

MOTS-CLÉS

Le travail est référencé selon les mots suivants : douleur chronique, adultes, infirmières, auto-gestion, *empowerment*, management.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAM	Complementary Alternative Medicine
CAS	Certificate of Advanced Studies
CDS	Conférence suisse des Directrices et directeurs cantonaux de la Santé
CII	Conseil International des Infirmières
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DC	Douleurs chroniques
EBN	Evidence Based Nursing
ECTS	European Credits Transfer System
GMF	Groupe de Médecine de Famille (Québec)
HAS	Haute Autorité de Santé (France)
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HES-SO	Hautes Ecoles Spécialisées de Suisse Occidentale
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
imad	institution genevoise de maintien à domicile
IASP	International Association for the Study of Pain
KFH	Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz
MeSH	Medical Subject Headings
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
PEC12	Plan étude cadre Bachelor 12
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des principaux thèmes abordés dans les articles sélectionnés (p. 23)

Tableau 2 : Tableaux comparatifs des articles sélectionnés (p. 24)

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Diagramme de Flux (p. 22)

Figure 2 : Schéma DC et *empowerment* (création originale, p. 42)

Table des matières

INTRODUCTION	7
1. PROBLÉMATIQUE	8
1.1 CONTEXTE	8
1.2 DE LA DOULEUR À LA CHRONICITÉ : LA PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR	8
1.3 L'EXPÉRIENCE DE LA DOULEUR ET SON ÉVALUATION	11
1.4 DE LA DOULEUR AUX BESOINS DES PATIENTS	12
1.5 ÉVOLUTION DU RÔLE INFIRMIER VERS DE NOUVELLES COMPÉTENCES.....	13
1.6 CADRE THÉORIQUE	15
1.6.1 <i>Ancrage disciplinaire</i>	16
1.6.2 <i>Métaconcepts</i>	17
1.7 QUESTION DE RECHERCHE	19
2. MÉTHODE	20
2.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE	20
2.2 DIAGRAMME DE FLUX.....	22
3. RESULTATS	23
3.1 TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRINCIPAUX THÈMES ABORDÉS DANS LES ARTICLES SÉLECTIONNÉS.....	23
3.2 TABLEAUX COMPARATIFS DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS	24
3.3 ANALYSE DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS	36
3.3.1 <i>Le patient et la douleur chronique</i>	36
3.3.2 <i>Le patient et l'infirmière</i>	37
3.3.3 <i>Le patient et la systémique familiale</i>	38
4. DISCUSSION	39
5. APPLICATIONS DANS LA PRATIQUE	43
6. CONCLUSION	44
LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
LISTE BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	52
EXEMPLES DE FICHE DE LECTURE	52

INTRODUCTION

Dans le cadre de notre Bachelor en soins infirmiers, nous réalisons un travail d'après le plan d'études cadre 2012 avec les critères suivants : formuler une question de recherche, faire une recherche documentaire dans notre discipline en tenant compte des niveaux de preuve puis analyser ces résultats de recherche en étant capable de poser un regard critique sur ces articles scientifiques et identifier des pistes d'application pour la pratique des soins (Plan Etude Cadre Bachelor12, 2012).

Le thème que nous avons retenu est la douleur chronique. Nous avons décidé d'axer notre travail sur le rapport entre l'*empowerment* et la douleur chronique. Plusieurs questions sont à l'origine de notre réflexion. *Quelles sont les compétences du patient dans la gestion de sa douleur chronique ? Comment rendre le patient compétent dans la gestion de sa douleur chronique ? L'infirmière¹ peut-elle favoriser l'empowerment du patient afin de le rendre compétent dans la gestion de sa douleur chronique ?*

La douleur chronique est une affection complexe, aux multiples dimensions, sensorielle, émotionnelle, affective et comportementale, qui est un défi pour notre système de santé en termes d'efficacité de la prise en soin et de coûts directs et indirects pour la société.

Les infirmières pourraient jouer un rôle de premier plan dans la prise en soin de la douleur chronique et, sous l'impulsion de leurs patients, en les prenant en soin de manière holistique, feraient évoluer la pratique.

L'accès à la connaissance médicale a été démocratisé par les nouvelles technologies au XXe siècle, la médecine conventionnelle a été remise en question par des approches paramédicales parfois plus aptes à prendre la personne dans sa globalité. L'infirmière doit enrichir sa pratique et ouvrir ses connaissances, afin d'être un partenaire pour ces personnes atteintes de douleurs chroniques. Elle doit pouvoir les aider à choisir les traitements qui améliorent leur qualité de vie et celle de leur famille.

L'évolution des modèles de soins, basés sur l'*empowerment*, ainsi que l'intégration de la dynamique familiale et des proches aidants, favorisent une meilleure gestion de la douleur chronique (Lewandowski, Morris, Burke Draucker & Risko, 2007, p.1020).

A travers six articles de recherche scientifique, ce travail met en lumière les efforts fournis par les professionnels de santé, pour permettre aux patients d'auto-gérer leur douleur chronique.

¹ Terme épïcène

1. PROBLÉMATIQUE

1.1 Contexte

En 2011, la douleur chronique avait un impact de 24 milliards de dollars sur l'économie américaine (Denneson, 2011, p.1119).

En 2009, le centre espagnol pour l'Evidence Based Nursing en collaboration avec l'Institut Joanna Briggs, établit qu'en Europe un adulte sur cinq souffre de douleurs chroniques.

Breivik dans un article publié dans le *European Journal of Pain* (2006), met en lumière l'impact de ce type de douleurs sur la qualité de vie des Européens : une personne souffrante sur cinq a perdu son travail et les personnes restantes ont pris en moyenne plus de 15 jours de congé maladie par année. Une personne souffrant de douleurs chroniques sur cinq a été diagnostiquée dépressive et souhaite parfois mourir en raison des douleurs trop élevées. Plus de 40% ont vu leurs activités quotidiennes affectées. Certaines se sentent incapables d'aborder leurs douleurs avec leur médecin. En Suisse, le seul coût que génèrent les douleurs dorsales en 2013 s'élève à 7,5 milliards de francs suisses selon le Bulletin 36/14 de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Dans ce même rapport, nous apprenons que les douleurs liées aux rhumatismes représentent un coût de 4,5 milliards de francs, soit 3% des coûts totaux de la santé Suisse² (Office Fédéral de la statistique 2016). Ces montants incluent les coûts directs et indirects. Les coûts engendrés par ces pathologies pourraient être réduits par de « la prévention et de la détection précoce » de ces douleurs selon l'OFSP (2015). L'OFSP fait de la maîtrise de ces coûts un enjeu majeur de sa stratégie de Santé2020.

1.2 De la douleur à la chronicité : la physiologie de la douleur

Le mot « douleur » tire son origine du latin « dolor » qui signifie peine, mal (Larousse, 2015).

A ce jour, selon l'Association Internationale pour l'étude de la douleur ou *international Association for the Study of Pain*, qui fait autorité dans les milieux spécialisés (IASP, 2015), « la douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ». Cette définition implique donc que la douleur est subjective et différente pour chacun. La douleur est personnelle, intime, dépendante d'une culture, d'une croyance,

² Le coût total de la santé en Suisse en 2016 s'élève à 71,2 milliards de francs suisses.

d'une éducation, de l'âge, du sexe, de l'expérience de la douleur passée, ce qui explique la difficulté de la mesurer et la qualifier de manière générale (Allaz, 2003, p. 16).

La notion de « douleur chronique », selon un consensus d'experts liés au domaine, implique que la douleur persiste au delà de trois mois et sans rapport avec la cause (IASP, 2015).

Cependant, comme l'évoque Allaz & Piguët (2009), « la temporalité ne peut être la seule définition pour le phénomène complexe et dynamique que sont les douleurs chroniques, elles devraient être définies en termes de probabilité d'évolution vers une chronicité et non comme un état immuable » (p. 1347). Cette définition temporelle tente de distinguer douleurs aiguës et douleurs chroniques, et condamne ainsi les patients vers une voie sans issue, où nous ne prenons pas en compte la possibilité de l'installation silencieuse d'une éventuelle chronicité dans l'aigu (Allaz et Piguët, 2009). En effet toute douleur chronique a démarré par une douleur aiguë.

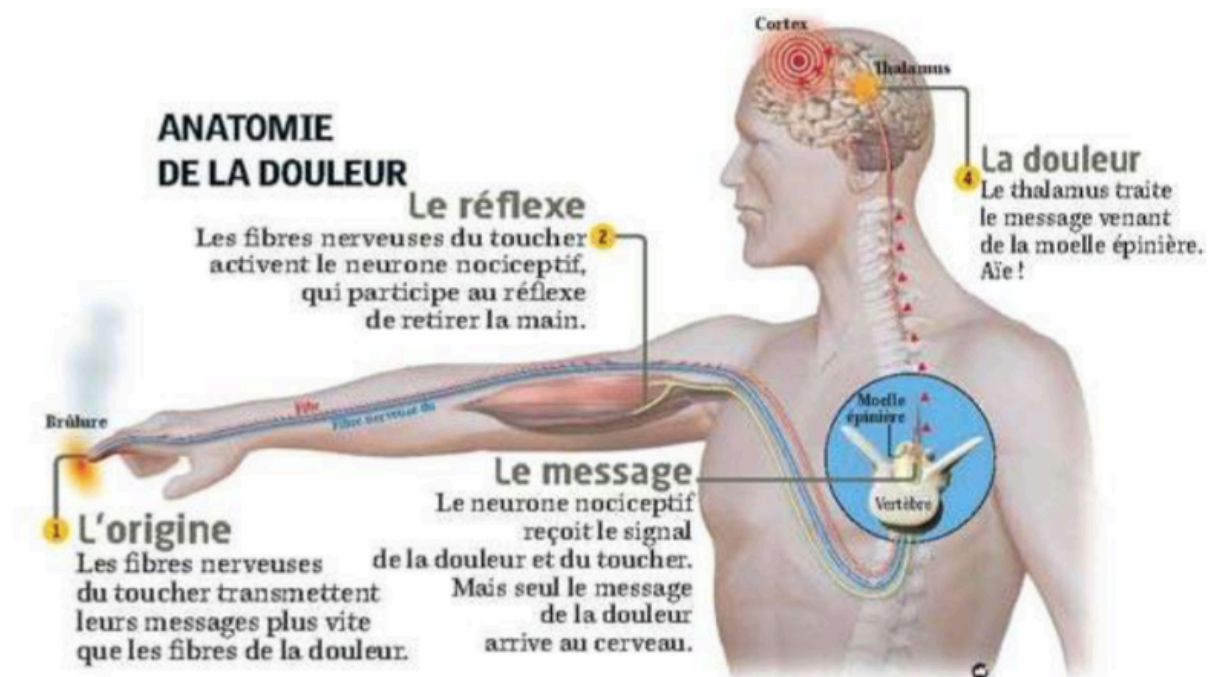
Enfin, comme le souligne la HAS (2008) la douleur chronique n'est pas toujours liée à une cause établie, telle que peut l'être une douleur aiguë, car le « mécanisme initiateur » n'est pas aussi clairement identifiable que dans un contexte de douleur aiguë (p. 17). Cette notion est intéressante car elle explique pourquoi son traitement est si complexe.

Finalement, une définition plus ouverte suggère que « la douleur est ce que la personne atteinte de douleur chronique dit qu'elle est, existant dès lors qu'elle affirme la ressentir » (HAS, 2008).

La douleur se manifeste sous deux formes. Elle peut-être nociceptive, qui permet la perception de la douleur ou neuropathique/neurogène, qui correspond à l'atteinte d'un nerf ou du système nerveux, résultant souvent d'un dysfonctionnement de la voie nociceptive (Muller, Metzger, Schwetta & Walter, 2012, p.28). Pour éclairer davantage ces notions, il est nécessaire de comprendre brièvement le processus neurophysiologique de la douleur aiguë. La transmission de la douleur se fait sur trois niveaux. Le niveau des récepteurs, le niveau de la voie ascendante et le niveau de la perception.

Le message nociceptif résulte d'une stimulation douloureuse, soit mécanique, thermique ou chimique ressentie par des fibres nerveuses périphériques, spécifiques à la douleur. Le message douloureux débute donc au niveau des récepteurs de ces terminaisons nerveuses qui se situent à la peau, dans les tissus sous cutanés,

musculaires, articulaires, ainsi que les viscères et remonte le long de la moelle épinière. La transmission du message qui se fait au moyen de neurotransmetteurs, continue par la voie ascendante, celle-ci faisant synapse avec les racines postérieures du rachis ou des nerfs crâniens. Cette cascade d'évènements continue en passant par le thalamus, relai essentiel de l'information douloureuse et finit par être analysée dans le cortex cérébral (Mann, 2007 ; Marieb & Hoehn, 2010). Le cortex joue un rôle important dans la composante sensori-discriminative de la douleur, il code pour sa localisation, sa durée et son intensité laissant ainsi une sensation qu'un individu nommera douleur (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p. 40-47).



Tiré de : Mécanisme de la douleur. Anatomie de la douleur (2013)

Enfin, il est nécessaire de souligner la capacité des contrôles inhibiteurs, que le corps met en place modulant ainsi la sensation douloureuse. Aujourd'hui, nous savons qu'il est aussi important de renforcer ces mécanismes modulateurs, que d'agir sur les mécanismes excitateurs (Chauffour-Ader & Daydé, 2012, p. 47).

La théorie du « gate control » soit la théorie du passage contrôlé, mis en évidence par Melzack et Wall en 1965, explique ces mécanismes inhibiteurs. Cette découverte a permis d'expliquer la capacité d'un message douloureux à être inhibé par une autre stimulation non douloureuse, soit modulatrice, comme l'application d'eau froide lors de brûlure, fermant ainsi la porte de la douleur initiale (Chauffour-Ader & Daydé, 2012 & UPSA, 2003).

La théorie du passage contrôlé veut que les influx nerveux, provoqués par le traumatisme, soient modifiés dans la moelle épinière par d'autres cellules nerveuses qui font fonction de portes, les empêchant de passer ou, au contraire, en facilitant le passage. Autrement dit, le cerveau n'est pas un récepteur passif de message de douleur ; il peut modifier ces messages et décider s'ils valent la peine d'être reçus (Melzack, 2016).

Cette théorie actuelle, a permis une avancée majeure dans la compréhension des douleurs du membre fantôme et de l'action neurobiochimique des traitements. Elle a surtout permis l'ouverture de nouvelles approches thérapeutiques comme entre autres, les massages, l'hypnose, l'acupuncture, la neurostimulation (pratiquée au centre d'antalgie de l'hôpital de Morges) (Melzack, 2016).

1.3 L'expérience de la douleur et son évaluation

A travers l'histoire, la compréhension de la douleur a trouvé différents sens, allant de la croyance d'une punition divine dans l'Égypte ancienne, jusqu'à l'émergence d'un rôle du système nerveux se situant dans l'induction et la transmission d'une souffrance (Hubert, 2014).

La médecine moderne a longtemps considéré l'expérience de la douleur comme étant uniquement reliée à une problématique somatique. Or, si l'on se base sur les écrits de Spicher (2002) mais également de Bioy & al. (2001), « la douleur imprègne l'esprit et le corps du patient », elle « vampirise le corps ». Il est donc nécessaire de faire un lien entre expérience de la douleur et expérience du corps.

En effet, il aura fallu attendre la fin des années 1980, pour que la douleur du nouveau-né soit considérée et reconnue comme laissant un impact cognitif sur le long terme, lors de douleurs nociceptives intenses non soulagées (Ecoffey & Annequin, 2011, p. 9).

Cette considération a alors permis la mise en évidence d'une nouvelle compréhension de la douleur et a ainsi ouvert des suppositions éventuelles d'une « mémoire » de la douleur sur le corps. Ce que souligne d'ailleurs Guillouf, en disant que « les progrès dans les connaissances neurophysiologiques ont établi que les systèmes de perception de la douleur sont en place dès la vingtième semaine de développement fœtale » (Guillouf, 2014, p. 111).

Depuis ces quarante dernières années, de nombreux outils d'évaluation de l'intensité de la douleur ont vu le jour. Les échelles de douleurs, comme l'échelle numérique ou visuelle analogique, étant les plus utilisées à ce jour. Elles sont un outil indispensable et représentent une certaine reconnaissance objectivable de l'intensité de la douleur

pour le patient. Cependant, cette évaluation reste quantitative et ne répond pas suffisamment au caractère subjectif de la douleur, c'est à dire aux dimensions émotionnelles, affectives, cognitives, comportementales et sensorielles (Cabot, Le May & Besner, 2007, p. 36).

Comme le soulève l'HAS (2008) :

De nombreux systèmes participent au phénomène de la douleur : sensoriel (localisation, nature de la douleur, durée, etc.), moteur (déroulement des mouvements, augmentation de la douleur, posture antalgique, raccourcissement musculaire, asymétrie, atrophie, etc.), autonome (symptômes concomitants : transpiration, respiration rapide, insomnie etc.), affectif (humeur, dépression, altération de l'image de soi, idées suicidaires, etc.), cognitif (expériences douloureuses antérieures, longs séjours à l'hôpital, expériences précédentes avec des médecins, attentes vis-à-vis des traitements, etc.). (p. 18)

Afin d'évaluer ces composantes subjectives, les professionnels ont créé divers outils, comme le questionnaire MPQ³ et BPI⁴. Des outils nouveaux qui n'ont pas été mentionnés dans les articles que nous avons analysés.

1.4 De la douleur aux besoins des patients

Le rapport de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2001), définit que la douleur chronique est « persistante, perturbe le sommeil et la vie normale, cesse de servir une fonction protectrice, et dégrade la santé et les capacités fonctionnelles » (p. 11). L'impact sur la qualité de vie est donc réel et engendre des besoins en terme de prise en soin (UPSA, 2003). Une prise en soin globale se doit de prendre en compte toutes les problématiques du patient et non pas seulement la douleur. Pour répondre en partie à cela, l'éducation thérapeutique a fait ses preuves ces dernières années. Selon Keller et Basler (2001) :

Une approche d'éducation du patient efficace reconnaît les besoins spécifiques des patients souffrant de certaines maladies, donne aux patients des informations essentielles et des aptitudes, augmente la motivation et

³ *Mc Gill pain questionnaire* conçu pour évaluer la douleur au niveau quantitatif selon trois paramètres : sensori-discriminative, motivo-affective, et cognitivo-évaluative.

⁴ *Brief pain inventory* est une échelle mesurant l'intensité de la douleur et son impact sur la vie quotidienne.

l'adhésion des patients, et soutient le processus d'implémentation et de maintien des changements de vie nécessaires (p. 13).

Dans la reconnaissance des besoins spécifiques, le patient attend souvent des soignants qu'ils croient sincèrement à sa douleur avec une réelle posture empathique (Berrewaerts, Doumont & Deccache, 2003).

Les patients se montrent beaucoup plus actifs dans la prise en charge de leurs symptômes, avec une demande de compréhension souvent pointue sur des notions pharmacologiques et physiopathologiques. Cette demande, favorisée par l'émergence d'internet dans les années 2000, puis l'évolution rapide de divers outils de communication liés à la santé, représente un changement considérable dans la prise en soin de la santé des patients. Les professionnels font face à des patients qui se positionnent comme acteurs de leur santé, qui s'interrogent, remettent en question les propositions de soin et tentent de trouver d'autres alternatives face à leurs problèmes. On parle alors du concept d'*empowerment* qui dans ce contexte de soin signifie « le pouvoir d'agir sur son état de santé ». Ce concept amène vers un nouveau paradigme de soins, résolument tourné vers une éducation thérapeutique, avec un patient participatif et au cœur du soin, cherchant une relation de collaboration avec le soignant (Berrewaerts et al., 2003 ; Jayet, 2009 & Mascret, 2012). Enfin, il est observé que de nos jours, davantage de patients se tournent vers des alternatives supplémentaires à la médecine classique pour soulager leurs maux. Wallace & Dunajcik, le citaient déjà :

Des approches non pharmacologiques offrent des avantages supplémentaires aux effets des analgésiques. Ils permettent entre autres d'améliorer l'humeur, de réduire l'anxiété, d'augmenter le sentiment de contrôle du patient, de renforcer les capacités de coping, d'aider au sommeil, de relaxer les muscles, et d'améliorer la qualité de vie (Wallace, 1992 & Dunajcik, 1999, cité par Berrewaerts, Doumont, & Deccache, (2003), p. 8).

1.5 Evolution du rôle infirmier vers de nouvelles compétences

Depuis ces trente dernières années, la formation d'infirmière en Suisse est en mutation, comme en témoignent les changements d'intitulé du diplôme.

Dès 1980, le diplôme d'infirmier est un diplôme de « soins généralistes » (CDS, 2006, p. 1). En 1992, de nouveaux type de diplôme, le niveau I sur une durée de trois ans et le niveau II d'une durée de quatre ans, entrent en vigueur. A ce jour, le niveau II existe toujours et est délivré par les écoles spécialisées, principalement situées en Suisse alémanique ainsi qu'au Tessin. En 1999, les diplômes de santé se positionnent au

niveau tertiaire, avec l'entrée en vigueur des HES santé/social. Les premières volées débutent en 2002. Ce nouveau cursus d'étude renforce les aspects scientifiques, la recherche appliquée et l'interdisciplinarité (Caverzasio, 2007, p. 29). Conformément à la déclaration de Bologne, un nouveau plan d'étude débute en 2006. Trois ans plus tard, les premiers diplômés en *Bachelor of science HES-SO* en soins infirmiers arrivent sur le marché du travail (HEdS, 2016). Cette formation comprend 180 crédits ECTS qui l'élève au rang de Bachelor. Enfin, en 2012, un nouveau plan d'étude cadre, le PEC12, voit le jour. Les nouveautés majeures sont l'implantation d'un référentiel de compétences, défini par la KFH⁵, élaboré à partir du modèle de référence mondial, le canMEDS⁶, en 2005. Il définit sept compétences : le rôle d'experte en soins infirmiers, de communicatrice, de collaboratrice, de manager, de promotrice de la santé, d'apprenante formatrice, et enfin de professionnelle, ce qui permet l'harmonisation des objectifs pédagogiques des diplômés de la santé HES-SO. Avec le nouveau programme PEC-12, un accent particulier a été apporté sur les compétences de communicatrice et de collaboratrice. Pour ce faire, des modules interprofessionnels ont été introduits, avec des enseignements de pratiques simulées, en partenariat avec les écoles de médecines et les autres filières de la santé (HES-SO, 2012, p. 18).

Le Centre for the Advancement of Interprofessional Education du Royaume-Uni définit, qu'il y a formation interprofessionnelle lorsque deux professions ou davantage sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître, pour mieux collaborer et améliorer la qualité des soins (2002, traduction libre).

Dans le contexte complexe que représentent les douleurs chroniques et le problème des coûts auxquels le système de santé fait face, l'interprofessionnalité permet une certaine efficacité et une meilleure qualité des prises en charges médicales.

Finalement comme le soulignent Ledergerber, Mondoux & Sottas (2009) :

Les diplômés Bachelor en soins apportent des plus-values au niveau de la compréhension du chemin thérapeutique, de l'aptitude à gérer les cas, de l'autonomie, de l'acquisition des connaissances nécessaires à l'optimisation des concepts de soins et des capacités en évaluation clinique (p. 25).

⁵ Traduit de l'allemand : la conférence des recteurs des Hautes écoles spécialisées Suisses.

⁶ Cadre de compétences canMEDS 2005 pour les médecins du collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

1.6 Cadre théorique

Dès les années 1960, les avancées thérapeutiques et pharmacologiques ont conduit les soins infirmiers à repenser leur rôle. Les années 1950/1980 sont aussi marquées par le développement des systèmes de communication et l'émergence de programmes sociaux/sanitaires en réponse aux ravages laissés par la Seconde Guerre Mondiale (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010). Plus tard, en 1970, le Canada lance une réforme des soins accentuant la promotion de la santé. Cette réforme pousse alors les infirmières vers « un rôle plus complémentaire et unique de promotion et de maintien de santé de la personne et de sa famille » (Paquette-Desjardin, Sauvé & Pugnaire Gros, 2015). La santé évolue alors d'un paradigme dit de la catégorisation, où l'infirmière « fait pour », vers un paradigme de l'intégration, où l'infirmière « fait avec » (Pépin & al., 2010). Durant cette période dite « générative »⁷, il est considéré que les infirmières partagent leur savoir sur la santé en prenant en compte l'expérience des patients. Dans cette mouvance, deux infirmières visionnaires, Moyra Allen et Laurie N.Gottlieb ont élaboré un cadre de référence pour les soins infirmiers, qui deviendra par la suite le modèle McGill (Paquette-Desjardin & al., 2015). Un modèle qui considère la personne, sa famille et son environnement comme un tout.

Ce modèle s'inscrit dans le paradigme de « l'intégration », mais on peut également considérer qu'il s'intègre dans celui de la « transformation » qui émerge à la fin du 20^{ème} siècle.

Selon la hiérarchie des connaissances proposées par Fawcett (2013), le modèle de McGill s'inscrit au niveau des théories intermédiaires, grâce à ses concepts concrets orientés vers une approche communautaire incluant les familles. Les théories intermédiaires sont plus facilement applicables à la pratique, de par leur niveau d'abstraction moins élevé que les modèles conceptuels, dont les caractéristiques sont beaucoup plus globales.

Enfin, le modèle McGill se rattache à l'école de l'apprentissage de la santé. Il soutient que « la santé s'apprend par la découverte personnelle et la participation active, principalement au sein de la famille ». Ces apprentissages sont essentiels car « la santé d'une nation est sa ressource la plus précieuse » (Pépin & al. 2010).

⁷ Période regroupant un ensemble de théories développés à partir des années 1950.

1.6.1 Ancrage disciplinaire

Plusieurs modèles auraient pu s'associer à *l'empowerment* des patients dans la gestion des douleurs chroniques. Cependant, peu sont ceux qui intègrent et considèrent pleinement le patient et la famille comme un tout. Dans le modèle de McGill, il est établi que la famille a un impact sur l'individu et oriente ses valeurs, ses comportements et ses émotions. Afin d'accompagner au mieux un patient dans un contexte de douleur chronique, il est donc utile de considérer les forces et les faiblesses de la systémique familiale et de les intégrer dans le processus de soins.

D'après Wood (2014), trois facteurs influencent la douleur ; les prédispositions individuelles, les facteurs environnementaux, qui montrent qu'environ 47,6% des patients ont une histoire de douleur chronique dans leur famille, et les facteurs psychologiques. La douleur est aussi influencée, toujours d'après Wood (2014), par les émotions, les pensées et le contexte socio-culturel. L'environnement ayant un rôle dans le vécu de la douleur, il est important que l'infirmière le prenne en compte dans sa prise en soin.

Le modèle McGill a été influencé par de nombreux courants de pensées de l'époque, comme explicité précédemment dans le cadre théorique. Cependant, les influences les plus significatives sont la théorie de l'apprentissage de la santé sociale de Bandura en 1977, puis la déclaration d'Alma Alta en 1978, qui édictent la nécessité de promouvoir la santé des peuples au niveau mondial ainsi que l'auto responsabilité de la collectivité et de l'individu. Enfin, selon Fawcett (2013), ce modèle s'inspire de la théorie des systèmes de Von Bertallany, élaborée en 1968, où la famille est considérée comme un système en interaction réciproque (Paquette & Sauvé, 2008, p. 18). Pour McGill, la personne, le patient, le client est associé à la famille et ils ne font qu'un. Ce modèle offre des perspectives larges de par son approche globale et intégrée de la santé. Il met l'accent sur le partenariat essentiel entre la personne, la famille et le soignant ; élément fondamental vers une compréhension de la douleur vécue par cette personne/famille et vers un apprentissage de sa gestion. L'infirmière et la personne/famille interagissent et échangent des connaissances et expertises l'une et l'autre. Par cette approche, le soignant maintient, renforce et développe la santé du patient en l'engageant activement dans son processus d'apprentissage et en faisant appel à ses stratégies de *coping*.

Selon le modèle McGill, il existe deux mécanismes interreliés et indissociables en matière de santé.

Le mot *coping* tire son origine du verbe anglais « to cope with » qui signifie « faire face à » (Larousse, 2015). Selon Lazarus et Folkman (1984), *le coping* est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives » (p. 141).

Selon le modèle McGill, le *coping* est une habileté acquise par l'individu qui évolue dans le temps, la famille et son environnement. Cette habileté permet à l'individu de faire face à sa situation et de réagir face aux membres de la famille, des proches et de la société. Elle permet l'élaboration de buts, l'atteinte d'objectifs communs et des besoins exprimés ou l'amélioration de situations difficiles. McGill décrit que le *coping* se définit comme tous les efforts déployés et les moyens utilisés, par la personne et sa famille, pour faire face à des événements nouveaux de la vie ou pour résoudre des problèmes. Il sert aussi à atténuer la tension liée à la situation ou à améliorer cette dernière (Gottlieb & Ezer, 1997).

Le développement est le prolongement du *coping* . C'est un processus inné et continu où l'individu apprend de ses expériences et trouve des moyens pour faire face aux divers événements de la vie. Le développement vise à « la réalisation des buts que l'on s'est fixé dans la vie, il implique donc une prise de conscience et une mobilisation de ses ressources internes » (Biro et al., 2005, p 31). Dans ce processus, l'infirmière guide la personne/famille à reconnaître et mobiliser son potentiel, l'aide à identifier et utiliser des ressources pour se fixer des buts à atteindre permettant de se réaliser en tant que personne (Paquette-Desjardin & al., 2015). Dans cette démarche l'infirmière accompagne alors le patient/famille vers une prise de pouvoir sur son état de santé.

1.6.2 Métaconcepts

Comme dans tous les modèles et théories en sciences infirmières, les quatre métaconcepts que sont la santé, la personne, l'environnement et les soins sont définis. Dans le modèle McGill, ces métaconcepts sont tous liés. La spécificité de ce modèle est la présence d'un cinquième métaconcept, « le concept pont », qui est « l'apprentissage » et fait référence à ses valeurs liées à l'éducation de la santé. (Paquette-Desjardin & Sauvé, 2008, p. 21).

Le concept-Pont :

L'apprentissage est l'assise principale de ce modèle, on le retrouve dans chaque métaconcept.

Selon Paquette-Desjardin & al. (2015) :

La santé est un processus d'apprentissage. La personne/famille est capable d'apprendre. La famille et l'environnement sont des contextes sociaux d'apprentissages. Les soins infirmiers sont en lien direct avec la personne/famille par une relation de collaboration donnant lieu à des apprentissages autant pour la personne/famille que pour l'infirmière (p. 44).

La santé :

D'après Birot, Dervaut et Pegon (2005, pp. 30-31), le concept de santé coexiste avec la maladie dans le modèle McGill. Il est mis en avant qu'aussi bien la santé que la maladie peuvent avoir un « pôle positif » et un « pôle négatif ». La dynamique familiale influence de manière positive l'état de l'individu et de manière équivalente, la santé a une influence sur la dynamique familiale. « Cette prise de conscience dans la pratique infirmière permet de guider les interventions auprès des familles qui visent à améliorer et favoriser leur fonctionnement. » (Birot & al., 2005, p. 31).

La santé est la deuxième composante principale de ce modèle. Comme l'expose le modèle McGill, la personne apprend ce qu'est la santé en interaction avec sa famille et de manière plus large, avec son environnement. Cette notion d'apprentissage fait alors appel au *coping* et *développement*, processus important du modèle.

La personne/famille :

Selon Birot & al. (2005), le modèle McGill considère la personne comme un « partenaire actif » qui contribue à la résolution des problèmes qui l'incombe. L'infirmière ne se positionnera pas pour résoudre les problèmes mais agira afin de laisser l'individu et sa famille trouver leur propre solution.

D'après le modèle McGill, la dynamique familiale est le cœur du soin. Dans une démarche de gestion de la douleur chronique du patient, il est important de le replacer au centre du soin et au centre de son environnement : sa famille. Selon Paquette-Desjardins & Sauvé (2008), « l'apprentissage se traduit par l'adoption d'un nouveau comportement ou la modification d'un comportement à la suite d'interactions avec l'environnement » (p. 28), soit avec la personne/famille aussi.

Les soins infirmiers ou la relation de collaboration :

L'infirmière a pour rôle de faire ressortir les forces et ressources de la personne/famille. Pour ce faire, elle encourage ces derniers vers un processus d'apprentissage. Comme le souligne Paquette-Desjardins & Sauvé (2008), « l'infirmière devient l'agent facilitateur dans le développement des habiletés nécessaires à la résolution de problème » (p. 25). Elle occupe aussi un rôle de coach, experte, collaboratrice, soignante et initie le changement. Enfin, le modèle McGill considère que l'infirmière et la personne/famille soulèvent ensemble des « défis », terme jugé plus positif que celui de « problèmes », car il invite au dépassement de soi (Paquette-Desjardin & al., 2015, p. 30).

L'environnement :

Le modèle McGill traduit l'environnement comme le contexte social dans lequel se fait l'acquisition des apprentissages de comportements de la santé. Selon Gottlieb et Rowat (1987) cité par Birot & al. (2005), « la famille est considérée comme l'environnement clé puisque creuset de la promotion de la santé en tant que telle et enjeu sanitaire pour la société dans laquelle elle s'inscrit » (p. 32).

1.7 Question de recherche

Nous constatons au travers de nos pratiques personnelles en stage, durant notre formation, que la gestion de la santé est en mutation ces dernières années en Suisse. Le patient est au centre des soins et devient acteur de sa prise en charge. L'accès aux informations sur sa santé est facilité tant institutionnellement qu'individuellement. Dans ce nouveau contexte, quel rôle et quelles compétences l'infirmière doit-elle développer afin de répondre à ces générations de patients plus informés ? Comme évoqué précédemment, la douleur chronique entraîne des répercussions sur toute la systémique du patient et sur son état de santé. Nous nous sommes alors demandé :

Quelles sont les interventions infirmières qui favorisent l'empowerment du patient douloureux chronique ?

2. MÉTHODE

2.1 Stratégie de recherche

La méthode de recherche de ce travail est basée sur la méthode PICOT qui a permis la recherche de termes MeSH (Medical Subject Headings) afin de trouver des articles ciblés. Les MeSH sont un référentiel de termes contrôlés et normalisés représentant des concepts dans le domaine de la santé (Inserm, 2016).

PICOT	
Population	Patient, famille
Intervention	<i>Empowerment</i> , interventions infirmières, compétences patient
Contexte	Personne/famille dans un contexte de DC
Outcome (=résultats)	Autogestion de la douleur chronique et diminution des symptômes
Temporalité	x

MEsH term retenus	
Chronic pain	Douleurs chroniques
Self management	Auto-gestion
<i>Empowerment</i>	<i>Empowerment</i> , prise de pouvoir
Nurse/Nursing	Infirmière
Family system theory	Systémique familiale

Nous avons ensuite principalement utilisé la base de données CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), qui est une référence pour les articles scientifiques des soins infirmiers (EBN). Nous avons également effectué nos recherches sur la base de données PubMed, qui est la principale base de données multilingue bibliographiques du domaine biomédical. Enfin, une troisième base de données, LISSA (Littérature Scientifique en Santé) a aussi été consultée lors de nos recherches.

De plus, nous avons exploré les bibliographies des articles que nous avons sélectionnés. Enfin, nous avons parcouru des lectures recommandées par les

professionnels de la santé que nous avons rencontrés au début de ce travail de Bachelor. Ces recherches documentaires se sont déroulées de mars 2015 à mai 2016.

Lors de la première recherche, en croisant tous les MesH term réunis, un total de **1490** articles ont été trouvés sur les trois bases de données scientifiques.

Nous avons alors changé de stratégie de recherche, en croisant seulement les termes : *chronic pain, empowerment et nursing* : **23** articles sont ressortis.

Enfin, le croisement des termes : *chronic pain, nurses, management et family system theory*, a pu permettre la mise en évidence de **16** articles.

Les filtres tout au long des recherches étaient :

- L'âge (+ de 19 ans)
- Date de parution au delà de 2006

Les critères d'exclusion tout au long de la recherche étaient :

- Douleurs aiguës
- Douleurs cancéreuses

Cet affinage de la recherche nous a permis d'obtenir des articles qui traitaient réellement de notre problématique de départ, et un gain de temps réel vers le processus de sélection des articles. Au total, 39 articles concernant notre problématique ont été retenus dans la première sélection. Il a fallu en sélectionner six en fonction de leur titre, de leur résumé, de leur pertinence et de leur niveau de preuve. Nous avons exclu les douleurs cancéreuses car cela peut faire l'objet d'une recherche spécifique. Nous avons essayé de rester au plus proche des critères de sélection imposé par la HEdS afin d'obtenir le meilleur niveau de preuve selon les EBN.

A notre grand regret, aucun article n'évoquait l'utilisation du modèle McGill dans un contexte de douleurs chroniques.

2.2 Diagramme de flux

Le processus d'identification et de sélection des articles est illustré ci-dessous :

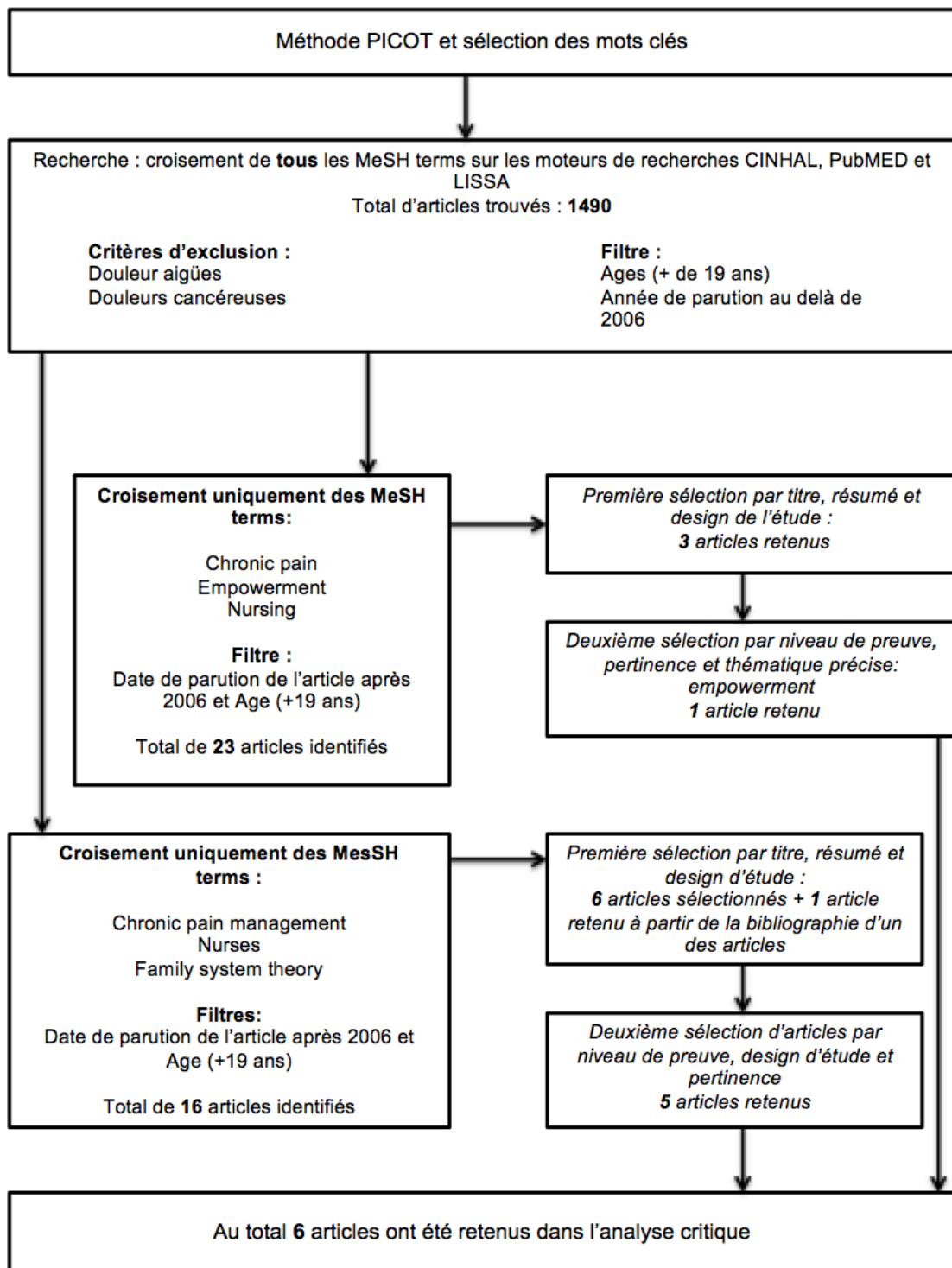


Figure 1 : Diagramme de Flux

3. RESULTATS

3.1 Tableau récapitulatif des principaux thèmes abordés dans les articles sélectionnés.

Thèmes	Articles scientifiques	<i>Literature review of pain management for people with chronic pain.</i>	<i>Self-management support for chronic pain in primary care : a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles.</i>	<i>Gestion de la douleur chronique par les infirmières des Groupes de médecine de famille.</i>	<i>A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies.</i>	<i>Empowering dialogues – the patient's perspective.</i>	<i>Chronic Pain and the Family : Theory-driven treatment approaches.</i>
Interpersonnel	Identité			X	X	X	X
	Douleur chronique (DC)	X	X	X	X	X	X
	Coping	X	X			X	X
	<i>Empowerment</i>				X	X	X
Soignants	Outils de soins	X	X	X	X	X	
	Education thérapeutique	X		X	X	X	X
	Interdisciplinarité	X	X	X			
	Pouvoir		X	X		X	X
Environnement	Systémique familiale						X
	Accompagnement	X	X			X	X
	Ecoute		X			X	X
	Support familial	X	X				X

3.2 Tableaux comparatifs des articles sélectionnés

Titre / Auteurs (Année)	Type d'Étude / Population	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de Mesure	Principaux résultats	Points forts	Limites
<p>Literature review of pain management for people with chronic pain.</p> <p>Takai,Y., Yamamoto-Mitani,N., Abe,Y., Suzuki,M.</p> <p>(2015)</p>	<p>Revue systématique de littérature.</p> <p>La population étudiée est âgée d'au moins 18 ans et a des douleurs chroniques non cancéreuses.</p>	<p>Identifier les stratégies de gestion de la DC et déterminer leur efficacité, afin que les infirmières puissent les utiliser auprès des individus ayant cette problématique.</p>	<p>Revue de littérature incluant des études quantitatives (études expérimentales, études comparatives, études descriptives) et qualitatives japonaises et internationales écrites en anglais ou en japonais, trouvées sur les bases de données Pubmed et Japan Medical Abstract Society's web. 35 études ont été retenues sur 394 trouvées sur le sujet.</p>	<p>Les stratégies interventionnelles pour la gestion de la DC sont multiples et font appel à la multidisciplinarité des soins, mais également à des interventions telles que la relaxation guidée, la musicothérapie, la tenue d'un journal de bord de la DC en vue d'une auto-gestion de la DC par les patients via l'éducation thérapeutique.</p> <p>Les effets de ces interventions sont une réelle diminution de l'intensité de la DC voire un arrêt de la DC. Dans deux études, des effets à long terme sur la diminution de la DC ont été reportés.</p> <p>Les stratégies de</p>	<p>Les infirmières ainsi que les chercheurs peuvent considérer et adopter ces stratégies de gestion de la DC dans leur pratique.</p> <p>Les individus qui ressentent un soulagement de leur DC associent la plupart du temps différentes techniques.</p> <p>L'approche interprofessionnelle est indispensable afin de proposer des stratégies individuelles de gestion de la DC mais aussi l'intégration de la famille et du réseau social de la personne.</p>	<p>La revue de littérature est basée uniquement sur des études récentes (de 2007 à 2013) ce qui ne permet pas de connaître les tendances passées et l'évolution des stratégies face à la DC.</p> <p>Il est possible également que certaines études n'aient pas été recensées étant donné que seules deux bases de données ont été utilisées.</p>

				<p>management de la douleur se basent essentiellement sur les approches cognitivo-comportementales, la mindfulness⁸ ainsi que le mind-body⁹ mais également sur la théorie de Martha Rogers de <i>l'être humain unitaire</i> et sur le concept de l'auto-efficacité et du changement de comportement.</p> <p>Le support familial, amical et social permet une meilleure gestion de la douleur.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

⁸ Pleine Conscience

⁹ Corps et Esprit

Titre / Auteurs (Année)	Type d'Étude / Population	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de Mesure	Principaux résultats	Points forts	Limites
<p>Self-management support for chronic pain in primary care : a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles</p> <p>Lukewich,J., Mann,E., VanDenKerkhof,E., Tranmer,J.</p> <p>(2015)</p>	<p>Il s'agit d'une étude transversale qui confronte les résultats de deux études nommées ci-dessous.</p> <p>Lors de la première étude, l'échantillon était de 1504 adultes sélectionnés sur l'annuaire téléphonique canadien. Puis, une fois les questionnaires envoyés, 340 personnes ont été sélectionnées en fonction de critères d'inclusion qui étaient principalement la DC.</p> <p>La seconde étude a pris un échantillon de 1911 infirmières travaillant dans l'Ontario (Canada) en soins de premiers recours.</p>	<p>Décrire les actions, les facilitateurs et les barrières de l'autogestion de la DC du point de vue de l'individu.</p> <p>Décrire les rôles de l'infirmière de premiers recours dans le management des DC ainsi que ses ressources mais aussi ses freins ou limites.</p>	<p>Analyse de deux études faites à partir de questionnaires en croisant les données :</p> <p>1) Une étude sur le self-management de la DC réalisée entre novembre 2011 et Septembre 2012.</p> <p>2) Une étude sur le rôle infirmier dans un contexte de soin de premier recours réalisée entre mai et juin 2011.</p>	<p>76% des participants gèrent leur DC grâce à la prise de médicaments et 39,2% utilisent des méthodes non médicamenteuses ou en combinaison avec les médicaments.</p> <p>La confiance en soi, une bonne relation avec le référent de soin ainsi que le soutien familial et amical sont les trois principaux facilitateurs d'une bonne autogestion de la DC. Les personnes souffrant de DC n'identifient pas les infirmières comme étant une ressource principale dans le réseau de soin.</p>	<p>L'infirmière peut-être un moteur dans les changements et exprime la volonté d'être au centre de la démarche de prise en soin de la DC.</p> <p>L'interprofessionnalité semble être une clé de voute pour permettre une bonne gestion des DC et la systémique familiale joue un rôle important dans le soutien des personnes souffrant de DC.</p> <p>Les infirmières devraient être au centre des interventions sur la</p>	<p>Cette étude est menée exclusivement dans l'Ontario au Canada. Elle peut ne pas être représentative de l'ensemble des personnes souffrant de DC ainsi que des autres systèmes de santé en particulier en Suisse.</p> <p>L'échantillon infirmier est très spécifique. Il s'agit d'infirmières spécialisées dans les soins de premiers recours alors que toutes les infirmières peuvent être confrontées à la DC</p>

	Seules 354 infirmières ont complété correctement le questionnaire.			<p>Seules 5% des infirmières ont dans leur structure de travail des programmes d'aide à la gestion de la DC. La collaboration avec les médecins et d'autres professionnels de santé ainsi qu'un accès à des formations spécifiques sur la prise en charge de la DC, représentent, pour les infirmières, les principaux facteurs à améliorer pour optimiser leur prise en soin.</p> <p>En revanche, le manque de temps et d'argent sont les freins à cette bonne prise en soin.</p>	DC.	Les pratiques de soins sont plus détaillées que le rôle propre de l'infirmière.
--	--	--	--	--	-----	---

Titre / Auteurs (Année)	Type d'Étude / Population	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de Mesure	Principaux résultats	Points forts	Limites
Gestion de la douleur chronique par les infirmières des Groupes de médecine de famille Bergeron,D.A., Bourgault,P., Gallagher,F. (2015)	Etude descriptive-corrélationnelle transversale. Infirmiers et infirmières membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec travaillant en Groupes de Médecine de Famille (GMF). Ils doivent parler et lire le français. 430 infirmières répondaient aux critères mais seules 53 ont répondu au questionnaire.	Décrire les activités de gestion de la DC réalisées par les infirmières travaillant dans des Groupes de Médecine de Famille (GMF) auprès de personnes souffrant de DC mais également, comprendre les freins à ces activités.	Questionnaire envoyé par la poste et analyse statistique des réponses via 2 variables : - Activités qui ont pour but ultime de soulager la DC - Barrières personnelles ou organisationnelles qui entravent ou découragent la réalisation d'activité de gestion de la DC.	Les résultats se présentent en 3 parties : 1) Activités les plus fréquemment réalisées par les infirmières des GMF : - relation thérapeutique avec le patient, - discussion avec le médecin sur les mesures thérapeutiques et leur efficacité, - enseignement personnalisé au patient. 2) Activités de gestion de la DC que les infirmières ont le plus l'intention de faire : - évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques, - enseignement personnalisé, - évaluation de la satisfaction du client quant au suivi général. 3) Activités que les infirmières se	L'étude met en lumière les manques que ressentent les infirmières sur le thème de la DC. On peut alors voir les limites du rôle infirmier lorsque certains outils ne sont pas disponibles (formation, support des médecins, interprofessionnalité). L'étude évoque également que la DC est largement sous évaluée par l'infirmière.	L'étude est menée sur un petit échantillon : 53 infirmières et uniquement au Québec car le taux de réponse a été faible. La méthode utilisée ; questionnaires envoyés par la poste, était fastidieuse (réponse et dépouillement).

				<p>sentent le plus en mesure d'effectuer</p> <ul style="list-style-type: none"> - relation thérapeutique, - évaluation de la satisfaction face aux mesures thérapeutiques, - discussion avec le médecin de l'évaluation de la douleur. <p>En synthèse les infirmières rencontrent des barrières à la gestion de la DC :</p> <ul style="list-style-type: none"> -manque de connaissances sur les interventions possibles, - non disponibilité de l'information sur la gestion de la DC, - manque de temps et de soutien de la part des médecins. <p>Par ailleurs, beaucoup d'infirmières sous-évaluent le vécu de la DC liée aux maladies chroniques des patients et donc ne proposent pas d'interventions.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

Titre / Auteurs (Année)	Type d'Étude / Population	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de Mesure	Principaux résultats	Points forts	Limites
<p>A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies</p> <p>Eaves,ER., Sherman,KJ., Ritenbaugh,C., Hsu,C., Nichter,M., Turner,JA., Cherkin,DC.</p> <p>(2015)</p>	<p>Etude qualitative avec entretiens semi-structurés.</p> <p>64 participants.</p> <p>Chaque participant expérimente pour la première fois (N=23), depuis peu (N=8) ou depuis longtemps (N=15) une des quatre méthodes alternatives suivantes pour soulager ses DC : le yoga (N=18), le massage (N=13), l'acupuncture (N=18) ou la chiropraxie (N=15).</p>	<p>Comprendre les attentes des patients atteints de douleurs lombaires chroniques qui utilisent les thérapies alternatives afin de gérer leur DC.</p>	<p>Interviews semi-structurées en 3 phases sur une période de 3 mois. Les interviews ont été transcrites puis codées¹⁰ avec des focus sur la douleur, la fonction physique, l'impact global sur la vie, les espoirs, les déceptions et les satisfactions quant à l'utilisation des méthodes alternatives.</p>	<p>Lors des trois phases d'entretiens les attentes des patients n'étaient pas les mêmes.</p> <p>- 1^{er} entretien : l'espoir de la guérison et le soulagement était la principale attente.</p> <p>- 2^{ème} entretien : l'acceptation de la douleur grâce au travail corporel effectué.</p> <p>- 3^{ème} entretien : les patients réalisent qu'il y a une connexion entre la douleur et leur style de vie. L'augmentation de la conscience de la relation entre le bien-être physique et mental augmente leur bien-être social, engendre une meilleure activité physique et une meilleure alimentation.</p>	<p>Les attentes vis-à-vis de la guérison et/ou du soulagement lors d'un vécu de DC peuvent changer grâce à un travail corporel. Celui-ci permet une acceptation de la DC qui favorise l'autogestion ainsi que l'<i>empowerment</i> des patients. Apprendre à se connaître et à reconnaître sa douleur permet de mieux l'accepter et d'y travailler dans une dimension holistique.</p>	<p>4 méthodes alternatives exclusivement basées sur les thérapies corporelles ont été retenues. D'autres méthodes auraient pu être explorées comme les TCC ou des thérapies cognitives.</p> <p>Il n'est pas mentionné si les participants étaient sous traitements médicamenteux pour soulager leur DC et si ceux-ci avaient été modifiés ou vécus différemment avec les thérapies alternatives.</p> <p>Le coût de ces</p>

¹⁰ Le codage est une méthode d'analyse qui permet de regrouper les informations récoltées par thèmes et sous-thèmes.

				<p>La diminution de la DC est directement en lien avec l'acceptation de la douleur et les stratégies d'autogestion misent en place par l'individu pour gérer sa douleur. Accepter, c'est devenir plus réaliste sur sa propre situation de chronicité et pouvoir maintenir une activité nécessaire pour gérer sa DC.</p> <p>Les méthodes alternatives permettent de trouver de l'espoir dans le management de la DC et de reprendre le dessus sur le processus de guérison ou de soulagement.</p>	<p>L'article met en avant la prise en charge multidisciplinaire.</p> <p>Les données ont été codées et analysées par plusieurs chercheurs.</p>	<p>méthodes n'a pas été évalué dans un contexte ou souvent les médecines complémentaires ne sont pas remboursées.</p>
--	--	--	--	--	---	---

Titre / Auteurs (Année)	Type d'Étude / Population	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de Mesure	Principaux résultats	Points forts	Limites
<p>Empowering dialogues – the patient's perspective</p> <p>Tveiten,S., Ruud Knutsen,I. (2010)</p>	<p>Étude exploratoire et descriptive qualitative</p> <p>Deux focus groupes : un groupe de 6 femmes et un groupe de 3 femmes et 2 hommes souffrant de DC et étant suivis dans une clinique de la douleur Norvège.</p>	<p>Mettre en lumière les expériences et les perspectives des patients qui dialoguent avec les professionnels de la santé dans une clinique spécialisée en DC.</p>	<p>Deux entretiens avec deux focus groupes au printemps 2006.</p> <p>Les entretiens étaient menés à l'aide d'un guide avec les thèmes à aborder. Puis les données ont été analysées grâce à deux codages des interviews.</p> <p>Les codages comprenaient des thèmes et des sous-thèmes toujours en lien avec le dialogue et l'empowerment.</p>	<p>Quatre principaux axes de réflexion pour la pratique professionnelle :</p> <p>- Trouver des moyens de compréhension communs : le patient a ses propres clés de diminution de la DC et veut être inclus dans les décisions thérapeutiques grâce à une collaboration soignant /soigné dans le dialogue.</p> <p>- Créer des bases de collaboration : importance pour les patients de participer aux colloques multidisciplinaires, considérer le patient comme expert de lui-même et le soignant comme expert de la discipline de santé. Favoriser le sentiment de coping grâce à la communication sur ce qu'il se</p>	<p>L'étude met en lumière l'importance de la communication et donc du rôle de communicatrice de l'infirmière : le dialogue entre le patient et le soignant est primordial dans un processus <i>d'empowerment</i>. Redonner le pouvoir au patient passe par des compétences d'empathie, d'écoute active et de coopération.</p>	<p>Le point de vue des femmes est plus envisagé que celui des hommes.</p> <p>Plusieurs participants n'ont pas fait le premier entretien.</p>

				<p> passe pour aller vers <i>l'empowerment.</i> </p> <p> - Reconnaissance : Encourager le patient à s'exprimer sur ses préoccupations, son savoir de sa DC, et écouter ses ressentis est générateur d'une pratique infirmière qui va vers <i>l'empowerment.</i> </p> <p> - Légitimité : culpabilité face à la légitimité et la reconnaissance de leur DC par eux-mêmes et les soignants. </p>		
--	--	--	--	---	--	--

Titre / Auteurs (Année)	Type d'Étude / Population	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de Mesure	Principaux résultats	Points forts	Limites
<p>Chronic Pain and the Family : Theory-driven treatment approaches</p> <p>Lewandowski,W., Morris,R., Drauker,C., Risko,J.</p> <p>(2007)</p>	<p>Il semblerait qu'il s'agisse d'une revue de la littérature.</p> <p>Patient atteint de DC.</p>	<p>Expliquer les différentes méthodes de thérapie familiale pour les patients atteints de DC et leur famille.</p>	<p>Il y a une revue de littérature effectuée grâce à Medline, Cinhal, PsycINFO avec les mesh terms : Chronic pain et family en incluant uniquement les essais cliniques et les études interventionnelles.</p> <p>Des cas cliniques sont également exposés mais la source n'est pas citée.</p>	<p>La DC perturbe la systémique familiale. Elle peut également parfois être un élément sur lequel s'est construit la dynamique familiale ou de couple.</p> <p>Le rôle infirmier est primordial dans la prise en soin de la DC en vue d'une approche systémique familiale.</p> <p>3 approches sont privilégiées pour la prise en charge de la DC dans la systémique familiale :</p> <p>1) L'Éducation thérapeutique pour renforcer les comportements de santé et travailler sur les rôles de chacun (le patient, le soignant, sa famille).</p>	<p>Toutes les théories sont expliquées et misent en relation avec des cas cliniques.</p> <p>La revue de littérature est riche et l'article est étayé.</p> <p>L'application de ces thérapies est possible dans la pratique infirmière et peut s'appliquer en Suisse.</p>	<p>L'article n'explique pas sa méthode. Il n'y a pas de structure établie. Il ne suit pas les modèles classiques de revue de littérature scientifique.</p> <p>Des cas cliniques sont énoncés mais les sources ne sont pas citées.</p> <p>Les notions utilisés sont complexes et parfois peu accessibles.</p> <p>Les études utilisées pour l'article sont anciennes de (1985 à 1999).</p>

				<p>2) La TCC (thérapie cognitivo-comportementale) pour identifier les problèmes spécifiques et y apporter des solutions en commun grâce à l'engagement, la communication et la créativité dans la systémique familiale.</p> <p>3) Thérapie Familiale structurelle pour identifier sur quoi se fonde la structure familiale pour ensuite travailler de manière individuelle sur ses ressources.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

3.3 Analyse des articles sélectionnés

3.3.1 Le patient et la douleur chronique

L'étude de Lukewich, Mann, VanDenKerkhof & Tranmer (2015) met en évidence que plus de trois quarts des patients atteints de DC utilisent en première intention des médicaments pour se soulager. Selon une étude de Todd (2007) cité dans l'article de Lukewich (2015), les personnes atteintes de douleurs chroniques sont de grands utilisateurs de services de santé et en ont de hautes exigences. Pour se soigner, 39% des patients ont recours à des méthodes non médicamenteuses en plus des médicaments (p. 2555).

Toujours d'après Lukewich (2015), l'une des principales clés de gestion de la douleur est la confiance dans sa propre habileté à l'autogestion de sa DC. Tveiten & Knutsen (2010) mettent en avant les besoins spécifiques des patients atteints de DC. Ces besoins sont notamment la reconnaissance de celle-ci et la légitimité de la vivre . Ils sont également mis en évidence dans l'étude de Lewandowski, Morris, Burke, Draucker & Risko (2007) (p.1020). En effet, valider son propre vécu de DC permet de mettre en place des stratégies de coping pour vivre au quotidien avec elle (Lewandowski & al., 2007).

Eaves, Sherman, Ritenbaugh, Hsu, Nichter, Turner & Cherkin (2015) soulignent encore une fois que l'acceptation de sa propre DC, qui rejoint les besoins de reconnaissance et de légitimité de Lewandowski (2007), permet de mettre en place des stratégies d'autogestion de la douleur (comme par exemple des thérapies complémentaires), qui seront directement liées à une diminution de la DC. L'acceptation du vécu de la douleur permet de maintenir une activité qui la pallie (Eaves et al, 2015). Ce processus d'acceptation permet de mettre en place des stratégies de coping mais également d'aller vers un processus d'empowerment. L'importance d'avoir la connaissance de sa propre douleur permet de reprendre le pouvoir et de rentrer dans un processus d'empowerment (Tveiten, 2010).

L'étude de Takai, Yamamoto-Mitani, Abe & Suzuki (2015) dresse la liste des quatre stratégies mises en place par les patients, et considérées par eux comme les plus efficaces, pour faire face à la DC. Il s'agit de reconnaître ses forces individuelles, d'accepter la douleur, d'observer les aspects positifs de la vie et d'apprendre à accepter de l'aide (p. 180). Ces stratégies participent d'une part, au processus d'empowerment du patient et d'autre part au développement du lien du patient dans sa systémique de soin et sa systémique familiale, d'après plusieurs auteurs tels que de

Lewandowski & al. (2007, p. 1023), Lukewich & al. (2015, p. 2552), Eaves & al. (2015, p. 7).

L'espoir est également un facteur important dans ce processus *d'empowerment*. Il permet de garder le contrôle et de faire naître le sentiment de pouvoir agir sur sa DC (Eaves, 2015).

3.3.2 Le patient et l'infirmière

Il est encore difficile d'évaluer le rôle de l'infirmière dans le contexte de DC (Bergeron, Bourgault, Gallagher, 2015). Mais l'infirmière est en première ligne face aux patients atteints de DC d'après Bergeron & al. (2015) mais aussi d'après Takai & al. (2015).

Selon Lukewich & al. (2015), donner un support pour favoriser l'autogestion de la douleur est un élément important dans le traitement de la DC. Pour cela, il faut se servir de stratégies non médicamenteuses. Les stratégies à mettre en place sont : éduquer le patient à l'autogestion et construire avec lui des outils de gestion de la DC (Lukewich & al., 2015, p. 2557).

Dans l'article de Tveiten & Knutsen (2010), il est mis en évidence que le soignant et le patient doivent trouver des moyens de compréhension communs. Cela permet de favoriser le dialogue qui se place dans un processus de « compréhension et d'empathie en addition aux thérapies de la douleur » (Tveiten & Knutsen, traduction libre, p. 336). Il est également discuté des bases de la collaboration pour entrer dans le dialogue et favoriser *l'empowerment* du patient. Il est important, comme le soulève Tveiten (2010), de favoriser la participation du patient dans sa prise en charge de la DC, via le dialogue, mais également via les colloques interdisciplinaires, en sa présence, et les plans de soins avec des objectifs, des moyens et des résultats. Il faut également préparer le patient aux différentes étapes de soins et cela grâce à la collaboration qui pourra se faire si en amont le soignant et le soigné parlent un langage commun (Tveiten, 2010, p. 336).

Les comportements de santé doivent être renforcés par une équipe interdisciplinaire dans un objectif de réhabilitation (Lewandowski, 2009, p. 1030).

Selon Lukewich & al. (2015) :

Développer un partenariat avec l'individu affecté, être empathique, prodiguer l'éducation et favoriser la motivation sont des moyens identifiés comme des facilitateurs dans le management quotidien de sa santé pour engager le patient vers l'autogestion de sa DC. Les infirmières...sont d'excellentes candidates

pour donner ce support en autogestion...comparé à d'autres professionnels de la santé (traduction libre, p. 2553).

L'étude de Bergeron & al (2015) démontre que les infirmières pourraient améliorer leur prise en soin de la DC. Les auteurs soulignent que les infirmières sont « confrontées à une méconnaissance des interventions possibles en gestion de la douleur et à une non-disponibilité de l'information en lien avec la gestion de la douleur. » (Bergeron & al., 2015, p. 103). Ne pas avoir la capacité de l'évaluer engendre une prise en charge inadaptée du patient (Curtis, 2001, cité par Bergeron, 2015, p. 104).

3.3.3 Le patient et la systémique familiale

Lewandowski & al. (2007) mettent en avant que la structure et l'équilibre familial ont une influence sur le vécu de DC. Selon eux, les croyances de la famille sur la douleur favorisent l'expérience vécue de celle-ci. Pour comprendre le degré de flexibilité de la famille, une évaluation des stratégies de coping pourra être faite par les professionnels de santé.

A l'inverse, la DC impacte sans exception la systémique familiale et l'environnement de la personne (Bergeron, 2015 ; Tveiten, 2010 ; Takai, 2015). Elle devient une fonction dans la systémique familiale.

Le support de la famille reste un élément essentiel dans les processus de coping (Takai, 2015, p. 180) puis *d'empowerment* (Tveiten, 2010, pp. 338-339).

Un travail thérapeutique, sur les rôles de chacun dans l'histoire de la douleur familiale, est essentiel pour permettre une prise en soin optimale du patient, mais aussi des autres qui l'entourent et qui vivent également dans ce contexte de DC (Lewandowski, 2007). La place qui lui est octroyée dans la systémique familiale est une réponse de l'environnement (Lewandowski, 2007, p 1025). Cela signifie que l'environnement de la personne réagit favorablement ou non à la DC. La famille apportera une réponse qui engendrera un comportement de protection comme un arrêt de certaines activités, une coupure du lien social (Lewandowski, 2007, p. 1025) ou au contraire un comportement d'aide et de soutien (Lukewich,2015, p. 2557).

4. DISCUSSION

Quels sont réellement les besoins du patient ?

L'élément principal qui revient dans la littérature analysée, pour optimiser la prise en soin est le processus d'acceptation de la douleur chronique tant pour le patient, sa famille et le personnel soignant. En effet, comme le disent Tveiten & Knutsen (2010), valider et légitimer le phénomène de la douleur chronique est la première étape pour instaurer un processus *d'empowerment* qui favorisera une meilleure acceptation de la DC et une qualité de vie augmentée. Eaves & al. (2015), font la même analyse. Selon eux, rentrer dans un processus d'acceptation de la douleur entraîne un meilleur fonctionnement émotionnel, social et physique.

Cependant, ils font le constat que cette étape est régulièrement oubliée, voire ignorée, face à la complexité des prises en soin de patients aux comorbidités multiples. Quand cette étape n'est pas oubliée, il arrive aux infirmières de sous estimer la douleur chronique par manque de connaissances en la matière (Bergeron & al., 2015).

Comment se traduit ce manque de connaissance ?

D'une part, nous supposons que ce manque s'explique par le peu de formation alloué aux infirmières de soins généraux quant à la douleur chronique. En effet, de nombreuses infirmières soulignent la difficulté à reconnaître et objectiver la DC. Ce qui est d'autant plus étonnant au vu du nombre conséquent d'échelles et d'outils disponibles afin de quantifier et justifier les répercussions de la DC. Les HUG n'en dénombrent pas moins d'une vingtaine (HUG, 2016). Nous constatons, par ailleurs, qu'aucun article scientifique analysé ne mentionne l'utilisation de ces outils, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que notre démarche de recherche n'était pas ciblée sur ce thème.

D'autre part, un autre élément non étudié dans les articles retenus pourrait expliquer le manque de reconnaissance de la douleur chronique par les infirmières. Il s'agit de la rotation régulière des infirmières en référence d'un patient douloureux chronique avec un risque de perte d'informations précieuses noyées dans les dossiers de soins conséquents. De plus, la relation de partenariat entre le patient et le soignant est mise à mal par un *turn over*¹¹ important des équipes soignantes ce qui peut réduire l'efficacité du lien thérapeutique.

La gestion de la douleur chronique met en difficulté les équipes soignantes qui évoquent régulièrement un sentiment d'impuissance, comme le souligne Bergeron (2015).

¹¹ Rotation

Lorsque la douleur chronique a été identifiée, validée et acceptée par le patient et l'infirmière, des stratégies peuvent être mises en place de manière collaborative afin d'élaborer un plan de soin adéquat à la situation du patient. Le professionnel de la santé doit offrir au patient un cadre de soin axé sur le partenariat, le dialogue et l'éducation thérapeutique selon Lukewich (2015) et Tveiten (2011) en incluant toute la systémique autour du patient. Comme le soulignent Bergeron & al. (2015), Eaves & al. (2015), Tveiten & Knutsen (2010) et Lewandowski & al. (2007), le patient vit sa douleur chronique dans sa famille.

Mais qu'entend-t-on par famille ?

Lorsque le modèle McGill fut élaboré au milieu des années 1970, il définissait la notion de famille comme « des personnes liées par le sang, d'un groupe naturel, de personnes significatives ou de personnes ayant un pouvoir d'influence dans la prise de décisions » (Paquette-Desjardin, 2008, p. 25). Cette définition ouverte permet d'inclure les nouvelles structures familiales telles que des familles monoparentales ou homoparentales mais également les référents ou amis sans lien de sang, nommés par les personnes migrantes comme étant leur famille. Outre sa définition moderne de la famille, le modèle McGill est intéressant car il considère la famille comme une ressource prépondérante dans le processus évolutif de soin du patient.

Ne faudrait-il pas alors se poser la question de l'histoire familiale de douleur chronique ?

Il est parfois difficile de distinguer le patient avec sa douleur chronique et la place que celle-ci a pu prendre au sein de la famille. Comme le souligne Lewandowski (2007), la douleur chronique peut devenir le noyau de la systémique familiale, les individus s'organisent autour de cette pathologie. Elle devient une raison d'être pour la personne/famille.

L'infirmière devra identifier si la douleur chronique est vécue par le patient et la famille comme un symptôme : « expérience individuelle qui reflète des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les perceptions ou la cognition d'une personne » (Dodd, Janso, Facione, Faucett, Froelicher, Humphreys & al, 2001) ou comme une pathologie. En effet Lewandowski (2007) établit que la DC est une réponse au comportement de la systémique familiale. Lewandowski (2007) précise également que la douleur est vécue comme une pathologie lorsque le comportement et les handicaps liés à la douleur sont en excès. Alors que Eaves (2015) démontre que la DC devient un symptôme dès lors que le patient change sa perception de la douleur grâce à une reprise du contrôle sur sa DC.

N'y a-t-il donc pas une limite à considérer la DC uniquement comme une source de souffrance, d'isolement social et de difficultés financières comme relevé dans différents articles ?

A quel moment le soignant doit-il identifier que la DC est la raison d'être de la famille pour pouvoir l'engager dans un processus de soin adapté ?

Il nous semble alors important que l'infirmière puisse identifier et reconnaître le vécu de DC grâce à une anamnèse, puis accompagner le patient dans une démarche d'acceptation. Cela peut représenter une opportunité et non plus uniquement un problème de santé, en travaillant sur les représentations de chacun dans la systémique familiale, comme le préconise Lewandowski (2007). D'après Eaves (2015), établir un but en définissant sa propre perception de la santé favorise un meilleur échange entre le soignant et le soigné. Cela permettra à l'infirmière de soulever les ressources et les stratégies de coping pour y arriver comme le préconise le modèle McGill. Le patient pourra mettre en place ses propres stratégies et les évaluer en partenariat avec le soignant.

Pourquoi le modèle McGill?

Le modèle McGill met en avant l'importance de l'éducation thérapeutique auprès du patient mais également de sa famille afin de trouver ensemble les ressources et les solutions nécessaires à l'atteinte de la santé. Cette dernière coexiste avec la maladie et peut avoir un rôle positif ou négatif sur la personne. Dans le modèle McGill, l'infirmière est un partenaire de soin qui doit agir pour laisser l'individu et sa famille trouver leurs propres solutions. Cela permettra une relation de soin pérenne et basée sur la confiance.

Quels sont les moyens du patient pour gérer sa DC ?

La douleur chronique peut se traiter via différents moyens comme étudié dans les articles de Takai (2015) et Eaves (2015). Les médecines complémentaires, la physiothérapie, la sophrologie, les massages mais également d'autres techniques comme la relaxation, le yoga et la méditation sont des outils utilisés par 39% des patients. Ces approches permettent de soulager et même d'atténuer complètement la douleur chronique grâce à la modification de la perception de la douleur chez le patient. Toujours selon Eaves (2015), le changement de perception de sa DC permet une modification de ses attentes face à une guérison ou une amélioration possible. Devenir réaliste sur son vécu permet de reprendre le pouvoir et le contrôle sur la douleur chronique. Cela constitue le principal facteur de *l'empowerment*.

L'infirmière doit accompagner le patient avec ses propres outils, ses compétences et ses ressources avec une connaissance des pratiques non médicales et médicales. Néanmoins, nous constatons dans la pratique que l'infirmière va le plus souvent se tourner vers ses connaissances médicales et pharmacologiques.

Cette prise en soin est-elle plus rassurante ?

L'administration des médicaments occupe une place importante dans le quotidien d'une infirmière.

Comment ne pas rendre banal cet acte d'administration du traitement antalgique ?

Selon Phaneuf (2013), « l'infirmière préfère faire à la place du client plutôt que de prendre le temps de l'aider à développer son autonomie. » (p. 6). Ce manque d'éducation thérapeutique est relié au contexte de soin qui s'appauvrit (Phaneuf, 2013). Pourtant, en expliquant au patient l'utilité du traitement, son action, les dosages, les paliers de la douleur, les différents types de molécules, l'infirmière le rend acteur de sa prise en soin et favorise le lien de confiance entre elle et lui. L'infirmière propose par cette pratique un soin digne favorisant l'accès au droit à l'information.

Le patient doit pouvoir communiquer sans crainte lorsqu'il majore ou diminue ses doses antalgiques ou encore s'il utilise d'autres méthodes palliatives pour sa DC. Il est peu souligné, dans les articles retenus, si les interventions de médecines ou thérapies complémentaires se font en parallèle de la prise d'un traitement antalgique.

Comment évaluer avec le patient toutes les stratégies mises en place de manière autonome pour se soulager qui favoriseraient l'empowerment ?

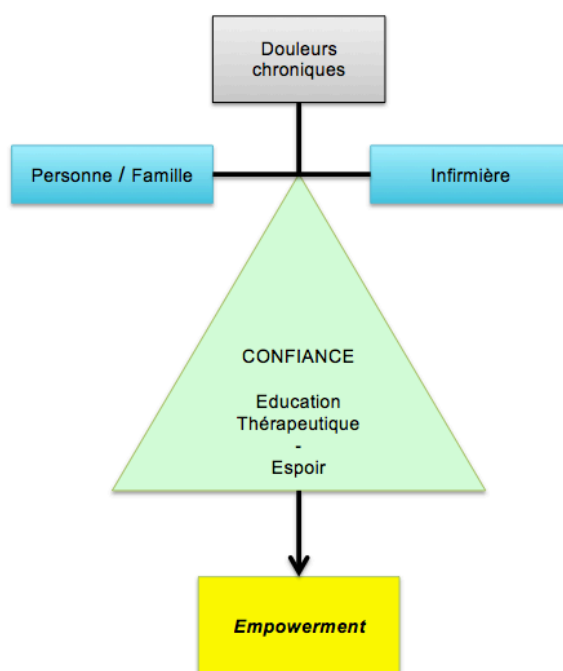


Figure 2 : Schéma DC et *empowerment* (création originale)

5. APPLICATIONS DANS LA PRATIQUE

Le patient doit pouvoir, dans son processus *d'empowerment*, obtenir la reconnaissance des soignants afin d'avoir la liberté de choisir entre toutes les possibilités de soin accessibles au XXI^e siècle.

Pour accompagner le patient dans son *empowerment*, l'infirmière doit être capable d'accéder aux informations via sa formation, mais aussi grâce à l'interprofessionnalité.

En Suisse, les HES de santé proposent un Certificat of Advanced Studies (CAS) en gestion des symptômes à Fribourg et à Lausanne. Ce CAS propose de développer chez la personne atteinte de DC des compétences en autogestion des soins (HedS-FR, 2016). Les Hautes Ecoles de Santé ont fait le choix d'intégrer des sciences infirmières dans les Bachelors en soins infirmiers ouvrant ainsi la porte à une réflexion holistique sur la prise en soin des personnes. En plus des sciences infirmières, des modules sur la coopération interprofessionnelle ont vu le jour avec le PEC12. Cela permet aux jeunes professionnels de travailler en collaboration interdisciplinaire amenant une prise en soin globale et responsable mettant le patient au cœur des discussions et vers un objectif commun de soin. Connaître les compétences des autres professionnels de la santé permet une meilleure vision des ressources disponibles et donc d'offrir une meilleure prise en charge.

Afin de garder la perspective du patient au cœur des discussions, les Hôpitaux Universitaires de Genève démontrent une volonté de transparence en rendant l'information accessible aux patients à travers des vidéos informatives, un magazine, une page Facebook en libre accès. D'autre part, une volonté de redonner du temps aux infirmières a été souligné par M. Arnaud Perrier lors de sa prise de fonction en tant que nouveau Directeur médical des HUG (TDG, 2015).

Des équipes spécialisées, comme l'équipe mobile de la douleur et de soins palliatifs aux HUG, mais aussi l'institution pour le maintien à domicile (**imad**), sont disponibles et constituent une ressource pour les infirmières et le patient dans les stratégies de prise en soin de la DC. Ces équipes proposent des prestations thérapeutiques avec évaluation et gestion des symptômes, conseils et soutien des équipes soignantes. Elles aident à la réflexion éthique autour de cette problématique (HUG, 2016).

La récente plateforme de *mondossiermedical.ch* est une première en Suisse depuis 2014. Les informations médicales sont mises en réseau et accessibles aux médecins traitants, aux HUG, à l'imad, aux pharmaciens et à d'autres professionnels de santé

qui souscrivent au programme. Le patient peut alors les consulter librement, décider ce qu'il souhaite laisser visible. Ce nouvel outil le rend alors acteur dans son processus de soin lui permettant la prise de décision grâce à une information transparente.

De plus, ce système permet une meilleure transmission des informations interprofessionnelles, ce qui limite les doublons médicaux. Ce bénéfice apporte un gain de temps non négligeable, diminuant ainsi les coûts de la santé.

Dans un contexte de DC, augmenter l'efficacité de la prise en soin est indispensable car celle-ci est longue et coûteuse. Pour favoriser l'*empowerment*, il est du devoir des professionnels de travailler en réseau et dans cette optique collaborative.

Parmi les ressources et solutions, la multidisciplinarité est indispensable selon Eaves (2010), Tveiten (2015) et Takai (2015). L'interprofessionnalité est également une réponse à la prise en charge de la douleur chronique. En effet, comme le souligne Eaves (2010), mais également Tveiten (2015), il est indispensable que les ressources autour du patient soient multidisciplinaires. Il s'agira de construire un plan de soin avec et pour le patient pour favoriser l'*empowerment* grâce à toutes les ressources et les connaissances disponibles sur la douleur chronique.

L'infirmière doit collaborer avec une équipe interprofessionnelle et doit s'ouvrir aux stratégies paramédicales que le patient met en place lui-même pour soulager sa DC.

Il faudra alors réévaluer régulièrement avec le patient/famille l'efficacité de ses stratégies, la bonne analgésie thérapeutique et ses objectifs.

6. CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en avant le rôle de l'infirmière dans le processus d'*empowerment* du patient.

Le processus de prise en soin peut être long et sinueux car la DC représente parfois le socle de la systémique familiale. Ces changements et ses prises de conscience demandent une ouverture et une grande confiance dans le lien soignants/soigné/famille. L'infirmière doit pouvoir travailler en interprofessionnalité pour accompagner le patient dans une prise en soin individuelle et optimale afin de ne pas s'épuiser dans une vision pessimiste d'une DC réfractaire.

La douleur chronique, comme nous avons pu le voir tout au long de cette étude, impacte le patient, les familles mais également les soignants. Les prises en soins sont lourdes et engendrent parfois une certaine impuissance. Elles usent les professionnels de santé, les conduisant parfois vers des attitudes comme la banalisation des

symptômes douloureux vécus par le patient ou la démoralisation face à cette DC résistante qui diminue les perspectives d'espoir, de guérison ou d'évolution.

Verbaliser la DC et la légitimer, puis évaluer les ressources de la personne/famille sont les actions que l'infirmière doit mettre en place prioritairement pour favoriser *l'empowerment* du patient. L'infirmière s'efforce d'accompagner le patient et sa famille grâce à une évaluation complète et précise de la situation et du contexte de DC.

Le modèle McGill fait partie des outils qui permettent cette démarche de soin axé sur la systémique familiale. Accepter qu'un patient puisse développer ses propres compétences grâce à l'éducation thérapeutique mais aussi grâce à ses propres ressources comme sa famille ou d'autres thérapies complémentaires permettront une réelle prise en charge de la DC.

LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Allaz, A-F. (2003). *Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*. Genève : Médecine & Hygiène.
- Bergeron, D. A., Bourgault, P. & Gallagher, F. (2015). Gestion de la douleur chronique par les infirmières des groupes de médecine de famille. *Pain research and management*, 20(2), 101-106.
- Berrewaerts, J., Doumont, D. & Deccache, A. (2003). *Comment prend-on en charge de façon globale et psycho-socio-éducative les patients souffrant de douleurs chroniques ?*
Accès <http://www.ulouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos24.pdf>
- Biro, P., Dervaux, M. P. & Pegon, M. (2005). Méthodologie : le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 28-38.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Cabot, I., Le May, S. & Besner, G. (2007). Revue critique des outils d'évaluation de la douleur chez une clientèle adulte souffrant de cancer. *Recherches en soins infirmiers*, 90, 1-23.
- Centre For The Advancement Of Interprofessional Education. (2002). *Interprofessional Education*. Accès <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
- Chauffour-Ader, C. & Daydé, M.-C. (2012). *Comprendre et soulager la douleur*. Reuil-Malmaison : Lamarre.
- Davaris, S. (2015, 25 janvier). Je veux humaniser l'hôpital. *La tribune de Genève*. Accès <http://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/arnaud-perrier-veux-humaniser-hopital/story/21474977>

- Denneson, L. M., Corson, K., Dobscha, S. K. (2011). Complementary and alternative medicine use among veterans with chronic noncancer pain. *Journal of Rehabilitation Research & Developpement* 48(9), 1119-1128.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing* 33(5), 668-676.
- Eaves, E. R., Sherman, K. J., Ritenbaugh, C., Hsu, C., Nitcher, M., Turner, J. A. & Cherkin D. C. (2015). A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies. *BioMed central complementary and Alternative Medicine*, 15(12), 2-10.
doi 10 :1186/s12906-015-0531-9
- Ecoffey, C. & Annequin, D. (2011). *La douleur chez l'enfant*. Paris : Lavoisier.
- Fondation recherche médicale. (2012). *La recherche médicale contre toutes les maladies : la douleur*. Accès <http://www.frm.org/dossiers-17.html>
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* (3 ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Gilloots, E. (2006) . Souffrance et douleur. *Gestalt* 1(30), 23-32.
Accès www.cairn.info/revue-gestalt-2006-1-page-23.htm
- Guillouf, V. (2014). Aspects psycho-développementaux de la douleur chez l'enfant. *Annales médico-psychologique*, 172, 111-114. doi : 10.1016/j.amp.2014.01.011
- Haute autorité de la santé. (2008). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*.
Accès http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
- Haute école de santé de Fribourg. (2016). *Formation continue*. Accès <http://www.heds-fr.ch/FR/formation-continue/cas/Pages/gestion-symptomes.aspx>

- Haute école de santé de Genève. (2016). *Historique HEdS*.
Accès <http://www.hesge.ch/heds/heds/presentation/historique>
- Haute Ecole Spécialisée de la Suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012 : Filière de formation en Soins infirmiers*. Accès
http://www.heds-fr.ch/FR/bachelor/BachelorSI/formation-bachelor/Documents/PEC_Soins_infirmiers.pdf
- Hubert, J. (2014). *Entre douleur et souffrance*. Accès
<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsil/cours/cours-entre-douleur-et-souffrance.html>
- Institut UPSA de la douleur (2003). *Aspects psychologiques de la douleur chronique*.
Paris: Conception A Editorial.
- International Association for the Study of Pain. (2015). *International Association for the Study of Pain*. Accès <http://www.iasp-pain.org/>
- Jayet, N. (2009). Mieux maîtriser la douleur le duo patient-soignant. *Chuv magazine*, 1-32.
- Joint commission on Accreditation of Helthcare Organisations. (2001). *Pain : current understanding of assesment, management, and treatments*. Accès
<http://www.npcnow.org/system/files/research/download/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf>
- Keller, S. & Basler, H-D. (2001). Implications of structural deficits for patient education in Germany. *Patient Education and Counseling*, 44, 35-41.
- Larousse dictionnaire de Français. (2015). Accès
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637?q=douleur#26506>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*.
New York: Springer.

- Les Canadiens pour la recherche médicale. Melzack, R. (2016). *Théorie du passage contrôlé de la douleur*. Accès <http://www.chrcrm.org/fr/salute-excellence/th%C3%A9orie-du-passage-contr%C3%B4l%C3%A9-de-la-douleur>
- Lewandowski, W., Morris, R., Burke Draucker, C. & Risko, J. (2007). Chronic pain and the family : theory-driven treatment approaches. *Mental Health Nursing*, 28, 1019-1044. doi :10.1080/01612840701522200
- Loeser, J. D., Butler, S. D., Chapman, C. R., & Turk, D. C. (Eds.). (2001). *Bonica's management of pain* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lukewich, J., Mann, E., VanDenKerkhof, E. & Tranmer, J. (2015). Self-management support for chronic pain in primary care : a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles. *Journal of Advancing Nursing*, 71(11), 2551-2562. doi :10.1111/jan.12717
- Mascret, D. (2012). *La santé s'impose sur internet et les réseaux sociaux*. Accès <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/11/28/19493-sante-simpose-sur-internet-reseaux-sociaux>
- Mon dossier médical. (2016). *Mon dossier médical.ch connecté à ma santé*. Accès <http://www.mondossiermedical.ch/medecin>
- Muller, A., Metzger, C., Schwetta, M. & Walter, C. (2012). *Soins infirmiers et douleurs*. Paris : Elsevier Masson.
- Stinson, J. & Montgomery, L. Association Québécoise de la douleur chronique. (2015). *A propos de la douleur*. Accès http://www.douleurchronique.org/content_new.asp?node=162
- The Spanish Centre for Evidence Based Nursing : Collaborating centre of Joanna Briggs institute. (Dir.). (2009). Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain : a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 6(12), 1-13.
- Paquette-Desjardin, D. & Sauvé, J. (2008). *Modèle conceptuel et démarche de clinique*. Montréal : Groupe Bauchemin, Ltée.

Paquette-Desjardin, D., Sauvé, J. & Pugnaire Gros, C. (2015). *Modèle McGill une approche collaborative en soins infirmiers*. Montréal : chenelière éducation.

Pepin, J., Kèrouac, S. & Duchrame, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^eéd.). Montréal: Gestion SODEC.

Phaneuf, M. (2013). *L'empowerment une nécessité pour les clients en soins infirmiers*. Accès <http://ebookinga.com/pdf/le-concept-dadvocacy-en-soins-infirmiers--185661598.html>

Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Abe, Y. & Suzuki, M. (2015). Literature review of pain management for people with chronic pain. *Japan Journal of Nursing Science*, 12, 167-183. doi :10.1111/jjns.12065

Tveiten, S. & Knutsen, I. R. (2010). Empowering dialogues-the patients'perspective. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 25, 333-340. doi :10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x

LISTE BIBLIOGRAPHIE

Cavezasio, S. (2007). *L'évolution du rôle infirmier à travers les formations*. (travail de Bachelor. Haute école de santé valaisanne). Accès https://doc.rero.ch/record/8570/files/MFE_Sara_Caverzasio.pdf

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. (2006). *Niveau de diplôme I en soins infirmiers: problèmes liés au positionnement de la formation*. Accès http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/themen/bildung/hoehere_fachschule/dni-positionierung-f.pdf

Frank, J. R. (éd.). (2005). *Le Cadre des compétences des médecins CanMEDS 2005. L'excellence des normes, des médecins et des soins Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*.

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd. ed.). Montréal: Chenelière Education.
- Gottlieb L. & Rowat K. (1997). *A Perspective on Health, Family, Learning & Collaborative Nursing : A collection of writings on the Mc Gill model of nursing*. Montréal : McGill University.
- Institut de formation en soins infirmiers. (2014). *Entre douleur et souffrance*. Accès <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-entre-douleur-et-souffrance.html>
- Institut UPSA de la douleur. (2000). *L'infirmière et la douleur* (5e éd.). Paris: Conception A Editorial.
- Inserm. (2016). *Le MeSH bilingue anglais-français*. Accès <http://mesh.inserm.fr/mesh/presentation.htm>
- Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES*. Accès <http://www.hes-so.ch/data/documents/projet-competences-finales-professions-sante-HES-rapport-final-717.pdf>
- Marieb, E. N. & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines* (4^e éd.). Saint-Laurent : ERPI.
- Mann, C. (2007). *Physiologie de la douleur*. Accès http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MID/Ressources_locales/Spal/MID_Spal_Item_65-1_Douleur_%20bases_neurophysiologiques.pdf
- Radio Télévision Suisse Romande. (2015, 05 novembre). *Pour en finir avec les douleurs chroniques*. [Emission en ligne]. Accès <http://www.rts.ch/emissions/36-9/7107109-pour-en-finir-avec-les-douleurs-chroniques.htm>

ANNEXES

Exemples de fiche de lecture

Fiche 1 : *Literature review of pain management for people with chronic pain*
(p. 53)

Fiche 2 : *Self-management support for chronic pain in primary care : a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles* (p. 56)

Fiche 3 : *Gestion de la douleur chronique par les infirmières des Groupes de médecine de famille* (p. 60)

Fiche 4 : *A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies* (p. 63)

Fiche 5 : *Empowering dialogues – the patient's perspective* (p. 66)

Literature review of pain management for people with chronic pain

Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Abe, Y. & Suzuki, M. (2015)

1. OBJET DE L'ARTICLE ET CADRE THÉORIQUE :

1.1 Objet de la recherche :

Revue de littérature sur la gestion de la douleur chez des personnes atteintes de douleur chronique.

1.2 Question de recherche :

Quelles sont les stratégies développées pour et par les personnes souffrant de douleurs chroniques ? Ces stratégies sont-elles efficaces dans la gestion de la douleur chronique et peuvent-elles aider les infirmières à développer des systèmes pour la gérer ? (p.168)

1.3 Hypothèse de travail :

Les stratégies de management de la douleur mises en place par les personnes souffrant de douleurs chroniques permettent aux infirmières de développer un système de gestion de la douleur et ainsi de faire avancer la recherche en la matière. (p.168)

1.4 Cadre théorique de la recherche :

Le cadre théorique est basé sur les stratégies de management de la douleur chronique (p.169), les théories et approches basées sur l'auto-gestion tel que la théorie de Rogers de l'être humain unitaire (p.180).

1.5 Concepts et notions :

La douleur chronique et son management par l'individu via ses propres ressources est le principal concept. (p.169)

Revue :

Japan Journal of Nursing Science 12, 167-183. doi : 10.1111/jjns.12065

Journal trimestriel de l'académie des sciences infirmières japonaises publié en anglais. Il est édité depuis 2009 et promeut le développement de la santé et les sciences infirmières.

Auteurs

Yukari TAKAI : Diplômée de l'université de Tokyo ; Division of Health Sciences and Nursing, Department of Adult Nursing/Palliative, Care Nursing, Graduate School of Medicine

Noriko YAMAMOTO-MITANI : Diplômée de l'université de Tokyo ; Division of Health Sciences and Nursing, Department of Adult Nursing/Palliative, Care Nursing, Graduate School of Medicine et professeure à l'université des sciences de Tokyo

Yoshihi ABE : Professeure assistant à l'université de Tsubuka, Japon en Clinical nursing

Mizue SUZUKI : Professeure à Faculty of nursing de Hamamatsu, Japon

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Outils pour la récolte de données :

Les auteures ont réalisé une revue de littérature à partir de Pubmed et de Japan Medical Abstracts Society's web database en 2013 incluant des articles publiés entre 2006 et 2013 (p168).

2.2 Population de l'étude :

La population étudiée est âgée d'au moins 18 ans et ayant des douleurs chroniques non cancéreuses. En page 169 les critères d'inclusion sont décrits.

2.3 Type d'analyse :

C'est une revue systématique de littérature incluant des études quantitatives (études expérimentales, études comparatives, étude descriptives) et qualitatives japonaises et internationales écrites en anglais ou en japonais. 35 études ont été retenues sur 394 trouvées sur le sujet. (p.169)

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1 Principaux résultats de recherches :

Deux tableaux résument les articles et les résultats qui en émergent. Un premier tableau met en évidence les résultats des 23 études quantitatives sélectionnées (p.170-177) et un second tableau décrit les résultats des douze études qualitatives incluses (p.178-179).

- Les stratégies interventionnelles pour la gestion de la DC sont multiples et font appel à la multidisciplinarité des soins mais également à des interventions telles la relaxation guidée, la musico-thérapie, la tenue d'un journal de bord de la douleur en vue d'une auto-gestion de la douleur par les patients via l'éducation thérapeutique. (p.169)
- Les effets de ces interventions sont une réelle diminution de l'intensité de la douleur voire même un arrêt de la douleur. Dans deux études des effets à long terme ont été reportés. (p.169)
- Les stratégies de management de la douleur se basent essentiellement sur les approches cognitivo-comportementales, la mindfulness ainsi que le mind-body mais également sur la théorie de Rogers « Unitary Human Beings » et du concept de l'auto-efficacité et du changement de comportement. (p.180)

- Le support familial, amical et social permet une meilleure gestion de la douleur (p.180).

3.2 Conclusion générale :

Les approches multidisciplinaires ainsi que l'appréhension de la douleur via différents modes permettent un soulagement voire un arrêt de la douleur chronique. Les supports sociaux tels que la famille, les amis sont perçus comme une stratégie réelle de gestion de la douleur. Les interventions restent individuelles et permettent à chacun de trouver ses propres stratégies d'auto-gestion de la douleur.

3.3 Ethique :

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. La recherche a été financée par le ministère de l'éducation, de la culture, des sports et des sciences et technologies du Japon.

4. DÉMARCHE INTERPRÉTATIVE

4.1 Apport de l'article :

Les infirmières ainsi que les chercheurs peuvent considérer et adopter ces stratégies de gestion de la douleur dans leur pratique. La douleur chronique est la plupart du temps gérée via différents modes en association par les individus qui permettent un soulagement de la douleur. L'approche interprofessionnelle est indispensable afin de proposer des stratégies individuelles de gestion de la douleur mais aussi l'intégration de la famille et du réseau social de la personne.

4.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

La revue de littérature est basée uniquement sur des études récentes ce qui ne permet pas de connaître la tendance à long terme de ces stratégies. Il est possible également que certaines études n'aient pas été recensées étant donné que seulement deux bases de données ont été utilisées.

4.3 Piste de réflexion

Comment intégrer la famille et les ressources sociales de la personne dans la gestion de la douleur chronique sans créer un bouleversement dans la systémique familiale. Quelles sont les répercussions sur la santé mentale de l'individu et de sa famille dans un vécu de douleur chronique ?

Self-management support for chronic pain in primary care : a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles

Lukewich, J., Mann, E., VanDenKerkhof, E. & Tranmer, J. (2015)

1. OBJET DE L'ARTICLE ET CADRE THÉORIQUE :

1.1 Objet de la recherche :

Décrire :

- les actions, les facilitateurs et les barrières de l'auto-gestion de la douleur chronique du point de vue de l'individu,
- les rôles de l'infirmière de premiers recours dans le management des maladies chroniques ainsi que ses ressources mais aussi ses freins dans ce contexte de prise en charge de la DC.

1.2 Question de recherche :

Comment les personnes souffrant de DC gèrent leur douleur chronique, avec quels moyens ? Comment l'infirmière de soin de premier recours peut-elle intervenir et faciliter ce processus de gestion de la DC ? (p.2552)

1.3 Hypothèse de travail :

Déterminer ce qui facilite l'auto-gestion de la DC et/ou au contraire ce qui représente un frein. Trouver les ressources adéquates auprès des structures et des infirmières de soins de premiers recours dans le management de la DC.

1.4 Cadre théorique de la recherche :

Le cadre théorique n'est pas clairement établi mais il est question principalement des stratégies de coping, des ressources nécessaires et de l'*empowerment* (p.2552).

1.5 Concepts et notions :

Sont présents les concepts de self-management, de barrières et facilitateurs de la gestion de la DC.

Revue :

Journal of Advancing Nursing
71(11), 2551-2562
doi :10.1111/jan.12717

Journal mensuel international qui contribue à l'avancement des EBN. Il est un des leader mondial de la revue infirmière et de santé. Infirmières, sages-femmes mais aussi autres professionnels de la santé peuvent y publier des articles.

Auteurs

Julia Lukewich: Professeure à l'école d'infirmières de la Faculté de santé et des sciences de l'université de Queen's Ontario au Canada

Elisabeth Mann: Professeure à l'école d'infirmières de la Faculté de santé et des sciences de l'université de Queen's Ontario au Canada

Elizabeth VanDenKerkhof: Professeure et détentrice de la Chair Sally Smith à l'école d'infirmière et au département d'anesthésiologie et de médecine per-opératoire à la Faculté de santé et des sciences de l'université de Queen's Ontario au Canada

Joan Tranmer: Professeure à l'école d'infirmières de la Faculté de santé et des sciences de l'université de Queen's Ontario au Canada

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Outils pour la récolte de données :

Les auteures se sont servies de deux études :

- 1) Une étude sur le self-management de la DC réalisée entre novembre 2011 et Septembre 2012
- 2) Une étude sur le rôle infirmier dans un contexte de soin de premier recours réalisée entre mai et juin 2011

2.2 Population de l'étude :

- 1) Pour la première étude l'échantillon était de 1504 adultes sélectionnés sur l'annuaire téléphonique canadien. Puis une fois les questionnaire envoyés 340 personnes ont été sélectionnées en fonction des critères d'inclusion qui étaient principalement la douleur chronique.
- 2) La seconde étude a pris un échantillon de 1911 infirmières qui travaillent dans l'Ontario (Canada) en soins de premiers recours. Seulement 354 infirmières ont complété correctement le questionnaire.

2.3 Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude transversale qui confronte les résultats des deux études nommées ci-dessus. (p.2554)

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1 Principaux résultats de recherches :

Quatre tableaux mettent en évidence les résultats de leur recherche. Un premier tableau décrit les caractéristiques des participants (p.2556) puis dans les tableaux 2, 3, 4 et 5 (p.2557-2558) sont identifiés les barrières et les facilitateurs de la gestion de la DC, le rôle des infirmières qui favorise le self-management de la DC puis ce que les individus déterminent comme soins de santé qui aident à ce développement de l'auto-gestion de la DC.

- 76% des participants gèrent leur DC grâce à la prise de médicaments et 39,2% utilisent des méthodes non médicamenteuses ou en combinaison avec les médicaments.
- La confiance en soi, une bonne relation avec le référent de soin ainsi que le soutien familial et amical sont les trois principaux facilitateurs d'une bonne auto-gestion de la douleur. Les personnes souffrant de douleurs chroniques

n'identifient pas les infirmières comme étant une ressource principale dans le réseau de soin.

- Seulement 5% des infirmières ont dans leur structure de travail des programmes d'aide à la gestion de la douleur.
- La collaboration avec les médecins ainsi qu'avec d'autres professionnels de santé ainsi qu'un accès à des formations représentent pour les infirmières les principaux facteurs pour optimiser leur prise en soin de la DC. En revanche le manque de temps et d'argent sont les freins à cette bonne prise en soin.

3.2 Conclusion générale :

La douleur chronique est fragilisante pour les individus. Leur permettre d'auto-gérer leur DC grâce à un accompagnement avec des moyens simples et les outils technologiques d'aujourd'hui (appel téléphonique, centralisation des données du patient...) ainsi que favoriser la prise en charge interprofessionnelle permettent de remettre au centre les attentes de l'individu quant au management de sa douleur.

3.3 Ethique :

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Les études utilisées ont été approuvées par le bureau de l'Université de science de la santé en recherche éthique.

4. DÉMARCHE INTERPRÉTATIVE

4.1 Apport de l'article :

On constate que l'infirmière n'est pas la ressource principale des personnes souffrant de DC. Celle-ci souhaiterait également être plus informée et offrir aux patients un réel suivi global.

L'interprofessionnalité semble être une clé de voûte permettant une bonne gestion des patients. La systémique familiale joue également un rôle important dans le soutien des personnes souffrant de DC.

4.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

Cette étude est menée exclusivement dans l'Ontario au Canada. Elle peut ne pas être représentative de l'ensemble des personnes souffrant de DC ainsi que des autres systèmes de santé en particulier en Suisse. La taille et la diversité de l'échantillon dans la première étude sont limitées.

4.3 Piste de réflexion

L'infirmière doit-elle être nécessairement formée à la DC pour intégrer cette prise en soin dans sa pratique ? Comment améliorer la communication entre les patients/l'infirmière/les professionnels de santé pour une éducation thérapeutique sur les problématiques de DC ? L'autogestion de la DC est-elle une affaire individuelle ou doit-elle être une préoccupation des infirmières de premiers recours ?

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

Bergeron, D.A. , Bourgault,P. , Gallagher,F. (2015)

1. OBJET DE L'ARTICLE ET CADRE THÉORIQUE :

1.1 Objet de la recherche :

Décrire les activités de gestion de la douleur réalisées par les infirmières travaillant dans des Groupes de Médecine de Famille (GMF) auprès de personnes souffrant de DC mais également comprendre les freins à ces activités.

1.2 Question de recherche :

Quelles activités les infirmières en GMF sont-elles capables de mettre en place pour gérer la douleur chronique chez des patients atteints par cette problématique ? Quelles sont les barrières à ces activités ?

1.3 Hypothèse de travail :

Trouver les ressources nécessaires auprès des infirmières de GMF pour accompagner les patients vers une bonne gestion de la douleur. Savoir détecter les situations de DC.

1.4 Cadre théorique de la recherche :

Le modèle de Patiraki-Kourbani & al. a été utilisé pour cette recherche. Il met en avant les différents facteurs influençant les habiletés de gestion de la douleur des infirmières et met en relation les éléments qui mènent à une gestion efficace de la DC. (p.102)

1.5 Concepts et notions :

Les concepts clés sont les compétences infirmières et la relation thérapeutique dans un contexte de douleur chronique

Revue :

Pain research and management 20(2) 101-106
Journal canadien d'accès libre qui publie des articles de recherche et des recherches cliniques faite par des professionnels de la santé dans le domaine du management de la douleur.

Auteurs

Dave A Bergeron: Infirmier clinicien à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Chargé de cours à l'Université de Sherbrooke et au Collège Édouard-Montpetit et Master à l'université du Québec à Rimousky et faculté de médecine et science de la santé.

Patricia Bourgault: Infirmière et Professeure à l'école des sciences infirmières à l'université de Sherbrooke, Québec

Frances Gallagher: Infirmière et Professeure à l'école des sciences infirmières à l'université de Sherbrooke, Québec

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Outils pour la récolte de données :

Les données ont été récoltées via un questionnaire envoyé par la poste.

2.2 Population de l'étude :

L'étude regroupe une population exclusivement d'infirmières membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et travaillant en GMF. Ils doivent parler et lire le français. 430 infirmières répondaient aux critères mais seulement 53 ont répondu au questionnaire.

2.3 Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude descriptive-corrélationnelle transversale. (p.102)

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1 Principaux résultats de recherches :

Les résultats se présente en 3 parties :

1) Activités les plus fréquemment réalisées par les infirmières des GMF :

- relation thérapeutique avec le patient
- discussion avec le médecin sur les mesures thérapeutiques et leur efficacité
- enseignement personnalisé au patient

2) Activités de gestion de la DC que les infirmières ont le plus l'intention de faire :

- évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques
- enseignement personnalisé
- évaluation de la satisfaction du client quant au suivi général

3) Activités que les infirmières se sentent le plus en mesure d'effectuer :

- relation thérapeutique
- évaluation de la satisfaction face aux mesures thérapeutiques
- discussion avec le médecin de l'évaluation de la douleur

Ensuite les infirmières rencontrent des barrières à la gestion de la DC :

- manque de connaissance sur les interventions possibles
- non disponibilité de l'information sur la gestion de la douleur
- manque de temps et de soutien de la part des médecins

Egalement beaucoup d'infirmières sous-évaluent le vécu de douleur chronique liée aux maladies chroniques des patients et donc ne proposent pas d'intervention.

3.2 Conclusion générale :

Il y a une mauvaise évaluation de la DC de la part des infirmières chez les patients. Le suivi est peu optimal. En travaillant sur les freins que rencontrent les infirmières, le développement de la prise en charge de la DC dans les GMF pourrait être optimisé.

3.3 Ethique :

Le comité d'éthique institutionnel a approuvé l'étude.

4. DÉMARCHE INTERPRÉTATIVE

4.1 Apport de l'article :

Le rôle des infirmières en GMF est peu connu. Les infirmières ont l'intention de réaliser plus d'actions pour favoriser une bonne gestion de la DC mais disent ne pas avoir les bons outils (manque d'information et de formation). Les connaissances de l'infirmière sur la DC ne sont pas non plus optimales.

4.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

L'étude est menée sur un petit échantillon : 53 infirmières et uniquement au Québec. Le taux de réponse a été faible. La méthode utilisée ; questionnaires envoyés par la poste, était fastidieuse (réponse et dépouillement).

4.3 Piste de réflexion

Quelle contribution à la gestion de la DC peuvent apporter les infirmières de GMF sachant qu'elles sont souvent le premier interlocuteur ? Comment sensibiliser les infirmières de premiers recours sur leur rôle concernant la gestion des traitements pharmacologiques mais aussi sur les méthodes non pharmacologiques via l'interprofessionnalité ? Quelle place pour le soutien familial ?

A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies

Eaves, E. R., Sherman, K.J., Ritenbaugh C., Hsu, C., Nichter, M., Turner, J.A. & Cherkin, D.C. (2015)

Revue :

BMC Complementary and Alternative Medicine The official journal of the International Society for Complementary Medicine Research (ISCMR) 15 (12) Journal international de science, technologie et médecine d'accès libre en ligne offrant des articles sur la biologie, la médecine et la santé.

Auteurs :

Emery Eaves : PhD en anthropologie socio-culturelle à University of Arizona au département Family and Community Medicine & School of Anthropology à Tucson (USA)

Karen Sherman : PhD Behavioral Biology, Cornell University et MPH Epidemiology, University of Washington. Travaillant actuellement à Seattle (USA) pour Group Health Research Institute.

Cheryl Ritenbaugh : Professeur d'anthropologie à University of Arizona à Tucson (USA)

Clarissa Hsu : Anthropologiste médical pour Group Health Research Institute à Seattle (USA)

Mark Nichter : Regent's Professor of Anthropology Public Health, Family Medicine à University of Arizona, Tucson (USA)

Judith Turner : Médecin et Professeur en Psychiatrie et sciences du comportement à Washington University, Seattle (USA)

Daniel Cherkin : Senior Scientific Investigator Group Health Research Institute à Seattle (USA)

1. OBJET DE L'ARTICLE ET CADRE THÉORIQUE :

1.1 Objet de la recherche :

Comprendre les attentes des patients atteints de douleurs lombaires chroniques qui utilisent les thérapies alternatives afin de gérer leur DC.

1.2 Question de recherche :

Pas de question de recherche explicitée.

1.3 Hypothèse de travail :

Utiliser des données qualitatives afin d'appréhender la relation entre les attentes des patients et les résultats obtenus lors de l'utilisation de méthode alternatives pour soulager les DC.

1.4 Cadre théorique de la recherche :

Il n'y a pas de cadre théorique clairement énoncé mais une référence est faite aux stratégies de coping qui sont recherchées dans l'étude (p. 2)

1.5 Concepts et notions :

Les concepts principaux sont l'auto-gestion de la douleur et les attentes des patients via ces thérapies.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Outils pour la récolte de données :

Interviews semi-structurées en trois phases sur une période de trois mois. Les interviews ont été transcrites puis codées avec des

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

focus sur la douleur, la fonction physique, l'impact global sur la vie, les espoirs, les déceptions et les satisfactions quant à l'utilisation des méthodes alternatives. (p.4)

2.2 Population de l'étude :

64 participants ont été retenus. Il s'agissait d'adultes entre 20 et 70 ans avec des douleurs lombaires chroniques qui ont expérimenté des douleurs de 0 à 10 sur l'échelle de la douleur durant les trois derniers mois. (p.3) Chaque participant expérimente pour la première fois (N=23), depuis peu (N=8) ou depuis longtemps (N=15) une des quatre méthodes alternatives suivantes pour soulager ses DC : le yoga (N=18), le massage (N=13), l'acupuncture (N=18) ou la chiropratique (N=15). (p.2)

2.3 Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude qualitative avec une approche mixte de l'analyse des données (codage et analyse matricielle).

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1 Principaux résultats de recherches :

Lors des trois phases d'entretiens les attentes des patients n'étaient pas les mêmes.

- 1^{er} entretien : l'espoir de la guérison et le soulagement était la principale attente
- 2^{ème} entretien : l'acceptation de la douleur grâce au travail corporel effectué
- 3^{ème} entretien : Les patients réalisent qu'il y a une connexion entre la douleur et le style de vie. L'augmentation de la conscience de la relation entre le bien-être physique et mental augmente leur bien-être social, engendre une meilleure activité physique et une meilleure alimentation.

La diminution de la DC est directement en lien avec l'acceptation de la douleur et les stratégies d'autogestion mises en place par l'individu pour gérer sa douleur. Accepter c'est devenir plus réaliste sur sa propre situation de chronicité et de pouvoir maintenir une activité nécessaire pour gérer sa DC. (p.4)

Les méthodes alternatives permettent de trouver de l'espoir dans le management de la DC et de reprendre le dessus sur le processus de guérison ou de soulagement. (p.6)

3.2 Conclusion générale :

Accepter la DC permet de mettre en place des stratégies de coping afin d'avoir un meilleur fonctionnement émotionnel, social et physique. Les méthodes alternatives

sont des outils pour permettent un travail corporel favorisant l'acceptation de la DC et ainsi d'évoluer vers des attentes plus réalistes quant au soulagement de ces DC. L'acceptation de la DC ainsi que le changement des attentes par rapport à la guérison de celle-ci est un processus qui s'ancre dans une vision d'autogestion et d'*empowerment*.

3.3 Ethique :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt ni ne conflit de compétition. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

4. DÉMARCHE INTERPRÉTATIVE

4.1 Apport de l'article :

L'article nous montre que les attentes vis-à-vis de la guérison et/ou du soulagement lors d'un vécu de DC peut changer grâce à un travail corporel. Celui-ci permet une acceptation de la DC favorise l'autogestion ainsi que l'*empowerment* dans un contexte de DC. Apprendre à se connaître et à reconnaître sa douleur afin de mieux l'accepter et d'y travailler dans une dimension holistique.

4.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

Il n'a été envisagé uniquement que quatre méthodes alternatives exclusivement basées sur les thérapies corporelles.

Il n'a pas été mis en relation si les participants avaient également des traitements pour soulager leur DC et si ceux-ci étaient mieux, moins ou différemment utilisés avec les thérapies alternatives.

Le coût de ces méthodes n'a pas été évalué dans un contexte où souvent les médecines complémentaires ne sont pas remboursées.

4.3 Piste de réflexion

L'infirmière a donc un rôle important dans cet accompagnement vers l'acceptation de la DC. Proposer une prise en charge multidisciplinaire semble être une piste mais également tourner le patient vers son vécu corporel mais aussi quelles attentes a-t-il face à la gestion de sa DC ?

Tveiten,S, Ruud Knutsen,I (2010)

1. OBJET DE L'ARTICLE ET CADRE THÉORIQUE :

1.1 Objet de la recherche :

Mettre en lumière les expériences et les perspectives des patients qui dialoguent avec les professionnels de la santé dans une clinique spécialisée en douleur chronique.

1.2 Question de recherche :

Qu'est-ce qui caractérise le sens du contrôle, de la démoralisation et de la remoralisation dans le dialogue ? (p.344)

1.3 Hypothèse de travail :

Il n'y a pas d'hypothèse de travail citée en tant que telle. Mais il est dit que pouvoir nuancer les différents aspects du dialogue entre les patients et les professionnels de la santé permettra de comprendre le processus d'*empowerment* et du sens du contrôle. (p.333)

1.4 Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs citent la théorie en évolution de Skuladottir et Halldorsdottir. (p.336)

1.5 Concepts et notions :

Les principaux concepts de cet article sont : l'*empowerment* qui est au centre de la discussion ainsi que le dialogue patient/soignant donc la communication sur la douleur chronique.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Outils pour la récolte de données :

Deux entretiens ont été réalisés avec deux focus groupes au printemps 2006. Les entretiens étaient menés avec un guide de thèmes relatifs à la question de recherche. Puis les données ont été analysées grâce à deux codages des interviews. Les codages comprenaient des thèmes et des sous-thèmes toujours en lien avec dialogue

Revue :

Scandinavian Journal of Caring Sciences
Journal Du Collège Nordique des Sciences des Soins. Il est publié chaque trimestre

Auteurs

Sidsel TVEITEN :
Professeure à la faculté de Santé, Nutrition et Management de l'Akershus University Collège à Lillestrom (Norvège)

Ingrid RUUD KNUTSEN:
Professeure assistante à la faculté de Santé, Nutrition

et *empowerment*. (p.335)

2.2 Population de l'étude :

Deux focus groupes : un groupe de 6 femmes et un groupe de 3 femmes et 2 hommes souffrant de douleur chronique et étant suivis dans une clinique de la douleur (p.335)

2.3 Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude explorative et descriptive qualitative.

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1 Principaux résultats de recherches :

Le dialogue entre soignés/soignants est très important dans un processus de prise en soin de la DC. Quatre thèmes discutés sont les principaux axes de réflexion pour la pratique professionnelle :

- Trouver des moyens de compréhension commune : le patient a ses propres clés de diminution de la DC et veut être inclu dans les décisions thérapeutiques grâce à une collaboration soigné/soignant dans le dialogue (p.336)
- Créer des bases de collaboration : importance de participer aux colloques multidisciplinaires, considérer le patient comme expert de lui même et le soignant comme expert de la discipline de santé. Favoriser le sentiment de coping grâce à la communication sur ce qu'il se passe pour aller vers l'*empowerment*. (p.337)
- Reconnaissance : Encourager le patient à s'exprimer sur ses préoccupations, son savoir de sa DC, et écouter ses ressentis sont générateurs d'une pratique infirmière qui va vers l'*empowerment*. (p.337)
- Légitimité : culpabilité face à la légitimité et la reconnaissance de leur DC par eux-mêmes et les soignants. (p.338)

3.2 Conclusion générale :

Il est très important pour le patient avec des DC que le dialogue s'installe entre lui et le soignant. Ce dialogue permet d'ouvrir une dimension de contrôle sur la DC et de mieux comprendre les aspects de démoralisation/remoralisation dans ce contexte de DC. (p.339)

3.3 Ethique : L'étude a été faite selon la déclaration d'Helsinki et approuvé par le comité de la région sud de Norvège et le service des données de science sociale

norvégienne. Tous les participants étaient volontaires. La recherche a été financée par l'Université de Akershus en Norvège.

4. DÉMARCHE INTERPRÉTATIVE

4.1 Apport de l'article :

L'article met en lumière l'importance de la communication et donc du rôle de communicatrice : le dialogue entre le patient et le soignant est primordial dans un processus d'*empowerment*. Redonner le pouvoir au patient passe par des compétences d'empathie, d'écoute active et de coopération.

4.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

L'objet de la recherche n'est pas explicité clairement, plus que le dialogue, le processus d'empowerment est évalué dans cet article.

4.3 Piste de réflexion

Quels rôles l'infirmière doit-elle solliciter afin de favoriser le dialogue avec un patient ?