont été comparées par test t de Student, analyse de variance ou test non paramétrique (Wilcoxon ou Kruskal Wallis). Les variables catégorielles ont été comparées par test du Chi2 ou test exact de Fisher. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SAS® (version 9.1, SAS Institute, North Carolina, États-Unis).
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de résumés narratifs et des tableaux sont présents afin de permettre une meilleure compréhension des résultats.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		L'étude ne comporte pas de cadre conceptuel ou théorique.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Pour chaque partie, les auteurs ont comparé leurs résultats à des travaux antérieurs.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs mentionnent qu'il serait difficile d'effectuer une étude sur l'effet du MEOPA sur tous les gestes invasifs. D'une part car le personnel médical a déjà une expérience ou des connaissances au sujet du MEOPA et d'autre part, l'étude devrait durer sur un long terme. Cependant, recruter des patient pour un groupe Témoin sur le long terme n'est pas possible éthiquement.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs mentionnent que ces résultats ne peuvent pas être généralisés car il y a un manque de patients pour certaines procédures.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs relèvent que le personnel soignant peut être exposé directement au produit MEOPA durant son utilisation. L'utilisation du MEOPA est décrite comme simple et la population de l'étude a bien supporté l'administration. Ils relèvent notamment la nécessité d'effectuer une formation pour le personnel soignant.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			X	Il n'est pas clairement explicité mais il informe qu'il serait difficile pour le futur d'évaluer l'efficacité du MEOPA sur tous les gestes induisant de la douleur.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article étant rédigé en français se laisse lire plus facilement. De plus, les parties de l'étude sont structurées de manière claire et les tableaux permettent une bonne compréhension des résultats malgré que ceux-ci ne soient pas vraiment significatifs.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Rawe, C., Trame, C. D., Moddeman, G., O'malley, P., Biteman, K., Dalton, T., ... & Walker, S. (2009). Management of procedural pain: Empowering nurses to care for patients through clinical nurse specialist consultation and intervention. <i>Clinical nurse specialist</i> , 23(3), 131-137.
Introduction Problème de recherche	Le traitement adéquat de la douleur procédurale est une responsabilité éthique. Bienfaisance, non-malfaisance et autonomie sont les principes éthiques qui sous-tendent le traitement de la douleur. Un conflit survient parce que les infirmières sont guidées de manière éthique par le respect et la compassion pour gérer la douleur procédurale du patient, tout en infligeant de la douleur selon la procédure diagnostique ou réparatrice. Cependant, les besoins des cliniciens pour défendre, prédire et contrôler la douleur pendant les procédures peuvent être directement opposés à l'expérience subjective de la douleur du patient. Cela peut entraîner un conflit entre les exigences éthiques et les objectifs diagnostiques ou thérapeutiques.
Recension des écrits	<p>De nombreux tests diagnostiques et procédures d'intervention sont connus pour causer de la douleur ; cependant, à la lumière des avantages potentiels, les cliniciens supposent souvent que la douleur est minimale et acceptable. La commission conjointe sur l'agrément des organismes de soins de santé oblige les hôpitaux à adhérer à des normes strictes dans la gestion de la douleur, tant dans les unités de soins infirmiers que dans les domaines procéduraux. Malgré les normes éthiques, les lignes directrices nationales et les recherches démontrant un lien entre la douleur non traitée et les effets indésirables à long terme pour les patients, les données probantes suggèrent que la prise en charge de la douleur dans le contexte des soins de santé est médiocre.</p> <p>La première publication historique reconnue pour fournir des lignes directrices pour le traitement de la douleur opératoire et procédurale a été publiée en 1992. Cette publication du ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît la nécessité de fournir des lignes directrices cliniques pour la prise en charge de la douleur. Ces lignes directrices suggèrent également qu'un opiacé tel que la morphine devrait être fourni dans une gamme titrable, avec un benzodiazépine au besoin. Plus récemment, l'American Pain Society a relevé qu'un patient confortable serait plus à même de coopérer durant les procédures de diagnostic et recommande des opiacés intraveineux à action rapide tel que le fentanyl.</p> <p>Bien que de nombreux établissements abordent la douleur procédurale dans les politiques sur la douleur, il n'existe actuellement pas de lignes directrices spécifiques pour les procédures qui soutiennent les infirmières qui s'occupent des patients. De plus, les cliniciens peuvent minimiser la douleur signalée par le patient en se basant sur des croyances cachées que les patients imaginent ou même exagèrent les expériences douloureuses. Enfin, les préoccupations relatives aux sanctions réglementaires et à la dépression respiratoire opioïde découragent l'utilisation des opioïdes dans la prise en charge de la douleur procédurale. La recherche a démontré qu'à mesure que l'intensité de la douleur augmente, la dose d'opioïdes nécessaire pour soulager la douleur augmente et la tolérance à la dépression respiratoire augmente en même temps.</p> <p>Enfin, les patients peuvent ne pas exprimer adéquatement l'inconfort qu'ils ressentent lors d'une intervention parce que la douleur est une combinaison de perceptions subjectives, culturelles et sensorielles en même temps que l'information cognitive et émotionnelle est traitée. En raison de la nature subjective de la douleur, les cliniciens ont une responsabilité éthique de traiter la douleur en se basant sur l'auto-évaluation du patient.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	L'étude ne contient pas de cadre théorique ou conceptuel
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude était d'évaluer l'incidence de la douleur chez les patients hospitalisés et les patients externes qui subissent des interventions invasives. Le premier objectif du groupe de travail sur la douleur procédurale était de déterminer l'incidence de la douleur procédurale dans l'établissement. Le groupe de travail sur la douleur procédurale a décidé d'évaluer l'incidence de la douleur procédurale au sein de l'établissement en utilisant le modèle de recherche du projet Thunder II.
Méthodes Devis de recherche	Devis mixte, étude multicentrique
Population, échantillon et contexte	Cette étude à sites multiples a examiné les pratiques de gestion de la douleur liées aux interventions chirurgicales, médicales et traumatologiques. Dans un échantillon de commodité de 5 157 patients dans 164 sites nationaux et internationaux, la douleur perçue a été évaluée pour 6 interventions comprenant : le soin des plaies, le retrait du drain de la plaie, les mobilisations, l'aspiration trachéale, le retrait de la gaine fémorale et le placement d'un cathéter veineux central. Les scores de douleur ont été recueillis avant, pendant et immédiatement après l'intervention. Les auteurs ont demandé aux sujets de signaler la douleur la plus intense ressentie au cours de l'intervention à l'aide d'une échelle d'évaluation verbale de 0 à 10 points (échelle d'évaluation verbale). Des données relatives au type et à la quantité d'analgésie et/ou de sédation utilisés ont également été recueillies. Les résultats de ce projet ont révélé que plus de 60 % des sujets n'avaient reçu aucun médicament avant et/ou pendant l'intervention, et que pour les sujets recevant l'analgésie, le médicament et la dose étaient liés au type d'intervention. Les rapports des patients sur la douleur avant et pendant l'intervention semblent avoir une influence directe sur l'administration d'opiacés. Les sujets ne signalant aucune douleur avant l'intervention étaient plus susceptibles de recevoir des sédatifs et des agents locaux que les opiacés. La régression logistique a révélé que les sujets présentant une douleur de base plus élevée, ceux qui subissent des procédures plus longues ou ceux qui subissent une ablation de la gaine fémorale avaient une chance significativement plus élevée de recevoir des opiacés pour leurs procédures.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<u>Méthode :</u> Les données ont été recueillies pendant une période de huit semaines sur tous les patients ayant subi des interventions sélectionnées. L'information recueillie comprenait des données démographiques, le type d'intervention, les médicaments et la douleur perçue à l'aide d'une échelle verbale de la douleur allant de 0 à 10 pendant trois périodes - avant, pendant et après l'intervention. <u>Outils :</u> Les données ont été enregistrées sur l'instrument de collecte de données sur la douleur procédurale créé par le groupe de travail sur la douleur procédurale avec l'analyse du contenu par des experts et la formation du personnel des unités d'étude participantes. La douleur a été définie comme un score verbal autodéclaré de 0 à 10, 0 représentant l'absence de douleur et 10 la douleur la plus forte possible. Les sites intuitifs pour la collecte de données comprenaient l'imagerie médicale, la radio-oncologie, le service des urgences, l'endoscopie, le laboratoire de cathétérisme cardiaque, la zone de traitement ambulatoire et les unités désignées des patients hospitalisés ont participé à l'évaluation.
Déroulement de l'étude	Après que le groupe de travail sur la douleur procédurale ait reçu l'approbation du comité d'examen de l'établissement, un échantillon de commodité de 358 patients subissant une seule intervention diagnostique ou thérapeutique invasive (à l'exclusion de la chirurgie) a été évalué. Les données ont été recueillies pendant une période de huit semaines sur tous les patients ayant subi les interventions sélectionnées. L'information recueillie comprenait des données démographiques, le type d'intervention, les médicaments et la douleur perçue à l'aide d'une échelle verbale de la douleur pendant trois périodes - avant, pendant et après l'intervention. Les données ont été enregistrées sur l'instrument de collecte de données sur

	<p>la douleur procédurale créé par le groupe de travail sur la douleur procédurale avec l'analyse du contenu par des experts et la formation du personnel des unités d'étude participantes. La douleur a été définie comme un score verbal autodéclaré de 0 à 10, 0 représentant l'absence de douleur et 10 la douleur la plus forte possible. Les sites intuitifs pour la collecte de données comprenaient l'imagerie médicale, la radio-oncologie, le service des urgences, l'endoscopie, le laboratoire de cathétérisme cardiaque, la zone de traitement ambulatoire et les unités désignées de patients hospitalisés ont participé à l'évaluation. Les unités désignées pour les patients hospitalisés comprenaient les unités postopératoires où les changements de pansements évoquaient la douleur.</p> <p>Les scores de douleur avant l'intervention ont été recueillis auprès des patients dans une fenêtre de 10 minutes avant le début de l'intervention. L'heure de début a été définie comme la première fois qu'un médicament intraveineux a été administré. Immédiatement après la fin de l'intervention, on a demandé aux patients d'évaluer leur pire douleur pendant la procédure, et 10 minutes après l'intervention, ils ont de nouveau demandé aux patients d'évaluer leur douleur à l'aide de la même échelle. Afin de protéger la confidentialité des patients, toutes les données ont été dé-identifiées à des fins d'analyse et de rapport. Les données ont été analysées à l'aide de STATISTICA (version 7.1 ; StatSoft Inc, Tulsa, OK ; www.statsoft.com).</p>
Considérations éthiques	Les auteurs ont pris en compte de protéger la confidentialité des patients et ont enlevé tous les éléments pouvant identifier les patients.
Résultats Traitement/Analyse des données	Les données ont été analysées à l'aide de STATISTICA (version 7.1 ; StatSoft Inc, Tulsa, OK ; www.statsoft.com).
Présentation des résultats	<p>L'âge des patients variait de 19 à 91 ans, et 48,5 % étaient des hommes.</p> <p>Cent trente-huit (38,5 %) ont subi des interventions gastro-intestinales. Quatre-vingt-quatorze (26,3 %) ont subi des interventions radiologiques et 69 (26,3 %) ont subi des interventions cardiovasculaires. D'autres interventions ont été regroupées comme autres ou cardiothoraciques pour l'analyse des données car le nombre de ces catégories d'interventions était trop faible pour permettre des comparaisons individuelles. L'autre catégorie comprenait également les soins de plaies, les biopsies tissulaires et les interventions intraveineuses et représentait 8,7 %. Les interventions cardiothoraciques (insertion et retrait du tube thoracique) représentaient 7,3 % des interventions.</p> <p>Les résultats ont montré que 22,1 % (n = 79) des patients ont reçu des analgésiques avant l'intervention ; 84,1 % (n=294) ont reçu des analgésiques pendant la procédure. Seulement 4,7 % des sujets ont reçu un analgésique après l'intervention. L'âge, le sexe, le type d'intervention et la prémédication semblent influencer sur la perception qu'ont les patients de la douleur associée aux procédures de diagnostic et de traitement. Cinquante-cinq pour cent plus d'adultes âgés de 19 à 65 ans ont reçu une analgésie préprocédurale que les patients âgés de plus de 65 ans. Les adultes de plus de 65 ans ont reçu 18 % moins de doses d'analgésie équivalentes à la morphine au cours de l'intervention que le groupe d'âge plus jeune, comme vu dans les études antérieures.</p> <p>Les femmes ont obtenu en moyenne des scores de douleur plus élevés aux trois points de collecte de données - avant (m=1,47), pendant (m=2,46) et après (m=1,23) les interventions.</p> <p>Cependant, seuls les scores de douleur pendant les interventions étaient significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (m=1,72) (p = 0,000).</p> <p>La plupart des patients (n = 276, 79 %) ont déclaré avoir reçu une prise en charge adéquate de la douleur. Les scores de douleur autodéclarés pendant les procédures étaient significativement différents selon la catégorie d'intervention (p<.05). Les scores moyens de douleur étaient les plus élevés pour les procédures radiologiques (moyenne, 3,22) et les plus faibles pour les procédures cardiothoraciques (m=0,84).</p> <p>Pour les 63 sujets (17,6 %) qui ont déclaré des scores de douleur de 5 ou plus, une évaluation secondaire a été effectuée. L'évaluation critique a révélé que tous les patients ont reçu des analgésiques en quantité appropriée avant, pendant ou après l'intervention. Chez les 11 patients qui avaient</p>

	des scores de douleur avant et après l'intervention, les dossiers ont également été examinés par l'infirmière clinicienne spécialiste de la douleur, et le type et la dose de médicament ont également été évalués, le cas échéant, par rapport aux normes de pratique.
Discussion Interprétation des résultats	<p>En se fondant sur l'examen de la documentation, les résultats du projet et les commentaires du personnel infirmier, le groupe de travail sur la douleur procédurale a rédigé des lignes directrices sur la douleur procédurale sous la direction de l'infirmière clinicienne spécialisée en douleur. L'élément clé de ces lignes directrices est que les infirmières devraient traiter la douleur en se basant sur l'autodéclaration du patient plutôt que sur le type d'intervention. Des lignes directrices ont également été conçues pour permettre au personnel infirmier d'intervenir avant, pendant ou après les interventions si les patients signalent un score de douleur verbale supérieur à 5. Les procédures seraient interrompues ou retardées jusqu'à ce que la plainte de douleur du patient soit traitée.</p> <p>L'infirmière clinicienne spécialisée a présenté les données probantes, les conclusions du projet et les nouvelles lignes directrices au Comité exécutif du personnel médical pour examen et approbation. Les lignes directrices sur la douleur procédurale ont été approuvées et sont devenues une ressource inestimable pour le personnel infirmier dans le but d'offrir une prise en charge appropriée de la douleur. De plus, les lignes directrices aident l'organisme à respecter les mandats de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ainsi que les exigences éthiques de la pratique infirmière.</p> <p>Ce projet illustre la puissance du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée dans la résolution de problèmes pour le personnel et les patients par l'évaluation critique, la recherche et le changement planifiés qui font une différence positive pour les patients et les infirmières. Ce projet démontre l'impact du rôle d'infirmière clinicienne spécialisée dans les 3 sphères d'influence.</p>
Forces et limites	<p>Limites : Les limites de ce projet comprennent l'utilisation d'un instrument conçu par l'enquêteur. De plus, plusieurs médecins ont participé à l'exécution de diverses procédures, ce qui suggère une variation dans la technique pour des procédures identiques ou similaires. De multiples infirmières du personnel qui recueillent des données sur les scores de douleur peuvent avoir introduit une variance d'erreur. De plus, les lecteurs de données peuvent avoir fourni des intonations verbales ou non verbales qui auraient pu influencer les réponses des patients. De plus, les rapports des sujets sur la douleur peuvent ne pas être aussi précis que les scores rapportés de façon anonyme, surtout s'il y a un désir de paraître stoïque ou de ne pas imposer un fardeau à l'infirmière. Tous ces facteurs sont des menaces à la validité de cette étude.</p> <p>Le type d'intervention n'est peut-être pas la principale source des différences de douleur signalée. Souligner la nécessité d'utiliser l'auto-évaluation de l'intensité de la douleur par le patient comme guide de dosage plutôt que de baser les analgésiques sur le type d'intervention peut améliorer la gestion de la douleur.</p> <p>Forces : L'examen de l'incidence de la douleur procédurale a apporté de nombreux avantages pour les services infirmiers. Tout d'abord, l'évaluation des données a révélé la profondeur et l'étendue des procédures par établissement et que la plupart des patients ont déclaré que la douleur et l'inconfort étaient contrôlés. L'examen de la documentation et la collecte de données pour l'évaluation ont sensibilisé davantage le personnel à la nécessité de réagir à la douleur procédurale et ont fourni une base solide pour les interventions du groupe de travail une fois l'évaluation terminée.</p>
Conséquences et recommandations	Les infirmières cliniciennes spécialisées ont recommandé la mise sur pied d'un comité interdisciplinaire composé de membres choisis qui pourraient contribuer à la gestion de la douleur procédurale liée aux connaissances. Des lignes directrices fondées sur des données probantes étaient nécessaires pour appuyer la défense des intérêts des infirmières et la prise en charge de la douleur procédurale. Le soutien des médecins est essentiel. Les médecins ont reçu un calendrier des réunions et ont été informés régulièrement de l'avancement des travaux du comité. L'infirmière clinicienne spécialisée en douleur a assisté aux réunions du groupe avec les médecins pour partager les objectifs, les méthodes, l'instrumentation et le calendrier de l'étude. L'étude a également été publiée dans le bulletin des soins infirmiers de l'hôpital. Le personnel infirmier a également été informé des résultats de l'étude lors des réunions du personnel et des visites des patients, et leur soutien a été obtenu. Il était impératif de tenir tous les intervenants au courant, car cette recherche amorcerait un changement culturel et important dans la pratique de la gestion de la douleur

	procédurale..
Commentaires	<i>Etude traduite de l'anglais au français puis reformulée.</i>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes					
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Le titre explicite le but, la gestion de la douleur induite en encourageant les infirmières à prodiguer des soins aux patients par le biais de la consultation et de l'intervention d'une infirmière clinicienne spécialisée. En revanche, le titre ne précise pas clairement le problème ni la population à l'étude.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise les différentes parties de l'étude en mettant en évidence le contexte, l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est explicité en décrivant l'arrière-plan de la consultation avec une infirmière clinicienne spécialiste de la douleur.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension des écrits, bien que courte, met en avant les différentes connaissances sur le sujet des douleurs induites par les soins et explicite les problèmes de gestion de celle-ci au niveau des soins.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		L'étude ne contient pas de cadre conceptuel ou théorique
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de l'étude est bien expliqué : évaluer l'incidence de la douleur chez les patients hospitalisés et les patients externes qui subissent des interventions invasives
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Le devis de recherche n'est pas clairement explicité mis à part que l'étude est multi-centrique et a été effectuée sur une période de huit semaines.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	La population à l'étude est définie n=358 patients hospitalisés et devant subir des procédures invasives mais les auteurs ne donnent que peu d'informations supplémentaires quant aux patients interrogés.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Echantillon : 358 patients hospitalisés sélectionnés parmi 5157 patients de 164 institutions différentes
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		L'échantillon n'est pas justifié sur une base statistique

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les données ont été enregistrées sur l'instrument de collecte de données sur la douleur procédurale créé par le groupe de travail sur la douleur procédurale avec l'analyse du contenu par des experts et la formation du personnel des unités d'étude participantes. La douleur a été définie comme un score verbal autodéclaré de 0 à 10 (0 représentant l'absence de douleur et 10 la douleur la plus forte possible) L'information recueillie comprenait des données démographiques, le type d'intervention, les médicaments et la douleur perçue à l'aide d'une échelle verbale de la douleur pendant trois périodes - avant, pendant et après l'intervention.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les instruments utilisés pour récolter les données étaient en relation avec les variables à mesurer car il s'agissait d'un questionnaire structuré interrogeant l'intensité des douleurs des patients. Il comportait également une partie interrogeant les caractéristiques des patients.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Après que le groupe de travail sur la douleur procédurale a reçu l'approbation du comité d'examen de l'établissement, un échantillon de commodité de 358 patients subissant une seule intervention diagnostique ou thérapeutique effractive (à l'exclusion de la chirurgie) a été évalué. Les données ont été recueillies pendant une période de 8 semaines sur tous les patients ayant subi les interventions sélectionnées.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Les auteurs ont pris en compte de protéger la confidentialité des patients et ont enlevé tous les éléments pouvant identifier les patients.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les résultats sont présentés en terme de chiffres et illustrés dans deux tableaux afin de répondre à leurs différentes hypothèses.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?		X		La partie résultats est très brève et il serait pertinent de faire apparaître d'autres tableaux qui démontrent par exemple les caractéristiques démographiques des patients interrogés car ces caractéristiques sont mises en lien avec certains résultats.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel

	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les auteurs mettent en lien les résultats trouvés durant l'étude avec des données d'études antérieures tout en relevant également les potentiels besoins futurs pour l'amélioration de la douleur induite par les soins.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs mettent bien en évidence les limites de leur étude comme par exemple : l'utilisation d'un instrument conçu par l'enquêteur, la participation de plusieurs médecins pour l'exécution de certaines interventions qui pourrait suggérer une variation dans la technique pour des procédures identiques ou similaires. Aussi, la récolte de données sur les scores de douleur par des infirmières qui pourrait avoir introduit une variance d'erreur, etc.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les auteurs n'abordent pas la généralisation des conclusions car estiment qu'il serait nécessaire d'analyser d'autres variables afin de mieux comprendre la douleur induite par les soins.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les auteurs recommandent de former des réunions interdisciplinaires afin de partager les stratégies de gestion de la douleur induite par les soins et pouvoir créer des nouvelles mesures pour améliorer la prévention de ces douleurs.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Les auteurs recommandent qu'il serait nécessaire de mener d'autres études afin d'étudier d'autres variables dans le but d'élargir le champ d'action des soignants car ils prendront plus d'aspects en compte lors de leurs prises en charge.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article est suffisamment bien structuré mais la partie des résultats reste peu claire et mériterait d'être plus approfondie afin de veiller à une meilleure compréhension de l'étude.
Commentaires :	Cet article apporte des éléments pertinents pour répondre à notre question de recherche mais sa structure ne facilite pas sa lecture car certaines parties sont trop brèves. Aussi, il serait agréable d'avoir plus de tableaux afin de mieux comprendre les résultats.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Appendice C : Tableau récapitulatif des articles

Tableau récapitulatif des articles de recherche inclus dans la revue de littérature du Travail de Bachelor

Référence et pays	Thème / but de l'étude	Devis / Echantillon	Instrument /Méthode pour collecte des données	Principaux résultats/conclusion (catégories des résultats)	Limites et forces (Niveau de preuve)
<p>Ambrogi, V., Tezenas du Montcel, S., Collin, E., Coutaux, A., Bourgeois, P., & Bourdillon, F. (2015). Care-related pain in hospitalized patients: Severity and patient perception of management. <i>European Journal of pain</i>, 19(3), 313-321.</p> <p>Base de données: Medline</p> <p>Termes mesh: Care related pain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Thèmes Douleurs induites par les soins chez des patients hospitalisés : Sévérité et perceptions des patients quant à la prise en charge • Buts de l'étude - Evaluer la prévalence et les caractéristiques de la douleur liée aux soins et sa prise en charge - Déterminer les facteurs liés à la douleur induite par les soins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Devis Devis mixte; Etude transversale • Echantillon 938 patients hospitalisés depuis au moins 24h dans toutes les unités d'un hôpital universitaire à Paris 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruments Questionnaire structuré en 4 parties : <u>Partie 1</u> : l'information générale sur les patients (âge, sexe, niveau d'éducation, type d'unité, durée d'hospitalisation + douleurs durant les 24 heures précédentes) Si les patients répondaient de manière affirmative à cette question (douleur) → 2^{ème} partie du questionnaire <u>Partie 2</u> : caractéristiques de la douleur ressentie <u>Partie 3</u> : perceptions des patients face au traitement de la douleur <u>Partie 4</u> : question sur la diminution de la douleur au cours des 24 heures précédentes et leur niveau de satisfaction à l'égard du traitement. Les patients qui ont rapporté des douleurs liées aux soins au cours des 15 jours précédents 	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques des patients Les patients avec une douleur induite par les soins avaient un niveau de scolarité plus élevé (au moins un baccalauréat, 52,2% vs 44,3% ; p= 0.02). Toutefois, ni l'âge ni le sexe n'ont été associé aux douleurs liées aux soins au cours des 15 jours précédents. • Contexte et durée d'hospitalisation Les patients avec une douleur induite par les soins étaient plus susceptibles d'avoir éprouvé de la douleur au cours des 24heures précédentes (70,4% vs 44,3% ; p<0.0001), étaient plus souvent hospitalisé pendant au moins une semaine (48,7% vs 38,3% ; p = 0.0007). La douleur sévère liée aux soins a été associée à la durée de l'hospitalisation pendant plus d'un mois (1,9 [1,2 ;2,9]) comparativement à <1 semaine. La douleur sévère liée aux soins était associée à la douleur de 24 heures causée par la chirurgie ou le traitement administré (1,7 [1,2 ; 2,4], p = 0.01 et 1,7 [1,0 ;3,0], p= 0.05). • Types de procédures Les 4 interventions les plus 	<ul style="list-style-type: none"> • Limites - Restrospectivité sur une période de deux semaines ce qui pourrait impliquer un biais. - Manque réponse quant à la prise en charge des douleurs induites par les soins • Forces - Les résultats sont cohérents et pourraient être généralisée à l'ensemble de la population hospitalisée → cette étude est une vaste enquête auprès de tous les patients hospitalisés et ceux-ci présentaient une grande variété de conditions médicales et avaient subi une grande variété de procédures. - Grande population pouvant permettre la

			<p>(n = 540), le questionnaire a recueilli des informations sur l'intervention, l'intensité de la douleur (évaluée sur une échelle verbale simple avec quatre catégories de descripteurs de douleur : faible, modérée, intense et très intense)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méthode collecte des données <p>La collecte de données a été effectuée durant 1 jour dans un hôpital universitaire de Paris à l'aide d'un questionnaire comportant plusieurs parties.</p>	<p>fréquemment signalées comme douloureuses étaient : la ponction vasculaire (n=343 ; 37,8%), la mobilisation des patients (n=161 ;17,8%), les interventions thérapeutiques (n=112 ; 12,3%) et les drainages ou cathétérisme (n=99, 10,9%).</p> <p>Les interventions les plus douloureuses sont : les ponctions non vasculaires invasive (50%), le cathétérisme (47,9%), la mobilisation des patients (45,3%) et l'examen radiologique (43,1%, p<0.0001).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensité de la douleur liée aux soins (analyse des variables) <p>Pour l'analyse, les variables associées à l'intensité de la douleur induite étaient la catégorie d'intervention, l'unité d'hospitalisation, la durée du séjour et la douleur antérieure de 24 heures.</p> <p>La douleur sévère liée aux soins était associée à des ponctions non vasculaires invasives (RC 3,1[IC à 95% 1,7 ; 5,6]) et à des procédures de drainage ou de cathétérisme (2,7 [1,6 ;4,3]) comparativement aux ponctions vasculaires et à l'hospitalisation dans une unité de chirurgie (1,7 [1,2 ;2,5] ;p = 0.01) comparativement à une unité de médecine.</p>	<p>généralisation des résultats à d'autres populations (ex. Suisse)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etude menée en France → proximité avec la Suisse (organisation des soins/ prise en charge de la douleur)
--	--	--	--	--	--

<p>Coutaux, A., Salomon, L., Rosenheim, M., Baccard, A. S., Quiertant, C., Papy, E., ... & Bourgeois, P. (2008). Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study. <i>European Journal of pain</i>, 12(1), 3-8.</p> <p>Base de données: Pubmed</p> <p>Termes mesh: care related pain</p>	<p>• Thème : Douleurs liées aux soins chez les patients hospitalisés</p> <p>• But : Identifier les procédures (traitements) ou des situations (comme le transport ou l'attente) susceptibles d'induire ou d'augmenter la douleur chez les patients hospitalisés.</p>	<p>• Devis: Devis mixte ; Etude transversale</p> <p>• Echantillon: 684 patients ont été choisis au hasard et tous ont consenti à participer à l'enquête. Cet échantillon comprenait 402 patients (59 %) qui souffraient de douleurs liées à leur maladie sous-jacente.</p>	<p>• Instruments <i>Questionnaire structuré</i> → <u>Partie 1</u>: questionnaire « patient » → informations générales (âge, sexe et durée de l'hospitalisation), la présence d'une maladie douloureuse et si le patient avait subi, lors de l'hospitalisation en cours, des procédures médicales, des examens, des traitements ou toute autre situation hospitalière qui pourrait causer une douleur <u>Partie 2</u>: Si le patient signalait une intervention "douloureuse", un deuxième questionnaire distinct guidait l'intervieweur dans la collecte d'informations sur le type d'intervention, le niveau d'intensité perçue de la douleur (évalué sur une échelle verbale simple avec 4 catégories de descripteurs de la douleur : légère, modérée, sévère et très sévère) et la fréquence de l'intervention au cours des 15 jours précédents.</p> <p>• Méthode de collecte de données La collecte de données a été effectuée sur une journée dans deux hôpitaux universitaires de</p>	<p>• Type de procédures: Un total de 671 événements douloureux liés à 81 procédures différentes. Les interventions ont été classées en huit sous-groupes (ponctions vasculaires, mobilisation, ponctions non vasculaires, autres interventions invasives, traitements, imagerie ou autres examens diagnostiques et examen physique). Les épisodes de douleurs procédurales les plus fréquemment signalés sont les ponctions vasculaires (38 %) et la mobilisation des patients (24 %).</p> <p>• Intensité de la douleur selon procédures : Les interventions ont été classées en fonction de l'intensité de la douleur. Dans l'ensemble, plus de la moitié des épisodes douloureux ont été jugés graves ou extrêmement graves (57 %), dont la plupart des ponctions vasculaires et des mobilisations, respectivement 28 % et 27 %. Si les ponctions vasculaires étaient les interventions douloureuses les plus fréquentes, avec une intensité de douleur modérée (58 % d'intensité légère à modérée), les mobilisations étaient plutôt fréquentes et très douloureuses (intensité de la douleur rapportée comme sévère à extrêmement sévère dans 67 % des</p>	<p>• Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conception rétrospective sur une période de 15 jours qui a permis d'exposer un biais de mémorisation - Pourrait investiguer les liens entre les douleurs et les caractéristiques des patients <p>• Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choix d'une période de deux semaines a permis d'étudier des interventions rarement pratiquées mais avec un biais minimal, considérant que la moitié des patients ont été hospitalisés moins de six jours. - L'étude répond à ses questions et met bien en évidence les procédures responsables de douleurs - Echantillon de 684 patients → vaste population
---	--	--	---	--	---

			Paris à l'aide d'un questionnaire structuré auprès d'un échantillon aléatoire de patients hospitalisés.	cas). L'intensité maximale de la douleur a été jugée plus élevée dans les cas suivants les événements qui se sont répétés par rapport à ceux qui ont été vécus qu'une seule fois (62 % des cas graves à extrêmement graves et douloureux contre 53 %, p = 0,02).	permettant d'avoir des résultats pertinents - Etude menée en France, proche du système de santé suisse
Krakowski, I., Baylot, D., Chvetzoff, G., Collin, E., Coulouma, R., Dixmerias, F., ... & Billoët, C. (2010). Prise en charge de la douleur au cours des procédures invasives en oncologie: efficacité et acceptabilité du mélange inhalé 50% N2O/O2 (MEOPA) Pain management during invasive procedures in oncology: inhaled 50% N2O/O2 premix, an effective and well tolerated method.	<p>• Thème Prise en charge de la douleur au cours des procédures invasives en oncérologie</p> <p>• But - Démontrer l'efficacité antalgique du MEOPA en complément des antalgiques, au cours de procédures - Confirmer la bonne tolérance et l'acceptabilité du MEOPA durant ces procédures.</p>	<p>• Devis Devis quantitatif, étude randomisée</p> <p>• Echantillon 199 patients hospitalisés en oncologie</p>	<p>• Instruments -Evaluation de l'intensité de la douleur sur une échelle visuelle analogique (0 à 100mm) (EVA) – avant, après la procédure. -Evaluation de l'acceptabilité de la réalisation du geste a été évaluée par l'équipe médicale et par le patient sur une échelle allant de « mauvais/séance interrompue » à « excellent comportement » -Evaluation de la maniabilité du produit par l'équipe médicale en : facile, peu aisée ou très difficile.</p> <p>• Méthode de collecte de données Patients ont été aléatoirement attribués à un groupe: - Groupe MEOPA (n=98) - Groupe Témoin (placebo) (n=101) Une personne formée à l'utilisation du produit et à l'évaluation de la douleur l'a administré à l'aide d'un masque nasobuccal trois minutes avant</p>	<p>• Caractéristiques des patients Présence d'un fond douloureux chez 30% des patients.</p> <p>• Prémédication utilisée avec le MEOPA Antalgiques (52%), anesthésiques (31%) et les psycholeptiques (27%)</p> <p>• Types de procédures Ponctions (ascite, lombaire...) (13,6%), biopsies (os, moëlle...) (17,6%), retrait de drain (32,7%), moule de curithérapie ou moule vaginal (16,1%), cathéter veineux central (1.0%), mise en place de perfusion (2,5%), chambre implantable (pose/retrait) (14,1%), autre geste (2,5%).</p> <p>• L'intensité de la douleur 7 patients ont reçu le MEOPA durant le geste (4 du groupe MEOPA et 3 du groupe Témoin). L'évaluation de l'intensité de la douleur évaluée par les patients avant le geste (p<0.001): - Sans fond douloureux: 0mm - Avec fond douloureux: 40mm La douleur ressentie a été</p>	<p>• Limites <u>Conflit d'intérêt</u> : Air liquide a financé l'étude - Il paraît difficile de continuer des études sur l'efficacité du MEOPA sur chaque type de procédure du fait qu'une partie de l'équipe médicale n'a pas souhaité participer à l'étude et le nombre de patients à inclure dans le groupe Témoin semblerait être incompatible avec une durée d'étude raison - Le faible nombre de patient et la répartition comparable de ces patients entre les deux groupes ne peuvent pas expliquer la différence qui a été observée. - Pour certains gestes, il y avait un nombre</p>

<p><i>Douleur et analgésie</i>, 23(2), 113-120.</p> <p>Base de données: Google scholar</p> <p>Termes mesh: -</p>			<p>le début du geste et pendant toute sa durée. Le tirage au sort était stratifié sur la présence ou non d'un fond douloureux permanent préexistant à l'inclusion et déterminé par l'investigateur à la lumière de l'historique médical du patient. Utilisation de bouteille identique pour les deux groupes → double insu assuré. Tout événement indésirable a été reporté sur une page dédiée du cahier d'observation.</p>	<p>significativement plus élevée dans le groupe témoin que dans le groupe MEOPA (p=0,006). Durant le geste: - Augmentation de la valeur EVA plus élevée dans le groupe Témoin que dans le groupe MEOPA (p = 0.012) <u>Constatation</u> : Réduction de l'intensité de la douleur initiale, chez les patients avec un fond douloureux grâce au MEOPA (différence d'EVA de - 10.4±23.5mm). Après la procédure, 94 patients du groupe MEOPA et 91 patients du groupe placebo accepteraient un nouveau geste invasif ou soin douloureux réalisé dans des conditions identiques (p= 0,352). • La maniabilité du MEOPA La maniabilité du MEOPA a été jugée dans 96% des cas comme étant facile. Effets indésirables du MEOPA : 10 patients du groupe MEOPA et 2 patients du groupe placebo ont présenté au moins un EI → ils étaient mineurs, transitoires et spontanément réversibles Tolérance du MEOPA : 58.2 personnes ont bien toléré le MEOPA malgré quelques événements indésirables.</p>	<p>trop faible de patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forces <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs équipes de soins n'ont volontairement pas participé à l'étude car avaient déjà connaissance du MEOPA et de son efficacité. - Démonstration que le MEOPA a réduit la douleur de -10mm. - Facilité d'utilisation du MEOPA
<p>Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Thème Les prédicteurs et l'utilisation d'interventions 	<ul style="list-style-type: none"> • Devis Devis quantitatif • Echantillon 	<ul style="list-style-type: none"> • Instruments Les données sur l'intensité de la douleur ont été recueillies pendant le virage. L'intensité de 	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques démographiques et cliniques des patients À l'exception de l'origine ethnique, des 	<ul style="list-style-type: none"> • Limites <ul style="list-style-type: none"> - Entre les réponses des patients, des infirmières et

<p>J., Thompson, C., White, C., ... & Puntillo, K. (2013). Predictors and use of nonpharmacologic interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. <i>Pain Management Nursing</i>, 14(2), 85-93.</p> <p>Base de données: Medline (Ovid)</p> <p>Termes Mesh: Procedural pain AND Adults AND Care</p>	<p>non-pharmacologiques pour la douleur procédurale liée à la mobilisation</p> <p>• But</p> <p>1) décrire les caractéristiques de la douleur du patient pendant le retournement et leur association avec les caractéristiques démographiques et cliniques du patient</p> <p>2) déterminer la fréquence d'utilisation de diverses interventions non pharmacologiques pour les patients adultes hospitalisés qui subissent la procédure douloureuse du retournement</p> <p>3) identifier les facteurs qui prédisent</p>	<p>Un échantillon de 169 hôpitaux de commodité a été accepté de participer à l'étude Thunder II.</p>	<p>la douleur a été mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 (aucune douleur) à 10 (pire douleur possible).</p> <p>• Méthodes de collecte de données</p> <p>Les données ont été récoltées durant la mobilisation à l'aide de l'échelle EVA.</p> <p>D'autres données démographiques et cliniques, y compris les analgésiques administrés dans l'heure qui précède et pendant l'intervention, ont été récoltées du dossier du patient.</p> <p>Après l'intervention, on a demandé au patient, à son infirmière et aux autres personnes présentes pendant l'intervention (comme les membres de la famille) quelles interventions non pharmacologiques ils ont utilisées pendant l'intervention parmi la liste. Ces interventions non pharmacologiques ont été choisies par l'équipe du projet par consensus comme représentant des interventions qui ont été utilisées pour traiter la douleur dans d'autres populations de patients.</p>	<p>différences significatives ont été constatées dans les scores moyens d'intensité de la douleur pour une variété de caractéristiques démographiques et cliniques. Les femmes (m=5.2), les patients des unités spécialisées (m=5.4) et les patients chirurgicaux (m=5.2), traumatisés ou brûlés (m=6.1) ont signalé des niveaux de douleur significativement plus élevés pendant la mobilisation.</p> <p>• Intensité de la douleur</p> <p>Le score moyen d'intensité de la douleur au moment de la mobilisation était de 4,9±3,1. Ceux qui ont été retournés avec une alèse (m=5.2), ceux qui n'ont pas aidé à la mobilisation (m=5.3) et ceux qui ont été prémédiqués (m=6.4) ont signalé plus de douleur.</p> <p>• Interventions non-pharmacologiques</p> <p>La grande majorité des patients (92,5 %) ont subi au moins une intervention non pharmacologique, tandis que plus du quart des patients (26,3 %) ont subi cinq interventions ou plus. Les trois interventions non pharmacologiques les plus fréquentes étaient la voix apaisante (65,7 %), la réception d'information (60,6 %) et la respiration profonde (37,9 %). La plupart des patients ont été retournés à l'aide d'une alèse (53,6 %) et la plupart des patients (69,4 %) ont</p>	<p>d'autres personnes → incertitude quant à qui est à l'origine des interventions non pharmacologiques et si un soignant réussit mieux qu'un autre à utiliser ces interventions.</p> <p>- Pas d'évaluation de l'efficacité des diverses interventions non pharmacologiques utilisées pour la mobilisation</p> <p><u>Constatation</u> : la douleur était positivement associée à l'utilisation d'une intervention non pharmacologique soulignait cette limitation.</p> <p>- Un échantillon de commodité a été recruté. → Contribution au biais de sélection et limitation de la généralisabilité des résultats</p> <p>- Grande taille de l'échantillon peut conduire à une surpuissance statistique et à la découverte de résultats significatifs dus au hasard.</p>
---	--	--	---	--	---

	<p>l'utilisation d'inventions non pharmacologiques spécifiques pour la douleur associée au retournement.</p>			<p>participé à la mobilisation. Seulement 12 % des patients étaient prémédiqués pour la mobilisation avec un analgésique opioïde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prédicteurs des trois interventions les plus utilisées <p>Le sexe était un prédicteur de l'utilisation de la voix apaisante ($p < .05$) → les femmes (67,4%) l'ont utilisé 1.3 fois plus que les hommes (62.9%). L'ethnie était aussi un facteur prédictif, les patients blancs utilisaient la respiration profonde 1.7 fois plus que les autres ethnies et 1.9 fois plus que les patients d'autres ethnies qui utilisaient l'information. Les patients ayant un diagnostic primaire de chirurgie utilisaient l'information ($p < .001$) et la respiration profonde ($p < .001$) plus que les patients ayant un diagnostic médical. Les patients ayant signalé un score élevé d'intensité de douleur ont utilisé les trois interventions (voix apaisante ($p < .001$); information ($p < .05$); respiration profonde ($p < .05$)).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de diversification sur le plan ethnique → limite l'applicabilité des résultats aux populations de patients asiatiques, latino-américains ou d'autres populations de patients de diverses ethnies. • Forces <ul style="list-style-type: none"> - Cible un type de procédure qui provoque de la douleur qui est relevé dans d'autres études. - Utilisation de pratiques non-pharmacologiques
<p>Jacobson, A. F. (2006). Cognitive-behavioral interventions for iv insertion pain. <i>AORN journal</i>, 84(6), 1031-1048.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Thème <p>Les interventions cognitivo-comportementales pour la douleur lors des insertions IV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • But 	<ul style="list-style-type: none"> • Devis <p>Devis quantitatif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echantillon <p>324 patients de deux unités de chirurgie d'un jour et une unité d'endoscopie dans deux hôpitaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruments <p>Les participants ont indiqué l'intensité de la douleur et la détresse de la douleur de l'insertion IV sur deux échelles numériques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle de notation numérique est une ligne horizontale marquée en segments égaux de 0 à 10. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques des patients <p>64% (n =206) étaient des femmes. L'âge des patients variait de 18 à 93 ans, avec un âge moyen de 55 ans (écart-type 16,0). 89% étaient blancs, 10 % étaient noirs et 1 % étaient autres ou inconnus. L'équivalence de l'âge, de l'ethnicité et du sexe des patients participants, ainsi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limites <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation d'un échantillon de commodité provenant de deux institutions limite la capacité de généraliser les résultats. - L'utilisation de

<p>Base de données: Pubmed</p> <p>Termes mesh: care related pain</p>	<p>1) Déterminer si des interventions cognitivo-comportementales (ICC) réduisent la douleur de l'insertion périphérique IV</p> <p>2) Si le choix du participant parmi une variété d'interventions différentes réduirait davantage la douleur que de recevoir une intervention assignée au hasard.</p> <p>3) Déterminer l'acceptabilité des ICC pour les participants.</p>	<p>urbains. Ceux qui acceptent de participer ont signé et envoyé des formulaires.</p>	<p>Pour l'intensité de la douleur, 0 et 10 étaient respectivement "aucune intensité" et "douleur la plus intense possible".</p> <p>- Pour la douleur de détresse, 0 et 10 correspondaient respectivement à « pas de détresse du tout » et « la douleur la plus pénible possible ».</p> <p>L'acceptation de l'intervention par les participants a été évaluée selon une échelle d'évaluation numérique, élaborée pour cette étude qui posait la question suivante : « Dans quelle mesure avez-vous aimé recevoir l'intervention ? ». Les valeurs de cette échelle allaient de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement bien »).</p> <p>• Méthode de collecte de données</p> <p>Les participants ont été assignés au hasard à un groupe de traitement de manière aléatoire.</p> <p>- Groupe de choix des ICC - Groupe assigné à un ICC</p> <p>Immédiatement après l'insertion et la fixation de la perfusion intraveineuse, les</p>	<p>que de la jauge IV et du site entre les groupes de traitement a été testée en effectuant des analyses de variance (ANOVA) et des analyses de chi carré pour les variables continues et nominales. Les différences entre les groupes de traitement n'étaient statistiquement significatives pour aucune des variables énumérées, à l'exception du sexe ($p = 0,005$). La variable du sexe a été saisie comme facteur fixe avec les variables indépendantes du type de traitement et du choix dans l'analyse examinant l'effet du traitement sur l'intensité de la douleur et la détresse de la douleur.</p> <p>• Intensité de la douleur</p> <p>Les résultats ont montré des effets principaux significatifs pour le sexe ($p < 0,001$), avec des scores plus élevés pour l'acceptabilité et pour le type d'intervention ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de différences significatives pour le choix ($p = 0,108$) ou pour les interactions des variables indépendantes de choix par type de traitement ($p = 0,179$) ; choix par sexe ($p = 0,850$) ; type de traitement par sexe ($p = 0,070$) ; et choix par type de traitement par sexe ($p = 0,993$).</p> <p>Pour répondre à la deuxième question de recherche concernant l'influence du sexe et de l'âge sur le choix de l'ICC, une analyse des données des participants du groupe à qui l'on a donné le choix de l'intervention ($n = 158$). L'analyse du chi carré a révélé une différence statistiquement significative dans le choix du traitement selon le sexe ($p = 0,003$).</p>	<p>mesures individuelles pour la difficulté d'insertion IV, la douleur et l'acceptabilité de l'intervention empêche les tests de fiabilité des instruments par les moyens habituels en raison de leur nature subjective et de la nature unique de chaque insertion IV.</p> <p>- L'approche normalisée pour expliquer et offrir les interventions aux patients participants peut avoir réduit l'efficacité des interventions.</p> <p>- Les participants du groupe de soins habituels peuvent avoir généré leurs propres stratégies de gestion de la douleur cognitive au cours de l'insertion IV.</p> <p>• Forces</p> <p>- Cible un type de procédure douloureuse</p> <p>- Utilisation de moyens non-</p>
--	---	---	--	--	---

			participants ont mis fin à l'ICC et ont rempli les échelles d'intensité de la douleur et de détresse de la douleur.		pharmacologiques
<p>Rawe, C., Trame, C. D., Moddeman, G., O'malley, P., Biteman, K., Dalton, T., ... & Walker, S. (2009). Management of procedural pain: Empowering nurses to care for patients through clinical nurse specialist consultation and intervention. <i>Clinical nurse specialist</i>, 23(3), 131-137.</p> <p>Base de données : Cinahl Mots-clés : Procedural pain AND care management AND nursing</p>	<p>• Thèmes : Gestion de la douleur procédurale : Donner aux infirmières les moyens de soigner les patients grâce à la consultation et à l'intervention d'une infirmière clinicienne spécialisée.</p> <p>• But : Evaluer l'incidence de la douleur chez les patients hospitalisés et les patients externes qui subissent des interventions invasives.</p>	<p>• Devis : Devis quantitatif</p> <p>• Echantillon : Un échantillon de 358 patients subissant des procédures diagnostiques ou thérapeutiques invasives (à l'exclusion de la chirurgie) a été étudié. Les variables à analyser comprenaient les données démographiques, le type d'intervention, les médicaments et la douleur perçue avant, pendant et après l'intervention.</p>	<p>• Instruments : Echelle VRS (Verbal Rating Scale); Procedural pain data collection instrument créé par le groupe de travail PPTF.</p> <p>• Méthode de collecte de données : Les données ont été recueillies pendant une période de 8 semaines sur tous les patients ayant subi les interventions sélectionnées. Les données ont été enregistrées sur l'instrument de collecte de données sur la douleur procédurale créé par le PPTF avec l'analyse du contenu par des experts et la formation du personnel sur les unités d'étude participantes. La douleur a été définie comme un score verbal autodéclaré de 0 à 10, 0 représentant l'absence de douleur et 10 la douleur la plus forte possible. Les unités désignées pour les patients hospitalisés comprenaient les unités postopératoires où les changements de pansements évoquaient la douleur.</p>	<p>• Types de procédures subies par les patients : 138 patients (38,5%) ont subi des procédures gastro-intestinales, 94 (26,3%) ont subi des procédures radiologiques et 69 (26,3%) ont subi des procédures cardiovasculaires</p> <p>• Gestion de la douleur induite (prévention) 22,1% (n=79) ont reçu une antalgie avant une procédure ; 294 (84,1%) ont reçu une antalgie pendant la procédure. Seulement 4,7% des sujets ont reçu une antalgie après la procédure. L'âge, le sexe, le type de procédure et la prémédication semble influencer la perception de la douleur du patient associé au diagnostic et à la procédure du traitement. 55% plus d'adultes âgés de 19 à 55 ans ont reçu une antalgie avant la procédure comparé aux patients âgés de plus de 65 ans qui, eux, ont reçu 18% moins de doses d'antalgie équivalentes à la morphine au cours de l'intervention. Les femmes ont reçu 62% de toutes les doses équivalentes à la morphine, y compris avant, pendant et après la procédure. La plupart des patients (n=276, 79%)</p>	<p>• Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'un instrument conçu par l'enquêteur - Plusieurs médecins ont participé à l'exécution de diverses procédures = variation dans la technique pour des procédures identiques ou similaires - Introduction d'une variance d'erreur lors de la récolte de données sur les scores de douleur par les infirmières. - Les réponses verbales des patients ont pu être influencé par leur peur d'être un fardeau pour les infirmières. - La partie des résultats est trop brèves et certains tableaux manquent alors qu'ils permettraient une

				<p>ont déclaré avoir reçu une prise en charge adéquate de la douleur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensité des douleurs <p>Les femmes ont obtenu en moyenne des scores de douleur plus élevé au 3 points de collecte de donné – avant (M = 1,47), pendant (M = 2,46), après (M = 1,23) la procédure. Cependant, seuls les scores de douleur pendant les interventions étaient significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (M= 1,72 ; P = 0.000). Les scores de douleur auto-déclarés pendant les procédures étaient significativement différents selon la catégorie d'intervention (F=9,49 ; p < 0.05). Les scores moyens de douleur étaient les plus élevés pour les procédures radiologiques (m=3,22) et les plus faibles pour les procédures cardio-thoraciques (m= 0.84). Les patients qui n'étaient pas prémédiqués avaient des scores moyens de douleur plus faibles (moyenne de 1,81) que les patients qui recevaient des médicaments avant une procédure potentiellement douloureuse (moyenne de 3,64). L'âge était corrélé négativement avec la douleur perçue ; plus le patient est âgé, plus le score de douleur est bas.</p>	<p>meilleure compréhension des résultats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forces - Utiliser l'auto-évaluation de l'intensité de la douleur par le patient comme guide de dosage pour les analgésiques. - L'évaluation des données a révélé l'étendue des procédures effectuées dans l'établissement et que la plupart des patients ont déclaré que la douleur et l'inconfort était contrôlé. - L'examen de la documentation et la collecte de données pour l'évaluation on sensibilisé davantage le personnel à la nécessité de réagir à la douleur induite par les soins et fournir une base solide pour les interventions du groupe de travail une fois l'évaluation terminée.
--	--	--	--	---	---

HEdS-FR Module 22 Travail de Bachelor : revue de la littérature

					<ul style="list-style-type: none">- Propose un guide de bonne pratique pour la prévention des douleurs induites par les soins pouvant être généralisé pour différents systèmes de santé
--	--	--	--	--	---

Appendice D : Déclaration d'authenticité

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Fribourg, le 12 juillet 2018

Leonora Mehmeti & Lucie Mulhauser