

Table des matières

Introduction	5
2. Question de recherche et problématique	5
2.1. Contexte et origine de la question	5
2.2. Argumentation de la pertinence de la question et intérêt pour la profession infirmière	6
2.3. Elaboration de la question	6
2.4. Intérêt pour le système socio-sanitaire	7
2.5. Concepts	7
2.5.1. Personne âgée	8
2.5.2. Douleur	8
2.5.2.1. Douleur chronique chez la personne âgée	8
2.5.3. Démence	9
2.5.4. Confort	9
2.5.5. Théorie du confort de Kolcaba	10
3. Méthodologie	11
3.1. Cross-referencing	14
3.2. Autres recherches d'informations	14
4. Articles retenus	14
5. Comparaison des articles	15
5.1. Analyse critique des articles	15
5.2. Tableau de comparaison des résultats	20
6. Discussion des résultats	26
6.1. Rôle et connaissances infirmières	26
6.2. Théorie du confort	26
6.3. Proches et famille	27
6.4. Auto-évaluation et indicateurs comportementaux	27
6.5. Evaluation générale de la douleur chez la personne âgée atteinte de démence	28
6.6. Différents outils et recommandations pour la pratique	29
6.7. Limites	31
Conclusion	32
Références	34
Annexe 1	37
Grille d'analyse de lecture	37
Annexe 2	39
Questionnaire aux professionnels	39

Introduction

Lorsqu'est venu le temps de choisir un thème et après avoir partagé nos différentes expériences professionnelles, nous nous sommes très vite orientées sur la problématique de la douleur. Après de multiples réflexions, nous avons trouvé le sujet qui nous passionne et dont nous voulions trouver des réponses et stratégies pour notre pratique future.

Plusieurs questions ont orienté nos motivations : Comment réagir face au besoin fondamental de soulagement de la douleur chez une personne lorsqu'elle n'arrive plus à s'exprimer ? Comment ne pas se retrouver démunie face à cette situation ? Qu'avons-nous à notre disposition pour évaluer cette douleur ? Comment pouvons-nous optimiser sa prise en soins, afin d'assurer son confort ? A travers notre travail de Bachelor et à l'aide de nos recherches, nous allons tenter d'y répondre.

Notre travail se compose de trois grandes parties. Nous aborderons dans un premier temps les éléments qui sont à l'origine de notre questionnement clinique. Nous définirons ensuite les concepts et le cadre théorique qui constituent la base de notre travail. Dans un deuxième temps, nous expliquerons la construction de notre méthodologie et présenterons l'analyse de nos articles scientifiques qui nous permettront d'élaborer une revue de littérature. Finalement, ce travail nous fournira les connaissances nécessaires afin d'amener des pistes d'interventions que nous développerons dans la discussion.

2. Question de recherche et problématique

Dans ce chapitre, nous allons vous présenter notre problématique en lien avec nos expériences et nos motivations. Il s'agira ensuite d'argumenter l'importance et la nécessité de travailler sur ce thème en lien avec la pratique quotidienne et les besoins dans le domaine des soins infirmiers. Par la suite, nous allons parler des concepts et cadres centraux choisis pour ce travail.

2.1. Contexte et origine de la question

Nous avons toutes trois rencontré de multiples situations où nous avons un doute quant à la présence de douleur chez une personne âgée atteinte de démence sévère. Nous avons également pu observer la même incertitude chez nos collègues qui cherchaient des stratégies pour y remédier. Il nous paraît important, au premier abord, de trouver des moyens efficaces pouvant faciliter l'évaluation de la douleur chez cette population fragile. Lors de notre dernier stage, nous avons pu questionner les praticiens qui gravitent autour du patient. Tous nous ont révélé avoir de la difficulté à évaluer la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs.

Le but de ce travail est de trouver des stratégies et outils permettant d'évaluer la douleur de manière efficace chez la personne âgée atteinte d'une démence. Pour y répondre, il sera important de comprendre comment l'infirmière¹ peut passer au-delà des barrières que représentent la difficulté, le

¹ Le terme « infirmière » sera utilisé au féminin, mais englobe également les hommes de la profession.

doute et le manque de moyens pour évaluer la douleur chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

2.2. Argumentation de la pertinence de la question et intérêt pour la profession d'infirmière

La complexité de ce thème, nous est apparue lors de nos expériences professionnelles. Toutefois nous avons découvert que dans la littérature, elle a été constatée également par divers soignants et contextes.

Selon Monroe, Parish et Mion (2015), les infirmières associent certaines manifestations à de la fatigue ou à un symptôme comportemental et psychologique de la démence, ce qui entraîne un manque d'évaluation de la douleur. La personne reste alors inconfortable durant une plus longue période que si elle avait pu s'exprimer ou si une évaluation spécifique avait été mise en place (Voyer, 2006).

Plusieurs études récentes ont montré que les troubles cognitifs sont, comme l'âge, un facteur de risque indépendant pour recevoir un traitement antalgique inadéquat par rapport à l'intensité des douleurs (Hwang, Richardson, Sonuyi et Morrison, 2006). De ce fait, chez les personnes démentes, la douleur risque d'être sous-diagnostiquée et, par conséquent, sous-traitée. La principale cause de ce phénomène vient des difficultés de mise en évidence de la douleur chez cette population vulnérable. De plus, selon Leclair (2004), les troubles cognitifs engendrent des difficultés de compréhension, de conceptualisation et de communication, ainsi qu'une incapacité à utiliser les mécanismes de défense nécessaires pour intégrer et comprendre la souffrance ressentie. Indépendamment de la présence de troubles cognitifs, la douleur reste fréquemment rencontrée du fait des pathologies récurrentes qui en sont responsables dans cette tranche d'âge (Brugnolli, 2007). Ces éléments nous démontrent une partie des difficultés que représente l'évaluation de la douleur chez cette population.

Selon Smeltzer, Brunner, Suddarth, Longpré et Pilote (2011), l'infirmière a un rôle important dans l'évaluation de la douleur, dans l'élaboration de stratégies efficaces pour la soulager et dans la mesure de l'efficacité de ces stratégies. Étant en première ligne, en contact permanent avec les patients, nous devons nous efforcer de reconnaître, d'évaluer et de documenter cette douleur. Notre rôle propre en tant qu'infirmière consiste aussi à aider les patients à atteindre un degré optimal de confort.

2.3. Elaboration de la question

Nous sommes d'avis que les personnes âgées demandent des soins spécifiques. Il va sans dire que notre profession doit se préparer à la prise en soins de cette population de manière optimale. Nous pensons que ce travail peut être une partie de cette préparation pour notre pratique future.

Suite à nos recherches, à nos connaissances actuelles et à nos interviews informelles², nous avons pu orienter de manière précise notre problématique en lien avec nos motivations et les besoins du terrain.

² Voir annexe 2

Afin de construire notre question de recherche, nous nous sommes inspirées de la méthode PICO (population, indication, contexte et objectif). Elle nous a permis de construire une question clinique à partir d'une problématique observée. Notre question de recherche se formule donc de la manière suivante :

Comment évaluer la douleur chronique de manière efficace chez les personnes âgées de plus de 65 ans étant atteintes d'une démence et non communicantes, afin d'optimiser leur confort ?

2.4. Intérêt pour le système socio-sanitaire

Outre la problématique actuelle liée aux difficultés de cette évaluation, nous avons réfléchi à l'avenir de la profession et de cette population. L'Office fédéral de la statistique (OFS, 2006) nous renseigne sur l'ampleur de la situation. En effet, « la pyramide des âges s'est considérablement modifiée au cours du 20^e siècle. La proportion [...] des personnes âgées (plus de 64 ans) a progressé de 5,8% à 17,8%. L'augmentation est particulièrement marquée (de 0,5% à 5,0%) pour les personnes du quatrième âge (80 ans ou plus). [...] Il se poursuivra au cours du 21^e siècle. La part des personnes de 65 ans ou plus devrait passer de 18% (2015) à environ 26% en 2045 ».

L'Association Alzheimer Suisse (2015) estime que « 8% des plus de 65 ans et 30% des plus de 90 ans sont atteints d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence. Sur la base de l'évolution démographique, la Suisse comptera environ 200'000 personnes vivant avec une démence en 2030, et 300'000 en 2050 ». Nous pouvons aisément imaginer que la difficulté d'évaluer la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence va augmenter proportionnellement à l'augmentation de la population et de la prévalence de la démence.

Cette évolution aura naturellement un impact important sur les institutions médico-sociales et le coût de la santé en matière d'économie. Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2011), les coûts directs des démences se chiffrent à 3,9 milliards de francs, soit 6% de l'ensemble des dépenses du système de santé. En prenant en compte les dernières données présentées plus haut, les démences sont des maladies non négligeables du point de vue économique.

Cependant, l'OFSP (2011) indique qu'en appliquant des mesures adéquates comme des interventions précoces et une meilleure formation du personnel professionnel, nous pouvons améliorer, non seulement la qualité de la prise en charge, mais également contribuer à réduire les coûts globaux. En restant dans cette optique, nous estimons que l'évaluation de la douleur et un traitement adéquat peuvent contribuer à l'amélioration du confort et de la qualité de vie de la personne, mais également à un meilleur maintien de la maladie, évitant ainsi une augmentation des coûts de la santé.

2.5. Concepts

En élaborant notre question de recherche, nous avons rencontré différents concepts que nous allons maintenant définir : la personne âgée, la douleur, la démence, le confort, et finalement, la théorie du confort de Kolcaba.

2.5.1. Personne âgée

Selon Stanley et Gauntlett Beare (2005), la personne âgée est difficile à définir. En effet, ils affirment que chaque société classe les personnes selon des caractéristiques sociales telles que l'état civil ou le sexe. Cependant, la classe sociale considérée comme « personne âgée » varie considérablement selon les cultures. Chaque société utilise seule ou en association, quatre dimensions afin de déterminer l'appartenance à cette catégorie. Ces dernières sont d'ordre physiques (signes de vieillesse tels que les rides), symboliques (à la survenue d'un événement socialement symbolique tel que la naissance d'un petit-enfant), fonctionnelles (incapacité à subvenir aux fonctions du rôle d'adulte tel que pratiquer une activité professionnelle) et temporelles (basé sur la chronologie réelle de l'âge). Il est important de rappeler que ces critères changent selon l'évolution de la société.

En Suisse, l'âge de la retraite est de 65 ans et correspond au passage de personne adulte à personne âgée. Cependant, il nous semble important de rappeler que la définition d'une personne âgée change selon la façon dont la personne s'auto-perçoit, que ce soit au niveau de sa santé, ses besoins généraux, son environnement, son maintien social, ainsi que la façon dont les autres individus la perçoivent. En effet, la définition peut sensiblement changer suivant l'âge de la personne qui la définit. La personne âgée correspond à un groupe hétérogène où chaque personne « représente un ensemble unique d'objectifs, d'expériences, de valeurs et d'attitudes » (Stanley et al., 2005, p. 5).

2.5.2. Douleur

La définition officielle de la douleur n'a pas changé depuis 1986. Elle est donnée par l'International Association for the Study of Pain (IASP, 2010), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite dans ces termes ». Selon Smeltzer et al. « la douleur se définit comme la description que la personne en fait et on considère qu'elle existe dès lors que la personne dit avoir mal » (2011, p. 287). Cette définition prend en compte tous les aspects de la personne et l'importance de son vécu et de sa subjectivité. La prise en charge de la douleur a pris au cours des dernières années une place centrale dans le système de soins.

2.5.2.1. Douleur chronique chez la personne âgée

L'IASP (2010) a défini la douleur chronique comme « une douleur persistante au-delà du temps habituel de guérison » qui est arbitrairement délimité à trois mois pour la clinique et à six mois pour la recherche. De plus, Smeltzer et al. (2011) précisent que cette durée ne permet pas de définir à elle seule le type de douleur et qu'il est nécessaire de prendre en compte d'autres éléments.

La douleur chronique est un problème fréquent chez les personnes âgées. Elle est souvent insuffisamment traitée, malgré les effets indésirables qu'elle entraîne : dépression, malnutrition, perturbation du sommeil, désocialisation, diminution de la motricité, effets adverses provenant des prescriptions multiples inadéquates, altération de la conscience et du comportement, par exemple.

Selon Curtiss (2010), une douleur aiguë est reconnaissable à certains comportements qu'elle peut provoquer comme des grimaces, des gémissements ou un changement dans les signes vitaux. La douleur chronique est beaucoup plus difficile à détecter car les manifestations du système nerveux sympathique s'atténuent au fil de temps que la douleur persiste. C'est pourquoi les indicateurs physiologiques tels que la pression, le rythme cardiaque ou la fréquence respiratoire ne peuvent pas être pris en compte comme des signes de présence ou d'absence de douleur chronique (Herr, Bjoro, & Decker, 2006).

2.5.3. Démence

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2012), la démence est un syndrome chronique ou/et évolutif dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité à effectuer des opérations de pensée) plus importante que celle à laquelle on pourrait s'attendre du vieillissement normal. La maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire et la maladie de Parkinson sont les formes les plus fréquentes de démence. Selon Bouchez-Arbabzadeh, First, Frances, Pincus et American Psychiatric Association (1999), la démence affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. En revanche, la conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagnent souvent et parfois même, précèdent, les troubles de la fonction cognitive. Pour la diagnostiquer, les symptômes doivent être présents durant au moins six mois.

Selon Bjoro et Herr (2008), la neuropathologie qui cause la maladie d'Alzheimer laisse intact les aires du cerveau qui interprètent les stimuli douloureux (cortex somatosensoriel). Toutefois, ils précisent que les individus ayant des troubles cognitifs ressentent la douleur de la même manière que les autres mais ont davantage de difficultés dans l'interprétation de la sensation et dans la réponse donnée à celle-ci (Herr et al., 2011).

2.5.4. Confort

Nous pouvons déduire, à l'aide de la définition des soins palliatifs, dont le but premier est de maintenir et/ou restaurer le confort du patient, que celui-ci résulte d'un bien-être psychique et physique (Lopez-Tourres, Lefebvre-Chapiro, Fétéanu & Trivalle, 2009). Cela signifie que la personne ne ressent pas de stimuli désagréables tels que de la douleur ou de l'anxiété. Kolcaba (2003) définit la douleur comme un inconfort multidimensionnel incluant des composants sensoriels, cognitifs et affectifs. Le confort est un terme plus général que l'absence de douleur. C'est une sensation spécifique dans le corps qui « fait souffrir » à différents degrés d'intensité. La douleur est souvent un détracteur significatif du confort.

2.5.5. Théorie du confort de Kolcaba

A présent, nous allons exposer le cadre théorique que nous avons choisi pour ancrer notre problématique dans les soins infirmiers. La douleur est indéniablement un signe d'inconfort, comme cité plus haut, elle est une souffrance pour celui qui la vit. Ayant à l'idée que notre profession a pour but général d'optimiser le confort des personnes rencontrées, il nous est vite paru intéressant d'utiliser une théorie centrée sur les besoins de confort.

La théorie du confort a été créée par Katherine Kolcaba, infirmière venant des États-Unis et ayant exercé en milieu de long séjour et médico-social psychogériatrique (2003). Ce cadre théorique nous permet d'analyser une situation où le patient ressent de la douleur. Elle traite principalement de la mise en place de stratégies et de traitements de la douleur, cependant l'évaluation de cette dernière est nécessaire au préalable.

Kolcaba (1994) décrit le confort de trois façons : la facilité, le secours et la transcendance. La facilité est expliquée comme un état confortable de contentement. La personne trouve ainsi un sentiment de confort dans la facilité. Le secours se décrit par la réponse aux besoins du patient (par exemple : soulager les douleurs post-opératoires), la personne vivra une expérience de confort et de soulagement. La transcendance correspond à un état de confort dans lequel la personne trouve une manière d'échapper à une condition, de dépasser ou gérer ce qu'elle est en train de vivre (trouver ses ressources).

Kolcaba (1994) décrit que le confort de la personne se produit dans quatre contextes. Le premier est le contexte physique, qui correspond aux sensations corporelles et mécanismes homéostatiques. Le second contexte est le psycho-spirituel, qui représente la prise de conscience de soi, englobant l'estime de soi. Le troisième contexte s'intitule socioculturel. Il représente les relations interpersonnelles, sociétales et familiales qui comprennent les finances, l'enseignement et la santé, par exemple. Pour terminer, le quatrième contexte est l'environnemental et correspond au contexte externe de l'expérience de la personne, englobant ainsi la température, la luminosité et les odeurs entre autres.

Selon la théoricienne, il faut que les quatre contextes soient jumelés avec les trois types de confort pour donner lieu à une structure taxinomique (TS) qui correspond à la signification des soins infirmiers comme finalité pour la personne soignée. Un tableau est fourni à partir de ces concepts et peut être utilisé de différentes manières par l'infirmière. Cette dernière peut s'en servir pour déterminer la présence et l'étendue des besoins de confort insatisfaits, et ainsi concevoir et adapter des interventions pour améliorer le confort de la personne ou de ses proches (Kolcaba, 2003).

	<i>SECOURS</i>	<i>FACILITE</i>	<i>TRANSCENDENCE</i>
--	-----------------------	------------------------	-----------------------------

<i>PHYSIQUE</i>	<i>DOULEUR</i>		
<i>PSYCHO-SPIRITUEL</i>	<i>ANXIÉTÉ</i>		
<i>ENVIRONNEMENTAL</i>			
<i>SOCIOCULTUREL</i>			

La suite de la théorie développe principalement les stratégies et moyens à mettre en place pour atteindre le confort. Nous ne développons donc pas cette partie car elle ne concerne pas directement notre question de recherche.

3. Méthodologie

Au départ, nous avons consulté des bases de données telles que CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) qui est spécifique pour les infirmiers, ainsi que PUBMED donnant l'accès à MEDLINE, une base de données biologique et médicale.

Afin de trouver des articles scientifiques pour l'approfondissement théorique, mais aussi pour notre revue de littérature, nous avons recherché les termes qui se rapportent à notre problématique. Ces derniers sont : « évaluation de la douleur », « démence », « personne âgée », « établissement médico-social », « infirmier » et « confort ». Nous les avons donc traduits afin d'élargir nos recherches à la littérature anglophone. Afin de cibler nos recherches sur les bases de données, nous avons cherché les « MeSH terms » pour MEDLINE et les Cinahl headings (descripteurs) pour CINAHL dans le thésaurus approprié. Ces derniers sont présentés dans le tableau suivant :

Site de recherche	Mots clés / MESH terms / Cinahl headings	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles semblant pertinents	Nombre d'articles retenus
Cinahl	Dementia Cognitives disorders Cognitive impairment Pain assessment Pain evaluation Nursing Residents in nursing homes Homes for aged Comfort	28		5

Medline	Dementia Pain measurement Nurses	13	1
Articles trouvés dans les références d'articles retenus (cross-referencing)		13	1

A l'aide de ces termes, nous avons pu composer une équation de recherche qui se rapporte au mieux à notre question. Pour réaliser cette équation, nous avons associé les différents termes avec la conjonction de coordination en anglais « AND » et opposé les termes similaires par « OR » ainsi qu'exclus un terme par la conjonction « NOT » de cette façon :

« Pain assessment OR pain evaluation AND dementia OR cognitive disorders OR cognitive impairment AND nursing AND residents in nursing homes OR homes for aged AND comfort NOT tools ».

Nous n'avons pas toujours utilisé cette équation de cette manière, car cela limitait la recherche. Nous avons alors fait de multiples recherches en associant certains termes et omis certains autres. Ainsi, nous avons pu trouver d'avantage d'articles.

Afin de sélectionner les articles pouvant être pertinents pour répondre à notre question de recherche, nous avons commencé par lire les titres. Nous avons récolté 54 articles que nous nous sommes répartis pour en lire les résumés, ce qui nous a permis d'en garder 17. Par la suite, nous avons affiné notre sélection en les analysant selon une grille³ de lecture qui nous a été inspirée par les grilles du Fortin et Gagnon (2010). Nous avons pu ainsi sélectionner nos critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le tableau suivant. En regard de ces derniers, nous avons pu sélectionner définitivement 7 articles.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Année de parution récente (< 10 ans)	Dates de publication de plus de 10 ans
Concerne les soins infirmiers	Concerne exclusivement d'autres corps de métier
Population cible (personnes âgées ayant des troubles cognitifs ou comparaison avec personnes âgées non démentes)	Mauvaise population cible (personnes âgées ayant leurs capacités cognitives)

³ Voir annexe 1

Interventions / pistes concrètes et réalisables dans la pratique	Interventions alternatives, non pharmacologiques
Axé sur les institutions médico-sociales	Axé sur le milieu hospitalier
Rigueur et fiabilité au niveau éthique et subvention	Inapplicable dans notre pays pour des raisons culturelles
Crédibilité des auteurs	Manque de pertinence de l'article
Bon niveau de preuve scientifique	Sans résultats concrets

Au vu du manque d'articles pertinents pour notre question, nous avons été dans l'obligation d'élargir nos critères. En effet, le plus grand nombre des articles évaluent ou comparent des échelles d'évaluation de la douleur. Or, notre but étant l'évaluation de la douleur par l'observation et la réflexion avant d'utiliser ce type d'échelle, nous avons dû nous résoudre à utiliser des articles parlant principalement d'échelles en gardant à l'esprit nos critères de base.

Une autre difficulté non négligeable nous est apparue à la lecture de nombreux articles. Certains étaient pertinents pour répondre à notre problématique, cependant, les personnes présentant une démence sévère étaient exclues de l'étude. Au premier abord, nous les avons exclus. Cependant nous n'avions plus suffisamment d'articles. Dès lors, nous les avons analysés de manière minutieuse afin de savoir s'ils pouvaient réellement nous aider dans notre revue de littérature. Nous en avons finalement sélectionné un pour notre travail en restant critique sur les résultats en lien avec notre problématique qui traite des démences sévères.

Notre grille d'analyse nous a permis d'obtenir un regard critique sur les informations et la méthodologie de ces articles. Elle nous a aussi aidé à ressortir les éléments pertinents de nos différents articles afin de répondre à notre question de recherche. A l'aide de nos analyses minutieuses, nous avons pu exclure un certain nombre d'articles dont 2 faisant partie de notre sélection définitive. De ce fait, nous avons dû reprendre nos recherches afin d'en trouver suffisamment.

Nous avons finalement revu nos critères d'exclusion. En effet, ne trouvant plus d'articles pertinents, nous avons consulté les articles parus entre 2000 et 2016. Cependant, cette recherche ne nous a pas permis d'augmenter notre revue de littérature.

Nous nous sommes questionnées concernant ce manque d'articles pertinents pour notre question de recherche. En effet, en examinant d'autres informations, nous avons découvert que selon Stanley et al. (2005, p. 287) « moins de 1% des 4.000 articles publiés sur la douleur chaque année concernent les personnes âgées ». Nous concluons que ceci explique en partie le manque d'articles pouvant nous être utiles dans notre revue de littérature et le manque de connaissances de la part des professionnels concernant l'évaluation des douleurs chez les personnes âgées démentes incapables de s'auto-évaluer.

3.1. Cross-referencing

Suite à nos recherches initiales, nous avons consulté la bibliographie de chacun de nos articles afin de nous assurer que nous n'avions pas négligé une référence scientifique sur le sujet qui n'aurait pas été visible sur les bases de données. Ceci nous a conduit à trouver treize articles potentiellement intéressants. Suite à une analyse approfondie, nous n'en avons retenu qu'un pour notre travail.

3.2. Autres recherches d'informations

Nous nous sommes inspirées de plusieurs types d'ouvrages afin de vérifier et perfectionner nos connaissances sur les différents concepts touchant à notre problématique. En effet, l'une de nous a participé au congrès intercantonal sur le thème des enjeux du vieillissement en Suisse, approches de santé publiques nationales, cantonales et institutionnelles 2015 et a pu se référer à plusieurs études scientifiques et ouvrages cités à cette occasion.

De plus, nous avons à plusieurs reprises pu questionner des professionnels du terrain. En effet, par le biais d'entretiens informels, nous avons eu l'occasion de nous renseigner sur l'utilité de notre travail en abordant les difficultés rencontrées par ces professionnels, ainsi qu'en récoltant des informations ou connaissances qui paraissent manquer.

4. Articles retenus

1. Burns, M., & McIlfatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400- 407.
2. Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & 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. <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>
3. Curtiss, C. P. (2010). Challenges in Pain Assessment in Cognitively Intact and Cognitively Impaired Older Adults With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(0), 7- 16. <http://doi.org/10.1188/10.ONF.S1.7-16>
4. Herr, K., Bjoro, K., & Decker, S. (2006). Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 170- 192. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.001>
5. Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316- 320. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
6. Horgas, A. L., Elliott, A. F., & Marsiske, M. (2009). Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship Between Self-Report and Behavioral Observation: PAIN ASSESSMENT IN PERSONS WITH DEMENTIA. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 126- 132. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02071>.

7. Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., Simpson, M., & Wells, T. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 21(3), 147- 155.

5. Comparaison des articles

Ce chapitre est dédié à la comparaison des articles sélectionnés. Dans un premier temps, nous allons les présenter par un résumé comprenant le titre de l'article, les auteurs et leur profession, le moteur de recherche se rapportant au lieu où nous les avons trouvés, le but de l'étude, la méthodologie de la recherche, les critères éthiques et enfin, les raisons pour lesquelles nous les avons retenus ainsi que les limites de la recherche. Dans un second temps, nous allons utiliser un tableau pour décrire le/les but(s) de la recherche, les principaux résultats, ainsi que l'implication pour la pratique.

5.1. Analyse critique des articles

La suite de ce chapitre concerne donc les articles que nous avons retenus et que nous allons maintenant brièvement présenter en proposant une synthèse et en signalant entre parenthèses à la suite du titre dans quelle base de données nous l'avons trouvé. Cette analyse est effectuée à partir des grilles d'analyse que nous avons remplies pour chacune des revues sélectionnées. Finalement, nous présentons les points forts et points faibles principaux.

1. **Burns, M., & McIlfatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400- 407.** (Cinahl)

Cet article est une revue de littérature publiée en 2015 dans le cadre de l'International Journal of Palliative Nursing. Les auteurs de cette revue systématique, infirmières reconnues, orientent leurs recherches dans le but de présenter l'état des connaissances issu d'études qualitatives sur les connaissances et les attitudes des infirmières dans l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence. Les auteurs ont établi une recherche sur les bases de données telles que CINALH, Medline (Pubmed), PsycInfo, Wiley, ou encore OVID. La plage de recherche comprenait des études pertinentes disponibles de 2000 à 2014.

Un total de 28 articles potentiellement pertinents ont été récupérés après une recherche sur les bases de données. Ces résultats comprenaient des enquêtes transversales, des études exploratoires, des analyses conceptuelles et des essais contrôlés randomisés. Suite aux critères d'inclusion, 11 études qualitatives ont été retenues. Certaines études ont également été prises selon les références d'articles trouvés.

Nous avons retenu cet article pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il s'agit d'une revue de littérature récente écrite par des infirmières. Elle nous a permis d'avoir une vision quant aux connaissances des infirmières dans l'évaluation de la douleur chez la personne âgée atteinte de démence et elle nous éclaire sur les difficultés perçues par les infirmières dans l'évaluation de cette douleur. De plus, elle

apporte des pistes de compréhension relatives aux attitudes des infirmières lors de l'évaluation de la douleur par la théorie du comportement planifié, lié à la pratique infirmière.

Un des points forts de cette étude est qu'elle examine les connaissances et les attitudes des infirmières dans l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démences et démontre un consensus général au sein de la littérature.

Il n'y a pas de point faible spécifique par rapport à notre problématique ou dans la méthodologie.

2. **Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & 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. <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>. (Medline)**

Cette revue de littérature a été publiée en 2011 dans l'American Society for Pain Management Nursing. Elle a été écrite par cinq infirmières, toutes titulaires d'un diplôme postgrade.

Les auteurs ont choisi cinq types de population incapables de s'auto-évaluer : les personnes ayant une démence avancée, les nourrissons et les enfants pré-verbaux, les personnes gravement malades ou inconscientes, les personnes ayant une déficience intellectuelle ainsi que les personnes en fin de vie. Ils décortiquent et expliquent pour chacune de ces populations, les raisons pour lesquelles leur douleur est à risque d'être sous-évaluée et par conséquent, sous-traitée. Ils proposent également les outils qui semblent les plus appropriés pour chaque population cible.

Nous avons choisi cet article car il présente un chapitre très complet concernant les personnes âgées démentes non communicantes. Il détaille les risques de sous-évaluation et de sous-traitement de la douleur liés à cette population spécifique. Les auteurs présentent aussi des recommandations pratiques spécifiques à cette population cible, (comme la serial trial intervention ou la hiérarchie des techniques d'évaluation de la douleur qui seront expliquées dans les recommandations) qui sont utiles pour notre travail.

Un des points forts de l'article est le fait que les auteurs citent à la fin de leur revue différents articles et résultats traitant du même sujet, afin de présenter d'autres positionnements. Il s'agit de regards critiques intéressants qu'ont eu les auteurs. Ceci augmente la crédibilité de leur article.

Le point faible est que l'article traite de quatre autres populations incapables de s'auto-évaluer, qui ne concernent pas directement notre travail, ce qui rend par conséquent une partie de la revue inutile. Cependant, les recommandations et la connaissance des différences présentes entre ces populations sont intéressantes pour étayer notre jugement clinique.

3. **Curtiss, C. P. (2010). Challenges in Pain Assessment in Cognitively Intact and Cognitively Impaired Older Adults With Cancer. Oncology Nursing Forum, 37(0), 7- 16. <http://doi.org/10.1188/10.ONF.S1.7-16>. (Cinahl)**

Cette revue de littérature a été écrite en 2010 et publiée dans l'Oncology Nursing Forum. Elle a été élaborée par une infirmière titulaire d'un diplôme postgrade et ayant effectué un examen d'accréditation national. Cette revue a été financée par la compagnie pharmaceutique Endo. Les sources de l'article sont fiables et les références ainsi que les bases de données sont scientifiques, ce qui augmente la rigueur de la revue.

Nous l'avons choisi car il confirme le besoin d'utiliser des outils spécifiques pour évaluer la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs.

L'utilisation de tableaux pour présenter des échelles ou indicateurs est un point fort car ils aident à la compréhension. D'autre part, cet article identifie les sources de difficultés des infirmières quant à l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence. Il présente aussi les différents rôles et obligations qu'a l'infirmière dans cette prise en soins. Finalement, cet article cite les moyens disponibles pour pallier au manque d'informations concernant l'évaluation de la douleur chez ce type de population.

Le point faible se trouve dans le titre de l'article, car au premier abord nous pourrions penser que ce dernier traite spécifiquement des patients atteints de cancer. Cependant, la question de recherche concerne principalement de l'évaluation et la gestion de la douleur chez les personnes ayant des troubles cognitifs.

4. **Herr, K., Bjoro, K., & Decker, S. (2006). Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review. Journal of Pain and Symptom Management, 31(2), 170- 192. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.00>. (cross referencing)**

Cette revue de littérature a été publiée en 2006 par trois infirmières titulaires d'un diplôme postgrade. Il est paru dans le Journal of Pain and Symptom Management qui est reconnu au niveau international.

Pour améliorer l'évaluation et la gestion de la douleur chez les personnes âgées non communicantes et atteintes de démence, l'article met l'accent sur la nécessité de moyens spécifiques pour la reconnaître chez ce groupe de personnes.

Nous l'avons choisi car la comparaison de ces différents outils nous permet de prendre position de manière avisée quant à leur fiabilité et validité.

La pertinence des critères d'inclusion concernant les outils d'évaluation ainsi que la détermination de niveaux de preuves pour chacun d'entre eux constituent certains des points forts de cet article. De plus, la démarche adoptée dans leur méthodologie, qui consistait en le fait d'envoyer leurs analyses des outils d'évaluations aux créateurs mêmes des échelles pour avoir leur avis, augmente la crédibilité de leur article. Deux autres articles que nous avons sélectionnés citent les résultats de cette revue, ce qui lui ajoute d'autant plus de validité.

5. **Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316- 320. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>. (Cinahl)**

Cet article de recherche est une étude qualitative parue en 2010 dans les Archives of Psychiatric Nursing. Les auteurs, des infirmiers reconnus, ont mené une étude exploratoire en utilisant une méthodologie de groupe de discussions dans deux établissements de soins de longue durée dans la grande région de Nashville. Le premier établissement situé dans une zone urbaine comptait 250 lits et le deuxième situé dans une banlieue comptait 160 lits. Deux groupes de discussions infirmières, d'une taille allant de 4 à 11 participants ont été menés, le total de l'échantillon était de 29 participants.

L'intérêt de cette étude est qu'elle met en lumière les difficultés rencontrées dans la détection de la douleur par les infirmières. De plus, les résultats soutiennent l'utilisation et le développement d'outils de comportement de l'inconfort et l'utilisation des théories de confort, comme celle de Kolcaba pour l'évaluation et la gestion de la douleur pour les personnes ayant une incapacité à communiquer verbalement.

Un des points forts de l'étude est qu'elle révèle un certain nombre de défis auxquels les infirmières en maison de soins de longues durées sont confrontées lors de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée atteinte de démence. L'échantillonnage compte peu de participants et peu rendre l'étude moins pertinente.

6. **Horgas, A. L., Elliott, A. F., & Marsiske, M. (2009). Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship Between Self-Report and Behavioral Observation: PAIN ASSESSMENT IN PERSONS WITH DEMENTIA. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 126- 132. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02071>. (Cinahl)**

Cette étude quantitative quasi expérimentale a été publiée en 2009 dans le Journal of American Geriatrics Society et écrite par deux infirmières et un médecin de l'université de Floride.

Les auteurs ont interviewé et évalué la douleur de 126 personnes âgées, dont 64 sans troubles cognitifs et 62 atteintes de démence légère à modérée, vivant toutes en EMS, en résidences assistées ou en logements de retraite.

Nous l'avons choisi car la comparaison des indicateurs comportementaux de la douleur avec l'auto-évaluation chez des personnes âgées avec et sans troubles cognitifs, nous permet de nous positionner sur la validité de l'utilisation d'échelles comportementales pour notre population cible.

Le premier point fort de cette étude est qu'elle compare l'évaluation de la douleur chez des personnes âgées avec et sans troubles cognitifs, ce qui nous donne un résultat intéressant concernant notre population cible. D'autre part, cet article soumet un résultat concernant la prescription d'antalgique aux personnes âgées démentes qui contredit de nombreuses autres études antérieures.

Le principal point faible de cette étude concerne l'exclusion des personnes âgées atteintes de démences sévères par les chercheurs. Selon les critères de cette recherche, les participants devaient pouvoir se lever, marcher et rester debout. Ce critère met l'accent sur l'autonomie de la personne, or, lors de démence sévère, cette dernière peut ne pas être suffisamment présente.

Un second point faible provient du fait que les participants ne viennent pas exclusivement d'établissements médico-sociaux.

Toutefois, les résultats de cette recherche amènent un regard intéressant et critique sur les indicateurs comportementaux et confirme l'utilité et la validité d'utiliser de tels outils chez les personnes âgées démentes afin d'évaluer leur douleur.

7. Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., Simpson, M., & Wells, T. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 21(3), 147- 155.

Cette étude quantitative a été publiée en 2006 dans le « American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias ». Les auteurs comptent sept infirmières diplômées en recherche dans l'université de Wisconsin.

Une double expérience en aveugle, randomisée a été menée dans 14 établissements de longue durée dans l'état du Midwest aux Etats Unis. Il y avait 114 participants, dont 75% de femmes. Tous sont atteints d'une déficience cognitive et fonctionnelle avancée et n'ont pas de diagnostic psychiatrique autre que la démence associée. Les participants avaient un âge moyen de 86,55 ans.

Les résultats suggèrent que la STI est efficace et que le traitement de l'inconfort est possible pour les personnes atteintes de démence à un stade avancé. Une étude antérieure d'une version de cet outil a montré que l'inconfort avait diminué chez 83% (76 sur 91 sujets) des sujets recevant une antalgie et 37% (44 sur 119 sujets) chez les sujets recevant uniquement un traitement non pharmacologique.

Nous avons retenu cet article car la méthode STI permet une démarche structurée d'évaluation de l'inconfort et lors d'une situation de douleur ou autres besoins non satisfaits. Il correspond également à une preuve importante concernant les conséquences de l'expression douloureuse ou des besoins non satisfaits par le biais de comportements.

L'un des points forts de cette étude est l'utilisation d'un modèle expérimental (aléatoire et à double aveugle concernant les sujets) qui augmente la validité de l'étude. L'un des points faibles est en grande partie signalé par les auteurs eux-mêmes. Sur le plan de l'échantillonnage, la présence d'infirmières auxiliaires peut faire penser que celles-ci n'ont pas agi de la même façon que les infirmières, en raison d'une formation et d'un rôle différents. Cependant, les résultats tels qu'ils sont présentés ne permettent pas de relever s'il y a des différences dans les modes de réponses des infirmières certifiées et des auxiliaires.

5.2. Tableau de comparaison des résultats

Article	But(s)	Principaux résultats	Retombées sur la pratique
1.	Explorer les connaissances et les attitudes des infirmières face à l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence.	<p>Les infirmières reconnaissent que la douleur est très répandue chez les personnes âgées et mettent en évidence la difficulté de l'identifier et de l'évaluer.</p> <p>Avoir une bonne connaissance de l'évaluation de la douleur, du choix des analgésiques et des effets secondaires en présence de démence sont nécessaires.</p> <p>Les infirmières qui travaillent régulièrement avec les patients souffrant de troubles cognitifs ont été en mesure d'identifier la douleur par réponses comportementales. Tandis que celles ayant moins d'expériences la suspectaient plus difficilement. Par conséquent, les connaissances sur les habitudes des patients et leurs comportements sont essentielles.</p> <p>Il existe un manque de confiance de la part de l'infirmière dans l'évaluation de la douleur. Par conséquent, ce manque de confiance conduit à une réticence des médecins à prescrire une antalgie appropriée, ce qui finalement inhibe le traitement de la douleur optimal.</p> <p>La douleur est souvent prise pour des problèmes psychiatriques tels que les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. La première réponse de traitement est l'utilisation de psychotrope en lieu et place des antalgiques.</p> <p>La majorité des infirmières ont identifié que les modèles traditionnels d'évaluation de la douleur ne pouvaient pas être utilisés chez les personnes atteintes de démence. Elles ont exprimé la nécessité d'une meilleure qualité et accessibilité des outils d'évaluation pour ces personnes.</p>	<p>Il est important que les infirmières acquièrent une confiance dans la reconnaissance de la douleur chez les personnes atteintes de démence. Ceci peut être réalisé à l'aide des programmes d'éducation axés sur les signes et les symptômes de la douleur et les options de traitement chez les personnes ayant une déficience cognitive</p> <p>L'évaluation de la douleur nécessite l'utilisation d'un outil d'évaluation adéquatement spécialement conçu pour la douleur en présence d'une démence.</p> <p>Une stabilité de l'équipe, une communication efficace et une confiance entre le médecin et l'infirmière sont nécessaires afin d'assurer et d'augmenter la probabilité de détection, d'évaluation et de traitement de la douleur.</p>
2.	Permettre aux infirmières de	La douleur est subjective et l'auto-évaluation reste le meilleur moyen pour la	Des recommandations générales pour la pratique clinique présentent un cadre

	<p>prendre position dans l'évaluation de la douleur chez des patients incapables de s'auto-évaluer, en fournissant des recommandations pratiques.</p>	<p>mesurer.</p> <p>Les personnes incapables de communiquer leur douleur sont plus à risque de sous-évaluation et de sous-traitement de cette dernière.</p> <p>Il faut suivre certaines recommandations spécifiques pour être en mesure de prendre en charge la douleur chez ces patients.</p> <p>Le rôle infirmier fait partie intégrante de la gestion de la douleur.</p> <p>Etablir une procédure d'évaluation de la douleur dans chaque institution est nécessaire pour en favoriser une bonne gestion.</p> <p>Utiliser des outils d'évaluation de la douleur basés sur les comportements de la personne si celle-ci ne peut pas s'exprimer.</p> <p>Les soignants devraient utiliser des outils fiables et qui ont démontré leur efficacité pour le type de population cible.</p> <p>Minimiser l'importance des indicateurs biologiques.</p> <p>Réévaluer et documenter la douleur pour un bon suivi de celle-ci.</p>	<p>hiérarchique des techniques d'évaluation de la douleur comportant cinq étapes.</p> <p>La STI (serial trial intervention) est une méthode qui a démontré son efficacité pour évaluer la douleur chez les personnes âgées démentes et non communicantes. Elle intègre les mêmes composants que la hiérarchie des techniques d'évaluation et préconise également l'utilisation d'une échelle comportementale d'évaluation de la douleur.</p>
<p>3.</p>	<p>Décrire les approches d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées avec et sans troubles cognitifs atteints d'un cancer</p>	<p>L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes et non communicantes reste un vrai défi pour les praticiens et est un problème majeur de santé publique.</p> <p>Elle nécessite une évaluation complète, systématique et individualisée.</p> <p>L'évaluation de la douleur est souvent négligée chez ces personnes et d'autant plus dans les milieux de soins à longs-termes.</p> <p>Les conséquences d'une douleur sous-traitée chez les personnes âgées sont nombreuses.</p> <p>Les barrières à une bonne évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes sont citées. L'une d'elles se base sur de fausses croyances et explique qu'une personne atteinte de démence ne ressent pas la douleur. Une autre de</p>	<p>Présentation de la hiérarchie des techniques d'évaluation de la douleur.</p> <p>Tableau des comportements communs aux personnes démentes évoquant la douleur. Certains mouvements corporels, des changements d'habitudes, l'expression faciale, les interactions sociales, le changement de l'état psychologique et les vocalisations sont des pistes afin d'identifier une présence de douleur.</p> <p>Tableau qui nomme quatorze outils d'évaluation de la douleur pour les personnes</p>

		<p>ces barrières correspond au fait que ces personnes présentent un faciès moins expressif que les personnes ayant leurs pleines capacités cognitives. De plus, certains comportements causés par d'autres problèmes, comme l'anxiété ou la faim, peuvent être interprétés comme une plainte douloureuse.</p>	<p>âgées ayant des troubles cognitifs.</p> <p>L'évaluation globale et complète de la douleur chez les personnes âgées devrait inclure un examen physique, une observation des comportements et une évaluation du bien-être psychosocial.</p>
4.	<p>Evaluer de manière critique dix échelles existantes pour évaluer la douleur chez des personnes âgées démentes et non communicantes afin de fournir des recommandations aux professionnels.</p>	<p>Les conséquences d'une douleur non traitée sont nombreuses, que ce soit au niveau somatique et psychique pour le patient, mais aussi, au niveau économique et socio-sanitaire.</p> <p>Malgré une haute prévalence et le nombre de conséquences qui en découlent, l'évaluation et le traitement de la douleur chez cette population restent insatisfaisants selon les professionnels de la santé.</p> <p>L'échec des soignants dans l'identification de la douleur chez les personnes incapables de communiquer est le facteur le plus entravant de la gestion de la douleur.</p> <p>Les personnes âgées démentes reçoivent moins d'antalgiques que celles sans troubles cognitifs, bien qu'elles ressentent la douleur de la même manière.</p> <p>L'auto-évaluation reste le « standard d'or » mais l'hétéro-évaluation comportementale est nécessaire chez les patients atteints d'une démence avancée.</p> <p>Un grand nombre d'outils d'évaluation comportementale ont été développés pour les personnes âgées démentes et non communicantes mais aucun n'est standardisé et ne peut être recommandé actuellement.</p>	<p>Présentation des six types majeurs de comportements liés à la douleur chronique chez les personnes âgées selon les directives de l'American Geriatrics Society (AGS).</p> <p>Présentation des différents outils et échelles qui existent concernant l'évaluation de la douleur chez ce type de population.</p> <p>Quatre étapes sont proposées par les auteurs afin d'optimiser une approche globale de la douleur.</p>
5.	<p>Identifier les méthodes et outils que les</p>	<p>Les infirmières utilisent les concepts de « confort » et « qualité de vie » comme des stratégies dans l'évaluation de la douleur globale chez les personnes atteintes de démence. De vastes processus sont utilisés par les infirmières</p>	<p>Les auteurs suggèrent l'utilisation et le développement d'outils d'évaluation des comportements d'inconfort dans le traitement</p>

	<p>infirmières utilisent dans l'évaluation et la gestion de la douleur chez les personnes atteintes de démence afin d'aider à identifier les obstacles et améliorer les stratégies d'interventions.</p>	<p>impliquant une réévaluation fréquente et l'application d'interventions orientées vers l'apparence de confort.</p> <p>Les infirmières rapportent avoir des difficultés à reconnaître la douleur chez les personnes âgées démentes et d'autant plus lorsqu'il s'agit de déterminer son ampleur ou son intensité.</p> <p>Le rôle de la famille est fréquemment discuté en tant que partenaire et facilitateur dans la détermination des niveaux de confort des résidents.</p> <p>La famille est aidante dans la mise en place de stratégies centrées sur la personne pour favoriser le confort.</p> <p>L'incertitude de l'infirmière face à la détection de la douleur est un facteur important de son mauvais soulagement.</p>	<p>de la douleur globale.</p> <p>Ils proposent également l'utilisation de théories de confort et citent l'exemple de la théorie du confort de Kolcaba dans l'évaluation et la gestion des douleurs pour les personnes ayant une capacité limitée de communication.</p>
<p>6.</p>	<p>Investiguer la relation entre l'auto-évaluation et les indicateurs comportementaux de la douleur, chez les personnes âgées avec et sans troubles cognitifs</p>	<p>86% des participants ont exprimé ressentir de la douleur de façon régulière. Plus de 65% la ressentent depuis plus d'un an. (77% des personnes âgées démentes et 95% des personnes âgées non démentes).</p> <p>Les personnes âgées atteintes de démence expriment une durée de douleur moins longue.</p> <p>Les personnes âgées ayant des troubles cognitifs et prenant des antalgiques ont exprimé moins de douleur après un mouvement que les personnes âgées ayant leurs capacités cognitives. Cependant ce dernier ne concerne pas le repos.</p> <p>Les indicateurs comportementaux de la douleur sont identiques entre les personnes âgées atteintes ou non de démence.</p> <p>Le total de comportements relatifs à la douleur correspondait à l'auto-évaluation de son intensité chez les personnes âgées en pleine capacité cognitive.</p> <p>Les personnes âgées ayant des troubles cognitifs reçoivent plus d'analgésiques</p>	<p>L'auto-évaluation n'est pas suffisamment fiable chez des personnes âgées atteintes de démence, même quand la personne est encore capable de s'exprimer.</p> <p>L'évaluation de la douleur pendant et après un mouvement est encouragée.</p> <p>Le fait de l'évaluer au repos augmente le risque de sa sous-estimation.</p> <p>Il y a une relation avérée entre l'auto-évaluation et les indicateurs comportementaux de la douleur chez les personnes âgées.</p> <p>Il est important de prendre en considération et évaluer également les analgésiques qui ont</p>

		que celles ayant leurs capacités cognitives.	pu être pris.
7.	Tester l'efficacité de l'évaluation et de la gestion de l'inconfort et des besoins non satisfaits chez les personnes atteintes de démence avancée par le protocole clinique Serial Trial Intervention (STI)	<p>Le protocole STI est plus efficace pour diminuer l'inconfort et les troubles du comportement que les interventions standards (sans le protocole STI).</p> <p>Dans le groupe bénéficiant de la STI, 49 paramètres physiques ont été trouvés chez 23 sujets, dont 7 sujets présentant des signes et symptômes de douleur, 3 souffrant de pneumonie et 4 atteints d'infections urinaires.</p> <p>Contrairement aux infirmières du groupe contrôle, celles du groupe utilisant le protocole STI maintenaient des interventions afin de résoudre le trouble de comportement.</p> <p>Les sujets bénéficiant de plusieurs tentatives de la part des soignants dans l'évaluation et les interventions d'inconfort étaient de 37 (65%) dans le groupe STI, alors qu'ils n'étaient que 5 (9%) dans le groupe contrôle.</p> <p>40 sujets du groupe STI (70%) et 23 sujets du groupe contrôle (40%) voyaient leurs comportements revenir à la normale.</p> <p>Il n'y a pas eu de différence significative dans l'usage des traitements non pharmacologiques. 49 sujets du groupe STI (86%) et 52 sujets (91%) du groupe contrôle ont reçu un traitement non pharmacologique.</p> <p>Il y a par contre une différence significative dans l'usage des traitements antalgiques : Les résultats ont révélé que 26 sujets du groupe STI (46%) et seulement 2 du groupe de contrôle (3%) avaient reçu des analgésiques. Les auteurs en ont conclu que l'utilisation du protocole STI induit une baisse significative la douleur chez les résidents.</p> <p>Les infirmières ont rapporté que les participants qui n'avaient pas de symptômes comportementaux étaient ceux qui résidaient depuis longtemps dans l'établissement. Pour les auteurs, ces résidents sont « institutionnalisés », alternativement, les membres du personnel pouvaient avoir pris l'habitude du</p>	<p>Les résultats suggèrent que la STI est efficace dans le traitement de l'inconfort et de l'agitation chez les personnes atteintes de démence à un stade avancé.</p> <p>La STI a influencé positivement l'évaluation de la douleur, l'administration d'analgésiques et la persistance de l'infirmière dans ses interventions pour résoudre le trouble du comportement de la personne.</p>

		comportement des résidents.	
--	--	-----------------------------	--

6. Discussion des résultats

Nous allons à présent discuter des résultats que les sept articles scientifiques analysés pour cette revue de littérature nous ont livrés. Comme expliqué précédemment dans la problématique, le but de cette revue était de trouver des stratégies permettant une évaluation efficace de la douleur chez les personnes âgées présentant une démence.

6.1. Rôle et connaissances infirmières

Tout d'abord, nous avons pu constater que les chercheurs avaient la même vision du rôle infirmier que la nôtre. En effet, ils s'accordent à dire que l'infirmière a un rôle primordial dans l'évaluation de la douleur et doit assurer l'évaluation et le traitement de ces populations vulnérables.

Les infirmières ont la responsabilité de veiller à ce que les personnes souffrant de douleurs soient correctement évaluées. Elles ont un rôle clé non seulement dans la prestation de soins individualisés mais également dans l'offre de traitements fondée sur l'évaluation de la douleur (Burns & McIlfratrick, 2015). De plus, les principes éthiques de bienfaisance et de non malfaisance qui font partie de notre déontologie obligent les professionnels de la santé à assurer une gestion de la douleur ainsi qu'un confort pour tous les patients, de surcroît ceux qui sont vulnérables et incapables de communiquer (Herr et al, 2011).

Burns et McIlfratrick (2015) citent le rôle infirmier comme défenseur des patients dans la gestion de cette douleur. En effet, le fait de soigner une personne âgée douloureuse montre l'exemple aux autres et donne un certain contrôle concernant les attitudes et préjugés pouvant être présents lors d'une plainte de douleur (Stanley et al, 2005).

Les infirmières ont les connaissances, compétences et outils pour dépister et évaluer adéquatement la douleur chez les personnes âgées dont celles ayant des troubles cognitifs (Curtiss, 2010). Cependant, nous avons identifié dans la plupart des articles une difficulté dans l'identification de l'expérience douloureuse, car trop souvent, la douleur est confondue avec les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Ce phénomène est dû au manque d'outils spécifiques et mauvaises connaissances des infirmières concernant la démence et la prise en charge de la douleur, conduisant aux manques de communication et de confiance entre le médecin et l'infirmière. Nous pouvons dès lors identifier un besoin de formations axées sur les signes et les symptômes présents lors de douleur ainsi que les options de traitements pour les personnes ayant une déficience cognitive (Burns & McIlfratrick, 2015).

6.2. Théorie du confort

Selon Kolcaba (2003), le confort n'est pas uniquement entravé par la douleur. En effet, le confort mérite une évaluation et des interventions centrée sur la personne de manière holistique. La théorie permet de guider les infirmières dans la prise de décisions et l'évaluation de l'efficacité de leurs interventions. Nous pensons que, dans la pratique, il serait nécessaire de prendre toutes les dimensions

de la personne (bio-psycho-sociale et spirituelle) dans l'évaluation de la douleur lors de signes d'inconfort. Ceci permettrait de mettre en évidence la cause de certains gémissements, grimaces ou gestes effectués par la personne.

En résumé, la compréhension de la théorie du confort permet aux infirmières de guider leurs évaluations et interventions en prenant en considération toutes les dimensions de l'expérience de santé, c'est à dire physique, psychologique et spirituelle. La simplicité et la facilité d'application de cette théorie permet une utilisation dans tout établissement de soins. Elle permet aussi aux infirmières de fournir des soins qui sont individualisés et de se concentrer sur les besoins du patient.

Les résultats de l'étude de Kovach et al. (2006) s'accordent avec la théorie du confort de Kolcaba (1994). En effet, les résultats ont montré que la STI a positivement influencé l'évaluation et l'administration d'analgésiques. Cette technique permet à l'infirmière d'analyser les différentes dimensions de la personne qui correspondent à l'auto-évaluation, l'hétéro-évaluation comportementale, la recherche de cause potentielle et l'avis des proches. Ces composants peuvent se rapporter aux dimensions spirituelles, psychologiques et physiologiques avancées par Kolcaba (1994). Dans la dite-étude, 26 sujets du groupe STI (46%) contre seulement 2 dans le groupe de contrôle (3%) ont reçu des antalgiques. Ces résultats suggèrent que l'évaluation de la douleur a été efficace. Ceci est encourageant, compte tenu, des preuves empiriques que les personnes atteintes de démence à un stade avancé sont insuffisamment évaluées et sous-traitées au niveau de leur inconfort (Lopez-Tourres et al., 2009).

6.3. Proches et famille

Nous regrettons de ne pas avoir rencontré plus de données concernant la famille. En effet, cette dernière n'est que peu abordée dans les articles scientifiques alors qu'il nous semblait important de l'inclure dans l'évaluation du confort et de la douleur. Nous pensons que la famille qui connaît la personne est plus en mesure de dire si son comportement reflète un mal-être ou s'il leur semble normal. Toutefois, deux outils dont nous allons parler ultérieurement comportent une étape dans laquelle les proches sont inclus. Nous pensons qu'il est primordial, comme pour chaque prise en soin, d'inclure et de collaborer avec la famille afin de fournir des prestations de qualité. Selon Monroe et al. (2015), la famille est vue comme partenaire et facilitateur dans la détermination des niveaux de confort du patient. Elle peut aussi être une aide dans l'élaboration de stratégies individuelles et efficaces pour améliorer le confort de la personne.

6.4. Auto-évaluation et indicateurs comportementaux

La recherche menée par Horgas et al. (2009) confirme que l'auto-évaluation n'est pas suffisamment fiable chez des personnes âgées atteintes de démence, même lorsque ces dernières peuvent encore s'exprimer. Cependant, nous pensons qu'il est important de faire participer la personne à notre

évaluation, afin de conserver un lien avec cette dernière. Il est donc important d'utiliser un outil comportemental valide en concomitance comme l'explique Horgas et al. (2009).

De plus, les indicateurs comportementaux de la douleur sont identiques que les personnes âgées soient atteintes de démences ou non. Le total de comportements relatifs à la douleur correspond à l'auto-évaluation de son intensité chez les personnes âgées en pleine capacité cognitive. En conséquence, les résultats valident le fait qu'il existe une cohérence entre l'auto-évaluation et les indicateurs comportementaux de la douleur (Horgas et al., 2009).

6.5. Evaluation générale de la douleur chez la personne âgée atteinte de démence

Une grande partie des articles met en évidence différentes approches à adopter afin d'évaluer correctement la douleur chez les personnes âgées atteintes de démence. Malgré le fait qu'ils s'accordent tous à dire que l'évaluation comportementale est nécessaire pour évaluer la présence de douleur chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs, leurs recommandations diffèrent. Nous sommes persuadées que toutes ces techniques peuvent être utiles dans la pratique, car pour évaluer la douleur de manière efficace, il est important d'avoir à l'esprit plusieurs méthodes. En effet, chaque personne étant différente, celle-ci manifesterait également sa douleur de façon différente.

Pour garantir le développement d'interventions permettant de soulager la douleur et augmenter la qualité de vie de la personne, il est nécessaire d'évaluer la douleur de manière individualisée, systématique et complète. Celle-ci doit comporter une auto-évaluation, une observation des comportements, un examen physique ainsi qu'un statut mental (Curtiss, 2010).

Herr et al. (2011) énumèrent plusieurs recommandations de manière générale : une procédure d'évaluation de la douleur devrait être établie dans chaque institution ; l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur basés sur les comportements devrait être adopté dès que le soignant en ressent la nécessité ; minimiser les indicateurs physiologiques, car ces derniers ne sont pas influencés en présence de douleur chronique. De plus, ils insistent sur la réévaluation de cette douleur et la documentation.

Afin d'optimiser une approche globale quant à l'évaluation de la douleur, quatre étapes sont proposées par les chercheurs Herr et al. (2006) :

1. Supposer et anticiper la présence de douleur selon la pathologie.
2. Observer les comportements basiques de la personne.
3. Garder en mémoire que chaque individu manifesterait de sa propre façon l'expérience douloureuse.
4. S'il y a un doute quant à la présence de douleur, il convient d'essayer un analgésique et effectuer une évaluation de la disparition des comportements.

Horgas et al. (2009) ajoutent que l'évaluation de la douleur pendant et après un mouvement est encouragée. En effet, la recherche a montré que, tant les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs que les autres, ont une meilleure capacité d'auto-évaluation lors d'une activité physique. L'évaluation au repos augmente la difficulté et le risque de sous-estimation.

6.6. Différents outils et recommandations pour la pratique

La plupart de nos articles exposent les différentes échelles et outils existants. Avant d'initier les recherches, nous avions à l'idée d'évaluer la douleur sans l'aide d'échelle spécifique. A la suite de nos différentes lectures, nous avons pu constater que les outils comportant des critères en lien avec les comportements de la personne sont indispensables à une bonne évaluation. Comme indiqué plus haut, les différents auteurs prônent une approche globale et surtout individualisée de la douleur. C'est pourquoi les outils d'évaluation des comportements reviennent souvent dans nos articles. Ils semblent avoir démontrés leur efficacité pour détecter la présence de douleur chez les personnes ayant des troubles cognitifs. Nous avons donc décidé d'avoir un avis plus franc sur la question et de chercher les outils qui nous paraissaient les plus efficaces pour ce type de patients. L'échelle Doloplus-2 est souvent présentée lors d'évaluation de la douleur de la personne âgée souffrant de troubles cognitifs de part sa qualité suite à de multiples tests établis en France et en Suisse par exemple, mais également, du fait qu'elle est multidimensionnelle (Herr et al., 2006). Nous avons constaté durant nos stages que cet outil est relativement présent dans les milieux psychogériatriques.

La recherche menée par Herr et al. (2006) nous a confirmé qu'il y avait une relation avérée entre l'auto-évaluation de la douleur et les indicateurs comportementaux. Les personnes âgées ayant toutes leurs capacités cognitives ont ainsi évalué leur douleur d'une manière cohérente par rapport aux nombres d'indicateurs comportementaux de la douleur repérés par les soignants. Ses résultats nous laissent donc penser qu'il est valide et utile d'adopter des outils d'évaluation des comportements chez la personne âgée souffrant de démence. Toutefois, comme indiqué précédemment, l'évaluation de la douleur est une approche globale et bien plus vaste qu'une simple échelle ou checklist à remplir.

Les 6 items de l'American Geriatric Society (AGS) ont été cités comme exemple dans plusieurs de nos articles. Cet outil nous semble fiable et valide. Premièrement parce qu'il provient d'une société reconnue et spécialisée dans le domaine de la gériatrie et, deuxièmement, parce que ses composants basés sur les comportements recouvrent des dimensions tant physiques que psychiques, impliquant une approche holistique qui est appropriée à notre type de population cible. Herr et al. (2006) présentent les six types majeurs de comportements reliés à la douleur chronique chez les personnes âgées selon les directives de l'AGS :

1. Expressions faciales
2. Verbalisations, vocalisations
3. Mouvements corporels

4. Changement dans les interactions interpersonnelles
5. Changement dans les activités ou habitudes de vie
6. Changement de l'état mental

Ces items ont d'ailleurs représenté un des critères de comparaison des différentes échelles existantes dans la recherche qu'ont effectuée Herr et al., (2006). Dix outils différents reprennent plusieurs de ces critères pour évaluer la douleur chez les personnes qui ne peuvent pas la communiquer (Herr et al., 2011). Parmi eux, l'échelle Doloplus-2 qui reprend cinq items de l'AGS et l'outil PACSLAC qui en reprend six. Elles sont considérées comme fiables, mais comme les autres échelles existantes, aucune n'est standardisée actuellement (Herr et al., 2006).

Plusieurs auteurs ont également exposé, plus ou moins en détails la hiérarchie des techniques d'évaluation de la douleur de Pasero et McCaffery (1999) (Herr et al., 2011 / Curtiss, 2010). Cet outil a été cité comme outil fiable dans plusieurs articles. Cet hierarchie comporte 5 items à suivre dans cet ordre :

1. Auto-évaluation
2. Recherche de cause potentielle
3. Observation des comportements
4. Avis extérieurs, proches, familles
5. Essai d'un analgésique

La technique nommée sérial trial intervention (STI) a démontré son efficacité chez les personnes âgées atteintes de démence (Kovach et al., 2006). Elle reprend les 5 étapes de la hiérarchie des techniques en y ajoutant l'utilisation d'une échelle comportementale. La STI est également présentée par Herr et al. (2011) comme étant une méthode complète pour évaluer la douleur chez ce type de population.

Le protocole STI utilise des évaluations et des essais de traitements pour identifier et traiter les besoins non satisfaits pouvant être la cause sous-jacente des troubles du comportement. La STI permet également aux infirmières d'adapter l'évaluation et le traitement de la douleur du patient. En outre, elle influence positivement la persistance de l'infirmière dans ses interventions afin de résoudre le problème de comportement. Selon les auteurs, le protocole STI est plus efficace pour diminuer l'inconfort et les troubles du comportement que les outils standards qui sont utilisés couramment (Kovach et al., 2006).

Ces deux outils nous semblent fiables et intéressants car ils traitent à nouveaux plusieurs dimensions, qu'elles soient physiologiques avec la recherche de causes potentielles ou psychiques, avec l'observation des comportements. De plus, ils incluent une étape dans laquelle l'avis des proches est demandé afin d'aider les soignants à repérer tout changement comportemental ou dans les habitudes

de vie. C'est une dimension intéressante et importante car les proches connaissent souvent mieux le patient et ses habitudes.

Les échelles PACSLAC et Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) sont citées parmi les 6 échelles ayant les meilleures qualités psychométriques et utilités cliniques (Herr et al., 2011). La CNPI nous a paru être un outil tout à fait pertinent. Tout d'abord, parce qu'il est relativement simple d'utilisation et facile à la compréhension du soignant mais également parce qu'il comporte des items qui font partie de ceux avancés par l'AGS.

L'échelle CNPI comporte 6 items :

1. Plaintes vocales (non verbales) telles que soupirs, gémissements et/ou pleurs
2. Expressions faciales telles que grimaces ou faciès crispé, voire triste
3. Agripper, serrer fort du matériel ou une zone du corps
4. Frottements sur une zone du corps ou zone affectée
5. Agitation
6. Plaintes vocales et verbales telles que « aïe » ou « stop »

Malgré ces points forts, cet outil nécessite encore d'être testé en milieu de long séjour car à l'heure actuelle, il n'a été testé qu'en milieu aigu (Herr et al., 2006). Nous sommes d'avis que cette checklist pourrait être affichée, dans le bureau infirmier par exemple, comme « pense-bête ». Elle peut se révéler utile pour rappeler aux soignants à quoi ils doivent faire attention au quotidien afin d'évaluer la douleur chez une personne âgée ayant des troubles cognitifs.

6.7. Limites

La grande majorité de nos articles sont des revues de littérature. Nous pensons que ceci vient du fait que les recherches concernant cette problématique ont été menées il y a déjà plusieurs années. Comme le précise la majorité de nos articles, des recherches devraient être faites avec des échantillons à grande échelle. De plus, les outils d'évaluation étant validés mais pas standardisés, il serait nécessaire, pour la pratique, d'effectuer des études à ce sujet.

L'authenticité des propos présents dans les articles peut être altérée de par leurs traductions du fait qu'ils sont uniquement rédigés en anglais. De plus, la majorité des recherches sélectionnées n'ont pas été menées en Suisse, mais en dehors du continent Européen. Nous estimons qu'il est de ce fait difficile de globaliser et transférer certains résultats. Il nous semble important de renouveler ces recherches à l'heure actuelle car la plupart des recherches ont été effectuées il y a déjà plus d'une quinzaine d'années.

Une autre limite non négligeable nous est rapidement apparue. Il s'agit de l'exclusion des démences sévères dans les études. En effet, nous avons dû exclure de nombreux articles pour cette raison. Nous

pensons donc qu'il serait réellement intéressant de mener des recherches concernant l'évaluation de la douleur chez les personnes atteintes de démences sévères.

Le nombre d'article étant limité et le fait que notre revue de littérature ne regroupe pas tout ce qui existe concernant l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes, elle ne peut ainsi pas être considérée comme systématique. Le nombre de pages restreint que nous avons à disposition pour ce travail de Bachelor nous semble être une limite importante. Il nous est difficile d'étayer nos propos et il manque de ce fait énormément d'informations sur le sujet. La dernière limite constatée concerne notre expérience en matière de revue de littérature. Il s'agit en effet de notre premier essai en la matière, ce qui peut donner lieu à certaines imprécisions dans la méthode utilisée.

Conclusion

La revue de littérature que nous avons rédigée nous a réellement permis de nous positionner face à cette question. Elle nous a apporté des moyens et stratégies à adopter afin de pouvoir évaluer au mieux la douleur chez cette population et augmenter ainsi leur confort.

Nous avons appris au travers de ce travail les principaux mécanismes présents dans une revue de littérature. Suite à nos multiples recherches sur les bases de données, nous nous sommes familiarisées avec les thésaurus propre à chaque base de données, les auteurs de référence de notre sujet. Nous avons appris à identifier les différents niveaux d'évidence scientifique et sommes désormais capables d'estimer la fiabilité d'une référence. Nous avons également pu nous entraîner à formuler une équation de recherche et sommes actuellement plus à l'aise avec la navigation sur les bases de données. Nous avons perfectionné notre langage professionnel et scientifique propre à la recherche anglophone, cette dernière étant la langue officielle scientifique. Il nous a fallu passer au-delà de nos difficultés de compréhension.

Notre profession étant en perpétuelle évolution, nous sommes désormais convaincues de l'importance de se renseigner à l'aide de recherches scientifiques ayant un haut niveau de preuves. A l'issue de ce travail, nous partageons l'avis qu'il s'agit d'une profession riche, variée et vaste. Pratiqués de multiples manières, les rôles que nous occupons durant notre engagement peuvent rapidement dévier si nous ne sommes pas attentifs aux nouvelles recherches pour offrir des soins de qualité aux personnes dont nous nous occupons. Par cela, nous pensons qu'il est important de chercher à se perfectionner à l'aide des connaissances les plus exactes possible. Il est donc nécessaire de continuer à se renseigner en passant sur les bases de données. Ce travail est pour nous, un entraînement à notre quotidien futur. Avec les connaissances acquises actuellement, nous serons disponibles et compétentes dans nos recherches. La réalité du terrain ne nous laissera certainement pas suffisamment de temps pour entreprendre des recherches approfondies, cependant, la plus-value qu'apporte cette démarche dépasse les désagréments engendrés par le manque de temps et d'efforts. L'investissement apporté à

ce processus apporte une dimension à la profession d'infirmière supplémentaire nous permettant d'être acteurs dans nos soins et ainsi d'offrir une meilleure pratique.

En ce qui concerne le travail en groupe, notre trinôme nous a permis de procéder à un véritable échange de perceptions et d'avis. En effet, nous n'avons pas toujours eu les mêmes pensées ou valeurs concernant la problématique et ceci nous a permis de connaître le point de vue des soins infirmiers de l'autre. Après des discussions approfondies, nous avons toujours fini par avoir un avis commun, car chacune a compris la vision de l'autre et cela a été très enrichissant. Par ce travail, nous avons pu développer notre rôle de collaboratrices, d'expertes en soins infirmiers ainsi que celui de communicatrices. Nous avons décidé de nous répartir la plupart du travail de façon équitable, mais nous devions ensuite mettre en commun et nous entre-aider. Il s'agit certainement de l'étape qui a pris le plus de temps. Toutefois, ces moments étaient souvent propices à la réflexion et au questionnement, ce qui a renforcé nos capacités d'argumentation et notre positionnement face à la question.

Pour terminer, nous pensons qu'à travers ce travail, nous avons pu, à notre échelle, contribuer à l'avancée et à la promotion des soins infirmiers. Nous espérons avoir ainsi pu donner au lecteur des pistes de réflexion sur la problématique de la douleur chez la personne âgée atteinte de démence, mais également, quelques moyens efficaces pour y faire face.

Références

- Alibert, C. (n. d.) : massage pour le 3ème âge. Repéré à : <http://ayurveda-et-yoga.fr/mes-prestations/massages-pour-le-3eme-age/>
- Association Alzheimer Suisse (2015). Les données et les chiffres. Mai 2016 repéré à <http://www.alz.ch/index.php/les-donnees-et-les-chiffres.html>
- Bjoro, K., & Herr, K. (2008). Assessment of Pain in the Nonverbal or Cognitively Impaired Older Adult. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(2), 237- 262. <http://doi.org/10.1016/j.cger.2007.12.001>
- Bouchez-Arbabzadeh, S., First, M. B., Frances, A., Pincus, H. A., & American Psychiatric Association. (1999). *DSM-IV: Diagnostics différentiels*. Paris [etc.: Masson.
- Brugnolli, A. (2007). La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo. *aggiornamenti*, 26(1), 38- 45.
- Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400- 407.
- Curtiss, C. P. (2010). Challenges in Pain Assessment in Cognitively Intact and Cognitively Impaired Older Adults With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(0), 7- 16. <http://doi.org/10.1188/10.ONF.S1.7-16>
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Herr, K., Bjoro, K., & Decker, S. (2006). Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 170- 192. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.001>
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R., & 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. <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>
- Horgas, A. L., Elliott, A. F., & Marsiske, M. (2009). Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship Between Self-Report and Behavioral Observation: PAIN ASSESSMENT IN PERSONS WITH

DEMENTIA. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 126- 132.
<http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02071.x>

Hwang, U., Richardson, L. D., Sonuyi, T. O., & Morrison, R. S. (2006). The Effect of Emergency Department Crowding on the Management of Pain in Older Adults with Hip Fracture: EFFECT OF ED CROWDING ON PAIN MANAGEMENT. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 270- 275. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.00587.x>

International Association for the Study of Pain (2010). Mai 2016. Repéré à <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>.

Kennes, B. (2001). [Chronic pain in geriatrics]. *Revue Médicale De Bruxelles*, 22(3), 152- 160.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178- 1184.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Pub. Co.

Kovach, C. R., Logan, B. R., Noonan, P. E., Schlidt, A. M., Smerz, J., Simpson, M., & Wells, T. (2006). Effects of the Serial Trial Intervention on discomfort and behavior of nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 21(3), 147- 155.

Leclair, S. (2004). Soins palliatifs et patient âgé non communicant comment reconnaître la souffrance ? *Le Médecin du Québec*, 39(8), 51- 55.

Lopez-Tourres, F., Lefebvre-Chapiro, S., Fétéanu, D., & Trivalle, C. (2009). Soins palliatifs et maladie d'Alzheimer. *La Revue de Médecine Interne*, 30(6), 501- 507.
<http://doi.org/10.1016/j.revmed.2008.09.010>

Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316- 320.
<http://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

Office fédéral de la santé publique OFSP (2011): La démence un défi pour la politique sociale et de la santé : <http://bag.admin.ch/themen/medizin/00683/12261/index.html?lang=fr>

Organisation mondial de la santé (OMS), Aide-mémoire N°362, avril 2016 «La démence » repéré à :

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

Shega, J. W., Hougham, G. W., Stocking, C. B., Cox-Hayley, D., & Sachs, G. A. (2004). Pain in community-dwelling persons with dementia: frequency, intensity, and congruence between patient and caregiver report. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(6), 585- 592.
<http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.04.012>

Smeltzer, S. C. O., Bare, B., Brunner, L. S., Suddarth, D. S., Longpré, S., & Pilote, B. (2011). *Soins infirmiers médecine et chirurgie. 1, 1.* Bruxelles: De Boeck.

Stanley, M., Beare, P. G., Stinglhamber-Vander Borght, B., & Tichon-Van Uytbergen, M.-J. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie: vieillissement normal et pathologique.* Bruxelles: De Boeck.

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie.* Montréal: Pearson/ERPI.

Annexe 1

Grille d'analyse de lecture

Titre de l'article	Nommer le titre
Année de publication	
Revue, journal	Définition du journal
Auteur(e)s	
Organisme de subventions	Y a-t-il un biais, une influence possible du résultat de la recherche ? Qui a financé la recherche ? Source de financement non citée ?
Type d'article	Recherche qualitative, quantitative ? Revue de littérature
Résumé	Question(s) de recherche nommée(s) ? But(s) nommé(s) ? Méthode, résultats, conséquences/conclusions
Introduction	Question(s) de recherche nommée(s) ? But(s) nommé(s) ? Si présence d'une base conceptuelle ou théorique, est-elle adéquate ? Y a-t-il eu une revue de littérature (résumé des connaissances, adéquation de l'analyse documentaire) ?
Méthode	Echantillon, population Quoi ? Où ? Comment ? Méthode d'analyse de données (qualité des outils employés) Est-ce que l'approche employée permet de répondre à la question de recherche ? La méthode de recherche respecte-t-elle les normes éthiques et les droits des participants ? Crédibilité, rigueur scientifique
Résultats	Est-ce que d'autres études sont citées pour comparaison ?

Discussion	Mention des perspectives futures (application, recommandation) ? Limites (lacunes de l'échantillon, problèmes liés au devis de recherche ...) sont-elles prises en compte ?
Importance pour la discipline infirmière	Comment la voit-on dans l'article ? Argumenter l'intérêt de l'article pour la discipline, s'il provient d'un autre champ disciplinaire
Point(s) fort(s)	
Point(s) faible(s)	
Intérêt pour notre travail	En quoi est-il utile à notre travail ?

Annexe 2

Questionnaire aux professionnels

1. Est-ce que notre problématique vous parle ? Pourquoi ?
2. La prise en charge de la douleur chez la personne âgée atteinte de démence est-elle un défi dans votre pratique ? Si oui, quelles en sont les barrières ?
3. Quelles sont vos stratégies actuelles pour cette prise en charge ? Vos conclusions ?
4. Ressentez-vous un doute lors de cette évaluation ? Quel sentiment cette prise en charge vous donne-t-il ?
5. Est-ce que vous pensez que les infirmiers ont suffisamment de formation ? Pensez-vous que vous manquez de connaissances ?
6. Quelle échelle d'évaluation de la douleur utilisez-vous sur votre lieu de travail ? En quoi les échelles d'évaluation comportementale de la douleur vous aident ? Et en quoi sont-elles faciles ou difficiles d'utilisation ?
7. Quelle théorie pensez-vous la plus appropriée pour ce type de prise en soins ?
8. Quel professionnel évalue la douleur au quotidien ? Quelles sont les protocoles mis en vigueur ?