

Les indicateurs de la douleur en soins critiques

Résumé

Dans le cadre de cette étude qualitative descriptive, des groupes de discussion et des entrevues individuelles ont été organisés avec 48 infirmières et 12 médecins de soins critiques. Les résultats révèlent que plusieurs indicateurs sont utilisés pour évaluer la douleur des patients intubés, indépendamment de leur état de conscience. D'une part, infirmières et médecins accordent de l'importance à l'auto-évaluation de la douleur par le patient, même s'il est intubé, puisqu'il peut toujours communiquer par signes. D'autre part, des indicateurs comportementaux et physiologiques leur fournissent une information précieuse pour l'évaluation de cette douleur. Par contre, il existe des limites à l'utilisation de ces indicateurs qui ne sont pas, pour la plupart, spécifiques à la douleur. Enfin, des recommandations pour la pratique infirmière et des avenues de recherche sont proposées.

Mots-clés : douleur, indicateurs, soins critiques, patients intubés, approche qualitative

Pain indicators in critical care

Abstract

In this descriptive/qualitative study, focus groups and individual interviews were completed with 48 critical care nurses and 12 critical care physicians. Results showed that many indicators are used by those clinicians for pain assessment in intubated patients, whatever their level of consciousness. Nurses and physicians mentioned giving weight to the patient's self-assessment of pain even when intubated, communication then being by means of signs. Behavioural and physiological indicators also provide clinicians with valuable information for pain assessment. However, for the most part these indicators are not specific to pain, limiting their usefulness in this context. The study also suggests recommendations for nursing practice and ideas for nursing research.

Keywords : pain, indicators, critical care nursing, intubated patients, qualitative design

Les indicateurs de la douleur en soins critiques

PAR CÉLINE GÉLINAS, INF., PH.D., CHANTAL VIENS, INF., PH.D., MARTINE FORTIER, M.P.S. ET LISE FILLION, INF., PH.D.

L'évaluation de la douleur constitue un aspect majeur de la qualité des soins donnés aux patients (Ferrell *et al.*, 1995). En effet, une évaluation adéquate est nécessaire pour obtenir un soulagement efficace de la douleur. Non détectée, et donc non soulagée, la douleur peut entraîner le développement de plusieurs complications néfastes pour le patient en soins critiques (Carr et Goudas, 1999; Hamill-Ruth et Marohn, 1999).

Malgré sa pertinence, l'évaluation de la douleur en soins critiques reste un domaine de recherche peu exploré. Les études antérieures soulignent la sous-estimation et l'évaluation incomplète de la douleur des patients en soins critiques (Idvall et Ehrenberg, 2002; Manias *et al.*, 2002; Puntillo *et al.*, 1997). La complexité clinique des problèmes de la clientèle en soins critiques, de même que le manque d'outils pour évaluer la douleur chez ces patients qui éprouvent fréquemment de la difficulté à communiquer, constituent des barrières à cette évaluation (Shannon et Bucknall, 2003). Des efforts supplémentaires de recherche dans ce domaine s'avèrent donc nécessaires.

Recension des écrits

La douleur se définit comme une expérience subjective sensorielle et émotionnelle, et désagréable, associée à un dommage tissulaire potentiel ou réel (IASP, 1979). Elle est considérée comme un agent de stress majeur par les patients en soins critiques (Puntillo, 1990). Elle représente un concept subjectif et multidimensionnel comprenant des composantes sensorielle, émotionnelle, cognitive, comportementale et physiologique (Melzack et Casey, 1968). L'intensité de la douleur varie de modérée à élevée chez plus de 50% des patients en soins critiques (Puntillo *et al.*, 2001; Stanik-Hutt *et al.*, 2001). Plusieurs sources de la douleur en soins critiques peuvent être identifiées, dont la

gravité de l'état de santé du patient, l'appareillage effractif, l'alitement prolongé et les interventions de soins fréquentes, tels le changement de position et la succion endotrachéale (Kwekkeboom et Herr, 2001; Puntillo *et al.*, 2001). Ainsi, à cause de ses caractéristiques multidimensionnelle, subjective et multicausale, l'évaluation de la douleur est complexe.

L'auto-évaluation représente la mesure la plus fiable de la douleur (McCaffery, 1979). Il existe d'ailleurs plusieurs instruments d'évaluation subjective utilisés tant en clinique qu'en recherche. Certains d'entre eux, comme l'échelle numérique d'intensité de la douleur de 0 à 10, l'échelle descriptive et la version abrégée du Questionnaire de McGill (Melzack, 1987) sont employés pour la clientèle consciente et intubée (Mateo et Krenzischek, 1992; Puntillo *et al.*, 2001).

Toutefois, lorsque le patient ne peut plus communiquer de quelque façon que ce soit, ces outils deviennent inutilisables. En soins critiques, plusieurs facteurs peuvent nuire à la communication avec le patient, dont l'utilisation d'agents anesthésiques centraux ou de sédatifs, la ventilation mécanique et l'altération de l'état de conscience (Hamill-Ruth et Marohn, 1999; Shannon et Bucknall, 2003). D'ailleurs, certaines études qualitatives réalisées dans le domaine (Hurlock-Chorostecki, 2002; Manias *et al.*, 2002; Stannard *et al.*, 1996) ont permis de constater que les infirmières recourent à des indicateurs comportementaux (p. ex. : expression faciale, mouvements) et physiologiques (p. ex. : signes vitaux) lorsque les patients ne peuvent communiquer.

Les indicateurs comportementaux et physiologiques peuvent donc représenter d'autres sources d'information pour évaluer la douleur (AHCPR, 1992; Hamill-Ruth et Marohn, 1999; Kwekkeboom et Herr, 2001). Cependant, peu d'outils utilisant ces types d'indicateurs ont été conçus pour la clientèle adulte, et leur développement et leur validité demeurent peu documentés (Mateo et Krenzischek,

1992; Payen *et al.*, 2001; Puntillo *et al.*, 1997). C'est pourquoi une collecte de données sur les indicateurs parmi les cliniciens pourrait constituer la première étape de l'élaboration d'un instrument d'évaluation de la douleur chez la clientèle intubée en soins critiques.



Cadre de référence

La théorie multidimensionnelle intégrée de la douleur (Melzack, 1999) constitue le cadre de référence de l'étude. Cette théorie fournit un modèle d'évaluation de la douleur découlant des mécanismes physiologiques associés à la douleur, soit la nociception et la réponse physiologique au stress. Ce modèle correspond à deux catégories d'indicateurs: la catégorie subjective, qui renvoie à la perception qu'a la personne de son expérience de la douleur et comprend les composantes sensorielle, émotionnelle et cognitive; la catégorie objective/observable, qui correspond à ce que les cliniciens peuvent observer, soit les composantes comportementale et physiologique.

Méthode

Cette étude descriptive d'approche qualitative permet de comprendre le point de vue des infirmières et des médecins sur le processus d'évaluation de la douleur au cœur même de leur réalité clinique. Elle vise plus précisément à décrire les indicateurs utilisés par les infirmières et les médecins pour évaluer la douleur de patients adultes intubés, conscients et inconscients en soins critiques.

Participants

Des infirmières et des médecins des départements de cardiologie/pneumologie et neurologie/traumatologie de deux sites hospitaliers ont été invités à participer à l'étude. Deux sous-échantillons ont été constitués: le premier se composait de 48 infirmières expérimentées en soins critiques (soins intensifs et salle de réveil) répondant aux critères de sélection suivants: 1) posséder au moins un an

d'expérience de travail à temps plein (ou l'équivalent) dans une unité de soins critiques, et 2) être intéressée par l'évaluation de la douleur et souhaiter participer à l'étude; le second se composait de 12 médecins spécialistes impliqués dans la gestion de la douleur en soins critiques, qui devaient aussi avoir été en pratique active de soins critiques et souhaiter participer à l'étude.

Recrutement et aspect éthique

Les infirmières ont été recrutées par l'intermédiaire des infirmières-chefs des départements visés au moyen de l'affichage de listes d'inscription. Des rencontres ont été organisées et des invitations écrites et personnalisées ont aussi été lancées. Les médecins ont été recrutés après une présentation du projet au cours de réunions départementales.

L'étude a été acceptée par le comité d'éthique de la recherche des deux centres participants. Chaque clinicien a signé un formulaire de consentement contenant l'information pertinente.

Collecte de données

Des rencontres de 4 à 8 personnes ont été organisées par la chercheuse principale. Au total, 9 groupes ont relaté leur expérience d'évaluation de la douleur dans le cadre de groupes de discussion (*focus group*), selon différentes plages horaires pour le personnel de jour, de soir et de nuit. Les rencontres, effectuées en présence de la chercheuse principale et d'une assistante de recherche, ont duré de 90 à 120 minutes et ont été audio-enregistrées.

Pour ce qui est des médecins, comme il était plus difficile de les réunir en même temps dans des groupes de discussion, 12 entrevues individuelles de 45 à 60 minutes, semi-dirigées et audio-enregistrées, ont été organisées.

Instruments

Le groupe de discussion et l'entrevue semi-dirigée ont été privilégiés, car ils permettent de poser des questions ouvertes, neutres et similaires dans leur contenu. Les questions ont été élaborées à partir du modèle d'évaluation de la douleur de Melzack (1999) et formulées de manière à permettre aux cliniciens de décrire leur réalité clinique et leur processus d'évaluation de la douleur. En voici deux exemples: comment savez-vous qu'un patient intubé éprouve de la douleur? Que faites-vous pour évaluer la douleur chez les patients inconscients?

Afin de décrire les cliniciens ayant participé à l'étude, une fiche signalétique a été élaborée, permettant de recueillir des données sociodémographiques et professionnelles.

Analyse de données

Les données qualitatives audio-enregistrées ont été transcrites par des assistants de recherche à l'aide du logiciel Word 2000. Le verbatim a ensuite été codifié au moyen du ►

logiciel NUDIST 4 par la chercheuse principale et une assistante de recherche de manière à obtenir un consensus inter-juges. Les données ont été analysées selon le processus décrit par Huberman et Miles (1991), qui se compose de trois flux concourants d'activité: la condensation (l'analyse qui permet d'organiser les données), la présentation (l'assemblage organisé de l'information) et l'élaboration/vérification (la formulation des conclusions finales).

Résultats

Participants

Les 48 infirmières qui ont participé à l'étude, dont la majorité travaille en soins intensifs et les autres, en salle de réveil ou d'opération, possèdent plusieurs années d'expérience (tableau I). Des infirmières des trois quarts de travail y ont participé, soit 20 travaillant le jour, 9, le soir et 14, la nuit. En matière d'éducation professionnelle, environ la moitié des infirmières détiennent une formation collégiale et l'autre moitié, une formation universitaire. Une proportion importante d'entre elles ont reçu une formation spécifique sur la douleur.

Quant aux 12 médecins rencontrés, 9 sont anesthésiologistes/intensivistes, 2, pneumologues et 1, chirurgien/intensiviste. Tous pratiquent aux soins intensifs et la majorité, en salle d'opération. Ils possèdent également plusieurs années d'expérience et la majorité d'entre eux avaient reçu une formation spécifique sur la douleur.

Tableau I – Description des participants

Données sociodémographiques et professionnelles	Infirmières (n=48)	Médecins (n=12)
	Moyenne	
Âge	41,6	41,0
Nombre d'années d'expérience dans l'établissement	16,0	8,8
Nombre d'années d'expérience avec les patients intubés	14,0	11,5
	Fréquence (n)	
Dernier niveau de scolarité terminé		
Diplôme d'études collégiales	25	—
Certificat universitaire	13	—
Baccalauréat en sciences infirmières	10	—
Baccalauréat (autre domaine)	2	—
Autre (diplôme 2 ^e cycle sc. inf.)	1	—
Principale(s) unité(s) de travail		
Soins intensifs	36	12
Salle de réveil / salle d'opération	12	10
Formation sur la douleur	28	9

1. Propos tenu par un médecin.

2. Propos tenu par une infirmière.

Indicateurs de douleur

Les indicateurs ont été regroupés à partir du modèle théorique de l'étude. Les différentes composantes du concept de la douleur sont présentées selon la catégorie à laquelle elles appartiennent: subjective ou objective/observable (tableau II).

1. Catégorie subjective

L'évaluation subjective de la douleur nécessite la collaboration du patient puisqu'il est le mieux placé pour décrire ce qu'il ressent. Tous les cliniciens s'entendent pour dire qu'il est possible d'obtenir la collaboration du patient intubé lorsqu'il est conscient.

1.1 Composante sensorielle

L'ensemble des cliniciens dit questionner le patient intubé et conscient sur certaines caractéristiques, principalement sur la présence de douleur, son intensité et sa localisation. Un groupe de 5 infirmières et 4 médecins notent, parmi les autres informations demandées, les facteurs aggravants/atténuants, et plus spécifiquement l'efficacité de la médication administrée. Un groupe de 5 infirmières et 2 médecins déclarent vérifier le temps écoulé depuis l'apparition de la douleur. Enfin, 1 médecin dit vouloir préciser la qualité de la douleur, c'est-à-dire la sensation physique liée à l'expérience de la douleur.

Les cliniciens décrivent leur façon de questionner le patient intubé et conscient, et les moyens utilisés pour communiquer avec celui-ci: « On pose des questions simples auxquelles le patient peut répondre par un oui ou par un non »¹. On peut d'abord convenir d'un mode de communication avec le patient et celui-ci peut alors « répondre par un signe de tête (...), serrer la main (...), faire signe avec les yeux »¹. Pour localiser la douleur, le patient peut « avec son doigt situer sa douleur »¹, ou « pointer l'endroit »². Six groupes (29 infirmières) et 9 médecins déclarent utiliser les échelles de douleur. Les infirmières le font surtout verbalement en offrant des choix de réponses au patient: « cela fait beaucoup mal ou un petit peu »², tandis que 4 médecins croient qu'il est possible de demander au patient de pointer l'intensité de sa douleur sur une échelle.

Cinq groupes (24 infirmières) et 3 médecins mentionnent d'autres moyens de communication avec le patient intubé conscient, comme lire sur ses lèvres ou lui demander d'écrire. Par contre, deux médecins invitent à la prudence parce que l'écriture du patient peut

Tableau II – Indicateurs d'évaluation de la douleur

Indicateur	48 infirmières (9 groupes)	12 médecins (12 entrevues)
	Nbre de groupes (n)	Nbre de médecins (n)
1. Catégorie subjective de l'évaluation de la douleur		
<i>1.1 Composante sensorielle</i>		
Présence de douleur	9	10
Localisation	8	8
Intensité	5	10
Autres facteurs aggravants/atténuants : temps, qualité	2	5
<i>1.2 Composante émotionnelle</i>		
Anxiété	5	6
Peur	4	1
<i>1.3 Composante cognitive</i>		
Perception face à la douleur	7	2
Autre : concentration sur la douleur	2	1
2. Catégorie objective/observable de l'évaluation de la douleur		
<i>2.1 Composante comportementale</i>		
Expression faciale	9	12
Mouvements corporels	9	12
Tension musculaire	9	2
Interaction avec le ventilateur mécanique	8	3
Autres : patient qui mord le tube endotrachéal, qualité de son repos/sommeil	6	2
<i>2.2 Composante physiologique</i>		
TA	9	12
FC	9	12
FR	9	11
Diaphorèse	6	7
SaO ₂ et CO ₂	5	1
Autres : PIC, T, toux, tremblements, production de sécrétions, ↑ résistances systémiques/pulmonaires, ↑ débit cardiaque, ↓ diurèse, coloration de la peau, dilatation pupillaire	6	3

souvent être illisible. Lire sur les lèvres peut également s'avérer ardu, même s'il y a des patients intubés qui réussissent à se faire comprendre en amplifiant les mouvements de la bouche.

Enfin, 1 médecin et un groupe de 5 infirmières mentionnent que le patient intubé peut chercher à exprimer spontanément qu'il ressent de la douleur. Il est donc important d'être attentif aux moyens que le patient utilise afin de l'évaluer adéquatement: «Il tape dans le lit. (...) Il frappe sur les barreaux. (...) Il sonne souvent.»²

1.2 Composante émotionnelle

L'anxiété et la peur sont les principales émotions relevées. Certains cliniciens les traitent davantage comme des

phénomènes indépendants de la douleur et mentionnent que leurs indicateurs sont similaires à ceux de la douleur. «Différencier entre la peur et la douleur, parfois, n'est pas toujours évident»¹. Par contre, d'autres n'éliminent pas la possibilité que les émotions et la douleur soient présentes de façon concomitante. «Des fois, c'est dur de distinguer entre les deux. Est-il anxieux ou souffrant ou les deux?»². Un médecin pour qui l'anxiété doit être prise en compte quand on évalue la douleur décrit ainsi l'influence que ces deux émotions ont nécessairement l'une sur l'autre: «Le niveau d'anxiété des patients, parce que ça va changer le seuil de la douleur, c'est clair. (...) ils s'influencent.»¹.

1.3 Composante cognitive

En ce qui a trait à la composante cognitive, la majorité des infirmières et quelques médecins soulignent l'importance de tenir compte de la perception individuelle de la douleur. À titre d'exemples, les cliniciens mentionnent le seuil de tolérance à la douleur, les croyances et les réactions du patient face à la douleur. Ils font également état de l'influence que peuvent exercer le souvenir de douleurs antérieures, l'âge, le sexe, la personnalité, la culture et l'éducation sur la perception du patient. Un groupe de 8 infirmières signalent en particulier que la concentration intense d'un patient sur sa douleur influence sa façon de collaborer aux soins: «Un patient qui ne coopère pas, qui n'est pas

réceptif à nos demandes et à nos conseils, il est concentré sur sa douleur.»²

2. Catégorie objective/observable

Lorsque les cliniciens se prononcent sur les indicateurs de la catégorie objective/observable chez des patients intubés conscients et inconscients, ils affirment que ces indicateurs sont relativement les mêmes dans les deux cas, mis à part le fait que le patient intubé conscient peut être en mesure de communiquer avec le soignant. Ainsi, plusieurs des indicateurs comportementaux et physiologiques décrits dans cette section sont considérés par les cliniciens comme étant utilisables auprès de patients intubés, peu importe leur état de conscience.

2.1 Composante comportementale

Pour ce qui est des indicateurs comportementaux («le langage du corps»), ceux qui font consensus chez les cliniciens sont l'expression faciale et les mouvements corporels. Pour les cliniciens, l'expression faciale associée à la présence de douleur peut être une grimace, un faciès crispé avec «front plissé»², ou encore des patients qui «plissent les yeux»¹. Un groupe de 4 infirmières et 2 médecins notent également la présence de larmes. L'expression faciale est l'indicateur jugé le plus fiable et le plus spécifique par les 2 groupes. On précise aussi qu'il est facile à reconnaître.



La description des mouvements corporels s'inscrit dans un continuum: «Il bouge sans arrêt (...) ou des fois, il ne bouge pas du tout»². Par mouvements corporels, les cliniciens entendent «les mouvements (...) de bras, de jambes»¹, le fait que le patient «va toucher là où il a mal»², qu'il «ne veut pas bouger»² pour se protéger contre la douleur, «la réaction au stimulus»¹ lors de l'évaluation physique, comme «le retrait, la décortication ou la décérébration»¹, et l'agitation. Pour les cliniciens, un patient agité est celui «qui ne coopère pas»², «bouge tout le temps»¹, va «essayer de s'asseoir, vouloir descendre du lit, tirer sur les dispositifs de contention»².

Selon 4 groupes (24 infirmières) et 1 médecin, les indicateurs comportementaux se manifestent autant chez le patient conscient qu'inconscient. Une distinction intéressante a toutefois été établie au sujet des mouvements corporels par 2 groupes (11 infirmières) et 2 médecins: l'agitation est plus souvent présente chez le patient inconscient que chez le patient conscient, qui préfère souvent rester immobile. «Les patients conscients vont souvent s'abstenir de bouger parce que ça fait mal. Mais le patient inconscient ne le fera pas. Il va bouger pareil. Il va s'agiter.»¹

La tension musculaire et l'interaction avec le ventilateur mécanique sont considérées comme des indicateurs par la grande majorité des infirmières, mais seulement par

quelques médecins. La tension musculaire est définie en fonction de la position corporelle du patient au repos ou à la mobilisation, et est exprimée par l'emploi des termes «rigide, spastique, tendu et raide». Parfois, même lors de la mobilisation, le patient peut montrer «une résistance contre nous»². Cet indicateur constitue également un élément de l'évaluation du patient pour déterminer s'il y a douleur. Les mains serrées sont une autre caractéristique d'un patient tendu. En ce qui concerne l'interaction avec le ventilateur mécanique, le fait que le patient soit «asynchrone»¹ ou qu'il «interfère avec le respirateur»² et que l'alarme soit souvent déclenchée, — «le respirateur qui n'arrête pas de crier»² — peut être considéré comme un indicateur éventuel de la présence de douleur.

D'autres indicateurs comportementaux sont nommés par plusieurs groupes (30 infirmières) et quelques médecins: un patient qui mord le tube endotrachéal ou dont la qualité du repos/sommeil est perturbée, ce dernier indice n'étant mentionné que par des infirmières. Un patient qui ne dort pas ou n'arrive pas à se reposer — «on voit qu'il ne relaxe pas, ne ferme pas les yeux»² — représente un indicateur potentiel de douleur pour les infirmières. Un médecin fait observer que le fait de mordre le tube endotrachéal est un indicateur non spécifique, puisqu'il peut être associé à la présence de sécrétions, à un bronchospasme, etc.

2.2 Composante physiologique

Quant aux indicateurs physiologiques, deux signes vitaux obtiennent le consensus des cliniciens: la tension artérielle (TA) et la fréquence cardiaque (FC). Un troisième, la fréquence respiratoire (FR), est souvent ajouté, bien qu'il n'y ait pas consensus à son sujet. En effet, un des médecins ne considère pas la FR comme un indicateur physiologique pertinent pour l'évaluation de la douleur. Une hausse de ces signes vitaux, comme «la tachypnée, la tachycardie, l'hypertension, je pense que ce sont tous des critères pour voir si un patient est souffrant ou non»¹, peut être significative, bien qu'ils puissent aussi parfois diminuer.

Un autre indicateur physiologique intéressant, la diaphorèse, est signalé par plusieurs groupes (34 infirmières) et des médecins. La diminution de la saturation pulsatile en oxygène (SpO₂) et l'augmentation ou la diminution de la capnographie (CO₂) sont aussi mentionnées par plusieurs groupes (28 infirmières) comme des indicateurs liés à la respiration, mais sont peu retenus par les médecins.

D'autres indicateurs physiologiques sont mentionnés, bien que moins fréquemment. Selon deux groupes (11 infirmières) et 2 médecins œuvrant en neurologie, la pression

intracrânienne (PIC) pourrait en être un. La présence de toux et la température corporelle en phase postopératoire immédiate — «ils vont être plus froids plus longtemps»² — sont reconnues comme des indicateurs supplémentaires par 4 groupes (22 infirmières). Enfin, on ne mentionne qu'une seule fois les tremblements en phase postopératoire immédiate, l'augmentation des sécrétions, la hausse des résistances systémiques/pulmonaires et du débit cardiaque, la diminution de la diurèse, la coloration de la peau et la dilatation pupillaire.

2.3 Les limites de l'utilisation de ces indicateurs

Les cliniciens posent certaines limites à l'utilisation des indicateurs comportementaux et physiologiques de la douleur. De façon générale, les signes comportementaux sont peu contestés par les infirmières et les médecins. Cependant, l'agitation et l'interaction avec le ventilateur ne font pas l'unanimité et nécessitent une certaine prudence quant à leur interprétation. Pour ce qui est de l'agitation, 5 groupes (27 infirmières) et 8 médecins adoptent la même réserve quant à son interprétation. De même, les cliniciens jugent l'agitation comme un indicateur non spécifique à la douleur: «L'agitation... a plusieurs origines. Ça peut être un problème organique..., hypoxique..., de douleur»¹. La confusion et le délirium constituent également des problèmes cliniques largement associés à l'agitation par les cliniciens. L'interaction avec le ventilateur est, selon un groupe (6 infirmières) et 2 médecins, difficile à interpréter: «C'est assez difficile de voir si c'est de la douleur ou si c'est juste la stimulation du tube»². D'autres facteurs peuvent également contribuer à expliquer l'interférence avec le ventilateur: «Ça peut être des sécrétions dans le tube... il peut être en bronchospasme»¹.

Au chapitre des indicateurs physiologiques, les signes vitaux (TA, FC et FR) suscitent tout un débat. D'abord, plusieurs groupes d'infirmières et la majorité des médecins ont noté certains avantages et inconvénients à l'utilisation des signes vitaux comme indicateurs de douleur. Parmi les avantages, 6 groupes (33 infirmières) et 3 médecins mentionnent que ces signes les aident à savoir si le patient est souffrant ou non. En effet, ils constituent «un indice qui peut nous mettre sur la piste»¹, puisqu'ils sont disponibles de façon continue et sont parfois les seuls indices, comme dans le cas d'un patient inconscient sous l'effet de curares.

Les inconvénients se résument au manque de spécificité et de sensibilité de ces signes, selon 7 groupes (39 infirmières) et 11 médecins. Les cliniciens sont conscients du fait que les signes vitaux ne sont pas spécifiques à la douleur, c'est-à-dire qu'ils peuvent être influencés par un grand nombre d'autres facteurs comme l'état de santé, la médication ou l'anxiété: «Les signes vitaux nous indiquent pas mal plus que la douleur»². La question de la sensibilité de ces signes à la douleur est sujette à controverse. Certains

cliniciens trouvent qu'ils ne sont pas assez sensibles aux fluctuations de la douleur, c'est-à-dire que des signes vitaux normaux n'indiquent pas nécessairement l'absence de douleur, tout comme des signes anormaux ne signifient pas toujours qu'il y a douleur: «Mais ce n'est pas nécessairement parce qu'il est tachycarde et hypertendu que le patient va être souffrant. Ça ne veut pas dire que celui qui n'est ni tachycarde ni hypertendu n'est pas souffrant»¹. D'autres les considèrent non spécifiques, mais tout de même sensibles.

La majorité des groupes d'infirmières et les médecins sont d'accord avec l'utilisation des signes vitaux en tant qu'indicateurs de la douleur, mais à certaines conditions. Il faut y recourir lorsqu'on a éliminé les autres sources de fluctuation et tenir compte de la situation du patient dans son ensemble, et non de façon isolée: «Ça s'interprète dans un tableau général»¹. De plus, on insiste sur le fait que la présence de nombreux indicateurs permet plus facilement d'évaluer la douleur: «Si on récolte 4 signes qui peuvent évoquer qu'il y a de la douleur, bien on peut évaluer»².

Les médecins semblent plus critiques quant à l'utilisation des signes vitaux. Plusieurs hésitent à en recommander l'utilisation dans un outil d'évaluation et formulent certaines mises en garde. Toutefois, 2 groupes (13 infirmières) expliquent la façon dont ils les utilisent pour se guider et soulignent l'importance de ces indicateurs dans leur pratique: «Ce sont vraiment les signes vitaux en premier qui vont nous aider (...) ils sont très utiles»². Quant aux autres indicateurs physiologiques, la diaphorèse, la SpO₂ et la PIC, ils suscitent davantage de critiques que d'assentiment.

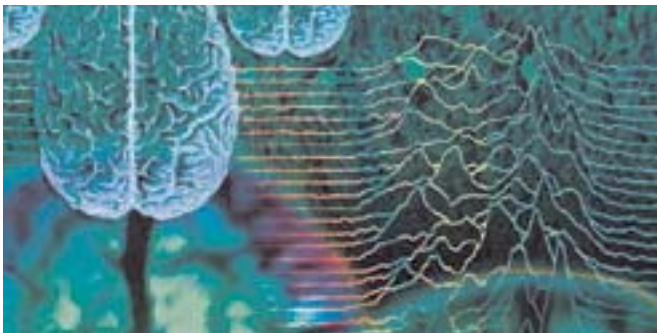
Discussion

Cette étude québécoise est la première à s'être penchée, à partir de la réalité clinique d'infirmières et de médecins, sur les indicateurs utilisés par les cliniciens pour évaluer la douleur chez des patients intubés en soins critiques. Nous avons obtenu de nombreux points de vue de multiples experts en soins critiques, et certains consensus ont été établis. Les indicateurs de douleur désignés dans les deux centres hospitaliers étaient en général les mêmes. Certains indicateurs particuliers liés aux populations soignées ont été circonscrits, comme la PIC, utilisée en neurologie, et le débit cardiaque, employé davantage en cardiologie. Cette étude ne prétend pas représenter la diversité des cultures sur le plan de l'évaluation et de la gestion de la douleur puisque les deux centres ciblés ne possédaient pas de processus standardisé en la matière.

Les résultats démontrent que les infirmières et les médecins utilisent plusieurs indicateurs pour évaluer la douleur. Tant que l'état de conscience du patient intubé lui permet de collaborer, les cliniciens soulignent l'importance de le questionner sur sa douleur. Ce constat concorde avec

ce qui est déjà reconnu: la mesure la plus fiable de l'évaluation est l'auto-évaluation du malade, et il est important de l'obtenir aussi souvent que possible (AHCPR, 1992; Kwekkeboom et Herr, 2001).

Étant donné la situation clinique de la clientèle de patients intubés en soins critiques, plusieurs facteurs peuvent limiter sa capacité d'attention lorsqu'on effectue l'évaluation par des questions. À cet effet, les cliniciens semblent prioriser trois caractéristiques de la composante sensorielle de la douleur, soit sa présence, sa localisation et son intensité, ce qui constitue d'ailleurs, selon le consensus des experts, l'information prioritaire à recueillir pour la clientèle de soins critiques (Kwekkeboom et Herr, 2001; Wild, 2001).



Les infirmières utilisent principalement le questionnement afin de connaître l'intensité de la douleur. Dans la littérature, on mentionne que l'utilisation des échelles d'intensité de la douleur par les infirmières en soins aigus est minimale (Celia, 2000; Watt-Watson *et al.*, 2001). Pourtant, dans quelques études, l'utilisation de ces échelles s'est avérée possible avec des patients intubés conscients (Puntillo, 1994; Puntillo *et al.*, 2001). Leur utilisation auprès de patients intubés conscients et en mesure de s'en servir pourrait donc être encouragée.

En ce qui touche les composantes émotionnelle et cognitive, elles ont été moins documentées par les cliniciens. Compte tenu des barrières à la communication chez les patients intubés, de telles informations peuvent être plus difficiles à obtenir. D'ailleurs, aucune étude réalisée à ce jour n'a cherché à documenter ces composantes auprès de ces patients.

Plusieurs cliniciens font état des indicateurs des composantes comportementale et physiologique. Bien qu'ils ne semblent pas les substituer à l'auto-évaluation du patient, ils leur accordent par ailleurs une place importante dans leur pratique. Par contre, des études qualitatives montrent que les infirmières recourent largement à des critères observables pour évaluer la douleur en soins critiques (Hurlock-Chorostecki, 2002; Manias *et al.*, 2002; Sjöström *et al.*, 1999; Stannard *et al.*, 1996).

Les indicateurs comportementaux sont moins contestés par la majorité des cliniciens que les indicateurs physio-

logiques. En effet, l'expression faciale et les mouvements corporels sont autant reconnus par les infirmières que par les médecins. Pour ce qui est de la tension musculaire et de l'interaction avec le ventilateur, ce sont davantage les infirmières qui s'en servent au cours de leurs interventions régulières. La majorité de ces indicateurs sont d'ailleurs fortement recommandés dans la littérature (AHCPR, 1992; Kaiser, 1992; Kwekkeboom et Herr, 2001) et plusieurs d'entre eux sont utilisés par les infirmières pour évaluer la douleur en soins critiques (Puntillo *et al.*, 1997). En ce qui a trait aux indicateurs comportementaux, il semblerait que l'agitation et l'interaction avec le ventilateur ne sont pas spécifiques à la douleur. En effet, ils peuvent être révélateurs de nombreux autres problèmes (Kaiser, 1992).

Parmi les indicateurs physiologiques, les cliniciens mentionnent ceux qui sont disponibles par monitoring continu, comme la TA, la FC, la FR, la SpO₂ et la CO₂, étant donné leur facilité d'accès dans un contexte de soins. Bien qu'ils ne soient pas spécifiques à la douleur, leur utilisation est recommandée par plusieurs auteurs puisqu'ils découlent principalement de la réponse physiologique au stress accompagnant la douleur (Hamill-Ruth et Marohn, 1999; Kaiser, 1992; Kwekkeboom et Herr, 2001). Dans une étude de Puntillo *et al.* (1997), l'augmentation de la TA et de la FC constituent les indicateurs physiologiques les plus utilisés par les infirmières aux fins de l'évaluation de la douleur.

Recommandations

En soins infirmiers, la douleur doit être considérée comme un cinquième signe vital (après la TA, la FC, la FR et la T) afin de régulariser la fréquence de son évaluation (Lynch, 2001). Aussi souvent que possible, l'évaluation subjective de la douleur doit être effectuée avec la collaboration du patient intubé qui peut utiliser différents moyens pour communiquer. L'utilisation d'échelles d'intensité de douleur est encouragée auprès de ces patients puisqu'elle s'avère possible et permet de normaliser l'évaluation de la douleur (Puntillo, 1994; Puntillo *et al.*, 2001). Afin d'obtenir une évaluation complète, il est donc avantageux de documenter les indicateurs comportementaux et physiologiques (AHCPR, 1992). Même s'ils ne sont pas spécifiques à la douleur, ils constituent l'unique information disponible dans le cas des patients inconscients.

Sur le plan de la recherche, des efforts méritent d'être investis dans le domaine de l'évaluation et de la gestion de la douleur en soins critiques. En effet, cette question reste toujours actuelle (Celia, 2000; Idvall et Ehrenberg, 2002; Manias *et al.*, 2002; Puntillo *et al.*, 1997; Watt-Watson *et al.*, 2001). L'élaboration et la validation d'instruments à cette fin, à partir d'indicateurs comportementaux et physiologiques, demeurent un besoin, principalement pour les ►

patients présentant des difficultés de communication ou dont l'état de conscience est altéré. De plus, malgré les avancements en pharmacothérapie, la gestion de la douleur en soins critiques reste inadéquate (Puntillo *et al.*, 2002). Ainsi, il faudrait planifier et tester des interventions infirmières et médicales dans un cadre multidisciplinaire en vue d'améliorer cette gestion. ●

Références

- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH (AHCPR). *Clinical Practice Guideline. Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, AHCPR, 1992.
- CARR, D.B. et L.C. GOUDAS. « Acute pain », *Lancet*, vol. 353, n° 9169, 12 juin 1999, p. 2051-2058.
- CELIA, B. « Age and gender differences in pain management following coronary artery bypass surgery », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 26, n° 5, mai 2000, p. 7-13.
- FERRELL, B. *et al.* « Pain and quality assessment/improvement », *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 9, n° 3, avril 1995, p. 69-84.
- HAMILL-RUTH, R.J. et L. MAROHN. « Evaluation of pain in the critically ill patient », *Critical Care Clinics*, vol. 15, n° 1, janv. 1999, p. 35-54.
- HUBERMAN, A.M. et M.B. MILES. *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles, De Boeck, 1991.
- HURLOCK-CHOROSTECKI, C. « Management of pain during weaning from mechanical ventilation: the nature of nurse decision-making », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 34, n° 3, oct. 2002, p. 33-47.
- IDVALL, E. et A. EHRENBERG. « Nursing documentation of postoperative pain management », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, n° 6, nov. 2002, p. 734-742.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). « Pain terms: a list with definitions and notes on usage—IASP Subcommittee on Taxonomy », *Pain*, vol. 6, n° 3, juin 1979, p. 249-252.
- KAISER, K.S. « Assessment and management of pain in the critically ill trauma patient », *Critical Care Nursing Quarterly*, vol. 15, n° 2, août 1992, p. 14-34.
- KWEKKEBOOM, K.L. et K. HERR. « Assessment of pain in the critically ill », *Critical Care Nursing Clinics of North America*, vol. 13, n° 2, juin 2001, p. 181-194.
- LYNCH, M. « Pain as the fifth vital sign », *Journal of Intravenous Nursing*, vol. 24, n° 2, mars/avril 2001, p. 85-94.
- MANIAS, E. *et al.* « Observation of pain assessment and management—the complexities of clinical practice », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, n° 6, nov. 2002, p. 724-733.
- MATEO, O.M. et D.A. KRENZISCHEK. « A pilot study to assess the relationship between behavioral manifestations and self-report of pain in post-anesthesia care unit patients », *Journal of Post Anesthesia Nursing*, vol. 7, n° 1, févr. 1992, p. 15-21.
- McCAFFERY, M. *Nursing Management of the Patient with Pain* (2^e éd.), Philadelphie (PA), Lippincott, 1979.
- MELZACK, R. « The short-form McGill Pain Questionnaire », *Pain*, vol. 30, n° 2, août 1987, p. 191-197.
- MELZACK, R. « From the gate to the neuromatrix », *Pain*, vol. 82, n° 1(Suppl.), août 1999, p. S121-S126.
- MELZACK, R. et K.L. CASEY. « Sensory, motivational, and central control determinants of pain: A new conceptual model », in D. KENSHALO (ss la dir. de), *The Skin Senses*, Springfield (IL), Charles C. Thomas, 1968, p. 423-429.
- PAYEN, J.F. *et al.* « Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale », *Critical Care Medicine*, vol. 29, n° 12, déc. 2001, p. 2258-2263.
- PUNTILLO, K.A. « Pain experiences of intensive care unit patients », *Heart Lung*, vol. 19, n° 5, sept. 1990, p. 526-533.
- PUNTILLO, K.A. « Dimensions of procedural pain and its analgesic management in critically ill surgical patients », *American Journal of Critical Care*, vol. 3, n° 2, mars 1994, p. 116-122.
- PUNTILLO, K.A. *et al.* « Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration », *Critical Care Medicine*, vol. 25, n° 7, juil. 1997, p. 1159-1166.
- PUNTILLO, K.A. *et al.* « Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II », *American Journal of Critical Care*, vol. 10, n° 4, juil. 2001, p. 238-251.
- PUNTILLO, K.A. *et al.* « Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures », *American Journal of Critical Care*, vol. 11, n° 5, sept. 2002, p. 415-429.
- SHANNON, K. et T. BUCKNALL. « Pain assessment in critical care: what have we learnt from research », *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 19, n° 3, juin 2003, p. 154-162.
- SJÖSTRÖM, B. *et al.* « Strategies in postoperative pain assessment: validation study », *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 15, n° 5, oct. 1999, p. 247-258.
- STANIK-HUTT, J. *et al.* « Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting », *American Journal of Critical Care*, vol. 10, n° 4, oct. 2001, p. 252-259.
- STANNARD, D. *et al.* « Clinical judgment and management of postoperative pain in critical care patients », *American Journal of Critical Care*, vol. 5, n° 6, nov. 1996, p. 433-441.
- WATT-WATSON, J. *et al.* « Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 36, n° 4, nov. 2001, p. 535-545.
- WILD, L.R. « Pain management. An organizational perspective », *Critical Care Nursing Clinics of North America*, vol. 13, n° 2, juin 2001, p. 297-309.

CÉLINE GÉLINAS est titulaire d'un doctorat sur mesure en sciences infirmières et en mesure et évaluation de l'Université Laval. Elle suit actuellement un stage postdoctoral à l'École des sciences infirmières de l'Université McGill, pour lequel elle a reçu une bourse de formation postdoctorale FRSQ/FRESIQ.

CHANTAL VIENS est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et consultante en organisation du travail infirmier à l'AHQ et au MSSQ.

MARTINE FORTIER est psychologue au Service de psychologie et de service social du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

LISE FILLION est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheuse au Centre de recherche en cancérologie de la même université ainsi qu'à la Maison Michel-Sarrazin de Québec.

Pour réaliser cette étude, l'auteure a obtenu une bourse de la Chaire d'études et de recherche sur l'évaluation des pratiques infirmières de l'Université Laval offerte par la FRESIQ en 2000-2001 et en 2003-2004, ainsi qu'une bourse de perfectionnement en sciences infirmières de la Fondation des maladies du cœur du Canada, de 2001 à 2004.