

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

Dave A Bergeron inf. MSc^{1,2}, Patricia Bourgault inf. PhD³, Frances Gallagher inf. PhD³

DA Bergeron, P Bourgault, F Gallagher. Gestion de la douleur chronique par les infirmières des Groupes de médecine de famille. *Pain Res Manag* 2015;20(2):101-106.

INTRODUCTION : Des milliers de personnes souffrent actuellement de douleur chronique (DC) pour laquelle la prise en charge s'avère souvent inadéquate. Au Québec, les infirmières qui oeuvrent dans les Groupes de médecine de famille (GMF) jouent un rôle clé dans le suivi des personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques dont la DC.

OBJECTIFS : Cette étude a pour objectifs de décrire les activités réalisées par les infirmières œuvrant en GMF en lien avec la gestion de la douleur chez la clientèle souffrant de DC, ainsi que les barrières à ces activités.

MÉTHODE : Un dispositif descriptif corrélationnel transversal de type enquête postale a été utilisé. La population accessible à l'étude comprend les infirmières qui figurent sur la liste des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec travaillant en GMF. L'ensemble des infirmières figurant sur cette liste ayant consenti à être contactées à leur domicile pour des fins de recherche ont été contactées. Un questionnaire postal auto-administré (*Pain Management Activities Questionnaire*) a été complété par 53 infirmières travaillant en GMF.

RÉSULTATS : Les trois activités le plus souvent réalisées par les infirmières sont d'établir une relation thérapeutique avec le client; de discuter avec le médecin de l'efficacité des mesures thérapeutiques et de faire un enseignement personnalisé au client. Les infirmières ont la perception qu'elles rencontrent en moyenne 2,68 personnes par semaine qui souffrent de DC. La méconnaissance des interventions possibles en douleur (71,7%) et la non-disponibilité de l'information sur la gestion de la douleur (52,8%) constituent les principales barrières selon les infirmières sondées.

CONCLUSION : Les infirmières au sein des GMF font actuellement peu d'activités en gestion de la DC probablement en raison du manque de reconnaissance de la DC.

Mots Clés : Douleur chronique; Soins infirmiers; Soins primaires

La douleur chronique (DC) affecte 16 % de la population québécoise (1). Elle peut avoir un effet dévastateur en perturbant le fonctionnement, l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et ultimement la qualité de vie (2,3).

En raison de sa reconnaissance comme maladie, ainsi que de sa prévalence et du fardeau qu'elle entraîne, la DC devrait être considérée comme une priorité de soin (4). Or, son traitement et sa prise en charge sont souvent encore inadéquats (5). Un diagnostic précoce, un traitement optimal, un accès à une consultation spécialisée, si nécessaire (6,7) et un suivi en première ligne sont essentiels pour assurer une gestion optimale de la DC (8).

En comparaison avec les autres provinces canadiennes, les soins de première ligne destinés aux personnes souffrant de DC sont présentement peu développés au Québec (4,9). L'introduction des Groupes de médecine de famille (GMF) au Québec pourrait permettre d'optimiser la prise en charge de la DC (10). Un GMF est une organisation composée de médecins de famille travaillant en groupe, en collaboration

Nursing activities in family medicine groups for patients with chronic pain

INTRODUCTION: Thousands of people treated in primary care are currently experiencing chronic pain (CP), for which management is often inadequate. In Quebec, nurses in family medicine groups (FMGs) play a key role in the management of chronic health problems.

OBJECTIVE: The present study aimed to describe the activities performed by FMG nurses in relation to CP management and to describe barriers to those activities.

METHOD: A descriptive correlational cross-sectional postal survey was used. The accessible population includes FMG nurses on the *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* list. All nurses on the list who provided consent to be contacted at home for research purposes were contacted. A self-administered postal questionnaire (*Pain Management Activities Questionnaire*) was completed by 53 FMG nurses.

RESULTS: Three activities most often performed by nurses were to establish a therapeutic relationship with the client; discuss the effectiveness of therapeutic measures with the physician; and conduct personalized teaching for the patient. The average number of individuals seen by interviewed nurses that they believe suffer from CP was 2.68 per week. The lack of knowledge of possible interventions in pain management (71.7%) and the nonavailability of information on pain management (52.8%) are the main barriers perceived by FMG nurses.

CONCLUSION: FMG nurses are currently performing few activities in CP management. The nonrecognition of CP may explain this situation.

Key Words: Chronic pain; Nursing; Primary care

étroite avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Ces organisations assurent ainsi un suivi intégré et une continuité de soins (10) notamment à des clientèles vulnérables (11). Or, connaissant la prévalence élevée de la DC, la présence de DC en association avec des problèmes de santé chroniques (ex. diabète) (12) et l'augmentation de la DC en cas de multimorbidités (13), il est fort possible que de nombreux patients suivis en GMF souffrent de DC.

Une gestion optimale de la DC demande une approche interdisciplinaire où chaque professionnel, apporte sa contribution (14). Plusieurs lignes directrices ont été émises et précisent clairement l'apport souhaité des infirmières en gestion de la douleur (12,15,16). Ainsi, elles contribuent à l'évaluation clinique de la condition de santé incluant une évaluation de la douleur selon une approche globale et préventive (17). De par leur expertise, les infirmières peuvent intervenir concrètement auprès des personnes ayant de la DC afin d'optimiser leur soulagement (15). Elles peuvent notamment, en collaboration avec l'omnipraticien, réaliser diverses interventions

¹Université du Québec à Rimouski, Rimouski; ²Faculté de médecine et des sciences de la santé; ³École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec

Coordonnées personne-contact: Dr Patricia Bourgault, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École des sciences infirmières, 3001, 12e Avenue Nord, Pavillon Gérald-La Salle, bureau 4016, Sherbrooke, Québec J1H 5N4.

Telephone 819-821-8000 poste 72885, fax 819-820-6816, e-mail patricia.bourgault@usherbrooke.ca



This open-access article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (CC BY-NC) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits reuse, distribution and reproduction of the article, provided that the original work is properly cited and the reuse is restricted to noncommercial purposes. For commercial reuse, contact support@pulsus.com

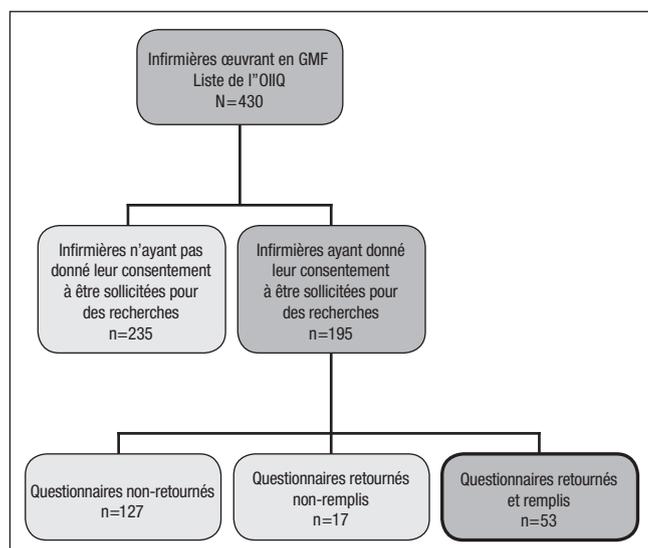


Figure 1) Échantillonnage de la population à l'étude

relatives à la douleur, dont sa détection, son évaluation, son suivi et de l'enseignement (12,15,16).

Malgré la disponibilité de ces nombreuses lignes directrices, nous en savons peu sur le rôle actuellement assumé par les infirmières en GMF. Il est donc difficile de proposer des pistes d'action pour améliorer le soulagement de la douleur qui soient adaptées à la réalité de cette pratique infirmière de première ligne. Face à l'absence de données sur les activités infirmières à ce sujet, une étude exploratoire sur le rôle que joue actuellement l'infirmière dans la gestion de la DC au sein des GMF s'impose.

OBJECTIFS

Les objectifs de recherche étaient d'identifier les activités infirmières effectuées en GMF en lien avec la gestion de la douleur chez la clientèle atteinte de DC et de décrire les barrières à la réalisation d'activités en gestion de la DC.

CADRE THÉORIQUE

La recherche présentée dans cet article s'inspire du modèle de Patiraki-Kourbani et al (18). Ce modèle a été élaboré à partir d'une recension des écrits portant sur les différents facteurs influençant les habiletés de gestion de la douleur des infirmières. Ce cadre a été sélectionné, car il permet de mettre en relation les éléments menant à une gestion efficace de la douleur par les infirmières. Les indicateurs proposés par Patiraki-Kourbani et al (18) retenus dans la présente étude sont la formation sur la douleur, les expériences professionnelles avec la douleur, les connaissances théoriques sur la douleur, les caractéristiques personnelles de l'infirmière ainsi que la gestion efficace de la douleur.

METHODE

Devis et participants

Un devis descriptif-corrélationnel transversal de type enquête postale a été utilisé (19,20). La population accessible à l'étude comprend les infirmières qui figurent sur la liste des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) travaillant en GMF. Selon cette liste, 430 infirmières s'exprimant et comprenant le français y travaillent et, parmi ces dernières, 195 ont consenti à être contactées à leur domicile pour des fins de recherche (figure 1). Les participantes recrutées devaient ainsi être membres de l'OIIQ, capables de lire, comprendre et répondre à des questionnaires rédigés en français.

Procédure

Le Comité d'éthique institutionnel a approuvé cette étude le 18 juin 2009 (projet # 09-056-R1). La collecte des données via un envoi postal a été effectuée selon la stratégie de Dillman (19) afin de maximiser le

taux de réponse. L'envoi contenait une lettre explicative avec les coordonnées des chercheurs, le formulaire d'information et de consentement en deux copies, le questionnaire et deux enveloppes préaffranchies avec adresse de retour. Si l'infirmière acceptait de participer au projet, elle devait retourner un des deux exemplaires du formulaire d'information et de consentement signés et datés dans une enveloppe préaffranchie différente de celle du questionnaire complété afin d'assurer l'anonymat et de diminuer le biais de désirabilité sociale.

Des rappels postaux ont été transmis une semaine et trois semaines après l'envoi initial. De plus, pour garantir l'anonymat des personnes participantes, un second envoi des questionnaires n'a pas été fait auprès des non répondants à la suite du premier rappel. Afin de maximiser le taux de réponse, toutes les lettres (incluant les rappels) ont été personnalisées et signées à la main par les chercheurs.

Variables

Les variables à l'étude sont les activités infirmières en gestion de la DC et les barrières identifiées par les infirmières dans la réalisation d'activités en gestion de la DC. La première variable regroupe toutes les activités qui ont pour but ultime de soulager la DC des personnes (21). La seconde variable représente les barrières personnels ou organisationnels qui entravent ou découragent la réalisation d'activités en gestion de la DC (22,23). Des variables sociodémographiques proposées par le modèle de Patiraki-Kourbani et al (18) ont été recueillies : âge, sexe, type de GMF, formation académique, expérience de travail à titre d'infirmière, expérience de travail en GMF, formation académique sur la douleur, nombre d'heures de formation académique et de formation continue sur la douleur.

Questionnaires

Le Pain Management Activities Questionnaire (PMAQ) (24) a été choisi à l'aide d'un algorithme élaboré par Le May et al (25). Il a été traduit, adapté et renommé PMAQ-CF (26).

La version originale du PMAQ-CF a été utilisée lors d'études évaluant les activités infirmières de gestion de la douleur chez des personnes atteintes de cancer dans un contexte de soins à domicile (24) et de gériatrie (27). La validité de contenu du questionnaire original a été revue par trois infirmières et un médecin experts en gestion de la douleur. La traduction du PMAQ-CF a été réalisée en respectant le principe de traduction inversée (28). Des modifications ont aussi été apportées en collaboration avec deux experts en gestion de la douleur et en santé communautaire afin d'adapter le questionnaire au contexte de soins de première ligne. Une section a été ajoutée pour l'évaluation des activités infirmières basée sur trois lignes directrices (15,16,29). Six experts dans le domaine de la douleur ont validé la qualité du contenu des questions et des éléments mesurés. Il a été prétesté auprès de quatre infirmières œuvrant en GMF et validé auprès de 70 infirmières inscrites dans un programme de baccalauréat en sciences infirmières.

Analyses statistiques

Une analyse descriptive des variables a été réalisée. En présence d'une distribution normale, les données quantitatives discrètes et continues ont été présentées sous forme de moyenne et d'écart-type (ET) alors que les données quantitatives anormalement distribuées avec la médiane et l'écart interquartile (EIQ). Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin de vérifier la présence d'associations entre les activités infirmières et les facteurs étudiés (30). Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel PASW Statistics 18 et le niveau de signification a été fixé à un $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Des 195 envois postaux effectués, 16 ont été retournés non complétés mais avec explication de l'absence de réponse, et 53 ont été retournés et complétés pour un taux de réponse de 30 %. Les 16 infirmières n'ayant pas complété leurs questionnaires disent ne pas être impliquées dans la gestion de la DC (n=9); ne plus travailler en GMF (n=5) ou

être en absence prolongée du travail (n=2). Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participantes,

Pratiques infirmières en gestion de la DC

Activités de gestion de la DC réalisées au cours des cinq derniers jours de travail:

Selon les infirmières, les trois activités en gestion de la DC les plus fréquemment réalisées sont, en ordre décroissant : 1) la relation thérapeutique avec le client, 2) la discussion avec le médecin sur l'efficacité des mesures thérapeutiques, 3) l'enseignement personnalisé au client. Toutefois, nous constatons qu'entre 37,8 % et 46,3 % des infirmières ne les avaient pas effectuées. De plus, la détection de la douleur arrive au septième rang parmi les activités les plus souvent assumées. Parmi les trois activités les moins réalisées, notons, en ordre décroissant, 1) la contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques, 2) la collaboration avec la famille, 3) l'enseignement adapté à la famille. Entre 68,3 % et 86,8 % des participants n'ont pas réalisé l'une ou l'autre de ces activités. Le tableau 2 présente les activités de façon détaillée.

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

Les activités en gestion de la douleur que les infirmières ont le plus l'intention de faire sont, en ordre d'importance décroissant : l'évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques (76,2 %), l'enseignement personnalisé (73,8 %), la vérification de la satisfaction du client face au suivi en général (73,8 %) et la relation thérapeutique avec le client (72,7 %). Les interventions que les infirmières ont le moins l'intention d'exécuter concernent la détection (55,8 %) et l'évaluation détaillée (50,0 %) de la douleur, la relation thérapeutique (54,5 %) et la collaboration (52,4 %) avec la famille et enseignement adapté à la famille (51,2 %), ainsi que la contribution aux mesures thérapeutiques pharmacologiques (51,2 %). Les activités que les infirmières se sentent le plus en mesure d'effectuer auprès des personnes souffrant de DC sont la relation thérapeutique (83,7 %), l'évaluation de la satisfaction face aux mesures thérapeutiques (76,2 %), la discussion avec le médecin de l'évaluation de la douleur (72,7 %) et des mesures thérapeutiques (70,5 %). Les activités qu'elles se sentent le moins en mesure de réaliser sont de contribuer aux mesures thérapeutiques pharmacologiques, de faire de l'enseignement adapté à la famille, de collaborer avec la famille, de faire une évaluation détaillée et continue de la douleur ainsi que de documenter la douleur des clients de façon systématique. Pour chacune des activités en gestion de la DC, aucune corrélation ne s'est avérée significative entre les variables suivantes : 1) les activités de gestion de la DC réalisées, 2) l'intention des infirmières de les réaliser et 3) la perception des infirmières de leur capacité à les réaliser.

Gestion de la DC selon le nombre de clients rencontrés:

Selon la perspective des infirmières, le nombre de clients ayant présenté de la DC au cours de leurs cinq derniers jours de travail est corrélé significativement avec des activités infirmières en gestion de la DC (tableau 3). Parmi les activités corrélées, 11 le sont moyennement ($0,4 < r < 0,6$) alors qu'une seule activité l'est faiblement ($0,2 < r < 0,4$). Le nombre total d'interventions en gestion de la DC effectuées par les infirmières est également moyennement corrélé ($r = 0,513$, $p < 0,001$) avec le nombre de personnes qui présentaient de la DC lors des cinq derniers jours de travail des infirmières. Pour 7 des 19 activités infirmières, aucune corrélation significative avec cette variable n'a été observée. Parmi les activités non corrélées, notons l'évaluation détaillée de la douleur, la documentation systématique de la douleur, les deux interventions relatives aux mesures pharmacologiques ainsi que les trois concernant la famille.

Barrières rencontrées par les infirmières dans la gestion de la DC

Au tableau 4, les cinq principales barrières que les infirmières en GMF perçoivent dans la gestion de la DC sont, en ordre décroissant, la méconnaissance des interventions possibles pour soulager la douleur (71,7 %), la non-disponibilité de l'information sur la gestion de la douleur (52,8 %), le manque de temps ou la surcharge de travail (45,3 %), le manque de soutien ou d'encouragement de la part des

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Échantillon (n=53)
Âge (années) – moyenne (ET)	38,7 (9,7)
Sexe – n (%)	
Homme	3 (5,7)
Femme	50 (94,3)
Formation complétée – n (%)	
Collégial	1 (1,9)
Certificat universitaire	4 (7,5)
Baccalauréat	45 (84,9)
Maîtrise	3 (5,7)
Expérience de travail – n (%)	
0 à 5 ans	5 (9,4)
6 à 10 ans	14 (26,4)
11 à 20 ans	20 (37,7)
21 à 30 ans	11 (20,8)
Plus de 30 ans	3 (5,7)
Expérience de travail en GMF – n (%)	
Moins d'un an	2 (3,8)
1 à 2 ans	23 (43,4)
3 à 4 ans	15 (28,3)
5 ans et plus	13 (24,5)
Formation sur la douleur	
Formation continue – n (%)	19 (35,8)
Nombre d'heures – médiane (EIQ)	6,0 (3,0–12,0)
Formation académique – n (%)	35 (66,0)
Nombre d'heures – médiane (EIQ)	9,0 (3,5–30,0)
Clients rencontrés ayant de la douleur selon les infirmières lors des cinq derniers jours de travail – moyenne (ET)	
Nombre de clients présentant de la douleur	5,6 (7,2)
Nombre de clients présentant de la DC	2,68 (3,7)

ET : Écart-type EIQ : Écart interquartile

médecins (34,0 %) et, finalement, l'assistance nécessaire d'autres professionnels dans la réalisation de leurs interventions en gestion de la douleur (30,2 %). Il y a 22,0 % des infirmières qui perçoivent de la résistance des médecins mais peu semblent rencontrer de résistance de la part des clients (13,2 %) ou des autres professionnels (1,9 %).

DISCUSSION

À la lumière des résultats de cette recherche, il ressort que les infirmières participantes considèrent voir peu de clients avec de la DC et réalisent peu d'activités en gestion de la douleur au sein des GMF mais qu'elles présentent l'intention d'en réaliser davantage. Pour les barrières, elles sont principalement confrontées à une méconnaissance des interventions possibles en gestion de la douleur et à une non-disponibilité de l'information en lien avec la gestion de la douleur.

Les participantes ont la perception que très peu de leurs clients présentent de la DC. Il est probable que les répondantes se soient basées sur le nombre de clients ayant consulté explicitement pour une DC. Ces résultats ne reposent probablement pas sur une détection et une évaluation systématique de la douleur. Or, en GMF, infirmières et médecins assurent le suivi de nombreuses personnes aux prises avec des maladies chroniques tel le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique (31) qui peuvent comporter une composante de DC (12). Environ la moitié des personnes suivies en première ligne souffrent de deux problèmes de santé chronique ou plus (32) et sont ainsi plus à risque de souffrir de DC (13), ce qui soutient l'hypothèse que les infirmières en GMF sous-estiment la présence de la DC. En considérant que la DC est un syndrome récemment reconnu par les professionnels de la santé (33) et que le niveau de connaissance des infirmières de GMF sur la gestion de la DC n'est pas optimal (26), il est probable qu'elles ne soient pas en mesure de reconnaître la DC chez leurs clients.

TABLEAU 2
Activités de gestion de la DC réalisées selon les infirmières au cours des cinq derniers jours de travail

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

D'ailleurs, à l'inverse, les participantes qui observent un nombre élevé de personnes atteintes de DC parmi leur clientèle effectuent plus d'activités en gestion de la douleur. Ces derniers résultats permettent d'espérer que si les infirmières sont en mesure de détecter ou de reconnaître les personnes ayant une DC, elles interviendront de façon plus appropriée. Selon Curtiss (34), le manque d'habiletés en évaluation de la douleur chez les infirmières est le principal prédicteur d'un suivi inadéquat des personnes présentant une douleur.

Le nombre d'activités en gestion de la douleur réalisées par les infirmières en GMF dont l'évaluation détaillée et continue de la douleur, demeure limité. À noter également le faible niveau d'intention à évaluer la douleur. À la lumière des résultats de la présente étude, l'évaluation systématique de la douleur par les infirmières en GMF est peu intégrée à l'évaluation de la condition de santé physique et mentale effectuée. Pourtant, l'OIIQ (17), la *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organisations* (30), la *Registered Nurses Association of Ontario* (15) et le *Veterans Health Administration* (16) soulignent depuis 15 ans, l'importance d'évaluer les situations selon une approche globale et préventive, ce qui inclut la douleur. De plus, l'évaluation de la DC est une priorité de soins, car elle permet d'assurer un meilleur suivi des personnes tout en augmentant leur satisfaction face aux soins (35). Ceci pourrait s'expliquer en considérant que le suivi de la DC ne fait pas partie des problèmes de santé ciblés lors de la mise en place des GMF (10). De plus, il n'est nullement question de l'évaluation de DC dans la description du rôle de l'infirmière en GMF (36).

Selon les résultats de l'étude, les infirmières ne se sentent pas encore en mesure d'effectuer les activités nécessitant leur contribution au plan pharmacologique. Il est vrai que les dispositions légales québécoises permettant aux infirmières de réaliser l'ajustement de certaines médications à l'aide de protocoles ou d'ordonnances collectives sont encore peu utilisées (37). Il est alors possible que ces dispositions ne soient pas tout à fait intégrées dans les GMF, ce qui pourrait expliquer en partie l'écart observé entre les pratiques et les recommandations. Toutefois, selon les résultats d'une étude effectuée en GMF, 66% des infirmières affirmaient accomplir des ajustements posologiques à l'aide d'une ordonnance collective ou d'un protocole établi dans le suivi de personnes souffrant de maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète et anticoagulothérapie) (31).

Il est reconnu que l'implication de la famille s'avère essentielle afin d'optimiser le suivi des personnes et favoriser une meilleure

autogestion de la DC par le client (15,38). Considérant l'importance accordée en santé communautaire et dans les services de première ligne à l'approche familiale systémique et à l'implication de la famille dans les soins (39,40), il était attendu que les infirmières effectuent davantage d'activités auprès de la famille des clients ayant une DC. Ceci est encore plus surprenant compte tenu que les infirmières en GMF possèdent un diplôme universitaire de premier cycle où l'on accorde une place prépondérante à l'enseignement de l'approche familiale systémique (41). Selon Birot et al (42), la présence de « contraintes temporelles » peut expliquer pourquoi les infirmières omettent les activités impliquant les familles. Dans la présente étude, aucune corrélation significative n'est cependant ressortie entre la barrière « manque de temps ou surcharge de travail » et le nombre d'activités impliquant les familles réalisées par les infirmières participantes.

Enfin, bien qu'elles posent peu d'interventions pour gérer la DC, les infirmières en GMF expriment l'intention de réaliser la majorité des activités énoncées dans les questionnaires (exceptées celles décrites précédemment) et se sentent en mesure de les accomplir. Il est possible qu'elles ne réalisent pas beaucoup d'activités car elles ne sont pas entraînées à reconnaître les situations où elles pourraient intervenir auprès du client et de sa famille. D'ailleurs, la méconnaissance des interventions possibles ressort chez les répondantes comme une barrière dans la réalisation d'activités en gestion de la douleur. La présence d'un biais de tendance extrême ou, encore, d'un biais d'acquiescence pourrait également expliquer cette possible distorsion des données.

Selon la présente étude, les infirmières perçoivent le manque de soutien ou d'encouragement de la part des médecins comme une barrière importante dans la réalisation des activités en gestion de la DC. Comme le mentionnent Roy et Sylvain (43), le soutien et la collaboration des médecins ainsi qu'un meilleur partage de l'information entre médecins et infirmières sont essentiels au développement d'un climat de collaboration. Les infirmières en GMF ont par ailleurs souligné la non-disponibilité de l'information sur la gestion de la douleur comme une autre barrière dans la réalisation d'activités en gestion de la douleur. Il serait possible d'expliquer en partie la présence de cette barrière en considérant le nouveau contexte de pratique des participants qui travaillent majoritairement au sein de cliniques médicales privées. En œuvrant dans une structure qui est en marge des établissements de santé, les infirmières pourraient possiblement être coupées des ressources et des réseaux d'information auxquels elles avaient

TABLEAU 3
Corrélation entre les activités infirmières en gestion de la DC effectuées et le nombre de clients avec de la DC rencontrés lors des cinq derniers jours de travail

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

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

traditionnellement accès (44). Il est également important de noter l'absence systématique de formation continue adaptée à la pratique infirmière en GMF (45), ce qui influe sur l'accès à des ressources pertinentes pour les infirmières.

Limites, forces et retombées

Il s'agit de la première étude qui documente les activités infirmières en gestion de la DC dans un contexte de GMF avec un échantillonnage exhaustif d'infirmières en GMF du Québec.

Malgré le respect des directives de Dillman (19), le taux de réponse ainsi que la taille de l'échantillon ($n=53$) sont plutôt décevants pour une enquête provinciale. D'ailleurs, en comparaison avec le taux de réponse médian de 50,0% (37,0–71,0) répertorié par une méta-analyse sur les enquêtes postales réalisées auprès d'infirmières, le taux de réponse de la présente étude, soit 29,8%, est faible (46).

Ce faible taux de réponse suggère donc la présence d'un biais systématique dans les réponses (20). Afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des non répondantes, aucune donnée sociodémographique n'a été recueillie auprès de ces personnes, ce qui ne permet pas d'expliquer ce biais tel que suggéré par Bose (47). Il pourrait possiblement s'expliquer par le temps requis pour répondre aux deux questionnaires. Néanmoins, l'accroissement de l'information obtenue à partir de questionnaires postaux plus long supplanterait les

TABLEAU 4
Barrières identifiées par les infirmières dans la gestion de la DC

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

désavantages d'un risque de non-réponse (48). Il est également possible que les infirmières n'ayant pas répondu ne se sentaient pas concernées ou présentaient peu d'intérêt pour la gestion de la DC.

Les résultats de cette étude peuvent alimenter la réflexion sur la contribution infirmière en matière de gestion de la DC en première ligne, notamment sur la reconnaissance des situations cliniques susceptibles d'inclure un problème de DC et son évaluation systématique. Cette réflexion est particulièrement importante car elle arrive avant la mise en place d'une structure intégrée pour la gestion de la DC impliquant, entre autres, les intervenants de première ligne (4).

Cette étude identifie aussi le besoin de sensibiliser les infirmières sur leur rôle au plan des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, puis de l'impact que cette implication peut avoir pour le client aux prises avec une DC. Pour faciliter leur implication, il serait important de développer et de mettre en place, en collaboration avec les médecins, différents outils d'aide à la décision comme des protocoles, des ordonnances collectives ou des algorithmes de traitements pour la gestion de la DC.

CONCLUSION

Actuellement, le suivi des personnes souffrant de DC par les infirmières de GMF s'avère sous-optimal. Toutefois, en travaillant à résoudre certaines des barrières identifiées chez les infirmières dont la méconnaissance des interventions possibles et la non-disponibilité de l'information et en maximisant la collaboration entre infirmières et médecins de famille, les GMF peuvent alors devenir un maillon important dans le développement et la mise en place d'une structure intégrée pour le suivi de la DC au Québec. Les personnes souffrant de DC auraient ainsi accès rapidement en première ligne à des professionnelles spécialisées dans l'évaluation clinique et le suivi de leur condition de santé, les infirmières, qui travailleraient en partenariat avec eux, leur famille et leur médecin de famille afin d'assurer un suivi optimal et, ultimement, un meilleur soulagement de leur douleur.

REFERENCES

- Boulanger A, Clark AJ, Squire P, Cui E, Horbay GLA. Chronic pain in Canada: Have we improved our management of chronic noncancer pain?. *Pain Res Manag* 2007;12:39-47.
- Dewar A, White M, Posade ST, Dillon W. Using nominal group technique to assess chronic pain, patients' perceived challenges and needs in a community health region. *Health Expect* 2003;6:44-52.
- McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003;106:127-33.
- Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'intervention en santé. Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse): Organisation des services de santé 2006.

5. Gilron I, Johnson AP. Economics of chronic pain: How can science guide health policy?. *Can J Anaesth* 2010;57:530-8.
6. McHugh G, Thoms G. Living with chronic pain: The patient's perspective. *Nurs Stand* 2001;15:33-7.
7. McHugh G, Thoms G. Patient satisfaction with chronic pain management. *Nurs Stand* 2001;15:33-8.
8. Steglitz J, Buscemi J, Ferguson MJ. The future of pain research, education, and treatment: A summary of the IOM report "Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research". *Transl Behav Med* 2012;2:6-8.
9. Jouini G. Pharmacothérapie de la douleur chronique non cancéreuse chez des patients suivis en première ligne 2012.
10. Ministère de la santé et des services sociaux. Groupe de médecine de famille: Document synthèse 2002.
11. Goudreau J, Boucher S. Infirmière en GMF : un rôle en émergence. *Perspect Infirm* 2004;2:46-9.
12. American Society of Pain Management Nurses, ed. *Core Curriculum for Pain Management Nursing*. Dubuque, IA Kendall Hunt, 2010:742.
13. Ramage-Morin PL, Gilmour H. Douleur chronique chez les personnes de 12 à 44 ans. *Rapports sur la santé* 2010;21:55-63.
14. Stanos S, Houle TT. Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. *PHYS Med Rehabil Clin North Am* 2006;17:435-50.
15. Registered Nurses Association of Ontario. *Nursing best practice guideline – assessment and management of pain* 2013.
16. Veterans Health Administration (VHA). *VHA National Pain Management Strategy* 2009.
17. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *L'exercice infirmier en santé communautaire. Soutien à domicile* 2003.
18. Patiraki-Kourbani E, Tafas CA, McDonald DD, Papathanassoglou E, Katsaragakis S, Lemonidou C. Personal and professional pain experiences and pain management knowledge among Greek nurses. *Int J Nurs Stud* 2004;41:345-54.
19. Dillman DA. *Mail and internet surveys: The tailored design method*. Hoboken, NJ: Wiley, 2007.
20. Loiselle CG, Profetto-McGrath J, Polit DF, Beck CT. *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. St-Laurent, QC: ERPI, 2007.
21. Larsen D. Pain management in nursing: what does it mean? 2007. <www.gb42.com/ynot_what_does_it_mean.html> (Accessed May 17, 2010).
22. Carroll DL, Greenwood R, Lynch KE, Sullivan JK, Ready CH, Fitzmaurice JB. Barriers and facilitators to the utilization of nursing research. *Clin Nurse Spec* 1997;11:207-12.
23. Hanks RG. Barriers to nursing advocacy: a concept analysis. *Nurs Forum* 2007;42:171-7.
24. Dalton JA, Bernard S, Blau W et al. Managing cancer pain: Content and scope of an educational program for nurses who work in predominantly rural areas. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:214-23.
25. Le May S, Loiselle CG, Gelinac C, Lampron A, Bouchard E, Goulet C. Selection criteria and adaptation of an instrument for clinical research. *Douleur Analg* 2008;21:114-20.
26. Bergeron DA, Gallagher F, Bourgault P. Traduction et validation de la version française du Pain Management Activities Questionnaire (PMAQ). *Douleur Analg* accepté.
27. Dalton JA, Carlson J, Mann JD, Blau W, Bernard S, Youngblood R. An examination of nursing attitudes and pain management practices. *Cancer Pract* 1998;6:115-24.
28. Vallerand RJ. Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Can Psychol* 1989;30:662-80.
29. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. *Pain Assessment and Management: An Organisational Approach* 2000.
30. Howell DC. *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Bruxelles: De Boeck, 2008.
31. Équipe d'évaluation des GMF, ed. *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 2008.
32. Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker MVD, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: A comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res* 2010;10.
33. Breen J. Transitions in the concept of chronic pain. *Adv Nurs Sci* 2002;24:48-59.
34. Curtiss CP. JCAHO: Meeting the standards for pain management. *Orthop Nurs* 2001;20:27.
35. Unützer J, Hantke M, Powers D et al. Care management for depression and osteoarthritis pain in older primary care patients: A pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23:1166-71.
36. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables* 2005.
37. Laliberté M, Perreault S, Damestoy N, Lalonde L. Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: A cross-sectional study in Quebec, Canada. *BMC Public Health* 2012;12:192.
38. Menez JA. Chronic pain: A prevailing public health issue. *Medsurg Matters* 2007;16:4-5.
39. Sylvain H, Talbot LR. Synergy towards health: A nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *J Adv Nurs* 2002;38:264-73.
40. Wright LM, Leahey M. *L'infirmière et la famille. Guide d'évaluation et d'intervention*. Saint-Laurent QC: ERPI, 2007.
41. Colin C, Rocheleau L. Les infirmières de santé publique au Québec: une contribution essentielle et... méconnue. *Santé publique* 2004;16:263-72.
42. Birot P, Dervaux MP, Pegon M. Le modèle de McGill. *Rech Soins Infirm* 2005;28-38.
43. Roy D, Sylvain H. La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspect Infirm* 2004;2:17-26.
44. Hagan L, Mathieu L, Talbot LR, Landry M. Une communauté virtuelle peut-elle soutenir l'exercice infirmier en GMF?. *Perspect Infirm* 2006;3:19-26.
45. Lajeunesse J. La collaboration interprofessionnelle vers une transformation des pratiques au sein d'un GMF de deuxième vague 2008.
46. Cook JV, Dickinson HO, Eccles MP. Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: An observational study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:160-.
47. Bose J. Analyse du biais de non-réponse au National Center for Education Statistics 2001.
48. Lund E, Gram IT. Response rate according to title and length of questionnaire. *Scand J Soc Med* 1998;26:154-60.