

Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

DÉCEMBRE 2013

Évaluation et prise en charge de la douleur Troisième édition



Déni de responsabilité

Les infirmières et les établissements où elles travaillent ne sont pas tenus d'appliquer cette ligne directrice. Son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux besoins individuels et aux situations particulières. Elle ne constitue en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette ligne directrice, et n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document.

Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sans modification, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales. Si une adaptation du document est requise pour une raison quelconque, le consentement écrit de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario doit être obtenu. Une citation ou une référence doit apparaître dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

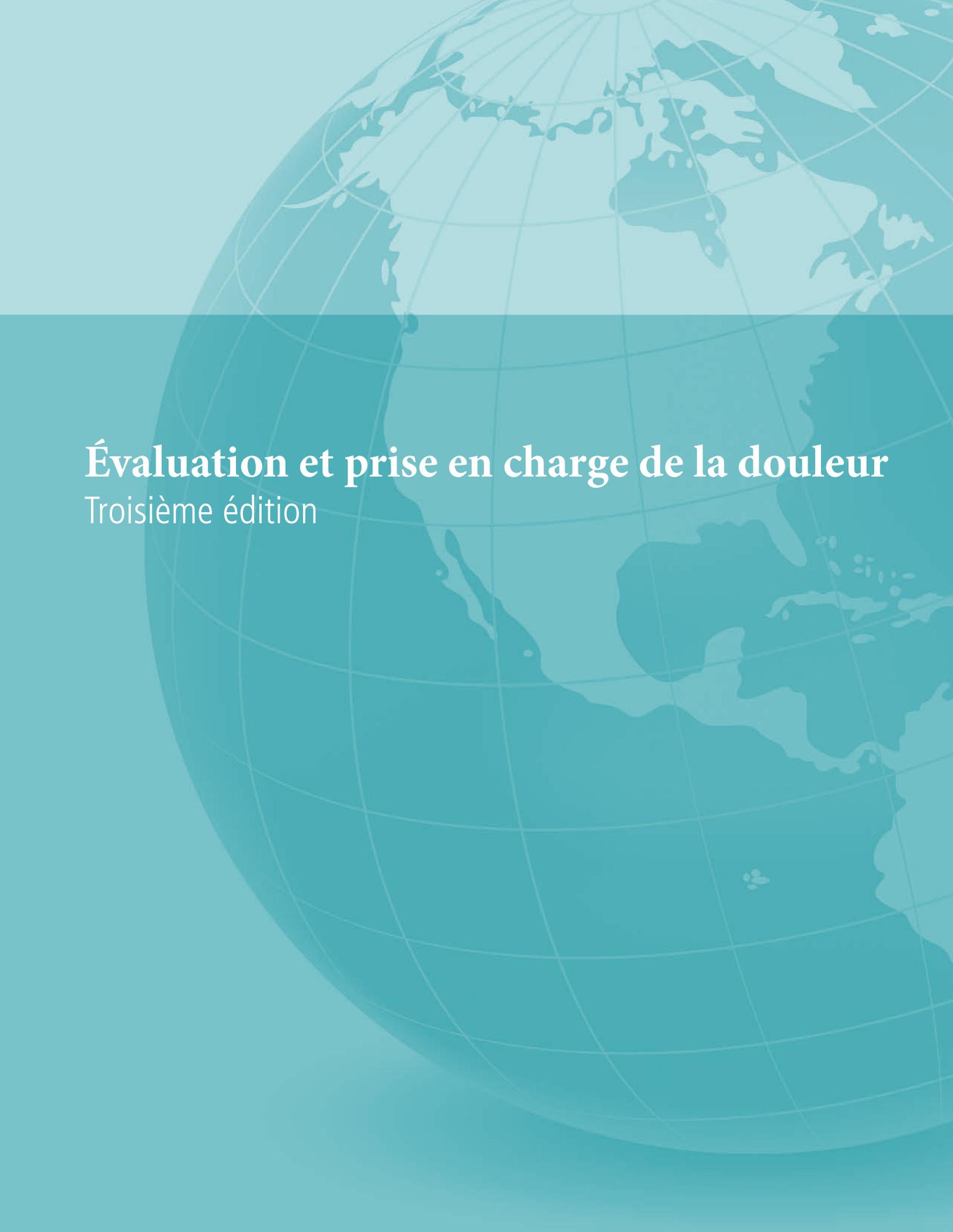
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). *Évaluation et prise en charge de la douleur* (3^e édition). Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Cet ouvrage est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Coordonnées

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158 Pearl Street, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web : www.rnao.ca/bestpractices



Évaluation et prise en charge de la douleur

Troisième édition

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



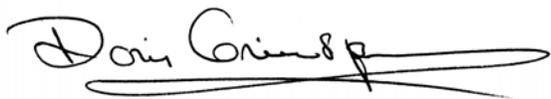
C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) vous présente la troisième édition de cette ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires, *Évaluation et prise en charge de la douleur*. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent tous les jours. La RNAO est ravie de vous fournir cette ressource clé.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'intervenants qui ont permis à la RNAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, en commençant par le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu la capacité de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario à diriger ce programme et qui lui a fourni un financement sur plusieurs années. Les docteurs Irmajean Bajnok et Monique Lloyd, directrice et directrice adjointe (respectivement)

du Centre d'Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, ont fourni leurs compétences et leur leadership. Je remercie également les présidentes du groupe d'élaboration, les docteurs Judy Watt-Watson (professeure émérite de la Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing de l'Université de Toronto et présidente de la Société canadienne pour le traitement de la douleur) et Denise Harrison (présidente des soins infirmiers aux enfants, aux jeunes et aux familles à l'Université d'Ottawa et chercheuse universitaire honoraire au Murdoch Childrens Research Institute en Australie) pour leurs compétences et leur intendance extraordinaires de cette ligne directrice. Merci également à Brenda Dusek, Andrea Stubbs, Grace Suva, Sara Xiao et Anastasia Harripaul de la RNAO, pour leur travail intensif consacré à la production de cette troisième édition. Un merci tout spécial aux membres du groupe d'élaboration qui ont généreusement fourni leur temps et leurs compétences, afin de nous permettre de produire une ressource clinique rigoureuse et robuste. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires nécessite un effort conjugué de la part des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs et des chercheurs. La communauté des infirmières et des professionnels de la santé, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et les heures innombrables de bénévolat qui sont essentielles à la création à la révision de chaque ligne directrice. Les employeurs ont réagi avec enthousiasme en désignant des champions des pratiques exemplaires, en mettant les lignes directrices en pratique et en évaluant leur impact sur les patients et les établissements. Les gouvernements, ici comme à l'étranger, se sont joints à nous pour ce grand parcours. Ensemble, nous créons une culture de pratiques fondées sur les données probantes.

Nous vous demandons de partager cette ligne directrice avec vos collègues d'autres professions : nous avons tant à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons être sûrs que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possibles, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is stylized and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, inf.aut., M.Sc.Inf., Ph.D., LLD(Hon), O.ONT.
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Intention et champ d'activité	6	
Résumé des recommandations	7	
Interprétation des données probantes	11	
Groupe d'experts de la RNAO	12	
Équipe du programme de la RNAO sur l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires	14	
Remerciements aux intervenants	15	
Contexte	17	
Recommandations relatives à la pratique professionnelle	19	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation	41	
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements	44	
Lacunes relatives à la recherche et implications futures	47	
Stratégies de mise en œuvre	48	
Évaluation et surveillance de cette ligne directrice	50	
Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice	54	
Liste de références bibliographiques	55	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES	Annexe A : Glossaire des termes	67
	Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice	71
	Annexe C : Processus utilisé pour l'examen systématique et la stratégie de recherche	72
	Annexe D : Ressources pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur – Liste de sites Web	76
	Annexe E : Outils d'autodéclaration validés pour les enfants, les adolescents et les adultes	81
	Annexe F : Exemple : Algorithme d'évaluation de la douleur chez les enfants hospitalisés	84
	Annexe G : Exemple: Algorithme d'évaluation de la douleur chez les adultes cancéreux (source : Action Cancer Ontario)	85
	Annexe H : Exemple : Groupe d'interventions pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez l'adulte en phase critique	88
	Annexe I : Exemple : Outils d'évaluation de la douleur validés pour les nouveau-nés	89
	Annexe J : Exemple : Outils d'évaluation comportementale de la douleur validés pour les enfants	90
	Annexe K : Exemple : Outil d'évaluation comportementale de la douleur validé pour les adultes	92
	Annexe L : Exemple : Outils d'évaluation comportementale de la douleur validés pour les adultes en phase critique qui ne parlent pas	93
	Annexe M : Outils d'évaluation de la douleur chez les aînés atteints de déficits cognitifs	95
	Annexe N : Stratégies recommandées pour la prise en charge de la douleur (aiguë) chez les bébés et les enfants	96
	Annexe O : Pasero Opioid-Induced Sedation Scale (POSS) avec interventions	99
	Annexe P : Description de la Trousse	100

RECOMMANDATIONS	Association internationale pour l'étude de la douleur	101
-----------------	---	-----

Comment utiliser ce document

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers^G est un document exhaustif, qui fournit des ressources pour la pratique des soins infirmiers fondée sur les données probantes^G; elle doit être considérée comme un outil ou un modèle permettant d'améliorer la prise de décisions lors des soins individualisés. Cette ligne directrice est conçue pour être consultée et mise en pratique conformément aux besoins des organisations ou des établissements individuels, ainsi qu'aux besoins et aux souhaits de la personne^G (dans ce document, nous utilisons le terme « personne » pour faire référence aux clients^G ou aux patients; autrement dit, la personne, sa famille et les aidants dont s'occupe l'équipe pluridisciplinaire). De plus, la ligne directrice contient une vue d'ensemble des structures et des soutiens appropriés qui permettent de fournir les meilleurs soins possibles fondés sur les données probantes.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de politiques, de procédures, de protocoles, de programmes de formation et d'évaluations, d'interventions et d'outils de documentation. Les infirmières qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations et des données probantes qui les appuient. Toutefois, nous recommandons particulièrement que les établissements adoptent ces lignes directrices en formats qui sont suffisamment conviviaux pour une utilisation quotidienne. Nous incluons quelques suggestions de formats qui vous aideront à adapter la ligne directrice en fonction de vos besoins.

Si votre organisation adopte cette ligne directrice, nous vous recommandons de suivre ces étapes :

- a) Évaluez vos pratiques de soins infirmiers et de soins de santé en vous fondant sur les recommandations de la ligne directrice;
- b) Identifiez les recommandations qui vous permettront de répondre à des besoins ou de combler des lacunes dans les services;
- c) Élaborez un plan de mise en œuvre des recommandations (des ressources de mise en œuvre, y compris la *Trousse sur la marche à suivre* de la RNAO [RNAO, 2012b] sont disponibles sur notre site Web à l'adresse www.RNAO.ca).

Nous souhaitons connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour partager votre expérience.

*Dans ce document, les mots suivis du symbole G (^G) sont définis dans le glossaire des termes ([annexe A](#)).

Intention et champ d'activité

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des énoncés élaborés de façon systématique afin de venir en aide aux infirmières et aux clients qui doivent prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990). Cette ligne directrice fournit des recommandations fondées sur les données probantes à l'intention des infirmières et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire^G qui évaluent et prennent en charge des personnes qui ressentent ou qui courent le risque de ressentir n'importe quel type de douleur^G.

En octobre et en décembre 2011, la RNAO a convoqué des groupes de discussion rassemblant 34 experts spécialisés dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur. On leur a confié la tâche de déterminer l'orientation de la troisième édition de la ligne directrice *Évaluation et prise en charge de la douleur*. Les groupes de discussion étaient pluridisciplinaires, composés de personnes qui occupent des postes cliniques, administratifs et universitaires au sein de différentes organisations de soins de santé. Ces personnes travaillent avec des clients de tous les âges, dans différents types de soins – soins de santé actifs, de longue durée et à domicile, santé mentale et accoutumance^G, services de réadaptation et communautaires.

Les participants aux groupes de discussion ont présenté des ressources exceptionnelles, y compris des livres, des lignes directrices, des exposés de position et des protocoles de soins élaborés pour répondre aux besoins de populations spécifiques, en fonction de différents types de douleur (p. ex., aiguë^G, persistante^G, liée au cancer ou pendant les soins palliatifs). Les participants ont également recommandé que cette édition de la ligne directrice *Évaluation et prise en charge de la douleur* soit axée sur le développement des compétences de base générales (les aptitudes et les pratiques) des infirmières afin qu'elles puissent assurer une évaluation et une prise en charge efficaces de la douleur, sans se concentrer sur le type de douleur ou son origine. Le groupe d'élaboration a appuyé la recommandation du groupe de discussion.

Il est important de reconnaître que les préférences personnelles et les besoins uniques, ainsi que les ressources disponibles, doivent toujours être pris en considération lors de la prestation des soins. Ce document est conçu pour aider les infirmières et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire à mettre l'accent sur les stratégies fondées sur les données probantes dans le contexte de la relation entre le prestataire de soins et le client. De plus, les compétences individuelles des infirmières varient d'une personne à l'autre et en fonction des catégories d'infirmières.

Les infirmières ne devraient dispenser que les soins pour lesquelles elles possèdent la formation et l'expérience nécessaires. Chaque infirmière devrait demander conseil lorsque les besoins en matière de soins d'une personne dépassent ses capacités à agir de manière autonome (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIIO], 2011). Parmi les autres facteurs qui affecteront l'utilisation de cette ligne directrice, on peut citer les politiques et les procédures de chaque organisation, les dispositions législatives, les différents secteurs de soins de santé et la clientèle. Cette édition de la ligne directrice est conçue pour tous les domaines de la pratique des soins infirmiers, y compris l'aspect clinique, l'administration et la formation, afin d'aider les infirmières à se sentir plus à l'aise, plus confiantes et plus compétentes lorsqu'elles s'occupent de personnes qui ressentent n'importe quel type de douleur ou qui en courent le risque.

Il est important que les infirmières, lorsqu'elles collaborent avec leur l'équipe pluridisciplinaire, connaissent les personnes, leur famille et leurs aidants et travaillent avec eux pour encourager l'adoption de stratégies sûres et efficaces pour l'évaluation, la prise en charge et la prévention de la douleur. La prévention et la prise en charge efficaces de la douleur dépendent de soins pluridisciplinaires^G coordonnés, qui mettent l'accent sur une communication constante entre les professionnels et les personnes qui ont besoin de leurs services.

La liste de références bibliographiques et les annexes (qui comprennent un glossaire, une description de l'élaboration de la ligne directrice et des renseignements sur notre recherche dans les ouvrages) sont disponibles après la ligne directrice elle-même.

Résumé des recommandations

Cette ligne directrice est une nouvelle édition de *Évaluation et prise en charge de la douleur*, qu'elle remplace (RNAO, 2007)

Nous avons utilisé ces symboles dans nos recommandations :

- ✓ Aucun changement n'a été apporté à la recommandation en raison des données probantes obtenues dans le cadre de l'examen systématique^G.
 - +
- La recommandation et les données probantes à l'appui ont été mises à jour en utilisant les données probantes obtenues dans le cadre de l'examen systématique

NOUVEAU Une nouvelle recommandation a été élaborée en se basant sur les données probantes obtenues dans le cadre de l'examen systématique.

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ^G		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES	
1.0 Évaluation	<p>Recommandation 1.1</p> <p>Procéder à un dépistage pour déterminer la présence de n'importe quel type de douleur ou le risque relatif à celle-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ lors de l'admission ou d'une visite d'un professionnel de la santé; ■ après un changement de l'état médical; ■ avant, pendant et après une procédure. 	Ib	+
	<p>Recommandation 1.2 :</p> <p>Effectuer une évaluation exhaustive de la douleur chez les personnes dont il a été déterminé que n'importe quel type de douleur était présent ou risquait d'être présent, en ayant recours à une approche systématique et des outils validés appropriés.</p>	Ib	+
	<p>Recommandation 1.3</p> <p>Effectuer une évaluation de la douleur exhaustive des personnes qui ne peuvent pas autodéclarer leur douleur, au moyen d'un outil validé.</p>	III	+
	<p>Recommandation 1.4 :</p> <p>Examiner les convictions, les connaissances et le niveau de compréhension de la personne au sujet de la douleur et de sa prise en charge.</p>	III	+
	<p>Recommandation 1.5</p> <p>Documenter les caractéristiques de la douleur^G de la personne.</p>	Ila	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ⁶		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES	
2.0 Planification	<p>Recommandation 2.1</p> <p>Collaborer avec la personne pour identifier ses besoins en matière de prise en charge de la douleur et des stratégies convenables qui permettront d'assurer une approche exhaustive du plan de soins.</p>	Ib	NOUVEAU
	<p>Recommandation 2.2</p> <p>Établir un plan de soins exhaustif qui incorpore les objectifs de la personne et de l'équipe pluridisciplinaire et qui tient compte des facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les résultats de l'évaluation; ■ les convictions et les connaissances de la personne, ainsi que son degré de compréhension; ■ les attributs⁶ de la personne et les caractéristiques de la douleur. 	III	+
3.0 Mise en œuvre	<p>Recommandation 3.1</p> <p>Mettre en œuvre le plan de prise en charge de la douleur en recourant à des principes qui maximisent l'efficacité et minimisent les effets indésirables des interventions pharmacologiques, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une approche multimodale des analgésiques; ■ des changements apportés aux opioïdes (dose ou voie d'administration) au besoin; ■ la prévention, l'évaluation et la prise en charge des effets indésirables pendant l'administration d'opioïdes analgésiques; ■ la prévention, l'évaluation et la prise en charge des risques liés aux opioïdes. 	Ib	+
	<p>Recommandation 3.2</p> <p>Évaluer les interventions non pharmacologiques (physiques et psychologiques) pour déterminer leur efficacité et les interactions⁶ possibles avec les interventions pharmacologiques.</p>	Ib	+
	<p>Recommandation 3.3</p> <p>Renseigner la personne, sa famille et ses aidants concernant les stratégies de prise en charge de la douleur contenues dans le plan de soins, répondre aux préoccupations connues et corriger les opinions erronées⁶.</p>	Ib	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ⁶		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES	
4.0 Évaluation	<p>Recommandation 4.1</p> <p>Réévaluer la réaction de la personne aux interventions de prise en charge de la douleur en utilisant toujours le même outil de réévaluation. La fréquence des mesures sera déterminée par les facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la présence de douleur; ■ l'intensité de la douleur; ■ la stabilité de l'état médical de la personne; ■ le type de douleur, p. ex., aiguë ou persistante; ■ l'établissement. 	IIb	+
	<p>Recommandation 4.2</p> <p>Communiquer et documenter les réactions de la personne au plan de prise en charge de la douleur</p>	IIb	+

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION ⁶		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES	
5.0 Formation	<p>Recommandation 5.1</p> <p>Les établissements d'enseignement devraient incorporer cette ligne directrice, <i>Évaluation et prise en charge de la douleur, (3^e édition)</i>, dans les programmes d'étude de base et pluridisciplinaires, de formation pour infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et médecins, afin d'encourager les pratiques fondées sur les données probantes.</p>	IIb	+
	<p>Recommandation 5.2</p> <p>Incorporer le contenu des stratégies de transfert de connaissances dans les programmes de formation des prestataires de soins de santé, afin d'intégrer à la pratique les données probantes relatives à l'évaluation et la prise en charge de la douleur.</p>	IIb	+
	<p>Recommandation 5.3</p> <p>Favoriser l'éducation et la collaboration pluridisciplinaires relatives à l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans les établissements universitaires.</p>	Ib	NOUVEAU

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION ^G ...suite		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES	
	<p>Recommandation 5.4</p> <p>Les professionnels de la santé devraient participer à des programmes de formation continue afin d'améliorer leurs connaissances et leurs aptitudes spécifiques pour qu'ils puissent évaluer et prendre en charge la douleur de façon compétente, en se fondant sur cette ligne directrice, <i>Évaluation et prise en charge de la douleur (3^e édition)</i>.</p>	IV	+

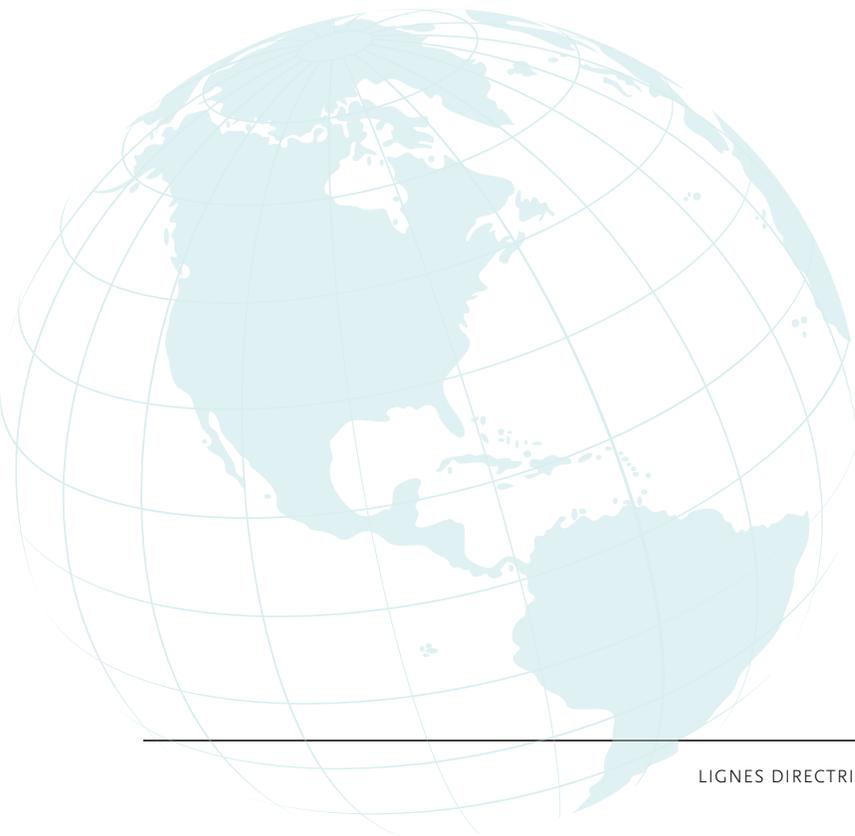
RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET AUX RÈGLEMENTS ^G		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES	
6.0 Établissement et politiques	<p>Recommandation 6.1 :</p> <p>Établir l'évaluation et la prise en charge de la douleur en tant que priorité clinique stratégique.</p>	IV	+
	<p>Recommandation 6.2</p> <p>Établir un modèle de soins visant à appuyer la collaboration pluridisciplinaire pour l'évaluation et la prise en charge efficaces de la douleur.</p>	IIb	+
	<p>Recommandation 6.3 :</p> <p>Avoir recours au processus de transfert des connaissances et des stratégies à plusieurs volets au sein des organisations, pour aider les prestataires de soins de santé à utiliser les meilleures données probantes disponibles sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans leur pratique.</p>	III	+
	<p>Recommandation 6.4</p> <p>Avoir recours à une approche systématique de la mise en place de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires <i>Évaluation et prise en charge de la douleur (3^e édition)</i> et fournir les ressources et les soutiens organisationnels et administratifs adéquats pour favoriser son adoption.</p>	IV	+

Interprétation des données probantes

Niveaux des données probantes

Ia	Données probantes provenant d'une méta-analyse ou d'un examen systématique d'essais contrôlés randomisés ⁶ .
Ib	Données probantes provenant d'au moins un essai comparatif randomisé.
IIa	Données probantes provenant d'au moins une étude contrôlée bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes provenant d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale bien conçue, sans randomisation.
III	Données probantes provenant d'études descriptives non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
IV	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions de comités d'experts ou de l'expérience clinique d'autorités respectées.

Adapté de « Annex B: Key to evidence statements and grades of recommendations », du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012, in *SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook*. Disponible à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>



Groupe d'élaboration de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Judy Watt-Watson, inf.aut., M.Sc., Ph.D.

Coprésidente du groupe d'élaboration
Professeure émérite
The Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, Université de Toronto
Présidente, Société canadienne pour le traitement de la douleur
Agrégee supérieure, Massey College, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Denise Harrison, inf.aut., Ph.D.

Coprésidente du groupe d'élaboration
Chaire des soins infirmiers des enfants, des jeunes et des familles
Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO) et Université d'Ottawa
Murdoch Childrens Research Institute, Australie; chercheuse universitaire honoraire
The University of Melbourne Faculty of Medicine, Dentistry & Health Sciences, Australie; agrégée supérieure honoraire
Ottawa (Ontario)

Janette Byrne, inf.aut., B.Sc.inf., CHPCN(C)

Programme de consultation en soins palliatifs et en prise en charge des symptômes
Infirmière enseignante
St. Josephs Health Centre
London (Ontario)

Marg Cutrara, inf.aut., M.Sc.Inf.

Consultante en PPSM, infirmière clinicienne consultante
Soins palliatifs
Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ontario)

Darlene Davis, inf.aut., M.inf.

Directrice de services de santé, services de prise en charge de la douleur
Capital District Health Authority
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Céline Gélinas, inf.aut., Ph.D.

Professeure adjointe
Ingram School of Nursing
Université McGill
Chercheuse et infirmière scientifique
Centre for Nursing Research and Lady Davis Institute
Hôpital général juif
Montréal (Québec)

Nicholas Joachimides, inf.aut., B.Sc.inf., CRN(c), MCISC

Éducateur clinique
Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
Toronto (Ontario)

Salima S. J. Ladak, inf.aut.(EC), maîtrise en soins infirmiers

Infirmière praticienne, service de douleur aiguë –
Toronto General Hospital
Coordonnatrice, UHN Pain APN Network
Toronto (Ontario)

Shirley Musclow, inf.aut.(EC), maîtrise en soins infirmiers

Professeure adjointe
Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Lori Palozzi, inf.aut.(EC), M.Sc.inf., NP

Infirmière praticienne en pédiatrie
Service douleur et sédation
The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Brenda Poulton, inf.aut., M.inf., NP

Infirmière praticienne en prise en charge de la douleur (service de douleur aiguë)
Royal Columbian Hospital Fraser Health
New Westminster, (Colombie-Britannique)

Groupe d'élaboration de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario ...suite

Mona Sawhney, inf.aut.(EC), maîtrise en soins infirmiers, Ph.D.

Infirmière praticienne, service de douleur aiguë
North York General Hospital
Toronto (Ontario)

Jennifer Stinson, inf.aut., Ph.D., CPNP

Scientifique, services d'évaluation de la santé des enfants

Infirmière praticienne, programme de douleur chronique

The Hospital for Sick Children

Professeure adjointe, Lawrence S. Bloomberg

Faculty of Nursing,

Université de Toronto

Toronto (Ontario)

Des déclarations de conflit d'intérêt et de confidentialité ont été faites par tous les membres du groupe d'élaboration de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Des renseignements supplémentaires sont disponibles auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Équipe des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Brenda Dusek, inf.aut., B.N., M.N.

Chef d'équipe
Directrice de programmes
Centre d'Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Anastasia Harripaul, inf.aut., B.Sc.inf. (avec mention), M.Sc.(A)

Adjointe de recherche en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Monique Lloyd, inf.aut., Ph.D.

Directrice adjointe, Élaboration de la ligne directrice, Recherche et évaluation
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Andrea Stubbs, B.A.

Coordonnatrice de projet
Centre d'Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Grace Suva, inf.aut., M.inf.

Directrice de programmes
Centre d'Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Rita Wilson, inf.aut., M. Ed., maîtrise en soins infirmiers

Directrice de programmes de cybersanté
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Sarah Xiao, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.

Directrice de recherche en soins infirmiers
Centre d'Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Remerciements aux intervenants

Des intervenants^G issus de diverses disciplines ont été interrogés. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

Michael Anciado, B.Sc.inf.

Infirmier autorisé
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Debbie Aylward, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Consultante en périnatalité
Champlain Maternal Newborn Regional Program
(CMNRP)
Présidente de la Canadian Association of Neonatal Nurses
Ottawa, Ontario

Krista Brecht, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.(A)

Infirmière clinicienne spécialisée – programme sur la douleur
Centre universitaire de santé McGill
Montréal (Québec)

Jillian Brooke, inf.aut., B.Sc.(avec mention), MCIScWH, CETN(C)

Consultante en pratique avancée – Soins des plaies
Saint Elizabeth
Belle River (Ontario)

Debbie Bruder, B.A., inf.aut., M.H.S.

Spécialiste en informatique clinique
Grand River Hospital
Kitchener (Ontario)

Dre Eloise Carr, B.Sc. (avec mention), RGN, M.Sc., Ph.D.

Professeure
Faculté des sciences infirmières/Faculté des études supérieures
Calgary (Alberta)

Heidi Carr, inf.aut., B.Sc.inf., M.Ad.Ed.

Directrice nationale, pratique et éducation
VON Canada
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Laura Davies, inf.aut., B.Sc.inf., B.A.

Infirmière autorisée
Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
Toronto (Ontario)

Sarah Derman, inf.aut., M.Sc.Inf., CPE

Infirmière clinicienne spécialisée – prise en charge de la douleur
Fraser Health, Surgical Program Surrey
(Colombie-Britannique)

Stephanie Dowden, inf.aut., Paed Cert, B.Ed., M.Ed., maîtrise en soins infirmiers(NP)

Infirmière clinique consultante en soins palliatifs
Princess Margaret Hospital for Children,
Perth (Australie-Occidentale)

Beverly Faubert, inf.aut., B.Sc.inf.

Coordonnatrice des pratiques exemplaires de la RNAO
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Royanne Gale, inf.aut.

Directrice de pratique clinique
Red Cross Care Partners
Ontario

Misha Jadoo, inf.aut.

Infirmière autorisée
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Cathy Kiteley, inf.aut., M.Sc.inf., CONc, CHPCNC

Infirmière clinicienne spécialisée
Trillium Health Partners, Credit Valley,
Oncologie et soins palliatifs
Mississauga (Ontario)

Charlotte Koso, inf.aut., B.inf., CHPCN(C)

Directrice de la planification des programmes et de l'innovation
Red Cross Care Partners
Waterloo (Ontario)

Jeff Myers, MD, M.S.Ed., CCFP

Chef de la division des soins palliatifs,
Département de la médecine familiale et communautaire,
faculté de médecine,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Janice Rae, inf.aut., M.inf.

Infirmière clinicienne spécialisée
Alberta Health Services, Calgary Zone Foothills Medical
Centre
Calgary (Alberta)

Kathy Reid, inf.aut., M.inf., NP

Infirmière praticienne.
Coprésidente de la clinique de douleur chronique
pédiatrique NP – Comité de prise en charge de la douleur
pédiatrique,
Stollery Children's Hospital Edmonton (Alberta)

**Jennifer Rizan, inf.aut.(EC), M.A.Ed., MN-NP
(Adult)**

Infirmière clinicienne spécialisée/infirmière praticienne de
prise en charge de la douleur
Lakeridge Health Oshawa (Ontario)

**Yvonne Rowe Samadhin, inf.aut., B.Sc.inf.,
maîtrise en soins infirmiers, CHPCN(C)**

Infirmière en pratique avancée, soins palliatifs
Centre d'accès aux soins communautaires Mississauga
Halton
Mississauga (Ontario)

**Jason Sawyer, RN-EC, B.Sc.inf., maîtrise en soins
infirmiers, (BC)**

Détenteur d'un certificat de spécialiste, prise en charge de
la douleur
Infirmier praticien, service de douleur aiguë Sunnybrook
Health Sciences Centre Toronto (Ontario)

Joshua Shadd, MD, CCFP, M.Cl.Sc.

Professeur adjoint
Centre for Studies in Family Medicine,
Département de médecine familiale, Schulich School of
Medicine and Dentistry Western University
London (Ontario)

Christine H St-Denis, inf.aut., B.Sc., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

**Kenny Tam, inf.aut., baccalauréat en soins infirmiers,
maîtrise en soins infirmiers**

Coordonnateur de la prise en charge de la douleur
Trillium Health Partners, Mississauga Hospital
Mississauga (Ontario)

Tarnia Taverner, Ph.D., M.Sc., inf.aut.

Professeure adjointe
Université de Colombie-Britannique, École de sciences
infirmières
Vancouver (Colombie-Britannique)

Rosemary Wilson, inf.aut.(EC), Ph.D.

Professeure adjointe, infirmière praticienne
Université Queen's, École de sciences infirmières
Département d'anesthésiologie et de médecine
périopératoire Kingston General Hospital,
Hotel Dieu Hospital
Kingston (Ontario)

Nahal Yazdani, inf.aut., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Roger's House
Ottawa (Ontario)

Lynne E. Young, Ph.D., inf.aut.

Professeure
Université de Victoria, École de sciences infirmières
Victoria, (Colombie-Britannique)

Contexte

EN QUOI CONSISTE LA DOULEUR?

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite en termes de telles lésions (Association internationale pour l'étude de la douleur [IASP], 2012c). Cette définition reconnaît tant les aspects physiologiques que les aspects affectifs de l'expérience de la douleur. La douleur peut être classée en différents types :

- a) la douleur nociceptive^G, qui est considérée comme un signe avertisseur qui découle de lésions réelles ou menacées aux tissus non neuraux et est attribuable à l'activation des nocicepteurs dans un système nerveux au fonctionnement normal; ou
- b) la douleur neuropathique^G, c'est-à-dire une description clinique de la douleur que l'on pense être causée par des lésions ou une maladie du système nerveux somatosensoriel confirmée par des tests diagnostiques.

Les catégories de douleur peuvent également être fondées sur l'emplacement de la lésion (somatique, viscérale), le diagnostic (céphalée) ou la durée (aiguë, persistante). Une personne peut ressentir à la fois une douleur nociceptive (par exemple, associée à une chirurgie) et une douleur neuropathique (p. ex., neuropathie diabétique) (IASP, 2012a).

À l'échelle mondiale, la douleur non soulagée ou mal maîtrisée constitue un fardeau pour la personne, le système de santé et la société, et la douleur reste une préoccupation pendant toute la vie (Lynch, 2011). Selon Choinière et al. (2010) et Schopflocher, Taenzer, et Jovey (2011), 18,9 pour cent de la population des pays industrialisés vit avec une certaine forme de douleur. Le document *Pain in Canada Fact Sheet* (2012) de la Canadian Pain Coalition affirme qu'un Canadien sur cinq ressent une douleur persistante (chronique) moyenne à intense, et que le tiers de ceux-ci ont perdu la capacité de travailler en raison de répercussions importantes de la douleur sur leur état de santé et leur qualité^G de vie.

Stanford, Chambers, Biesanz, et Chen (2008) ont constaté qu'entre 15 et 30 pour cent des enfants et des adolescents ressentent des douleurs récurrentes ou persistantes; les « maux de tête » sont la forme de douleur signalée le plus fréquemment. Selon Huguet et Miro (2008), 5,1 pour cent des enfants qui déclarent une douleur persistante ressentent des niveaux de douleur moyenne à intense. King et al. (2011) et von Baeyer (2011) indiquent que lorsque l'intensité de la douleur et l'invalidité liée à la douleur sont prises en considération, entre 5 et 15 pour cent des enfants ont besoin d'aide pour leur douleur et leurs problèmes liés à la douleur. Il a été démontré que la douleur persistante nuisait aux activités de la vie quotidienne des enfants, ainsi qu'avec leur humeur et leur sommeil; elle peut également causer la dépression, l'anxiété et des problèmes de développement (American Medical Directors Association [AMDA], 2012; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2008; von Baeyer, 2011).

La prévalence de la douleur persistante augmente avec l'âge et la douleur persistante a été identifiée chez environ 65 pour cent des adultes plus âgés (> 65 ans) qui vivent dans la communauté, et chez 80 pour cent des adultes plus âgés qui vivent dans un établissement de soins de longue durée (Hadjistavropoulos et al., 2009; Lynch, 2011). Selon Ramage-Morin et Gilmour (2010), 1,5 million de Canadiens (9 pour cent des hommes et 12 pour cent des femmes) âgés de 12 à 44 ans déclarent ressentir des douleurs persistantes. La douleur persistante non traitée a été identifiée chez des personnes qui vivent avec le cancer et des neuropathies liées au VIH (Deandrea, Montanari, Moja, et Apolone, 2008; Phillips, Cherry, Moss, et Rice, 2010).

Une prise en charge inadéquate de la douleur est apparente à tous les âges. Les études continuent d'indiquer que la douleur chez les nouveau-nés est mal prise en charge lors de procédures invasives dans les unités de soins intensifs, en dépit de bonnes données probantes qui appuient l'utilisation de stratégies de prise en charge efficace de la douleur (Johnston, Barrington, Taddio, Carbajal, et Fillion, 2011). Une étude récente menée auprès d'enfants (N=3 822) admis dans 32 unités de huit hôpitaux pédiatriques canadiens a constaté que 78,2 pour cent d'entre eux avaient subi au moins une procédure douloureuse au cours des 24 heures précédentes, mais que seulement 28,3 pour cent de ces enfants avaient bénéficié d'une intervention de prise en charge de la douleur (Stevens et al., 2011). La prise en charge inadéquate de la douleur après une chirurgie devient un problème de douleur persistante chez 19 à 50 pour cent des adultes (Andersen et Kehlet, 2011).

Chaque personne a le droit que sa douleur soit prise en charge de façon efficace; l'évaluation de la douleur, les interventions visant à la soulager, sa prévention et sa minimisation devraient constituer les principales priorités du plan de soins d'une personne, quels que soient le diagnostic et le type de douleur (Jarzyna et al., 2011). L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) s'efforce d'améliorer les connaissances des prestataires de soins de santé en ciblant chaque année un type de douleur particulier ou un problème lié. Par exemple, en 2013, l'IASP s'est concentrée sur la douleur viscérale, la forme de douleur associée le plus souvent à des maux tels que les calculs biliaires; la pancréatite aiguë, l'appendicite aiguë, et les problèmes de vessie et gynécologiques. Des renseignements supplémentaires sur l'initiative annuelle mondiale contre la douleur de l'IASP sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=About_IASP3&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1608.

La douleur persistante impose un fardeau physique, émotionnel et socioéconomique sur la personne qui ressent ou risque de ressentir n'importe quel type de douleur, ainsi que sur sa famille et ses aidants (Pompili et al., 2012) La douleur est extrêmement subjective et multidimensionnelle, avec des composantes sensorielles, cognitives et affectives (IASP, 2012a). La prise en charge de la douleur doit être axée sur la personne, multidimensionnelle et exhaustive, tout en tenant compte des facteurs biopsychologiques, spirituels et culturels qui affectent la personne. La prise en charge de la douleur doit être un effort mené par une équipe pluridisciplinaire (Action Cancer Ontario, 2008; Institute for Clinical Systems Improvement [ICSII], 2009). Les infirmières doivent intervenir dans le cadre de leur champ d'activité lorsqu'une personne déclare ressentir de la douleur et travailler avec la personne pour prendre en charge cette douleur de façon appropriée. Cela signifie que les infirmières doivent avoir les compétences nécessaires pour évaluer et prendre en charge la douleur, y compris des connaissances et des aptitudes en entrevue et la capacité d'évaluer physiquement et de prendre en charge la douleur chez les personnes qui ne peuvent pas l'autodéclarer (Herr, Coyne, McCaffery, Manworren, et Merkel, 2011; Wuhrman et Cooney, 2011).

Le groupe d'élaboration de la RAO sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur a élaboré ces principes directeurs pour cette édition de la ligne directrice :

Chaque personne a les droits suivants :

- le droit de faire reconnaître et respecter sa douleur;
- le droit de bénéficier de ce qu'il y a de mieux en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur, y compris les composantes biopsychosociales pertinentes;
- le droit à recevoir des informations et une formation continues à propos de l'évaluation et la prise en charge de la douleur;
- le droit de prendre une part active à ses propres soins, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire;
- le droit à la communication et la documentation parmi les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui prennent part à ses soins, afin que sa douleur soit surveillée et prise en charge.

Notre groupe d'élaboration a reconnu que certains établissements ne disposent pas des ressources nécessaires pour faire tout ce qui est indiqué par les données probantes pour la prise en charge complexe de la douleur. Par conséquent, la présente ligne directrice propose des recommandations relatives aux soins fondés sur les données probantes, que les infirmières et les autres professionnels de la santé peuvent utiliser selon ce qui est approprié pour leurs clients. Les équipes de santé pluridisciplinaires devraient travailler en étroite collaboration avec ces personnes, leur famille et leurs aidants, afin d'aborder les exigences complexes relatives aux habitudes de vie, aux soins autoadministrés et aux multiples traitements qui peuvent nuire aux efforts de prévention ou de prise en charge de la douleur. Nous reconnaissons que certains niveaux de prise en charge de la douleur ne seront pas toujours accessibles à tous. Par exemple, certains établissements ne disposeront pas d'un spécialiste de la douleur et certaines interventions de prise en charge de la douleur pourraient ne pas être disponibles ou abordables pour tous. Les infirmières peuvent avoir une influence positive sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur, en favorisant et en participant avec des équipes de santé pluridisciplinaires qui suivent ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à la pratique professionnelle

1.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 1.1

Procéder à un dépistage pour déterminer la présence de n'importe quel type de douleur ou le risque relatif à celle-ci :

- lors de l'admission ou d'une visite d'un professionnel de la santé;
- après un changement de l'état médical;
- avant, pendant et après une procédure.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes :

Dépistage de la douleur

Les infirmières ont un rôle important à jouer dans le dépistage de la douleur. Des essais contrôlés randomisés indiquent que le dépistage est essentiel pour une prise en charge efficace de la douleur (Action Cancer Ontario, 2008; Dewar, 2006; Schofield, O'Mahony, Collett, et Potter, 2008). Bien que d'autres professionnels de la santé prennent part directement ou indirectement à l'évaluation et la prise en charge de la douleur d'une personne, ce sont les infirmières qui ont le plus grand nombre de contacts avec les bénéficiaires de soins de santé. Pour cette raison, les infirmières occupent une position unique qui leur permet de dépister la douleur et, si le dépistage est positif, de passer à une évaluation exhaustive de la douleur ressentie par une personne.

Lors du dépistage de la présence de n'importe quel type de douleur ou de risque associé à celle-ci, il est important que l'infirmière pose directement des questions au sujet de la douleur, au lieu de tenir pour acquis que la personne, sa famille ou ses aidants la divulgueront volontairement (American Medical Directors Association [AMDA], 2012; Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and British Pain Society, 2007). Comme la douleur est subjective, il est parfois difficile de décrire l'inconfort ressenti; les personnes utilisent donc souvent d'autres termes pour exprimer leur douleur (IASP, 2012a; Schofield et al., 2008). La ligne directrice de l'American Medical Directors Association (AMDA), *Pain Management in the Long Term Care Setting* (2012, p. 8), présente des questions qui peuvent être adaptées à n'importe quelle population et utilisées pour détecter la douleur chez les personnes qui peuvent l'autodéclarer, par exemple :

1. « Est-ce que vous ressentez des douleurs maintenant? »
2. « Avez-vous mal quelque part? »
3. « Ressentez-vous des malaises? »
4. « Avez-vous pris des médicaments pour la douleur? »
5. « Avez-vous ressenti des douleurs qui vous ont empêché de dormir? »
6. « Avez-vous éprouvé des difficultés à effectuer certaines de vos activités habituelles? »
7. « Quelle est l'intensité de votre douleur? »

Un dépistage de routine doit être envisagé :

1. lors de l'admission ou d'une visite d'un professionnel de la santé :

Il est important d'effectuer un dépistage de la douleur lors de chaque admission dans un établissement de santé (soins actifs ou soins de longue durée) ou de visite à un professionnel de la santé, jusqu'à ce qu'il soit établi que la douleur n'est pas un élément central des soins (AMDA, 2012; Action Cancer Ontario, 2008; RNAO, 2007).

2. après un changement de l'état médical :

Le niveau et l'intensité de la douleur vécue par une personne peuvent varier avec le temps, lorsque l'état de santé change, particulièrement dans le cas d'états chroniques telles que le cancer, la douleur persistante non cancéreuse, l'arthrose, la fibromyalgie ou le vieillissement (AMDA, 2012; Action Cancer Ontario, 2008; Cornally et McCarthy, 2011; RNAO, 2007; Spence et al., 2010).

3. avant, pendant et après une procédure :

Les personnes qui présentent un risque de douleur aiguë s'ils subissent des procédures qui la causent, par exemple des procédures qui percent la peau, des immunisations, des chirurgies ou l'insertion ou le retrait d'un drain (Herr, Bursch, Miller, et Swafford, 2010; Hutson, 2009; Taddio et al., 2010).

La douleur neuropathique peut être très difficile à diagnostiquer par l'équipe pluridisciplinaire. Une personne présente un risque de douleur neuropathique si elle subit une lésion au système nerveux central ou périphérique en raison d'un traumatisme ou d'une maladie telle que la sclérose en plaques ou un AVC. Le dépistage précoce par l'équipe pluridisciplinaire est important parce que le diagnostic de la douleur neuropathique peut nécessiter des examens plus poussés pour en faciliter la prise en charge rapide (Bennett et al., 2007). Il existe des questionnaires de dépistage de la douleur neuropathique qui incorporent les signes et les symptômes manifestés par la personne, y compris Self-Report Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (S-LANSS) (Bennett, Smith, Torrance, et Potter, 2005) et la Douleur Neuropathique 4 (DN4) (Bouhassira et al., 2005). Les deux sont brefs et faciles à utiliser, et leur fiabilité et leur validité sont établies.

RECOMMANDATION 1.2

Effectuer une évaluation exhaustive de la douleur chez les personnes dont il a été déterminé que n'importe quel type de douleur était présent ou risquait d'être présent, en ayant recours à une approche systématique et des outils validés appropriés.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes :

Des essais contrôlés randomisés indiquent des améliorations de la satisfaction de la personne et de l'équipe pluridisciplinaire relativement à la prise en charge de la douleur lorsque des évaluations exhaustives de la douleur sont effectuées (Goldberg et Morrison, 2007). L'élaboration de pratiques et de compétences en matière d'évaluation de la douleur est appuyée par la Société canadienne pour le traitement de la douleur (2010), Agrément Canada (2011) et l'examen d'autorisation infirmière au Canada (2012-2015) de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (Watt-Watson et al., 2013).

Une personne dont le dépistage s'est révélé positif pour la présence de n'importe quel type de douleur ou le risque d'en ressentir a besoin d'une approche exhaustive et systématique de l'évaluation de la douleur, qui tiendra compte :

- des antécédents antérieurs de douleur;
- des caractéristiques sensorielles de la douleur (intensité, qualité, caractéristiques temporelles, emplacement et ce qui aggrave ou soulage la douleur);
- les répercussions de la douleur sur les activités de la vie quotidienne (capacité à travailler, à dormir, à jouir de la vie);

- les répercussions psychosociales de la douleur sur la personne ou sur les autres (dépression, aspects financiers);
- les interventions déjà utilisées qui prenaient en charge la douleur de façon efficace (AMDA, 2012; Dewar, 2006; Goldberg et Morrison, 2007; Ontario Cancer Symptom Management Collaborative [OCSMC], 2010; Royal College of Physicians et al., 2007; SIGN, 2008).

La douleur est un phénomène multidimensionnel et subjectif; l'autodéclaration est donc la façon la plus valide de l'évaluer si la personne est capable de communiquer (Action Cancer Ontario, 2008; OCSMC, 2010; RNAO, 2007; Royal College of Physicians, British Geriatrics Society et British Pain Society, 2007; SIGN, 2008). Les infirmières devraient avoir recours à une approche uniforme et systématique de l'examen et de l'évaluation de la douleur. La figure 1 décrit un algorithme qui utilise l'acronyme OPQRSTUV pour aider les infirmières et les prestataires de soins de santé à examiner et évaluer de façon systématique les personnes dont le dépistage pour la présence de n'importe quel type de douleur ou le risque d'en ressentir était positif et qui peuvent autodéclarer leur douleur (OCSMC, 2010).

Figure 1. Évaluation adaptée de la douleur à l'aide de l'acronyme OPQRSTUV

APPARITION	Quand la douleur a-t-elle commencé? Pendant combien de temps dure-t-elle? À quelle fréquence se produit-elle?
FACTEURS PROVOCANTS OU PRÉCIPITANTS	Qu'est-ce qui déclenche la douleur? Qu'est-ce qui accentue la douleur? Qu'est-ce qui diminue la douleur?
QUALITÉ	Quelle sensation votre douleur vous donne-t-elle? Pouvez-vous la décrire?
RÉGION, RAYONNEMENT	Où la douleur se produit-elle? Est-ce que la douleur se déplace vers d'autres endroits?
SENSATION DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR	Quelle est l'intensité de la douleur? (sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie aucune douleur et 10 signifie la pire douleur que vous puissiez imaginer) Au moment présent? Lorsque la douleur est à son mieux? Lorsque la douleur est à son pire? En moyenne?
MOMENT/TRAITEMENT	La douleur est-elle constante? Est-ce qu'elle disparaît pour réapparaître par la suite? Est-elle pire à un moment quelconque? Quels sont les médicaments que vous prenez et les traitements que vous suivez actuellement? Dans quelle mesure sont-ils efficaces? Les médicaments et les traitements causent-ils des effets secondaires?
COMPRÉHENSION/ RÉPERCUSSIONS SUR VOUS	Selon vous, qu'est-ce qui cause la douleur? La douleur est-elle associée à d'autres symptômes? Quel est l'effet de cette douleur sur vous et sur votre famille?
VALEURS	Quel est votre objectif relativement à cette douleur? Quel est votre objectif en matière de confort ou votre niveau acceptable pour cette douleur? (sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie aucune douleur et 10 signifie la pire douleur que vous puissiez imaginer)? Y a-t-il d'autres points de vue ou sentiments concernant cette douleur qui sont importants pour vous ou pour votre famille? Y a-t-il quelque chose de particulier que vous voulez dire au sujet de votre douleur, dont nous n'avons pas discuté?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. Roberts D., McLeod, B. (2004) Hospice Palliative Care Symptom Assessment Guide and Guideline for Use of the Form. In : Fraser South Health Region, éditeur, (1ère édition): Fraser South Health Region.
2. Jarvis, C., Thomas, P., Strandberg, K. (2000). The Complete Health History. Physical examination and health assessment (3^e édition), 79-102.
3. McCaffery, M., Pasero, C. (1999). Assessment. Pain: Clinical Manual (2^e édition). St. Louis : Mosby, 35-102.
4. Pain – General Information. (2000). In: Neron A, éditeur. Care Beyond Cure A Pharmacotherapeutic Guide to Palliative Care: Pharmacy Specialty Group on Palliative Care – Canadian Society of Hospital Pharmacists in collaboration with Sabex Inc., 5-8.
5. Bates, B. P., Benjamin, R., Northway, D.I. (2002). PQRST: A mnemonic to communicate a change in condition. Journal of the American Medical Directors Association, janvier/février, 3(10), 23-5.
6. Foley, K. M. (2005). Acute and Chronic cancer pain syndromes. In: Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N. I., Calman, K., éditeurs. Oxford Textbook of Palliative Medicine (3^e édition). Oxford, Angleterre : Oxford University Press, 298-316.
7. Downing GM. Pain – Assessment. In : Downing GM, Wainwright W, éditeurs.(2006). Medical Care of the Dying (4^e édition) Victoria, (Colombie-Britannique, Canada : Victoria Hospice Society Learning Centre for Palliative Care, 119-58.
8. Part I Physical Symptoms. In : Peden J, deMoissac D, MacMillan K, Mushani-Kanji T, éditeurs. (2006). 99 Common Questions (and more) about hospice palliative care. A nurse's handbook (3^e édition). Edmonton, Alberta : Regional Palliative Care Program, Capital Health, 2-96.
9. Muir J. Unrelieved Pain. Nursing B.C. 2006, octobre, 38(4), 22-5.

Figure 1. Remarque : adapté de « Symptom Assessment Acronym "OPQRSTUV" », in Fraser Health Authority, 2012, *Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines*. Consulté à l'adresse <http://www.fraserhealth.ca/home/>.

Autres facteurs dont il faut tenir compte lors de l'évaluation de la douleur :

Une évaluation de la douleur peut être plus approfondie et plus individualisée lorsque l'évaluateur connaît la personne et tient compte de ses attributs ou de ses caractéristiques (McAuliffe, Nay, O'Donnell, et Fetherstonhaugh, 2009). Les infirmières doivent être conscientes du fait qu'une évaluation exhaustive de la douleur est influencée par différents facteurs, y compris la maladie de la personne ou son degré d'invalidité (c.-à-d. la douleur est ressentie à plusieurs endroits), son âge, son stade de développement, son niveau d'éducation ou son état cognitif, sa capacité à communiquer, sa culture^c, son ethnicité, les aspects biologiques, ses expériences antérieures avec la douleur et sa réticence à signaler la douleur (Brown, McCormack, et McGarvey, 2005; Curry-Narayan, 2010; Dewar, 2006; Shepherd, Woodgate, et Sawatzky, 2010). La spiritualité doit également être prise en considération, car elle peut influencer les convictions et les comportements de la personne relativement à la douleur. Il est important que les infirmières jugent si ces facteurs auraient une influence sur la manière dont une personne déclare sa douleur et si elle demanderait de l'aide à ce sujet. (Curry Narayan, 2010).

Outils d'autodéclaration unidimensionnels et pluridimensionnels :

Il est important d'utiliser des outils d'évaluation de la douleur qui sont faciles à comprendre par la personne, sa famille et ses aidants (McAuliffe et al., 2009; Royal College of Nursing [RCN], 2009). L'outil que choisira une infirmière dépendra des caractéristiques de la personne, y compris son âge, sa capacité à s'exprimer, son état clinique, son niveau cognitif ou développemental, son niveau d'alphabétisation sa capacité à communiquer, sa culture et son ethnicité (Brown et al., 2005; Curry Narayan, 2010; Dewar, 2006; McAuliffe et al. 2009; Schofield et al., 2008; Zhou, Roberts, et Horgan, 2008). Une échelle d'évaluation de la douleur élaborée pour des enfants qui reçoivent des soins actifs n'est pas toujours appropriée pour des adultes plus âgés dans un établissement de soins de longue durée. Il faut expliquer l'outil utilisé à la personne évaluée (RCN, 2009). De nombreux outils d'évaluation de la douleur ont été traduits et validés dans de nombreuses langues.

Une évaluation exhaustive inclut la détermination de la qualité et de l'intensité de la douleur. Les outils d'autodéclaration par la personne peuvent être unidimensionnels, c'est-à-dire qu'ils n'examinent qu'un seul aspect de la douleur, comme son intensité (échelle numérique de classement [ENC 0-10], échelle catégorique ou Faces Pain Scale-Revised), ou multidimensionnels (Brief Pain Inventory [BPI] ou McGill Pain Questionnaire – Short-Form [MPQ-SF]). Les outils multidimensionnels sont particulièrement utiles lorsqu'une évaluation de la douleur plus exhaustive s'avère nécessaire. Le tableau 1 présente les critères généralement utilisés pour la sélection d'un outil validé d'évaluation de la douleur. Veuillez consulter l'**annexe E**, qui énumère des outils validés d'évaluation de la douleur (unidimensionnels et multidimensionnels) pour des groupes/populations spécifiques. Le tableau décrit brièvement les indicateurs de la douleur évalués par l'outil, ses composantes et tout facteur particulier.



Tableau 1. Sélection d'un outil d'évaluation de la douleur**Les outils d'évaluation de la douleur doivent être :**

- *Fiabes* – évaluations uniformes et dignes de foi, quel que soit le moment, le milieu ou la personne qui administre l'outil.
- *Valides* – mesure dans laquelle les données probantes et la théorie appuient l'interprétation des résultats : l'instrument mesure réellement ce qu'il a été conçu pour mesurer (la douleur).
- *Sensibles* – capables de détecter des changements de la douleur attribuables aux interventions de prise en charge de la douleur mises en œuvre.
- *Utilisables* – d'une utilisation simple et rapide, ne nécessitant qu'une courte période de formation et faciles à administrer et à noter.
- *Pratiques* – pour évaluer différents types de douleur lorsque c'est possible; certains outils (tels que ceux conçus pour la douleur neuropathique) sont très spécifiques.

Les outils doivent également être :

- Appropriés sur le plan développemental et culturel pour la population pour laquelle ils sont conçus;
- Disponibles en plusieurs langues ou faciles à traduire;
- Faciles et rapides à comprendre par la personne à qui ils sont administrés;
- Aimés par les personnes, les cliniciens et les chercheurs qui y ont recours;
- Faciles à obtenir, à reproduire et à distribuer;
- Aptes à être désinfectés s'ils sont touchés par une personne.

Élaboré par le groupe d'experts de la RNAO

Pour les enfants, la douleur antérieure doit être évaluée en se fondant sur les observations de l'enfant et de ses parents ou aidants (RCN, 2009). Le tableau 2 illustre une approche qui permet d'obtenir l'historique de la douleur chez les enfants (elle peut être adaptée pour les adultes).

Tableau 2. Historique de la douleur chez les enfants atteints de douleur aiguë

QUESTIONS POSÉES À L'ENFANT	QUESTIONS POSÉES AUX PARENTS
Dis-moi ce qu'est la douleur	Quels mots votre enfant utilise-t-il concernant sa douleur?
Parle-moi des bobos que tu avais avant	Décrivez les expériences antérieures de votre enfant à propos de la douleur
Quand tu as mal, est-ce que tu le dis à quelqu'un? À qui le dis-tu?	Quand votre enfant a mal, est-ce qu'il vous le dit ou le dit-il à quelqu'un d'autre?
Qu'est-ce que tu as envie de faire pour toi-même quand tu as mal?	Comment savez-vous quand votre enfant éprouve de la douleur?
Qu'est-ce que tu as envie que les autres fassent pour toi quand tu as mal?	Comment votre enfant réagit-il généralement à la douleur?
Qu'est-ce que tu ne veux pas que les autres fassent pour toi quand tu as mal?	Que faites-vous pour votre enfant lorsqu'il éprouve de la douleur?
Qu'est-ce qui aide le plus pour que ça arrête de faire mal?	Qu'est-ce que votre enfant fait pour lui-même lorsqu'il éprouve de la douleur?
Est-ce qu'il y a quelque chose de spécial que tu aimerais me dire concernant les fois où tu as mal? (Dans l'affirmative, demandez à l'enfant de vous le décrire)	Qu'est-ce qui fonctionne le mieux pour réduire ou éliminer la douleur que ressent votre enfant?
	Y a-t-il quelque chose de particulier que vous voulez que je sache concernant votre enfant et la douleur? (Dans l'affirmative, le décrire)

Remarque. Tiré de « Pain Assessment », de J. Stinson, 2009, in A. Twycross, S. Dowden et E. Bruce (éditeurs), *Managing Pain in Children: A Clinical Guide* (2nd ed.), p. 86. Consulté à l'adresse [http://books.google.ca/books?id=DO91eoZ2xgMC&pg=PA86&dq=Hester+%26amp;+Barcus+1986:+Hester+et+al.+1998\)+childs+questions&hl=en&sa=X&ei=OrCjUNjkO-KniQKV5IDQAAQ&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Hester%20&f=false](http://books.google.ca/books?id=DO91eoZ2xgMC&pg=PA86&dq=Hester+%26amp;+Barcus+1986:+Hester+et+al.+1998)+childs+questions&hl=en&sa=X&ei=OrCjUNjkO-KniQKV5IDQAAQ&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Hester%20&f=false). Copyright 2009 de Blackwell Publishing Ltd. Réimprimé avec permission.

Remarque : il faut obtenir un historique de la douleur plus détaillé chez les enfants qui ressentent une douleur persistante, qui doit inclure :

- une description de la douleur,
- les symptômes associés,
- les variations temporelles ou saisonnières,
- les répercussions sur les activités de la vie quotidienne (école, sports, jeux et soins autoadministrés),
- les mesures utilisées pour le soulagement de la douleur.

Algorithmes et groupes d'interventions⁶ :

Les algorithmes et les groupes d'interventions de meilleures pratiques (c.-à-d. de petites séries de pratiques fondées sur les données probantes qui améliorent les résultats pour les personnes) contribuent à guider l'évaluation de la douleur chez des populations particulières, comme les enfants qui ressentent une douleur aiguë ou persistante (The Hospital for Sick Children, Pain Matters Working Group [responsables : F. Campbell et L. Palozzi], 2013), l'adulte plus âgé (Schofield et al., 2008) et l'adulte en phase critique (Barr et al., 2013). Plusieurs exemples en sont fournis en annexe. Veuillez consulter l'**annexe F**, qui fournit un algorithme d'évaluation de la douleur chez les enfants hospitalisés et l'**annexe G**, qui décrit un algorithme pour l'évaluation de la douleur chez les adultes atteints de cancer. Veuillez consulter l'**annexe H**, qui présente un groupe d'interventions pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez les adultes en phase critique.

Les outils d'autodéclaration validés, les algorithmes et les groupes d'interventions permettent de guider l'évaluation de la douleur de façon efficace. Les infirmières sont chargées d'interpréter l'évaluation de façon exacte et d'agir rapidement en fonction des résultats. Veuillez consulter l'**annexe D**, qui dresse une liste de sites Web qui contiennent des ressources relatives à l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

RECOMMANDATION 1.3

Effectuer une évaluation de la douleur exhaustive des personnes qui ne peuvent pas autodéclarer leur douleur, au moyen d'un outil validé.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

Ce n'est pas tout le monde qui est capable de parler de sa douleur. Parmi les personnes qui ne peuvent pas parler ou autodéclarer leur douleur, on peut citer :

- les nouveau-nés, les bébés et les enfants qui n'ont pas encore appris à parler;
- les adultes plus âgés atteints de déficits cognitifs (par exemple, la démence avancée)
- les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle;
- les personnes en phase critique ou inconscientes;
- les personnes en phase terminale (Herr et al., 2011).

Il est important de comprendre que le fait qu'une personne soit incapable de décrire sa douleur ne veut pas dire qu'elle n'en ressent pas. L'évaluation de la douleur chez les personnes qui sont incapables de l'exprimer est essentielle pour l'administration de soins appropriés (Herr et al., 2011; IASP, 2012b).

Voici les étapes à suivre lorsqu'une personne ne peut pas déclarer sa douleur :

- 1) Tentez de faire déclarer la douleur par la personne.

Il est toujours important de déterminer si l'autodéclaration est possible, en laissant à la personne le temps de répondre (Herr et al., 2011). Un simple oui ou non, ou des signaux comportementaux tels que hocher la tête ou montrer du doigt l'outil d'évaluation pour indiquer la présence ou l'absence de douleur constituent des façons valides de décrire la douleur ressentie.

- 2) Si une personne ne peut pas autodéclarer sa douleur, fiez-vous aux indicateurs comportementaux ou aux échelles comportementales d'évaluation de la douleur validées en fonction d'une population spécifique et d'un contexte.

Les échelles comportementales d'évaluation de la douleur sont recommandées lorsque l'autodéclaration de la douleur n'est pas possible (Herr et al., 2011). L'infirmière doit sélectionner une échelle d'évaluation de la douleur dont l'utilisation a été validée chez la population ciblée et en fonction du contexte (Streiner et Norman, 2008). Plusieurs exemples d'échelles ou d'outils comportementaux d'évaluation de la douleur sont fournis en annexe. Veuillez consulter l'**annexe I**, qui fournit des exemples d'outils d'évaluation de la douleur dont l'utilisation est validée chez les nouveau-nés et les bébés; l'**annexe**

J présente des outils qui peuvent être utilisés chez les enfants; et l'**annexe K** décrit des outils pouvant être utilisés chez les adultes. Veuillez consulter l'**annexe L**, qui présente un outil d'évaluation de la douleur dont l'utilisation est validée chez les adultes en phase critique qui ne peuvent pas parler; l'**annexe M**, fournit quelques outils dont l'utilisation est validée chez les aînés atteints de déficits cognitifs.

- 3) Obtenez les déclarations par procuration faites par la famille ou les aidants concernant les comportements qui pourraient indiquer la présence de douleur.

Les déclarations par procuration faites par les personnes qui connaissent bien la personne peuvent aider l'infirmière à déceler les changements de comportement qui pourraient indiquer la présence de douleur (Herr et al., 2011). Toutefois, il s'avère que les déclarations par procuration relatives à l'intensité de la douleur faites par la famille et les aidants (p. ex., échelle numérique de classement [ENC] de 0 à 10) sont inexactes (Herr et al., 2011; Zhou et al., 2008). Il est donc important de combiner les évaluations par procuration de la douleur avec d'autres indications, telles que les résultats d'une observation directe utilisant des échelles d'évaluation de la douleur validées, le diagnostic de la personne, ainsi que les données tirées de leurs antécédents médicaux et de leur examen physique (Herr et al., 2010; Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad, et Berger, 2006).

- 4) Minimisez l'importance accordée aux signes vitaux, parce qu'ils ne peuvent pas détecter la différence entre la douleur et d'autres sources de détresse (Herr et al., 2011).

Les signes vitaux comme la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la fréquence respiratoire ne doivent pas constituer l'unique source d'information quant à la présence de douleur. Les résultats de toutes les études qui utilisent ces signes vitaux pour indiquer la présence de douleur chez les nouveau-nés, les bébés, les enfants, les adolescents et les adultes sont incohérents. Selon Herr et al. (2011), les signes vitaux ne sont pas nécessairement associés à la douleur autodéclarée; ils ont observé que les signes vitaux pouvaient augmenter, baisser ou même rester stables pendant des procédures douloureuses. Il est facile pour les infirmières de mesurer les signes vitaux, mais ceux-ci ne doivent constituer qu'un élément de l'évaluation exhaustive de la douleur d'une personne (Barr et al., 2013; Herr et al., 2011).

Les outils comportementaux validés ne sont également qu'une partie d'une évaluation exhaustive de la douleur. En l'absence d'autodéclaration, l'interprétation du comportement observé de la personne et de la déclaration par procuration faite par la famille et les aidants ne fournit pas nécessairement d'information sur la présence, la qualité et l'intensité de la douleur (Herr et al., 2010). Veuillez consulter l'**annexe M**, qui décrit des exemples d'outils d'évaluation de la douleur qui peuvent être utilisés chez les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs, qui aident à identifier la présence de douleur, mais qui ne permettent pas d'en mesurer l'intensité.

RECOMMANDATION 1.4

Examiner les convictions, les connaissances et le niveau de compréhension de la personne au sujet de la douleur et de sa prise en charge.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

Les personnes qui ressentent de la douleur ont certaines convictions concernant les pratiques relatives à la douleur qui sont générées par leurs expériences antérieures de la douleur, leur âge, leur niveau d'éducation, leur culture ou leur ethnicité, et leur sexe (Bell et Duffy, 2009; Cornally et McCarthy, 2011; Watt-Watson, Stevens, Streiner, Garfinkel, et Gallop, 2001). Les convictions d'une personne concernant la douleur influencent souvent si elle demandera de l'aide à ce sujet et les stratégies qu'elle acceptera pour sa prise en charge (Curry-Narayan, 2010; Peter et Watt-Watson, 2002). Les difficultés surviennent lorsqu'une personne prend des décisions fondées sur des convictions erronées, fondées sur un manque de compréhension et une connaissance incomplète de la douleur.

Un examen des ouvrages effectué par Al-Atiyat (2008) met en évidence huit convictions et préoccupations liées à la douleur qui empêchent les personnes atteintes de cancer de déclarer leur douleur et de prendre des médicaments :

- 1) la crainte de l'accoutumance;
- 2) les préoccupations liées à la tolérance aux médicaments⁶;
- 3) la conviction que les effets indésirables causés par les analgésiques sont encore plus ennuyeux que la douleur;
- 4) le fatalisme (c.-à-d. une attitude de résignation) quant à la possibilité de soulager la douleur;
- 5) la conviction que les « bons » patients ne se plaignent pas de ressentir de douleur;
- 6) la crainte de distraire le médecin du traitement de la maladie;
- 7) la conviction que la douleur signifie que la maladie évolue;
- 8) la peur des injections.

En dépit de toutes les explications ou des indications contraires, les opinions erronées concernant la douleur sont souvent acceptées comme la vérité et constituent des obstacles à l'évaluation et la prise en charge efficaces de la douleur. Les infirmières doivent poser des questions qui lui permettront de découvrir les convictions et les préoccupations de la personne au sujet de la douleur.

Les opinions erronées relatives à la douleur sont monnaie courante. Les prestataires de soins de santé doivent être conscients de ces opinions erronées et des faits relatifs à l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Les tableaux 3 et 4 présentent quelques opinions erronées et faits courants au sujet de l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez les bébés et les enfants, ainsi que chez les adultes et les aînés.

Tableau 3. Opinions erronées au sujet de la douleur chez les bébés et les enfants.

OPINION ERRONÉE	FAIT
Le système nerveux des bébés est immature et ne peut pas percevoir la douleur.	Les nouveau-nés possèdent tous les facteurs anatomiques et fonctionnels requis pour le traitement de la douleur à partir du milieu ou vers la fin de la gestation. Les nouveau-nés perçoivent les aspects de discrimination sensorielle associés à l'expérience de la douleur.
Les bébés sont moins sensibles à la douleur que les enfants plus âgés et les adultes.	Les bébés nés à terme sont aussi sensibles à la douleur que les bébés plus âgés et les enfants. En fait, les bébés prématurés sont plus sensibles à la douleur que les bébés nés à terme ou les enfants plus âgés.
Comme les bébés sont incapables de se souvenir, la douleur ne devrait pas avoir d'effets durables.	Une exposition répétée à la douleur peut avoir des effets cumulatifs; une exposition précoce à une douleur importante pourrait affecter de façon permanente leurs perceptions de la douleur ressentie par la suite et leurs réactions à celle-ci.
Les bébés doivent apprendre la douleur grâce à l'expérience.	La douleur ne requiert aucune expérience antérieure et n'est pas apprise. Elle est présente dès la première agression.

OPINION ERRONÉE	FAIT
Les bébés et les jeunes enfants sont incapables d'exprimer la douleur. Et même s'ils sont capables de l'exprimer, leur douleur ne peut pas être évaluée.	Bien que les bébés ne puissent pas exprimer verbalement leur douleur, ils réagissent avec des signes comportementaux et des indicateurs physiologiques qu'il est possible d'évaluer avec précision. L'approche la plus fiable pour les bébés est l'expression du visage. L'approche la plus valide consiste à utiliser une mesure composite de la douleur. Les enfants âgés d'aussi peu que 3 ans peuvent utiliser des échelles d'évaluation de la douleur, et dès l'âge de 4 ans, ils peuvent montrer avec précision la partie du corps qui fait mal.
Les opioïdes sont plus dangereux pour les bébés et les enfants que pour les adultes (ce que l'on appelle « phobie des opioïdes »).	Les bébés âgés de plus d'un mois métabolisent les médicaments de la même façon que les bébés plus âgés et les enfants. Une sélection prudente de la dose appropriée et de la posologie, ainsi qu'une surveillance fréquente pour déceler les réactions désirables et indésirables, peut minimiser les effets indésirables du médicament. L'accoutumance aux opioïdes utilisés pour traiter la douleur est extrêmement rare chez les enfants.

(Anand, 1999; Anand et Craig, 1996; Craig, 1998; Brummelte et al., 2012; Coskun et Anand, 2000; Morrison, 1991; Pattinson et Fitzgerald, 2004; Slater et al., 2010; Stinson et al., 2006; van Dijk et Tibboel, 2012; Yaster, Krane, Kaplan, Cote, et Lappe, 1997)

Tableau 4. Opinions erronées et faits au sujet de l'évaluation de la douleur chez les adultes et les aînés

OPINIONS ERRONÉES	FAITS
On peut s'attendre à une douleur considérable non soulagée lors de procédures comme les interventions chirurgicales.	La douleur aiguë intense non soulagée a des conséquences pathophysiologiques qui touchent le système respiratoire, le système cardiovasculaire, le système gastrointestinal, le système immunitaire, le système neurologique et le système musculosquelettique (Middleton, 2003) et peut causer de la douleur à long terme (Kehlet, Jensen, et Woolf, 2006).
Les personnes qui ressentent de la douleur ont toujours des signes observables qui sont plus fiables que leurs autodéclarations.	Les adaptations physiologiques se produisent rapidement et ne doivent pas être utilisées à la place des autodéclarations lorsque celles-ci sont disponibles (Arbour et Gélinas, 2010).
Lorsqu'elles ressentent de la douleur, les personnes nous le disent et utilisent le terme « douleur ».	Les personnes qui éprouvent de la douleur ne nous le disent pas nécessairement et n'utilisent pas toujours le mot « douleur » (Watt-Watson et al., 2004).

OPINIONS ERRONÉES	FAITS
Les personnes qui prennent des opioïdes pour la douleur sont des toxicomanes.	Les opioïdes constituent une intervention de prise en charge standard pour la douleur moyenne à intense associée aux interventions chirurgicales ou au cancer, ainsi que pour la douleur persistante non cancéreuse (DPNC). Des lignes directrices et des outils de dépistage sont disponibles à l'adresse http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/ afin d'assurer la prescription et l'administration correcte associées à la DPNC.
La douleur est directement proportionnelle aux lésions des tissus.	La douleur est pluridimensionnelle et est influencée par de nombreux facteurs; la réaction de chaque personne au même type d'intervention chirurgicale, de traumatisme ou de maladie est donc individuelle et variable (Woolf, 2004).
La douleur est un aspect normal du vieillissement et ne devient jamais très intense; la sensation de douleur diminue avec l'âge.	La douleur persistante ne fait pas partie du vieillissement normal. L'intensité et la sensation de douleur ne diminuent pas chez les personnes plus âgées. Une prise en charge inadéquate de la douleur réelle ou potentielle chez les personnes âgées est associée à de nombreuses conséquences (McAuliffe et al., 2009; Schofield et al., 2008).
Il est impossible d'évaluer la douleur ressentie par des personnes plus âgées qui ont des troubles cognitifs.	Les personnes plus âgées atteintes de troubles cognitifs légers à moyens peuvent utiliser des échelles adaptées à leurs besoins, comme des échelles numériques catégoriques (Herr et al., 2011; McAuliffe et al., 2009; Schofield et al., 2008).

Remarque. Adapté avec permission de « Misbeliefs about pain », de J. Watt-Watson, 1992, in J. Watt-Watson et M. Donovan (éditeurs), *Pain management: Nursing Perspective*, p. 36-58. St. Louis, MO: Mosby, Inc. Copyright Elsevier (1992).

Les personnes et leur famille ou aidants ont besoin d'aide pour comprendre que la douleur aiguë intense non soulagée peut causer des problèmes à long terme relatifs à la douleur qui affectent le fonctionnement de l'organisme (réactions de la fonction systémique, hormonale, métabolique, immunologique, physiologique, cardiovasculaire et pulmonaire) (Anand et al., 2006; Kehlet et al., 2006; Oakes, 2011; Meeker, Finnell, et Othman, 2011). Par exemple, on tient pour acquis qu'une personne qui subit une chirurgie ressentira de la douleur. Parce qu'elles s'attendent à ressentir un certain degré d'inconfort, les personnes ne demandent pas à leur prestataire de soins de santé des moyens de prise en charge de la douleur, par exemple une ordonnance pour un analgésique (Watt-Watson et al., 2004). Les personnes doivent être encouragées à faire part de leur douleur postopératoire moyenne à intense, parce qu'elle nuit à la respiration profonde et limite le mouvement, ce qui peut entraîner d'autres problèmes de santé, tels que la pneumonie et un rétablissement plus lent. La sous-déclaration de la douleur peut faire en sorte que les professionnels de la santé la sous-estiment (Dewar, 2006; Schofield et al., 2008).

Nous vous recommandons de jeter un coup d'œil sur l'outil relatif à l'historique de la douleur chez les enfants, présenté dans le tableau 2 de la recommandation 1.2. Les questions que contient l'outil peuvent être posées par l'infirmière et l'équipe pluridisciplinaire pour comprendre les connaissances, les convictions, les besoins et les préoccupations des enfants et de leurs parents et aidants concernant la douleur et sa prise en charge.

RECOMMANDATION 1.5

Documenter les caractéristiques de la douleur de la personne.

Niveau de données probantes = IIa

Discussion des données probantes :

Les résultats de l'évaluation et du dépistage doivent être documentés et communiqués à tous ceux qui prennent part aux soins de santé d'une personne, pour assurer une prévention et une prise en charge optimales de la douleur (Crowe et al., 2008). Le dépistage et l'évaluation exhaustive de la douleur génèrent des données subjectives et des données objectives, qui proviennent tant de l'autodéclaration que des outils d'évaluation. Lorsqu'elle est documentée et communiquée, l'information concernant les caractéristiques de la douleur de la personne (par exemple, les antécédents de douleur; les caractéristiques sensorielles [intensité, qualité, caractéristiques temporelles, emplacement et ce qui aggrave ou soulage la douleur]; les répercussions de la douleur sur les activités de la vie quotidienne; les répercussions psychosociales; les convictions culturelles et les interventions efficaces de prise en charge de la douleur) peut aider l'équipe à porter des jugements cliniques efficaces au sujet de l'état de la douleur d'une personne et créer un plan de soins individualisé afin de la prévenir ou de la minimiser (Curry Narayan, 2010; RNAO, 2007). Lors des suivis, cette information fournit également des données de référence auxquelles pourront être comparés les résultats des réévaluations futures.

2.0 PLANIFICATION

RECOMMANDATION 2.1 :

Collaborer avec la personne pour identifier ses besoins en matière de prise en charge de la douleur et des stratégies convenables qui permettront d'assurer une approche exhaustive du plan de soins.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes :

Il est important de prévenir, d'anticiper et de gérer la douleur lorsque cela est possible. Les interventions de prise en charge de la douleur devraient avoir pour but de réduire l'intensité de la douleur et d'améliorer le fonctionnement, le sommeil et la qualité de vie dans son ensemble (LeFort, Gray-Donald, Rowat, et Jeans, 1998; Moulin et al., 2007). Un plan de prise en charge de la douleur doit être fondé sur les conclusions tirées lors de l'évaluation et incorporer les objectifs de la personne et des stratégies de prise en charge de la douleur efficaces et appropriées (American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons [AGS], 2009; Dewar, 2006; RNAO, 2007; SIGN, 2008).

Les personnes qui ressentent ou qui risquent de ressentir n'importe quel type de douleur doivent être impliquées dans les décisions concernant les interventions proposées pour la prise en charge de leur douleur; de plus, les stratégies adoptées dans le cadre du plan de soins doivent être adaptées en fonction des objectifs (besoins et priorités) et des préférences de la personne (Schofield et Reid, 2006). Des essais contrôlés randomisés présentent des résultats importants lorsque les infirmières, l'équipe pluridisciplinaire, la personne, sa famille et ses aidants collaborent pour élaborer une approche exhaustive de prise en charge de la douleur qui combine des interventions pharmacologiques (approche multimodale de l'analgésie) et non pharmacologiques, telles que la physiothérapie et la thérapie psychologique (thérapie cognitivo-comportementale) (Action Cancer Ontario, 2008; LeFort et al., 1998; Moulin et al., 2007; National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Il n'est pas rare que les personnes qui ressentent ou qui risquent de ressentir n'importe quel type de douleur utilisent des traitements complémentaires ou de rechange, tels que l'acupuncture, l'homéopathie et la naturopathie, en plus d'interventions non pharmacologiques conventionnelles, telles que la physiothérapie ou la thérapie psychologique. Brown et al. (2005) suggèrent aux prestataires de soins de santé d'envisager l'utilisation de stratégies pharmacologiques conventionnelles et non conventionnelles pour optimiser la prise en charge de la douleur persistante, contribuer à réduire l'intensité de la douleur et minimiser les interventions pharmacologiques requises (AGS, 2009; AMDA, 2012). Il est important de discuter des préférences en matière de prise en charge pharmacologique et non pharmacologique de la douleur, afin de déterminer ce que la personne a l'intention d'utiliser ou est capable d'utiliser et de l'encourager à se conformer aux interventions appropriées (Curry-Narayan, 2010). Lorsqu'une personne n'est pas capable de participer à la discussion (p. ex., bébé, enfant ou en raison de déficits cognitifs), sa famille et ses aidants plaideraient en faveur d'interventions appropriées de prise en charge de la douleur fondées sur leur connaissance de la personne et de la situation.

RECOMMANDATION 2.2 :

Établir un plan de soins exhaustif qui incorpore les objectifs de la personne et de l'équipe pluridisciplinaire et qui tient compte des facteurs suivants :

- les résultats de l'évaluation;
- les convictions et les connaissances de la personne, ainsi que son niveau de compréhension;
- les attributs de la personne et les caractéristiques de la douleur.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

L'établissement d'un plan de prise en charge de la douleur fondé sur les conclusions de l'évaluation et l'incorporation des convictions et des objectifs de la personne sont des éléments importants pour minimiser la douleur et la détresse (Curry Narayan, 2010; RNAO, 2007).

Après une collaboration visant à obtenir les objectifs et les préférences de la personne relativement aux stratégies proposées de prise en charge de la douleur (c.-à-d. ce qu'elle a l'intention d'utiliser ou ce qu'elle est prête à utiliser), l'équipe pluridisciplinaire doit envisager la possibilité d'interactions^G croisées. L'équipe qui s'occupe de la personne doit consulter des experts (psychologues, psychiatres, physiothérapeutes, ergothérapeutes et travailleurs sociaux, par exemple) lors de la conception et de la mise en œuvre de combinaisons de thérapies pharmacologiques, physiques et psychologiques (Crowley et al., 2011; Schofield et Reid, 2006; Uman, Chambers, McGrath, et Kisely, 2006).

Les attributs de chaque personne (âge, stade de développement, état de santé, culture) et les caractéristiques de la douleur doivent être pris en considération avant que les stratégies puissent être proposées et incorporées aux plans de prise en charge de la douleur (Curry-Narayan, 2010; Wilson-Smith, 2011). La douleur non traitée chez les bébés et les enfants, par exemple, augmente leur risque de subir des effets indésirables et des problèmes à long terme en matière de santé et de bien-être (Cignaccio et al., 2007; RCN, 2009; Wilson-Smith, 2011). Les infirmières doivent donc avoir recours à des stratégies appropriées pour l'âge et le développement de l'enfant (consultez l'[annexe N](#)) pour évaluer et prendre en charge sa douleur (Spence et al., 2010). Le tableau 5 identifie d'autres facteurs clés relatifs à l'évaluation et la prise en charge de la douleur basés sur des groupes de population : bébés prématurés et nouveau-nés; bébés et jeunes enfants; et adultes plus âgés.

Tableau 5. Douleur chez les populations spéciales

POPULATION	FACTEURS CLÉS
Bébés prématurés et nouveau-nés	Pendant leur hospitalisation, les bébés prématurés ou malades sont exposés à de nombreuses procédures douloureuses. La prévention et la prise en charge uniforme de la douleur sont importantes pour réduire les effets indésirables associés à des procédures douloureuses répétées. Lors de la planification de la dose à administrer, le poids du bébé doit être pris en considération.
Bébés et jeunes enfants	<p>Les bébés et les jeunes enfants, qu'ils soient malades ou en bonne santé, sont exposés à de nombreuses procédures douloureuses pendant l'hospitalisation et les immunisations pendant la petite enfance. Les jeunes enfants ne comprennent pas ce qui leur arrive et ne savent pas comment y faire face, et ils présentent souvent des niveaux élevés de douleur, de détresse et de peur.</p> <p>Une prise en charge efficace et cohérente de la douleur causée par les aiguilles pourrait réduire la crainte de recevoir des soins médicaux. Des stratégies sont disponibles pour réduire la douleur et la détresse associées aux immunisations chez les bébés et les enfants.</p>
Adulte plus âgé	<p>L'adulte plus âgé pourrait présenter des défis associés à la communication, associés aux facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une sous-déclaration de la douleur; ■ le fait de parler une langue différente; ■ des obstacles à la communication (aphasie, troubles cognitifs tels que la démence, troubles visuels et auditifs). <p>Lors de la planification des interventions pharmacologiques, les répercussions des changements liés à l'âge, comme les comorbidités, les maladies concomitantes et le recours à de multiples médicaments, doivent être prises en considération, car ils mettent l'adulte plus âgé à haut risque d'événements indésirables liés aux médicaments.</p>
En phase critique	De nombreux patients en phase critique sont incapables d'autodéclarer leur douleur, en raison de différents facteurs tels que la ventilation mécanique, l'administration de doses élevées de sédatifs et une altération du niveau de conscience. En plus de la raison de leur admission, qui est souvent en relation avec la douleur, ils sont exposés à de nombreuses procédures douloureuses pendant leur séjour dans une unité de soins intensifs. Une proportion élevée de patients en phase critique ressent une douleur moyenne à intense. La prise en charge de la douleur inclut donc le recours aux opioïdes, principalement par voie parentérale. Un contrôle continu des paramètres physiologiques est nécessaire pour assurer une surveillance adéquate des patients. De plus, les approches multimodales sont fortement recommandées, mais elles doivent être établies avec prudence en tenant compte de l'état du patient complexe et du recours à d'autres médicaments. Les interventions non pharmacologiques sont également suggérées pour maximiser le soulagement de la douleur.

(AMDA, 2012; AGS, 2009; Barr et al., 2013; Herr et al., 2011; Pillai Riddell et al., 2011; Stevens et al., 2011; Taddio et al., 2010)

3.0 MISE EN ŒUVRE

RECOMMANDATION 3.1

Mettre en œuvre le plan de prise en charge de la douleur en recourant à des principes qui maximisent l'efficacité et minimisent les effets indésirables des interventions pharmacologiques, y compris :

- une approche multimodale des analgésiques;
- des changements apportés aux opioïdes (dose ou voie d'administration) au besoin;
- la prévention, l'évaluation et la prise en charge des effets indésirables pendant l'administration d'opioïdes analgésiques;
- la prévention, l'évaluation et la prise en charge des risques liés aux opioïdes.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes :

Approche multimodale des analgésiques

Des essais contrôlés randomisés indiquent l'efficacité d'une approche multimodale des analgésiques pour la prise en charge de la douleur. Une approche multimodale des analgésiques ou une intervention pharmacologique inclut des analgésiques non opioïdes tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les opioïdes (p. ex., la morphine) et des médicaments adjuvants^G (p. ex., antidépresseurs, anticonvulsifs, agents anesthésiques) qui agissent par l'entremise de différents mécanismes pour moduler la douleur ressentie par la personne (Action Cancer Ontario, 2008; AMDA, 2012; OCSMC, 2010; SIGN, 2008; Vargas-Schaffer, 2010). Les infirmières travaillent avec l'équipe pluridisciplinaire pour ajuster le type, la dose, la voie d'administration et l'horaire des médicaments, en fonction de la réaction de la personne. Une telle approche maximise l'efficacité des analgésiques et peut réduire l'utilisation globale d'opioïdes, tout en minimisant les effets indésirables (RNAO, 2007; Vargas-Schaffer, 2010).

Pour maximiser l'efficacité et minimiser les effets indésirables d'une approche multimodale des analgésiques, les infirmières doivent utiliser les principes suivants pour guider leur pratique :

1. Utiliser la façon la plus efficace et la moins invasive d'administrer les analgésiques.
2. Envisager une approche multimodale des analgésiques pour la prise en charge de la douleur :
 - Utiliser des médicaments non opioïdes pour la prise en charge de la douleur légère à moyenne (acétaminophène ou AINS);
 - Utiliser une combinaison d'opioïdes et de non-opioïdes pour la prise en charge de la douleur moyenne à intense;
 - Utiliser des modalités avancées, telles que l'analgésie contrôlée par le patient [ACP]^G, les injections péridurales^G, les injections intrathécales^G et l'anesthésie tronculaire, qui peuvent procurer une analgésie supérieure pour la douleur persistante, liée au cancer ou non, ressentie après des procédures chirurgicales ou des lésions majeures (Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine [ANZCA], 2010; Vargas-Schaffer, 2010).

Lors de situations où la douleur est complexe, l'utilisation routinière de médicaments non opioïdes n'est pas mutuellement exclusive et peut être combinée avec d'autres modalités.

3. Plaider en faveur de l'horaire d'administration le plus efficace, en tenant compte du début de l'action du médicament, de ses effets et de sa demi-vie. La dose analgésique optimale est celle qui soulage la douleur de façon efficace, avec un minimum d'effets indésirables.
4. Reconnaître les contre-indications potentielles, telles que les comorbidités ou les interactions médicamenteuses, liées à l'état clinique de la personne.
5. Titrer les médicaments analgésiques afin d'obtenir l'efficacité maximale tout en minimisant les effets indésirables. Le dosage des analgésiques chez les adultes plus âgés nécessite un titrage prudent afin d'obtenir un soulagement maximal de la douleur, parce que la dose corrigée en fonction de l'âge n'est pas disponible pour la plupart des analgésiques (Schofield et al., 2008).
6. Anticiper et gérer les effets indésirables causés par les interventions pharmacologiques. Les mesures de soins infirmiers devraient comprendre :
 - a. Au besoin, amorcer un traitement en consultation avec l'équipe pour gérer les effets indésirables. Des sites Web, tels que Pain Treatment Topics <http://pain-topics.org/> et les Fraser Health Hospice Palliative Care Symptom Guidelines à http://www.fraserhealth.ca/professionals/hospice_palliative_care/, sont disponibles pour aider à gérer les effets indésirables;
 - b. Examiner et déterminer, avec l'équipe pluridisciplinaire et la personne, l'agent pharmacologique ou les facteurs qui ont causé les effets indésirables;
 - c. Renseigner la personne, sa famille et ses aidants au sujet des effets indésirables possibles et des stratégies qui peuvent être utilisées pour les prévenir ou les gérer, selon le type d'effet (nausées, vomissements ou constipation attribuables aux opioïdes).
7. Envisager de consulter l'équipe pluridisciplinaire ou des experts en prise en charge de la douleur pour les situations complexes liées à la douleur, telles que les suivantes :
 - a. une douleur qui ne réagit pas aux interventions standard de prise en charge de la douleur;
 - b. de multiples sources de douleur;
 - c. une combinaison de douleur neuropathique et de douleur nociceptive;
 - d. des antécédents de troubles liés à l'abus de substances (RNAO, 2007; 2009);
 - e. les personnes tolérantes aux opioïdes qui subissent des procédures ou qui ont des percées de douleur.

Changement d'opioïdes (dose ou voie d'administration)

Les analgésiques opioïdes sont utilisés pour la prise en charge de la douleur moyenne à intense et devraient être mis à la disposition de la personne selon *la forme, la voie d'administration, la dose et l'horaire* qui convient le mieux à ses besoins (RNAO, 2007). Pour optimiser la prise en charge de la douleur, il peut s'avérer nécessaire de changer d'analgésiques opioïdes. Il existe de nombreuses raisons pour changer les opioïdes pris par une personne, y compris leur indisponibilité, leur inefficacité, les contre-indications et les effets indésirables, les préférences ou le coût.

Des tableaux de conversion d'analgésiques équivalents, qui énumèrent des analgésiques opioïdes équivalents, sont disponibles pour aider les prestataires de soins de santé à optimiser la prise en charge de la douleur chez les adultes lorsqu'il devient nécessaire de changer la forme de l'analgésique opioïde, sa voie d'administration, sa dose ou son horaire. Les tableaux d'analgésiques équivalents utilisent le sulfate de morphine 10 mg administré par voie parentérale (autre que gastrointestinale) comme comparaison standard avec d'autres analgésiques opioïdes et doses qui produisent un effet équivalent (RNAO, 2007). Les tableaux de conversion d'analgésiques équivalents sont conçus pour les adultes; si la forme d'analgésique, la voie d'administration, la dose ou l'horaire doit être changé chez des enfants, ceux-ci doivent être surveillés de près.

Les infirmières doivent comprendre les principes relatifs aux doses d'analgésiques équivalents lors de changements d'analgésiques opioïdes et consulter le tableau de conversion d'analgésiques équivalents approuvé de leur établissement afin de s'assurer que les substitutions produisent les effets de prise en charge de la douleur égaux et désirés (AMDA, 2012; ANZCA, 2010; Patanwala, Keim, et Erstad, 2010; SIGN, 2008).

Prévention, évaluation et prise en charge des effets indésirables pendant l'administration d'analgésiques opioïdes

Les infirmières doivent reconnaître la variabilité des réactions de chaque personne aux analgésiques opioïdes (OCSMC, 2010; RNAO, 2007). Par exemple, RNAO (2007) indique que les infirmières devraient anticiper les effets indésirables courants des opioïdes, comme les nausées, les vomissements, la constipation et la somnolence, et surveiller les personnes qui prennent ces médicaments. Les infirmières qui travaillent avec l'équipe pluridisciplinaire devraient anticiper le potentiel d'effets indésirables et mettre en place des mesures qui visent à les prévenir et à les gérer.

La sédation peut être un effet indésirable courant au début d'un traitement par opioïdes et lors de l'augmentation de la dose d'opioïdes pour la prise en charge de la douleur. La sédation précède généralement une dépression respiratoire importante. Une augmentation progressive de la sédation est un signe avertisseur précoce et un indicateur particulièrement sensible d'une dépression respiratoire prochaine dans le contexte de l'administration d'opioïdes (Pasero, 2009; Jarzyna et al., 2011).

Des évaluations régulières et systématiques de la sédation et de la respiration (voir l'**annexe O** pour obtenir un exemple d'évaluation de la sédation et de la respiration) sont recommandées afin de juger de la réaction de la personne pendant un traitement par opioïdes et elles devraient être prises en considération dans les situations suivantes :

- chez les personnes qui n'ont jamais utilisé d'analgésiques opioïdes auparavant, particulièrement au cours des 24 premières heures après le début du traitement;
- l'augmentation de la dose d'opioïdes;
- un titrage agressif des opioïdes;
- une administration concomitante de médicaments qui dépriment le système nerveux central, par exemple des sédatifs, des benzodiazépines et des antiémétiques;
- un changement récent ou rapide de la fonction d'organes vitaux, par exemple une insuffisance hépatique, rénale ou pulmonaire;
- un changement d'opioïde ou de la voie d'administration;
- des facteurs de risque antérieurs pour la dépression respiratoire, comme le syndrome d'apnées obstructives du sommeil, l'obésité ou des troubles fonctionnels cardiopulmonaires existants (Jarzyna et al., 2011).

Lorsque des opioïdes sont administrés aux enfants, il est très important d'évaluer leur état d'éveil. Le University of Michigan Sedation Scale (UMSS) est un exemple d'outil spécifiquement conçu pour la surveillance et l'évaluation de la sédation chez les enfants. Il permet aux prestataires de soins de santé de voir qu'un enfant s'approche d'une sédation excessive. Les mesures observationnelles et objectives de cette échelle ont été validées pour l'identification de la sédation chez les enfants; toutefois, son utilité pour différencier la sédation moyenne de la sédation profonde est limitée (Malviya, Voepel-Lewis, et Tait, 2006).

Les infirmières et les équipes pluridisciplinaires doivent surveiller fréquemment la réaction d'une personne aux opioïdes pour assurer sa sécurité et éviter la sédation et la dépression respiratoire accidentelles, particulièrement chez les personnes qui n'avaient jamais pris d'opioïdes. Les infirmières devraient être conscientes que la sédation causée par les opioïdes n'est pas identique à la sédation intentionnelle utilisée lors de procédures ou chez des personnes sous ventilateur aux soins intensifs (Pasero, 2009). Dans les soins palliatifs, la sédation causée par les opioïdes est un effet qui peut se produire lorsque des opioïdes sont pris pour maîtriser la douleur attribuable à la phase terminale d'une maladie.

Prévention, évaluation et prise en charge des risques liés aux opioïdes

Le National Opioid Use Guideline Group (NOUGG) (2010) recommande la surveillance du mésusage des opioïdes lors de la mise en œuvre d'un plan de prise en charge de la douleur. Les signes de mésusage peuvent inclure des doses qui augmentent de façon inappropriée, l'utilisation de voies d'administration différentes et la participation à des activités illégales (NOUGG, 2010). Un Opioid Risk Tool (ORT) est disponible dans la *Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain – Part B* à l'adresse <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/documents.html>; elle permet d'identifier si une personne présente un risque peu élevé, moyen ou élevé de mésusage ou de comportement aberrant relatif aux médicaments, en fonction de ses antécédents personnels et familiaux d'abus de substances, son âge, ses antécédents d'abus sexuel préadolescents, la dépression et les autres antécédents psychiatriques. D'autres outils présentés sous forme de questionnaire sont le Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain® (SOAPP®) et la Current Opioid Misuse Measure® (COMM®), qui sont également disponibles dans la même ligne directrice.

RECOMMANDATION 3.2

Évaluer les interventions non pharmacologiques (physiques et psychologiques) pour déterminer leur efficacité et les interactions^c possibles avec les interventions pharmacologiques.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes :

Les interventions non pharmacologiques, qu'elles soient physiques, comme la physiothérapie ou les massages, ou psychologiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale, sont souvent utilisées de concert avec les interventions pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur. L'équipe devrait examiner les convictions de la personne concernant les formes de soins complémentaires ou de remplacement et son utilisation de telles formes de soins (Curry Narayan, 2010). Les personnes qui ressentent ou qui risquent de ressentir n'importe quel type de douleur ont peut-être examiné et utilisé d'autres interventions non conventionnelles (aussi appelées thérapies complémentaires ou de remplacement), comme l'acupuncture, l'homéopathie, la naturopathie et l'application d'énergie pour maîtriser leur douleur. Des essais contrôlés randomisés ont indiqué une amélioration des résultats obtenus lorsque les infirmières, en collaboration avec leurs équipes, examinaient l'efficacité de toute intervention proposée, physique ou psychologique; tenaient compte du type de douleur de la personne, de son état de santé, de ses convictions culturelles et de son groupe d'âge; et déterminaient le potentiel d'interactions avec les interventions pharmacologiques prescrites (Castillo-Bueno et al., 2010; Curry-Narayan, 2010; RNAO, 2007; Schofield et al., 2008; Wilson-Smith, 2011).

Interventions non pharmacologiques

Interventions physiques

Les interventions physiques, telles que la physiothérapie et l'exercice (Reid et al., 2008), les massages (SIGN, 2008; Running et Turnbeaugh, 2011) et l'application de chaleur ou de froid (RNAO, 2007) devraient être prises en considération de concert avec les interventions pharmacologiques pour réduire la douleur et améliorer le sommeil, l'humeur et le bien-être général (RNAO, 2007). Lors de l'utilisation d'interventions plus spécialisées (TENS, acupuncture), il faut consulter le membre approprié de l'équipe pluridisciplinaire, tel que le physiothérapeute ou l'ergothérapeute, pour obtenir de l'aide (Nnoaham et Kumbang, 2008). Les approches non pharmacologiques ne doivent pas remplacer la prise en charge pharmacologique adéquate (RNAO, 2007).

Interventions psychologiques

Les interventions psychologiques (psychosociales), comme la thérapie cognitivo-comportementale, les techniques de relaxation^G et l'éducation doivent être prises en considération pour la prise en charge de la douleur, parce qu'elles affectent la manière dont une personne perçoit la douleur et y réagit (Crowe et al., 2008; OCSMC, 2010; RNAO, 2007; Seers et Carroll, 1998; SIGN, 2008). Les interventions psychologiques relatives à l'éducation aident la personne à faire face à la situation et à améliorer sa capacité à autogérer la douleur afin de la soulager (douleur postopératoire) (Crowe et al., 2008; RNAO, 2007).

Les données probantes varient quant à l'efficacité des interventions non pharmacologiques physiques et psychologiques suivantes, lorsqu'elles sont utilisées seules ou en combinaison avec des interventions pharmacologiques :

- les interventions psychologiques (Dewar, 2006);
- la thérapie cognitivo-comportementale (Eccleston, Williams, et Morley, 2013; Schofield et Reid, 2006);
- la succion qui n'est pas dans le but de nourrir, le toucher/massage et l'emmaillotage des bébés et des enfants âgés de trois ans ou moins (Pillai Riddell et al., 2011); and
- les massages, la relaxation, l'exercice, les flux d'énergie et l'éducation chez les adultes plus âgés (AGS, 2009; Schofield et Reid, 2006).

Il ne faut pas généraliser l'efficacité des interventions non pharmacologiques afin de les utiliser chez toutes les personnes; ces interventions ne doivent être proposées qu'en fonction des meilleures preuves possibles de leur efficacité pour le groupe de population auquel appartient la personne (par exemple, l'âge, les caractéristiques de la douleur [voir les recommandations 1.1 et 1.5]) et l'état de santé.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires à jour au sujet de l'utilisation des interventions non pharmacologiques (physiques, psychologiques) pour la prise en charge de la douleur, consultez le National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) à l'adresse <http://nccam.nih.gov/>.

RECOMMANDATION 3.3

Renseigner la personne, sa famille et ses aidants concernant les stratégies de prise en charge de la douleur contenues dans le plan de soins, répondre aux préoccupations connues et corriger les opinions erronées^G.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes :

Selon des essais contrôlés randomisés, la prise en charge efficace de la douleur est influencée par le niveau d'éducation, les convictions et les préoccupations d'une personne (Bell et Duffy, 2009; Curry-Narayan, 2010; Dewar, 2006; Meeker et al., 2011; Watt-Watson et al., 2004). La personne, sa famille et ses aidants devraient recevoir une formation sur les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques qui font partie du plan de soins, des effets indésirables possibles de ces interventions, ainsi que de l'information permettant de contrer les fausses convictions et soulager les préoccupations, dans le but de prévenir ou de minimiser les craintes relatives à la prise en charge (voir les recommandations 1.4, 3.1, 3.2, 7e).

Cette formation pourrait contribuer à une adoption et une utilisation efficaces des stratégies de prise en charge de la douleur par la personne, sa famille et ses aidants (Dewar, 2006; Watt-Watson et al. 2004). Par exemple, il est possible que la famille et les aidants d'une personne qui ressent ou qui risque de ressentir n'importe quel type de douleur ne croient pas ce que dit la personne au sujet de sa douleur, et, dans un tel cas, ne la déclarent pas ou en minimisent l'importance lors de discussions avec les prestataires de soins de santé, ce qui empêche ces derniers de prescrire des doses appropriées d'analgésiques. (Meeker et al., 2011).

La formation doit inclure, notamment, les éléments suivants :

- renforcer l'importance de communiquer la douleur;
- quand et comment communiquer la douleur ressentie;
- expliquer que la communication de la douleur n'est pas considérée comme une plainte de la part de la personne par les professionnels de la santé;
- des renseignements sur les options de prise en charge de la douleur pharmacologiques, physiques et psychologiques, qui mettent l'accent tant sur les risques que sur les bienfaits (Monsivais et McNeill, 2007);
- des renseignements sur les effets indésirables possibles et les stratégies permettant d'y faire face (Bell et Duffy, 2009; Watt-Watson et al., 2004).

Chez les populations spéciales ou les personnes qui ne peuvent pas faire d'autodéclaration, les infirmières doivent renseigner les familles et les aidants et leur expliquer les éléments suivants :

- la mise en œuvre des interventions pharmacologiques, physiques ou psychologiques de prise en charge de la douleur dont ils seront chargés;
- l'observation des comportements qui indiquent la présence de douleur chez les personnes incapables d'autodéclaration;
- l'évaluation et la surveillance de l'efficacité des interventions.

Pour éviter tout obstacle à un soulagement optimal de la douleur, les infirmières doivent veiller à ce que les personnes, leurs familles et leurs aidants comprennent la différence entre l'accoutumance au médicament, la tolérance et la dépendance^G. Lorsqu'elles expliquent ces termes, les infirmières devraient faire attention afin de faciliter la compréhension et de soulager les préoccupations relatives à l'accoutumance (RNAO, 2007; 2009).

La personne et sa famille/ses aidants devraient être renseignées quant à la nécessité de surveiller et de réévaluer les interventions de prise en charge de la douleur dans le but d'assurer un soulagement optimal de la douleur et de minimiser les effets indésirables (AGS, 2009).

4.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 4.1

Réévaluer la réaction de la personne aux interventions de prise en charge de la douleur en utilisant toujours le même outil de réévaluation. La fréquence des mesures sera déterminée par les facteurs suivants :

- la présence de douleur;
- l'intensité de la douleur;
- la stabilité de l'état médical de la personne;
- le type de douleur, p. ex., aiguë ou persistante;
- l'établissement.

Niveau de données probantes = IIb

Discussion des données probantes :

La surveillance et l'évaluation continues de la réaction d'une personne aux interventions de prise en charge de la douleur sont nécessaires pour ajuster les stratégies, s'assurer que la douleur est maîtrisée de façon efficace et minimiser les effets indésirables (AGS, 2009; AMDA, 2012; Herr et al., 2010; RNAO, 2007). La réaction d'une personne à des interventions pharmacologiques, physiques et psychologiques peut varier avec le temps. La surveillance et la réévaluation des réactions d'une personne contribuent à assurer la sécurité et l'efficacité des interventions (AMDA, 2012; Herr et al., 2010), mais il est important de toujours

utiliser le même outil afin d'obtenir une réévaluation exacte de la présence et de l'intensité de la douleur. Toutefois, les infirmières doivent se demander si les changements de l'état d'une personne indiquent qu'il devient nécessaire de juger si l'outil utilisé est toujours valide (voir les recommandations 1.2 et 1.3).

La fréquence à laquelle la surveillance et la réévaluation doivent avoir lieu dépend des interventions utilisées, de la stabilité de l'état médical de la personne, et de l'autodéclaration de l'intensité de la douleur ou les réactions comportementales à la douleur et à la détresse associée (AMDA, 2012; RNAO, 2007, Spence et al., 2010; SIGN, 2008). Par exemple, selon Spence et al. (2010), les nouveau-nés et les bébés doivent être évalués lors de leur hospitalisation et réévalués lors des soins de routine, à chaque quart de travail ou lorsqu'ils semblent inconfortables ou que leur état semble avoir changé considérablement. Toutefois, en se basant sur les réponses de personnes qui vivent avec une douleur, la ligne directrice SIGN, *Control of Pain in Adults with Cancer* (2008), indique qu'il est important de réévaluer fréquemment la réaction d'une personne aux interventions, soit au moins deux fois par jour.

L'intensité de la surveillance (fréquence et durée) dépend du profil de risque de la personne et de l'apparition et de la durée de l'action ou des effets indésirables possibles des interventions (pharmacologiques ou non pharmacologiques [physiques ou psychologiques]) (Jarzyna et al., 2011). Par exemple, l'administration continue d'analgésiques opioïdes pour la prise en charge de la douleur pourrait entraîner une sédation accidentelle menant à la dépression respiratoire. Les American Society for Pain Management Nursing Guidelines, *Monitoring for Opioid-Induced Sedation and Respiratory Depression* (2011), Jarzyna et al. (2011) et Pasero (2009) recommandent une évaluation routinière de la sédation et de la respiration des personnes hospitalisées (voir l'**annexe O**), qu'elles soient éveillées ou endormies, afin de surveiller le développement de sédation accidentelle et éviter le risque de dépression respiratoire.

La surveillance des résultats sur la santé de la personne, tels que la présence et l'intensité de la douleur, ainsi que ses impacts sur le fonctionnement et la mobilité après les interventions de prise en charge de la douleur, est requise pour déterminer si les soins doivent être modifiés. Si l'évaluation détermine que des changements sont requis, l'équipe pluridisciplinaire doit discuter des changements proposés aux interventions pharmacologiques et non pharmacologiques, en décrire les bienfaits et les risques, et réviser le plan de prise en charge de la douleur afin d'assurer des résultats sur la santé optimaux (OCSMC, 2010).

RECOMMANDATION 4.2

Communiquer et documenter les réactions de la personne au plan de prise en charge de la douleur

Niveau de données probantes = IIb

Discussion des données probantes :

La communication et la documentation par les infirmières permettent de soutenir les soins et le traitement prodigués par l'équipe pluridisciplinaire, la personne, sa famille et les aidants (Ordre des infirmières [OIIO], 2008; Crowe et al., 2008; RNAO, 2012a). La documentation des soins infirmiers est également une exigence professionnelle et prescrite par la loi, qui favorise :

- une prise en charge de la douleur sûre, efficace et éthique;
- la continuité des soins de toute l'équipe pluridisciplinaire.
- la communication :
 - du plan de soins;
 - des résultats de l'évaluation (voir la recommandation 1.5);
 - de l'efficacité des interventions mises en œuvre;
 - des renseignements fournis à la personne à propos de son état, du plan de soins, et des résultats de l'évaluation et de la réévaluation;
 - les mesures de suivi postréévaluation afin d'assurer des résultats sur la santé optimaux (OIIO, 2008).

- Une participation active de la personne, de sa famille et de ses aidants dans l'élaboration et la surveillance du plan de prise en charge de la douleur. Par exemple, dans la collectivité, un journal de la douleur peut aider la personne à communiquer avec les prestataires de soins de santé concernant sa douleur et ses réactions aux interventions (Action Cancer Ontario, 2008; OCSMC, 2010).

La documentation doit être accessible à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui prennent part aux soins de la personne (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIIC], 2008). La documentation permet de communiquer les activités liées aux soins de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire, comme l'évaluation, la planification et la mise en œuvre des interventions, et elle valide la surveillance et l'évaluation de la réaction de la personne et sa capacité à respecter le plan de soins et les mesures de suivi de l'équipe (voir les recommandations des sections 1.0, 2.0, 3.0) (Goldberg et Morrison, 2007; Jarzyna et al., 2011).

À l'opposé, l'absence d'une communication et d'une documentation claires de la prise en charge de la douleur (y compris la date et l'heure; le type de douleur, son intensité, son classement, son emplacement et sa qualité; les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques; et tout effet indésirable) affecte la capacité de l'infirmière et de l'équipe à évaluer l'efficacité du plan et à déterminer si des interventions différentes sont requises (AMDA, 2012; ANZCA, 2010; Action Cancer Ontario, 2008; OCSMC, 2010; RNAO, 2007; SIGN, 2008; Taddio et al., 2010).



Recommandations relatives à la formation

5.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION

RECOMMANDATION 5.1

Les établissements d'enseignement devraient incorporer cette ligne directrice, *Évaluation et prise en charge de la douleur*, (3^e édition), dans les programmes d'étude de base et pluridisciplinaires dans les programmes de formation pour infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et médecins, afin d'encourager les pratiques fondées sur les données probantes.

Niveau de données probantes = IIb

Discussion des données probantes :

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire jouent un rôle essentiel dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Il faut enseigner la théorie aux étudiantes en soins infirmiers et dans d'autres professions de la santé, afin qu'elles puissent démontrer, lorsqu'elles commencent à exercer leur profession, qu'elles possèdent les compétences cliniques nécessaires pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur, quel que soit le groupe de population ou l'établissement. Les programmes d'études canadiens devraient améliorer la formation sur la douleur, afin de s'assurer que les étudiantes acquièrent des compétences sur la douleur dès le début de leur pratique. Pour obtenir de plus amples informations sur les compétences et les éléments théoriques d'une évaluation et une prise en charge efficaces de la douleur, consultez les compétences sur la douleur au début de la pratique de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, disponibles à l'adresse <http://www.cna-aiic.ca/fr/devenir-infirmiere-autorisee/examen-dautorisation-infirmiere/cadre-des-competences> ainsi qu'au programme d'études en soins infirmiers de l'IASP [2012c], disponible à l'adresse <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Nursing>).

Une formation sur les répercussions éthiques et juridiques de ne pas évaluer, prendre en charge et surveiller la douleur, doit faire partie du programme d'études. Les programmes ne doivent pas se concentrer exclusivement sur les connaissances et les compétences; ils doivent également examiner les convictions des élèves-infirmières au sujet de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur, s'ils souhaitent appuyer des changements de longue durée à la pratique. De plus, les programmes doivent être actualisés régulièrement et les nouvelles connaissances, techniques et technologies doivent y être intégrées (ANZCA, 2010; RNAO, 2007). Selon Cummings et al (2011), un programme de formation réussi devrait inclure :

- une équipe pluridisciplinaire engagée composée d'experts sur le contenu;
- des documents pédagogiques déjà formulés;
- une approche normalisée de la prestation des documents pédagogiques.

Le groupe d'élaboration de la RNAO suggère d'incorporer la ligne directrice sur les pratiques exemplaires, *Évaluation et prise en charge de la douleur* (3^e édition) dans les programmes d'études pluridisciplinaires afin d'assurer que les professionnels de la santé reçoivent les connaissances fondées sur les données probantes, les outils et les compétences dont ils ont besoin pour évaluer et prendre en charge les personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur.

RECOMMANDATION 5.2

Incorporer le contenu des stratégies de transfert de connaissances dans les programmes de formation des prestataires de soins de santé, afin d'intégrer à la pratique les données probantes relatives à l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Niveau de données probantes = IIb

Discussion des données probantes :

Dans un examen systématique et une méta-analyse de l'efficacité des stratégies de transfert des connaissances visant à améliorer la prise en charge de la douleur liée au cancer, effectués par Cummings et al., (2011), le recours aux stratégies comme les programmes de formation, le suivi et l'affectation des ressources à l'intention des prestataires de soins de santé, des personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur et de leurs aidants a permis d'améliorer les connaissances, les compétences et les convictions relatives à la douleur et a entraîné une prise en charge de la douleur considérablement meilleure. Tous les programmes de formation devraient inclure du contenu relatif aux stratégies de transfert des connaissances afin d'améliorer la sensibilisation des prestataires de soins de santé et leur compréhension de la manière de mettre la recherche (lignes directrices sur les pratiques exemplaires) en pratique, en raison du potentiel d'amélioration des résultats sur la santé (Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC], 2009).

La RNAO, dans sa *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition* (RNAO, 2012b), et les IRSC (2009) décrivent le transfert des connaissances comme un processus dynamique et itératif, qui peut entraîner une amélioration des résultats sur la santé. Le recours au processus de transfert des connaissances et aux différentes stratégies visant à favoriser les interrogations et la synthèse des connaissances, la diffusion des connaissances et les pratiques exemplaires, ainsi qu'à soutenir l'échange et la mise en pratique de connaissances contextuelles et éthiques sur la douleur, peut aider les prestataires de soins de santé à améliorer les pratiques en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur (IRSC, 2009; Peter et Watt-Watson, 2002; RNAO, 2012b).

RECOMMANDATION 5.3

Favoriser l'éducation et la collaboration pluridisciplinaires relatives à l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans les établissements universitaires.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes :

Dans les programmes d'études pluridisciplinaire, les étudiants apprennent à travailler en collaboration en tant qu'équipe pluridisciplinaire. Les prestataires de soins de santé efficaces sont des praticiens coopératifs qui comprennent l'importance de collaborer avec leurs collègues, la personne, sa famille et ses aidants afin d'atteindre des résultats optimaux en matière de sécurité et de douleur (Irajpour, 2006; Kavanagh, Watt-Watson, et Stevens, 2007; Watt-Watson, Siddall, et Carr, 2012).

Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) s'efforce d'améliorer les soins pluridisciplinaires au niveau clinique et organisationnel, en mettant l'accent sur des initiatives qui aideront les prestataires de soins de santé à établir des relations significatives dans le but d'améliorer les résultats relatifs aux soins. Des renseignements supplémentaires sur les ressources et les initiatives du CPIS pour la formation et la collaboration pluridisciplinaires sont disponibles à l'adresse <http://www.cihc.ca>.

Selon des essais contrôlés randomisés, les professionnels présentent des connaissances, des convictions et des compétences améliorées en matière d'élaboration de plans de soins de prise en charge de la douleur, avec une approche et une stratégie pluridisciplinaires (Watt-Watson et al., 2004; Watt-Watson et al., 2009). En 2002, le Centre for the Study of Pain de l'Université de Toronto a élaboré, mis en œuvre et évalué un curriculum pluridisciplinaire obligatoire de 20 heures sur la douleur (Hunter et al., 2008; Watt-Watson et al., 2004). Des renseignements supplémentaires sur le contenu de ce curriculum sont disponibles à l'adresse <http://www.utoronto.ca/pain/research/interfaculty-curriculum.html>. L'IASP (2012c) a élaboré les grandes lignes d'un curriculum pluridisciplinaire sur la douleur pour reconnaître l'importance de l'apprentissage pluridisciplinaire pour l'élaboration de résultats efficaces en matière de prise en charge de la douleur (voir la recommandation 5.1). Des compétences fondamentales en matière de douleur, qui sont essentielles pour tous les professionnels de la santé, sont maintenant disponibles pour appuyer le document de l'IASP (Fishman et al., 2013).

RECOMMANDATION 5.4

Les professionnels de la santé devraient participer à des programmes de formation continue afin d'améliorer leurs connaissances et leurs aptitudes spécifiques afin qu'ils puissent évaluer et prendre en charge la douleur de façon compétente, en se fondant sur la présente ligne directrice, *Évaluation et prise en charge de la douleur (3^e édition)*.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

L'évaluation et la prise en charge de la douleur chez les personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur est un processus complexe et dynamique, qui nécessite une équipe de professionnels de la santé qui possèdent des connaissances et des compétences spécialisées. Les connaissances et les compétences requises pour évaluer et gérer tous les aspects de l'évaluation et la prise en charge de la douleur ne peuvent pas être mises en pratique par les étudiants dans un programme de débutant. Les professionnels de la santé devraient donc suivre des cours de formation professionnelle accrédités afin d'obtenir une formation sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur, avec le soutien (temps, accès et financement) de leur organisation de soins de santé. L'équipe devrait adopter une approche axée sur la personne^G et posséder des connaissances solides qui leur permettront de résoudre les problèmes et de s'assurer que leur travail est fondé sur les données probantes et concorde avec les politiques et les procédures de l'organisation.

Veillez consulter l'**annexe D** pour obtenir une liste de sites Web qui présentent des ressources et des renseignements qui appuient l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

6.0 RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT ET AUX RÈGLEMENTS

RECOMMANDATION 6.1

Établir l'évaluation et la prise en charge de la douleur en tant que priorité clinique stratégique.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

Les organisations doivent reconnaître que chaque personne a le droit de bénéficier de la meilleure prise en charge de la douleur possible (Société canadienne pour le traitement de la douleur, 2010). Les organisations doivent faire de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur une priorité stratégique (voir la section Contexte pour la prévalence et les répercussions d'une prise en charge inadéquate de la douleur), afin d'assurer des résultats sûrs et efficaces en matière de soins (ANZCA, 2010; Czarnecki et al., 2011; IASP, 2012b).

Pour ce faire, les organisations doivent se doter :

- de normes, de politiques et de procédures afin d'évaluer et prendre en charge la douleur de façon efficace;
- d'outils normalisés pour la documentation et la communication des stratégies et des résultats relatifs à l'évaluation et la prise en charge de la douleur;
- d'une utilisation uniforme d'outils d'évaluation validés par toutes les équipes et dans tous les établissements, qui sont appropriés pour des populations et des contextes de soins spécifiques;
- d'une formation sur la douleur qui inclut une orientation du nouveau personnel relative aux politiques, aux pratiques et aux procédures de l'organisation en matière de prise en charge de la douleur et au perfectionnement professionnel continu;
- d'initiatives continues d'amélioration de la qualité, afin d'évaluer les processus et les résultats en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur.

L'intégration de formulaires d'évaluation dans les processus et les systèmes de documentation peut également aider le personnel à parcourir les étapes requises pour évaluer et prendre en charge la douleur de façon efficace (Courtenay et Carey, 2008; Goldberg et Morrison, 2007; Irajpour, Norman, et Griffiths, 2006; Twycross, 2010; RNAO, 2007).

RECOMMANDATION 6.2

Établir un modèle de soins visant à appuyer la collaboration pluridisciplinaire pour l'évaluation et la prise en charge efficaces de la douleur.

Niveau de données probantes = IIb

Discussion des données probantes :

Pour appuyer des résultats sur la santé positifs et la satisfaction avec la prise en charge de la douleur, les organisations doivent adopter des modèles de soins qui soutiennent la communication et la collaboration au sein de l'équipe pluridisciplinaire (voir les recommandations dans les sections 1.0, 2.0, 3.0, 4.0, et 5.0 pour vous renseigner sur l'importance de la collaboration au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur). Le modèle de soins devrait appuyer le recours de l'équipe pluridisciplinaire aux procédures et aux politiques officialisées, ainsi qu'aux processus de soins intégrés par l'entremise des protocoles cliniques; il doit également favoriser la consultation entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et la formation de ceux-ci, afin d'obtenir des résultats optimaux associés à l'évaluation et la prise en charge de la douleur (Brink-Huis, van Achterberg, et Schoonhoven, 2008; Dewar, 2006).

Swafford, Miller, Tsai, Herr, et Ersek (2009) et Dewar (2006) fournissent des données probantes à l'appui de l'adoption de ces pratiques par les organisations :

- le recours à des spécialistes de la douleur ou à des consultants dans le cas de problèmes complexes liés à la douleur;
- la création de « champions » de la douleur;
- le recours à des outils normalisés de prise de décisions cliniques fondés sur les données probantes pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur;
- faire participer les intervenants clés de l'organisation lors de l'examen de changements aux soins en matière de douleur;
- effectuer des exercices de développement d'un esprit d'équipe afin d'améliorer la communication entre les infirmières et les autres membres des équipes pluridisciplinaires;
- évaluation régulière des processus et des résultats en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur à l'aide d'indicateurs de la qualité de la douleur;
- examen régulier des répercussions des facteurs suivants sur le caractère optimal des résultats : 1) modèle de soins; 2) combinaison de compétences du personnel; 3) initiatives de formation pour le personnel pluridisciplinaire; et 4) documents pédagogiques utilisés pour les personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur.

RECOMMANDATION 6.3

Avoir recours au processus de transfert des connaissances et des stratégies à plusieurs volets au sein des organisations, pour aider les prestataires de soins de santé à utiliser les meilleures données probantes disponibles sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans leur pratique.

Niveau de données probantes = III

Discussion des données probantes :

Les organisations peuvent avoir recours au processus de transfert des connaissances et à la variété de stratégies disponibles dans ce domaine pour influencer l'adoption des pratiques exemplaires en matière de prise en charge de la douleur par les prestataires de soins de santé afin d'améliorer les résultats pour les personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur et la satisfaction de ces personnes (Goldberg et Morrison, 2007; RNAO, 2012b; Zhu et al., 2012).

Parmi les stratégies efficaces de transfert des connaissances utilisées dans les organisations pour améliorer l'adoption des pratiques exemplaires associées à l'évaluation et la prise en charge de la douleur, on peut citer :

- le développement de champions de la douleur au sein de l'organisation;
- l'identification de connaissances et de compétences clés associées à la prise en charge efficace de la douleur;
- le recours aux lignes directrices sur les pratiques exemplaires;
- l'identification de facilitateurs qui peuvent maximiser le recours aux pratiques exemplaires pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur;
- l'introduction des prestataires de soins de santé et des personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur à différentes sources d'information sur les manières de faire face à la douleur, y compris un apprentissage, des vidéos et des documents disponibles sur Internet (Goldberg et Morrison, 2007; RNAO, 2012a; Zhu et al., 2012).

Différentes stratégies de transfert de connaissances sont efficaces pour différents groupes ou dans différents contextes; l'organisation doit en tenir compte lors de la conception de programmes visant à échanger de l'information et à améliorer la pratique. Les organisations doivent évaluer quelles ressources et structures soutiendront l'utilisation soutenue des pratiques exemplaires par les équipes de santé. Des options comme les systèmes de documentation, les alertes relatives à la pratique, les vérifications de la qualité, les commentaires et l'éducation continue peuvent toutes s'avérer appropriées à différents moments (RCN, 2009; Zhu et al., 2012).

RECOMMANDATION 6.4

Avoir recours à une approche systématique de la mise en place de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires *Évaluation et prise en charge de la douleur (3^e édition)* et fournir les ressources et les soutiens organisationnels et administratifs adéquats pour favoriser son adoption.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes :

La RNAO a demandé à un groupe composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs d'élaborer la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition)* (RNAO, 2012b), qui se sert des données probantes disponibles, les perspectives théoriques et le consensus^G d'experts. La *Trousse* est conçue pour vous aider à mettre en œuvre les lignes directrices avec succès. Nous vous recommandons fortement d'utiliser la *Trousse* lors de la mise en œuvre de cette ligne directrice (voir l'[annexe P](#)).

Un plan organisationnel efficace pour la mise en œuvre des lignes directrices comprend les éléments suivants :

- évaluer si l'organisation est prête pour la mise en œuvre et les obstacles à celle-ci;
- faire participer tous les membres à la mise en œuvre, directement ou dans un rôle de soutien;
- renforcer l'importance des pratiques exemplaires grâce à une formation continue;
- nommer une ou plusieurs personnes qualifiées pour appuyer le processus d'éducation et de mise en œuvre;
- offrir des possibilités de réflexion personnelle et organisationnelle en matière de mise en place des lignes directrices.

Lacunes relatives à la recherche et implications futures

En examinant les données probantes pour cette édition de la ligne directrice, le groupe d'élaboration de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a identifié les domaines suivants comme étant prioritaires pour la recherche. Ils sont classés dans quelques groupes généraux, à savoir la pratique, les résultats et la recherche sur le système de santé (voir le tableau 6).

Tableau 6. Domaines prioritaires pour la pratique, les résultats et la recherche sur le système de santé

CATÉGORIE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
Recherche sur la pratique	Utilisation d'outils d'évaluation de la douleur chez des personnes incapables d'autodéclarer leur douleur pendant toute leur vie.
	Approches de l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans les établissements résidentiels de soins de longue durée.
	Contenu efficace du curriculum pluridisciplinaire sur la douleur, stratégies d'enseignement et durée du cours ou du programme requise pour permettre aux prestataires de soins de santé d'acquérir les connaissances et les aptitudes requises pour mettre en pratique les compétences relatives à la douleur et un perfectionnement professionnel continu sur la prise en charge de la douleur.
Recherche relative aux résultats	Répercussions de la participation de la famille ou des aidants sur l'efficacité de la prise en charge de la douleur par la personne elle-même.
	Répercussions du recours aux outils d'évaluation de la douleur chez les personnes qui sont incapables d'autodéclarer sur les pratiques relatives à la douleur et les résultats cliniques.
	Efficacité de certaines stratégies pharmacologiques, physiques et psychologiques de soulagement de la douleur pendant la vie de la personne.
	Évaluation de l'efficacité des stratégies de transfert des connaissances en ce qui concerne la mise en pratique des données probantes sur la prise en charge de la douleur.
Recherche relative au système de santé	Répercussions des systèmes de documentation électronique sur les pratiques relatives à l'évaluation et la prise en charge de la douleur et les résultats sur la santé.
	Évaluation des structures organisationnelles afin d'améliorer les résultats relatifs à la douleur.
	Identification d'instruments normalisés afin d'évaluer l'efficacité des programmes de formation et d'enseignement pour un apprentissage efficace du contenu du curriculum et des compétences en matière de pratiques relatives à la douleur.

Bien qu'elle ne soit pas complète, cette liste constitue une tentative d'identifier et de classer la recherche requise dans ce domaine. Bon nombre de nos recommandations sont fondées sur les données probantes quantitatives et qualitatives issues de la recherche. D'autres recommandations sont fondées sur des consensus ou des avis d'experts. D'autres travaux de recherche de fond sont nécessaires pour que les avis d'experts puissent être validés. De meilleures données probantes mèneront à une meilleure pratique et de meilleurs résultats pour les personnes dont la douleur doit être évaluée et prise en charge.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre de la ligne directrice au chevet du patient est multidimensionnelle et stimulante à tous les niveaux : la sensibilisation aux lignes directrices et leur distribution ne suffisent pas à convaincre les gens à changer leur pratique. Les lignes directrices doivent être adoptées pour chaque établissement de manière systématique et participative, afin de s'assurer que les recommandations conviennent au contexte local (Straus, Tetroe, et Graham, 2009). Notre *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition)* (RNAO, 2012b) procure un processus fondé sur les faits qui permet d'y parvenir.

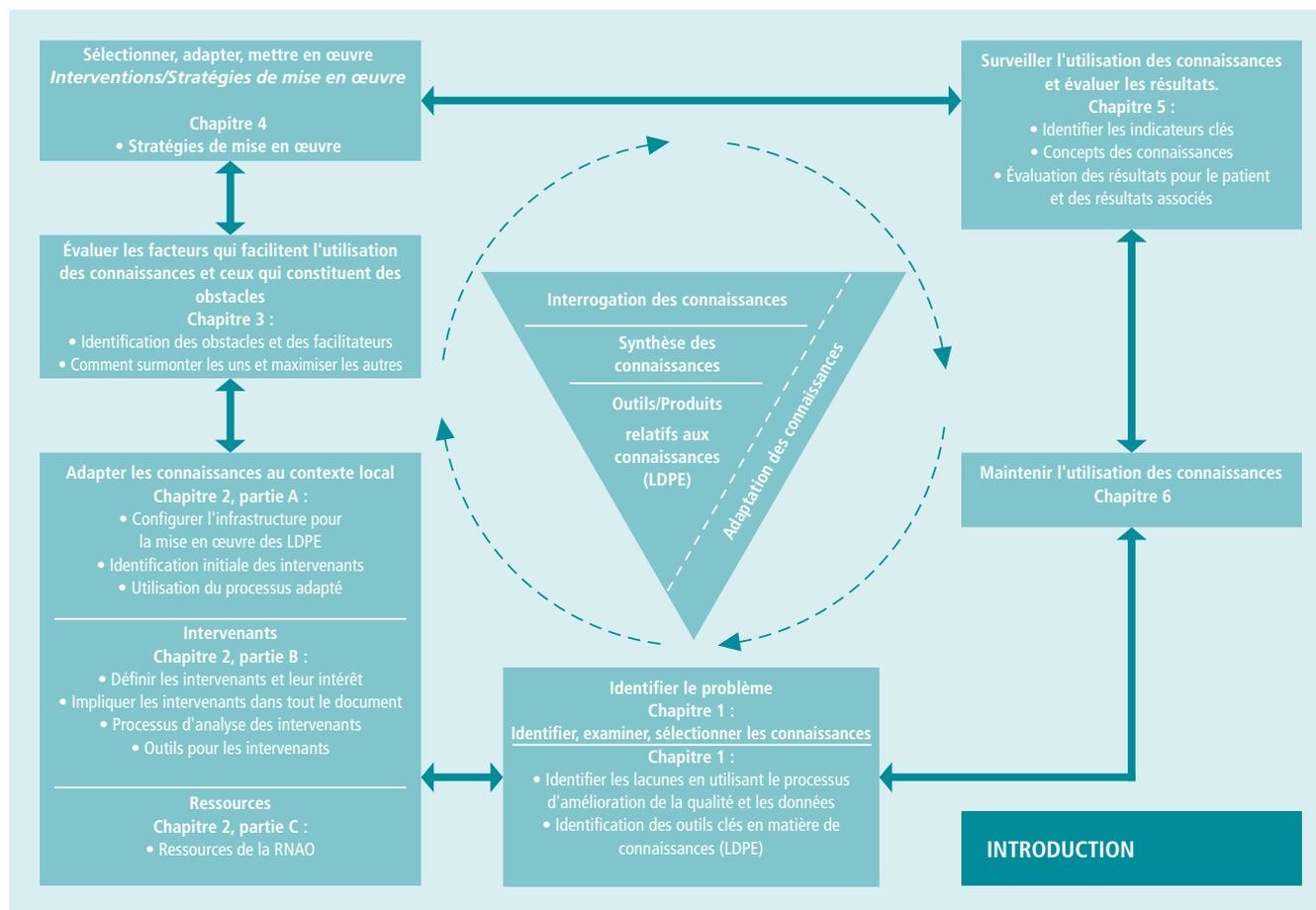
La *Trousse* est fondée sur les données émergentes que l'adoption réussie des pratiques exemplaires dans les soins de santé est plus probable dans les situations suivantes :

- les dirigeants de tous les niveaux se sont engagés à appuyer la mise en œuvre de la ligne directrice;
- les lignes directrices à mettre en œuvre sont sélectionnées dans le cadre d'un processus systématique et participatif;
- les intervenants pour qui la ligne directrice est pertinente sont identifiés et participent à la mise en œuvre;
- la préparation environnementale est évaluée avant la mise en œuvre des lignes directrices;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles à l'utilisation de la ligne directrice et les éléments qui en facilitent l'utilisation sont évalués et abordés;
- des interventions visant à favoriser l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- l'utilisation de la ligne directrice est surveillée et soutenue systématiquement;
- l'évaluation des répercussions de la ligne directrice est intégrée au processus;
- des ressources suffisantes sont disponibles pour effectuer tous les aspects de la mise en œuvre.

La *Trousse* a recours à un modèle des connaissances à l'action, présenté ci-dessous, qui illustre le processus de choix d'une ligne directrice dans le triangle central et qui suit des instructions étape par étape pour la mise en œuvre locale des recommandations.



Figure 2. Cadre « des connaissances à l'action » révisé



Remarque. Adapté de Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M. et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In : S. Straus, J. Tetroe et I.D. Graham (éditeurs). *Knowledge translation in health care* (p. 151-159). Oxford, R.-U. : Wiley-Blackwell

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) s'est engagée à assurer un déploiement et une mise en œuvre à grande échelle de ses lignes directrices. Nous avons recours à une approche coordonnée de la diffusion, qui incorpore différentes stratégies, y compris le réseau des champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers, qui développe la capacité de chaque infirmière à favoriser la sensibilisation, la connaissance et l'adoption des LDPE: ainsi que la désignation d'« organisation phare pour les pratiques exemplaires » (BPSO®), qui appuie la mise en œuvre au niveau de l'organisation et du système. Les BPSO travaillent essentiellement pour la création de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » plusieurs lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO. De plus, nous proposons tous les ans des instituts d'apprentissage sur différentes lignes directrices et leur mise en œuvre afin de renforcer les capacités. (RNAO, 2012b, p. 19-20).

Vous trouverez des renseignements concernant nos stratégies de mise en œuvre aux endroits suivants :

- Réseau de champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO : <http://rnao.ca/bpg/get-involved/champions>
- Organisations vedettes des pratiques exemplaires de la RNAO) : <http://rnao.ca/bpg/bpsos>
- Les instituts de renforcement des capacités de la RNAO et les autres occasions de perfectionnement professionnel : <http://rnao.ca/events>
- Les modèles d'ordonnances en soins infirmiers de la RNAO en tant qu'outil de facilitation de la mise en œuvre des LDPE; prière d'envoyer un courriel à BNOS@rnao.ca.

Évaluation et surveillance de cette ligne directrice

Au fur et à mesure que vous mettez en œuvre les recommandations présentées dans cette ligne directrice, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous en surveillerez et évaluerez la mise en œuvre et les répercussions.

Le tableau 7 est fondé sur un cadre décrit dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition)*, (RNAO, 2012b) et résume quelques indicateurs proposés relativement à la surveillance et à l'évaluation de cette ligne directrice.

TABLEAU 7. Indicateurs de la structure, du processus et des résultats pour la surveillance et l'évaluation de cette ligne directrice

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Objectifs	Évaluer les soutiens dans l'organisation qui permettent aux infirmières et à l'équipe pluridisciplinaire d'intégrer dans leur pratique l'évaluation et la prise en charge de la douleur.	Évaluer les changements, au niveau de la pratique, qui mènent à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.	Évaluer les répercussions de la mise en œuvre des recommandations présentées dans la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.
Système	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen des pratiques exemplaires associées à l'évaluation et la prise en charge de la douleur par un comité au niveau du système, chargé de la qualité des soins dans tout le système de santé. ■ Disponibilité des ressources en matière de formation dans les établissements universitaires pour les programmes de perfectionnement professionnel (p. ex., soins infirmiers, médecine), qui cadrent avec les pratiques exemplaires en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboration de systèmes qui encouragent les organisations de soins de santé à adopter des politiques et des procédures qui cadrent avec les pratiques exemplaires en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur. ■ Procédures et processus concrets afin de veiller à ce que les programmes de perfectionnement des professionnels de la santé offerts dans les établissements universitaires sont actualisés afin de présenter les pratiques exemplaires en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indications de résultats dans le système de santé qui sont associés à des pratiques sûres et efficaces en matière de prise en charge de la douleur. ■ Soutien pour permettre aux professionnels de la santé d'acquérir les compétences fondamentales associées à l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Établissement/Unité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examen des recommandations sur les pratiques exemplaires par les comités d'organisation responsables des politiques et des procédures. ■ Examen de la validité des outils d'évaluation de la douleur qui seront utilisés au sein de l'organisation par les infirmières et l'équipe pluridisciplinaire. ■ Disponibilité d'une formation pour les personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur, ainsi que pour leur famille et leurs aidants, qui cadre avec les recommandations associées aux meilleures pratiques. ■ Prestation de personnes-ressources que les infirmières et les équipes pluridisciplinaires pourront consulter pour obtenir leur aide pendant et après la période initiale de mise en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboration de formulaires ou de systèmes qui favoriseront la documentation des évaluations et de la prise en charge de la douleur. ■ Élaboration de procédures d'évaluation des outils qui seront utilisés au sein de l'organisation, en fonction de la population servie (bébés, enfants, adultes, aînés). ■ Procédures concrètes qui encouragent la diffusion et l'adoption d'information afin de renseigner les personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur, leur famille et leurs aidants. ■ Des procédures concrètes sont en place pour faire des aiguillages internes et externes vers des personnes-ressources en matière de prise en charge de la douleur et de services. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incorporation de l'évaluation et la prise en charge de la douleur dans les programmes d'orientation du personnel. ■ Adoption d'outils normalisés valides d'évaluation de la douleur. ■ Aiguillages internes ou externes pour consultations.

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Prestataire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage de prestataires de soins de santé qui assistent à des séances sur les pratiques exemplaires en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Connaissance autoévaluée de l'évaluation et la prise en charge de la douleur. ■ Niveaux moyens de connaissance autodéclarée des ressources et des services internes et externes pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur. ■ Connaissance et utilisation moyennes autodéclarées des outils validés de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur. ■ Connaissance moyenne autodéclarée des ressources de formation disponibles pour les personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indications que les dossiers conservés sur les personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur cadrent avec les recommandations. ■ Les personnes qui ressentent une douleur complexe sont aiguillées vers les ressources et les services nécessaires au sein de l'organisation ou de la communauté. <p>Indications que l'éducation et la diffusion d'information et de ressources sur la douleur autogérée sont disponibles pour les personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur, ainsi que pour leur famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Des renseignements et du soutien sont fournis aux personnes qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur, ainsi qu'à leur famille et leurs aidants. ■ Satisfaction de la personne et de sa famille.
Personne	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage de personnes admises à l'unité ou l'établissement qui ressentent ou risquent de ressentir n'importe quel type de douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage de personnes chez qui la présence de douleur a été évaluée et qui ont été traitées pour la douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Amélioration de la qualité de vie ou de la satisfaction. ■ Pourcentage de personnes satisfaites de leur niveau d'implication avec le plan de prise en charge de la douleur. ■ Pourcentage de personnes qui respectent le plan de prise en charge de la douleur. ■ Pourcentage de personnes qui ressentent une douleur complexe qui ont été aiguillées vers des services de prise en charge de la douleur et qui ont obtenu une consultation.

NIVEAU DE L'INDICATEUR	STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
Coûts financiers	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir des ressources financières adéquates pour la dotation en personnel qui est nécessaire à la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice. 	<p>Coûts liés à la mise en œuvre de la ligne directrice :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Formation et accès à un soutien à même le milieu de travail. ■ Nouveaux systèmes de documentation. ■ Systèmes de soutien. ■ Coûts liés aux ressources et aux services qui soutiennent l'évaluation et la prise en charge de la douleur (p. ex., outils d'évaluation; documents de formation; éducation continue des équipes de santé; spécialistes en prise en charge de la douleur complexe; interventions pharmacologiques et non pharmacologiques de prise en charge de la douleur). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coût-efficacité et efficacité des traitements. ■ Utilisation globale des ressources. ■ Durée du séjour au sein du système de santé. ■ Taux de réadmission à l'hôpital en raison d'une prise en charge inadéquate de la douleur. ■ Autogestion de la douleur au sein de la communauté.

*Ces indicateurs du processus et des résultats sont tirés du dictionnaire de données NQuIRE[®] pour la ligne directrice sur les pratiques exemplaires *Évaluation et prise en charge de la douleur* (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii), 2012). Les lettres NQuIRE sont l'acronyme de Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation[®], soit « indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation ». Le projet NQuIRE a été créé pour permettre aux organisations phares pour les pratiques exemplaires (BPSO[®]) de réaliser une surveillance systématique des progrès accomplis et d'évaluer les résultats de la mise en œuvre des LDPE de la RNAO au sein de leur établissement. Pour obtenir de plus amples informations, rendez-vous à l'adresse <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire>.

Une évaluation objective peut être réalisée par l'entremise d'un examen régulier des modèles d'ordonnances de soins infirmiers^G (un groupe d'interventions fondées sur les données probantes qui sont spécifiques au domaine des soins infirmiers) et leur effet sur les résultats sur la santé de la personne. Les modèles d'ordonnances de soins infirmiers incorporés dans les systèmes d'information clinique simplifient ce processus, grâce à la saisie électronique des données. Pour obtenir de plus amples informations, rendez-vous à l'adresse <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets>.

Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario s'engage à mettre à jour ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires tel que c'est indiqué ci-dessous :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine tous les cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel affecté au Centre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires surveillera régulièrement la publication de nouveaux examens systématiques, d'essais comparatifs randomisés, et d'autres ouvrages pertinents dans le domaine.
3. Selon les résultats de cette surveillance, le personnel peut recommander une révision plus rapide. On consultera de manière adéquate une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine, qui apporteront leur point de vue afin de prendre la décision d'examiner et de réviser (ou non) la ligne directrice avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commencera la planification du processus de révision comme suit :
 - a) Invitation de spécialistes du domaine à se joindre au groupe d'experts, lequel sera formé de membres du groupe initial et d'autres spécialistes et experts recommandés.
 - b) Compilation des commentaires reçus et des questions rencontrées pendant l'étape de mise en œuvre, y compris les commentaires et les expériences des organisations phares pour les pratiques exemplaires et des autres sites de mise en œuvre au sein des établissements.
 - c) Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique dans le domaine et examen systématique des données probantes.
 - d) Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus pour l'élaboration de la nouvelle édition de la ligne directrice.
5. La nouvelle version de la ligne directrice élaborée sera diffusée selon les structures et les processus établis.



Liste de références bibliographiques

Action Cancer Ontario. (2008). *Practice Evidence-Based Series #16-2. Cancer-related pain management: A report of evidence-based recommendations to guide practice*. Consulté à l'adresse <http://www.cancercare.on.ca>

Agrément Canada. (2011). Normes relatives à la prise en charge de la douleur du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Consulté à l'adresse <http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/Standards-Statement-CCHSA.pdf>

Al-Atiyat, N.M.H. (2008). Patient-related barriers to effective cancer pain management. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(4), 198-204.

American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in *Older Persons (AGS)*. (2009). *Pharmacological management of persistent pain in older persons*. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1331-1346.

American Medical Directors Association (AMDA). (2012). *Pain management in the long term care setting*. Columbia (MD) : American Medical Directors Association (AMDA).

Anand, K. J., Aranda, J. V., Berde, C. B., Buckman, S., Capparelli, E. V., Carlo, W., ... Walco, G. A. (2006). Summary proceedings from the neonatal pain-control group. *Pediatrics*, 117 (3), S9-S22.

Anand, K. J., et Craig, K. D. (1996, 1998). Perspectives on the definition of pain (éditorial). *Pain*, 67(1), 209-211.

Anand, K. J. S. (1999). Effects of perinatal pain and stress. *Progress in Brain Research*, 122, 117-129.

Andersen, K., et Kehlet, H. (2011). Persistent pain after breast cancer treatment: A critical review of risk factors and strategies for prevention. *The Journal of Pain*, 12(7), 725-746.

Arbour, C., et Gélinas, C. (2010). Setting goals for pain management when using a behavioural scale: Example with the critical-care pain observation tool. *Critical Care Nurse*, 31(6), 66-8.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (1993). *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2006). *Client Centred Care*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2007). *Assessment and management of pain*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO).

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2009). *Supporting persons on Methadone maintenance treatment*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012a). *Facilitating Person Centred Learning*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012b). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines (2e éd.)*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii) (2012). *NQURE® data dictionary: Assessment and management of pain*. Toronto : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Madrid: Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii).

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2008). Code of Ethics for Registered Nurses. Consulté à l'adresse http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2012). Competencies 2012-2015. Consulté à l'adresse <http://www.cna-aiic.ca/en/becoming-an-rn/rn-exam/competencies/>

Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP). (2012a). IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing. Consulté à l'adresse <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Nursing>

Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP). (2012b). Desirable characteristics of national pain strategies: Recommendations by the International Association for the Study of Pain. Consulté à l'adresse <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/Advocacy/DesirableCharacteristicsOfNationalPainStrategies/default.htm>

Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP). (2012c). Pain Terminology. Consulté à l'adresse http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions

Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (ANZCA). (1993). *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Consulté à l'adresse : <http://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/pdfs/Acute%20Pain%20Management/books-and-publications/acutepain.pdf>

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C., et Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), p. 11-20.

Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gelin, C., Dasta J. F.,...Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306.

Bell, L., et Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: A literature review. *British Journal of Nursing*, 18(3), 153-156.

Bennett, M. I., Attal, N., Backonja, M. M., Baron, R., Bouhassira, D., Freynhagen, R.,...Jensen, T. S. (2007). Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain*, 127(3), 199-203.

Bennett, M. I., Smith, B. H., Torrance, N., et Potter, J. (2005). The S-LANSS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: Validation for use in clinical and postal research. *Journal of Pain*, (6), 149-158.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., et Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), p. 236-248.

Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J.,...Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, 114, 29-36.

Breau, L. M., McGrath, P. J., Camfield, C.S., et Finley, G.A. (2002). Psychometric properties of the non-communicating children's pain checklist-revised. *Pain*, 99, 349-57.

Brink-Huis, A., van Achterberg, T., et Schoonhoven, L. (2008). Pain management: A review of organisational models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 1986-2000.

Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G.,...Zitzelsberger, L., pour le AGREE Next Steps Consortium. (1993). AGREEII: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 162(18), E839-42.

- Brown, D.N., McCormack, B.G., et McGarvey, H. (2005). Factors influencing the control of post-operative pain in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 149-156.
- Brummelte, S., Grunau, R. E., Chau, V., Poskitt, K. J., Brant, R., Vinall, J.,...Miller, S. P. (2012). *Procedural pain and brain development in premature newborns*. *Annals of Neurology*, 71(3), 385-396.
- Canadian Pain Coalition. (2012). *Pain in Canada Fact Sheet*. Canadian Pain Society. Consulté à l'adresse http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/pain_fact_sheet_en.pdf
- Canadian Pain Society. (1993). Inclusion of pain management in the AIM1 Standards. Consulté à l'adresse http://www.canadianpainsociety.ca/en/about_policy.html
- Castillo-Bueno M. D., Moreno-Pina J. P., Martínez-Puente M. V., Artiles-Suárez M. M., Company-Sancho M. C, García-Andrés, et al. (1993). Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: A systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 8(28), 1112–1168.
- Chambers, C. T., Taddio, A., Uman, L. S., McMurtry, C. M., et Team, H. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: a systematic review. *Clinical Therapeutics*, 31 (2), 577-5103.
- Chanques, G., Jaber, S., Barbotte, E. Violet, S., Sebbane, M., Perrigault, P-F,...Eledjam, J-J. (2006). Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(6), 1691-1699.
- Chanques, G., Payen, J. F., Mercier, G., de Lattre, S., Viel, E., Jung, B.,...Jaber S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self-report: An adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Medicine*, 35, 2060-2067.
- Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A., ...Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project – Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthesia*, 57, 539–548.
- Cignaccio, E., Hamers, J. P. H., Staffel, L., van Lingen, R. A., Gessler, P., McDougal, J., et Nelle, M. (2007). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. *European Journal of Pain*, 11, 139-152.
- Cleeland, C. S., et Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 23(2), 129–38.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2009). Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada. Consulté à l'adresse <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/Reports.aspx>
- Cornally, N., et McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour for the treatment of chronic pain. *British Journal of Community Nursing*, 16(2), 90-98.
- Coskun, V., et Anand, K. J. S. (2000). Development of supraspinal pain processing. *Pain Research and Clinical Management*, 10, 23-54.
- Courtenay, M., et Carey, N. (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 2001-2013.
- Craig, K. D. (1998). The facial display of pain. *Progress in Pain Research and Management*, 10, 103-122.
- Crowe, L., Chang, A., Fraser, J.A., Gaskill, D., Nash, R., et Wallace, K. (2008). Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(4), 396-430

- Crowley, M. A., Storer, A., Heaton, K., Naccarato, M. K., Proehl, J. A., Moretz, J. D., et Li, S. (2011). Emergency nursing resource: Needle-related procedural pain in pediatric patients in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 246-251.
- Cummings, C. G., Olivo, S. A., Biondo, P. D., Stiles, C. R., Yurtseven, O., Fainsinger, R. L., et Hagen, N. A. (2011). *Effectiveness of knowledge translation interventions to improve cancer pain management*. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(5), 915-939.
- Curry Narayan, M. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. *American Journal of Nursing*, 110(4), 38 – 47.
- Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., et Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(2), 95-111
- Deandrea, S., Montanari, M., Moja, L., et Apolone, G. (2008). Prevalence of under treatment of cancer pain. *Annals of Oncology*, 19, 1985-1991.
- Dewar, A. (2006). Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 33-38.
- Duhn, L. J., et Medves, J. M. (2004). A systematic integrative review of infant pain assessment tools. *Advances in Neonatal care*, 4(3), 126-40.
- Eccleston, C., Williams, A. C. D. C., et Morley, S. (2013). *Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-108. Art. n°: CD007407.
- Feldt, K. S. (2000). *The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI)*. *Pain Management Nursing*, 1(1),13-21.
- Field, M. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC : National Academy Press.
- Fishman, S. M., Young, H. M., Arwood, E. L., Chou, R., Herr, K., Murinson, B. B.,...Strassels, S. A. (2013). Core competencies for pain management: Results of an interprofessional consensus summit. *Pain Medicine*, 14, 971–981.
- Fleiss, J. L., Levin, B., et Paik, M.C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions* (3e éd.). New York : John Wiley & Sons.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Conceptualizing and combining evidence*. Consulté à l'adresse www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition
- Fuchs-Lacelle, S., et Hadistavropolous, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing*, 5(1), 37-49.
- Gale Encyclopedia of Medicine©. (2008). Definition of Relaxation Technique. The Gale Group, Inc. Consulté à l'adresse <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Relaxation+technique>
- Goldberg, G. R., et Morrison, R. S. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1792–1801.
- Guideline Development Group (GDG). (2008). *The recognition and assessment of acute pain in children*. Royal College of Nursing, Londres, Royaume-Uni. Consulté à l'adresse <http://www.rcn.org.uk/development/practice/clinicalguidelines/pain>
- Gélinas, C. (2010). Nurses' evaluations of the feasibility and the clinical utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. *Pain Management Nursing*, 11(2), 115-125.

- Gélinas, C., et Johnston, C. (2007). Pain assessment in *the critically ill ventilated adult*: Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiological indicators. *The Clinical Journal of Pain*, 23(6), 497-505.
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., et Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15(4), 420-427.
- Gélinas, C., Harel, F., Fillion, L., Puntillo, K. A., et Johnston, C. C. (2009). Sensitivity and specificity of the critical-care pain observation tool for the detection of pain in intubated adults after cardiac surgery. *Journal of Pain & Symptom Management*, 37(1), 58-67.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R.,...Williams, J. (2006). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clinical Journal of Pain* 23(1), 51-43.
- Hadjistavropoulos, T., Marchildon, G., Fine, P., Herr, K., Palley, H., Kaasalainen, S., et Beland, F. (2009). Transforming long-term care pain management in North America: The policy *clinical interface*. *Pain Medicine*, 10, 506-520.
- Harrison, D., Bueno, M., Yamada, J., Adams-Webber, T., et Stevens, B. (2010). Analgesic effects of sweet-tasting solutions for infants: Current state of equipoise. *Pediatrics*, 126(5), 894-902.
- Harrison, D., Stevens, B., Bueno, M., Yamada, J., Adams-Webber, T., Beyene, J., et Ohlsson, A. (2010). Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 95(6), 406-413.
- Hatfield, L. A., Chang, K., Bittle, M., Deluca, J., et Polomano, R. C. (2011). The analgesic properties of intraoral sucrose: An integrative review. *Advances in Neonatal Care*, 11(2), 83-92.
- Health Care Innovation Workgroup. (2012). From Innovation to Action: *The First Report of the Health Care Innovation Working Group*. p. 14. Consulté à l'adresse <http://www.councilofthefederation.ca/keyinitiatives/Healthcare.html>
- Herr, K., Bursch, H., Miller, L.L., et Swafford, K. (2010). Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: Expert consensus recommendations for practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3), 18-29.
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., et Merkel, S. (2011). *Pain assessment in the patient unable to self-report*: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250.
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P. A., van Korlaar, I., et Goodenough, B. (2001). *The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement*. *Pain*, 93, 173-83.
- Huguet, A., et Miro, J. (2008). The severity of chronic pain: An epidemiological study. *The Journal of Pain*, 9(3), 226-236.
- Hunter, J., Watt-Watson, J., McGillion, M., Raman-Wilms, L., Cockburn, L., Lax, L.,...Salter, M. (2008). An interfaculty pain curriculum: Lessons learned from six years experience. *Pain*, 140, 74-86.
- Hutson, P. (2009). Is the use of intravenous opioids essential to control pain during colonoscopy? *Gastrointestinal Nursing*, 7(3), 15 - 23
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2009). *Assessment and Management of Chronic Pain*. Consulté à l'adresse http://www.icsi.org/pain_chronic_assessment_and_management_of_14399/pain_chronic_assessment_and_management_of_guideline.html
- Institute for Healthcare Improvement. (2011). What is a Care Bundle? Consulté à l'adresse <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx>
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2009). Knowledge to Translation Definition. Consulté à l'adresse <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>

Irajpour, A. (2006). Interprofessional education: A facilitator to enhance pain management? *Journal of Interprofessional Care*, 20, 675-678.

Irajpour, A., Norman, I., et Griffiths, P. (2006). Interprofessional education to improve pain management. *British Journal of Community Nursing*, 11(1), 29-32.

Jarzyna, D., Jungquist, C., R., Pasero, C., Willens, J. S. Nisbet, A., Oakes, L.,...Polomano, R. (2011). American Society for Pain Management Nursing Guidelines on Monitoring for Opioid-Induced Sedation and Respiratory Depression. *Pain Management Nursing* 12(3), 118-145.

Jensen, M., et Karoly, P. (2001). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In D. Turk et R. Melzack (éditeurs), *Handbook of pain assessment* (p. 15-34). New York : Guildford Press.

Jensen, M., Karoly, P., et Huger, R. (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(3), 393-400.

Johnston, C., Barrington, K. J., Taddio, A., Carbajal, R., et Fillion, F. (2011). Pain in Canadian NICUs: Have we improved over the past 12 years? *Clinical Journal of Pain*, 27, 225-32.

Kavanagh, T., Watt-Watson, J., et Stevens, B. (2007). An Examination of the Factors Enabling the Successful Implementation of Evidence-based Acute Pain Practices into Pediatric Nursing. *Children's Health Care*, 36(3), 303-321.

Kehlet, H., Jensen, T., et Woolf, C. (2006). Persistent surgical pain: Risk factors and prevention. *Lancet*, 367, 1618-25.

King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., Macnevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., et Macdonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain*, 152(12), 2729-38.

Lander, J. A., Weltman, B. J., et So, S. (2006). EMLA and amethocaine for reduction of children's pain associated with needle insertion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD004236.

Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S.B., et Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Network*, 12, 59-66.

Leef, K. H. (2006). Evidence-based review of oral sucrose administration to decrease the pain response in newborn infants. *Neonatal Network*, 25(4), 275-284.

Lefebvre-Chapiro, S. et le DOLOPLUS Group. (2001). The DOLOPLUS 2 scale-evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care*, 8, 191-194.

LeFort, S. M., Gray-Donald, K., Rowat, K. M., et Jeans, M. E. (1998). Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain*, 74(2-3), 297-306.

Le Nouveau Petit Robert I. (1993). Definition of characteristic. Wiley Publishing Inc., Cleveland, Ohio. Consulté à l'adresse <http://www.yourdictionary.com/characteristic>

Lynch, M. (2011). The need for a Canadian pain strategy. *Pain Research & Management*, 16(2), 77-80.

Malviya, S., Voepel-Lewis, T., Burke, C., Merkel, S., et Tait, A. R. (2006). The revised FLACC observational pain tool: Improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anaesthesia*, 16, 258-65.

Malviya, S., Voepel-Lewis, T., et Tait, A. R. (2006). A Comparison of Observational and Objective Measures to Differentiate Depth of Sedation in Children from Birth to 18 Years of Age. *Anesthesia and Analgesia*, 102(2), 389-394.

- McAuliffe, L., Nay, R., O'Donnell, M., et Fetherstonhaugh, D. (2009). Pain assessment in older people with dementia: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 2-10.
- Meeker, M. A., Finnell, D., et Othman, A. K. (2011). *Family caregivers and cancer pain management: A review*. *Journal of Family Nursing*, 17(1), 29-60.
- Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., et Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3), 292-97.
- Merskey, H., et Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain (2nd ed.)*. Seattle : Association internationale pour l'étude de la douleur.
- Middleton, C. (2003). Understanding physiological effects of unrelieved pain. *Nursing Times*, 99(37), 28-31.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. D., Altman, D. G., et The PRISMA Group (2009). Preferred reporting Items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535
- Monsivais, D., et McNeill, J. (2007). *Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes*. *Pain Management Nursing*, 8(2), 64-71.
- Morrison, R. A. (1991). Update on sickle cell disease: incidence of addiction and choice of opioid in pain management. *Pediatric Nursing*, 17(5), 503.
- Mosby's Dental Dictionary, 2e édition©, (2008). Definition of Intrathecally. Elsevier, Inc. Consulté à l'adresse <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/intrathecally>
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Gilron, I., Ware, M. A., Watson, C. P., Sessle, B. J.,...Velly, A. (2007). *Pharmacological management of chronic neuropathic pain – Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society*. *Pain Research and Management*, 12(1), 13-21.
- National Opioid Use Guideline Group (NOUGG). (1993). Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain. Parties A et B. National Pain Centre, McMaster University. Consulté à l'adresse <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid>
- Nilsson, U. (2008). The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: A systematic review. *Association of PeriOperative Registered Nurses Journal*, 87(4), 780-807.
- Nnoaham, K. E., et Kumbang, J. (2008). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003222.
- Oakes, L. L. (2011). *Compact Clinical Guide to Infant and Child Pain Management. An Evidence-Based Approach for Nurses*. New York : Springer Publishing Company.
- Obeidat, H., Kahalaf, I., Callister, L. C., et Froelicher, E. S. (2009). Use of facilitated tucking for nonpharmacological pain management in preterm infants. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 23(4), 372-377.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2008). Documentation Standard, Revised 2008. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac41001_documentation.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2011). RN and RPN Practice: The Client, the Nurse and the Environment. Toronto: Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/Global/docs/prac41062.pdf>

- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2013a). Consent. Toronto: Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/standards-and-guidelines/>
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2013b). *Therapeutic nurse-person relationship, révisé en 2006*. Toronto: Ordre des infirmières. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf (ouvrage initialement publié en 1999; réimprimé en 2008).
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *More than words. Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Version 1.1. Final Technical Report, janvier 2009. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- Pasero, C. (2009). Assessment of sedation *during opioid administration for pain management*. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 24(3), 186-190.
- Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain Assessment and Pharmacologic Management*. St. Louis, MO : Mosby/Elsevier.
- Patanwala, A.E., Keim, S.M., et Erstad, B.L. (2010). Intravenous opioids for severe acute pain in the emergency department. The Annals of Pharmacotherapy, 44(11), 1800-1809.*
- Pattinson, D., et Fitzgerald, M. (2004). The neurobiology of infant pain: Development of excitatory and inhibitory neurotransmission in the spinal dorsal horn. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 29(1), 36-44.
- Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I.,...Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a *behavioral pain scale*. *Critical Care Medicine*, 29, 2258-2263.
- Peter, E., et Watt-Watson, J. (2002). Unrelieved pain: An ethical perspective on distrust in patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(2), 65-80.
- Phillips, T. J. C., Cherry, C. L., Moss, P. J, et Rice, A. S. C. (2010). Painful HIV-associated sensory neuropathy. Pain Clinical Updates- Review, 18(3): 1-8.*
- Pillai Riddell, R. R., Racine, N. M., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R. E., Din Osmun, L.,...Gerwitz-Stern, A. (2011). *Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), CD006275, 1-185.
- Pompili, M., Innamorati, M., Serafini, G., Gonda, X., Campi, S., Rapinesi, C.,...Girardi, P. (2012). How does subjective experience of pain relate to psychopathology among psychiatric patients? *General Hospital Psychiatry*, publication électronique avant l'impression. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22595339>
- Programme ontarien de traitement collaboratif des symptômes du cancer (OCSMC). (1993). Cancer Care Ontario's Symptom Management Guides-to-Practice: Pain*. Action Cancer Ontario (ACO). Consulté à l'adresse <https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?portalId=1377&pageId=58189>
- Ramage-Morin, P. L., et Gilmour, H. (2010). Chronic pain at ages 12 to 44. *Health Reports (Statistics Canada)*, Catalogue # 82-003-XPE, 21(3), 1-9.
- Reid, M. C., Papaleontiou, M., Ong, A., Breckman, R., Wethington, E., et Pillemer, K. (2008). *Self-management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: A review of the evidence*. *Pain Medicine*, 9(4), 409-424.
- Royal College of Nursing (RCN). (2009). *The recognition and assessment of acute pain in children*. Consulté à l'adresse http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/269185/003542.pdf
- Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, et British Pain Society. (2007). *The assessment of pain in older people: National guidelines*. Concise guidance to good practice series, No 8. Londres : RCP.

- Running, A., et Turnbeaugh, E. (2011). *Oncology pain and complementary therapy: A review of the literature*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 374-379/
- Santé Canada (2006). *Advance care planning: The Glossary Project: Final report*. [en ligne]. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/palliat/2006-proj-glos/index-eng.php>
- Schofield, P., & Reid, D. (2006). *The assessment and management of pain in older people: A systematic review of the literature*. *International Journal on Disability and Human Development*, 5(1), 9-15.
- Schofield, P., O'Mahony, S., Collett, B., et Potter, J. (2008). *Guidance for the assessment of pain in older adults: A literature review*. *British Journal of Nursing*, 17(14), 914-918.
- Schopfloch, D., Taenzer, P., et Jovey, R. (2011). *The prevalence of chronic pain in Canada*. *Pain Research and Management*, 16(6), 445-450.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2008). *Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline*. N° 106. Édimbourg, Écosse : Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2012). *Annex B: Key to evidence statements and grades of recommendations. SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Consulté à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>
- Seers, K., et Carroll, D. (1998). *Relaxation techniques for acute pain management: A systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 466-475.
- Shah, V., Taddio, A., et Rieder, M. J. (2009). *Effectiveness and tolerability of pharmacologic and combined interventions for reducing injection pain during routine childhood immunizations: Systematic review and meta-analyses*. *Clinical Therapeutics*, 31(2), S104-S151.
- Shepherd, E., Woodgate, R.L., et Sawatzky, J. (2010). *Pain in children with central nervous system cancer: A review of the literature*. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), E318-E330.
- Slater, R., Worley, A., Fabrizi, L., Roberts, S., Meek, J., Boyd, S., et Fitzgerald, M. (2010). *Evoked potentials generated by noxious stimulation in the human infant brain*. *European Journal of Pain*, 14(3), 321-326.
- Spence, K., Henderson-Smart, D., New, K., Evans, C., Whitelaw, J., Woolnough, R., et Australian and New Zealand Neonatal Network. (1993). *Evidenced-based clinical practice guideline for management of newborn pain*. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 184-192.
- Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., et Chen, E. (2008). *The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach*. *Pain*, 138(1), 11-21.
- Stevens, B., Abbott, L. K., Yamada, J., Harrison, D., Stinson, J., Taddio, A.,...Finley, G. A. for the CIHR Team in Children's Pain. (2011). *Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian Hospitals*. *Canadian Medical Association Journal*, 183(7), E403-E410.
- Stevens, B., Johnston, C., Petryshen, P., et Taddio, A. (1996). *Premature Infant Pain Profile: development and initial validation*. *Clinical Journal of Pain*, 12, 13-22.
- Stevens, B., Johnston, C., Taddio, A., Gibbins, S., et Yamada, J. (2010). *The Premature Infant Pain Profile: Evaluation 13 years after development*. *Clinical Journal of Pain*, 26(9), 813-30.
- Stevens, B., Yamada, J., et Ohlsson, A. (2010). *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.

- Stinson, J. (2009). Pain Assessment. In A. Twycross, S. J. Dowden, et E. Bruce (éditeurs), *Managing Pain in Children: A Clinical Guide* 2e édition, 86. Consulté à l'adresse [http://books.google.ca/books?id=DO91eoZ2xgMC&pg=PA86&dq=Hester+%26amp%3B+Barcus+1986%3B+Hester+et+al.+1998\)+childs+questions&hl=en&sa=X&ei=OrCjUNjkO-KniQKV5IDQAO&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Hester%20%26amp%3B%20Barcus%201986%3B%20Hester%20et%20al.%201998\)%20childs%20questions&f=false](http://books.google.ca/books?id=DO91eoZ2xgMC&pg=PA86&dq=Hester+%26amp%3B+Barcus+1986%3B+Hester+et+al.+1998)+childs+questions&hl=en&sa=X&ei=OrCjUNjkO-KniQKV5IDQAO&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=Hester%20%26amp%3B%20Barcus%201986%3B%20Hester%20et%20al.%201998)%20childs%20questions&f=false)
- Stinson, J., Yamada, J., Dickson, A., Lamba, J., et Stevens, B. (2008). Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. *Pain Research & Management*, 13(1), 51-57.
- Stinson, J., Yamada, J., Kavanagh, T., Gill, N., et Stevens, B. (2006). Systematic review of the psychometric properties and feasibility of self-report pain measures for use in clinical trials in children and adolescents. *Pain*, 125(1-2), 143-57.
- Stinson, J. N., Petroz, G. C., Tait, G., Feldman, B. M., Streiner, D., McGrath, P. J., et Stevens, B. J. (2006). e-Ouch: Usability testing of an electronic chronic pain diary for adolescents with arthritis. *The Clinical Journal of Pain*, 22(3), 295-305.
- Straus, S. E., Tetroe, J., et Graham, I. D. (2009). Introduction, in *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. Oxford, R.-U. : Wiley-Blackwell.
- Streiner, D. L., et Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales A Practical Guide to their Development and Use* (4e édition). New York : Oxford University Press.
- Swafford, K. L., Miller, L. L., Tsai, P., Herr, K. A., et Ersek, M. (2009). Improving the process of pain care in nursing homes: A literature synthesis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(6), 1080-1087.
- Symptom Management Group (SMG). (1993). *Cancer Care Ontario's Symptom management guides-to-practice: Pain*. Action Cancer Ontario (ACO). Consulté à l'adresse <https://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?portalId=1377&pageId=58189>
- Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S.,...Shah, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: An evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E843-E855.
- Taddio, A., Ilersich, A. L., Ipp, M., Kikuta, A., Shah, V., et HELPinKIDS Team. (2009). Physical interventions and injection techniques for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Clinical Therapeutics*, 31(2), 548-76.
- Taylor, D.M., Walsham, N., Taylor, S. E., et Wong, L. (2006). Potential interactions between prescription drugs and complementary and alternative medicines among patients in the emergency department. *Pharmacotherapy*, 26(5), 634-640.
- The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0. Ed. J. P. T. Higgins, et S. Green. Consulté à l'adresse www.cochrane-handbook.org
- The Hospital for Sick Children, Pain Matters Working Group (responsables : F. Campbell et L. Palozzi) (2013). *Pain Management Clinical Practice Guideline*. Toronto : The Hospital for Sick Children.
- Tomlinson, D., von Baeyer, C. L., Stinson, J. N., et Sung, L. (2010). A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*, 126(5), 1168-98.
- Twycross, A. (2010). *Managing pain in children: Where to from here?* *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2090-2099.
- Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J., et Kisely, S.R. (2006). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-63.

- Van Dijk, M., et Tibboel, D. (2012). Update on pain assessment in sick neonates and infants. *Pediatric Clinics of North America*, 59(5), 1167-1181.
- Van Herk, R., van Dijk, M., Baar, F. P. M., Tibboel, D., et de Wit, R. (2007). Observation scales for pain assessment in older adults with cognitive impairments or communication difficulties. *Nursing Research*, 56(1), 34-43.
- Vargas-Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? *Canadian Family Physician*, 56, 514-517.
- Varni, J. W., Thompson, K. L., et Hanson, V. (1987). The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire: I. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain*, 28, 27-38.
- Voepel-Lewis, T., Malviya, S., Tait, A. R., Merkel, S., Foster, R., Krane, E. J., et Davis, P. J. (2008). A comparison of the clinical utility of pain assessment tools for children with cognitive impairment. *Anesthesia and Analgesia*, 106(1), 72-78.
- Voepel-Lewis, T., Zanotti, J., Dammeyer, J. A., et Merkel, S. (2010). Reliability and validity of the face, legs, activity, cry, consolability behavioral tool in assessing acute pain in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 19(1), 55-61.
- Von Baeyer, C. (2011). Interpreting the high prevalence of pediatric chronic pain revealed in community surveys. *Pain*, 152, 2683-2684.
- Von Baeyer, C. L., et Spagrud, L. J. (2007). Systematic review of observational (behavioural) measures for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain*, 127, 140-150.
- Watt-Watson, J. (1992). Misbeliefs about pain. In J. Watt-Watson et M. Donovan (éditeurs), *Pain management: Nursing perspective* (p. 36-58). St. Louis : Mosby.
- Watt-Watson, J., McGillion, M., Hunter, J., Choiniere, M., Clark, A. J., Dewar, A.,...Webber, K. (2009). A survey of pre-licensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities. *Pain Research & Management* 14(6), 439-444.
- Watt-Watson, J., Peter, E., Clark, A.J., Dewar, A., Hadjistavropoulos, T., Morley-Forster, P.,... Campbell-Yeo, M. (2013). The ethics of Canadian entry-to-practice pain competencies: How are we doing? *Pain Research & Management* 18(1), 25-32.
- Watt-Watson, J., Siddall, P. J., et Carr, E. (2012). Interprofessional pain education: The road to successful pain management outcomes. *Pain Management*, 2(5), 417-420.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid, D., et David, T. (2004). Impact of a pain education intervention on postoperative pain management. *Pain*, 9, 73-85.
- Watt-Watson, J., Stevens, B., Streiner, D., Garfinkel, P., et Gallop, R. (2001). Relationship between pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 535-545.
- Wilson-Smith, E. M. (2011). Procedural pain management in neonates, infants and children. *British Journal of Pain*, 5(4), 4-12.
- Wolf, C. (2004). Pain: Moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Annals of Internal Medicine*, 140, 441-551.
- Wuhrman, E., et Cooney, M. F. (2011). Acute pain: Assessment and treatment. *Topics in Advanced Practice Nursing e-Journal*. Consulté à l'adresse <http://www.medscape.com/viewarticle/735034>
- Yaster, M., Krane, E. J., Kaplan, R.F., Cote, C. J., et Lappe, D. G. (1997). *Pediatric Pain Management and Sedation Handbook*. St. Louis, Mosby Year Book, Inc.

- Zhou, H., Roberts, P., et Horgan, L. (2008). Association between self-report pain ratings of child and parents, child and nurse and parent and nurse dyads: Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 334-342.
- Zhu, L. M., Stinson, J., Palozzi, L., Weingarten, K., Hogan, M-E., Duong, S., ... Taddio, A. (2012). Improvements in pain outcomes in a Canadian pediatric teaching hospital following implementation of a multifaceted, knowledge translation initiative. *Pain Research Management*, 17(3), 173-179.
- Zwakhalen, S.M.G., Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H., et Berger, M.P.F. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6(3), 1-15.

Annexe A : Glossaire de termes

Accoutumance : une maladie neurobiologique primaire et chronique, qui possède par des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux qui influencent son développement et ses manifestations. Elle est caractérisée par un comportement qui inclut un ou plusieurs des aspects suivants : difficulté à contrôler la consommation de la drogue, usage compulsif, usage continu en dépit des torts causés, et état de besoin (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Analgesie contrôlée par le patient (ACP) : l'autoadministration par un patient d'analgésiques prescrits; ce terme renvoie au dosage autonome, habituellement d'opioïdes administrés par voie intraveineuse (voir la définition de « opioïde ») par l'entremise d'une pompe programmable; toutefois, ce terme peut également désigner la prise d'opioïdes autoadministrés par voie orale dans un établissement (RNAO, 2007).

Attribut : ce qui est propre, appartient particulièrement à un être, à une chose (Le Nouveau Petit Robert I, 1993)

Autodéclaration : capacité de communiquer de façon verbale ou non verbale (en clignant des yeux, en décrivant sa douleur par écrit). L'autodéclaration nécessite la capacité de comprendre la tâche, par exemple le recours aux échelles d'évaluation de la douleur et la capacité de communiquer la douleur ressentie d'une façon quelconque. L'autodéclaration nécessite des compétences cognitives (pensée abstraite) et est influencée par le contexte (Herr et al., 2011; Zwakhalen et al., 2006).

Caractéristique : Voir Attribut (Le Nouveau Petit Robert I, 1993).

Caractéristiques de la douleur : la douleur peut être décrite en fonction de caractéristiques spécifiques, comme 1) la ou les parties du corps affectées; 2) le ou les systèmes corporels affectés; 3) la durée; 4) la fréquence, 5) l'intensité; 6) le type de sensation (p. ex., douleur lancinante, pulsatile); et 7) la cause fondamentale (si elle est connue) (Merskey et Bogduk, 1994).

Client : un client peut être un individu (patient, personne, résident ou consommateur) et inclure les membres de sa famille, ses aidants, ses mandataires spéciaux, des groupes ou la communauté (OIIO, 2013b; Commission de la santé mentale du Canada, 2009; RNAO, 2006). Dans cette ligne directrice, nous utilisons le terme « personne » pour décrire toute personne qui ressent ou qui risque de ressentir n'importe quel type de douleur. Voir Mandataire spécial.

Consensus : un processus servant à prendre des décisions en matière de politique. Ce n'est pas une méthode scientifique de création de nouvelles connaissances. Le développement d'un consensus utilise simplement à bon escient les informations disponibles, qu'il s'agisse de données scientifiques ou de la sagesse collective des participants (Black et al., 1999).

Culture : la culture comprend les valeurs, les convictions, les normes et les habitudes de vie partagées et apprises d'un individu ou d'un groupe. Elle influence la façon de penser, les décisions et les mesures (OIIO, 2013b).

Dépendance (physique) : un état d'adaptation manifesté par un syndrome de sevrage spécifique à la classe de drogue, qui peut être généré par une cessation abrupte, une réduction rapide de la dose, une diminution du taux de la drogue dans le sang ou l'administration d'un antagoniste (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Données probantes : les données probantes sont les renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'une affaire. Leur forme dépend du contexte. Les observations faites dans le cadre d'études de recherche de haute qualité, dont la méthodologie est appropriée, fournissent les données probantes les plus exactes. Comme la recherche est souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres formes de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche, ou peuvent même se substituer à celle-ci. Les données probantes sur lesquelles une décision est fondée consistent à combiner les différentes formes de données probantes et à établir un équilibre entre la rigueur et l'opportunité, en accordant la priorité à la première (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006).

Douleur : expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite en termes de telles lésions (IASP, 2012c).

La douleur peut être aiguë ou persistante (chronique), ou les deux à la fois.

- **La douleur aiguë** est une sensation de signaux nocifs provenant de tissus récemment endommagés, compliquée par la sensibilisation de la périphérie et de l'intérieur du système nerveux central. Son intensité et sa résolution changent en fonction des processus inflammatoires, de la guérison des tissus et du mouvement. La douleur aiguë désagréable favorise la survie. La douleur aiguë est une douleur d'une durée de moins de douze semaines.
- **La douleur persistante (chronique)** Douleur chronique bénigne qui persiste après le temps normal de guérison (ressentie après un traumatisme ou une intervention chirurgicale) (IASP, 2012b).

La douleur est souvent classée en douleur nociceptive ou douleur neuropathique (IASP, 2012b).

- **La douleur nociceptive** découle de lésions réelles ou menacées aux tissus non neuraxiaux et est attribuable à l'activation des nocicepteurs. Elle se produit avec un système nerveux qui fonctionne normalement, par rapport au fonctionnement anormal qui caractérise la douleur neuropathique.
- **La douleur neuropathique** est causée par des lésions ou une maladie au niveau du système nerveux somatosensoriel.

Essais contrôlés randomisés : essais cliniques qui comprennent au moins un traitement mis à l'essai et un traitement de contrôle, une adhésion et un suivi concurrents du groupe ayant suivi le traitement et du groupe de contrôle, et dans lesquels les traitements à administrer sont choisis au moyen d'un processus aléatoire.

Examen systématique : selon Cochrane Collaboration (2011), [traduction] « un examen systématique tente de rassembler toutes les données empiriques qui correspondent à des critères d'admissibilité préétablis dans le but de répondre à une question de recherche spécifique ». Un examen systématique a recours à des méthodes systématiques, explicites et reproductibles pour identifier, sélectionner et évaluer d'un œil critique les études pertinentes, ainsi que pour recueillir et analyser les données tirées des études incluses dans l'examen (The Cochrane Collaboration, 2011).

Groupe d'interventions : les groupes d'interventions aident les prestataires de soins de santé à toujours fournir les meilleurs soins possible aux personnes qui vivent un état ou un traitement spécifique. Les groupes d'interventions sont de petites séries de pratiques fondées sur les données probantes – trois à cinq environ, qui, lorsqu'elles sont effectuées, améliorent les résultats pour les personnes qui vivent l'état ou le traitement spécifique (Institute for Healthcare Improvement, 2011)

Interactions : interactions potentielles (réactions indésirables) entre les médicaments sur ordonnance et des médicaments complémentaires ou de remplacement (traitement croisé) (Taylor, Walsham, Taylor, et Wong, 2006).

Intervenant : un individu, un groupe ou un organisme ayant un intérêt direct dans les décisions et les mesures prises par des organismes, qui peut tenter d'influencer ces décisions et ces mesures (Baker, et al., 1999). Les intervenants comprennent tous les individus ou groupes qui seront affectés directement ou indirectement par le changement ou la solution au problème.

Intrathécal : injection d'un agent thérapeutique dans la gaine qui entoure la moelle épinière, une zone pleine de fluide située entre la plus interne des trois méninges (la pie-mère) et la méninge centrale (arachnoïde) de la moelle épinière. Cette zone est également appelée l'espace sous-arachnoïdien (Adapté de Mosby's Dental Dictionary, 2^e édition[®], 2008).

Ligne directrice clinique : voir Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires : énoncés élaborés de façon systématique pour aider les praticiens et le client à prendre des décisions concernant les soins appropriés pour une situation clinique (pratique) particulière (Field et Lohr, 1990).

Mandataire spécial : une personne identifiée par la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui prend les décisions relatives au traitement sur une base continue au nom d'une personne jugée mentalement inapte à le faire. La Loi prévoit une hiérarchie des personnes admissibles, généralement le (la) conjoint(e), le (la) partenaire ou un(e) membre de la famille. Une procuration relative au soin de la personne (traitement) peut être confiée à une personne différente de celle qui la détient la procuration relative aux biens (OIIO, 2013a; Santé Canada, 2006).

Modèle d'ordonnances en soins infirmiers : un modèle d'ordonnances en soins infirmiers est un groupe d'interventions fondées sur les données probantes qui sont spécifiques au domaine des soins infirmiers; il est demandé indépendamment par les infirmières (c.-à-d. sans la signature d'un médecin) afin de normaliser les soins fournis pour une affection clinique spécifique (p. ex., plaies de pression).

Opinions erronées : idées fausses que l'on pense vraies, en dépit de preuves du contraire, et qui empêchent l'évaluation et la prise en charge efficaces de la douleur. (Watt-Watson, 1992).

Opiïde : est le terme à utiliser pour l'analgésie plutôt que « narcotique », car il désigne les médicaments utilisés pour le traitement de la douleur, tels la morphine, l'oxycodone et la codéine. Le terme opioïdes comprend tous les analgésiques naturels et synthétiques (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Personne : dans la présente ligne directrice, ce terme est utilisé pour décrire tout individu qui ressent ou qui risque de ressentir n'importe quel type de douleur.

Péridurale : l'injection d'un agent thérapeutique dans l'espace anatomique rempli de graisse et de vaisseaux sanguins situé dans le canal rachidien, sur la dure-mère (membrane dure qui entoure la moelle épinière) ou à l'extérieur de celle-ci. Les synonymes sont : « extradural » et « épidual » (RNAO, 2007).

Qualité : le degré dans lequel les services de santé offerts aux individus et aux populations font augmenter la probabilité de résultats sur la santé désirés et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2009).

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements : énoncés des conditions requises pour établir des pratiques permettant la mise en œuvre réussie de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les conditions liées à la réussite incombent généralement à l'établissement, bien qu'elles puissent avoir des implications pour les politiques à un niveau gouvernemental ou social plus large.

Recommandations relatives à la formation : énoncés des exigences pédagogiques et des approches/stratégies pédagogiques pour l'introduction, la mise en œuvre et la viabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à la pratique professionnelle : énoncés relatifs aux pratiques exemplaires, axés sur la pratique des professionnels de la santé et qui sont préférablement fondés sur les données probantes.

Soins pluridisciplinaires : prestation de services de santé complets aux patients par de multiples prestataires de soins de santé qui travaillent en collaboration pour fournir des soins de qualité dans chaque établissement et d'un établissement à l'autre (Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, 2012).

Techniques de relaxation : techniques utilisées pour soulager le stress, telles que l'exercice, la rétroaction biologique, l'hypnose et la méditation, qui sont utilisées dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale pour enseigner aux individus différentes façons de faire face au stress (adapté de la Gale Encyclopedia of Medicine, 2008).

Tolérance : un état d'adaptation pendant lequel l'exposition à un médicament induit des changements qui entraînent la diminution d'un ou plusieurs des effets du médicament avec le temps. La présence de symptômes de sevrage NE DOIT PAS être considérée comme une accoutumance. Ces symptômes constituent une réaction physiologique à la baisse des niveaux d'opioïdes. (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario s'est engagée à veiller à ce que ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires soient fondées sur les meilleures données probantes qui sont disponibles. Afin de respecter cet engagement, un processus de surveillance et de révision a été établi et est effectué tous les cinq ans pour chaque ligne directrice.

Pour cette édition de la ligne directrice, la RNAO a rassemblé un groupe d'experts composé de professionnels de la santé qui étaient membres du groupe précédent, ainsi que d'autres personnes recommandées qui ont des compétences particulières dans ce domaine de pratique. Un examen systématique des données probantes a tenu compte de la portée de la ligne directrice initiale et du supplément publié par la suite (2007). Toutefois, la présente révision a mis principalement l'accent sur les compétences de la pratique des soins infirmiers requises pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur, ce qui a été étayé par quatre questions cliniques. Cette révision a tenu compte des ouvrages et des lignes directrices publiés entre 2007 et 2012. Voici les questions à l'étude qui ont guidé l'examen systématique :

1. Quelles sont les méthodes les plus efficaces pour l'**évaluation de la douleur** sur le plan des soins infirmiers?
2. Quelles sont les **interventions de soins infirmiers qui visent à prévenir et à prendre en charge la douleur** les plus efficaces (pharmacologiques, non pharmacologiques, complémentaire/de remplacement)?
3. De quelle **formation** les élèves-infirmières ont-elles besoin en ce qui concerne la prise en charge efficace de la douleur?
4. Comment les **organisations de soins de santé soutiennent-elles les pratiques optimales en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur**?

Le mandat du groupe d'élaboration de la RNAO consistait à évaluer la ligne directrice initiale (2002) et le supplément (2007) à la lumière de ces nouvelles données probantes, spécifiquement pour assurer la validité, la pertinence et la sécurité des recommandations faites dans la ligne directrice. Cette édition est le résultat du travail réalisé par le groupe d'experts pour intégrer les meilleures données probantes, et les plus à jour, dans le but de mettre à jour les recommandations de la ligne directrice et les données probantes à l'appui présentées dans le supplément de 2007.

Annexe C : Processus utilisé pour l'examen systématique/la stratégie de recherche

Examen des lignes directrices

La coordonnatrice de projet d'élaboration des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a recherché des lignes directrices et d'autre contenu pertinent publié entre 2006 et 2012 à partir d'une liste établie de lignes directrices. La liste a été compilée en se basant sur les connaissances des sites Web traitant de la pratique professionnelle fondée sur les données probantes et des recommandations provenant des ouvrages. Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste de sites Web interrogés et les critères d'inclusion, sont disponibles en ligne à l'adresse www.RNAO.ca. Certaines lignes directrices ont également été trouvées par les membres du groupe d'experts.

Les membres du groupe d'experts ont évalué d'un œil critique 16 lignes directrices internationales en utilisant la *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique II (instrument AGREE II)* (Brouwers et al., 2010). Cet examen a permis d'identifier les 11 lignes directrices suivantes pour renseigner le processus de révision :

American Medical Directors Association (AMDA). (2012). *Pain management in the long-term care setting*. Columbia, MD : AMDA.

Action Cancer Ontario. (2008). *Practice Evidence-Based Series #16-2. Cancer-related pain management: A report of evidence-based recommendations to guide practice*. Action Cancer Ontario (ACO).

Programme ontarien de traitement collaboratif des symptômes du cancer (OCSMC). (1993). *Cancer Care Ontario's Symptom Management Guides-to-Practice: Pain*. Action Cancer Ontario (ACO). Consulté à l'adresse <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.

Guideline Development Group (GDG). (2008). *The recognition and assessment of acute pain in children*. Royal College of Nursing, Londres, Royaume-Uni.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). *Assessment and management of pain*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO).

Royal College of Nursing. (2009). *The recognition and assessment of acute pain in children*. Royal College of Nursing, Londres, Royaume-Uni.

Royal College of Physicians, British Geriatrics Society and British Pain Society. (2007). *The assessment of pain in older people: national guidelines*. Concise guidance to good practice series, No 8. Londres : RCP.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2008). *Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline. N° 106*. Édimbourg, Écosse : Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Spence, K., Henderson-Smart, D., New, K., Evans, C., Whitelaw, J., Woolnough, R. and Australian et New Zealand Neonatal Network. (1993). *Evidence-based clinical practice guideline for management of newborn pain*. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 184–192.

Symptom Management Group (SMG). (1993). *Cancer Care Ontario's Symptom management guides-to-practice: Pain*. Action Cancer Ontario (ACO).

Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S.,...Shah, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: An evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E843-E855.

Examen systématique

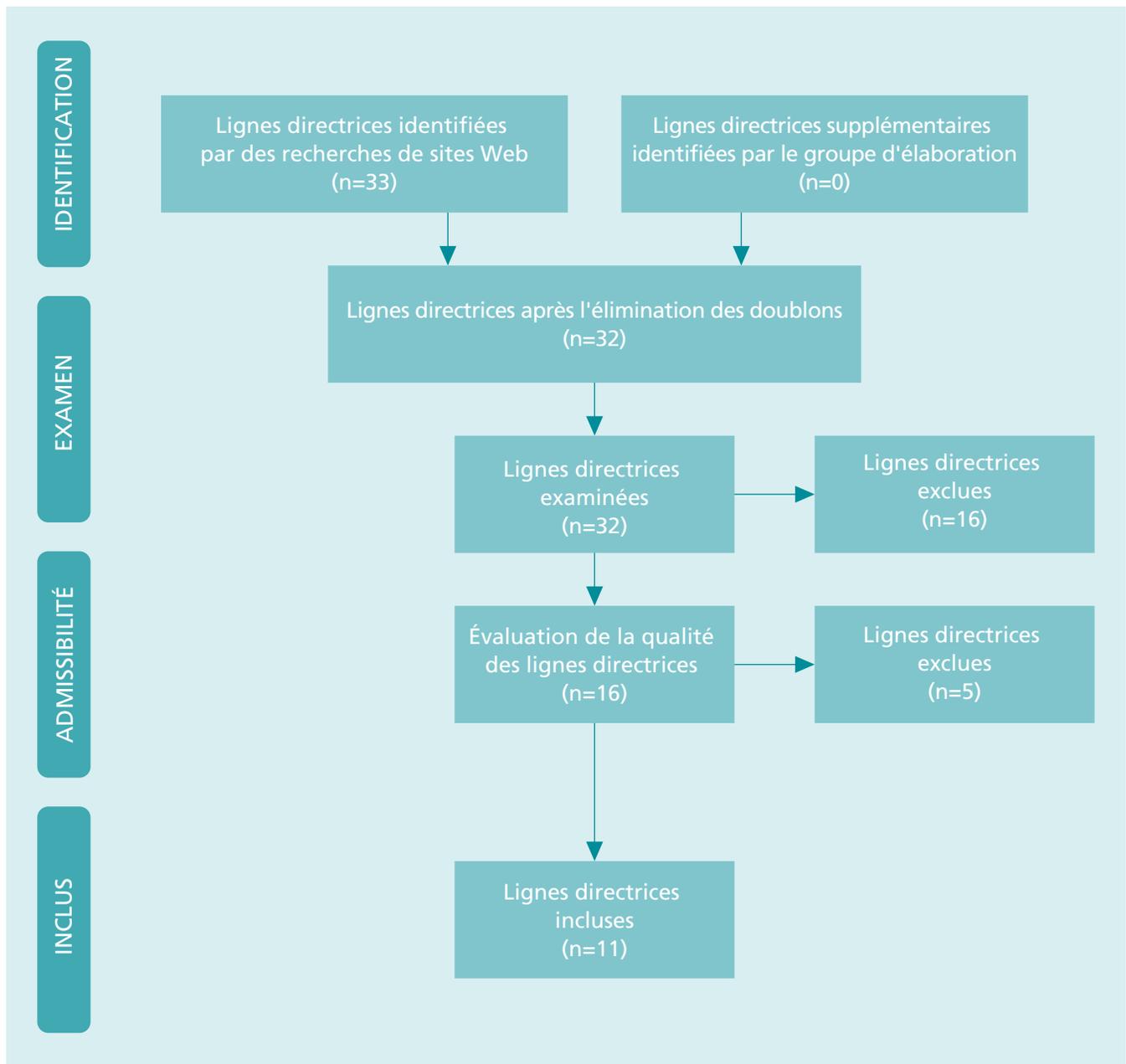
En parallèle avec l'examen des lignes directrices existantes, une recherche visant à trouver des ouvrages récents qui étaient pertinents à la portée de la ligne directrice a été effectuée avec l'aide de la présidente du groupe d'élaboration de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. L'examen systématique des ouvrages a été effectué par une bibliothécaire en sciences de la santé. La recherche, limitée aux articles en anglais publiés entre 2006 et 2012, a été appliquée aux bases de données suivantes : CINAHL, Embase, DARE, Medline, Cochrane Central Register of Controlled Trials and Cochrane Database of Systematic Reviews, ERIC, Joanna Briggs et PsycINFO. La recherche initiale d'études pertinentes couvrant les questions 1 et 2 a retourné 11 768 articles. En raison du volume important, les critères d'inclusion ont été modifiés et limités aux méta-analyses, aux examens systématiques, aux examens intégrés, aux essais contrôlés randomisés et aux synthèses qualitatives des données probantes. Des renseignements détaillés concernant la stratégie de recherche pour l'examen systématique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion et les mots-clés utilisés pour la recherche, sont disponibles en ligne à l'adresse www.RNAO.ca. Deux adjointes à la recherche (infirmières détenant une maîtrise) ont évalué séparément l'admissibilité des études conformément à des critères établis d'inclusion et d'exclusion. En collaboration avec le groupe d'élaboration, la directrice du programme de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a résolu les différends.

Des scores d'évaluation de la qualité pour 12 articles (un échantillon aléatoire de 14 % des articles admissibles à l'extraction des données et à l'évaluation de la qualité) ont été évalués séparément par les adjointes à la recherche du programme de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO. Un degré d'accord acceptable entre les évaluatrices (statistique kappa, $K=0,63$) a justifié la poursuite de l'évaluation de la qualité et l'extraction des données, en divisant les études restantes également entre les deux adjointes à la recherche (Fleiss, Levin et Paik, 2003). Un résumé final des observations faites par les ouvrages a été effectué. Les tableaux de données exhaustifs et le résumé ont été fournis à tous les membres du groupe d'experts. En septembre, le groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a été convoqué afin de s'entendre quant à la nécessité de réviser les recommandations et la discussion des données probantes existantes.

Un examen des ouvrages les plus récents et des lignes directrices pertinentes publiées entre 2006 et 2012 a entraîné une mise à jour complète des recommandations de la ligne directrice existante. Cette troisième édition de la ligne directrice représente le point culminant de l'ouvrage initial, du supplément et des conclusions tirées de la littérature. Les ordigrammes suivants présentent le processus d'examen des lignes directrices et des articles conformément aux lignes directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman et The Prisma Group, 2009).

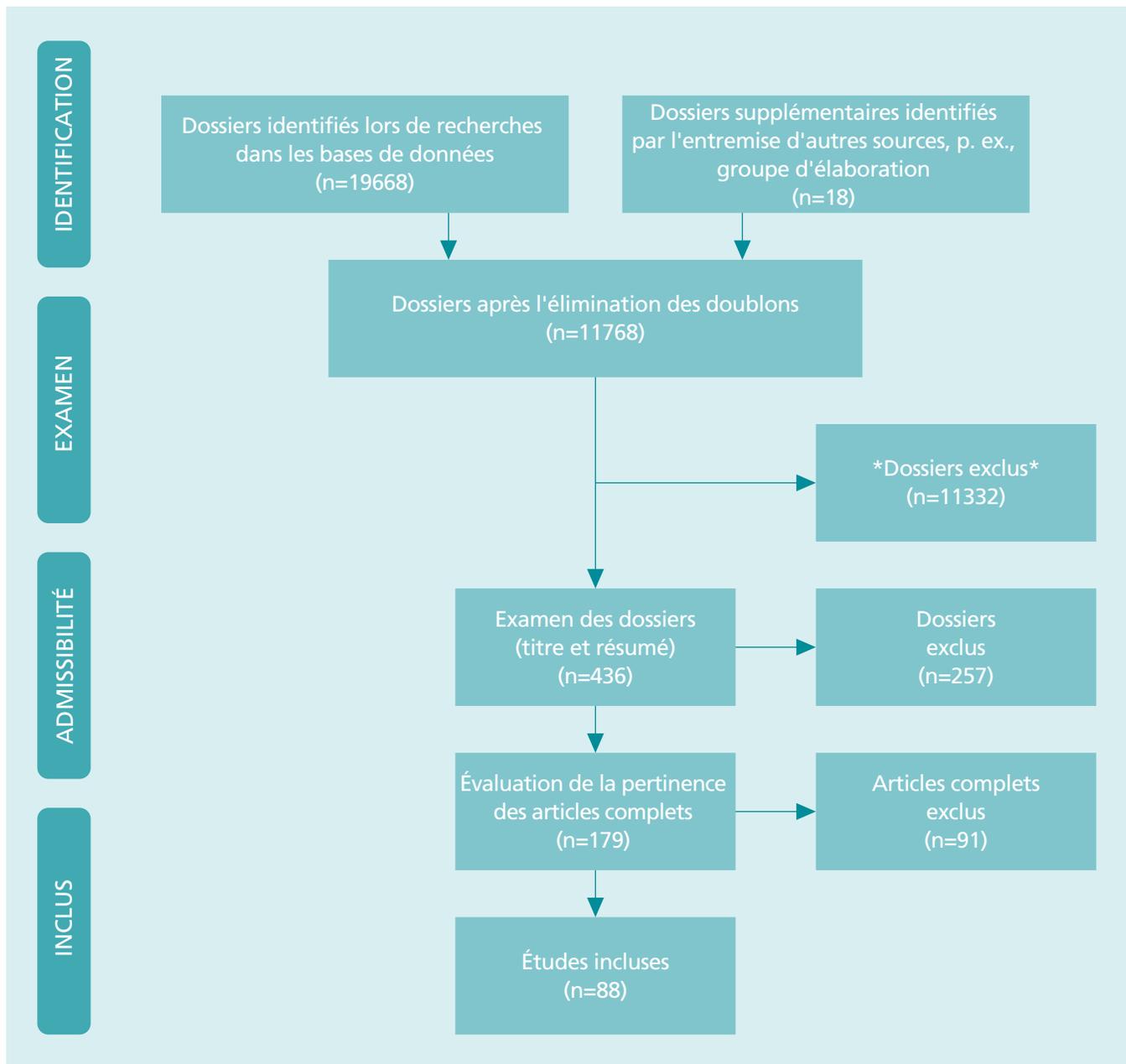
Une bibliographie complète de tous les articles complets sélectionnés est disponible à l'adresse suivante : <http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain>

Ordinogramme du processus d'examen des lignes directrices



Ordinogramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman, et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Ordinogramme du processus d'examen des articles



Dossiers exclus : hors de portée et en raison du volume d'études.

Ordinogramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman, et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Annexe D : Ressources pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur – Liste de sites Web

LISTE DES SITES WEB QUI TRAITENT DE L'ÉVALUATION OU LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.		
About.com	<p>Aborde des sujets relatifs à la santé, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La douleur chronique <ul style="list-style-type: none"> ● Évaluation p. ex., échelle FLACC ● Diagnostic et prise en charge ● Traitement ● Adaptation 	http://pain.about.com/od/testingdiagnosis/ig/pain-scales/Flacc-Scale.htm
Programme Qmentum d'Agrément Canada	<ul style="list-style-type: none"> ■ Normes relatives à la douleur 	http://www.canadianpainsociety.ca/pdf/Standards-Statement-CCHSA.pdf
Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland	<p>Lignes directrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management, 2^e édition. 	http://www.apagbi.org.uk/
Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine	Documents professionnels et pédagogiques, p. ex., Acute Pain Management: Scientific Evidence Guidelines	http://www.fpm.anzca.edu.au/

LISTE DES SITES WEB QUI TRAITENT DE L'ÉVALUATION OU LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (suite)

<p>Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP).</p>	<p>Ce site réunit des scientifiques, des cliniciens, des fournisseurs de soins de santé et des décideurs afin de stimuler et d'appuyer l'étude de la douleur et de traduire ces connaissances en soulagement amélioré de la douleur dans le monde entier.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diffusion de la recherche sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur (p. ex., actualisation des outils d'évaluation) ■ Mises à jour cliniques – Renseignements à propos de différents sujets liés à la douleur et différents types de douleurs 	<p>http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=About_IASP3&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1608</p>
<p>The British Pain Society</p>	<p>Guidelines for Pain Management Programmes for adults</p>	<p>http://www.britishpainsociety.org/book_pmp_main.pdf</p>
	<p>Guidance on: The assessment of pain in older people</p>	<p>http://www.bgs.org.uk/Publications/Publication%20Downloads/Sep2007PainAssessment.pdf</p>
<p>Société canadienne pour le traitement de la douleur</p>	<p>Ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Manuel d'Agrément Canada – Normes relatives à la douleur ■ Feuilles de renseignements sur la douleur ■ Scénarios d'enseignement de la douleur ■ Liens vers des sites Web <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Versions en français et en anglais ■ Revues ■ Occasions de financement de la recherche 	<p>http://www.canadianpainsociety.ca/en/about_policy.html</p>
<p>Care Search</p>	<p>Palliative Care Knowledge Network :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Données cliniques ■ Gestion des patients. ■ Outils d'évaluation de la douleur 	<p>http://www.caresearch.com.au/caresearch/ClinicalPractice/Physical/Pain/AssessmentTools/tabid/748/Default.aspx</p>

LISTE DES SITES WEB QUI TRAITENT DE L'ÉVALUATION OU LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
(suite)

<p>Collège des médecins de famille du Canada</p>	<p>Ressources du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) pour la douleur chronique non cancéreuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ documents ■ ressources Internet ■ articles et lignes directrices sur la pratique clinique pour les médecins qui s'intéressent particulièrement à la douleur chronique non cancéreuse 	<p>http://www.cfpc.ca/Chronic_Non_Cancer_Pain_Resources/#sthash.pmrNPaOI.dpuf</p>
<p>Université McMaster – National Pain Centre</p>	<p>Lignes directrices</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain <ul style="list-style-type: none"> ● Annexe B-2 : outil de détermination des risques présentés par les opioïdes ■ Management of Primary Headache in Adults ■ Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain ■ Pharmacological management of chronic neuropathic pain – Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society ■ Evidence-Based Recommendations for Medical Management of Chronic Non-Malignant Pain (CPSO 2000) ■ Reference Guide for Clinicians for the Medical Management of Chronic Non-Malignant Pain (CPSO 2000) ■ <i>Applications mobiles</i> 	<p>http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/index.html</p> <p>Outil de détermination des risques présentés par les opioïdes</p> <p>http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/cgop_b_app_b02.html</p>
<p>Sujets relatifs au traitement de la douleur</p>	<p>Ressource non commerciale destinée aux professionnels de la santé et à leurs patients, qui leur procure un accès ouvert :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ aux nouvelles cliniques ■ à l'information, aux études et à des renseignements sur les pratiques de prise en charge de la douleur fondées sur les données probantes ■ Outils d'évaluation de la douleur et de l'invalidité 	<p>http://pain-topics.org/index.php</p> <p>Outils d'évaluation de la douleur :</p> <p>http://pain-topics.org/clinical_concepts/assess.php</p>

LISTE DES SITES WEB QUI TRAITENT DE L'ÉVALUATION OU LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (suite)

Trousse de ressources relatives aux meilleures pratiques de la RNAO – Soins de longue durée	<p>Trousse sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Concepts cliniques relatifs à la douleur ■ Traitement avec et sans opioïdes ■ Éducation : FMC du fournisseur de soins; client ■ Recherche ■ Ressources pour les clients 	http://ltctoolkit.rnao.ca/resources/pain
Université de Toronto	<p>Guide sur les ressources en matière de douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation et prise en charge ■ Outils ■ Ressources d'éducation et de lecture 	http://guides.library.utoronto.ca/content.php?pid=278354&sid=2292934
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Lignes directrices	http://www.who.int/publications/guidelines/en/index.html

SOINS PALLIATIFS

Frasier Health Hospice	Guidelines: Palliative Care Program Symptom Guideline	http://www.northernhealth.ca/Portals/0/Your_Health/HCC/Hospice%20Palliative%20Care/NH%20HPC%20Resources/Symptom%20Guidelines%202nd%20Edition.pdf
City of Hope Pain & Palliative Care Resource		http://prc.coh.org/pain_assessment.asp

ACTION CANCER

Action Cancer Ontario	Toolbox: Guidelines	https://www.cancercare.on.ca/
-----------------------	---------------------	---

LISTE DES SITES WEB QUI TRAITENT DE L'ÉVALUATION OU LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
(suite)

Frasier Health Hospice	Guidelines: Palliative Care Program Symptom Guideline	http://www.northernhealth.ca/Portals/0/Your_Health/HCC/Hospice%20Palliative%20Care/NH%20HPC%20Resources/Symptom%20Guidelines%202nd%20Edition.pdf
Sick Kids Hospital	<p>Dépliants d'éducation sur la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Douleur après une opération : prise en charge de la douleur à la maison ■ Douleur : comment prendre soin de votre enfant à la maison ■ Journal de la douleur : douleur après une opération ■ Médicaments contre la douleur ■ Soulagement de la douleur : trousse de réconfort ■ Douleur : comment parler à son enfant de la douleur qu'il éprouve ■ Injections sans douleur 	http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/HealthAZ/Pages/default.aspx?name=p
	Centres de ressources sur la douleur	http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/ResourceCentres/Pain/Pages/default.aspx
	<p>Outils d'évaluation de la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Outils d'évaluation de la douleur pouvant être téléchargés, qui aideront les parents à évaluer la douleur ressentie par leurs enfants incapables de parler <ul style="list-style-type: none"> ● Liste aide-mémoire pour les parents afin de mesurer la douleur postopératoire (pour les enfants incapables de parler) [PDF] (disponible en anglais seulement) ● Liste de contrôle pour les parents afin de mesurer la douleur (pour les enfants incapables de parler) [PDF] ● Journal de la douleur 	http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/ResourceCentres/Pain/AtHome/PainAssessment/Pages/Pain-Assessment-Tool.aspx

Annexe E : Outils d'autodéclaration validés pour les enfants, les adolescents et les adultes

OUTILS UNIDIMENSIONNELS		
Mesure	Indicateur/Éléments	Considérations
Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'échelle Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) a été modifiée afin que l'échelle Faces Pain Scale (FPS) soit compatible avec la notation d'autres échelles d'autoévaluation et de comportement ■ Six visages neutres sur le plan du sexe ■ Les visages présentent différents niveaux de douleur, allant d'aucune douleur du tout à la pire douleur imaginable ■ Note de 0 à 10 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conçue pour les enfants âgés de 5 à 12 ans, mais a été utilisée chez des enfants âgés de 4 à 18 ans ■ Indications bien établies de fiabilité, de validité et de capacité à détecter les changements ■ Faisabilité élevée (rapide et facile à utiliser) ■ Traduit en plus de 35 langues ■ Désavantages : données limitées concernant l'interprétation des notes et indications mitigées concernant le caractère acceptable de l'échelle chez les enfants
Échelle numérique de classement (ENC)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demander aux personnes d'évaluer leur douleur selon une échelle de 0 à 10 ■ Note de 0 à 10, les points d'extrémité étant 0, « aucune douleur », à 10, « la pire douleur que l'on puisse imaginer » 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisée chez les adultes, les adultes plus âgés, et les adolescents et les enfants âgés de plus de 8 ans. ■ Indications bien établies de fiabilité, de validité et de capacité à détecter les changements ■ Aucun équipement requis pour administrer cette mesure ■ Faisabilité élevée (rapide et facile à utiliser)
Échelle verbale de classement (EVC)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une liste d'adjectifs qui décrivent différents degrés d'intensité de la douleur ■ L'EVC à 5 points inclut les descripteurs suivants : aucune douleur, douleur légère, moyenne, intense, très intense 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisée avec les adultes pour expliquer les degrés d'intensité de la douleur (légère [1 à 3], moyenne [4 à 6], intense [7 à 10]) ■ Validité établie ■ Faisabilité élevée (rapide et facile à utiliser) ■ Semblable à la mesure Present Pain Intensity qui fait partie du McGill Pain Questionnaire –Short Form ■ Désavantages : si la liste est longue, la personne doit voir toute la liste avant de sélectionner l'adjectif qui décrit sa douleur

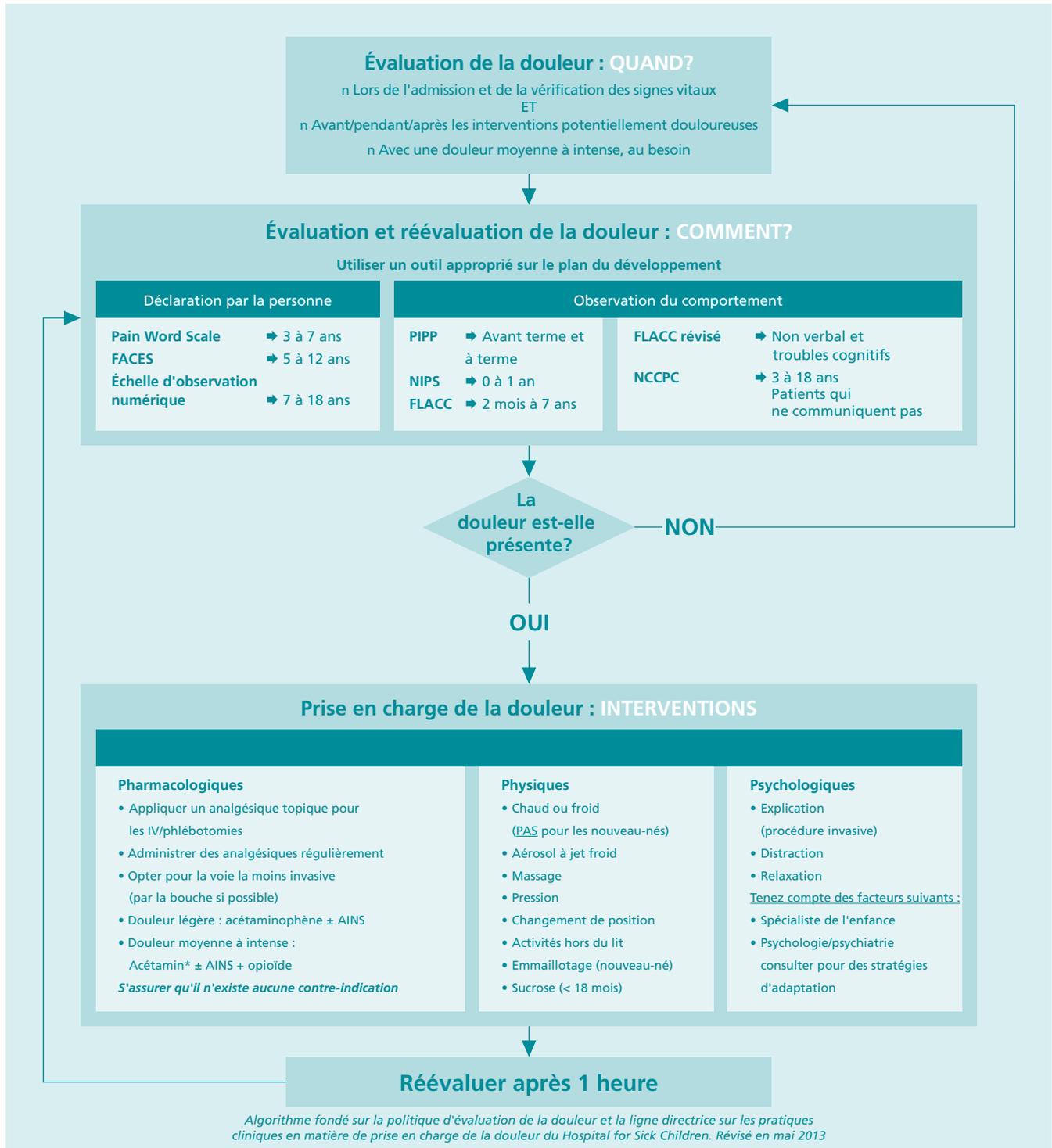
OUTILS MULTIDIMENSIONNELS

Mesure	Indicateurs/Éléments	Considérations
Brief Pain Inventory, Short Form (BPI-SF)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Domaines d'évaluation : intensité de la douleur, effet de la douleur sur les activités quotidiennes, emplacement de la douleur, analgésiques et soulagement de la douleur au cours des 24 dernières heures ou de la dernière semaine ■ Contour du corps neutre sur le plan du sexe pour décrire l'emplacement de la douleur ■ 4 éléments d'évaluation de l'intensité de la douleur. Mesurée à l'aide d'une échelle d'évaluation numérique de 0 à 10, 0=aucune douleur et 10=la pire douleur que vous puissiez imaginer; la pire douleur au cours des 24 dernières heures; le minimum de douleur au cours des 24 dernières heures; douleur en moyenne; douleur au moment présent ■ 2 éléments qui évaluent le traitement de la douleur et son efficacité ■ 7 questions qui concernent l'interférence liée à la douleur. Mesurée à l'aide d'une échelle d'évaluation numérique de 0 à 10, avec 0=ne nuit pas du tout et 10=nuit complètement. ■ Nuit aux activités quotidiennes, à l'humeur, à la capacité à marcher, au travail normal, aux relations interpersonnelles, au sommeil, à la pleine jouissance de la vie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrument valide et fiable élaboré pour fournir de l'information sur l'intensité de la douleur et la mesure dans laquelle la douleur nuit aux activités des adultes atteints de cancer ■ Documenté lors d'études de validation de la douleur liée au cancer et de la douleur non liée au cancer, y compris des personnes qui ont subi des chirurgies et qui ressentent de la douleur attribuable à des maladies chroniques ou à des états tels que le cancer, l'arthrose ou la lombalgie, ou attribuable à des situations aiguës telles que la douleur postopératoire. ■ Réagit aux interventions comportementales et pharmacologiques de prise en charge de la douleur ■ Avantages : peut être autoadministré ou utilisé dans le cadre d'une entrevue; ne prend que 5 minutes à remplir; validé dans plus de trois douzaines de langues ■ Fourni gratuitement aux programmes de recherche universitaire non subventionnés et aux pratiques cliniques individuelles ■ Site Web : http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html

OUTILS MULTIDIMENSIONNELS ...(suite)		
Mesure	Indicateurs/Éléments	Considérations
Pediatric Pain Questionnaire (PPQ)	<p>Intensité de la douleur mesurée en utilisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une échelle d'évaluation verbale de 0 à 10, avec des visages contents et des visages tristes pour illustrer la douleur présente et la pire douleur imaginable ■ Contour du corps neutre sur le plan du sexe pour décrire l'emplacement de la douleur (zones du corps numérotées) ■ Intensité de la douleur (choix de huit crayons de couleur pour représenter différents niveaux d'intensité de la douleur, allant d'aucune à légère, moyenne et intense) ■ 46 mots pour décrire les qualités sensorielles, affectives et évaluatives de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Initialement élaboré pour les enfants et les adolescents qui ressentent de la douleur récurrente et persistante (arthrite juvénile) ■ Conçue pour les enfants âgés de 5 à 16 ans, utilisée chez les enfants âgés de 4 à 18 ans ■ Versions pour enfants, adolescents et parents ■ Indications bien établies de fiabilité et de validité, et certaines indications de la capacité à détecter les changements ■ Avantages : nécessite une formation minimale, prend 10 à 15 minutes à remplir ■ Il faut généralement lire les instructions aux enfants âgés de moins de 7 ans avant qu'ils puissent remplir l'échelle d'évaluation verbale et le contour du corps ■ Gratuite pour les études non subventionnées ■ Site Web : www.pedsqgl.org

(Cleeland et Ryan, 1994; Hicks, von Baeyer, Spafford, van Korlaar, et Goodenough, 2001; Jensen et Karoly, 2001; Jensen, Karoly, et Huger, 1987; Stinson, Yamada, Kavanagh, Gill, et Stevens, 2006; Tomlinson, von Baeyer, Stinson, et Sung, 2010; Varni, Thompson, et Hanson, 1987)

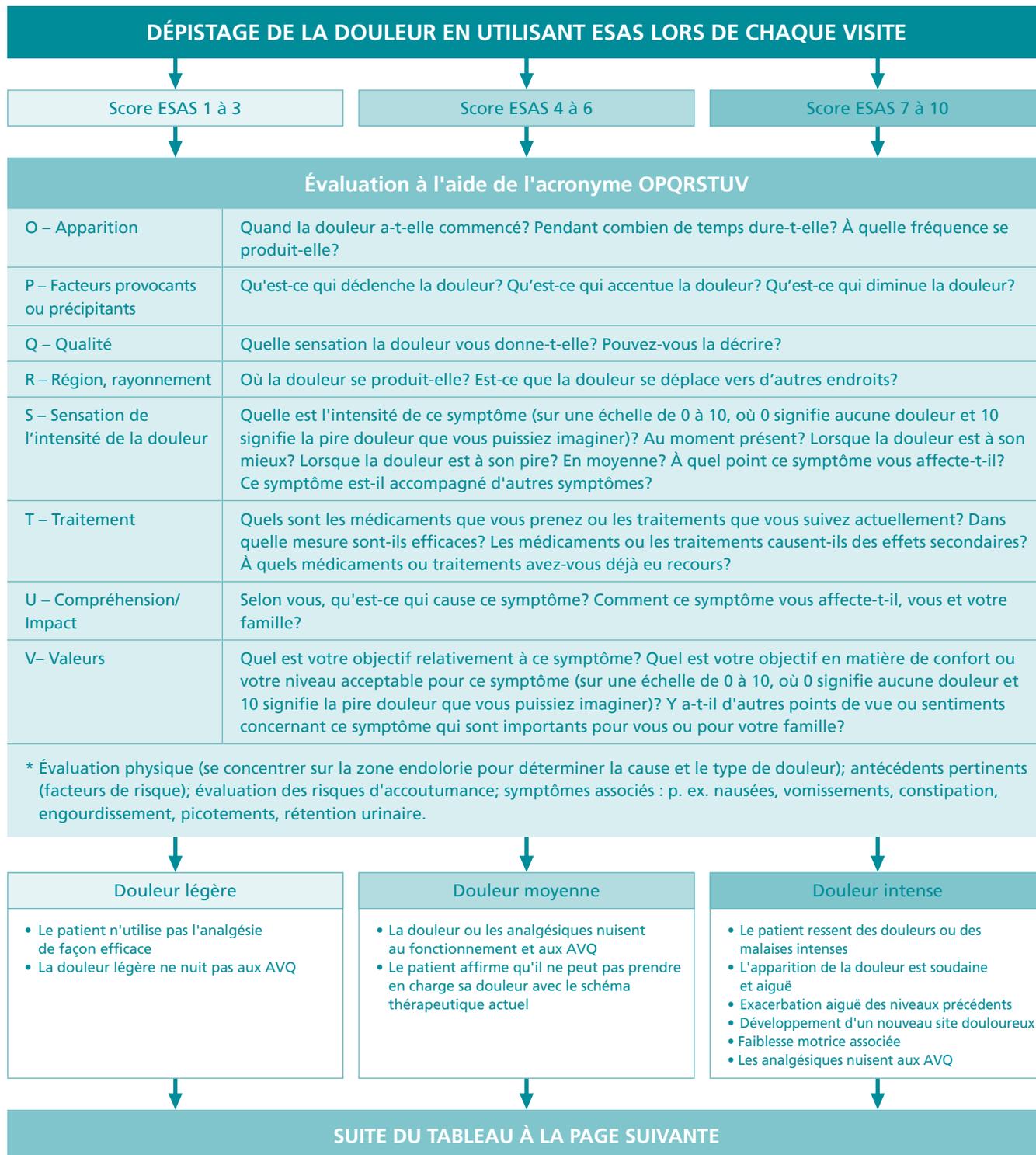
Annexe F : Exemple : Algorithme d'évaluation de la douleur chez les enfants hospitalisés



Remarque. Tiré de « The Hospital for Sick Children: Pain Management Clinical Practice Guideline, Policies and Procedures Database », The Hospital for Sick Children, Pain Matters Working Group (responsables : F. Campbell, et L. Palozzi). Copyright 2013 de The Hospital for Sick Children. Réimprimé avec autorisation.

Annexe G : Exemple: Algorithme d'évaluation de la douleur chez les adultes cancéreux

(source : Action Cancer Ontario)



Interventions pour tous les patients, selon les besoins

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

- Interventions psychosociales ou spirituelles (éducation du patient, consultation, loisirs, imagerie de relaxation, interactions sociales, conseils spirituels).
- Autres thérapies (physiothérapie, ergothérapie, massage, aromathérapie, musicothérapie, acupuncture, neurostimulation électrique transcutanée, réflexologie, Reiki, hypnothérapie).
- D'autres interventions telles que la radiothérapie, la vertébroplastie, la chirurgie et l'anesthésie doivent être envisagées chez les patients dont la douleur est difficile à maîtriser.

Éducation des patients

- Prise d'analgésiques de routine et de secours, gestion des effets secondaires, mesures non pharmacologiques qui peuvent être utilisées conjointement avec le traitement pharmacologique.

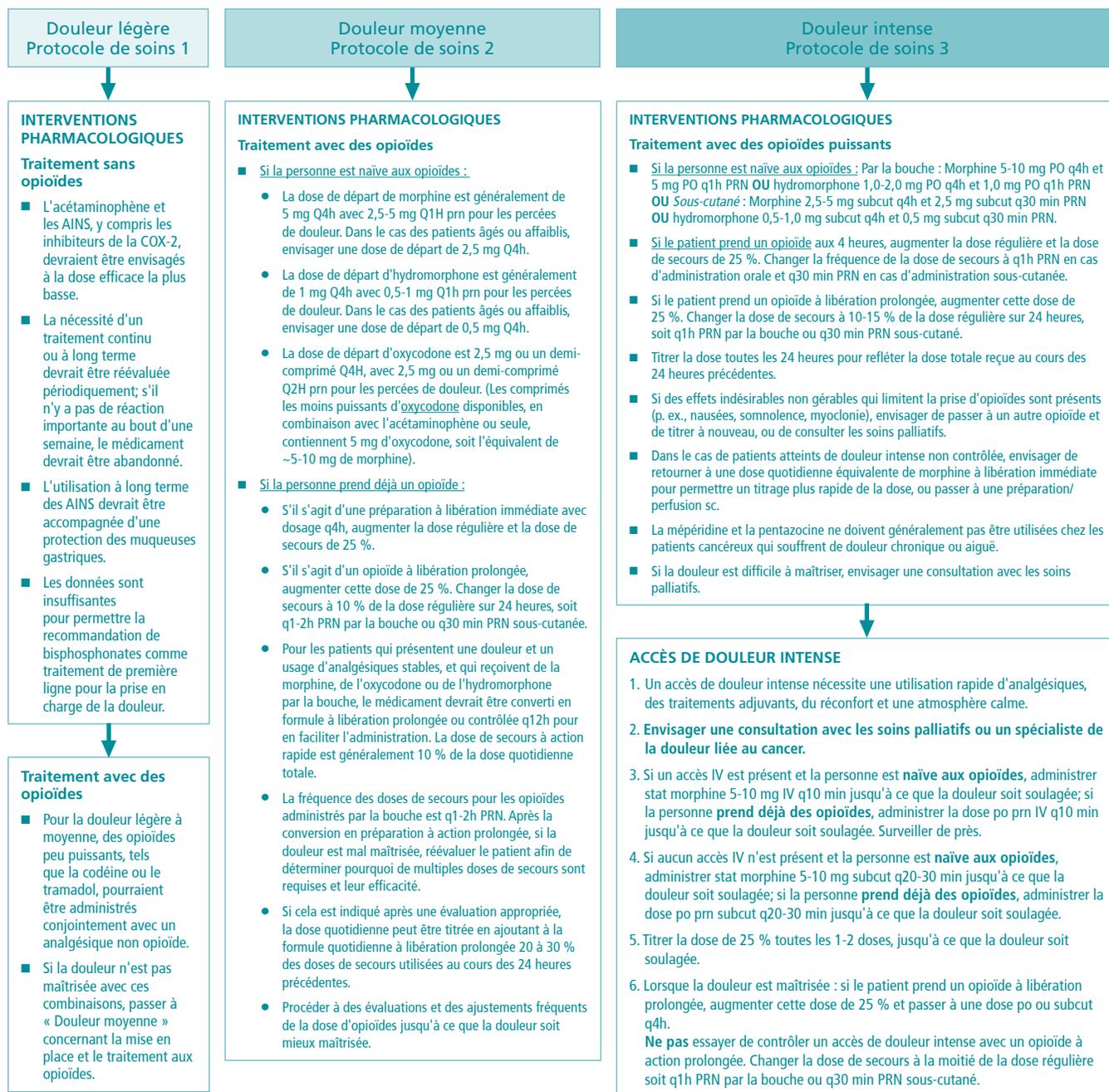
INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

- L'intensité de la douleur détermine la puissance des analgésiques requis, selon les spécifications de l'échelle des analgésiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- Le type et la cause de la douleur influenceront le choix de l'analgésique adjuvant (p. ex., nociceptive, neuropathique, métastases osseuses).
- En présence d'une fonction rénale amoindrie, tous les opioïdes doivent être utilisés avec prudence, en réduisant la dose, la fréquence ou les deux.
- Le fentanyl, la méthadone et l'oxycodone sont les opioïdes les plus sûrs chez les patients atteints de maladie rénale chronique.
- Un prescripteur qui a beaucoup d'expérience est requis pour la méthadone; vérifier l'existence d'interactions médicamenteuses importantes avant de prescrire quelque médicament que ce soit à un patient qui prend de la méthadone.
- Lors de l'utilisation d'une formule transmucoale de fentanyl pour les percées de douleur, la dose efficace devrait être obtenue grâce à un titrage à la hausse, quelle que soit la dose régulière d'opioïde.
- Pour les personnes qui présentent une douleur intense stable et qui prennent une dose stable d'opioïde ou les personnes qui éprouvent des difficultés à avaler ou qui présentent des nausées ou des vomissements réfractaires, les timbres transdermiques de fentanyl pourraient être appropriés si la douleur est stable.
- Classer la douleur – nociceptive, neuropathique ou une combinaison?
- Le type et la cause de la douleur influenceront le choix de l'analgésique adjuvant (p. ex., nociceptive, neuropathique, métastases osseuses).
- Le choix d'un antidépresseur ou d'un anticonvulsif devrait être basé sur les maladies concomitantes, la pharmacothérapie et les effets secondaires et interactions médicamenteuses observés.
- Les données sont insuffisantes pour appuyer une recommandation pour des opioïdes topiques.
- Les données sont insuffisantes pour appuyer le traitement de première ou de deuxième ligne de la douleur liée au cancer avec des cannabinoïdes, mais ceux-ci pourraient avoir un rôle à jouer pour la douleur réfractaire, particulièrement la douleur neuropathique réfractaire.
- Les patients naïfs aux opioïdes ne doivent pas prendre du fentanyl transdermique.
- Les conseils de spécialistes en soins palliatifs devraient être demandés pour le choix, la posologie et la voie d'administration des opioïdes chez des patients dont la fonction rénale est amoindrie ou dont la douleur est difficile à maîtriser.

EFFETS INDÉSIRABLES DES OPIOÏDES

- Bon nombre de patients naïfs aux opioïdes présenteront des nausées ou des vomissements lors du début du traitement aux opioïdes; la tolérance se développe généralement en 5 à 10 jours. Les patients qui commencent à prendre un opioïde pour la douleur moyenne à intense devraient avoir accès à un antiémétique, qu'ils peuvent prendre au besoin.
- La majorité des patients qui prennent des opioïdes pour la douleur moyenne à intense deviendront constipés. Il ne se développe que peu de tolérance, voire aucune. Le traitement prophylactique le plus courant pour la prévention de la constipation liée aux opioïdes est une combinaison d'un stimulant (senné ou bisocodyl) et de laxatifs osmotiques (lactulose ou PEG 3350).

Douleur chez les adultes cancéreux : Carte de soins



Remarque. Ces ressources ont été fournies par Action Cancer Ontario (ACO) par l'entremise de son site Web. Réimprimé avec autorisation.

Annexe H : Exemple : Groupe d'interventions pour l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez l'adulte en phase critique

	DOULEUR	AGITATION	DÉLIRE
ÉVALUER	<p>Évaluer la douleur ≥ 4 fois/quart et prn</p> <p>Outils privilégiés d'évaluation de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient apte à autodéclarer sa douleur \rightarrow ENC (0-10) ■ Incapable d'autodéclarer sa douleur \rightarrow BPS (3-12) ou CPOT (0-8) <p>Le patient ressent une douleur importante si ENC ≥ 4, BPS > 5, ou CPOT > 2</p>	<p>Évaluer l'agitation, la sédation ≥ 4 fois/quart et prn</p> <p>Outils privilégiés d'évaluation de la sédation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ RASS (-5 à +4) ou SAS (1 à 7) ■ NMB \rightarrow il est suggéré d'utiliser la surveillance des fonctions cérébrales <p>Profondeur de l'agitation, de la sédation – définis ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>agit</i> si RASS = +1 à +4, ou SAS = 5 à 7 ■ <i>éveillé et calme</i> si RASS = 0, ou SAS = 4 ■ <i>sédation mineure</i> si RASS = -1 à -2, ou SAS = 3 ■ <i>sédation profonde</i> si RASS = -3 à -5, ou SAS = 1 à 2 	<p>Évaluer le délire pendant le quart et PRN</p> <p>Outils privilégiés d'évaluation du délire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CAM-ICU (+ ou -) ■ ICDS (0 à 8) <p>Délire présent si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ CAM-ICU est positif ■ ICDS ≥ 4
TRAITER	<p>Traiter la douleur dans les 30 minutes, puis réévaluer</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement non pharmacologique – thérapie de relaxation ■ Traitement pharmacologique <ul style="list-style-type: none"> ● Douleur neuropathique \rightarrow opioïdes IV +/- analgésiques non opioïdes ● Douleur neuropathique \rightarrow gabapentine ou carbamazépine + opioïdes IV ● S/p réparation AAA, côtes fracturées \rightarrow péridurale thoracique 	<p>Sédation ou DSI ciblé (<i>Objectif : le patient suit des instructions délibérément, sans agitation</i>):</p> <p>RASS = -2 – 0, SAS = 3 – 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Si <i>sous sédation</i> (RASS > 0, SAS > 4) évaluer/traiter la douleur \rightarrow traiter avec des sédatifs PRN (des non-benzodiazépines sont préférées, sauf si un ETOH ou un sevrage des benzodiazépines est soupçonné) ■ En cas de <i>sédation excessive</i> (RASS < -2, SAS < 3), retenir les sédatifs jusqu'à la réalisation de l'objectif, puis recommencer à 50 % de la dose précédente 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traiter la douleur au besoin ■ Réorienter le patient : le familiariser avec ses alentours; il peut utiliser ses lunettes ou ses aides auditives au besoin ■ Traitement pharmacologique du délire : <ul style="list-style-type: none"> ● Éviter les benzodiazépines, sauf si un ETOH ou un sevrage des benzodiazépines est soupçonné ● Éviter le rivastigmine ● Éviter les antipsychotiques s'il y a un risque \uparrow de torsades de pointes
PRÉVENIR	<ul style="list-style-type: none"> ■ Administrer une analgésie avant la procédure ou une intervention non pharmacologique (p. ex., thérapie de relaxation), ou les deux ■ Traiter la douleur d'abord, mettre sous sédation ensuite 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Envisager un SBT quotidien, la mobilité précoce et l'exercice lorsque les patients ont atteint le niveau de sédation ciblé, sauf s'il y a des contre-indications ■ Surveillance par électroencéphalogramme si : <ul style="list-style-type: none"> ● le patient est à risque de crises ● une thérapie de suppression des bouffées du tracé électroencéphalographique est indiquée pour ICP \uparrow 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier les facteurs de risque pour le délire : démence, HTN, abus d'ETOH, gravité de la maladie, coma, administration de benzodiazépine ■ Éviter l'utilisation de benzodiazépine chez les patients à risque \uparrow de délire ■ Rendre les patients mobiles et leur faire faire de l'exercice rapidement ■ Encourager le sommeil (contrôler la lumière et le bruit; regrouper les activités de soins des patients; réduire les stimulations nocturnes) ■ Reprendre les médicaments psychiatriques de base, au besoin

Abréviations utilisées dans le groupe d'interventions

AAA	– Anévrisme de l'aorte abdominale	ICDSC	– Intensive Care Delirium Screening Checklist
BPS	– Échelle comportementale de la douleur	HTN	– Hypertension
CAM-ICU	– Confusion assessment method – Intensive Care Unit (Méthode d'évaluation de la confusion, unité de soins intensifs)	NMB	– Agents bloquants neuromusculaires
CPOT	– Grille d'observation comportementale de la douleur	ENC	– Échelle numérique de classement
ETOH	– Alcool	RASS	– Richmond Agitation-Sedation Scale
		SAS	– Sedation Agitation Scale

Remarque. Tiré de « Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit », de J. Barr, G. Fraser, K. Puntillo, E. Wesley Ely, C. Gélinas, J. F. Dasta, et al., 2013, *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306. Copyright (2013) de Wolters Kluwer Health. Réimprimé avec autorisation. L'utilisation promotionnelle et commerciale de ces documents sous forme imprimée, numérique ou compatible avec un appareil mobile est interdite sans l'autorisation de la maison d'édition, Lippincott Williams & Wilkins. Pour obtenir de plus amples informations, veuillez prendre contact avec journalpermissions@lww.com.

Annexe I : Exemple : Outils d'évaluation de la douleur validés pour les nouveau-nés

OUTILS D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR VALIDÉS POUR LES NOUVEAU-NÉS		
Remarque : outils de dépistage pour la présence ou l'absence de douleur, mais PAS pour l'intensité de la douleur		
MESURE	INDICATEURS/ÉLÉMENTS	CONSIDÉRATIONS
*Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)	Expression du visage, pleurs, caractéristiques de la respiration, bras, jambes, état d'éveil	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bébés à terme et prématurés ■ Mesure de la douleur liée aux procédures ■ Des définitions opérationnelles des indicateurs sont fournies ■ Une note est attribuée à chaque indicateur sur une échelle de deux points (0, 1) ou de trois points (0, 1, 2) à des intervalles d'une minute, avant, pendant et après une procédure ■ Indications de fiabilité et de validité ■ Difficile à se rappeler (faisabilité <i>limitée</i> de l'utilisation) ■ Ne peut pas être utilisée chez les personnes intubées ou paralysées
*Premature Infant Pain Profile (PIPP)	Âge gestationnel, état du comportement, fréquence cardiaque et saturation en oxygène, saillie du front, serrement des yeux, sillon nasogénien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bébés à terme et prématurés (gestation entre 28 et 40 semaines) ■ Initialement développé pour la douleur liée aux procédures, nécessite une évaluation supplémentaire chez les bébés prématurés dont le poids à la naissance est très bas et chez les populations qui ressentent des douleurs non aiguës et postopératoires ■ Inclut des indicateurs contextuels (âge gestationnel et état du comportement) ■ Chaque indicateur est évalué sur une échelle de quatre points (0, 1, 2, 3) pour une note totale possible de 18 à 21, selon l'âge gestationnel du nouveau-né; ■ Une note totale inférieure à 6 indique généralement une douleur minimale ou absente, tandis que des notes supérieures à 12 indiquent une douleur moyenne à intense ■ L'outil évalué de la façon la plus rigoureuse; indications de fiabilité, de validité et de capacité à détecter les changements. Des recherches supplémentaires sont requises pour établir la faisabilité et l'utilité clinique ■ Les évaluations de la douleur prennent une minute (<i>indication précoce d'une bonne faisabilité clinique</i>) ■ Une version révisée du PIPP est en cours d'essai afin d'inclure des changements à la notation des éléments individuels et à la note totale

(Duhn et Medves, 2004; Lawrence et al., 1993; Stevens, Johnston, Petryshen, et Taddio, 1996; Stevens, Johnston, Taddio, Gibbins, et Yamada, 2010)

Annexe J : Exemple : Outils d'évaluation comportementale de la douleur validés pour les enfants

OUTILS COMPORTEMENTAUX D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR VALIDÉE CHEZ LES ENFANTS		
<i>*Remarque : outils de dépistage pour la présence ou l'absence de douleur, mais PAS pour l'intensité de la douleur*</i>		
MESURE	INDICATEURS/ÉLÉMENTS	CONSIDÉRATIONS
*FLACC révisé (r-FLACC)	Expression du visage, mouvement des jambes, niveau d'activité, pleurs et capacité à être consolé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Initialement élaboré sous le nom FLACC et conçu pour être utilisé chez les enfants âgés de 2 mois à 8 ans, mais a été utilisé chez les enfants de 0 à 18 ans ■ Modifié plus tard pour en faire la version r-FLACC, afin d'inclure les comportements liés à la douleur communs chez les personnes atteintes de troubles cognitifs; a été utilisé chez les enfants de 4 à 21 ans atteints de troubles cognitifs ■ Validé pour les douleurs postopératoires et liées aux procédures ■ Une note de 0 à 2 est attribuée à chaque catégorie, pour une note totale entre 0 et 10 ■ Indications bien établies de fiabilité et de validité; toutefois, capacité inégale de FLACC à détecter les changements ■ Simple à utiliser, à évaluer et à interpréter ■ Faisabilité élevée ■ Ne peut pas être utilisé chez les personnes paralysées. Des données préliminaires indiquent que r-FLACC pourrait être utile chez les personnes qui utilisent un ventilateur. Il est important de noter que la capacité à être consolé nécessite : (a) une tentative de consolation, et (b) une évaluation subjective de la réaction à cette intervention, ce qui complique l'attribution d'une note

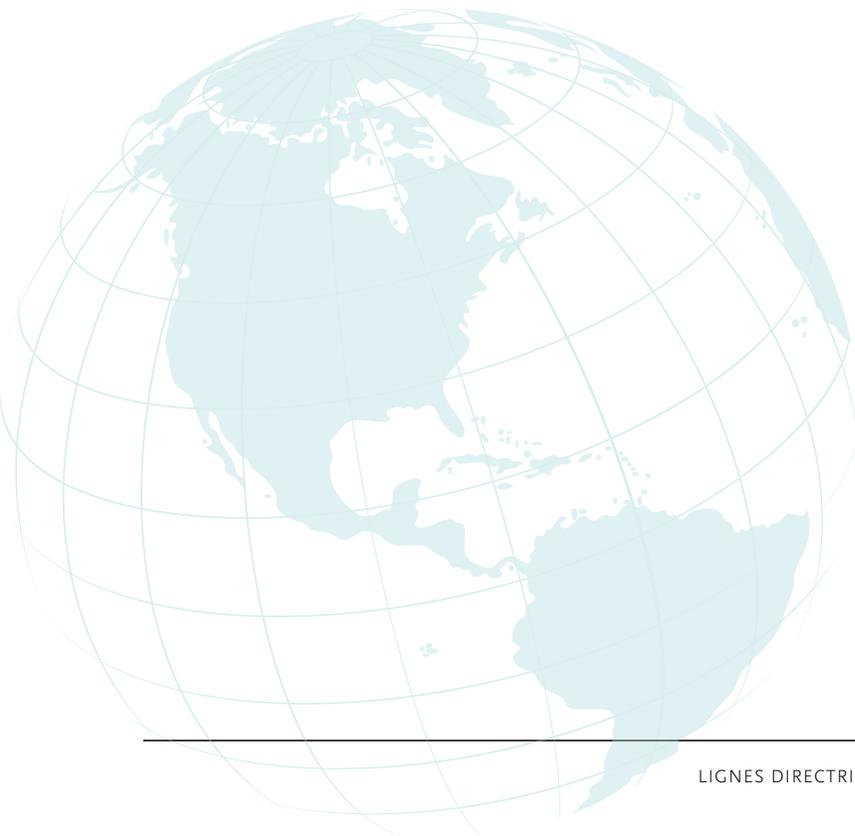
(Malviya, Voepel-Lewis, Burke, Merkel, et Tait, 2006; Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, et Malviya, 1997; von Baeyer et Spagrud, 2007; von Baeyer et Spagrud; Voepel-Lewis et al., 2008; van Herk, van Dijk, Baar, Tibboel, et de Wit, 2007; Voepel-Lewis, Zanotti, Dammeyer, et Merkel, 2010)

OUTILS COMPORTEMENTAUX D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR VALIDÉE CHEZ LES ENFANTS ...suite

Remarque : outils de dépistage pour la présence ou l'absence de douleur, mais PAS pour l'intensité de la douleur

MESURE	INDICATEURS/ ÉLÉMENTS	CONSIDÉRATIONS
*Non-communicating Children's Pain Checklist – Revised (NCCPC-R))	Aspects vocaux et sociaux, expressions du visage, niveau d'activité, corps et membres, aspect physiologique et appétit/sommeil	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conçu pour les enfants âgés de 3 à 18 qui ne peuvent pas parler en raison de trouble cognitifs ou de déficiences ■ Conçu pour être utilisé sans formation par les parents et les aidants. ■ Conçu pour être utilisé n'importe où. ■ L'évaluation est basée sur une observation de l'enfant pendant 2 heures. ■ Pour la douleur postopératoire, la version Non-communicating Children's Pain Checklist – Postoperative Version devrait être utilisée.

(Breau, McGrath, Camfield, et Finley, 2002)



Annexe K : Exemple : Outil d'évaluation comportementale de la douleur validé pour les adultes

OUTILS D'OBSERVATION DU COMPORTEMENT		
<i>*Remarque : outils de dépistage pour la présence ou l'absence de douleur, mais PAS pour l'intensité de la douleur*</i>		
MESURE	INDICATEURS/ÉLÉMENTS	CONSIDÉRATIONS
*Liste de contrôle d'indicateurs non verbaux	Six comportements évalués au repos et pendant des activités, y compris : des plaintes verbales (personne qui ne parle pas : gémissements, grognements, cris, halètements); grimaces faciales/grimaces (froncement de sourcils, serrement de dents); tenir un support (agripper ou tenir les rails latéraux, le lit ou la zone affectée pendant le mouvement); agitation (changement de position [constant ou intermittent], incapacité à se tenir tranquille); frottements (massage de la zone affectée); plaintes verbales (mots qui expriment l'inconfort ou la douleur – « ça fait mal », « aïe », jurons pendant un mouvement, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conçue pour évaluer les comportements relatifs à la douleur après une intervention chirurgicale chez les adultes atteints d'un trouble cognitif ■ La note 1 est attribuée à la présence d'un indicateur de douleur, et la note 0 à son absence ■ Il n'y a aucune note limite spécifique pour indiquer l'intensité de la douleur; toutefois, la présence d'un indicateur comportemental quelconque peut indiquer l'existence de la douleur et nécessite une évaluation plus poussée, une évaluation et une surveillance par le clinicien. ■ Site Web : ■ http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/pain/nonverbalPain.pdf ■ http://tctoolkit.rnao-dev.org/resources/assessment-tools/pain-checklist-nonverbal-pain-indicators-cnpi

(Feldt, 2000)

Annexe L : Exemple : Outils d'évaluation comportementale de la douleur validés pour les adultes en phase critique qui ne parlent pas

**OUTILS COMPORTEMENTAUX D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHOISIS VALIDÉS
POUVANT ÊTRE UTILISÉS CHEZ LES ADULTES EN PHASE CRITIQUE QUI NE PARLENT PAS**
Remarque : outils de dépistage pour la présence ou l'absence de douleur, mais PAS pour l'intensité de la douleur

MESURE	INDICATEURS/ ÉLÉMENTS	CONSIDÉRATIONS
*Échelle comportementale de la douleur (BPS)	<p>Expression du visage, membres supérieurs, observance de l'utilisation du ventilateur</p> <p>Note de 1 à 4 pour chaque élément</p> <p>Note totale de 3 à 12</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Détection de douleur, avec procédures ou prise en charge pharmacologique de la douleur ■ Utilisée avec des adultes en phase critique sous sédation, qui utilisent un ventilateur mécanique, dans des unités médicales, chirurgicales et de soins intensifs pour traumatismes Remarque : les personnes atteintes d'une lésion au cerveau sont mal représentées dans l'étude actuelle ■ Indications de fiabilité et de validité interévaluateurs, pratiques améliorées en matière de douleur (augmentation de la fréquence des évaluations de la douleur, des analgésiques et des résultats pour la personne après l'utilisation de l'outil [utilisation plus brève du ventilateur mécanique]) ■ Faisable et facile à utiliser; prend environ 2 à 5 minutes à remplir ■ Note limite > 5 établie par les auteurs pour la présence de douleur ■ Disponible en français, en anglais et en chinois ■ Guide pratique disponible dans Chanques et al. (2006) ■ Une autre version appelée BPS-NI, est disponible pour les patients non intubés hospitalisés dans l'unité de soins intensifs (Chanques et al., 2009) ■ Désavantages : note limite non établie par rapport à l'échelon pour la douleur; il est difficile de commenter sa capacité à détecter différents niveaux de douleur; certains éléments sont déroutants (les membres supérieurs font référence à la position et à la tension musculaire, notation de l'observance de l'utilisation du ventilateur mécanique); le contenu du BPS ne s'applique pas nécessairement aux personnes souffrant de lésions cérébrales hospitalisées dans l'unité de soins intensifs, car ce groupe était sous-représenté dans les études.

**OUTILS COMPORTEMENTAUX D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHOISIS VALIDÉS ... suite
POUVANT ÊTRE UTILISÉS CHEZ LES ADULTES EN PHASE CRITIQUE QUI NE PARLENT PAS**

Remarque : outils de dépistage pour la présence ou l'absence de douleur, mais PAS pour l'intensité de la douleur

MESURE	INDICATEURS/ ÉLÉMENTS	CONSIDÉRATIONS
*Grille d'observation comportementale de la douleur (CPOT)	<p>Expression du visage, mouvements du corps, observance de l'utilisation du ventilateur (personnes intubées), vocalisations (personnes non intubées), tension musculaire</p> <p>Note de 0 à 2 attribuée à chaque élément</p> <p>Note totale de 0 à 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Détection de la douleur, douleur procédurale, évaluation des interventions pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur ■ Utilisée avec les adultes en phase critique qui ne peuvent pas faire d'autodéclaration, qui sont sous ventilation mécanique ou pas, dans des unités médicales, chirurgicales ou de soins intensifs pour traumatismes ■ Remarque : s'applique moins aux personnes qui souffrent de lésions cérébrales, particulièrement celles qui présentent un niveau de conscience altéré ou qui sont dans le coma; les études actuelles adaptent le contenu de la grille pour ce groupe ■ Indications de fiabilité et de validité interévaluateurs; amélioration des pratiques relatives à la douleur (augmentation de la fréquence des évaluations de la douleur, meilleure utilisation des analgésiques et des sédatifs) et des résultats après l'utilisation de la grille (moins de complications) ■ Faisable et facile à utiliser; peut être remplie en une minute lorsque la personne est au repos ■ Note limite >2 pour la présence de douleur établie avec l'étalon-or de la douleur (Gélinas et al., 2009) ■ Disponible en français, en anglais, en italien, en espagnol et en suédois ■ Les instructions pour son utilisation sont disponibles dans Gélinas (2010) ■ Vidéo d'enseignement gratuite disponible en ligne : http://pointers.audiovideoweb.com/stcasx/il83win10115/CPOT2011-WMV.wmv/play.aspx ■ Désavantages : incapacité à détecter la douleur légère; la note limite peut varier de 2 à 3 pour différents groupes hospitalisés dans l'unité de soins intensifs (Gélinas et Johnston, 2009); la CPOT doit être révisée pour qu'elle devienne applicable aux personnes souffrant de lésions cérébrales hospitalisées dans l'unité de soins intensifs et dont le niveau de conscience est altéré
The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)		<ul style="list-style-type: none"> ■ Liste de contrôle conçue pour observer et mesurer les comportements liés à la douleur dans des unités de soins actifs postopératoires ■ Utilisée chez les personnes âgées qui ont des troubles cognitifs ■ Les éléments figurant dans l'échelle sont conceptuellement justes ■ Aucune recommandation en matière de note limite ■ Indications bien établies de fiabilité et de validité interévaluateurs relativement à l'utilisation après une chirurgie de la hanche chez des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs

(Chanques et al, 2009; Feldt, 2000; Gélinas, Fillion, Puntillo, Viens, et Fortier, 2006; Gelinas, Harel, Fillion, Puntillo, et Johnston, 2009; Gélinas et Johnston, 2009; Payen et al., 2001)

Annexe M : Outils d'évaluation de la douleur chez les aînés atteints de déficits cognitifs

ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LES AÎNÉS ATTEINTS DE DÉFICITS COGNITIFS		
Remarque : outils de dépistage pour la présence ou l'absence de douleur, mais PAS pour l'intensité de la douleur		
MESURE	CARACTÉRISTIQUES	CONSIDÉRATIONS
Échelle Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outil d'observation du comportement axé sur 5 éléments : respiration, expression du visage, langage corporel, vocalisations négatives et capacité à être consolé ■ Chaque élément est évalué sur une échelle de 0 à 2, pour une note totale de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur intense); une note de 1 à 2 indique la présence d'une certaine douleur 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peut être utilisée chez les personnes atteintes de démence avancée ■ Faisable dans un environnement clinique – peut être remplie en 1 à 3 minutes ■ Concepts clairs et concis, conviviale ■ L'outil peut être utilisé pour le dépistage et le suivi ■ Indications de fiabilité et de validité ■ Disponible en ligne à l'adresse http://www.mhpcn.ca/uploads/PAINAD.1276125778.pdf
Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outil comptant 60 éléments classés en 4 catégories : expressions du visage, activité/mouvements du corps, changements sociaux et de personnalité, et autres (changement d'appétit ou de caractéristiques de sommeil) ■ La présence ou l'absence de chaque élément est indiquée, pour une note totale de 60 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faisable dans un environnement clinique – peut être remplie en 5 minutes ■ Utile pour consolider la formation et la documentation en soins infirmiers ■ Indications de fiabilité et de validité ■ Disponible en ligne à l'adresse http://www.geriatricpain.org/Content/Assessment/Impaired/Pages/PACSLAC.aspx
Échelle DOLOPLUS 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observations des comportements somatiques, psychomoteurs et psychosociaux ■ Note de 0 à 3 pour chaque élément, note totale de 0 à 30 ■ Une note de 5 ou plus indique la présence de douleur; note maximale de 30 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peut être utilisée chez les personnes atteintes de déficits cognitifs légers ou moyens, avec une évaluation effectuée par un mandataire lorsque la personne est incapable de répondre elle-même ■ Conviviale – peut être remplie en quelques minutes seulement ■ Validée chez des personnes non anglophones ■ Disponible en ligne à l'adresse http://www.assessmentscales.com/scales/doloplus

(Fuchs-Lacelle et Hadistavropolous, 2004; Hadistavropolous et al., 2006; Herr et al., 2011; Lefebvre-Chapiro et the DOLOPLUS Group, 2001; Schofield et al., 2008)

Annexe N : Stratégies recommandées pour la prise en charge de la douleur (aiguë) chez les bébés et les enfants

STRATÉGIES RECOMMANDÉES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (AIGUË) CHEZ LES BÉBÉS ET LES ENFANTS

LÉGENDE : ✓ = recommandé ⚠ = utiliser avec prudence ? = effet inconnu s.o. = sans objet

Douleur chez les enfants

TYPE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	TRAITEMENT	PROCÉDURES MINEURES	CHIRURGICAL	COMMENTAIRES	NIVEAU DE DONNÉES PROBANTES
Non-pharmacologiques (physique/psychologique)	Allaitement	✓	s.o.	Nouveau-né – 12 mois	la
	Soins peau-à-peau	✓	?	Le plus de données probantes pour les bébés prématurés	la
	Utilisation d'une suce	✓	?	Efficacité maximale en combinaison avec des solutions sucrées	la
	Emmaillotement	✓	?	Moins efficace que le sucrose	la
	Positionnement	⚠	?		lb
	Musique	⚠	?		la
Pharmacologiques	Sucrose	✓	?	À lui seul, insuffisant pour les chirurgies mineures (p. ex., circoncision) Utiliser conjointement avec d'autres interventions recommandées	la
	Opioides	?	✓	Indications contradictoires relatives aux infusions d'opioïdes en arrière-plan pour la douleur aiguë liée aux procédures mineures	lb
	AINS	?	?		IV
	Acétaminophène	?	?		IV
	Analgésiques topiques	?	s.o.	Moins efficace que le sucrose pour les bébés	la

STRATÉGIES RECOMMANDÉES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (AIGÜE) CHEZ LES BÉBÉS ET LES ENFANTS ...(suite)

LÉGENDE : ✓ = recommandé ⚠ = utiliser avec prudence ? = effet inconnu s.o. = sans objet

Douleur chez les enfants

TYPE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	TRAITEMENT	PROCÉDURES MINEURES	CHIRURGICAL	COMMENTAIRES	NIVEAU DE DONNÉES PROBANTES
Non-pharmacologique (physique/psychologique)	Respiration profonde	?	✓	Pour les douleurs liées aux procédures – pour les plus jeunes enfants, en combinaison avec la distraction (p. ex., bulles, moulinet)	la
	Distraction par l'infirmière	✓	s.o.	Réduit la douleur autodéclarée	la
	Distraction par l'enfant	✓	s.o.	Réduit la douleur autodéclarée	la
	Distraction par le parent		s.o.		
	Aérosol à jet froid	✓	s.o.	Mieux toléré chez les enfants âgés de plus de 3 ans, efficacité mitigée pour la canulation IV	Variable
	Information/Préparation	✓	?	Efficace pour réduire la douleur déclarée par un observateur et la fréquence cardiaque chez les enfants	la
	Hypnose	✓	s.o.	Réduit la douleur autodéclarée et la détresse comportementale	la
	Interventions cognitivo-comportementales combinées	✓	s.o.	Réduit la douleur autodéclarée et la détresse comportementale	la
	Dispositif d'injection sans aiguille (p. ex., J-tip) pour l'administration de lidocaïne	✓		Idéal lorsqu'une anesthésie locale rapide est demandée	la
*NB La plupart des données probantes concernent la douleur associée aux aiguilles					

STRATÉGIES RECOMMANDÉES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (AIGÜE) CHEZ LES BÉBÉS ET LES ENFANTS ...(suite)

LÉGENDE : ✓ = recommandé ⚠ = utiliser avec prudence ? = effet inconnu s.o. = sans objet

Douleur chez les enfants

TYPE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	TRAITEMENT	PROCÉDURES MINEURES	CHIRURGICAL	COMMENTAIRES	NIVEAU DE DONNÉES PROBANTES
Pharmacologique	Opioides	✓	✓	Les ordonnances d'ACP efficaces peuvent inclure la perfusion d'une dose peu élevée en arrière-plan Les injections intramusculaires sont douloureuses et moins efficaces que les injections intraveineuses L'administration d'opioïdes par voie nasale ou buccale peut s'avérer efficace dans le service d'urgence	Ila et Iib
	AINS	✓	✓	Réduire les opioïdes requis après une chirurgie	Ila
	Acétaminophène	✓	✓	Réduire les opioïdes requis après une chirurgie	Ila
	Analgésiques topiques	✓	s.o.	Efficaces pour la réparation d'une lacération, le soin des plaies L'améthocaïne est plus efficace qu'EMLA Surtout efficace chez les enfants âgés de plus de 3 ans	Ila
	Aérosol à jet froid	✓	s.o.	Pour la canulation IV chez les enfants âgés de 6 à 12 ans	Ib
	Anticonvulsifs	s.o.	?		IV
	Antidépresseurs	s.o.	?		IV

(Cignaccio, et al., 2007; Chambers, Taddio, Uman, McMurtry, et Team (2009); Harrison, Bueno, Yamada, Adams-Webber, et Stevens, 2010; Harrison et al., 2010; Hatfield, Chang, Bittle, Deluca, et Polomano, 2011; Lander, Weltman, et So, 2006; Leef, 2006; Nilsson, 2008; Obeidat, Kahalaf, Callister, et Froelicher, 2009; Pillai-Riddell et al., 2011; Spence et al., 2010; Shah, Taddio, et Rieder, 2009; Stevens, Yamada, et Ohlsson, 2010; Stinson, Yamada, Dickson, Lamba, et Stevens, 2008; Taddio et al., 2009)

Élaboré par le groupe d'experts de la RNAO

Annexe O : Pasero Opioid-Induced Sedation Scale (POSS) avec interventions

S = Endormi, facile à éveiller

Acceptable; aucune mesure à prendre; la dose d'opioïdes peut être augmentée au besoin

1 = Éveillé et alerte

Acceptable; aucune mesure à prendre; la dose d'opioïdes peut être augmentée au besoin

2 = Légèrement somnolent, facile à éveiller

Acceptable; aucune mesure à prendre; la dose d'opioïdes peut être augmentée au besoin

3 = Souvent somnolent, peut être éveillé, s'endort pendant les conversations

Inacceptable; surveiller de près l'état de la respiration et le niveau de sédation jusqu'à ce que le niveau de sédation soit stable, à moins de 3, et que l'état de la respiration soit acceptable; réduire la dose d'opioïdes de 25 % à 50 %¹ ou informer le prescripteur² ou l'anesthésiologiste pour obtenir des instructions; envisager d'administrer un non-opioïde non sédatif, comme l'acétaminophène ou un AINS, s'il n'y a aucune contre-indication.

4 = Somnolent, réaction minimale ou nulle à la stimulation verbale ou physique

Inacceptable; arrêter l'administration des opioïdes; envisager l'administration de naloxone^{3,4}; informer le prescripteur² ou l'anesthésiologiste; surveiller de près l'état de la respiration et le niveau de sédation jusqu'à ce que le niveau de sédation soit stable, à moins de 3, et que l'état de la respiration soit acceptable.

*Les mesures appropriées sont indiquées en italiques pour chaque niveau de sédation.

- 1 *Les demandes d'opioïdes analgésiques ou le protocole d'hôpital doivent inclure l'attente que l'infirmière réduira la dose d'opioïdes si le patient présente une sédation excessive.*
- 2 *Par exemple, le médecin, l'infirmière praticienne, l'infirmière en pratique avancée ou l'auxiliaire médical chargé de l'ordonnance de prise en charge de la douleur.*
- 3 *Combiner 0,4 mg de naloxone et 10 ml de solution saline normale dans une seringue, et administrer cette solution diluée très lentement (0,5 ml sur une période de deux minutes) tout en observant la réaction du patient (ajuster la posologie pour obtenir l'effet désiré) (Source : Pasero, C., Quinn, T.E., Portenoy, R.K., McCaffery, M. et Rizos A. Opioid analgesics. In : Pain Assessment and Pharmacologic Management, p. 510. St. Louis, MO : Mosby/Elsevier; 2011; American Pain Society (APS). Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Chronic Cancer Pain. (6e édition) Glenview, IL: APS; 2008.)*
- 4 *Les protocoles d'hôpital doivent inclure l'attente qu'une infirmière administrera de la naloxone à tout patient soupçonné de présenter une sédation due aux opioïdes et une dépression respiratoire qui mettent sa vie en danger.*

Remarque. Tiré de *Pain Assessment and Pharmacologic Management*, de C. Pasero et M. McCaffery, 2011, St. Louis, MO : Mosby/Elsevier. Droit d'auteur (1994) par Chris Pasero. Utilisé avec autorisation.

Annexe P : Description de la Trousse

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires repose sur une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. À cet égard, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, par l'entremise d'un groupe d'élaboration composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs, a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2^e édition)* (2012b). La *Trousse* est basée sur les données probantes, les perspectives théoriques et le consensus. Nous conseillons d'utiliser la *Trousse* comme guide de mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique exemplaire dans un établissement de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape pour les personnes et les groupes qui participent à la planification, à la coordination et à la facilitation de la mise en place de lignes directrices. Ces étapes reflètent un processus qui est dynamique et itératif plutôt que linéaire. Lors de chaque phase, la préparation de la phase suivante et une réflexion sur la phase précédente sont donc des éléments essentiels. Spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes clés suivantes, illustrées dans le « gabarit du plan d'action » (RNAO, 2012b; Straus et al., 2009), lors de la mise en œuvre d'une ligne directrice :

1. Identifier le problème; identifier, examiner et sélectionner les connaissances (ligne directrice sur les pratiques exemplaires).
2. Adapter les connaissances au contexte local.
 - Évaluer les obstacles à l'utilisation des connaissances et les facteurs qui la facilitent; et
 - Identifier les ressources.
3. Sélectionner, adapter et mettre en place les interventions.
4. Surveiller l'utilisation des connaissances.
5. Évaluer les résultats.
6. Maintenir l'utilisation des connaissances.

Une mise en place de lignes directrices qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* est une ressource essentielle à la gestion de ce processus. La *Trousse* peut être téléchargée à l'adresse <http://rnao.ca/bpg>.

Recommandation



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief

President

FERNANDO CERVERO, MD, PhD, DSc
Montréal, Canada

President-Elect

ROLF-DETLEF TREEDE, Dr med
Mannheim, Germany

Immediate Past President

EIJA ANNELI KALSO, MD, DMedSci
Helsinki, Finland

Treasurer

MICHAEL ROWBOTHAM, MD
San Francisco, USA

Secretary

JUDITH TURNER, PhD
Seattle, USA

Councilors

JANE C. BALLANTYNE, MD, FRCA
Seattle, USA

RALF BARON, Dr med
Kiel, Germany

JOSÉ CASTRO-LOPES, MD, PhD
Porto, Portugal

KAREN DAVIS, PhD
Toronto, Canada

MAGED EL-ANSARY, MD
Cairo, Egypt

HERTA FLOR, PhD
Mannheim, Germany

CYNTHIA GOH, MB BS, PhD
Singapore, Singapore

MICHAEL GOLD, PhD
Pittsburgh, USA

C. CELESTE JOHNSTON, RN, DeD, FCAHS
Hunts Point, Canada

EVA KOSEK, MD, PhD
Stockholm, Sweden

MICHAEL NICHOLAS, PhD
St. Leonards, Australia

GERMÁN OCHOA, MD
Bogota, Columbia

CLAUDIA SOMMER, MD
Wuerzburg, Germany

IRENE TRACEY, PhD
Oxford, UK

HIROSHI UEDA, PhD
Nagasaki, Japan

Executive Director

KATHY KREITER
Washington, DC, USA

IASP is a tax-exempt, non-profit organization.

January 17, 2014

Doris Grinspun,
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl St
Toronto ON M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun:

Thank you for you and your committees' work developing the "Assessment and Management of Pain Guideline." It is an impressive document and well reflects the commitment and dedication of those in the nursing community to improve the care for patients. The guideline is comprehensive, up-to-date and provides practical guidance and resources.

The IASP Executive Committee is pleased to inform you that after review by an independent IASP Endorsement Task Force IASP endorses these guidelines. The reviewers were unanimous in their endorsement recommendation and appreciated that the document emphasizes assessment of pain (initial and follow-up) which is the cornerstone of pain management.

Again, congratulations on your work.

Sincerely yours,

Fernando Cervero, President

IASP® Secretariat | 1510 H Street NW, Suite 600 | Washington DC USA 20005-1020 | T +1.202.524.5300 | F +1.202.524.5301 | www.iasp-pain.org

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

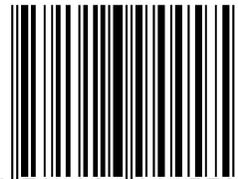
Lignes directrices sur les
pratiques cliniques exemplaires

DÉCEMBRE 2013

Évaluation et prise en charge de la douleur

Troisième édition

ISBN 978-1-926944-57-9



9 781926 944579

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario

**SPINE IS IN
A SEPARATE FILE**