

Tables des matières

Résumé.....	2
Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Problématique.....	2
La douleur	3
Evaluation de la douleur.	4
Manifestations et conséquences de la douleur.	4
Les recommandations de bonne pratique.....	6
Question de recherche	8
Objectifs	9
Cadre théorique	10
La théorie de l'action raisonnée (1980).....	11
Les attitudes.....	12
Les normes subjectives.....	12
Méthode	13
Stratégie de recherche	14
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
Critères de sélection des articles.....	15
Résultat.....	17
Caractéristiques des articles retenus.....	18
Degree of Knowledge of Health Care Professionals About Pain Management and Use of Opioids in Pediatrics	19
Do Barriers to Pediatric Pain Management as Perceived by Nurses Change over Time ?	20
Opioids in the treatment of pain. Beliefs, knowledge, and attitudes of the general Spanish population. Identification of subgroups through cluster analysis	21
Risks associated with the use of morphine for analgesia : attitudes and perceptions amongst nursing students in French-speaking Switzerland ..	21
Nurses' Views About the barriers and Facilitators to Effective Management of Pediatric Pain.....	23

Pediatric Nurses' Thinking in Response to Bionettes on Administering Analgesics.....	23
Catégorisation des résultats.....	24
Croyances comportementales.....	25
Perception des professionnels de la santé quant à la gestion optimale de la douleur.	26
Perception des professionnels de la santé quant à l'utilisation d'opiacés.	26
Perception de la population adulte par rapport à l'utilisation des opiacés à des fins analgésiques.	27
Barrières à l'utilisation d'opiacés.....	28
Les barrières à l'utilisation d'opiacés en lien avec les professionnels de la santé.	29
Les barrières à la gestion de la douleur en lien avec les patients et leurs parents.....	30
Croyances normatives.....	31
Connaissances en lien avec la gestion de la douleur.....	31
Formation en matière de gestion de la douleur.....	32
Bases décisionnelles.....	32
Evaluation de la douleur.....	33
Implication des parents et des enfants dans le processus de gestion de la douleur.....	34
Impact des lignes directrices cliniques et du service de la gestion de la douleur aiguë (APS).....	34
Discussion.....	36
Croyances comportementales.....	38
Croyances normatives.....	40
Recommandations pour la pratique et la recherche.....	42
Les forces et limites.....	44
Conclusion.....	46
Références.....	48
Déclaration d'authenticité.....	51
Appendices A.....	53
Appendices B.....	56
Appendices C.....	103
Appendices D.....	105

Liste des tableaux

Tableau 1 Mots-clefs recherchés, termes MESH, descripteurs CINAHL, mots-clefs Google scholar	14
Tableau 2 Présentation de la stratégie de recherche.....	54

Liste des figures

Figure 1. La théorie de l'action raisonnée.....	11
Figure 2. Diagramme de flux de revue de littérature	16
Figure 3. La schématisation du modèle conceptuel de Parke (1998).....	106

Remerciements

Nous remercions Madame Marie-Elise Verga, professeure au sein de la Haute Ecole de Santé de Fribourg pour son expertise et ses précieux conseils pour la rédaction de ce travail de bachelor. Madame Falta Boukar, responsable de module ainsi que Madame Tanya Cara-Nova, professeure à la HEdS pour le temps accordé. Merci à Sandrine Pihet, qui a supervisé notre lecture des statistiques. Finalement, merci à Monsieur Jean Ammann pour la relecture de ce travail.

Introduction

La douleur induite est l'un des aspects à prendre en compte en priorité si l'on veut améliorer la prise en charge de la douleur dans les différents milieux de soins accueillant les enfants, tant sont fréquents les gestes « agressifs » dans ces situations. En moyenne, les enfants hospitalisés subissent 6.3 actes douloureux durant l'hospitalisation [Traduction libre] (Lee, Yamada, Kyololo, Shorkey, & Stevens 2014, p. 501). Dans l'étude de Jubinville, Le May, Charette et Fiola (2014), 3822 enfants ont subi des procédures douloureuses et seulement 844 (28.3%) enfants ont bénéficié de méthodes de soulagement de la douleur. Le 5ème article de la charte européenne de l'enfant hospitalisé appuie la nécessité d'une gestion adaptée de la douleur induite par le personnel soignant : « on évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur. » (European Association for Children in Hospital, 1988) Il est nécessaire, afin d'éviter ou de diminuer cette douleur vécue par l'enfant, d'avoir recours à des méthodes pharmacologiques et non-pharmacologiques avant, durant et après le geste douloureux (Jubinville & al.)

Problématique

En effectuant la recension des écrits traitant de la gestion de la douleur induite par les soignants, nous avons pu remarquer plusieurs phénomènes. La gestion de la douleur en pédiatrie a donné naissance à un nombre considérable de guidelines et est une préoccupation pour les soignants. Dans la pratique, cependant, la prescription et l'administration d'opiacés font défaut.

La douleur

Selon l'International Association for the Study of Pain (2016), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ».

La douleur se décline en plusieurs types, tels que la douleur par excès de nociception due à des lésions des tissus périphériques (provoquée par la chirurgie, les traumatismes, les maladies aiguës, certains actes thérapeutiques, les soins et les explorations à visée diagnostique), lesquelles provoquent un excès d'influx douloureux dans le système nerveux. Les douleurs neurogènes liées à des lésions du système nerveux périphérique ou central concernent le traumatisme, l'infection ou la toxicité. Il existe également les douleurs psychogènes qui ne peuvent être classées dans les autres catégories et dont l'origine est inexplicée malgré des investigations médicales poussées (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 2018).

Différentes terminologies sont utilisées pour faire référence à la douleur par excès de nociception provoquée par les soins, soit la douleur induite. Il nous semble donc pertinent de définir la douleur provoquée, iatrogène ainsi que la douleur induite afin de faciliter la compréhension de ces termes. Selon Boureau (2005),

« La douleur provoquée se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin ou un soignant dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur », « La douleur iatrogène se dit d'une douleur causée par le médecin ou son traitement de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises » et « La douleur induite se dit d'une douleur de courte durée, causée par le médecin, un soignant ou un traitement dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées » (p.10).

Parmi les trois définitions citées ci-dessus, nous avons retenu celle de la douleur induite car elle souligne le fait que la douleur puisse survenir dans des circonstances prévisibles. Elle peut donc être anticipée ainsi que soulagée par les soignants.

Évaluation de la douleur. La douleur est une expérience subjective, propre à l'individu, ce qui complique son évaluation. De plus, l'absence de réponses comportementales chez l'enfant ne signifie pas qu'il n'a pas mal. Le personnel soignant se doit de surveiller la douleur avant, pendant et après l'intervention douloureuse afin d'évaluer l'état initial du patient ainsi que l'efficacité des stratégies antalgiques utilisées. Pour cela, il est exigé d'avoir recours à différentes échelles d'évaluation de la douleur validées chez l'enfant telles que FLACC¹, EVENDOL², DAN³, OPS⁴, EDIN⁵, DEGR⁶ et HEDEN⁷. Les enfants de 4 à 6 ans sont en mesure de s'autoévaluer par le biais de l'échelle des visages (VAS) ou l'échelle verbale simple. A partir de 6 ans, l'auto-évaluation se fait à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle verbale simple, numérique ou des visages (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé [AFSSPS], 2009). Une mauvaise évaluation de celle-ci peut conduire à une douleur sous-estimée et donc une prise en charge inadaptée (Lee et al., 2014).

Manifestations et conséquences de la douleur. Chaque soignant a déjà été témoin de la souffrance vécue par le patient lors d'un soin douloureux. Celle-ci peut se manifester avant le soin par de l'appréhension plus ou moins exprimée, un repli sur soi, une agitation motrice, de l'anxiété, de la peur, des pleurs, des grimaces et des cris, l'adoption d'une posture antalgique, une apathie ou même un refus du geste douloureux (Fournier-Charrière, 2014). Selon Choinière (2003), les douleurs aiguës ou chroniques mal traitées se répercutent négativement au niveau physique,

¹ Face Legs Activity Cry Consolability, validée pour les enfants de deux mois à sept ans ou pour en situation de douleur procédurale chez l'enfant de cinq à seize ans

² Echelle recommandée pour les enfants de moins de sept ans

³ Echelle indiquée pour les enfants prématurés ou les nouveau-nés jusqu'à l'âge de trois mois

⁴ Objectiv Pain Scale, recommandée pour les enfants de huit à treize ans

⁵ Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né, indiquée jusqu'à trois mois

⁶ Douleur Enfant Gustave Roussy, pour les enfants de deux à six ans

⁷ Hétéro-Evaluation de la Douleur de l'ENfant, pour les enfants de deux à sept ans

psychologique et social. Un des effets nuisibles de la douleur est la mémorisation par le système nerveux. Ainsi, une douleur ou un traumatisme modifie la réponse des neurones à des stimulations ultérieures.

Diverses études récentes chez l'animal et chez l'humain ont montré qu'une décharge de stimuli douloureux entraîne des changements neuroplastiques dans les systèmes nerveux périphérique et central, lesquels ont comme conséquences d'induire des phénomènes d'hyperalgésie, d'allodynie et de douleur spontanée et d'accroître ainsi les besoins en analgésiques. (Choinière, 2003, p.46)

La mémorisation de la douleur par le système nerveux doit questionner les pratiques actuelles de gestion antalgique afin d'assurer une approche non seulement curative mais aussi préventive de la douleur.

D'autres études ont également démontré des effets sur la croissance, le développement moteur et cognitif de l'enfant [traduction libre] (Grunau, et al., 2009, p. 138 ; Anand, et al., 2006, p. 10) ainsi que l'apparition de comportements d'anxiété et d'hypersensibilité à la douleur à l'âge adulte [traduction libre] (Grunau, et al., 2005, p. 297 ; Buskila, et al., 2003, p. 1081). Les différentes conséquences de la douleur induite peuvent provoquer la rupture du lien de confiance entre le patient et les soignants, une dégradation de la qualité de vie amenant à une souffrance globale. (Coutaux & Collin, 2008).

Une mauvaise gestion de la douleur n'est pas seulement préjudiciable à l'enfant. Les parents et soignants impliqués dans la prise en charge sont également vulnérables face à cette situation. Selon certains auteurs, les soignants ou les parents ayant été témoins d'expériences douloureuses avec leurs propres enfants auraient une prise en charge modifiée du patient algique dans le contexte des services pédiatriques [traduction libre] (Woodgate & Kristjanson, 1996, p. 278). En effet, les parents et les soignants disposent d'expériences individuelles quant à la douleur de l'enfant. Ces expériences individuelles aideront à appréhender la douleur de l'enfant

hospitalisé. De plus, les parents n'ayant jamais été témoins de la souffrance de leur enfant auront des difficultés à décrypter le comportement de leur enfant douloureux dans le contexte hospitalier [traduction libre] (Woodgate & Kristjanson, p. 278). D'autres auteurs spécifient que les infirmières⁸ ayant accompagné leurs propres enfants au travers d'au moins deux hospitalisations donneraient des informations plus étoffées aux familles que celles qui au contraire ne l'ont jamais vécues.

Le manque d'activités préventives dans la gestion de la douleur induite par les soins peut aussi avoir des répercussions sur le soignant. Une insatisfaction liée à son activité professionnelle peut amener ce dernier à développer une mauvaise image de lui-même. S'en suit d'éventuels comportements inadéquats tels que la fuite des soins, une agressivité envers le patient, du cynisme, du déni ou de la minimisation de la douleur exprimée par les patients. Cette situation peut parfois entraîner un épuisement ou un abandon professionnel. (Cimerman & Thibault, 2009).

Les recommandations de bonne pratique

Selon M. De Reyff (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 17 août 2016), « les directives de l'OMS prévoient un schéma thérapeutique en trois phases. Le passage d'une phase à une autre ne se fait que si la première est insuffisante. L'objectif est d'éviter un surdosage et de limiter les effets secondaires des médicaments. » Le premier palier concerne les douleurs faibles à modérées, le second palier est recommandé pour les douleurs moyennes et le troisième palier, qui concerne les opiacés, est indiqué pour les douleurs fortes ou insupportables.

Les stratégies de gestion de la douleur se classifient en quatre catégories principales, soit environnementales, physiques, pharmacologiques et

⁸ Comprenez masculin-féminin

psychologiques. L'élaboration de ces recommandations a été faite en fonction de l'âge de l'enfant et du type d'intervention générant la douleur (Lee, et al., 2014).

Étant donné que notre thème vise spécifiquement les opiacés, nous abordons uniquement les recommandations faisant recours à des moyens pharmacologiques. La prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant préconise l'administration de saccharose 24% pour la lance au talon, la ponction veineuse et artérielle, le changement de sonde nasogastrique, la ponction lombaire et les vaccinations. L'anesthésie topique sous forme de crème - par exemple une solution de lidocaïne-avrilocaïne 5% - est indiquée pour la ponction veineuse et artérielle, la lance au talon, la ponction lombaire, la pose d'un cathéter transurétral, le prélèvement urinaire et la vaccination. Concernant les soins associés aux douleur modérées à fortes provoquées par la ponction lombaire, l'insertion et l'ablation d'un drain thoracique, l'insertion d'un cathéter central par voie chirurgicale, l'intubation trachéale ou le changement et retrait de pansements chez les enfants souffrant de brûlures, il est recommandé de faire recours aux opiacés, à l'anesthésie régionale et générale (Lee et al., 2014). « Plusieurs revues systématiques mentionnent que les opiacés à début d'action rapide et à très courte durée d'action sont plus efficaces dans le cas de procédures de courte durée » (Jubinville et al., 2014).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit les opioïdes comme le terme général appliqué aux alcaloïdes provenant de la graine de pavot, leurs analogues synthétiques et les composés synthétisés dans le corps qui interagissent avec les mêmes récepteurs dans le cerveau qui ont la capacité de diminuer la douleur et produire un sentiment de bien-être (euphorie). Leurs effets pharmacologiques incluent l'effet dépressur du système nerveux central, l'effet antalgique, l'effet hypnotique et anxiolytique et finalement l'effet euphorisant et désinhibiteur

[traduction libre] (1994, p. 53). Une utilisation inadéquate des opiacés peut entraîner des effets secondaires tels que les nausées et vomissements, le prurit, la rétention urinaire, l'hypomotilité intestinale et la dépression respiratoire. De plus, elle peut engendrer des problèmes liés à la tolérance, le sevrage et la dépendance (Revue Médicale Suisse [RMS], 2004). L'utilisation en quantité régulière et massive de ce type de traitement provoque la saturation des récepteurs opioïdes et donc l'arrêt de la production des agonistes naturels. Ce mécanisme est responsable de la dépendance physique aux opiacés (Pillon, 2009). Cependant, les effets secondaires des opiacés, incluant nausées, vomissements, étourdissements, constipation et sédation peuvent être minimisés par l'ajustement de la dose, les médicaments adjuvants et les approches non pharmacologiques [traduction libre] (de Freitas, de Castro, Castro, & Heineck, 2014, p. 816).

Question de recherche

Dans le canton de Fribourg, les services de pédiatrie accueillent des enfants âgés de 0 à 16 ans. Les enfants dans une situation chronique bénéficient d'une prise en charge pédiatrique jusqu'à l'âge de 18 ans. Cependant, cette limite d'âge n'est pas commune à toutes les institutions. Dans le canton de Vaud par exemple, les enfants sont admis jusqu'à l'âge de 18 ans. La prise en charge de la douleur varie peu en fonction de l'âge, c'est pourquoi notre population concerne les patients entre 0 et 18ans.

L'intérêt éprouvé pour le traitement de la douleur, pour la population infantine nous amènent à la question de recherche suivante :

Quels sont les freins à l'utilisation des opiacés dans la gestion de la douleur induite en pédiatrie ?

P : enfants (0-18 ans)

I : les freins à l'utilisation des opiacés dans la gestion de la douleur induite

Co : en pédiatrie

Objectifs

L'objectif premier de cette revue de littérature étoffée est d'explorer les freins à l'utilisation d'opiacés dans la gestion de la douleur induite en pédiatrie. En prenant comme référence les recommandations de bonne pratique sur l'utilisation adéquate des opiacés dans la gestion de la douleur induite et les pratiques soignantes actuelles, nous rendons visible l'écart entre la théorie et ce qui est réellement appliqué sur le terrain. La discussion des résultats obtenus par l'analyse critique des articles sélectionnés nous permet en fin de compte d'édicter des recommandations pour la pratique infirmière et les recherches futures.

Cadre théorique

Le cadre théorique de "l'action raisonnée" d'Ajzen et Fishbein (1980) guide notre réflexion tout au long de l'élaboration de cette revue de littérature étoffée.

La théorie de l'action raisonnée (1980)

Selon Ajzen et Fishbein (1980), « l'adoption d'un comportement par un individu est le résultat immédiat de l'intention comportementale ». Cette théorie, inspirée du mouvement cognitiviste, permet de manière générale la compréhension du comportement volontaire de l'individu en fonction de ses attitudes préexistantes ainsi que ses intentions. De manière plus spécifique, elle peut être utilisée pour étudier les comportements liés à la santé et ainsi fournir un cadre et des définitions opérationnelles pour l'identification et la compréhension des attitudes et des normes sociales. Le schéma suivant est représentatif de la théorie de l'action raisonnée :

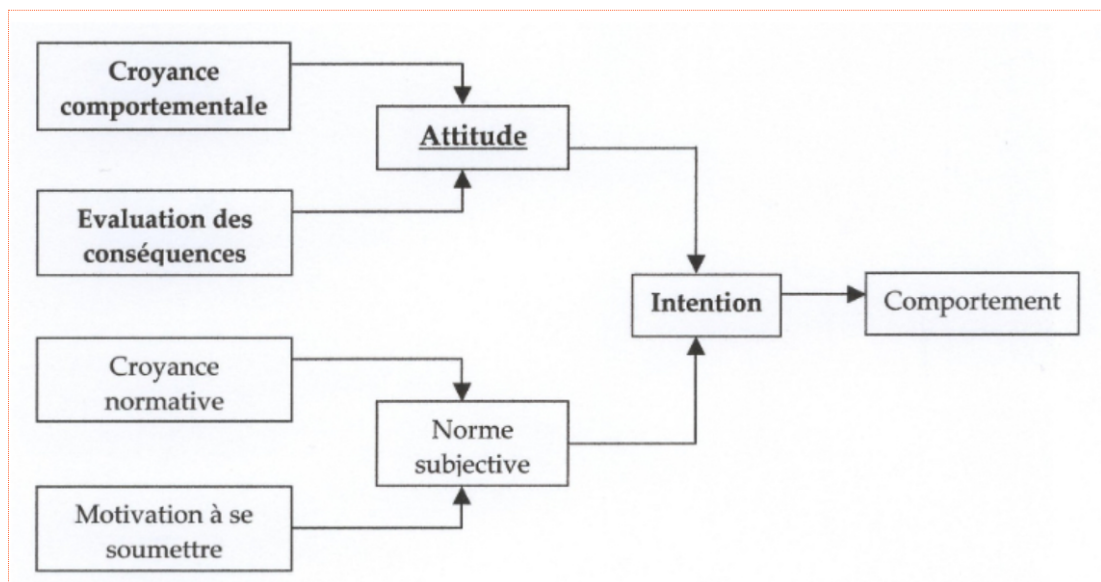


Figure 1. La théorie de l'action raisonnée.

(Michelik, 2008, p. 4)

Dans le cadre de ce modèle, l'intention est le produit de deux déterminants conceptuels : l'attitude de l'individu envers le comportement à effectuer, et les normes subjectives envers ce comportement.

Les attitudes

Les attitudes consistent en l'évaluation positive ou négative du comportement par l'individu et sont déterminées par ses croyances concernant les conséquences de l'adoption du comportement (croyances comportementales) et son évaluation de ces conséquences (évaluations des résultats) (Ajzen & Fishbein, 1980).

Les normes subjectives

Ce modèle considère également la pression sociale exercée sur l'individu par le biais des normes subjectives. Celles-ci sont intimement liées aux croyances normatives qui concernent la perception de l'opinion de personnes ou de groupes spécifiques sur ce comportement (Ajzen et Fishbein, 1980).

En fin de compte, plus l'attitude et les normes subjectives seront positives et favorables à l'égard du comportement à adopter, plus l'intention de le réaliser sera forte et donc, plus de chance que celui-ci soit adopté. A contrario, dans le cas d'une divergence entre l'attitude et les normes subjectives, la personne concernée se retrouvera face à un conflit, une dissonance qui diminuera finalement les probabilités que le comportement soit observé (Ajzen et Fishbein, 1980).

Méthode

La méthode retenue pour ce travail de bachelor est la revue de littérature étoffée. Celle-ci se base sur une situation précise située dans un contexte de soins. Elle vise à la recherche d'articles scientifiques ainsi que l'évaluation de leur qualité, qui aboutit soit à des perspectives, propositions pour la pratique infirmière ou pour la recherche. Elle nous permet finalement de comprendre pourquoi il existe de tels freins à l'utilisation des opiacés dans la gestion de la douleur induite en pédiatrie.

Stratégie de recherche

La recherche d'articles s'est faite sur différentes bases de données soit PubMed, CINAHL et google scholar. Le tableau 1 présente les différents MESH termes, descripteurs CINAHL et mots-clefs utilisés pour la recherche documentaire. Les équations de recherche sont formées d'une combinaison de termes et de mots clefs qui permettent l'obtention d'un certain nombre d'articles visibles dans le tableau 2 en appendice A. Après la lecture du titre des articles, plusieurs d'entre eux sont exclus car ils ne répondent pas à la question de recherche. Les articles restants ont été sélectionnés ou non, à la suite de la lecture des résumés. Finalement, le choix des six articles permettant la réalisation de cette revue de littérature étoffée s'est fait en lisant entièrement les articles. Ce processus est illustré dans la figure 2.

Tableau 1

Mots-clefs recherchés, termes MESH, descripteurs CINAHL, mots-clefs Google scholar

Mots clefs	PubMed (terme MESH)	CINHAL (descripteurs)	Google scholar (mots clefs)
Douleur induite	[Pain, procedural], [Pain]	[Pain procedural], [Pain management], [Pain]	
Pédiatrie	[Pediatrics]	[Pediatric]	



Opiacés	[Analgesics, opioid], [Opioid]	[Opioid], [Opioid use]	[Opioid]
Rôle infirmier	[Nursing], [Nursing care], [Pediatric nursing],	[Nurses experiences]	[Nursing]
Craintes	[Fear]		
Freins		[Barrier], [Obstacles], [Challenges], [Difficulties],	
Attitude	[Health Knowledge Attitudes, Practice]	[Beliefs], [Perspective], [View], [Attitude]	[Attitude]
Suisse			[Switzerland]
Parents		[Parents]	

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères permettant d'inclure ou d'exclure des articles se basent sur la temporalité, la langue et la structure. Les articles devaient être publiés dans une limite de dix ans et être rédigés en français ou en anglais. De plus, ils devaient présenter une structure correcte, c'est-à-dire contenir les différentes sections retrouvées dans la littérature scientifique (résumé, problématique, méthode, outils de collecte de données, résultats et discussion). Les revues de littérature et les méta-analyses sont automatiquement exclues.

Critères de sélection des articles

La sélection des articles s'est faite selon différents critères. Les articles devaient être en lien avec les thèmes de notre question de recherche. Ils devaient traiter soit de la douleur induite, de la pédiatrie, de l'utilisation d'opiacés ou des thèmes

avoisnants. Les articles devaient être de devis quantitatif, qualitatif ou mixte et publiés durant les dix dernières années.

La figure 2 présente le diagramme de flux permettant d'expliciter le déroulement de la recherche bibliographique. Certains articles conservés mais non retenus nous ont tout de même permis de rédiger la recension des écrits et enrichir la discussion.

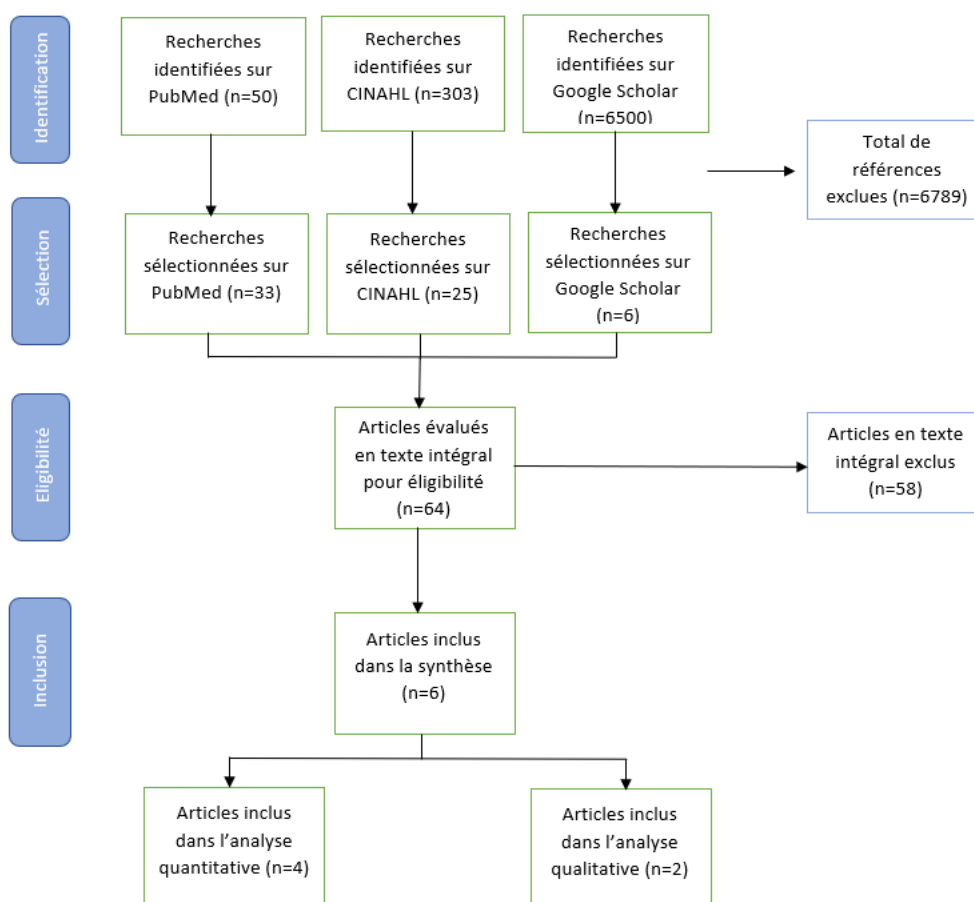


Figure 2. Diagramme de flux de revue de littérature

Résultats

Cette revue de littérature étoffée permet l'analyse de six articles scientifiques rédigés en anglais, de devis quantitatif et qualitatif, publiés entre 2009 et 2018.

Les buts des six articles divergent mais permettent une vision globale de notre problématique. Certains visent l'exploration des connaissances en rapport avec l'utilisation d'opiacés ou en matière de gestion de la douleur, tandis que d'autres décrivent les freins à la gestion optimale de la douleur et à l'administration d'opiacés. Finalement, deux articles reflètent les représentations des adultes et des étudiants en soins infirmiers concernant les opiacés.

Les articles s'intéressent à différents types de population, soit les professionnels de la santé de manière générale, les étudiants en sciences infirmières et la population adulte générale. L'âge moyen des participants se situe entre 23.6 ans et 50.5 ans. Les femmes sont majoritairement représentées dans les différents échantillons avec un pourcentage allant de 50.7 % à 97 %.

Quatre études se sont déroulées dans le contexte de soins pédiatriques. Parmi ces six études, deux d'entre elles ont eu lieu aux États-Unis alors que les autres se sont déroulées en Espagne, au Brésil, en Angleterre et en Suisse.

Les instruments de collecte de données exploités comprennent deux questionnaires, un sondage en ligne, des focus groupes, des interviews téléphoniques ainsi que des vignettes d'étude de cas cliniques.

Finalement, toutes les études retenues ont respecté la déontologie et l'éthique de la recherche en obtenant l'approbation des comités d'éthique et les consentements éclairés des participants. L'anonymat de chacun est protégé et les buts poursuivis explicités. La participation était obligatoire pour une seule des études.

Caractéristiques des articles retenus

Degree of Knowledge of Health Care Professionals About Pain Management and Use of Opioids in Pediatrics

L'étude transversale de devis quantitatif de de Freitas, de Castro, Castro, et Heineck (2014) a permis d'apporter des informations concernant le degré de connaissance des professionnels de la santé au sujet de la gestion de la douleur et de l'utilisation des opiacés en pédiatrie. Pour cela, un échantillon (N=122) composé à 91% de femme âgées de 41.8 ans en moyenne a été recruté. Le nombre total de participants est divisé en trois catégories : l'une d'entre elles concerne les médecins (N=23), la deuxième englobe infirmiers, pharmaciens et physiothérapeutes (N=32) et la dernière comprend les infirmiers-assistants et auxiliaires (N=67). La collecte des données s'est faite par le biais d'un questionnaire auto-administré semi-structuré composé de 42 items investiguant le degré de connaissance et les attitudes des professionnels de la santé en lien avec l'évaluation, la gestion de la douleur, les opiacés, la perception qu'ils ont des obstacles à la gestion adéquate de la douleur et leurs expériences antérieures avec les patients douloureux. Malgré un protocole et une analyse des statistiques adéquats au problème de recherche et aux objectifs de l'étude, nous jugeons le niveau de preuve comme étant faible en raison d'un manque de cohérence et clarté dans les résultats et leur généralisation limitée à cause du contexte hospitalier universitaire. Cependant, nous retenons de cet article la pertinence de ses résultats exposés sous forme de données numériques mettant en lumière les connaissances déficientes et attitudes des professionnels de la santé face à l'utilisation d'opiacés dans la gestion de la douleur.

Do Barriers to Pediatric Pain Management as Perceived by Nurses Change over Time?

L'article élaboré par Czarniecki, Salamon, Thompson, et Hainsworth (2014), a pour but de réévaluer les obstacles à la prise en charge de la douleur tels que perçus par les infirmières en pédiatrie et de décrire tout changement au fil du temps. L'hypothèse émise par les chercheurs est une diminution de certains obstacles à la suite de l'instauration de stratégies d'amélioration entre 2011 et 2014. Ces stratégies d'amélioration concernent principalement les ordonnances d'antalgiques, la gestion de la douleur procédurale et ses protocoles, le contexte peropératoire, le dossier électronique des patients, l'enseignement aux familles et la collaboration avec l'Acute Pain Service. Nous portons de l'intérêt à cette étude quantitative longitudinale prospective car elle donne la vision des infirmières (N=442) en pédiatrie par rapport aux freins à la gestion optimale de la douleur. Ces infirmières travaillent dans différentes unités, telles que les soins intensifs, la médecine, la chirurgie, le service ambulatoire, le service d'urgence, la traumatologie ainsi que la néonatalogie. La récolte des données s'est faite par le biais d'un sondage en ligne nommé « The Modified Barriers to Optimal Pain Management Survey ». Composé de treize items, cet outil évalue les obstacles potentiels tels que les ordonnances médicales inadéquates, une faible priorité accordée à la douleur par divers professionnels et les connaissances insuffisantes des infirmières en pédiatrie. Chaque obstacle a été mesuré sur une échelle de Lickert. Les limites principales de cette étude sont la conception et la distribution de l'outil. De plus, la construction de l'étude ne permet pas la mesure directe des stratégies d'amélioration et finalement, l'homogénéité de l'échantillon empêche le transfert des résultats. Ces limites abaissent le niveau de preuve de l'étude, mais nous le considérons intermédiaire plutôt que faible. Chaque étape de la procédure est clairement décrite et est adéquate au problème de

recherche. De plus, des analyses de statistiques ont été entreprises pour chacune des questions de recherche. L'échantillon de grande taille lui donnent également du poids.

Opioids in the treatment of pain. Beliefs, knowledge, and attitudes of the general Spanish population. Identification of subgroups through cluster analysis

L'article de de Sola, Salazar, Dueñas, et Failde (2018), cherche à explorer les croyances, connaissances, craintes et opinions de la population générale espagnole concernant l'utilisation d'opiacés dans le traitement de la douleur. La moyenne d'âge des 1299 adultes sondés, dont 50.7% sont des femmes, est de 50.5 ans. Pour ce faire, les chercheurs ont utilisé un devis quantitatif transversal. Afin d'obtenir la perception et les connaissances de cet échantillon vis-à-vis des opiacés, des interviews téléphoniques assistés par ordinateur ont été conduits. Six items structurent le sondage. Ils concernent par exemple les croyances de la population adulte espagnole au sujet des opiacés, le niveau de contact et connaissances avec ce type de traitement et les craintes liées à sa consommation. Malgré la limite imposée par la durée restreinte de l'entretien, cette étude nous permet de faire des transferts entre la population adulte générale et les parents d'enfants douloureux, sachant que ceux-ci sont indissociables des enfants dans le travail en pédiatrie. L'échantillon (N=1299), représentatif des populations d'âges et sexes différents augmente la valeur de l'étude par sa grande taille. Malgré le fait que le déroulement de l'étude manque de clarté et de structure, le protocole est adéquat au problème de recherche. Le traitement et l'analyse des données sont en lien avec les objectifs de l'étude. Finalement, l'étude ne présente que très peu de limites et son niveau de preuve reste fort.

Risks associated with the use of morphine for analgesia: attitudes and perceptions amongst nursing students in French-speaking Switzerland

Une étude transversale descriptive de devis de type quantitatif menée par Verloo, Cohen, Borloz, Kabengele Mpinga, et Chastonay (2013), nous permet de comprendre les attitudes et les perceptions des étudiantes infirmières suisses (N=557) relatives aux risques associés à l'utilisation de la morphine dans le traitement de la douleur. L'échantillon, composé de 85.4% de femmes ayant une moyenne d'âge de 23.6 ans est jugé représentatif des étudiants en soins infirmiers européens. Cet échantillon a répondu à un questionnaire comportant deux sections, l'une abordant l'utilisation et l'administration de morphine pour l'analgésie et la deuxième traitant des risques liés à son utilisation. Les répondants classaient leurs réponses sur une échelle de Lickert à cinq niveaux. Les chercheurs reconnaissent trois limites à la présente étude : les connaissances sur la gestion de la douleur et sur l'administration de morphine ne sont pas sondées, la consistance interne pourrait être améliorée et cette étude descriptive ne permet pas d'évaluer directement les attitudes mais les facteurs contributifs prédéterminés. Un biais pouvant influencer les résultats est le moment où a eu lieu la récolte de données, c'est-à-dire, juste après l'apport théorique aux étudiants. Cela dit, le protocole permet de répondre aux objectifs posés, puis à la question de recherche. La taille de l'échantillon (N=557), relativement grande, permet la généralisation des résultats à l'échelle européenne. Nous jugeons finalement le niveau de preuve comme fort. Ces données nous sont précieuses, elles permettent un éclairage sur l'aspect de notre problématique qui s'intéresse aux freins à l'usage des opiacés dans le traitement de la douleur.

Finalement, les deux études de types qualitatives (Twycross & Collins, 2013 ; Van Hulle Vincent & Gaddy, 2009) ont été façonnées sur la base d'un échantillon de petite taille comprenant trente infirmières.

Nurses' Views About the barriers and Facilitators to Effective Management of Pediatric Pain

L'étude guidée par Twycross et Collins (2013) poursuit un objectif global, celui de connaître le point de vue des infirmières sur les obstacles et facilitateurs à une prise en charge efficace de la douleur. Cette étude cherche à investiguer trois domaines en particulier : la qualité de l'évaluation et la prise en charge de la douleur, les obstacles à une prise en charge efficace de la douleur et l'utilité des lignes directrices dans l'hôpital concerné. L'échantillon, dont la participation était obligatoire, a été divisé en groupes de quatre à six personnes. Ces groupes ont réalisé trois des quatre activités prévues en raison des limites imposées par le temps. Les infirmières ont été invitées à répondre aux questions investiguant l'évaluation de la douleur, sa gestion, la participation de l'enfant et des parents et finalement les facilitateurs et les barrières à la gestion optimale de la douleur en exposants leurs réponses sur des flip-charts. Cette méthode, appelée focus groupe, facilite l'exploration des croyances, des normes et de la culture des répondants et est donc une méthode adéquate à la question de recherche. Les résultats sont difficilement généralisables car un seul établissement y est représenté. En vue des éléments cités précédemment, nous évaluons le niveau de preuve comme intermédiaire. Les obstacles à la gestion optimale de la douleur identifiés par les infirmières de cette étude peuvent tout de même apporter des éléments qualitatifs essentiels à la compréhension de notre problématique.

Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics

La deuxième étude qualitative de Van Hulle Vincent et Gaddy (2009) a sollicité la participation d'un échantillon (N=30) composé de 97% de femmes d'une moyenne

d'âge de 28.8 ans, ayant au minimum une année d'expérience en pédiatrie. La finalité de cette étude est d'examiner les réflexions d'infirmières en pédiatrie, au travers de réponses à des vignettes cliniques sur l'évaluation et l'administration de morphine aux enfants souffrant de douleurs post-opératoires. Ces données qualitatives ont été récoltées lors d'entretiens semi-structurés à la suite de la lecture de deux vignettes. Les éléments significatifs de ces vignettes révèlent deux garçons de dix ans à J1 post-opératoire, souffrant de douleurs abdominales autoévaluées à 8/10 avec des signes vitaux dans la norme. Il est important de savoir que deux milligrammes de morphine ont été administrés deux heures avant, sans manifestations d'effets secondaires. Le seuil de douleur signalé comme acceptable est de 2/10. La différence entre les deux situations fictives réside dans le fait qu'un enfant sourit, parle et plaisante avec les visiteurs, tandis que l'autre est couché tranquillement et grimace lorsqu'il s'allonge. Les infirmières ont dû estimer le score de la douleur sur une échelle allant de zéro (aucune douleur) à dix (pire douleur) et choisir la quantité de morphine à administrer. Elles avaient le choix de ne pas donner de morphine ou alors d'administrer une dose d'un, deux ou trois milligrammes, sachant qu'une ordonnance médicale permet l'administration IV de morphine à raison d'un à trois milligrammes toutes les heures. La méthode utilisée est appropriée pour examiner la réflexion des infirmières et aucun biais important n'est à signaler. De plus, les analyses intra-croisées ayant permis d'identifier les facteurs d'influence sont adaptées aux objectifs. En raison de l'échantillon réduit issu d'un seul établissement, les résultats sont donc difficilement généralisables. Malgré le niveau de preuve intermédiaire, cet article nous paraît pertinent dans la compréhension du processus mental et des facteurs influençant sur le choix analgésique des infirmières en pédiatrie.

Afin de catégoriser les résultats, nous commençons par faire émerger les deux grandes catégories principales tirées de la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein : les croyances comportementales ainsi que les croyances normatives qui sont le fruit de cette première étape méthodologique. Les sous-titres, quant à eux, renvoient aux concepts principaux de notre question de recherche. L'intention est déterminée par les attitudes et les normes subjectives de l'individu à l'égard d'un comportement.

Selon Ajzen et Fishbein (1980), l'attitude découle des croyances comportementales et l'évaluation des conséquences que pourrait avoir ce comportement. Une partie des données socio-démographiques recueillies, la perception des professionnels de la santé quant à la gestion optimale de la douleur, la perception de la population adulte par rapport à l'utilisation d'opiacés à des fins analgésiques ainsi que les barrières à la gestion de la douleur rejoignent la vision des auteurs concernant les croyances comportementales. L'attitude des participants découlerait des croyances relatives aux conséquences en lien avec la gestion de la douleur et plus spécifiquement, l'utilisation d'opiacés ainsi que l'évaluation positive ou négative de ces comportements. Nous avons ensuite réparti les barrières à la gestion de la douleur en trois sous-catégories nous permettant plus tard d'élaborer des pistes d'amélioration touchant les professionnels de la santé, les enfants et parents et la structure de l'établissement.

Les normes subjectives qui sont des perceptions individuelles de la pression sociale afin d'adopter ou non un comportement, sont contrebalancées par la motivation à se conformer. Dans cet ordre d'idée, cette catégorie de résultats contient une partie des données socio-démographiques, les moyens d'apprentissage, les connaissances qui en découlent et la pression qu'exercent les bases théoriques sur différentes populations incluant professionnels de la santé, parents et enfant. En

s'intéressant aux différentes composantes de notre question de recherche, nous retrouvons les réticences de la population à l'égard de l'utilisation des opiacés ainsi que les barrières à la gestion de la douleur. Quant à la douleur induite, il est possible de faire de nombreux transferts entre les contenus des différentes catégories de résultats. Finalement, le contexte pédiatrique est omniprésent.

Croyances comportementales

Perception des professionnels de la santé quant à la gestion optimale de la douleur. Les résultats obtenus par le biais de la question ouverte sur la gestion optimale de la douleur ont prouvé que la description de la gestion optimale de la douleur la plus couramment fournie par 75% (N= 146) des infirmiers en pédiatrie portait sur le niveau de confort des patients (score de douleur < 4/10 ou ≤ seuil de douleur acceptable, pas de plaintes, de pleurs ou signes objectifs de douleur). 68% (N= 133) des participants ont utilisé le niveau de fonctionnement des patients (niveau d'activité) pour décrire la prise en charge optimale de la douleur. Finalement, 6% (N= 13) de l'échantillon utilise les données physiologiques comme moyen sûr de gérer la douleur. Dans les réponses diverses, la gestion appropriée de la douleur procédurale tient un rôle important dans le confort de l'enfant (Czarnecki et al., 2014). Dans l'étude de de Freitas et al. (2014), 60% (73/122) des professionnels de la santé imaginent que les patients pouvant être distraits de la douleur ne ressentent pas un niveau intense de douleur et 26.5% (27/102) des professionnels de la santé considèrent que les enfants de moins de deux ans sont moins sensibles à la douleur.

Perception des professionnels de la santé quant à l'utilisation d'opiacés. Des mythes concernant l'utilisation de morphine sont mis en évidence dans l'étude de Verloo et al. (2013). « Les patients peuvent rapidement s'habituer à la morphine et des doses plus élevées sont nécessaires », « une fois que le traitement est initié, le

risque est présent et ne peut être arrêté », « tout le monde peut prendre de la morphine, peu importe le type de la douleur », « les patients sont contre la prescription de morphine », « la morphine est un médicament de dernier recours ». Certains extraits verbatim tirés de l'étude de Van Hulle Vincent et Gaddy (2009) illustrent des idées fausses sur l'action de la morphine. « L'enfant ressent de la douleur (auto-évaluée à 8/10), mais pas assez pour que je lui administre 3mg », « je ne veux pas le sur-sédater », « j'aimerais qu'il reste confortable, mais il a l'air trop confortable. S'il y avait d'autres signes que la verbalisation d'une douleur à 8/10, je n'aurais aucun souci à lui administrer de la morphine », « ça serait trop rapproché, les deux milligrammes de morphine peuvent être encore dans son système » (administré deux heures avant alors que la prescription précise maximum trois milligramme par heure). Les chercheurs de l'étude de de Freitas et al. (2014) ressortent un pourcentage de 42.3% (22/52) de professionnels qui pensent que les patients développent habituellement une détresse respiratoire malgré l'utilisation adéquate de ce type de traitement durant deux mois. Uniquement 48.4% (59/122) des participants sont d'avis qu'un bon dosage d'opiacés peut soulager le patient douloureux et 29% (31/107) d'entre eux pensent que la morphine a une dose maximale limite ($P= 0.005$). De plus, 20.2 % (24/119) des professionnels croient que les patients réclamant des doses plus élevées sont dépendants et 47% (54/115) d'entre eux pensent que les opiacés devraient être utilisés qu'une fois la cause de la douleur identifiée.

Perception de la population adulte par rapport à l'utilisation des opiacés à des fins analgésiques. Les résultats de de Sola et al. (2018) présentent la morphine comme étant le médicament le plus connu : 99.2% de l'échantillon le connaissent et il est correctement identifié par 64.9%. Les termes les plus souvent associés aux opiacés par les répondants sont la douleur, les drogues illégales, les médicaments,

l'opium et les analgésiques. Pour 48% des participants, leurs peurs quant aux opiacés concernent principalement les effets secondaires (sommolence, constipation, nausées et anxiété), l'incapacité d'obtenir les résultats escomptés pour 47%, suivi de la crainte de devenir dépendants pour 35%. 50.8 % des participants ont pour opinion que les opiacés peuvent provoquer de la fatigue ou une sédation, 42.6% pensent qu'ils sont utilisés dans le cadre d'une maladie grave et finalement, 44.7% de l'échantillon imaginent que des doses toujours plus fortes sont nécessaires. Cependant, la moitié d'entre eux ont comme avis que ces traitements ne doivent pas être uniquement utilisés chez les patients en phase terminale. 448 participants de l'étude ont une vision positive à l'égard de l'utilisation d'opiacés. Ce groupe d'individus de plus de 65 ans ont moins de craintes vis-à-vis de ces traitements et accepteraient d'en prendre sur ordonnance médicale. Ils sont moins préoccupés par leurs effets secondaires et ne les associent pas à la maladie terminale, la dépendance ou la tolérance. Le deuxième groupe porte un point de vue modéré sur l'utilisation d'opiacés et est composé de 337 participants plus jeunes ayant suivi des études universitaires. Ils ont eu plus de facilité à identifier correctement les opiacés que les autres groupes mais ils ont cependant relevé des craintes concernant les effets secondaires et la peur de ne pas obtenir les résultats escomptés. Finalement 468 répondants ont une vision négative des opiacés et un niveau de scolarité plus faible. Leur degré d'« opiophobie » est très élevé et ils associent les opiacés à la maladie terminale, la dépendance et la tolérance. Concernant l'attitude des participants à l'égard de ce type de traitements, l'analyse des résultats démontre que la majorité fait confiance à son médecin et donc accepteraient d'en prendre dans le cadre d'une prescription médicale.

Barrières à l'utilisation d'opiacés. Le frein se retrouvant dans quatre études (de Freitas et al., 2014 ; Czarniecki et al., 2014 ; Van Hulle Vincent & Gaddy, 2009 ; Verloo

et al., 2013) traduit les préoccupations des professionnels de la santé au sujet des effets secondaires des médicaments. Le suivant, retrouvé dans trois études (de Freitas et al., 2014 ; Czarnecki et al., 2014 ; Twycross & Collins, 2013) est spécifique aux ordonnances médicales d'antalgiques insuffisantes ou inadéquates. Quant au troisième frein le plus souvent mentionné, il s'agit des préoccupations des professionnels de la santé à propos de la tolérance et de la dépendance des enfants suite à l'administration d'analgésiques. La dernière barrière, qui elle aussi se retrouve dans trois études au total, est le manque de connaissances des professionnels de la santé (de Freitas et al., 2014 ; Twycross & Collins, 2013 ; Verloo et al., 2013). Les résultats uniques ont quant à eux, été classés en deux catégories.

Les barrières à l'utilisation d'opiacés en lien avec les professionnels de la santé. Ces barrières comprennent le manque de connaissances pharmacologiques concernant l'action de la morphine, les effets secondaires, les formes d'administration et les précautions thérapeutiques, l'existence de mythes sur la morphine et les difficultés rencontrées par les infirmières dans la mesure des taux de morphines correctes (Verloo et al., 2013). Quant aux résultats tirés de l'étude de Van Hulle Vincent et Gaddy (2009), il ressort des idées fausses sur la durée d'action de la morphine et une hésitation à administrer la dose la plus élevée disponible sur ordre médical. Sont ressortis de l'étude de Czarnecki et al. (2014) une quantité insuffisante d'ordonnances disponibles avant les interventions ($P= 0.011$), un temps limité pour la prémédication des enfants avant les interventions, le sevrage trop rapide des opiacés, une faible priorité accordée au traitement de la douleur par le personnel médical et les infirmiers, une réticence du corps médical à solliciter le service de gestion de la douleur aigue (Acute Pain Service) alors que les infirmières jugent son intervention nécessaire, le manque de concordance dans l'administration d'antalgiques au sein

de l'équipe soignante et finalement des exigences concurrentes sur le temps des infirmiers ($P= 0.001$).

De Freitas et al. (2014) mentionnent la réticence des professionnels de la santé à travailler avec des enfants douloureux, ce qui entraîne un taux de bonnes réponses plus faible que les professionnels indiquant n'avoir aucun problème avec la prise en charge de ces patients ($P= 0.009$). Pour compléter cette catégorie, d'autres barrières sont finalement exposées par les auteurs Twycross et Collins (2013) : les idées préconçues et les suppositions des infirmières concernant la gestion optimale de la douleur, leurs jugements personnels, leur peur du surdosage médicamenteux, l'indisponibilité d'un algorithme pour l'administration d'analgésique et le manque d'approvisionnements pour certains médicaments.

Les barrières à la gestion de la douleur en lien avec les patients et leurs parents. Des barrières apparaissent dans trois études. Parmi ces barrières, il y a l'âge de l'enfant et sa culture, la surévaluation de la douleur par l'enfant, la discordance entre les manifestations physiques de la douleur et l'expression verbale de celle-ci (Twycross & Collins, 2013), puis la difficulté des patients pédiatriques à exprimer leurs douleurs et leurs peurs (de Freitas et al., 2014). Czarnecki et al. (2014) soulignent la réticence des parents à ce que leurs enfants reçoivent des médicaments. Les parents ou l'enfant qui refusent l'antalgie, la stimulation provenant des parents pour l'administration d'antalgiques non conforme à la demande de l'enfant, l'interférence provoquée par les parents qui répondent à la place de l'enfant et finalement la non-compliance aux recommandations faites par les infirmières aux parents et à l'enfant ressortent dans l'étude de Twycross et Collins (2013).

Croyances normatives

Connaissances en lien avec la gestion de la douleur. En se penchant sur les résultats obtenus par de Freitas et al. (2014) abordant les connaissances en matière de gestion de la douleur et l'utilisation des opiacés, les chercheurs laissent apparaître un pourcentage de réponses correctes plus bas chez les infirmières-assistantes et auxiliaires (55.4% ; \pm 15.2) que le pourcentage moyen de bonnes réponses de tout professionnels confondus (63.2% ; \pm 1.4). Le pourcentage de réponses correctes des infirmières-assistantes et auxiliaires est également inférieur à celui des médecins (71.5% ; \pm 11.4) et autres professionnels ayant un diplôme universitaire (73.6% ; \pm 11.1 ; $P= 0.001$). L'évaluation de leurs connaissances spécifiques à l'utilisation d'opiacés démontre que les répondants ayant déjà administré des opiacés aux patients ont obtenu une moyenne de réponses correcte plus élevée que ceux qui n'ont jamais été confrontés à la situation. Le fait de confondre les symptômes de sevrage avec les symptômes de tolérance, de dépendance et d'addiction se retrouvent chez 81.9% (95/116) des participants. Finalement, 69.6% (80/115) des répondants signalent connaître l'existence d'un protocole de traitement de la douleur au sein de l'hôpital. L'étude de Verloo et al. (2013) démontre une différence plus importante entre les connaissances des étudiants de première année et les autres en ce qui concerne la tolérance, les risques en lien avec l'utilisation de la morphine, son indication, le dosage correct et le point de vue des patients ($P= 0.000$). Ces résultats appuient l'hypothèse selon laquelle les connaissances pharmacologiques sur l'utilisation de la morphine et les expériences pratiques en milieu de soins de santé facilitent l'utilisation de la morphine comme analgésique et la perception du risque associé. Le seul facteur socio-démographique retrouvé dans cette étude qui soit

faiblement corrélé négativement avec l'utilisation de la morphine ($\rho = -0.117$) la perception des risques associés ($\rho = 0.102$) est la religion des étudiants.

Formation en matière de gestion de la douleur. La prise en charge optimale de la douleur nécessite des connaissances. Parmi tous les participants de l'étude de de Freitas et al. (2014), 50.8 % (62/122) des professionnels de la santé n'ont jamais reçu de formation en gestion de la douleur durant leur formation. De plus, 52.6 % (63/119) de l'échantillon souligne l'absence de formation en gestion de la douleur offerte par l'hôpital durant les douze derniers mois. Cependant, les résultats prouvent que la moyenne de réponses correctes est plus élevée chez les professionnels qui ont reçu une formation en matière de gestion de la douleur pendant ou après leurs études ($67.1 \pm 11.3\%$) que ceux n'en ayant jamais bénéficié ($61.2 \pm 5.2\%$). Czarniecki et al. (2014) se sont, eux aussi, penchés sur les vecteurs permettant l'apprentissage de la gestion de la douleur. Pour 32.7% des infirmières participant à l'étude, cet apprentissage s'est fait à l'école d'infirmière, suivi de l'orientation du Children's Hospital of Wisconsin pour 22.6% d'entre elles. 19.8% de l'échantillon se sont référés aux autres infirmières travaillant dans l'unité et finalement, l'APS a été une ressource pour 19.8% d'entre elles.

Bases décisionnelles. Trois études s'accordent sur le fait que les professionnels de la santé s'appuient principalement sur l'évaluation comportementale afin de déterminer le niveau de douleur des enfants. Cette évaluation se base sur les pleurs, l'expression faciale, l'agitation, les sautes d'humeur ou les plaintes verbales (de Freitas et al., 2014 ; Twycross & Collins, 2013 ; Czarniecki et al., 2014). Les professionnels de la santé concernés par l'étude de de Freitas et al. (2014) ajoutent qu'ils s'aident des mesures physiologiques telles que les changements dans les signes vitaux ($P = 0.001$). Cependant, 45% (54/120) seulement de l'échantillon

considèrent la douleur comme signe vital. D'ailleurs, aucun des 23 médecins n'enregistre la douleur au même rang que les autres signes vitaux. En revanche, 63.3 % (19/30) des infirmières et 52.2 % (35/67) des infirmières-assistantes le font. Lorsque les participants de l'étude de Czarnecki et al. (2014) doivent prendre des décisions concernant la gestion de la douleur, 56.3% d'entre eux indiquent considérer la demande de l'enfant ou de la famille et 29.1% se réfèrent à l'ordonnance du médecin. L'utilisation de plans de traitement de la douleur, par exemple pour le traitement des douleurs procédurales, a également été perçue comme un moyen d'orienter la prise de décision (Twycross & Collins, 2013). Quant aux situations fictives retrouvées dans l'étude de Van Hulle Vincent et Gaddy (2009), il existe chez l'infirmière des différences dans l'identification de la douleur selon que les enfants soient grimaçants ou souriants. Pour la situation de l'enfant souriant, les infirmières s'appuient sur des facteurs, cités dans l'ordre d'importance, tels que l'auto déclaration du niveau de douleur par le patient, le manque de cohérence entre l'autoévaluation de l'enfant et les signes de douleurs observés, les signes vitaux, la vocalisation de l'enfant et la compréhension de l'échelle de la douleur par l'enfant. Concernant l'enfant grimaçant, les facteurs influençant l'évaluation de sa douleur dans l'ordre d'importance sont l'expression faciale, la cote de douleur actuelle, les signes vitaux et la mobilité.

Évaluation de la douleur. 77.9% (95/122) des participants évaluent l'intensité de la douleur par le biais d'outils de mesure tels que l'échelle d'évaluation et 26.2% des professionnels n'en connaissent aucun. 34.5% (40/116) des professionnels de la santé considèrent que les signes vitaux sont toujours des indicateurs fiables de l'intensité de la douleur ($P= 0.039$) (de Freitas et al., 2014). Twycross et Collins (2013) révèlent différentes échelles d'évaluation de la douleur utilisées par les infirmières, telles que l'échelle numérique, l'échelle de la douleur des visages de Wong-Baker,

Face Legs Activity Consolability Cry (FLACC) et le Pediatric Early Warning Score (PEWS). 57.9% (62/107) des répondants considèrent les échelles d'évaluation comme des outils fiables mais 28% (30/107) ne les considèrent que partiellement fiables (de Freitas et al., 2014). 86% (104/121) des participants de cette même étude signalent que la présence d'un parent rend l'évaluation de la douleur plus facile. Après que les infirmières de l'étude de Van Hulle Vincent et Gaddy (2019) ont répondu à deux questions concernant l'évaluation de la douleur de l'enfant et le choix d'administrer ou non la réserve de morphine, les résultats sont les suivants : la réponse attendue pour l'évaluation de la douleur des deux enfants était de 8/10. 83.3% (N= 25) des participants ont identifié ce score concernant l'enfant grimaçant, en revanche, dans le cas de l'enfant souriant, ils n'étaient plus que 63.3% (N= 19). La majorité des infirmières ont indiqué qu'elles administreraient 3mg de morphine à l'enfant grimaçant, mais seulement un tiers d'entre elles administreraient cette dose à l'enfant souriant (36.7% ; N= 11) pour l'enfant souriant contre 76.7% (N= 23) pour l'enfant grimaçant. Sept infirmières (23.3%) ont indiqué qu'elles n'administreraient pas de morphine à l'enfant souriant malgré le niveau de douleur de 8 signalé par l'enfant.

Implication des parents et des enfants dans le processus de gestion de la douleur. Concernant l'implication des enfants, ces derniers devraient signaler lorsqu'ils souffrent, verbaliser les symptômes et demander des analgésiques lorsqu'ils en ont besoin. Les parents devraient quant à eux, informer le personnel infirmier lorsqu'il remarquent que leur enfant souffre, encourager ce dernier à collaborer et contribuer à la gestion de la douleur (Twycross & Collins, 2013).

Impact des lignes directrices cliniques et du service de la gestion de la douleur aigue (APS). Les lignes directrices cliniques sont des ressources pour les infirmières de l'étude de Twycross et Collins (2013) et leurs permettent de convaincre

les médecins en formation des doses correctes d'analgésique à administrer au patient. Ce sont aussi de bons outils d'apprentissage pour les étudiants, les médecins en formation et le nouveau personnel soignant.

L'utilité de l'APS a été coté positivement dans l'étude de Czarnecki et al. (2014) avec une moyenne de 7.86/10. Dans l'étude de Twycross et Collins (2013), le service poursuivant la même mission a également été jugé utile.

Discussion

Cette revue de littérature étoffée permet un aperçu des différents freins à l'utilisation d'opiacés dans la gestion de la douleur en pédiatrie. Suite à l'analyse de nos articles appuyée par la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbein (1980), nous relevons la complexité de l'adoption d'un comportement tel que l'administration d'opiacés. Les croyances comportementales dans une telle situation, sont formées de différentes perceptions telles que la vision de la gestion optimale de la douleur et le point de vue du sujet sur l'utilisation d'opiacé. Nous considérons également les barrières à l'utilisation d'opiacés comme composantes des croyances comportementales qui sont finalement les représentations des conséquences positives ou négatives faisant suite à l'administration d'opiacés. Ces croyances comportementales, additionnées à l'évaluation de leurs conséquences, constituent l'attitude de l'individu vis-à-vis de ce comportement. Les croyances normatives sont la façon dont l'individu perçoit l'opinion des autres à propos de l'administration d'opiacés. En prenant pour exemple notre thématique, les différents apports théoriques peuvent provenir des formations en matière de gestion de la douleur, des recommandations de bonnes pratiques, de l'avis des autres professionnels ou même des recherches personnelles. Cet ensemble permet à l'individu de construire des connaissances qui peuvent parfois être erronées. Ces croyances normatives, passées au filtre de la motivation à se soumettre à la pression sociale exercée par les différents individus deviennent des normes subjectives. L'attitude combinée aux normes subjectives débouche sur l'intention comportementale qui selon son intensité, produira un comportement positif - l'administration d'opiacés - ou négatif - la résistance à l'administration d'opiacés.

La vision globale obtenue par l'analyse des articles nous permet d'échafauder une hypothèse. Le frein cité dans quatre de nos articles, soit le manque de connaissances professionnelles (de Freitas et al., 2014 ; Twycross & Collins, 2013 ; Verloo et al.,

2013) peut entraîner une cascade d'autres freins empêchant la gestion optimale de la douleur induite [traduction libre] (Ellis, McCleary, Blouin, Dube, Rowley, MacNeil, & Cooke, 2007 p. 274 ; Rieman & Gordon, 2007).

Croyances comportementales

A l'aide des résultats présentant la perception des professionnels quant à la gestion optimale de la douleur, nous observons l'importance que revêt la douleur procédurale dans le confort de l'enfant (Czarnecki et al., 2014). L'étude de Bice, Gunther et Wyatt (2014), souligne également son importance aux yeux des infirmières. Malgré l'importance accordée à la gestion de la douleur induite dans le contexte pédiatrique, nous remarquons une grande disparité dans la vision et les pratiques des professionnels quant à la gestion optimale de la douleur. Un manque de cohérence est observable dans les descriptions fournies. Ces différences, provenant d'un processus décisionnel propre à chacun peuvent être attribuées à plusieurs facteurs comme les personnalités des soignants, leurs valeurs, leurs expériences professionnelles et personnelles antérieures, leurs connaissances théoriques, intuition, attitude ainsi que leurs croyances (Abu-Saad & Hamers, 1997 ; Salanterä , 1999 ; Hall-Lord & Larsson, 2006). Nous en déduisons également que ce phénomène peut résulter d'évaluations différentes selon les perceptions individuelles des conséquences possibles du traitement de la douleur. Dans l'étude de de Freitas et al., (2014), les professionnels imaginant que les patients pouvant être distraits de la douleur ne ressentent pas un niveau intense de douleur et le fait qu'ils considèrent les enfants de moins de deux ans comme moins sensibles à celle-ci sont pour nous l'exemple de perceptions erronées qui entravent la gestion optimale de la douleur de l'enfant. Plutôt que suivre un but commun, appuyé par des recommandations de

bonne pratique qui ont fait leurs preuves, chacun poursuit les buts que lui indique sa propre perception du traitement effectif de la douleur.

En se penchant plus spécifiquement aux perceptions que se font les professionnels des opiacés, nous comprenons que ces traitements génèrent un nombre considérable de mythes, croyances, fausses représentations ou idées préconçues. De notre point de vue, ces perceptions subjectives proviennent principalement d'un manque de connaissances spécifique à la pharmacologie des opiacés incluant leur indication, le calcul du dosage, le mécanisme et la durée d'action ainsi que leurs effets secondaires. Les conséquences de ces perceptions peuvent conduire à diverses craintes allant même jusqu'à l'opiophobie considérée comme l'ensemble de croyances portées sur les effets négatifs des opiacés ou une attitude inappropriée dans la gestion de la douleur provenant d'un manque de connaissances sur les opiacés et de leurs utilisations appropriées (Verloo & al., 2013). La définition de l'opiophobie appuie notre hypothèse stipulant que le manque de connaissance provoque de la résistance à l'utilisation d'opiacés et qu'il peut être la source d'une multitude d'autres freins.

Chaque parent est avant tout un adulte. Nous leurs portons un intérêt particulier car en pédiatrie, l'enfant est indissociable de ses parents. La perception de la population adulte par rapport à l'utilisation des opiacés rejoint la vision des professionnels de la santé pour ce qui est des craintes liées aux effets secondaires, le risque de tolérance ainsi que le risque de dépendance. D'autres perceptions retrouvées dans les résultats sont quant à eux spécifiques aux professionnels de la santé ou aux adultes en fonction de leur rôle et leur statut. Deux groupes de population, mais une même conséquence : la résistance à l'utilisation des opiacés (de Freitas et al., 2014 ; Czarniecki et al., 2014 ; de Sola et al., 2018 ; Van Hulle Vincent & Gaddy, 2009 ; Verloo et al., 2013).

La perception négative des différentes populations mentionnées concernant l'utilisation d'opiacés entraîne une évaluation négative de ce comportement qui finalement diminue l'intention et donc la probabilité que celui-ci soit adopté.

Comme mentionné ci-dessus, le manque de connaissances peut influencer les professionnels de la santé, les parents et les enfants, qui tous nourriront des idées fausses, des mythes, des craintes et des réticences quant à l'utilisation d'opiacés. Ces craintes concernent, de notre point de vue, également les médecins ayant une responsabilité d'autant plus grande. Celles-ci peuvent amener à la sous-utilisation d'opiacés dans la gestion de la douleur de l'enfant et se traduire par des ordonnances d'antalgiques insuffisantes ou inadéquates (de Freitas et al., 2014 ; Czarnecki et al., 2014 ; Twycross & Collins, 2013) ainsi que des sevrages trop rapides aux opiacés (Czarnecki et al., 2014). Ces barrières peuvent biaiser la collaboration pluridisciplinaire et limiter le recours à des services spécialisés dans la gestion de la douleur (Czarnecki et al., 2014), avec comme finalité une gestion non-optimale de la douleur et donc une qualité moindre des soins prodigués à l'enfant. En plus des différentes barrières présentées, le manque de temps à disposition pour prémédiquer les enfants avant l'intervention rend difficile l'anticipation du geste douloureux. De plus, il ressort de l'étude de Czarnecki et al. (2014), une réticence à travailler avec les enfants douloureux, de même qu'une faible priorité accordée au traitement de la douleur par le personnel médical et infirmier. Cette dernière constatation nous inquiète tant la fréquence et les conséquences des douleurs mal gérées sont importantes. Ces barrières, étant interdépendantes, elles ne peuvent être modifiées ou supprimées de manière individuelles mais nécessitent une approche globale sollicitant l'attention de chacun afin de devenir un objectif de soins prioritaire.

Croyances normatives

La formation joue un rôle essentiel dans l'acquisition de connaissances (Jubinville et al., 2014) qui, elles, vont influencer le comportement des professionnels de la santé vis-à-vis des opiacés. Les étudiants de première année en sciences infirmières expérimentent une peur plus importante que les étudiants de deuxième ou troisième années. Une fois qu'ils sont exposés à la réalité du terrain et qu'ils ont acquis des bases théoriques plus solides, l'utilisation de la morphine comme analgésique est facilitée et la perception des risques est ajustée (Verloo et al., 2013). A notre humble échelle, et arrivées au terme de nos études, nous constatons que notre point de vue sur les risques liés à l'utilisation d'opiacés dans le traitement de la douleur a évolué. Comme les étudiants de Verloo et al. (2013), nous nous sommes façonnés une multitude de perceptions erronées et de craintes injustifiées durant notre première année de formation. Après nous être confrontées à des situations nécessitant l'emploi d'opiacés, ces différentes perceptions négatives se sont estompées pour laisser place à une attitude favorable à l'utilisation de ces antalgiques, tant leur efficacité paraît évidente pour la gestion des douleurs.

La moitié des participants de l'étude de de Freitas et al. (2014), n'a pas pu bénéficier d'une formation spécifique à la prise en charge de la douleur et les conséquences sont visibles dans les résultats. Les participants ayant eu l'opportunité de se former ont une moyenne de réponses correctes plus élevée que ceux n'en n'ayant pas bénéficié. Ces derniers pallient le manque de connaissances en se référant par exemple aux autres infirmières travaillant dans l'unité ou à l'APS. L'exploitation de ces ressources ne peut se faire que l'individu est prêt à se conformer à l'opinion du groupe.

Le déficit de connaissances peut également être dû à l'utilisation insuffisante des lignes directrices ou à leur manque de visibilité. Ces lignes directrices peuvent être des ressources pour les infirmières et médecins et les guider dans les différentes

prises en charge de la douleur, incluant la douleur induite (Twycross & Collins, 2013 ; Jubinville et al., 2014).

Finalement, ce manque de connaissances aura des conséquences sur les pratiques d'évaluation et de gestion de la douleur par les professionnels et entraînera une « cascade » de freins à l'utilisation d'opiacés. L'évaluation de la douleur fait l'objet d'une multitude de recherches en pédiatrie mais les résultats de nos diverses études prouvent qu'elle reste compliquée pour celui qui l'évalue (de Freitas et al., 2014 ; Twycross & Collins, 2013 ; Van Hulle Vincent & Gaddy, 2009). Le fait que 26.2% des professionnels de l'étude de de Freitas et al. (2014) ne connaissent aucun outil d'évaluation de la douleur et que 28% des participants ne les jugent que partiellement fiables rendent ces résultats inquiétants. En prenant pour exemple les conclusions de l'étude de Van Hulle Vincent et Gaddy (2009), 23% des infirmières n'administreraient pas de morphine à un enfant souriant malgré une auto-évaluation de la douleur à 8/10. Trois études (de Freitas et al., 2014 ; Twycross & Collins, 2013 ; Czarnecki et al., 2014) indiquent que l'évaluation comportementale est principalement utilisée par les professionnels de la santé afin de déterminer le niveau de douleur des enfants. Nous pouvons donc remarquer que certaines infirmières s'appuient sur des données qui ne reflètent pas de manière objective la douleur ressentie par l'enfant.

Recommandations pour la pratique et la recherche

Au vu des répercussions non négligeables que provoquent les freins à l'utilisation d'opiacés sur la qualité de vie de l'enfant et la qualité des soins, il est actuellement primordial que la gestion de la douleur en général et de la douleur induite devienne une priorité pour les prestataires de soins. Pour atteindre cet objectif, des pistes d'amélioration sont nécessaires au niveau de la pratique et de la recherche infirmière.

Il est d'abord important que les infirmières fassent recours à leur jugement clinique lorsqu'elles rencontrent des situations provoquant de la douleur induite, afin de combiner les méthodes de gestion de la douleur adéquates et ainsi identifier celles nécessitant l'utilisation d'opiacés (Jubinville et al., 2014). L'évaluation de la douleur doit être faite systématiquement avant, durant et après le soin. Cela peut sembler logique, mais l'infirmière doit se présenter sûre d'elle quant à sa technique lorsqu'elle effectue un geste douloureux (Coutaux & Collin, 2008).

Il est du ressort des écoles de soins de déconstruire les mythes sur ce type de traitement dès le début de leurs programmes d'études afin de sensibiliser les étudiants à la complexité de l'utilisation des opiacés en milieu clinique et de favoriser la perception réelle du risque encouru pour que ce risque devienne acceptable et gérable (Verloo et al., 2013). Il appartient aux établissements de soins d'offrir des formations continues sur la gestion de la douleur, incluant l'utilisation des outils d'évaluation et des connaissances pharmacologiques sur les opiacés. Cependant, l'apport seul de connaissances n'est pas suffisant pour provoquer des changements dans les pratiques actuelles. Il est nécessaire que les structures de santé fournissent aux infirmières les moyens permettant l'amélioration de la gestion de la douleur. Pour cela, la charge de travail ainsi que la dotation de personnel doivent laisser le temps aux infirmières d'exploiter les ressources et les outils, qui visent à gérer au mieux la douleur de l'enfant. De plus, les lignes directrices doivent impérativement être exposées, rendues visibles, comprises et apporter un soutien aux infirmières qui pourront se référer à des plans de traitement pour la douleur induite (Jubinville et al., 2014). La possibilité pour les professionnels de faire appel à un service de gestion de la douleur aiguë semble totalement indiquée. Si cet idéal n'est pas atteignable, un groupe de personnes ressources serait déjà un bon début.

Dans le but de couvrir la douleur, l'implication ainsi que la collaboration des parents et de l'enfant sont indispensables. Les infirmières estiment que les enfants devraient signaler leur souffrance et demander des analgésiques au besoin. Il est du ressort des parents d'informer le personnel lorsque l'enfant souffre (Twycross & Collins, 2013). Cela dit, il appartient à l'infirmière de formuler ses attentes et d'offrir un espace permettant à l'enfant et ses parents d'exprimer leurs craintes et croyances quant aux opiacés, tout comme leurs attentes pour la gestion de la douleur. Les infirmières doivent notamment adapter et personnaliser l'apport d'informations en fonction du niveau de connaissances des patients et des parents dans le but d'anticiper et diminuer l'anxiété liée au geste invasif (Coutaux & Collin, 2008).

En ce qui concerne les recherches futures, il serait pertinent de s'intéresser plus spécifiquement aux jugements personnels des infirmières, à leurs idées préconçues, puisque leur attitude est mentionnée comme l'une des barrières à la gestion de la douleur optimale. Cet aspect est peu développé dans les différents articles. Il serait important d'instaurer des interventions visant à combler les lacunes de connaissances, pour ensuite évaluer si d'éventuels changements ont opérés. Il serait également intéressant de se pencher sur les méthodes non pharmacologiques – comme l'hypnose - ayant une efficacité antalgique similaire aux opiacés dans la gestion des douleurs modérées à fortes. Des recherches auraient le mérite d'être faites concernant l'impact des formations sur les croyances et perceptions des infirmières quant à l'utilisation d'opiacés. Finalement, la littérature traitant de cette problématique est peu présente à l'échelle européenne et Suisse. N'ayant pas trouvé de littérature exposant le point de vue des parents sur la thématique, des recherches futures pourraient favoriser la compréhension de ce phénomène.

Les forces et les limites de cette revue nous permettent de porter un regard critique sur ce travail de bachelor. La limite principale de cette revue est le manque d'articles spécifiques traitant de la douleur induite. Cependant des transferts sont possibles entre les freins à l'utilisation d'opiacés dans la gestion de la douleur de manière globale et les freins à l'utilisation d'opiacés dans la gestion de la douleur induite. Cinq articles permettent le transfert des résultats, cependant, l'étude de de Freitas et al. (2014) se déroule au Brésil. Leur système de formation n'étant pas totalement le même qu'en Suisse, les résultats obtenus doivent être généralisés avec prudence. Deux articles contiennent des échantillons de petite taille, par conséquent ils sont peu représentatifs des infirmières en général (Czarnecki et al., 2014 ; Twycross & Collins, 2014). Cette revue de littérature analyse uniquement six articles, ce qui fournit un point de vue limité sur cette thématique. Finalement, un frein dans la réalisation de ce travail est la limite temporelle imposée par un programme scolaire condensé, qui ne permet pas l'exploration en profondeur de chacun des aspects de la problématique.

Nos forces quant à elles, s'expriment au travers de la publication relativement récente de la littérature retenue (moins de dix ans), de la population étudiée dans l'article de Verloo et al. (2013), composée des étudiants infirmiers du niveau bachelor en Suisse Romande. La variété retrouvée dans les différentes populations étudiées nous permet de porter un regard global sur notre problématique et, en fin de compte, d'élaborer des réponses à notre question de recherche. Cette revue de littérature montre que les freins sont nombreux, qu'ils soient spécifiques à l'utilisation d'opiacés ou qu'ils ciblent plus généralement la gestion de la douleur. Pour terminer, la pertinence de cette revue de littérature étoffée réside dans le choix de la problématique étudiée : une douleur mal gérée a d'amples conséquences sur les enfants, sur leurs parents et finalement sur les professionnels de la santé.

Conclusion

Il apparaît évident que les infirmières doivent être formées au bon usage des opiacés, tant les gestes invasifs – pour ne pas dire agressifs - sont nombreux dans les services de pédiatrie. Sans un bon dosage des antalgiques, les enfants souffrent. Nous l'avons vu, les freins sont nombreux, qui empêchent le recours aux opiacés. Une bonne pratique, une meilleure visibilité des recommandations lèveraient une bonne partie des réticences soulevées par les opiacés.

Le rôle de l'infirmière dans la gestion de la douleur induite de l'enfant n'est plus à prouver. Il est de son devoir d'adopter une posture pro-active dans la gestion de la douleur, en s'appuyant sur son jugement clinique, en utilisant les bons outils ainsi qu'une combinaison optimale d'interventions non-pharmacologiques et pharmacologiques. Comme le patient pédiatrique est un être vulnérable, il est important que l'infirmière défende ses intérêts. Pour que le patient et son confort retrouvent une place centrale, une collaboration efficace entre tous les acteurs – patients, parents, personnel de soin – est impérative.

Certes, les opiacés ne sont pas sans risque, mais ce serait une erreur de les diaboliser : les opiacés sont un moyen sûr et efficace de prévenir et pallier la douleur induite par les soins. De nos jours, il n'est pas normal qu'un enfant souffre : un enfant ne s'habitue jamais à la douleur.

Références

- Abu-Saad, H., & Hamers, J. (1997). Decision-making and paediatric pain: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 946-952.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Anand, K., Aranda, J., Berde, C., Buckman, S., Capparelli, E., Carlo, W., Hummel, P., Johnston, C., Lantos, J., Tutag-Lehr, V., Maxwell, L., Oberlander, T., Raju, T., Soriano, S., Taddio, A., & Walco, G. (2006). Summary Proceedings From the Neonatal Pain-Control Group. *Pediatrics*, 117(3), 9-22.
- Bice, A., Gunther, M., & Wyatt, T. (2014). Increasing Nursing Treatment for Pediatric Procedural Pain. *Pain Management Nursing*, 15, 365-379.
- Buskila, D., Neumann L., Zmora E., Feldman, M., Bolotin, A., & Press, J. (2003). Pain Sensitivity in Prematurely Born Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent*, 157, 1079-1082.
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2018). *Les types de douleurs*. Repéré à <https://www.chuv.ch/fr/neurochirurgie/nch-home/patients-et-familles/maladies-traitees/la-douleur-chronique/les-types-de-douleurs/>
- Cimerman, P., & Thibault, P. (2009). Douleurs induites par les soins. *Savoirs et soins infirmiers*, 60, 1-5.
- Coutaux, A., & Collin, E. (2008). Douleurs induites par les soins: épidémiologie, retentissement, facteurs prédictifs. *Douleur et analgésie*, 21, 126-138.
- Czarnecki, M., Salamon, K., Thompson, J., & Hainsworth, K. (2014). Do Barriers to Pediatric Pain Management as Perceived by Nurses Change over Time? *Pain Management Nursing*, 15, 292-305.
- De Freitas, G., de Castro, C., Castro, S., & Heineck, I. (2014). Degree of Knowledge of Health Care Professionals About Pain Management and Use of Opioids in Pediatrics. *Pain Medicine*, 15, 807-819.
- De Sola, H., Salazar, A., Dueñas, M., & Falide, I. (2018). Opioids in the treatment of pain. Beliefs, knowledge, and attitudes of the general Spanish population. Identification of subgroups through cluster analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(4), 1095-1104.
- Ellis, J., McCleary, L., Blouin, R., Dube, K., Rowley, B., MacNeil M., & Cooke, C. (2007). Implementing Best Practice Pain Management in a Pediatric Hospital. *JSPN*, 12, 264-277.
- European Association for Children in Hospital. (1988). *Charte européenne des enfants hospitalisés*. Repéré à <https://www.hug-ge.ch/enfant-adolescent/charte-enfant-hospitalise>
- Fournier-Charrière, E. (2014). La mémorisation d'événements douloureux chez l'enfant: quelles implications, quelles séquelles ? *Douleur et Analgésie*, 27, 88-94.

- Grunau, R., Holsti, L., Haley, D., Oberlander, T., Weinberg, J., Solimano, A., Whitfield, M., Fitzgerald, C., & Yu, W. (2005). Neonatal procedural pain exposure predicts lower cortisol and behavioral reactivity in preterm infants in the NICU. *Pain, 113*, 293-300.
- Grunau, R., Whitfield, M., Petrie-Thomas, J., Synnes, A., Cepeda, I., Keidar, A., Rogers, M., MacKay, M., Hubber-Richard, P., & Johannesen, D. (2009). Neonatal pain, parenting stress and interaction, in relation to cognitive and motor development at 8 and 18 months in preterm infants. *Pain, 143*, 138-146.
- Hall-Lord, M., & Larsson, B. (2005). Registered nurses' and student nurses' assessment of pain and distress related to specific patient and nurse characteristics. *Nurse Education Today, 26*, 377-387.
- International Association for the Study of Pain. (2016). *Définition de la douleur*. Repéré à <https://www.sfetd-douleur.org/definition>
- Jubenville, P., Le May, S., Charette, S., & Fiola, J. (2014). Interventions infirmières pour la gestion de la douleur procédurale en milieu pédiatrique. *L'infirmière clinicienne, 11*, 23-34.
- Lee, G., Yamanda, J., Kyololo, O., Shorkey, A., & Stevens, B. (2014). Pediatric Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain: A Systematic Review. *Pediatrics, 133*, 500-515.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1994). *Lexicon of alcohol and drugs terms*. Repéré à https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/fr/
- Pillon, F. (2009). Les opiacés. *Actualités pharmaceutiques, 483*, 18-20.
- Rieman, M., & Gordon, M. (2007). Pain management competency evidenced by a survey of pediatric nurses' knowledge and attitudes. *Pediatric Nursing, 33*(4), 307-312.
- Salanterä, S. (1999). Finnish nurses' attitudes to pain and children. *Journal of Advanced Nursing, 29*(3), 727-736.
- Schäfer, B. (2004). Analgésie et sédation aux soins intensifs en 2004. *Revue Médicale Suisse, 0*
- Twycross, A., & Collins, S. (2013). Nurses' Views About the Barriers and Facilitators to Effective Pain Management of Pediatric Pain. *Pain Management Nursing, 14*, 164-172.
- Verloo, H., Cohen, C., Borloz, C., Mpinga, E., & Chastonay, P. (2013). Risks associated with the use of morphine for analgesia: attitudes and perceptions amongst nursing students in French-speaking Switzerland. *Nursing, 3*, 1-8.

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons, Mathilde Ammann et Mégane Beaud, sous la direction de Madame Marie-Elise Verga, avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Mathilde Ammann et Mégane Beaud

Appendices A

Éléments de la méthode

Tableau 2
Présentation de la stratégie de recherche

Moteurs de recherche	Termes MESH / mots-clés	Nombre d'articles trouvés	Articles retenus
PubMed	Termes MESH: [Pediatric nursing] AND [Health Knowledge Attitudes, Practice] AND [Analgesics, opioids] (Filtre : moins de dix ans)	2	Van Hulle Vincent, C., & Gaddy, E. J. (2009). Pediatric nurses' thinking in response to vignettes on administering analgesics. <i>Research in Nursing & Health</i> , 32(5), 530-539.
	Termes MESH: [Pain, Procedural] AND [Analgesics opioids] AND [Pediatrics] (Filtre : moins de dix ans)	0	0
	Termes MESH: [Pain, Procedural] AND [Pediatrics] (Filtre : moins de dix ans)	4	0
	Termes MESH: [Pain] AND [Fear] AND [Pediatric Nursing] (Filtre : moins de dix ans)	1	0
	Termes MESH: [Analgesics, opioids] AND [Pain] AND [Pediatrics] (Filtre : moins de dix ans)	43	de Freitas, G. R., de Castro Jr, C. G., Castro, S. M., & Heineck, I. (2014). Degree of knowledge of health care professionals about pain management and use of opioids in pediatrics. <i>Pain Medicine</i> , 15(5), 807-819.
CINAHL	Mots-clés: [Barrier] AND [Pediatric] AND [Pain management] (Filtre : moins de dix ans)	72	Czarnecki, M. L., Salamon, K. S., Thompson, J. J., & Hainsworth, K. R. (2014). Do barriers to pediatric pain management as perceived by nurses change over time ?. <i>Pain Management Nursing</i> , 15(1), 292-305.
	Mots-clés: [Opioid] AND [Pain] AND [Beliefs] (Filtre : moins de dix ans)	107	de Sola, H., Salazar, A., Dueñas, M., & Failde, I. (2018). Opioids in the Treatment of Pain. Beliefs, Knowledge, and Attitudes of the

			General Spanish Population. Identification of Subgroups Through Cluster Analysis. <i>Journal of pain and symptom management</i> , 55(4), 1095-1104.
	Mots-clés: [Nurses experiences OR perspective OR view OR attitude] AND [Barriers OR Obstacles OR challenges OR difficulties] AND [Pain management] AND [Pediatrics] (Filtre : moins de dix ans)	72	Twycross, A. (2013). Nurses' views about the barriers and facilitators to effective management of pediatric pain. <i>Pain Management Nursing</i> , 14(4), e164-e172.
	Mots-clés: [Parents] AND [opioids] AND [Pediatric] (Filtre : moins de dix ans)	36	0
	[Pain procedural] AND [Opioid] AND [Pediatric] (Filtre : moins de dix ans)	16	0
Google Scholar	Mots-clés: [Attitudes], [nursing], [opioid], [Switzerland]	6500	Verloo, H., Cohen, C., Borloz, C., Kabengele Mpinga, E., & Chastonay, P. (2013). Risks associated with the use of morphine for analgesia: attitudes and perceptions amongst nursing students in French-speaking Switzerland. <i>Nursing</i> , 3, 1-8.

Appendices B

Grilles de résumé et d'analyse

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

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	de Freitas, G. R., de Castro Jr, C. G., Castro, S. M., & Heineck, I. (2014). Degree of knowledge of health care professionals about pain management and use of opioids in pediatrics. <i>Pain Medicine, 15</i> (5), 807-819.
Introduction Problème de recherche	La forte prévalence de la douleur chez les patients pédiatriques a provoqué chez les prestataires de soins primaires de la contrariété et une certaine préoccupation par la formation en matière de traitement de la douleur. Cette étude vise l'évaluation du degré de connaissance des professionnels de la santé issus de trois unités pédiatriques d'un hôpital universitaire au sujet de la gestion de la douleur et de l'utilisation des opioïdes en pédiatrie.
Recension des écrits	De Freitas et al. (2014) ont passé en revue d'autres études appuyant la sous-utilisation des méthodes, pourtant peu coûteuses, disponibles, pratiques et sécuritaires, permettant l'évaluation et la gestion de la douleur chez l'enfant. Il est prouvé par plusieurs études épidémiologiques que 80% des demandes des services de santé concernent la douleur. L'une d'entre elles stipule qu'un stimulus douloureux est ressenti de manière plus intense chez le nourrisson ou l'enfant plutôt que chez l'adulte en raison d'une réponse inflammatoire plus forte et d'un manque d'inhibiteur central chez ce type de population. Plusieurs études se rejoignent sur le fait que le type d'analgésie et sa posologie doivent être déterminés par l'évaluation de l'intensité de la douleur à l'aide d'un outil confirmé. Les chercheurs présentent une directive lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) abordant la physiologie et les méthodes d'évaluation de la douleur. Celle-ci a également permis l'élaboration de schémas analgésiques visant le traitement de la douleur liée au cancer et a déclenché un certain nombre de campagnes dans le monde entier permettant l'enseignement quant à l'utilisation, les bénéfices et les effets de ces médicaments dans le traitement de la douleur. Les normes de l'OMS recommandent l'administration d'opioïdes par voie orale à intervalles fixes comme traitement de premier choix concernant la douleur modérée à sévère. Leur posologie doit cependant être ajustée en permanence selon les réactions individuelles du patient en termes de soulagement et gravité des effets secondaires. Des recherches sur la douleur prouvent que le traitement par opiacés est facilement acceptée dans le cadre d'une douleur liée au cancer mais que son utilisation pour la douleur découlant des étiologies manque de consensus. Cependant, d'autres études démontrent que depuis 1990, plusieurs articles ont été publiés dans le but de favoriser l'utilisation des opioïdes comme traitement confirmé de la douleur chronique non liée au cancer. Les difficultés liées à la perception de la douleur, la verbalisation de la douleur ou la sous-utilisation de ses outils d'évaluation peuvent être la cause de l'administration d'un traitement inadéquat à l'enfant. Finalement, la mauvaise gestion de la douleur ainsi que la satisfaction des patients peuvent avoir pour conséquent la diminution de la crédibilité et rentabilité des établissements de soins. La Déclaration de Montréal affirme que " l'accès au traitement de la douleur par des professionnels de la santé adéquatement formés est un droit humain fondamental ". Le soulagement de la douleur, la transmission d'informations, la favorisation d'un accès impartial aux médicaments et thérapies analgésiques adéquates est de leur devoir éthique.
Cadre théorique ou conceptuel	Ni théories ni concepts ne sont définis dans l'étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude est d'évaluer le degré de connaissance des professionnels de la santé au sujet de la gestion de la douleur et de l'utilisation des opioïdes en pédiatrie.
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'une étude transversale de devis de recherche quantitatif.

Population, échantillon et contexte	Cette étude a été réalisée dans un hôpital universitaire comprenant 795 lits et situé à Clinicas de Porto Alegre (HCPA) au Brésil. La population à l'étude englobait les professionnels de la santé issus de trois unités de cet hôpital soit, l'oncologie pédiatrique (OncoPed), les soins intensifs pédiatriques (UNIT- ICUPed) et la pédiatrie. Pour y participer, ils devaient travailler dans l'une de ces unités et signer un formulaire de consentement éclairé libre. La population n'ayant pas signé le formulaire ou pas terminé le questionnaire était exclue de l'étude. Finalement, 122 professionnels de la santé ont répondu à l'étude. Le nombre total de participants est divisé en trois catégories : l'une d'entre elles concerne les médecins (N 23), la deuxième englobe infirmiers, pharmaciens et physiothérapeutes (N 32) et la dernière comprend les infirmiers assistants et auxiliaires (N 67)
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	La collecte des données s'est faite par le biais d'un questionnaire auto-administré, semi-structuré, disponible sur l'adresse (http://surveypainmanagement.blogspot.com.br/) visant la récolte d'informations personnelles et professionnelles des répondants. L'outil est conçu de 42 items comprenant 15 questions vrai/faux et 3 questions à choix multiples avec une seule alternative correcte ainsi que des questions ouvertes laissant place au développement. Plus spécifiquement, le questionnaire a permis d'investiguer d'une part, le degré de connaissance des participants en lien avec l'évaluation de la douleur, le traitement de la douleur et les opioïdes, puis leur attitude face à la gestion de la douleur, la perception qu'ils ont des obstacles à la gestion adéquate de celle-ci et leurs expériences antérieures avec les patients douloureux.
Déroulement de l'étude	Avant l'accès aux questionnaires, les médecins chefs et infirmiers chefs des unités concernées ont été contactés dans le but faciliter leur participation en clarifiant la procédure et le déroulement de la recherche. Une fois les informations données, la distribution des questionnaires s'est faite de décembre 2011 à mars 2012 dans les trois unités pédiatriques. Le délai de retour des questionnaires était d'une semaine et il a été conseillé aux participants de les rendre dans une enveloppe scellée afin de garantir leur anonymat.
Considérations éthiques	La présente étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du HCPA. Les participants ont eu le devoir de signer un formulaire de consentement éclairé libre et ont été encouragés à retourner le questionnaire dans une enveloppe scellée afin de garantir l'anonymat
Résultats Traitement/Analyse des données	Des mesures de la tendance centrale et de la dispersion des échantillons ont été utilisées pour l'analyse descriptive. La vérification de la signification statistique des différences entre les ratios a été effectuée par le biais du test chi carré. La valeur p (0.05) est considérée comme statistiquement significative. Ils ont finalement utilisé le programme SPSS (18.0) pour l'analyse statistique des données.
Présentation des résultats	Caractéristiques des participants et de leur expérience dans le traitement de la douleur : Sur un pourcentage de réponse de 67% (122), 91% (111) des répondants sont des femmes. L'âge moyen des participants est de 41.8 ans. 74.4 % (92) sont chrétiens et 58.2% (71) travaillent à temps plein. En moyenne, 21.5 patients affirment être douloureux et plus de la moitié des professionnels de la santé (53,3 % ; 64/120) n'apprécient pas travailler avec ce type de patients. Le T-test a permis de déterminer certaines différences significatives incluant le ratio d'hommes plus élevé chez les médecins que chez les autres professionnels de la santé ($P < 0,001$) et la fréquence significativement plus basse du suivi de formation ou enseignement plus poussé concernant les infirmières assistants et auxiliaires. ($P < 0,001$). Parmi tous les participants, 50,8 % (62/122) n'ont jamais reçu de formation en gestion de la douleur durant leur formation et 52.6 % mentionnent le fait qu'aucune formation en gestion de la douleur n'a été offerte par l'hôpital durant les 12 derniers mois. Les résultats prouvent que la moyenne de réponses correctes est plus élevée chez les professionnels qui ont reçu une formation en matière de gestion de la douleur pendant ou après leurs études ($67,1 \pm 11,3$ %). En ce qui concerne leur expérience personnelle avec l'utilisation d'opiacés chez les patients douloureux, 40.2% expriment avoir déjà été amené à leur administrer ce type de traitement. Ces répondants ont finalement obtenu une moyenne de réponses correcte plus élevée que ceux n'ayant jamais été confrontés à la situation ($66,8 \pm 12,4$ %). Finalement, les professionnels n'apprécient pas travailler avec les patients douloureux ont obtenu moins de bonnes réponses (59%) que les professionnels n'indiquant aucun problème à prendre en charge les

<p>patients douloureux. (69 %) (P= 0,009).</p> <p>Obstacles au traitement de la douleur :</p> <p>La difficulté des patients pédiatriques à exprimer leur douleur et leur peur, le manque de prescriptions médicales concernant les traitements, la peur de leurs effets indésirables, le risque de dépendance et tolérance en lien avec l'usage d'opioïdes et le manque de connaissance et discernement des professionnels sont les obstacles les plus souvent cités par l'échantillon. Plus précisément, l'obstacle concernant les prescriptions médicales des traitements sont plus fréquents chez les infirmières, pharmaciens et physiothérapeutes (P = 0.050) et l'obstacle rejoignant la difficulté d'expression des patients pédiatriques est le plus important pour les médecins, infirmières-assistantes et auxiliaires (P = 0,014). Une moyenne de 1.3 patients souffrant de dépression respiratoire au cours des 12 derniers mois résulte des dires des autres participants et cette situation est plus fréquemment rencontrée dans l'unité des soins intensifs pédiatriques (3.5 ± 5.2).</p> <p>Identification et évaluation de la douleur :</p> <p>77,9 % (95/122) des participants évaluent l'intensité de la douleur par le biais d'outils de mesure telle que l'échelle d'évaluation et 26,2% des professionnels n'en connaissent aucun. 57.9% (62/107) des répondants les considèrent comme outils fiables mais 28% (30/107) ne les considèrent que partiellement fiables. Les moyens les plus fréquemment utilisés dans l'identification de la douleur incluent l'évaluation comportementale, soit les pleurs, l'expression faciale, l'agitation, les sautes d'humeur ou les plaintes verbales et les mesures physiologiques telles que les changements dans les signes vitaux. Une comparaison significative prouve que la vérification des signes vitaux (P = 0,001) et la considération des plaintes verbales (P = 0,016) sont plus utilisées dans l'évaluation de la douleur par les médecins et infirmières-assistantes que par d'autres professionnels. Quant aux infirmiers, physiothérapeutes ou pharmaciens, ils donnent plus d'importance à la posture corporelle de l'enfant (P = 0,009). Pas plus de 45% (54/120) considèrent la douleur comme signe vital. En faisant des comparaisons avec les différents groupes de professionnels et les différents lieux de travail, les chercheurs ont compris qu'aucun des 23 médecins n'enregistraient la douleur au même rang que les autres signes vitaux mais que par contre, 63,3 % (19/30) des infirmières et 52,2 % (35/67) des infirmières-assistantes et auxiliaires enregistraient les douleurs comme signes vitaux (P < 0,001). La majorité des professionnels déclarant la douleur comme signe vital travaillent dans l'unité de pédiatrie avec 66,7 % (36/54). Finalement, la présence d'un parent rend l'évaluation de la douleur plus facile pour le 86% des répondants (104/121).</p> <p>Connaissances en lien avec la gestion de la douleur :</p> <p>Quant au protocole de traitement de la douleur à l'hôpital, 69,6 % (80/115) des répondants expriment connaître son existence. Les professionnels de l'unité de pédiatrie sont les plus sensibilisés à ce protocole (80 % ; 44/55), comparativement aux professionnels issus des unités de soins intensifs pédiatrique (55,2 % ; 16/29) et d'oncologie pédiatrique (64,5 ; 20/31) (P = 0,049). Les chercheurs prouvent également que les professionnels les plus au clair avec l'existence de ce protocole sont les infirmières-assistantes et auxiliaires avec un pourcentage de 80,0 % (48/60) (P = 0,005). Seulement 48,4 % (59/122) des participants sont d'avis qu'un bon dosage d'opioïdes peut soulager le patient douloureux.</p> <p>En se penchant sur les résultats obtenus en lien avec les connaissances en matière de gestion de la douleur et de l'utilisation des opioïdes, les chercheurs laissent apparaître un pourcentage de réponses correcte plus bas chez les infirmières-assistantes et auxiliaires (55,4 % ± 15,2) que le pourcentage moyen de bonnes réponses (63,2 % ± 1,4 %) ou que le taux de bonnes réponses des médecins (71,5 % ± 11,4) et autres professionnels ayant un diplôme universitaire (73,6 % ± 11,1) (P< 0,001). Concernant les comparaisons entre les différentes unités, aucune différence statistique n'est significativement présente. 26,5 % (27/102) des participants considèrent les enfants de moins de 2 ans moins sensibles à la douleur et 29 % (31/107) d'entre eux pensent que la morphine a une dose maximale limite. Cependant, le taux de bonnes réponses en relation avec cette thématique est plus élevé dans l'unité pédiatrique qu'ailleurs (P = 0,005). Des taux plus élevés de réponses correctes ont été retrouvés dans les questions sur l'administration (99,2 % ; 120/121), la connaissance de l'échelle des analgésiques de l'OMS (94,5 % ; 52/55) et la nécessité d'être face à un patient douloureux avant de faire recours aux opiacés (98,3 % ; 120/122). Les fausses réponses se faisant le plus remarquer sont issues de ces</p>
--

	<p>affirmations : les signes vitaux sont toujours des indicateurs faibles de l'intensité de la douleur (34,5 % ; 40/116) ; les patients développent habituellement une dépression respiratoire, même lorsqu'ils utilisent adéquatement un opioïde pendant deux mois (42,3 % ; 22/52) et les patients qui peuvent être distraits de la douleur ne ressentent pas de douleur intense (60 % ; 73/122). Le fait de confondre les symptômes de sevrage avec les symptômes de tolérance, de dépendance et d'addiction se retrouve chez 81,9 % des participants (95/116). Finalement, 20,2 % (24/119) des participants croient que les patients réclamant des doses plus élevées sont dépendants et 47 % (54/115) pensent que les opioïdes ne devraient être utilisés qu'une fois que la cause de la douleur ait été identifiée.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Connaissance en lien avec la gestion de la douleur :</p> <p>L'interprétation du résultat dénonçant le taux de bonnes réponses plus bas concernant les connaissances en matière de gestion de la douleur des infirmières-assistantes et auxiliaires comparativement aux autres professionnels ayant un diplôme universitaire met en avant le fait que leur formation soit plus superficielle. Les infirmières-assistantes et auxiliaires étant directement impliquées dans la prise en charge de l'enfant, nécessiteraient d'une offre de cours ou formation supplémentaire spécifique à la gestion de la douleur afin d'augmenter leurs connaissances et améliorer la qualité des soins prodigués aux patients. Concernant le résultat démontrant que 53% des participants n'aiment pas travailler avec des patients douloureux, il est statistiquement prouvé que les participants concernés ont commis un plus grand nombre d'erreurs en répondant au questionnaire. Cette attitude peut témoigner d'un préjugé qui devrait être modifié par l'équipe soignante. En se penchant sur les comparaisons des différentes unités, les chercheurs remarquent que le taux le plus bas de réponses correctes concernant l'utilisation d'opioïdes cible les professionnels de l'unité de pédiatrie qui pourrait se justifier par une utilisation moins fréquente de ce type de traitements dans celle-ci plutôt que dans les deux autres unités.</p> <p>Obstacles au traitement de la douleur :</p> <p>L'obstacle principal au traitement de la douleur par les participants de l'étude traite de la difficulté d'évaluer la douleur chez les patients dans le contexte de pédiatrie, d'où la nécessité d'intégrer l'utilisation d'outils validés pour favoriser l'évaluation adéquate de la douleur chez l'enfant. Le manque de prescriptions médicales concernant les traitements et la peur des réactions indésirables comme la dépendance, la tolérance et la dépression respiratoire, citée par 20% des participants, sont considérés comme obstacles importants à l'utilisation d'opiacés dans la gestion de la douleur de l'enfant. Malgré le fait que la dépression respiratoire soit la principale préoccupation liée à l'utilisation d'opiacés dans la présente étude, les participants appuient la rareté du vécu de cette situation. Les auteurs de l'étude s'appuient sur le résultat démontrant que 81% des participants confondent les symptômes de sevrage avec les symptômes de dépendance et d'addiction pour dénoncer le manque de connaissances sur les termes mentionnés, qui peut porter préjudice à l'utilisation d'opiacés dans le traitement de la douleur.</p> <p>Traitement de la douleur :</p> <p>29 % des participants pensent qu'il existe une dose maximale de morphine. Cependant, d'autres études expliquent que l'efficacité de l'analgésie des opiacés n'a pas de dose maximale et qu'un soulagement efficace de la douleur dépend de son administration appropriée, au bon dosage et au bon moment. Les effets secondaires des opiacés, incluant vomissements, nausées, étourdissements, constipation et sédation peuvent justement être minimisés par l'ajustement de la dose, les médicaments adjuvants et les approches non pharmacologiques. Finalement, différentes études se rejoignent sur le fait que l'utilisation d'opiacés dans le traitement de la douleur des patients oncologiques ou non-oncologiques est essentielle.</p> <p>Identification et évaluation de la douleur :</p> <p>Sachant que 26,2% des participants ne connaissent aucune échelle d'évaluation de la douleur, 28% ne les considèrent que partiellement fiables et que les moyens les plus souvent utilisés dans l'identification de la douleur sont l'évaluation comportementale et les mesures physiologiques, les</p>

	<p>chercheurs se sont appuyés sur d'autres études pour comprendre ces faits. Le manque de connaissances et de formations quant à l'utilisation de ces outils, la non-institutionnalisation de cette pratique dans certaines unités et la méfiance éprouvée par certains professionnels pourraient justifier la sous-utilisation de ces outils.</p> <p>Enregistrement de la douleur en tant que signe vital :</p> <p>Les chercheurs remarquent qu'uniquement 45% des participants considèrent la douleur comme signe vital, n'incluant aucun médecin. L'enregistrement de la douleur comme signe vital est plus courant du côté des infirmières et infirmières-assistantes ainsi que dans l'unité de pédiatrie plutôt qu'une autre. La mise en place de cette routine par tous les professionnels demande l'encouragement et le soutien de l'équipe et de l'institution.</p> <p>69,6 % des participants expriment connaître l'existence d'un protocole pour la gestion de la douleur, cependant, les auteurs ont fait remarquer qu'aucun protocole n'avait été institutionnalisé dans cet hôpital (HCPA). Des routines d'assistance nommées « protocoles » se retrouvent dans plusieurs services mais n'ont par contre jamais fait l'objet d'une évaluation institutionnelle pour être validées.</p>
Forces et limites	<p>Le fait que les connaissances et attitudes des participants concernant la gestion de la douleur aient été évaluées dans le contexte d'un hôpital universitaire empêche le transfert des données aux services n'ayant pas les mêmes caractéristiques. Cette généralisation des données devrait prendre en compte l'aspect éducatif, social et culturel des participants. Les auteurs émettent l'hypothèse qu'un établissement ne permettant pas la formation professionnelle peut valoir des résultats avec des pourcentages plus faibles de réponses correctes. De plus, l'étude traite uniquement des analgésiques opioïdes et par conséquent exclut les connaissances et attitudes en lien avec d'autres analgésiques d'une importance pourtant capitale dans la gestion de la douleur.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs ont pu mettre en lumière le manque de connaissances formelles sur la gestion de la douleur, l'utilisation des opioïdes et les méthodes d'évaluation de la douleur qui sont finalement des obstacles au traitement adéquat de la douleur. Les préjugés et la désinformation concernant les différentes thématiques abordées dans la présente étude doivent rapidement être éliminés. Pour se faire, ils mettent en avant l'importance d'une formation continue qui devrait être offerte au personnel soignant par les établissements de santé incluant la distribution d'échelles d'évaluation de la douleur et l'élaboration de protocoles pour l'évaluation et le traitement de la douleur. Pour ce qui est des actions à moyen et long terme, les auteurs proposent l'abord de ces thématiques dans le cadre de la formation académique/formelle des professionnels. Ils rappellent finalement qu'il ne sert à rien de former les professionnels si les facteurs organisationnels ainsi que les structures ne leur permettent pas d'appliquer ces connaissances à leur pratique et que des investissements doivent se faire de ce côté-là. Ces changements diminueraient les douleurs évitables infligées aux enfants.</p>
Commentaires	

Références :

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

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

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	de Freitas, G. R., de Castro Jr, C. G., Castro, S. M., & Heineck, I. (2014). Degree of knowledge of health care professionals about pain management and use of opioids in pediatrics. <i>Pain Medicine, 15</i> (5), 807-819.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre précise clairement le phénomène à l'étude ainsi que la population à l'étude en mentionnant le degré de connaissance des professionnels de la santé au sujet de la gestion de la douleur et de l'utilisation des opioïdes en pédiatrie. Cependant, la problématique n'est pas précisée dans le titre.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise clairement les parties principales de la recherche soit l'objectif, le design, la population, la méthode, les résultats et la conclusion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le phénomène à l'étude qui est le degré de connaissance des professionnels de la santé au sujet de la gestion de la douleur et de l'utilisation des opioïdes en pédiatrie est clairement formulé dans l'introduction et est situé dans le contexte d'une forte prévalence de la douleur chez les patients pédiatriques.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension des écrits permet l'état des lieux concernant l'utilisation des opiacés dans la gestion de la douleur de l'enfant et met en avant quelques recommandations à propos de cette thématique.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Ni théories ni concepts ne sont définis dans l'étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?		X		Le but de cette étude est clairement décrit dans l'article mais la formulation d'hypothèses ou de question de recherche est par contre absente.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Le devis de recherche est peu clair et implicite. Après avoir pratiqué une analyse détaillée de la méthode utilisée, consulté le questionnaire disponible sur l'adresse (http://surveypainmanagement.blogspot.com.br/) et analysé les résultats comprenant des données numériques, nous en concluons que le devis de recherche est quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population est définie de façon précise.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Le texte narratif décrit de façon peu claire l'échantillon recruté dans l'étude et n'est pas en cohésion avec le contenu du tableau exposant les caractéristiques des participants. La dénomination et la distinction des postes occupés par les professionnels n'est pas claire. Nous nous sommes finalement référé au tableau qui nous paraissait plus correcte et plus clair et qui, en additionnant chacune des professions, correspondait au nombre total de participants. (N 122)
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?			X	nous considérons la description de l'instrument de collecte des données peu claire. Selon la description des auteurs, le questionnaire auto-administré comprend 42 questions mais seules 18 d'entre elles sont décrites de façon claire et les questions restantes n'apparaissent pas dans l'article. L'outil disponible sur l'adresse susmentionnée laisse apparaître uniquement 20 questions qui nous ont tout de même permis de remarquer la présence de questions ouvertes n'apparaissant pas dans l'article scientifique.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les 20 items exposés sont en lien avec les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Le déroulement de l'étude est clairement décrit.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du HCPA et les droits des participants ont été préservés.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Le recours au test chi carré ainsi qu'au programme SPSS ont permis l'analyse statistique des données.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Les résultats sont présentés de manière structurée, regroupés par thématiques et leur formulation est très claire. En plus des résumés narratifs, nous avons recours à des tableaux précis. Cependant, les pourcentages ne sont pas toujours cohérents et le nombre total de participants diffère d'un rélutat à l'autre. J'émet l'hypthèse que les participants n'ont pas toujours répondu à chacune des questions mais ce n'est pas précisé dans le texte.

Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X	Les résultats ne sont pas interprétés selon un cadre théorique ou conceptuel car l'étude n'en présente aucun.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X		Les principaux résultats sont interprétés et comparés aux résultats d'autres études, ce qui leur donne plus de poids.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les chercheurs dénoncent plusieurs limites à l'étude et en tiennent compte.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Ils abordent la généralisation des conclusions et la considère comme limitée du fait que l'étude se déroule au sein d'un hôpital universitaire qui n'a pas les mêmes caractéristiques qu'un autre et que pour se faire ils devraient prendre en compte l'aspect éducatif, social et culturel des participants.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		Les chercheurs nomment plusieurs recommandations concernant la pratique clinique visant les établissements de santé ainsi que la formation formelle des professionnels de la santé.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X	Les auteurs ne donnent aucune recommandation concernant les travaux de futures recherches.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		De manière globale, l'article est bien écrit, facilement compréhensible, structuré et suffisamment détaillé pour pratiquer une analyse critique et minutieuse.
Commentaires :				

Références :

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

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

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Czarnecki, M., Salamon, K., Thompson, J., Hainsworth, K. (2014). Do Barriers to Pediatric Pain Management as Perceived by Nurses Change over Time ? <i>Pain Management Nursing</i> , 15, 292-305.
Introduction Problème de recherche	Une bonne prise en charge de la douleur est depuis longtemps prioritaire dans les soins mais les infirmières en pédiatrie identifient divers obstacles qui rendent l'atteinte de cet objectif difficile. L'identification de ces obstacles n'est pas suffisante. Des stratégies sont nécessaires afin d'évoluer vers une prise en charge optimale de la douleur et par la suite, il est important de réévaluer ces obstacles. Les auteurs ont réalisé une première étude en 2011 qui permettait l'identification des obstacles à la gestion de la douleur du point de vue infirmier au sein du Children's Hospital of Wisconsin (CHW). Les obstacles identifiés les plus significatifs étaient les ordonnances médicales insuffisantes ou inadéquates, le temps insuffisant pour prémédiquer les patients avant les interventions, une faible priorité accordée au traitement de la douleur par le corps médical et la réticence des parents à ce que leurs enfants reçoivent des médicaments. Des barrières supplémentaires ont été identifiées dans les commentaires écrits telles que les retards dans la livraison des médicaments par la pharmacie, les déficiences dans la prise en charge de la douleur par le service « acute pain service » (APS) ainsi qu'un manque de sollicitation de celui-ci par l'équipe médicale alors que leur intervention est jugée nécessaire par le corps infirmier. Cette première étude n'a pas signalé de corrélation positive entre le niveau d'expérience des infirmiers et leur capacité à surmonter ces obstacles. En 2014, la réévaluation de ces obstacles par ces mêmes auteurs a donné naissance à cette deuxième étude qui a permis de déterminer s'ils avaient changé avec le temps.
Recension des écrits	En 2011, Czarnecki et al. ont passé en revue d'autres études traitant des obstacles à la prise en charge de la douleur chez les enfants. Les obstacles identifiés dans la littérature comprenaient les déficits de connaissances des infirmières en pédiatrie, une mauvaise communication avec les parents, un manque de cohérence dans la pratique, la crainte des parents à l'égard des opioïdes, les contraintes de temps, les difficultés en lien avec la population pédiatrique, un manque de prescriptions médicales concernant les antalgiques, la réticence des enfants à signaler la douleur et à prendre des antalgiques, la réticence des parents à ce que leurs enfants reçoivent des médicaments antalgiques, les préoccupations des infirmières au sujet des effets secondaires des médicaments, les problèmes liés à la gestion de la douleur procédurale et le manque de temps, de connaissances et de coopération entre les parents et les médecins. Entre leur étude menée en 2011 et celle de 2014, d'autres auteurs ont abordé cette problématique par le biais de trois études. Celles-ci relevaient un grand nombre d'obstacles incluant ceux déjà cités ci-dessus. En plus de ceux-ci, citons la réticence des infirmiers et des médecins à changer leur pratique et les difficultés en lien avec l'évaluation de la douleur chez les nourrissons ainsi que sa gestion adéquate qui ont été mentionnés dans ces trois études. A l'exception de l'étude analysée (2014), toutes celles citées ci-dessus ont pour objectif d'identifier les obstacles à la gestion optimale de la douleur en pédiatrie. Pour compléter la vision de cette problématique, deux autres études ont été examinées dans la recension des écrits. Le but recherché était l'identification de stratégies d'amélioration par les infirmiers en vue d'évoluer dans leur milieu de pratique. Les pistes proposées par l'une d'entre elles comprenaient la mise en œuvre de lignes directrices pour réduire la douleur procédurale, de nouvelles salles d'intervention adaptées aux enfants, l'inclusion de l'évaluation de la douleur comme 5 ^{ème} signe vital, l'éducation concernant l'utilisation des anesthésiques topiques et des techniques non-pharmacologiques, des ressources cliniques accrues et une meilleure utilisation des échelles d'évaluation de la douleur. D'autres pistes ont également été soulevées par une seconde étude, soit la prescription d'antalgie 24h/24h plutôt qu'au besoin, une meilleure documentation pour l'évaluation de la douleur, une approche globale et systématique de la douleur procédurale et le développement d'un service interdisciplinaire de gestion de la douleur incluant une infirmière en pratique avancée. Finalement, aucune de ces études n'a réévalué les obstacles identifiés, c'est pourquoi, l'étude « Do Barriers to Pediatric Pain Management as Perceived by Nurses Change over Time ? » publiée en 2014 prend tout son sens en réévaluant les obstacles identifiés en 2011.

Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique ou conceptuel n'a été utilisé pour la réalisation de cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but premier de cette étude est de réévaluer les obstacles à la prise en charge optimale de la douleur perçus par les infirmières en pédiatrie et de décrire tout changement au fil du temps. L'hypothèse émise est une diminution de certains obstacles à la suite de l'instauration de stratégies d'amélioration entre 2011 et 2014.
Méthodes Devis de recherche	L'étude actuelle est le point temporel n°2 d'une étude transversale. Le devis de celle-ci est quantitatif.
Population, échantillon et contexte	Le CHW est un hôpital universitaire pédiatrique de 295 lits dans le Wisconsin. Les services présents comprennent les soins intensifs, la médecine, la chirurgie, le service ambulatoire, un service d'urgence, de traumatologie, de néonatalogie ainsi qu'un service de gestion de la douleur aiguë (APS) composé d'un médecin anesthésiste et de deux infirmières en pratique avancée. Au total, 1150 infirmières en pédiatrie ont reçu l'invitation électronique pour participer à l'étude. Ont été inclus les infirmières en soins généraux, les gestionnaires, les infirmières assistantes autorisées et les cliniciennes. Les aides et les étudiantes ont été exclues de cette étude. Il y a eu 442 répondants au sondage, soit un taux de participation de 38%.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Un lien dans le Mail permettait d'accéder au sondage en ligne (surveymonkey.com). Une lettre d'accompagnement contenait les informations d'ordre éthique. L'outil utilisé dans la première étude (2011) a été adapté afin de mieux comprendre d'autres facteurs susceptibles d'influer sur les pratiques de gestion de la douleur. L'outil utilisé dans la présente étude évalue 13 obstacles potentiels tels que les ordonnances médicales inadéquates, une faible priorité accordée à la douleur par diverses disciplines et des connaissances insuffisantes des infirmières en pédiatrie. Les participants ont répondu à 39 questions concernant ces thématiques. La cohérence interne de cet outil a été mesurée. Chaque obstacle potentiel a été évalué sur une échelle de 0 (pas d'obstacle) à 10 (obstacles majeurs). La qualité du traitement de la douleur dans le service du répondant de 0 (le pire possible) à 10 (le meilleur possible), leur pratique personnelle de gestion de la douleur de 0 (très prudente) à 10 (très libérale), la fréquence de la prise en charge d'enfants douloureux de 0 (aucun de mes patients) à 10 (tous mes patients), leur capacité à surmonter les obstacles de 0 (pas du tout capable) à 10 (très capable) et l'impact d'une amélioration des obstacles sur leur capacité à gérer la douleur de 0 (aucun) à 10 (impact important) ont été explorés. Deuxièmement, une description de la gestion optimale de la douleur a été demandée ainsi que l'évaluation de l'impact qu'a l'Acute Pain Service sur les soins au patient. Finalement, des renseignements démographiques ont été récoltés auprès des participants.
Déroulement de l'étude	Les autorisations ont été récoltées lors de la première étude et étaient toujours valables pour celle-ci. Un lien a été envoyé par Mail aux infirmières de tous les secteurs de soins. Le Mail précisait que seules les infirmières devaient répondre. Une fois le lien ouvert, une lettre d'accompagnement est accessible. Celui-ci a été fermé 4 semaines après son lancement. Les infirmières ont été amenées à répondre à 39 questions. Des tests statistiques ont été réalisés pour déterminer si une différence entre les résultats de la 1 ^{ère} et 2 ^{ème} étude avait lieu. Elles ont également dû répondre à deux questions ouvertes qui ont été regroupées en concepts principaux. Les participants ont été remerciés avec des coupons de boissons et popcorn.
Considérations éthiques	L'approbation initiale de la commission des droits de l'homme obtenue en 2011 autorisait la réalisation d'un nouveau sondage auprès des infirmières tous les deux ou trois ans et le passage d'un sondage papier à un sondage électronique distribué par courriel. L'intérêt de ce sondage électronique est d'accroître l'anonymat, le taux de réponse ainsi que faciliter l'analyse. De plus, un consentement éclairé a été récolté donc la participation s'est faite de manière volontaire. Les infirmières étaient dans le droit de sélectionner les questions auxquelles elles voulaient répondre. Finalement, pour les remercier de leur participation, elles recevaient un coupon pour du popcorn et des boissons gazeuses.

Résultats Traitement/Analyse des données	Des statistiques descriptives comprenant les fréquences, la distribution des fréquences, les moyennes et les corrélations de Pearson ont été réalisées. Des analyses ANOVA ont permis de comparer les variables démographiques et celles de l'étude. Des T-test ont été fait pour comparer la moyenne de chaque obstacle présent dans la première étude avec la moyenne de chaque obstacle de l'étude actuelle afin de déterminer la présence d'éventuels changements. Les commentaires recueillis dans les sections narratives de l'enquête ont été regroupés en concepts principaux.
Présentation des résultats	<p>Résultats démographiques :</p> <p>96.8% des participants étaient des femmes blanches. Cet échantillon est représentatif des infirmières travaillant au CHW. Les analyse chi2 n'ont révélé aucune différence significative concernant les caractéristiques démographiques, les années d'expérience, le plus haut niveau de formation, leur rôle, le genre et l'origine ethnique entre la 1ère et 2ème étude.</p> <p>Les résultats concernant leur pratique personnelle de gestion de la douleur indiquent que 58.5% des répondants déclarent avoir des pratiques assez libérales (7 à 10/10) et 3.2 % déclarent des pratiques plus conservatrices (0 à 3/10). 77.8% travaillent régulièrement avec des patients souffrant de douleur et les pratiques de gestion de la douleur actuelles ont reçu une appréciation positive (6-10/10) par 81.7% des participants. Les bases décisionnelles sur lesquelles 87% des participants ont indiqué s'appuyer pour la prise de décision sur la gestion de la douleur sont premièrement l'évaluation du nourrisson ou de l'enfant, suivi de la demande de l'enfant ou de la famille (56.3%) et finalement l'ordonnance du médecin pour 29.1% de l'échantillon. L'apprentissage de la gestion de la douleur s'est fait à l'école des infirmières pour 32.7% des participants, suivi de l'orientation du CHW pour 22.6% et autres infirmières de l'unité pour 19.8% puis finalement l'Acute Pain Service pour 19.8%.</p> <p>Gestion optimale de la douleur :</p> <p>Les résultats obtenus par le biais de la question ouverte sur la gestion optimale de la douleur ont prouvé que la description la plus couramment fournie par 75% de l'échantillon portait sur le niveau de confort des patients. 68% des participants ont utilisé le niveau de fonctionnement des patients pour décrire la prise en charge optimale de la douleur. Finalement, 6% de l'échantillon utilise les données physiologiques comme moyen sûr de gérer la douleur. Dans les réponses diverses, la gestion appropriée de la douleur procédurale tient un rôle important dans le confort de l'enfant.</p> <p>Barrières à la gestion de la douleur :</p> <p>Parmi les obstacles évalués dans les deux études, les principaux comprenaient les ordonnances médicales d'antalgiques insuffisantes ou inadéquates, une faible priorité accordée au traitement de la douleur par le personnel médical, des délais insuffisants pour la prémédication avant les interventions, la quantité insuffisante d'ordonnances préalables disponibles avant les interventions et finalement la réticence des parents à donner des médicaments aux enfants. Les retards dans le traitement des commandes et la livraison des médicaments par les pharmacies ainsi que la réticence des médecins à solliciter l'Acute Pain Service font également parti des résultats du sondage.</p> <p>Comparaison des barrières :</p> <p>Une comparaison a été faite entre les obstacles signalés dans l'étude de 2011 et la présente étude. Une diminution significative est observable pour les obstacles suivants : ordonnances de médicaments inadéquates ou insuffisantes, ordonnances de prémédications insuffisantes, délais insuffisants pour la prémédication avant les interventions. En contrepartie, une augmentation significative des obstacles suivants est présente : la préoccupation des infirmières au sujet des effets secondaires des médicaments, la préoccupation du répondant au sujet de la tolérance des enfants aux analgésiques et la faible priorité accordée par le répondant à la gestion de la douleur.</p>

	<p>Le service de la gestion de la douleur aigue (Acute Pain Service) :</p> <p>Quant à l'impact qu'a l'Acute Pain Service sur les soins au patient, les participants ont donné une moyenne de 7.86/10, ce qui correspond à une cote positive. Parmi 317 réponses analysées, 49.5% ont déclaré n'avoir aucun problème avec la couverture de l'APS, 18.9% ont signalé la présence de problèmes le soir et les fins de semaine. Par rapport à leur capacité à surmonter les obstacles, 78% d'entre eux déclarent en être capable et au final pouvoir offrir à leurs patients une prise en charge de qualité.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Suite à l'analyse des résultats, les chercheurs en déduisent que les participants ont une vision positive quant à la diminution des obstacles qui finalement améliore leur prise en charge de la douleur des enfants.</p> <p>L'identification des problèmes prioritaires par les infirmières entre les deux études est stable. Les ordonnances insuffisantes ou inadéquates, la gestion de la douleur procédurale, la faible priorité accordée à la gestion de la douleur par le corps médical et la réticence des parents à faire prendre des médicaments à leur enfants ont été cités dans d'autres études. Ceux-ci doivent être pris en compte lors de l'élaboration de stratégies d'amélioration futures.</p> <p>Concernant la réticence des médecins à faire participer le service d'APS, des raisons possibles de celle-ci peuvent-être les préoccupations concernant les couts, les désaccords entre les infirmières et les médecins au sujet de l'évaluation ou les médecins qui veulent gérer la douleur ou les symptômes de sevrage de façon autonome.</p> <p>Stratégies d'amélioration :</p> <p>Des stratégies d'amélioration ont été mises en place entre les deux temps d'étude. L'APS a pris des mesures pour améliorer l'obstacle en lien avec les ordonnances médicales insuffisantes ou inadéquates. Dans le service de l'APS par exemple, l'infirmière peut initier le passage de la PCA aux analgésiques oraux lorsque le patient tolère les liquides. Ce type d'ordonnance diminue le laps de temps nécessaire aux infirmières pour obtenir une prescription médicale et a finalement un impact positif sur la gestion de la douleur de l'enfant. Les membres de l'APS fournissent des efforts coordonnés pour accroître la communication avec les infirmières et les membres de l'équipe dans l'optique de traiter les problèmes d'inconfort sous différents angles et dans un délai convenable.</p> <p>L'une des stratégies appliquées entre les deux études influençant la vision des infirmières concernant les barrières liées à la gestion de la douleur procédurale est la mise en œuvre d'une politique à l'échelle de l'institution traitant de la gestion de ce type de douleur. Cette politique explicite les exigences attendues en matière d'évaluation et la prise en charge de la douleur procédurale. Pour se faire, les infirmières ainsi que les médecins ont reçu une formation avec des modules en ligne sur la sédation procédurale. D'autres stratégies d'amélioration ont été mises en place pour palier à la douleur procédurale telles que diverses méthodes non-médicamenteuses ou médicamenteuses. De plus, des efforts sont fait afin d'uniformiser la prise en charge.</p> <p>Une amélioration a été faite au niveau du système informatisé des ordonnances de la pharmacie, ce qui permet de réduire considérablement le temps nécessaire au traitement et à la délivrance des analgésiques.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Les chercheurs estiment que la force de cette étude est la cohérence dans le temps de ces réponses, ce qui renforce les résultats des deux études (2011-2014). C'est également la première étude à signaler les obstacles perçus par les infirmières en pédiatrie à la prise en charge optimale de la douleur.</p>

	En comparant les deux études (2011 – 2014), les chercheurs ont identifié plusieurs limites. L'ordre des questions, le vecteur de distribution du sondage soit, par papier ou électronique et l'incitation à participer à cette étude par les supérieurs change d'une étude à l'autre. Etant donné l'utilisation de courriel, il est possible qu'une population autre que celle incluant les infirmiers ait répondu à l'étude alors qu'elle n'était pas concernée. Les chercheurs n'ont pas pu vérifier l'autorisation d'exercer et le rôle des participants. Comme les réponses se basent sur l'auto-évaluation, il est possible que les participants aient des préjugés. Malgré l'anonymat des réponses, il est possible que certaines infirmières ne se soient pas senties à l'aise pour signaler des barrières dans la gestion de la douleur. La mise en œuvre des stratégies et le design des études n'ont pas permis de mesurer directement des stratégies d'amélioration mises en place. La généralisation des résultats fait défaut en lien avec l'homogénéité de la population.
Conséquences et recommandations	Peu de changements sont observables dans la façon dont les infirmières perçoivent ces obstacles malgré l'instauration de stratégies d'amélioration. La résistance au temps de ces obstacles indique que les organisations peuvent se concentrer sur les plus significatifs et les plus courants d'entre eux afin d'améliorer la qualité des soins. Quant aux recommandations pour les futures recherches, les auteurs proposent de se pencher sur la perception des obstacles du point de vue d'autres professionnels de la santé ainsi que les parents car la prise en charge de la douleur est interdisciplinaire.
Commentaires	

Références :

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

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

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Czarnecki, M., Salamon, K., Thompson, J., Hainsworth, K. (2014). Do Barriers to Pediatric Pain Management as Perceived by Nurses Change over Time ? <i>Pain Management Nursing</i> , 15, 292-305.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui car le titre contient les problèmes qui sont les barrières à la gestion de la douleur en pédiatrie. Il indique le concept clef soit la douleur et finalement la population des infirmières en pédiatrie est mentionné.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il synthétise les parties principales de la recherche, Le problème de l'étude en lien avec les obstacles à la prise en charge optimale de la douleur chez les enfants est présent dans la résumé. De plus, il précise qu'aucune étude réévaluant les obstacles dans le temps n'a été trouvée dans la littérature. Concernant la méthode, le devis de recherche ainsi que les considérations éthiques, ils ne sont pas explicités. cependant, nous y retrouvons la population, l'échantillon, le contexte, la méthode de collecte de données, les instruments de mesure ainsi que le déroulement de l'étude. Les résultats principaux sont présentés par contre le contenu en lien avec la discussion reste peu clair.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème à l'étude est clairement formulé et situé dans un contexte
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension des écrits est très complète et fournit une synthèse de l'état des connaissances actuelles sur le sujet. Elle présente également un grand nombre de barrières à la gestion de la douleur en pédiatrie retrouvées dans la littérature.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		Aucune théorie infirmière ou concept n'est utilisé pour la réalisation de cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'hypothèse, la question de recherche ainsi que les buts sont clairement formulés dans l'introduction.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Le devis de recherche est peu clair car nous l'avons déterminé par déduction. Les tests statistiques, l'outil de recueil de données, l'analyse des données ainsi que les résultats nous ont fait penser à un devis quantitatif

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il est clair que la population inclut les infirmières diplômées travaillant dans divers services hospitaliers pédiatriques
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, l'échantillon est décrit de façon détaillée. Il est composé de 442 répondants. De plus, les chercheurs ont récolté et présenté des informations démographiques.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Aucune précision n'est faite sur la justification de l'échantillon.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			L'instrument de collecte de données est très bien décrit. Le sondage (Modified Barriers to Optimal Pain Management) qui a été modifié pour la présente étude et envoyé par Mail est mentionné dans ce chapitre.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Il est en lien avec les variables à mesurer qui sont les freins à la gestion optimale de la douleur en pédiatrie.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Chaque étape de la procédure est clairement décrite et est donc reproductible.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Les droits ayant été approuvés précédemment par la commission, il n'était pas nécessaire de les soumettre à nouveau. La lettre d'accompagnement au sondage précisait pourquoi les participants ont été conviés à répondre, leur participation qui se devait d'être volontaire et impliquait un consentement éclairé, le droit de sélectionner les questions puis finalement l'anonymat.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Des statistiques descriptives comprenant les fréquences, la distribution des fréquences, les moyennes et les corrélations de Pearson ont été réalisées. Des analyses ANOVA ont permis de comparer les variables démographiques et celles de l'étude et des T-test ont été faites pour comparer la moyenne de chaque obstacle. L'analyse des statistiques a donc été entreprise pour chacune des questions ainsi que l'hypothèse.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire par le biais d'un résumé narratif et des tableaux comprenant les analyses statistiques et les données de l'échantillon.
Discussion Interprétation des	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou		X		Non car il n'y a pas de cadre théorique

résultats	conceptuel ?				
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui les résultats sont interprétés au regard des études antérieures et comparés avec les résultats de celles-ci
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui les chercheurs émettent plusieurs limites à cette étude explicitées dans la grille de résumé
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Les auteurs ne parlent pas de la généralisation des résultats.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les chercheurs proposent que les organisations se concentrent davantage sur les barrières les plus significatives de cette étude afin d'instaurer de nouvelles stratégies d'amélioration qui impactent positivement la qualité des soins.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils recommandent de s'intéresser, dans les futures études, au point de vue d'autres professionnels de la santé ou celui des parents
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La syntaxe est satisfaisante et la structure correcte d'un article scientifique est respectée. Il est suffisamment détaillé. Cependant, l'interprétation des résultats contient quelques zones plus difficilement compréhensibles.
Commentaires :					

Références :

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

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

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	de Sola, H., Salazar, A., Dueñas, M., & Failde, I. (2018). Opioids in the Treatment of Pain. Beliefs, Knowledge, and Attitudes of the General Spanish Population. Identification of Subgroups Through Cluster Analysis. <i>Journal of pain and symptom management</i> , 55(4), 1095-1104.
Introduction Problème de recherche	Des différences concernant le point de vue des patients sur l'utilisation des opiacés dans le traitement de la douleur ont été observées dans la littérature. Quelles-sont les croyances, connaissances, craintes et opinions de la population générale en Espagne concernant l'utilisation d'opiacés dans le traitement de la douleur ?
Recension des écrits	Différentes études se sont concentrées sur l'utilisation d'opiacés dans le traitement de la douleur et démontrent qu'ils sont essentiels dans la gestion de la douleur modérée à sévère, surtout quand il s'agit d'un contexte oncologique. Ces dernières années, Une prise de conscience s'est effectuée chez la population espagnole concernant l'importance du traitement de la douleur suite à l'augmentation du nombre d'unités spécifiques à la douleur dans les établissements de santé et l'importance accordée à la gestion de la douleur dans le cadre des soins palliatifs. Une même étude désigne également une augmentation dans la prescription et l'utilisation d'opiacés en Espagne. La recension des écrits permet de connaître les représentations de certains patients telles que l'association des opiacés à la maladie terminale, la mort imminente et les effets secondaires incluant la sédation excessive, la détresse respiratoire, la rétention urinaire ou la constipation. L'image que les patients se font sur l'utilisation d'opiacés en plus des facteurs sociaux, culturels et historiques peuvent provoquer de « l'opiophobie ». Celle-ci résulte d'un ensemble d'attitudes et croyances inappropriées concernant les effets délétères de l'administration d'opiacés dans le traitement de la douleur et reste l'une des causes importantes de sous-prescriptions médicales et de la diminution de consommation d'opiacés par les patients.
Cadre théorique ou conceptuel	Les auteurs ne précisent pas l'utilisation d'un cadre théorique ou conceptuel dans l'élaboration de cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	L'objectif de l'étude était dans un premier temps d'analyser le point de vue de la population espagnole sur l'utilisation d'opioïdes dans le traitement de la douleur en tenant compte de leurs croyances, connaissances, craintes et opinions. Une fois ces données récoltées, les chercheurs avaient pour but d'identifier des groupes d'individus en fonction de leur point de vue ainsi que les facteurs ayant pu les influencer.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de cette étude transversale composée de données numériques est de type quantitatif.
Population, échantillon et contexte	L'étude cible la population générale des adultes en Espagne. Sachant que 80.6% des ménages espagnols ont à disposition un téléphone fixe et que 90% d'entre eux se trouvent sur l'annuaire, les chercheurs ont pu atteindre 72.5% de la population cible. Les auteurs se sont basés sur une autre étude afin de déterminer la taille de l'échantillon et ont décidé de contacter un nombre trois fois plus élevé que celui requis pour l'étude précédente. L'échantillon représentatif inclut finalement 1299 adultes espagnols. Ce nombre total de participants est divisé en six groupes selon leur sexe et leur âge incluant 18 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans ou plus. Les critères d'inclusion comprennent les personnes âgées de 18 ans ou plus, ayant à disposition un téléphone fixe, acceptant la participation à l'étude et étant en mesure de répondre au questionnaire. Les critères d'exclusion incluent les personnes âgées de moins de 18 ans, n'ayant pas de téléphone fixe et étant dans l'incapacité de répondre au questionnaire. Concernant le

	<p>contexte, le territoire espagnol a d'abord été divisé en 8 zones. Les scientifiques ont ensuite sélectionné, pour chacune d'entre elles, 20 municipalités aléatoirement en distinguant le milieu rural du milieu urbain. La répartition des 1,299 participants s'est faite proportionnellement à la taille des différentes municipalités.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les données de cette étude ont été récoltées par le biais d'une interview téléphonique assistée par ordinateur (ITAO). Deux plateformes, soit Skype et SurveyMonkey ont permis de récolter ainsi qu'enregistrer les informations. La structure du sondage s'est faite en six blocs de question s'intéressant aux renseignements personnels des participants, leurs croyances au sujet des opioïdes, leur niveau de contact et connaissances en lien avec les opioïdes, leurs craintes liées à leur consommation, leur opinion sur ce type de traitement ainsi que leur attitude envers ceux-ci. Trois autres variables abordant le niveau de contact avec le traitement, le niveau d'opiophobie et l'identification correcte des opiacés ont finalement permis de faciliter l'analyse et l'interprétation des résultats. En participant au sondage, l'échantillon a accepté de répondre à une question ouverte, des questions amenant à répondre par oui ou non ainsi que des questions évaluées à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points ou classées sur une échelle allant de zéro à quatre.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les répondants ont dans un premier temps donné leur consentement éclairé. Les enquêteurs, quant à eux, ont préalablement bénéficié d'une formation concernant le but de l'étude, son protocole et la plate-forme SurveyMonkey. L'enregistrement des données s'est fait durant l'interview et a nécessité la coordination et supervision quotidienne de l'un des membres de l'équipe de recherche. Une fois les informations récoltées, les chercheurs ont procédé à l'analyse statistique des données, l'exposition et finalement l'interprétation des résultats.</p>
Considérations éthiques	<p>En plus du fait que l'étude ait été menée selon la Déclaration d'Helsinki, les procédures de travail et les protocoles standards, un consentement éclairé a été signé par chacun des participants. L'élaboration de cette étude a été soutenue par la Chaire extérieure de la douleur qui résulte d'une collaboration entre l'Université de Cadix et la Fondation Grünenthal.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Après avoir calculé la fréquence, la tendance centrale et la dispersion des variables étudiées, les chercheurs ont procédé à une analyse hiérarchique des variables en grappe. Celle-ci a rendu possible l'identification de groupes d'individu en les départageant selon leurs opinions, craintes, connaissances, niveau de contact et attitudes envers les opiacés. Les chercheurs font recours à la distance euclidienne entre les groupes et les critères de formation concernant les grappes, au test chi carré pour l'analyse des différences entre les groupes puis finalement au modèle de régression logistique multinomiale dans le but de déterminer les facteurs associés à chacun de ces groupes.</p>
Présentation des résultats	<p>Caractéristiques générales des répondants : 1299 contacts sur 3844 ont finalement été validés, traduisant un taux de réponse de 33.79. 50.7% des participants sont des femmes l'âge moyen selon la cohorte est de 50.48 ans. Concernant leur niveau éducatif, 45.9% de l'échantillon ont terminé leurs études secondaires. Les résultats présentent la morphine comme étant le médicament le plus connu par 99.2% de l'échantillon et est correctement identifié par 64.9% d'entre eux. Il n'en est pas de même pour le tramadol qui est correctement identifié par seulement 14.2% des participants. L'oxycodone est reconnu par 11,3% des répondants, tandis que le fentanyl, la buprénorphine ou le tapentadol par seulement 5% d'entre eux. Plus de la moitié des participants connaissent quelqu'un ayant été en contact avec les opiacés mais uniquement 3.8 % prennent l'un de ces traitements au moment de l'interview. Les femmes de plus de 65 ans ayant reçu une éducation primaire sont les participants ayant le plus de contact avec les opiacés.</p> <p>Croyances, craintes, opinions et attitudes à l'égard des opioïdes : Dans la plupart du temps, il était trop difficile pour les participants d'associer les opiacés à d'autres termes. Cependant, le reste du temps, certains répondants ont mentionnés à plusieurs reprises les termes de douleur, drogues illégales, médicaments, opium et analgésiques. En ayant exploré les peurs des participants concernant les opiacés, les chercheurs affirment que les principales comprennent d'abord la peur des effets secondaires avec 48%, l'incapacité d'obtenir les résultats escomptés avec 47% suivi de la crainte de devenir dépendants avec 35%. 50.8 % des participants ont pour</p>

	<p>opinion que les opiacés peuvent causer le sommeil ou la sédation, 42.6% pensent qu'ils sont utilisés dans le cadre d'une maladie grave et finalement 44.7% de l'échantillon imaginent que des doses toujours plus fortes soient nécessaires. Cependant, tout de même 50% d'entre eux ont comme avis que ces traitements ne doivent pas être uniquement utilisés chez les patients en phase terminale. Concernant l'attitude des participants à l'égard de ce type de traitements, l'analyse des résultats démontre que la majorité fait confiance à son médecin et donc accepterait d'en prendre dans le cas d'une prescription médicale.</p> <p>Modèles d'opinions, de craintes et d'attitudes au sein de la population interrogée, et facteurs associés : L'analyse en grappe a permis la division des résultats en trois groupes selon les opinions, craintes et attitudes des participants concernant les opioïdes. Le premier groupe (N=448) représente le point de vue positif à l'égard de l'utilisation d'opiacés et comprend les participants de plus de 65 ans qui ont moins de craintes vis à vis de ceux-ci et accepteraient de prendre ce type de traitement en cas de prescription médicale. Ils pensent souvent que les opiacés n'entraînent pas d'effets secondaires et ne les associent pas à la maladie terminale, la dépendance ou la tolérance. Le deuxième groupe (N=337) démontre un point de vue modéré à ce sujet et est composé de participants plus jeunes ayant suivi des études universitaires. Ils ont eu plus de facilité à identifier correctement les opiacés que les autres groupes mais ont cependant relevé leurs craintes concernant les effets secondaires qu'entraînent ces traitements et la peur qu'ils n'obtiennent pas les résultats escomptés. Le troisième groupe (N=468) représente le point de vue négatif et inclue les participants ayant un niveau de scolarisation plus faible. Leur niveau d'opiphobie est très haut et ils associent les opiacés à la maladie terminale, la dépendance et la tolérance.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>En revenant sur les résultats qui rejoignent ceux d'une autre étude, les chercheurs remarquent que la plupart des participants avaient des difficultés dans l'identification des opiacés et que ceux qui étaient en mesure de le faire associaient ces traitements à la douleur, aux drogues illégales et aux médicaments. En revanche, lorsque la question cible la morphine, 99.2 % des participants connaissent le traitement et 64.9 % d'entre eux l'identifient comme étant un opiacé. Le résultat présentant 3.8% de l'échantillon sous traitement aux opiacés au moment de la récolte de données est comparable aux résultats d'autres études réalisées au Portugal et en Ecosse, exposant une augmentation à 3.6 % qui est principalement due à l'utilisation du Tramadol. Concernant la présente étude, cette augmentation de consommation de Tramadol peut justifier le fait qu'il soit l'opioïde le plus connu après la morphine.</p> <p>L'identification et la distinction des trois groupes de participants met en avant le fait que les patients âgés ont moins de craintes par rapport aux effets indésirables des opiacés. D'autres études font le lien entre l'attitude positive de certains individus concernant le traitement par opiacés, l'augmentation de la qualité de vie et le soulagement de la douleur obtenu par le patient ou même décrit par l'entourage. Cette constatation expliquerait le fait que le groupe composé de la partie de l'échantillon ayant le plus haut niveau de contact avec les opiacés ait un point de vue positif concernant ces traitements et donne plus d'importance aux effets analgésiques du traitement qu'à ses effets indésirables. Parallèlement, Le niveau de formation plus élevé du groupe composé d'une population plus jeune peut influencer leurs attitudes et augmenter leurs exigences concernant le traitement et prouve ainsi l'importance du rôle des études universitaires dans l'acquisition de leurs connaissances ainsi que dans leurs comportements et attitudes à l'égard de la santé. Cela pourrait également expliquer la vision négative qu'ils ont des opiacés concernant leurs effets indésirables. Finalement, le point de vue négatif, justifié par la peur de la tolérance et partagé par les sujets ayant le niveau de scolarité le plus bas pourrait être la conséquence d'un manque de connaissances au sujet des opiacés conduisant à l'opiphobie.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Les forces de cette étude résident principalement dans la première analyse par grappes ayant permis l'identification des différents groupes d'individus en fonction de leurs croyances, craintes, opinions et attitudes à l'égard des opiacés ainsi que dans les comparaisons faites avec les autres études donnant du poids aux résultats. De plus, l'étude s'est faite sur un large échantillon de la population générale et est représentatif des populations d'âges et sexes différents.</p> <p>Le choix d'une récolte de données faite par téléphone peut être considéré comme une force et une limite dans le sens où la durée de l'entretien est limitée mais qu'il permet par contre une meilleure couverture de la population à l'étude et l'obtention d'un échantillon représentatif par randomisation des numéros de téléphone. Le faible taux de réponse, soit 33.79 % n'est finalement pas une limite car la distribution de l'échantillon</p>

	est similaire à celle de la population cible et garantit donc des réponses représentatives. Finalement, l'évaluation de l'opiophobie s'est faite selon quatre questions construites par les chercheurs mais n'était pas basée sur la définition exacte du terme malgré le fait qu'elles soient intimement liées.
Conséquences et recommandations	Cette étude dévoile l'influence qu'ont le niveau de scolarité, l'âge et le contact antérieur avec les opiacés sur les différentes perceptions et préoccupations de la population générale à l'égard de l'utilisation de ces traitements. Les chercheurs recommandent aux professionnels de la santé la prise en compte des caractéristiques du patient afin de personnaliser les stratégies concernant l'information donnée au patient ainsi que la mise en place du traitement par opiacés. Les professionnels doivent mettre en avant les bénéfices du traitement concernant les groupes ayant un point de vue négatif ou modéré et ainsi sensibiliser le groupe ayant un point de vue positif aux effets indésirables.
Commentaires	

Références :

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

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

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	de Sola, H., Salazar, A., Dueñas, M., & Failde, I. (2018). Opioids in the Treatment of Pain. Beliefs, Knowledge, and Attitudes of the General Spanish Population. Identification of Subgroups Through Cluster Analysis. <i>Journal of pain and symptom management</i> , 55(4), 1095-1104.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre précise clairement les concepts et la population à l'étude.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé synthétise clairement le contexte, la méthode, les résultats et la discussion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	Malgré le fait que le problème de recherche soit implicite, nous en avons déduit qu'il s'agissait de celui-ci : quelles-sont les croyances, connaissances, craintes et opinions de la population générale en Espagne concernant l'utilisation d'opiacés dans le traitement de la douleur ? Le contexte, quant à lui, est explicite et désigne le manque d'informations constaté en ce qui concerne la perception des patients à l'égard de la gestion de la douleur.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension des écrits fournit par les chercheurs permet l'état des connaissances sur le sujet.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		La réalisation de cette étude ne s'est pas faite sur la base d'une théorie infirmière. Le concept de l'opiophobie est par contre défini dans l'introduction.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les deux buts de l'étude sont clairement formulés dans l'introduction.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Le devis de recherche de cette étude transversale n'est pas explicité mais il n'est pas difficile de l'identifier après avoir analysé la méthode, la nature des données qui sont numériques, les résultats et les tableaux à disposition. Le devis est donc quantitatif.
Population, échantillon	La population à l'étude est-elle définie de				La population à l'étude est définie de façon précise.

et contexte	façon précise ?	X			
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est décrit de façon détaillée.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			La taille de l'échantillon est justifiée sur une base statistique. Ils ont tenu compte du pourcentage des ménages espagnols disposant d'un téléphone fixe et du pourcentage des numéros se trouvant sur l'annuaire. La taille de l'échantillon déterminée à partir d'une autre étude a été établie selon le niveau de signification de 95% et le niveau de précision de 5%. Finalement, les chercheurs ont décidé de contacter un nombre trois fois plus élevé que celui requis pour l'étude précédente dans le but de garantir le nombre de sujets calculés.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les instruments de collecte des données sont clairement décrits.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Ils permettent d'évaluer chacune des variables en lien avec le phénomène à l'étude.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			X	Le déroulement de l'étude n'est pas très clair et pas structuré. Des repères temporels auraient éventuellement rendu la procédure plus claire.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Les mesures prises dans le but de préserver les droits des participants sont appropriées, cependant, aucune précision n'est faite concernant l'anonymat.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Le calcul de la fréquence, tendance centrale et dispersion des variables étudiées, l'analyse hiérarchique des variables en grappe, la distance euclidienne entre les groupes et les critères de formation concernant les grappes, le test chi-carré ainsi que le modèle de régression logistique multinomiale ont permis de répondre aux questions de recherche.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire par le biais de résumés narratifs, de tableaux et d'un graphique.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		L'interprétation des résultats ne s'est pas faite selon un cadre théorique ou conceptuel étant donné leur absence.

	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats de la présente étude sont comparés à ceux d'études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs dénoncent les limites en lien avec la méthode de collecte de données et l'évaluation de l'opiophobie.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			l'étude s'est faite sur un large échantillon de la population générale qui est donc représentatif des populations d'âges et sexes différents.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les chercheurs recommandent aux professionnels de la santé la prise en compte des caractéristiques du patient afin de personnaliser la prise en charge de leur douleur ainsi que l'accent mis sur les bénéfices ou effets indésirables du traitement selon leur profil.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		Les chercheurs n'apportent aucune recommandations pour les travaux de recherche futurs mais nous pouvons en déduire, selon les limites qu'ils décrivent, que les auteurs des futures recherches devraient définir leurs questions selon les définitions des termes ou concepts utilisés.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour permettre une analyse critique et minutieuse.
Commentaires :					

Références :

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

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

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Verloo, H., Cohen, C., Borloz, C., Kabengele Mpinga, E., & Chastonay, P. (2013). Risks associated with the use of morphine for analgesia: attitudes and perceptions amongst nursing students in French-speaking Switzerland. <i>Nursing</i> , 3, 1-8.
Introduction Problème de recherche	Les mythes relatifs à l'utilisation des opiacés dans la prise en charge de la douleur sont encore très répandus chez les infirmières. Malgré l'existence et la disponibilité de lignes directrices basées sur des preuves, les infirmières maintiennent des attitudes inadaptées dans le traitement de la douleur. 80% des patients de divers milieux de soins se plaignent de douleur.
Recension des écrits	La morphinophobie a été définie différemment par divers auteurs. Il s'agit soit d'un ensemble de croyances axées sur les effets négatifs de la morphine lorsqu'elle est utilisée pour soulager la douleur, soit d'une attitude inappropriée dans la gestion de la douleur résultant d'un manque de connaissance sur la morphine et son utilisation appropriée. La peur de la dépendance aux opiacés ou d'une consommation abusive de la part des patients, reste présentes dans les conceptions des infirmières et autres professionnels de la santé. Les fausses représentations liées à la morphine sont généralement l'idée que la morphine est utilisée lors d'une maladie terminale, d'un décès imminent. La morphine est liée aux drogues illicites et à la dépendance.
Cadre théorique ou conceptuel	La théorie de l'action raisonnée est utilisée comme cadre théorique dans cette étude. Selon Ajzen et Fishbein, l'adoption d'un comportement par un individu est le résultat immédiat de l'intention comportementale. Cette intention est déterminée par les attitudes et les normes subjectives de l'individu à l'égard du comportement. Les attitudes consistent en l'évaluation positive ou négative du comportement par l'individu et sont déterminées par ses croyances concernant les conséquences de l'adoption du comportement (croyances comportementales) et l'évaluation de ses conséquences (évaluations des résultats). Les normes subjectives sont des perceptions individuelles de la pression sociale exercée sur les individus pour qu'ils adoptent ou non un comportement particulier. Ces normes sont déterminées par les croyances de l'individu, c'est-à-dire sa perception de l'opinion de personnes ou de groupes spécifiques sur ce comportement. Ces croyances sont contrebalancées par la motivation de l'individu à se conformer à l'opinion de ces personnes ou groupes spécifiques.
Hypothèses/question de recherche/buts	Cette étude vise à décrire les attitudes et les perceptions des étudiantes infirmières en Suisse, concernant les risques associés à l'utilisation de la morphine pour le traitement de la douleur et explorer les relations avec les caractéristiques sociodémographiques des participants. Les questions de recherche sont les suivantes : Quelles sont les attitudes et les perceptions des risques liés à l'utilisation de la morphine comme analgésique chez les étudiants du baccalauréat en sciences infirmières ? Quel est l'impact des caractéristiques sociodémographiques des étudiants en sciences infirmières sur les attitudes et les perceptions des risques lorsque la morphine est utilisée pour l'analgésie ?
Méthodes Devis de recherche	C'est une étude transversale descriptive avec un devis quantitatif.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est composée des étudiants bachelor en sciences infirmières. Les critères d'éligibilité sont tous les étudiants de première, deuxième et troisième année, peu importe l'âge ou le sexe. Cette étude a été menée à la Haute École spécialisée de Suisse romande durant la période de mai à décembre 2010.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	L'échantillon a répondu à un questionnaire comportant deux sections : l'une abordant l'utilisation et l'administration de morphine pour l'analgésie et la deuxième traitant des risques liés à son utilisation. Les répondants classaient leurs réponses sur une échelle de Likert comportant cinq niveaux. La validité et la fiabilité de l'instrument ont été testées à l'aide de l'analyse factorielle exploratoire. Un pré-test a été fait auprès de 50 élèves (P = 0,000).
Déroulement de l'étude	La cohérence et la validité de l'instrument ont été testées, puis les chercheurs ont obtenus l'autorisation de mener l'étude. Ils ont fait signer les consentements éclairés et la collecte de données a eu lieu directement après les cours théoriques. Les chercheurs ont ensuite analysé les données récoltées et appliqué différents tests de corrélation et des analyses ANOVA.
Considérations éthiques	Les chercheurs ont obtenu une autorisation délivrée par le conseil consultatifs internes des différentes Hautes Écoles spécialisées de Suisse romande par courriel. Les buts de l'étude ont été présentés à tous les étudiants participants. Les consentements éclairés ont été signés par les participants. Les données récoltées ont été codées et conservées sous clefs. Ces données sont présentées sous forme de résultats globaux et l'anonymat et la confidentialité sont assurés.
Résultats Traitement/Analyse des données	Le test chi carré ou le test de Fisher ont permis d'évaluer les différences entre les catégories de données. Les scores des deux sections du questionnaire sont rapportés en utilisant des statistiques descriptives. Des analyses ANOVA ont permis de comparer les trois années du programme en soins infirmiers. La relation entre les attitudes, perceptions des étudiants et les caractéristiques sociodémographiques a été évaluée en utilisant le Rhô de Spearman. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel IBM-SPSS (version 19.0).
Présentation des résultats	<p>Le taux de réponse s'élève à 80%. Sur les 810 questionnaires distribués, 730 ont été retournés. 50 questionnaires ont été utilisés pour tester l'instrument de collecte de données et 123 étaient incomplets. 557 questionnaires ont finalement été analysés (68.8%).</p> <p>Résultats sociodémographiques Il y avait une différence significative logique dans l'âge des participants entre chaque année du Bachelor (P = 0,000). Aucune différence significative n'a été observée dans la religion (P = 0,831), le sexe (P = 0,809), le lieu de résidence (P = 0,727) et la nationalité (P = 0,282) entre les trois années d'études en sciences infirmières. 85.4% de l'échantillon sont des femmes. L'âge moyen des participants est de 23.6 ans. Les étudiants vivant en milieu urbain, semi urbain et dans la campagne sont représentés de manière égalitaire dans l'échantillon. 51.9% sont catholiques, 21.5% sont protestants, 13.1% se déclarent sans religion et finalement, 10.1% déclarent d'autres pratiques religieuses. 82% sont suisses et le 18% restant proviennent de l'union européenne.</p> <p>Attitudes à l'égard de l'utilisation de la morphine comme analgésique Des différences significatives sont observables entre les étudiants de première, deuxième et troisième année pour les points suivants : « Les patients peuvent s'habituer rapidement à la morphine et risquent d'augmenter la dose » (P = 0,000), « Une fois le traitement initié, le risque existe et ne peut être arrêté » (P = 0,000), « Tout le monde peut prendre de la morphine quel que soit le type de douleur » (P = 0,000), « Les patients sont contre la prescription de morphine (P = 0,000) », « Il est difficile d'utiliser et doser correctement la morphine » (P = 0,000), « la morphine est un médicament de dernier recours » (P = 0,000).</p> <p>Aucune différences statistiquement significative n'est observable entre les trois années Bachelor pour les items suivants : "L'utilisation précoce de</p>

	<p>la morphine tend à prévenir le recours à tout autre traitement en cas de douleur intense" (P = 0,001), « On peut arrêter de prendre de la morphine quand on veut » (P = 0,001), « Pour les personnes âgées, la sensation de douleur diminue avec l'âge, donc l'utilisation de morphine ne se justifie pas » (P = 0,006), et enfin "La prescription de morphine est à éviter chez les patients dans la phase terminale" (P = 0,222).</p> <p>Perception des risques liés à l'utilisation de la morphine comme analgésie Des différences significatives pour les risques suivants sont observables entre les différentes années de la formation Bachelor : risque de délirium, délires et rétention urinaire (P = 0,000). Aucune différence n'est observable entre les différentes années de formation pour les risques suivants : "Risque de dépendance physique ou psychologique" (P = 0,001) ; "Risque de dépendance" (P = 0,033) ; "Contraintes plus lourdes par rapport aux autres médicaments" (P = 0,143) ; "Risque d'insuffisance respiratoire" (P = 0,381). Les moyennes traitantes de l'utilisation de la morphine présentent les mêmes répartitions que les moyennes pour les risques associés à la morphine. Ces différentes analyses de moyennes montrent une différence significative entre l'attitude et les perceptions liés aux risques associés à l'utilisation de la morphine entre les étudiants des différentes années (P = 0,001). La différence est surtout présente entre les étudiants de première année et le reste. Ces résultats appuient l'hypothèse selon laquelle les connaissances pharmacologiques sur l'utilisation de la morphine (les cours de pharmacologie sont organisés en deuxième et troisième année) et les expériences pratiques en milieu de soins de santé facilitent l'utilisation de la morphine comme analgésique et la perception du risque. Le Rhô de Spearman confirme la relation entre les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et l'utilisation et la perception des risques liés à l'utilisation de la morphine comme analgésique. Le sexe n'a pas été pris en compte dans cette analyse car la majorité des participants était des femmes. Lorsque l'âge augmente, le taux de réponses correctes aussi, c'est une corrélation de force moyenne. En ce qui concerne le lieu d'habitation, les chercheurs ont observés une faible corrélation avec l'utilisation de la morphine, en revanche aucune corrélation n'a été trouvée en lien avec la perception des risques. La religion est faiblement corrélée avec l'utilisation et la perception des risques liés à l'utilisation de la morphine. Les étudiants suisses sont plus réticents à utiliser la morphine lorsqu'ils considèrent les risques de délire et d'euphorie. D'autres nationalités sont plus réticentes à utiliser la morphine en raison du risque de rétention d'urine.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les résultats suggèrent que l'utilisation et la perception des risques lors de l'utilisation de la morphine comme analgésique sont loin d'être optimales. Le manque de connaissances pharmacologiques concernant l'action de la morphine, les effets secondaires, les formes d'administration, les précautions thérapeutiques (rejoint les résultats d'autres études) et les mythes sur la morphine sont réels au sein de l'échantillon des futures infirmières. Notamment, la peur était plus importante chez les étudiants de première année que chez les étudiants de deuxième et de troisième année. Les craintes concernent les représentations négatives d'une éventuelle dépendance, l'accès inapproprié à la morphine pour certains patients, les difficultés à mesurer le taux de morphine et les effets secondaires possibles comme le délire ou la rétention urinaire. Ces craintes peuvent entraîner une résistance à l'administration de morphine aux patients souffrant de douleurs intenses. Cette résistance peut avoir un impact négatif sur la gestion de la douleur et donc sur la qualité de vie. L'analyse des corrélations entre les caractéristiques sociodémographiques et les opinions sur l'utilisation de la morphine est faible.</p>
Forces et limites	<p>Étant donné que l'enseignement infirmier est standardisé au niveau bachelor en Europe, les résultats de cette étude sont donc généralisables. Les chercheurs ne décrivent que les attitudes et les perceptions des élèves à l'égard des risques associés à la consommation de morphine. Ne sont pas explorées les connaissances sur la gestion de la douleur ni sur l'administration de morphine. L'instrument pourrait être amélioré en ce qui concerne la consistance interne des éléments traitants de l'utilisation de la morphine. Cette étude est descriptive et donc ne permet pas d'évaluer directement les attitudes mais les facteurs contributifs prédéterminés.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Il est important que les établissements d'enseignement déconstruisent ces mythes dès le début de leurs programmes d'études afin de sensibiliser les étudiants à la complexité de l'utilisation de la morphine en milieu clinique et de renforcer les compétences spécifiques en matière de gestion de la douleur. En effet, de telles compétences, suivant des lignes directrices fondées sur des données probantes en matière de soins infirmiers et de</p>

	<p>médecine factuelle, sont essentielles pour l'expertise professionnelle ainsi que pour le partage des valeurs sur les perceptions, les attitudes et les comportements.</p> <p>Obtenir l'opinion des enseignants exerçants dans les hautes écoles de santé et celle des formateurs des établissements de soins serait utile. L'adoption d'un modèle cognitif d'apprentissage clinique pourrait être une piste permettant le développement des compétences cliniques des infirmières. La gestion de la douleur et les connaissances en matière d'utilisation de la morphine devraient être renforcées dans la formation des futures infirmières. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les attitudes et les craintes des professionnels à l'égard de la morphine afin d'améliorer la prise en charge de la douleur des patients. Une étude de suivi serait intéressante afin de comprendre les changements provoqués par des modifications du programme d'enseignement sur les attitudes et croyances des étudiants vis-à-vis de la morphine.</p>
Commentaires	

Références :

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

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



Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Verloo, H., Cohen, C., Borloz, C., Kabengele Mpinga, E., & Chastonay, P. (2013). Risks associated with the use of morphine for analgesia: attitudes and perceptions amongst nursing students in French-speaking Switzerland. <i>Nursing</i> , 3, 1-8.				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre est clair et présente les concepts ainsi que la population à l'étude. Le problème quant à lui, n'est pas explicité dans le titre.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?		X		Le résumé de l'article est réduit à une seule phrase. Il ne décrit pas les parties principales de la recherche.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le phénomène à l'étude qui traite des mythes relatifs à l'utilisation de la morphine est décrit et situé dans un contexte.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			La recension des écrits permet une vision de l'état actuel des connaissances et justifie la nécessité de l'étude.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	X			La théorie utilisée pour la réalisation de cette étude est celle de l'action raisonnée. La théorie est définie et son choix est justifié. Elle permet de comprendre les mécanismes qui mènent à l'adoption d'un comportement précis.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'hypothèse suivante est formulée : les caractéristiques socio-démographiques influencent l'attitude des étudiants en soins infirmiers vis-à-vis de l'utilisation de la morphine et la perception des risques associés. Le but est de décrire les attitudes et les perceptions des étudiantes infirmières en Suisse, concernant les risques associés à l'utilisation de la morphine pour le traitement de la douleur et explorer les relations avec les caractéristiques sociodémographiques des participants. Les questions de recherche sont les suivantes : Quelles sont les attitudes et les perceptions des risques liés à l'utilisation de la morphine comme analgésique chez les étudiants du baccalauréat en sciences infirmières ? Quel est l'impact des caractéristiques sociodémographiques des étudiants en sciences infirmières sur les attitudes et les perceptions des risques lorsque la morphine est utilisée pour l'analgésie ?
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			X	Les auteurs précisent qu'il s'agit d'une étude transversale descriptive. Le devis n'est pas explicité mais en vue de la nature des données récoltées, de l'outil utilisé et des tests statistiques appliqués nous en déduisons que c'est du

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			quantitatif. Ce sont les étudiants, toutes années confondues, du bachelor en sciences infirmières.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon comprend 557 participants, toutes années de formation confondues, l'âge et le sexe n'étant pas des critères d'exclusion. De plus des données socio-démographiques sont exposées dans le tableau 1.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Aucune précision n'est faite à ce sujet par les auteurs.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			L'instrument choisi est un questionnaire contenant deux sections, l'une traitant de l'utilisation et de l'administration de morphine et la deuxième cherche à évaluer la perception des risques liés à son utilisation.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les items compris dans le questionnaire sont en cohérence avec les variables à mesurer, soit les attitudes en lien l'utilisation de la morphine et la perception des risques associés.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			X	L'article ne comprend pas une section décrivant le déroulement de l'étude. Cependant, nous retrouvons divers éléments dans les autres chapitres qui permettent de retracer le déroulement chronologique de l'étude.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Les droits des participants ont été respectés et des précautions telles que la protection des données et l'anonymat sont adoptées.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les chercheurs ont utilisé différents tests statistiques tels que le chi carré, le test de Fisher, le rho de Spearman. Des analyses descriptives et des analyses ANOVA sont appliquées aux données.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés clairement à l'aide de résumés narratifs et de tableaux.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Le cadre théorique ne sert pas à l'interprétation des résultats, cependant il permet d'édicter une recommandation pour la pratique.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les principaux résultats trouvés par les chercheurs sont mis en lien avec des résultats obtenus précédemment.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Des limites sont énoncés comme le fait de ne pas avoir exploré les connaissances sur la gestion de la douleur, l'instrument de récolte de données

				qui pourrait être amélioré et les attitudes des participants qui ne sont pas directement évaluées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Les résultats sont généralisables car l'enseignement infirmier au niveau bachelor est standardisé en Europe.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X		Des recommandations sont édictées pour l'optimisation de la pratique. Elles sont la mise en lumière du rôle des Hautes écoles dans la « déconstruction » des mythes liés à la morphine, l'opinion des enseignants HES devrait être analysé, l'adoption d'un modèle d'apprentissage cognitif clinique permettrait le développement de compétences infirmières.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X		Il serait intéressant de mieux comprendre les attitudes et les craintes des professionnels de la santé face à la morphine afin d'améliorer la prise en charge de la douleur des patients.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Le langage utilisé est facilement compréhensible, la structure respecte celle d'un article scientifique et la rédaction permet la perception des détails. Cet article se porte donc a une analyse critique et minutieuse.
Commentaires :				

Références :

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

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative**

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Twycroos, A., & Collins, S. (2013). Nurses' views about the barriers and facilitators to effective management of pediatric pain. <i>Pain Management Nursing</i> , 14, 164-172.
Introduction Problème de recherche	La prise en charge de la douleur pédiatrique n'est pas optimale malgré l'accessibilité des recommandations de bonnes pratiques. Il est important de s'assurer que la douleur soit gérée adéquatement. C'est pourquoi les chercheurs s'intéressent aux points de vue des infirmières sur plusieurs aspects de gestion de la douleur.
Recension des écrits	Les connaissances pour gérer de manière optimale la douleur au niveau infirmier sont disponibles sous formes de guidelines cliniques. Cependant, la douleur des enfants n'est pas soulagée idéalement, et ces derniers signalent des niveaux de douleurs élevés à modérés après une chirurgie. Les conséquences physiologiques et psychologiques d'une douleur non soulagée sont nombreuses. Plusieurs facteurs contribuent à une gestion sous-optimale de la douleur. Ils sont, pour les professionnels de la santé, des connaissances et des aptitudes inadéquates comme le fait de penser que ressentir de la douleur au cours d'une hospitalisation est normale, la gestion de la douleur assimilée à l'administration d'analgésique, une faible priorité accordée par les infirmières à l'évaluation et à la gestion de la douleur, des déficits de connaissances sur les principes, les interactions pharmacologiques de base et les méthodes non-pharmacologiques. Concernant les parents, ceux-ci sont hésitants à donner des analgésiques à leurs enfants, il y a un manque de communication et de collaboration avec les infirmières, le rapport des parents concernant la douleur de leur enfant ne correspond pas toujours au comportement observé. Les infirmières éprouvent de la difficulté à évaluer le comportement des enfants, l'âge des patients est un obstacle ainsi que le manque de collaboration de la part des enfants et leur réticence à prendre des analgésiques. Les obstacles organisationnels à la gestion optimale de la douleur pédiatrique sont le manque ou l'inadéquation d'ordonnance de médicaments, le manque de temps et les demandes simultanées, le manque d'uniformité dans les pratiques du personnel, la baisse de moral, l'insécurité de l'emploi, le manque de pouvoir perçu et le manque de collaboration dans la gestion de la douleur avec le corps médical.
Cadre théorique ou conceptuel	Les auteurs ne précisent pas l'utilisation d'un quelconque cadre ou modèle théorique.
Question de recherche/buts	Le but est de connaître le point de vue des infirmières sur les obstacles et les facilitateurs à une prise en charge efficace de la douleur. Plus précisément, les chercheurs ont investigué trois domaines en particuliers, soit la qualité de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur, les obstacles à une prise en charge efficace de la douleur et finalement, l'utilité des lignes directrices de l'hôpital.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de l'article est qualitatif.

Population, échantillon et contexte	Trente infirmières ont participé à deux groupes de discussion menés durant la pause déjeuner lors de deux journées en mai et septembre 2010. Leur présence était obligatoire. Des lignes directrices et des protocoles relatifs à la prise en charge de la douleur pédiatrique ont été mis en place en 2007 au sein de l'hôpital où a été réalisée l'étude. Ces lignes directrices contiennent des informations sur les outils d'évaluation de la douleur qui devraient être utilisés ainsi que des connaissances sur les différents analgésiques. Un algorithme est inclus dans les lignes directrices et donne des détails sur les analgésiques à utiliser pour chaque type de douleur (légère, modérée ou sévère), ainsi que des détails sur la dose à administrer. Il est précisé qu'une évaluation annuelle réalisée auprès du personnel a lieu d'être afin d'évaluer la connaissance, la mise en œuvre et l'expérience en lien avec l'utilisation de cette politique et de la comparer avec l'expérience des patients.
Méthode de collecte des données	Les participantes ont été réparties en petits groupes de quatre à six personnes et ont reçu des flips-charts afin de répondre à des questions. Dix minutes étaient accordées à chaque activité. En raison du manque de temps, les participantes ont réalisé trois des quatre activités prévues. L'activité numéro une investiguait l'évaluation de la douleur, les outils utilisés, les barrières rencontrées et les ressources aidantes. L'activité deux investiguait les pratiques de gestion de la douleur avec les mesures pharmacologiques et non pharmacologiques, les barrières identifiées à la gestion optimale de la douleur et les ressources aidantes. L'activité numéro trois portait sur l'implication des enfants et des parents dans la gestion de la douleur avec des questions comme les informations transmises aux parents concernant la gestion de la douleur à la sortie de l'hôpital, les ressources et les obstacles à leurs implications. La dernière activité ciblait les freins et les facilitateurs comme l'utilité des guides-lignes et de l'algorithme.
Déroulement de l'étude	Les buts des focus groupes ont été exposés aux infirmières qui ont participé à la journée d'étude obligatoire. Les participantes ont été séparées en groupes de 4 à 6 personnes et ont reçu des flip-charts. Dix minutes étaient accordées pour qu'elles puissent rédiger leurs commentaires. Après ces dix minutes écoulées, chaque groupe a reçu de nouvelles feuilles et avait à nouveau dix minutes pour répondre à une autre question. Chaque groupe a réalisé trois des quatre activités. Ensuite, les données recueillies ont été analysées selon les principes de l'analyse du contenu.
Considérations éthiques	Aucune approbation éthique n'a été nécessaire étant donné que cette étude entre dans le cadre d'une vérification de pratique. Tous les participants ont eu la possibilité de se retirer des focus groupes. Il a été expliqué aux participantes que cette étude faisait partie d'un processus de vérification de pratique concernant les méthodes de gestion de la douleur, actuellement en cours, et que le but de ces focus groupes était de connaître leurs points de vue dans ce contexte. Il leur a aussi été précisé qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seules leurs opinions intéressent les chercheurs. L'anonymat a été assuré en tout temps.
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les résultats ont été analysés à l'aide de l'analyse du contenu. Les réponses inscrites sur les flip-charts ont été regroupées dans un document Word, ces données ont été lues plusieurs fois par les auteurs pour ensuite être classées en thèmes ou catégories. Ces catégories ont été créées en surlignant manuellement, de différentes couleurs, les éléments cités. Cinq catégories ont émergé. Les pratiques d'évaluation et de la prise en charge de la douleur (avec une sous-catégorie relative aux informations transmises aux parents à la sortie), participation des parents et de l'enfant au soulagement de la douleur, obstacles à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur, ce qui aiderait les infirmières à évaluer et à gérer plus efficacement la douleur et finalement l'utilité des lignes directrices cliniques de l'hôpital.
Présentation des résultats	Évaluation de la douleur et pratiques de gestion : Plusieurs méthodes ont été citées telles que l'évaluation du langage corporel, l'observation du comportement et des indices non-verbaux. L'utilisation de diverses échelles comme l'échelle numérique, l'échelle de la douleur des visages de Wong-Baker, et

FLACC. Ces échelles sont incluses dans les lignes directrices de l'hôpital. Les interventions de gestion de la douleur le plus couramment utilisées par les infirmières comprennent des interventions pharmacologiques, le jeu et la distraction.

Informations données aux parents à la sortie de l'hôpital

Les infirmières ont indiqué fournir une quantité d'informations verbales sur l'évaluation et la gestion de la douleur de l'enfant. En ce qui concerne l'identification du moment où l'enfant souffre, les infirmières ont conseillé de surveiller le langage corporel de l'enfant et l'identification des symptômes de douleur avant que l'enfant ne soit trop angoissé. Des conseils sur les analgésiques que les enfants peuvent recevoir à la maison, notamment l'intervalle à respecter entre l'administration de deux doses, le fonctionnement des traitements et les parents ont été encouragés à couvrir la douleur de leur enfant. Les parents ont été informés de la posologie adaptée à l'âge de l'enfant et des précautions conjointes comme par exemple, manger avant ou après, ainsi que les effets secondaires éventuels. Des méthodes non-pharmacologiques de soulagement de la douleur ont aussi été expliquées aux parents, citons la distraction et l'adoption de positions antalgiques. Les infirmières ont aussi expliqué l'attitude à adopter si le médicament ne fournit pas l'effet escompté ou si l'enfant développe une réaction allergique.

Implication des parents et des enfants dans le processus de gestion de la douleur

Les infirmières pensent que les parents reconnaissent souvent la douleur de leur enfant et savent quels médicaments sont les plus efficaces pour leur enfant. Généralement, les parents identifient le seuil de douleur de leur enfant, reconnaissent les changements rapidement. Les participantes étaient de l'avis que les parents devraient informer le personnel infirmier lorsque leur enfant souffre, les aider à gérer cette douleur et encourager l'enfant à coopérer. Les infirmières identifiaient aussi le rôle primordial des parents dans la distraction et ils devraient encourager les enfants à jouer en regardant par exemple la télévision ou en leur parlant. Cependant, les infirmières ressentaient aussi parfois que les parents incitaient les enfants à prendre des médicaments sans que l'enfant en ait lui-même fait la demande. Concernant l'implication des enfants, ces derniers devraient signaler lorsqu'ils souffrent, verbaliser les symptômes et demander des analgésiques lorsqu'ils en ont besoin. De plus, les enfants pourraient proposer au personnel des pistes d'actions qui les aideraient et s'engager dans une thérapie par le jeu.

Obstacles à l'évaluation et à la prise en charge optimale de la douleur

Facteurs relatifs à l'équipe soignante : Les jugements personnels des infirmières, les idées préconçues et les suppositions. Le manque de connaissances des infirmières en ce qui concerne la gestion de la douleur en général, les analgésiques et les PCA. La peur d'un surdosage analgésique chez l'enfant, les infirmières qui doivent insister auprès des médecins afin de s'assurer que les médicaments analgésiques soient prescrits et en quantité suffisante. Les infirmières ont aussi identifié un besoin éducatif au niveau des médecins.

Facteurs relatifs à l'enfant et à ses parents : Sont cités l'âge de l'enfant, sa culture, la non-compliance aux recommandations faites par les infirmières à l'enfant et aux parents, la surévaluation de la douleur par l'enfant, la discordance entre l'expression verbale de la douleur par les enfants et les manifestations physiques, les parents et l'enfant qui n'informent pas l'équipe lorsque l'enfant a mal, l'interférence des parents qui répondent à la place de l'enfant, l'encouragement des parents à ce que leur enfant reçoivent un antalgique sans que celui-ci en ait fait la demande et finalement les parents et/ou l'enfant qui refuse l'analgésie.

Facteurs relatifs à l'organisation : le manque de temps et la charge de travail, la pénurie de personnel soignant, manque d'approvisionnement pour certains médicaments, le manque d'outils d'évaluation de la douleur en fonction de l'âge des patients, l'indisponibilité d'un algorithme pour l'administration d'analgésique, manque d'équipements pour distraire les enfants

	<p>et le fait que les thérapeutes du jeu ne soient pas toujours disponibles.</p> <p>Ce qui aiderait les infirmières à évaluer et gérer plus efficacement la douleur Facteurs relatifs aux infirmières : Utiliser des outils d'évaluation de la douleur, réévaluer la douleur après l'administration d'analgésique, connaissances des antécédents du patient, avoir plus de temps, enseignements pour les infirmières. Pour les médecins, il serait nécessaire que ceux-ci rédigent des prescriptions correctes d'analgésiques. Facteurs relatifs à l'enfant et aux parents : les parents et les enfants expriment leurs préoccupations liées à la douleur, les parents informent le personnel lorsque leur enfant est souffrant, augmentation de l'implication des parents dans la gestion de la douleur. Facteurs relatifs à l'organisation : Meilleurs outils d'évaluation, un système de notation amélioré, amélioration des effectifs disponibles, des prescriptions médicales pré-imprimées, avoir une check-list préopératoire, disponibilité améliorée pour les objets de distraction comme des poupées ou des ourses en peluche, meilleure disponibilité des éducateurs de la petite enfance.</p> <p>L'utilité des lignes directrices cliniques de l'hôpital Les infirmières ont trouvé ces guidelines utiles pour convaincre les médecins en formation des doses correctes d'analgésie à administrer aux patients. Ce sont aussi de bons outils d'apprentissage pour les étudiants, les médecins en formation et le nouveau personnel. L'algorithme a été jugé efficace, bien qu'un groupe ait fait remarquer qu'il était simpliste. Les chercheurs ont tenté de déterminer les ressources sur lesquelles les infirmières se sont appuyées pour la prise de décision. Les réponses fournies comprennent l'utilisation de l'échelle des visages de Wong-Baker et le Pediatric Early Warning Score (PEWS). L'algorithme a été jugé utile, tout comme l'équipe de traitement de la douleur. L'utilisation de plans de traitement de la douleur, par exemple pour le traitement des douleurs procédurales, a également été perçue comme un moyen d'orienter la prise de décision.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les données récoltées indiquent que les pratiques de gestion de la douleur ne sont pas uniformes entre les groupes. Les infirmières s'attendent à ce que les parents et les enfants expriment leurs attentes concernant la gestion de la douleur, cependant, elles n'ont pas exprimé leurs propres attentes envers les parents et enfants. Les infirmières ont signalé des lacunes de connaissances au niveau des médecins, ceci peut s'expliquer par le contexte de l'étude, qui se déroule dans un hôpital communautaire et par conséquent, les médecins ne sont pas forcément des spécialistes en pédiatrie. Les infirmières ont indiqué qu'elles aimeraient avoir un algorithme facilitant le choix des analgésiques à administrer. Pourtant, il existe un tel outil dans les lignes directrices cliniques de l'hôpital. Cela confirme l'hypothèse selon laquelle les infirmières ne sont peut-être pas au courant des lignes directrices cliniques.</p>
Forces et limites	<p>Les résultats de cette étude concordent avec ceux d'études antérieures dans ce domaine et donnent un aperçu de ce que les infirmières considèrent comme obstacles à une gestion efficace de la douleur chez les enfants. En raison de la méthode de collecte de données utilisée dans cette étude, il n'a pas été possible d'explorer les réponses afin d'en percevoir la signification profonde.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Il semble nécessaire que les infirmières deviennent plus proactives dans la gestion de la douleur et qu'elles assurent une communication efficace avec l'enfant et les parents. Il faut déterminer exactement où se situent les déficits de connaissances des infirmières et du personnel médical afin de pouvoir mettre en place des stratégies pour y remédier. Les outils d'évaluation de la douleur doivent être plus visibles et accessibles.</p>
Commentaires	

Références :

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative



Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Twycroos, A., & Collins, S. (2013). Nurses' views about the barriers and facilitators to effective management of pediatric pain. <i>Pain Management Nursing, 14</i> , 164-172.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Les concepts tels que les barrières et les facilitateurs à la gestion optimal de la douleur pédiatrique sont présents dans le titre ainsi que le population à l'étude composée des infirmières.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est clair et complet. Il contient le problème, la méthode utilisée, une partie des résultats et de la discussion.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			La problématique est clairement formulée et mise en contexte.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			La recension des écrits décrit le manque d'utilisation des lignes directrices concernant la gestion de la douleur en pédiatrie, les patients signalent une couverture insuffisante des douleurs, les conséquences d'une douleur mal gérée sont explicitées et des obstacles identifiés par des études antérieures sont cités.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est utilisé pour la réalisation de cette étude.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les buts qui sont de percevoir le point de vue des infirmières en pédiatrie sur l'évaluation et les pratiques de gestion de la douleur, sur les obstacles rencontrés et l'utilité des lignes directrices sont clairement formulés.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis est implicite mais tout de même facilement repérable grâce à la nature des données analysées, à la méthode de collecte des données et à l'analyse appliquée au contenu.
	Y a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Oui car les auteurs cherchent à percevoir le point de vue des infirmières sur plusieurs aspects de la gestion de la douleur et les focus groupes permettent des interactions au sein de groupe et l'identification des croyances du groupe, les normes et la culture.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			La population à l'étude est composée des infirmières travaillant en pédiatrie.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	L'échantillon retenu est composé de trente infirmières. Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas précisés. Il n'y a pas de statistique démographique car la participation à l'étude était obligatoire.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Les données ont été collectées au sein de l'hôpital, lors de la pause déjeuné, à l'aide de flip-charts.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Une figure illustre clairement le déroulement de l'étude (figure 1).
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les buts de l'étude ont été présentés aux participantes, le fait qu'il n'y ait pas de bonnes ou mauvaises réponses aussi et finalement l'anonymat a été assuré durant tout le processus.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Les chercheurs ont utilisé une analyse du contenu. Ils ont regroupé les thèmes principaux en soulignant de différentes couleurs les verbatims. Cinq catégories ont été créées.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		Les auteurs précisent uniquement avoir lu a plusieurs reprises les réponses des participants afin de les classer dans les catégories identifiées.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sont compréhensibles mais un seul extrait verbatim est présenté. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les six catégories ressorties sont « évaluation de la douleur et pratique de gestion », « informations données aux parents à la sortie de l'hôpital », « implications des parents et des enfants dans le processus de gestion de la douleur », « obstacles à l'évaluation et à la prise en charge optimale de la douleur », « ce qui aiderait les infirmières à évaluer et à prendre en charge plus efficacement la douleur », « l'utilité des lignes directrices cliniques de l'hôpital ». Ces catégories représentent les diverses dimensions du phénomène à l'étude.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Aucune précision n'est apporté à ce sujet par les auteurs.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les résultats principaux sont comparés aux résultats obtenus antérieurement par d'autres études.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des		X		Non, les auteurs n'apportent aucune précision à ce sujet.

	conclusions ?				
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Les chercheurs proposent diverses recommandations pour la pratique, les infirmières devraient principalement être plus proactives dans la gestion de la douleur et y accorder une plus grande priorité, une communication efficace devrait être instaurée avec l'enfant et les parents, des connaissances devraient être apportées aux infirmières et aux médecins, les outils d'évaluation de la douleur devraient être plus visibles. Pour la recherche, il serait intéressant d'investiguer les idées préconçues et les hypothèses des infirmières, les interactions entre les soignants, enfants et les parents.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La syntaxe est correcte, la structure aussi. L'article est détaillé et se prête donc à une analyse critique et minutieuse.
Commentaires :					

Références :

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

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative**

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Van Hulle Vincent, C., & Gaddy, E. J. (2009). Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics. <i>Research in Nursing & Health</i> , 32 (5), 530-539.
Introduction Problème de recherche	Un nombre important d'enfants signalent une douleur modérée à forte et les infirmières n'administrent pas les analgésiques adéquats pour soulager la douleur.
Recension des écrits	Les chercheurs démontrent que la douleur des enfants n'est toujours pas gérée de manière optimale et que jusqu'à 51% d'entre eux signalent des niveaux de douleur modérés à sévères. La thérapie analgésique est le pilier de la prise en charge de la douleur aigüe, mais elle n'est pas utilisée de manière cohérente pour soulager les enfants. La douleur non traitée peut avoir des effets négatifs sur le système cardiovasculaire, pulmonaire, immunologique et nerveux et peu altérée la réponse ultérieure des enfants face à la douleur. Il a été démontré que les infirmières pédiatriques, qui jouent un rôle majeur dans le soulagement de la douleur chez les enfants, administrent aux enfants des quantités d'analgésiques inférieures à celles qui sont disponibles sur ordonnance médicale et inférieures aux normes nationales.
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique utilisé est celui de Kaplan & Kaplan (1983) traitant des représentations cognitives (RC). Selon ses auteurs, les individus organisent les connaissances de manière compacte et ordonnée, semblable à des cartes. Ces structures mentales sont créées à la suite d'expositions répétées dans le temps à des objets, des événements et des lieux au cours des diverses expériences de vie. Les représentations sont associées entre elles. Les représentations cognitives représentent les hypothèses, les croyances et les idées fausses des individus. Elles influencent fortement la perception, le traitement et le stockage de l'information et donc le comportement. La résolution de problèmes et la prise de décision conjointe exigent souvent de recueillir de nouvelles informations et de construire de nouvelles représentations. Les RC d'une personne peuvent exercer une influence considérable sur la façon dont les nouvelles informations sont comprises et si ces informations influenceront son comportement.
Question de recherche/buts	Le but de cette étude est d'examiner la réflexion des infirmières en pédiatrie, au travers de réponses à des vignettes cliniques, sur l'évaluation et l'administration de morphine aux enfants souffrant de douleurs post-opératoires. La question de recherche est la suivante : Quels facteurs dans les vignettes d'études de cas influencent le choix des infirmières d'administrer de la morphine aux enfants souffrant de douleurs postopératoires ?
Méthodes Devis de recherche	Cette étude utilise un modèle descriptif qualitatif, comprenant des entrevues semi-structurées ouvertes menées après que les infirmières aient lu et répondu à deux vignettes. Une analyse qualitative du contenu a été faite.

Population, échantillon et contexte	L'échantillon a été recruté parmi la population d'infirmières disponibles dans quatre unités de soins pour les patients hospitalisés au sein d'un grand hôpital pédiatrique du Midwest. Les critères d'inclusion comprenaient : être une infirmière diplômée, travaillant au moins 20 heures par semaine dans une unité de soins généraux et ayant une expérience minimale d'une année en pédiatrie. 30 infirmières répondant aux critères d'inclusion constituent l'échantillon. Ce nombre a été choisi car il permet de tenir compte de la variation d'âge et des années d'expérience, de l'âge et du nombre d'enfant douloureux pris en charge et du type d'unité hospitalière dans laquelle les infirmières pratiquent. Les infirmières ont été recrutées par le biais de rencontres individuelles et de groupe dans les unités de travail et confirmé par un email.
Méthode de collecte des données	Des vignettes d'études de cas ont été utilisées pour mesurer à la fois les conclusions des infirmières sur la douleur des patients et l'administration d'analgésiques. Les réponses ouvertes permettent aux infirmières d'explorer leurs pensées et d'expliquer comment elles ont fait l'évaluation et le choix analgésique. Le choix des réponses ouvertes permet de mieux cerner les représentations cognitives et les influences possibles sur leur comportement. Deux vignettes ont été présentées aux infirmières. Elles sont tirées de l'enquête sur les connaissances et les attitudes des infirmières pédiatriques à l'égard de la douleur (PNKAS) élaborée par Manworren (2001) et modifiée par les chercheurs (âge ramené de 15 à 10 ans). Les deux enfants sont des garçons et présentent des douleurs à 8/10 à J1 après une chirurgie abdominale, avec des signes vitaux normaux. La différence réside dans le fait qu'un enfant sourit, parle et plaisante avec les visiteurs ; l'autre enfant est couché tranquillement et grimace lorsqu'il se couche. Deux heures plus tôt, les deux enfants des vignettes avaient reçu 2 mg de morphine et ont depuis signalé des niveaux de douleur allant de 6 à 8/10 ; les enfants ont identifié 2/10 comme seuil de douleur acceptable. Aucun enfant n'a souffert de dépression respiratoire, de sédation ou d'autres effets indésirables liés à la morphine. Il existe une ordonnance médicale pour l'administration intraveineuse de morphine à raison de 1 à 3 mg toutes les heures, en cas de douleur. Deux questions ont ensuite été posées aux infirmières. La première demandait aux infirmières d'évaluer le niveau de douleur de l'enfant entre 0 (aucune douleur) et 10 (pire douleur). La réponse attendue était 8 car c'était le score de douleur déclaré par l'enfant. Pour la deuxième question, les infirmières devaient choisir la quantité de morphine à administrer, entre 0, 1, 2 et 3 mg. Comme l'enfant fictif a identifié un niveau de douleur acceptable de 2 et que l'objectif n'était pas atteint même après une dose antérieure de 2 mg de morphine, la meilleure réponse était de donner une dose accrue (3 mg) de morphine. Il a été ensuite demandé aux infirmières de justifier leurs réponses. Pour les deux situations, les participantes ont explicité leurs pensées en lien avec l'évaluation de la douleur et leur choix d'administrer une dose de morphine plutôt qu'une autre. Lorsque les infirmières n'ont pas choisi 3 mg de morphine, elles ont été interrogées sur les conditions dans lesquelles elles allaient administrer 3 mg de morphine.
Déroulement de l'étude	Premièrement, le recrutement de l'échantillon s'est fait lors d'entretiens individuels et de groupe et les droits ont été obtenus auprès de la commission des établissements. Les consentements écrits et les enregistrements des rencontres avec les 30 infirmières ont eu lieu au même moment. Finalement, les données récoltées ont été retranscrites à l'aide d'une analyse qualitative du contenu.
Considérations éthiques	Les chercheurs ont obtenu les approbations du comité d'examen des établissements. Avant de signer le consentement écrit, les infirmières ont été informées du but de l'étude, des exigences, des risques, des avantages et leurs droits. Ce consentement a été signé lors d'un rendez-vous d'une heure environ, fixé à la convenance des participants, où l'enregistrement sonore de la discussion autour des vignettes a eu lieu.

Résultats Traitement/ Analyse des données	Des statistiques descriptives ont permis de déterminer la fréquence du niveau de douleur que les infirmières attribuaient à l'enfant grimaçant et à l'enfant souriant. La fréquence des choix des infirmières en matière d'administration de la morphine a aussi été calculée. Chaque entrevue a été enregistrée et transcrite en verbatim ; les transcriptions ont ensuite été comparées aux entrevues pour en assurer l'exactitude. Les transcriptions ont été codées à l'aide du logiciel ATLAS.ti (5.2). Deux chercheurs ont relevé les phrases des infirmières indiquant les facteurs qui ont influencé leur choix d'administrer plus d'antalgiques dans les deux capsules. Cet article fait état des facteurs principaux identifiés par 50 % ou plus des infirmières pour l'enfant souriant ou grimaçant. Des analyses intra-croisées ont été faites pour analyser les facteurs d'influence pour chaque infirmière et tirer des parallèles avec les groupes de dosages (c'est-à-dire les infirmières ayant administré 0, 1, 2 ou 3 mg de morphine au souriant ou au grimaçant).
Présentation des résultats	<p>Résultats pour l'échantillon : Les 30 infirmières de l'échantillon retenu s'occupaient de six enfants douloureux par semaine ou plus, la principale cause de douleur était post-opératoire. L'âge moyen des infirmières était de 28.8 ans et elles présentaient en moyenne 4.7 à 5.2 ans d'expérience en pédiatrie. 97% était des femmes et 90% étaient en possession d'un baccalauréat en sciences infirmières. 70% des infirmières ont été identifiées comme appartenant à une ethnicité blanche. La plupart des infirmières ont évalué le niveau de douleur des deux enfants fictifs à 8/10 mais moins d'infirmières ont évalué l'enfant souriant de cette manière (83.3% contre 63.3%). La majorité des infirmières ont indiqué qu'elles administreraient 3mg de morphine à l'enfant grimaçant, mais seulement un tiers d'entre elles administreraient cette dose à l'enfant souriant (36.7% contre 76.7% pour l'enfant grimaçant). Sept infirmières ont indiqué qu'elles n'administreraient pas de morphine à l'enfant souriant malgré le niveau de douleur de 8/10 signalé par l'enfant.</p> <p>Pensées des infirmières concernant l'évaluation de la douleur et l'administration de morphine : Facteurs d'influence identifiés pour l'enfant souriant dans l'ordre d'importance : le niveau de douleur actuel côté à 8/10, le manque de cohérence entre l'autoévaluation de l'enfant et les signes de douleurs observés, les signes vitaux, la vocalisation de l'enfant (les références des infirmières à la parole, aux blagues, à l'interaction avec les autres, aux gémissements, aux cris et aux hurlements) et la compréhension de l'échelle de la douleur par l'enfant. Facteurs d'influence identifiés pour l'enfant grimaçant dans l'ordre d'importance → l'expression faciale, la cote de douleur actuelle à 8/10, les signes vitaux et la mobilité. Lorsqu'elles choisissent une dose de morphine à administrer que ce soit pour l'enfant souriant ou l'enfant grimaçant, les infirmières identifient le plus souvent la dose de morphine antérieure reçue par les enfants deux heures plus tôt.</p> <p>Facteurs influant sur le choix des infirmières en matière de morphine : Les infirmières ont discuté de facteurs tels que la cote de douleur de l'enfant, l'inefficacité de la dose antérieure de morphine et le comportement ou l'apparence de l'enfant. Les infirmières qui ont choisi de ne pas administrer 3 mg de morphine ont manifesté de l'hésitation à administrer la dose plus élevée, des idées fausses sur la durée d'action de la morphine et des craintes de sur-médication, de sédation et de dépression respiratoire. Pour l'enfant souriant : les infirmières qui ont choisi d'administrer 3 mg de morphine ont le plus souvent parlé du niveau actuel de douleur de l'enfant (8/10), de l'absence de dépression respiratoire ou de sédation de l'enfant et de l'inefficacité de la dose antérieure de 2 mg de morphine. Les infirmières qui ont choisi d'administrer les doses de morphine de 0, 1 ou 2 mg ont tenu</p>

	<p>compte du comportement de l'enfant (sourires, plaisanteries), de son apparence générale (semblait confortable) et de préoccupations au sujet de la morphine (trop tôt, trop souvent, dépression respiratoire, sédation). Celles qui ont choisi de ne pas administrer de morphine à l'enfant ont dit que l'enfant semblait à l'aise, que les signes vitaux étaient bons et qu'elles ne voulaient pas trop l'endormir. Une infirmière qui a choisi de ne pas lui administrer de morphine a dit : « Je veux qu'il soit à l'aise, mais il semble très à l'aise. S'il y avait d'autres signes que celui qui dit qu'il est un 8, je n'aurais aucun problème à lui donner de la morphine. ». Une autre infirmière a dit : « Il serait trop tôt, que 2 mg pourrait (encore) être... dans son système ».</p> <p>Enfant grimaçant : Les infirmières qui ont choisi d'administrer 3 mg de morphine à l'enfant ont tenu compte de la cote de douleur actuelle, de l'inefficacité de la dose antérieure de morphine et du faciès crispé de l'enfant. Les infirmières qui ont choisi d'administrer 1 ou 2 mg de morphine à l'enfant grimaçant ont le plus souvent parlé d'administrer les doses les plus faibles, puis de « voir comment il va » et « je peux toujours monter (sur la dose) ». Aucune des infirmières n'a pris la décision de ne pas administrer de morphine à l'enfant grimaçant.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Les infirmières ont indiqué que le niveau de douleur à 8/10 et les signes vitaux de l'enfant sont des facteurs qui influencent leurs choix. Pour l'enfant souriant, les infirmières discutaient plus souvent d'un décalage entre l'autoévaluation et les signes de douleur observés (p. ex. sourire, parler ou plaisanter, signes vitaux), de la compréhension de l'échelle de douleur par l'enfant et de la vocalisation. En revanche, pour l'enfant grimaçant, les infirmières discutent plus souvent de l'expression faciale et de la mobilité. En ce qui concerne l'administration de morphine, dans les deux cas les infirmières citaient le plus fréquemment la dose antérieure de morphine reçue. Lorsque les infirmières ont été confrontées à l'auto-déclaration de douleur de l'enfant souriant et à son comportement détendu et plaisant, elles ont parlé de ce " décalage entre les signes " et se sont demandées si l'enfant comprenait l'échelle de douleur. Les infirmières ont choisi de traiter l'enfant souriant différemment de l'enfant grimaçant, malgré les taux élevés de douleur signalés par les deux enfants. Ces résultats montrent que même si les infirmières peuvent documenter une évaluation de la douleur en accord avec un enfant, elles n'utilisent pas principalement cette information d'évaluation pour orienter leurs choix en matière d'administration de morphine. Les infirmières qui ont choisi d'administrer 3 mg de morphine étaient plus susceptibles de faire des remarques positives ou neutres au sujet de l'inadéquation entre la déclaration de la douleur et le comportement ; cependant, les infirmières qui ont choisi de ne pas administrer de morphine étaient plus susceptibles de faire des remarques négatives au sujet de l'inadéquation, ce qui confirme que ces infirmières se fient d'avantage au comportement de l'enfant et à ses signes vitaux qu'à ses propres déclarations. Le fait que les infirmières qui ont choisi d'administrer 1 ou 2 mg de morphine à l'enfant souriant étaient plus susceptibles de se demander si l'enfant comprenait l'échelle que les infirmières qui n'administraient pas de morphine peut indiquer que ces infirmières ont accordé à l'enfant le « bénéfice du doute ». Ces infirmières étaient prêtes à administrer de la morphine à l'enfant souriant, mais pas la quantité maximale. Les résultats indiquent également que de nombreuses infirmières voulaient voir des preuves manifestes et objectives de douleur afin de croire que l'enfant souffre beaucoup. Les commentaires des infirmières ont indiqué que sans un comportement objectif et/ou un changement des signes vitaux, elles n'administraient pas 3 mg de morphine à l'enfant souriant. Ces résultats suggèrent que l'évaluation seule n'est pas suffisante pour améliorer le soulagement de la douleur chez les enfants. La théorie des représentations cognitives est appuyée par ces résultats. Les infirmières ont révélé leurs croyances (par exemple, rire et plaisanter indiquent un manque de douleur) et leurs idées fausses (par exemple, trop tôt pour administrer plus de morphine) qui ont influencé leurs choix concernant l'administration de morphine. Les infirmières qui pensaient que rire et plaisanter indiquaient un manque de douleur ou qui ne connaissaient pas la durée de l'effet de la morphine étaient moins susceptibles d'administrer la morphine. Une autre constatation importante de cette étude est qu'au cours de la discussion sur les facteurs</p>

	<p>influençant le choix de la morphine, les infirmières ont démontré des idées fausses sur la pharmacocinétique (durée de l'action) et les effets indésirables de la morphine. Bien que la pharmacocinétique et les effets indésirables en soi n'aient pas été identifiés comme des facteurs majeurs, les erreurs de conception des infirmières étaient évidentes dans leurs remarques. Les infirmières ont parlé de doubler la dose de morphine et se sont dites préoccupées par la sur-médication, révélant ainsi des idées fausses sur la pharmacocinétique de la morphine. Les autres commentaires des infirmières au sujet de la sur-sédation et de la dépression respiratoire indiquaient des idées fausses ou des préoccupations injustifiées au sujet des effets indésirables de cet opioïde qui auraient pu les empêcher d'administrer des analgésiques adéquats pour soulager la douleur chez les enfants.</p>
Forces et limites	<p>Dans le cadre de recherches antérieures, lorsque les connaissances et les attitudes des infirmières au sujet de la douleur étaient mesurées au moyen de vignettes, les chercheurs ne savaient pas ce que les infirmières pensaient et pourquoi elles répondaient aux questions comme elles le faisaient. Van Hulle Vincent et Denyes (2004) ont supposé que les infirmières choisissent d'administrer moins de morphine à l'enfant souriant qu'à l'enfant grimaçant en raison des différences de comportement présentées dans les deux capsules. Les résultats de la présente étude appuient cette conclusion. La force de cette étude réside dans l'utilisation d'entrevues ouvertes qui ont permis aux infirmières de révéler leurs réflexions sur l'évaluation de la douleur et l'administration d'analgésiques aux enfants souffrants de douleurs postopératoires et d'identifier les facteurs qui ont influencé leurs choix d'administration de morphine.</p> <p>Limites : petit échantillon, un seul établissement représenté, les vignettes sont en fin de compte fictives et peuvent ne pas refléter les pensées et le comportement dans des situations réelles. Vu l'intensité de la douleur chez l'enfant donc prudence dans la généralisation des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que les infirmières doivent prendre davantage conscience de leurs préjugés à l'égard des manifestations comportementales et physiologiques, par opposition à l'auto-évaluation, pour juger de l'intensité de la douleur. Les infirmières devraient accepter l'auto-évaluation de douleur par les enfants et y donner suite. L'observation du comportement des enfants devrait être utilisée en complément de l'auto-évaluation et non à sa place. Les infirmières doivent également améliorer la compréhension des recommandations pour la prise en charge de la douleur chez les enfants. La validité de l'outil d'évaluation et son emploi, la pharmacocinétique et la pharmacodynamique de la morphine doivent être mieux connus par les infirmières.</p>
Commentaires	

Références :

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

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative



Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Van Hulle Vincent, C., & Gaddy, E. J. (2009). Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics. <i>Research in Nursing & Health</i> , 32 (5), 530-539.				
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Oui, les concepts tels que les vignettes et la prise de décision en lien avec l'administration d'analgésiques apparaissent dans le titre ainsi que la population qui est composée d'infirmières en pédiatrie.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le problème, la méthode, qui utilise des vignettes de cas, les résultats principaux et une partie de la discussion sont synthétisés dans le résumé de l'article.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème de recherche est formulé dans l'introduction et est mis en lien avec les recommandations de bonnes pratiques, les effets d'une mauvaise prise en charge de la douleur et le rôle de l'infirmière dans cette prise en charge.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			La recension des écrits est complète et actuelle.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Le cadre théorique utilisé est celui de Kaplan & Kaplan (1983) qui traite des représentations cognitives.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			La question de recherche et les buts sont précisés.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis est qualitatif descriptif.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Oui, car les études antérieures n'ont pas exploré la réflexion des infirmières en réponse à des vignettes de cas. La méthode qualitative est donc adaptée.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, ce sont les infirmières en pédiatrie travaillant dans un hôpital pour enfant du Midwest aux Etats-Unis.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon comprend 30 infirmières. Les critères d'inclusion sont précisés. La justification de la taille de l'échantillon est aussi explicitée.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Les données ont été récoltées dans un lieu choisi par les participants, à l'heure qui leur convenait, les réponses ont été enregistrées et la retranscription s'est faite.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Aucun chapitre de l'article n'est dédié au déroulement de l'étude, mais la chronologie des événements est décrite dans différents paragraphes.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les droits des participants sont respectés et un consentement éclairé a été obtenu.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Oui, des analyses descriptives ont été faites pour déterminer des fréquences dans les réponses des infirmières, les transcriptions ont été codées à l'aide du logiciel ATLAS.ti (5.2). Des analyses intra-croisées ont été faites pour comprendre les facteurs d'influence pour chaque infirmière et tirer des parallèles avec les groupes de dosages.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		X		Aucune précision n'est faite à ce sujet par les deux auteurs.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sont clairement explicités et des verbatim sont cités.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Oui, les résultats sont présentés au travers de trois catégories, soit pour l'échantillon, les pensées des infirmières concernant l'évaluation de la douleur et l'administration de morphine et facteurs influençant leurs choix en matière de morphine.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Les résultats ne sont pas évalués par les participantes ou des experts.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les résultats principaux sont comparés à ceux obtenus lors d'étude antérieures et aux recommandations de bonnes pratiques.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Oui, les chercheuses précisent qu'il faut être prudent avec la généralisation des conclusions en lien avec le petit échantillon qui représente uniquement une institution, avec le côté fictif des vignettes qui ne représente pas la réalité et les vignettes qui ne représentent que de manière limitée la douleur de l'enfant.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Oui, les infirmières doivent prendre conscience de leurs préjugés en lien avec les manifestations de la douleur, améliorer leurs connaissances des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge de la douleur des enfants et les connaissances en lien avec la pharmacocinétique et la pharmacodynamique de la morphine.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Un chapitre concernant le déroulement de l'étude pourrait figurer.
Commentaires :					

Références :

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

Appendices C

Charte Européenne des enfants hospitalisés

CHARTRE EUROPÉENNE DES ENFANTS HOSPITALISÉS

Rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 *

"Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental,
particulièrement pour les enfants" - UNESCO -

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

- 1** - L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
- 2** - Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
- 3** - On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
- 4** - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
- 5** - On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
- 6** - Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
- 7** - L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
- 8** - L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
- 9** - L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
- 10** - L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

* Charte rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l'Hôpital".

European Association for Children in Hospital. (1988). Charte européenne des enfants hospitalisés. Repéré à <https://www.hug-ge.ch/enfant-adolescent/charte-enfant-hospitalise>

Appendices D

Schématisation du modèle conceptuel de Parke (1998)

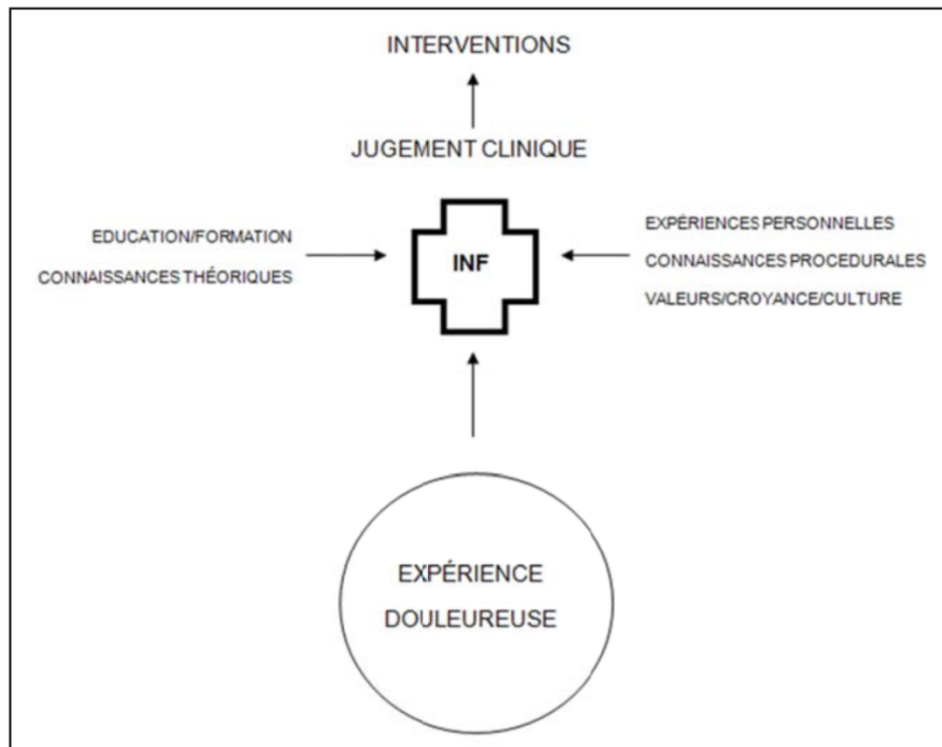


Figure 3. La schématisation du modèle conceptuel de Parke (1998)

(Schéma publié par Jubinville et al., 2014, p. 26)