



## TENDANCE

leur imposerait un fardeau supplémentaire, irréaliste dans l'état actuel des choses (Wells *et al.*, 2007). Résultat ? 67 % d'entre elles s'en remettent à une collègue, plutôt que de rechercher elle-même les résultats probants et les lignes directrices

susceptibles de les guider vers de meilleurs soins.

Autre donnée éloquent : pas moins de 83 % des

infirmières vont rarement ou jamais à la bibliothèque (Newhouse, 2006).

Malgré que l'utilisation des résultats probants et des lignes directrices puisse soutenir les infirmières dans leurs décisions, leur implantation est limitée parce qu'elles n'en voient pas la nécessité pour un besoin explicite de soins (Dobbins *et al.*, 2002).

Comment encourager les infirmières à adopter des pratiques exemplaires ? L'approche de l'amélioration continue de la qualité (ACQ) pourrait être une piste de solution. Elle consiste à évaluer la qualité des soins, puis à utiliser les résultats pour inciter les infirmières à changer leurs pratiques cliniques en vue d'obtenir de meilleurs résultats la fois suivante. Des lignes directrices dûment fondées sur ces résultats dits probants peuvent alors être proposées.

L'amélioration continue de la qualité comporte plusieurs étapes, et présuppose que la qualité croît par changements progressifs et itératifs. Une fois inscrit dans la culture organisationnelle, ce processus mobilise les soignants vers un but commun. Voilà pourquoi nous considérons

qu'il s'agit d'un cercle vertueux. La première étape du processus, l'évaluation, s'effectue par l'application d'indicateurs et de points de repère spécifiques, observables et mesurables d'une situation clinique (OIQ, 2001). Chacun d'eux indique une dimension circonscrite de la réalité du soin et plusieurs peuvent fournir de l'information sur une même intervention (Leprohon, 2000). L'analyse et la discussion des résultats, en deuxième étape, permettent aux infirmières de déterminer les améliorations souhaitables. C'est dans cette démarche que s'inscrivent les activités subséquentes, dont la remise en question des pratiques actuelles, la recherche, la discussion des lignes directrices et la mise en œuvre de changements discutés. Le processus permet ainsi d'améliorer la pratique clinique et les résultats à l'occasion des réévaluations (Gifford *et al.*, 2006).

Efficace, l'approche de l'ACQ ? Oui, si l'on prend connaissance des grandes améliorations obtenues au fil des ans dans le soulagement de la douleur chez les patients de médecine, de chirurgie, de soins de longue durée et de gériatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

En 2003, la Direction des soins infirmiers du CHUM a élaboré un instrument d'évaluation de la qualité des soins, à partir des lignes directrices de 2002 (voir l'encadré) et a mené, entre février 2003 et

# À l'écoute

**L'amélioration continue de la qualité a permis de mieux soulager la douleur des patients du CHUM.**

PAR DANIELLE BELLEMARE, INF., M.SC., M.A.P.  
ET GISÈLE BESNER, INF., M.SC.

ILLUSTRATION DE STEVE ADAMS

Le nouveau discours sur la pratique infirmière, celui fondé sur les résultats probants et les lignes directrices en vue d'améliorer la qualité des soins et de diminuer l'intuition dans la prise de décision clinique, ne fait pas l'unanimité puisque son application dans les soins infirmiers se heurte à plusieurs obstacles. Les infirmières invoquent leur manque de connaissances, d'habileté ou de temps pour en faire la recherche, ainsi que la non-disponibilité des ordinateurs. Elles jugent que la modification de leur pratique

octobre 2006, six entrevues, chacune auprès de 200 patients en moyenne. L'infirmière-chef d'unité interrogeait d'abord les patients sur leur douleur moyenne au cours des 24 dernières heures, et sur le niveau de douleur qu'ils toléraient avant de prendre un analgésique. Elle s'assurait que les patients savaient qu'ils pouvaient demander un analgésique avant que leur douleur ne devienne moyenne ou intense. Elle vérifiait aussi le délai d'attente avant d'obtenir l'analgésique. L'infirmière-chef examinait ensuite les notes d'observation aux dossiers des patients interrogés : l'intensité de la douleur était-elle documentée selon une échelle avant chaque analgésique ? La douleur moyenne ou intense était-elle réévaluée au moins une fois après la prise de l'analgésique ? Les effets indésirables des analgésiques étaient-ils consignés au dossier ?

Le CHUM a décidé de catégoriser la douleur des patients, selon les résultats de l'étude de Serlin *et al.* (1995) dans laquelle les patients situaient entre 0 et 4 sur une échelle de 10 une faible douleur, 5 ou 6 une douleur moyenne, et 7 à 10 une douleur élevée. Par souci d'amélioration continue, le CHUM abaissera ultérieurement le niveau d'intensité de la douleur à partir duquel une infirmière encourage le patient à prendre son analgésique et intervient pour faire passer la douleur de 5 à 4. Un tel changement favorisera une intervention plus précoce pour soulager la douleur.

Première grande amélioration obtenue dans le soulagement de la douleur des patients ciblés du CHUM : le délai d'attente pour obtenir un analgésique a chuté en dix ans. En 2005, 80 % des patients ont affirmé le recevoir en moins de quinze minutes, comparativement à 73 % en 1995. Malgré la pénurie actuelle d'infirmières et l'intensité grandissante des soins, ce résultat se compare très avantageusement aux 31 % et 48 % de Miaskowski *et al.* (1994), et Ward et Gordon (1994).

Deuxième grande amélioration : en 2003, 54 % des patients interrogés sur le niveau moyen de douleur ressenti au cours des 24 dernières heures la disaient plus forte que 4/10, comparativement à 48 % en 2006. Cette amélioration non négligeable s'explique-t-elle par des opérations moins douloureuses, par des doses plus efficaces d'analgésiques ou parce que les patients demandent ou reçoivent plus régulièrement leurs analgésiques ? Peut-être que la formation relative aux lignes directrices dispensée aux infirmières et l'enseignement donné aux patients portent fruit, notamment l'importance de ne pas laisser croître la douleur, de la soulager régulièrement et suffisamment, et de maintenir une concentration sérique adéquate d'analgésique. L'amélioration provient peut-être aussi du fait que les infirmières sont invitées à évaluer la douleur au pic d'action de l'analgésique afin de vérifier le niveau de soulagement et surtout, à noter cette donnée au dossier pour que le médecin en soit informé.

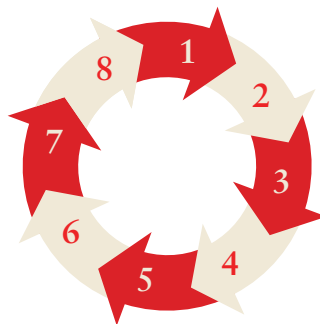
Le pourcentage de patients disant tolérer une douleur

## Des notes fidèles et précises dans le dossier médical contribuent à un meilleur soulagement du patient.

d'une intensité de 7 à 10 avant de demander leur analgésique s'est révélé très variable (allant de 35 % à 53 %, selon les entrevues). Pas moins de 77 % d'entre eux ont pourtant dit avoir été informés de le faire avant de ressentir une douleur d'intensité 5. Pourquoi hésitent-ils à demander leur analgésique, malgré la consigne reçue ? Gordon *et al.* (2002) font valoir, comme principales raisons, la peur de la dépendance et la croyance qu'une douleur croissante est signe de progression de la maladie. Peut-être les patients avaient-ils besoin d'être rassurés sur les effets secondaires ou l'accoutumance aux analgésiques, tout particulièrement aux opiacés ? L'instrument d'évaluation sera ultérieurement modifié afin d'apporter des réponses à ces hypothèses.

Autres grandes améliorations : en 2003, 42 % des dossiers de patients comportaient une inscription de la douleur selon une échelle, avant chaque prise d'analgésique. Trois ans plus tard, ce chiffre a bondi à 72 % ! En ce qui concerne l'évaluation de la douleur, au pic d'action de l'analgésique

## Le cercle vertueux de l'amélioration continue



1. Évaluer la qualité des soins donnés
2. Analyser les résultats obtenus
3. S'interroger sur les pratiques actuelles
4. Rechercher des lignes directrices
5. Discuter des lignes directrices
6. Établir un plan d'action pour implanter les lignes directrices et échanger les pratiques
7. Assurer un suivi des pratiques modifiées
8. Réévaluer

## Indicateurs du soulagement de la douleur

Divers organismes regroupant des infirmières et d'autres professionnels de la santé (comme l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, l'Association canadienne des infirmières en oncologie et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec) ont recommandé des interventions pour mieux soulager la douleur. Le tableau ci-dessous énumère les recommandations faites au début des années 1990 et celles formulées en 2002, rapportées par Gordon *et al.* Les indicateurs se ressemblent, mais les plus récents apportent des précisions. Conclusion : il n'existe pas de mesure parfaite de la qualité des soins, mais les données mesurées longitudinalement peuvent favoriser l'amélioration continue du soulagement de la douleur.

### AHCPR et lignes directrices de l'APS (années 1990)

- Le confort du patient (intensité de la douleur)
- L'impact de la douleur sur le fonctionnement
- La satisfaction du patient et de la famille quant au soulagement de la douleur
- L'évaluation de la douleur est notée au dossier
- La diversité des options médicamenteuses anti-douleur et leur pertinence, dans un milieu clinique particulier
- L'efficacité des options utilisées pour la prévention et le traitement de la douleur
- La prévalence et l'importance des effets indésirables et des complications associés au soulagement de la douleur
- La qualité du soulagement de la douleur lorsque le patient est adressé à d'autres points de service

### Gordon *et al.*, 2002

- L'intensité de la douleur est notée selon une échelle numérique (0-10, 0-5) ou descriptive (faible, moyenne, sévère)
- L'intensité de la douleur est notée à des intervalles fréquents
- La douleur est soulagée par une voie autre qu'intramusculaire
- La douleur est traitée par l'administration régulière d'analgésiques et, si possible, selon une approche multimodale (combinaison de voies régionales ou locales, avec des non-opiacés, des opiacés, des analgésiques adjuvants et des méthodes non pharmacologiques)
- La prévention et le contrôle de la douleur s'exercent à un degré qui facilite le fonctionnement et la qualité de vie du patient
- Les patients sont renseignés adéquatement sur le soulagement de leur douleur

Source : Extraits de Gordon *et al.*, 2002, p. 118 et 128.

administré pour une douleur de 5 et plus, le résultat de 19 % en 2003 se situait à 60 % trois ans plus tard. On constate également un écart positif de 19 points pour l'annotation au dossier d'au moins un effet indésirable à l'analgésique, lorsqu'il est ressenti modérément ou

intensément par le patient. Voilà une donnée déterminante, puisque de nombreux patients disent restreindre l'utilisation des analgésiques à cause de leurs effets indésirables (Gordon *et al.*, 2002). Le fait de documenter ces informations renseigne le médecin sur l'efficacité du médicament prescrit, lui permet de rectifier la dose ou de le remplacer lorsqu'il se révèle inefficace. Des notes fidèles et précises contribuent assurément à un meilleur soulagement du patient.

De meilleurs résultats aux évaluations encouragent naturellement les équipes à continuer. Les résultats négatifs ou faibles les amènent aux étapes suivantes du cercle vertueux. Comme le prévoit l'étape 3, la pratique clinique est remise en question afin d'arriver au changement désiré. À l'étape 4 s'effectue la recherche de lignes directrices par une personne-ressource, la conseillère en soins spécialisés au CHUM qui, lorsque c'est possible, fait participer l'infirmière-chef d'unité et l'infirmière clinicienne. À l'étape 5, une discussion s'amorce avec l'équipe sur les changements possibles, discussion pour laquelle la connaissance théorique ne suffit pas. Des moyens variés, fondés sur la pratique et l'émulation par le groupe ont tout avantage à être utilisés, comme la persuasion par des leaders d'opinion ou le récit d'une expérience positive d'adoption d'une ligne directrice par des collègues. Ces activités sont reconnues efficaces pour modifier la pratique (Dobbins *et al.*, 2002). Et les changements sont plus faciles à instaurer quand ils sont adaptés à la réalité locale et qu'ils répondent aux préférences des patients (DiCenso *et al.*, 2005 ; Graham *et al.*, 2002).



C'est à l'étape 6 que les documents de travail et les pratiques courantes sont modifiés. La DSI du CHUM a élaboré des formulaires d'évaluation de la douleur afin de mieux suivre l'effet des doses

médicamenteuses administrées. Elle a aussi donné des séances de formation générale sur la douleur et d'autres portant sur les résultats des évaluations de la qualité. Des aide-mémoire ont aussi été préparés et affichés. Aux deux dernières étapes du cercle vertueux, il s'agit de vérifier que les changements de pratiques s'opèrent, puis d'en mesurer les effets et de déterminer les ajustements requis. C'est ainsi que le processus de l'amélioration continue s'opérationnalise et permet d'intégrer de manière concrète les lignes directrices fondées sur les résultats probants.

L'expérience vécue au CHUM montre que l'ACQ améliore graduellement la qualité du soulagement de la douleur, car les résultats probants et les lignes directrices soutiennent les efforts consentis en les accolant à un besoin concret de soins. Newhouse (2006) rappelle que les résultats probants augmentent les connaissances et, en conséquence, la liberté d'action et l'autonomie professionnelle. Du coup, le milieu clinique favorise le développement des compétences des infirmières et des soins de meilleure qualité. Ce sont là des conditions essentielles pour que les infirmières deviennent encore plus responsables et se sentent imputables des soins qu'elles donnent.

Les changements dans les pratiques dans un contexte d'amélioration continue de la qualité découlent des efforts accomplis pour intégrer résultats probants et lignes directrices dans la pratique clinique. Les gestionnaires de soins sensibles à la problématique peuvent s'inspirer de cette démarche en utilisant des instruments d'évaluation de la qualité des soins infirmiers, que l'on peut se procurer auprès de la direction des soins infirmiers du CHUM. Le cercle vertueux de l'ACQ permet de mobiliser les infirmières autour d'un objectif précis et les habilite à réaliser les changements requis pour offrir de meilleurs soins, voire pour implanter des pratiques exemplaires. □

*NDLR – L'article et les références bibliographiques sont disponibles sur le site Web de l'OIIQ. Au moment de la rédaction du présent article, Danielle Bellemare était conseillère en soins spécialisés, en évaluation de la qualité des soins infirmiers. Giséle Besner est conseillère en soins spécialisés, spécialiste de la douleur, au CHUM.*

**Tableau II****Entrevues des patients**

<b>DATE</b>	<b>N<sup>bre</sup> de patients interrogés</b>	<b>Patients mentionnant ressentir généralement une douleur (plus grande que 4) au cours des 24 dernières heures</b>	<b>Patients disant tolérer une douleur intense (7-10) avant de demander l'analgésique</b>
Février 2003	224	54 %	39 %
Octobre 2003	180	44 %	53 %
Mai 2004	177	49 %	35 %
Octobre 2004	229	45 %	42 %
Octobre 2005	226	58 %	38 %
Octobre 2006	230	48 %	42 %

Données extraites des évaluations de la qualité du soulagement de la douleur, DSI du CHUM.

**Tableau III****Notes d'observation des infirmières aux dossiers des patients**

<b>DATE</b>	<b>N<sup>bre</sup> de dossiers évalués</b>	<b>Inscription de la douleur selon une échelle avant chaque analgésique</b>	<b>Inscription au moins une fois de la réévaluation de la douleur de 5 à 10 au pic d'action de l'analgésique</b>	<b>Inscription d'au moins un effet indésirable ressenti à une intensité moyenne ou forte</b>
Février 2003	224	42 %	19 %	53 %
Octobre 2003	180	55 %	29 %	41 %
Mai 2004	177	53 %	35 %	53 %
Octobre 2004	229	62 %	40 %	65 %
Octobre 2005	226	74 %	51 %	55 %
Octobre 2006	230	72 %	60 %	60 %

Données extraites des évaluations de la qualité du soulagement de la douleur, DSI du CHUM.

## Références

- Aiken, L.H., S.P. Clarke, D.M. Sloane, J. Sochalski, R. Busse, H. Clarke *et al.* « Nurse's report on hospital care in five countries », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai/juin 2001, p. 43-53.
- DiCenso, A, G. Guyatt, et D. Ciliska. *Evidence-Based Nursing. A Guide to Clinical Practice*, St.Louis (MO), Mosby, 2005.
- Dobbins, M, D. Ciliska, R. Cockerill, J. Barnsley et A. DiCenso. « A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice », *Sigma Theta Tau International/The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, vol. 9, n° 7, 2002.
- Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. *Plan directeur : Programme d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers*, DSI-CHUM, 2005.
- Gifford, W.A., B. Davies, N. Edwards et I.D. Graham. « Leadership strategies to influence the use of clinical practice guidelines », *Nursing Leadership*, vol. 19, n° 4, déc. 2006, p. 72-88.
- Gordon, D.B., J.L. Dahl, C. Miaskowski, B. McCarberg, K.H. Todd, J.A Paice *et al.* « American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force », *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, n° 14, 25 juillet 2005, p. 1574-1580.
- Gordon, D.B., T.A. Pellino, C. Miaskowski, J.A.McNeil, J.A. Paice, D. Laferriere *et al.* « A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures », *Pain Management Nursing*, vol. 3, n° 4, déc. 2002, p. 116-130.
- Graham, I.D., M.B. Harrison, M. Brouwers, B.L. Davies et S. Dunn. « Facilitating the use of evidence in practice: evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 31, n° 5, sept./oct. 2002, p. 599-611.
- Leprohon, J. « Vers une culture d'amélioration continue », *L'Infirmière du Québec*, vol. 7, n° 5, mai/juin 2000, p.25-41.
- Miaskowski, C., R. Nichols, R. Brody, et T. Synold. « Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's Quality Assurance Standards on acute and cancer-related pain », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 9, n° 1, janv. 1994, p. 5-11.
- Newhouse, R.P. « Examining the support for evidence-based nursing practice », *Journal of Nursing Administration*, vol. 36, n°7/8, juillet/août 2006, p. 337-340.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Guide d'autoapprentissage sur l'utilisation des Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue*, Montréal, OIIQ, 2001.
- Serlin, R.C., T.R. Mendoza, Y. Nakamura, K.R. Edwards et C.S. Cleeland. « When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function », *Pain*, vol. 61, n° 2, mai 1995, p. 277-284.
- Spence Laschinger, H.K., J.A. Sabiston, J. Finegan et J. Shamian. « Voices from the trenches: nurses' experiences of hospital restructuring in Ontario », *Canadian Journal of Nursing Leadership*, vol. 14, n° 1, janv./févr. 2001, p. 6-13.
- Ward, S.E. et D. Gordon. « Application of the American Pain Society quality assurance standards », *Pain*, vol. 56, n° 3, mars 1994, p. 299-306.
- Wells, N., M. Free et R. Adams. « Nursing research internship: enhancing evidence-based practice among staff nurses », *Journal of Nursing Administration*, vol. 37, n° 3, mars 2007, p. 135-144.