

RÉAGIR AUX COMPORTEMENTS DÉSTABILISANTS

Une étude se penche sur les réactions des infirmières d'Info-Santé à l'égard des usagers ayant des comportements caractéristiques d'un trouble de personnalité limite.

PAR **NORMAND VACHON**, INF., M.SC.INF., ET **CLAUDE LECLERC**, INF., PH.D.

Dans leur travail quotidien, les infirmières d'Info-Santé sont confrontées à plusieurs types de comportements d'usagers. Pour nombre d'entre elles, les comportements caractéristiques d'un trouble de personnalité limite (TPL) représentent un défi en raison de l'intensité des réactions émotives qu'ils provoquent (Cousineau, 1997). Dans ces circonstances, ces infirmières affirment qu'elles ont de la difficulté à établir une relation thérapeutique significative avec l'usager. Selon LaForge (2007), elles se sentent démunies et impuissantes face aux demandes abusives, menaces suicidaires, insultes ou autres comportements s'apparentant à ceux des personnes ayant un TPL. De plus, selon Fraser et Gallop (1993), ces infirmières ont de la difficulté à gérer les émotions provoquées par les propos de ces usagers qu'elles interprètent comme des attaques personnelles plutôt que d'y voir l'expression de leur détresse.

LES FACTEURS

Les symptômes du TPL et les réactions qu'ils suscitent chez de nombreuses infirmières doivent permettre de mieux comprendre ce qu'elles perçoivent, pensent et ressentent à l'égard de ces



© iStockphoto / Thinkstock

usagers. La personnalité de l'infirmière, ses habiletés en relation d'aide et ses expériences personnelles, ainsi que la fréquence des contacts avec des usagers présentant ce type de comportements, doivent également être pris en considération (Fraser et Gallop, 1993 ; James et Cowman, 2007 ; Langley et Klopper, 2005 ; Markham, 2003).

MÉTHODOLOGIE

Objectif : Le but de cette recherche est de mieux connaître les réactions et comportements d'infirmières d'Info-Santé à l'égard des usagers souffrant de troubles mentaux qui ont des comportements déstabilisants, afin de mieux cibler les besoins de formation.

Méthode : Comme il s'agit d'un sujet peu étudié, un devis descriptif simple a été utilisé. L'échantillon est de type non probabiliste de convenance par quotas et tient compte de trois variables étrangères : le niveau de formation, le sexe et le quart de travail. Pendant la période du 1^{er} au 5 mai 2010, 49 infirmières travaillant dans l'un des quinze services régionaux d'Info-Santé ont accepté de participer à l'étude en répondant à un questionnaire.

Questionnaire : La première partie recueille des informations d'ordre sociodémographiques. La seconde est composée de trois vignettes

cliniques et d'une échelle de type Likert à cinq degrés d'appréciation. La troisième propose une échelle ordinale de type Likert, à quatre niveaux, comportant sept items qui mesurent le degré d'accord des infirmières avec les énoncés proposés ainsi qu'une question ouverte. La théorie d'Orlando a servi de cadre de référence à cette étude. Elle a permis d'élaborer des questions de recherche, de structurer l'analyse des résultats et d'orienter l'élaboration du questionnaire. Le logiciel SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) a servi à l'analyse des données.

Approbatons : Ce projet a obtenu les approbations du Comité éthique de la recherche sur des humains de l'UQTR, ainsi que de la direction générale du CSSS responsable du service régional Info-Santé Info-Social concerné par l'étude.

Les comportements caractéristiques des TPL sont des demandes dépassant le cadre des services habituels de l'organisation, des réactions imprévisibles, des menaces suicidaires, des insultes et des allusions dénigrant les compétences de la personne qui reçoit l'appel. Ces comportements peuvent provoquer un sentiment de peur, de démotivation, de colère et d'anxiété chez l'infirmière. Ils peuvent aussi soulever le doute quant à ses capacités de venir en aide à ce type d'usager ou, tout simplement, l'amener à le rejeter (Woollaston et Hixenbaugh, 2008). Ces éléments peuvent également avoir un impact sur la non-rétention du personnel infirmier.

La littérature montre que dans un contexte clinique traditionnel de soins, les infirmières croient que les usagers souffrant d'un TPL sont dangereux (Markham, 2003). Il n'est donc pas surprenant qu'elles les perçoivent de façon négative (Cleary *et al.*, 2002 ; James et Cowman, 2007 ; Woollaston et Hixenbaugh, 2008). Même observation chez les infirmières travaillant en santé mentale et en psychiatrie dont les attitudes et réactions émotionnelles sont plus négatives envers les usagers ayant un TPL qu'envers ceux souffrant d'autres types de troubles mentaux (Deans et Meocovic, 2006 ; Fraser et Gallop, 1993).

Dans certaines circonstances, ces infirmières ont de la difficulté à établir une relation thérapeutique significative avec l'usager.

LA RELATION

Des auteurs ont souligné la nécessité de formation sur le trouble de la personnalité limite, de lignes directrices pour guider les interventions des équipes multidisciplinaires, de soutien clinique afin d'aider à gérer les réactions contre-transférentielles du personnel (James et Cowman, 2007). Ils ont indiqué l'importance d'instaurer une relation interpersonnelle thérapeutique (Langley et Klopper, 2005). Avec des usagers souffrant de TPL, bâtir cette relation exige l'application de toutes ces composantes théoriques. Ainsi, elle se définit comme un processus circulaire basé sur la confiance où les comportements d'un individu influencent ceux de l'autre personne et vice versa.

RÉSULTATS

Perception négative

Les principaux résultats sont présentés en cinq tableaux. L'analyse des données confirme la perception plutôt négative des infirmières à l'égard des comportements caractéristiques d'un TPL qui leur ont été présentés en vignettes cliniques.

Les infirmières ont l'impression d'être manipulées pendant leurs interventions auprès d'usagers qui tiennent des propos menaçants et agressifs. Il est important de rappeler que le DSM-IV-TR (APA, 2003) ne reconnaît pas la manipulation comme un symptôme caractéristique du TPL. Il s'agit donc d'une perception qu'ont les infirmières à l'égard de ces usagers.

Ces mêmes résultats montrent que le clivage et les menaces suicidaires sont perçus de façon négative, mais également comme

TABEAU 1

Réactions de l'infirmière	Comportements déstabilisants présentés dans les vignettes cliniques	
<i>Ce que l'infirmière perçoit et pense</i>	menaces suicidaires, clivage	changements brusques de comportements, propos menaçants
Perception négative	✓	✓
Impression d'être manipulée		✓
Comportements apparaissant comme un besoin réel d'aide	✓	
Appréhende que la gestion de ces comportements sera difficile	✓	✓
Doute de ses capacités à venir en aide à l'usager		✓

TABEAU 2

Ce que les infirmières ressentent à l'égard des comportements présentés dans les vignettes cliniques	
<i>Mélange d'émotions négatives combinées à une anticipation de ce qui pourrait survenir et à une tendance à être sur la défensive</i>	<i>Émotions positives indiquant la présence d'un certain degré de satisfaction par rapport à la situation clinique présentée</i>
Anxiété, embarras, colère, méfiance, frustration, sensation d'être en danger, et sentiment d'être manipulée et menacée	Sensation d'être aidant et détendu, empathie, intérêt, objectivité, réceptivité et sentiment d'être sympathique

TABEAU 3

Analyse factorielle exploratoire effectuée sur l'ensemble des réponses obtenues aux 15 items proposés de l'échelle de type Likert à 5 degrés d'appréciation		
Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Comportements que l'on pourrait qualifier de défensifs : le facteur suggère que l'infirmière tente de maîtriser la situation afin d'éviter que la situation dégénère.	Comportements témoignant du désir de l'infirmière de gérer l'émotion provoquée par le comportement de l'usager : elle tente d'établir une certaine « distance », à différents degrés, avec celui-ci.	Actions que l'on peut qualifier de « délibérées » de la part de l'infirmière. Ces comportements font appel à l'aspect réflexif de la professionnelle en soins à l'égard du comportement de l'usager.

Trois familles de comportement : ces facteurs résultent de l'analyse factorielle exploratoire

TABLEAU 4

Résultats relatifs à la pratique	
50 %	Considèrent que leurs connaissances actuelles en matière de TPL sont insuffisantes
77,5 %	Ne connaissent pas les modèles théoriques sur lesquels elles peuvent appuyer leurs interventions
93,9 %	Considèrent que l'établissement d'un climat de confiance est important
93,9 %	Désirent participer à une formation sur le TPL

un besoin réel d'aide. En plus de les appréhender, les infirmières croient aussi que la gestion téléphonique de ces menaces de suicide peut être problématique.

Tout comme dans l'étude de Woollaston et Hixenbaugh (2008), les comportements agressifs et menaçants les amènent à douter de leur capacité à venir en aide à ces usagers.

Les émotions

Cette étude met aussi en relief deux groupes d'émotions ressenties par les infirmières d'Info-Santé pendant leurs interventions. Composé de sept émotions, le premier groupe montre que les cliniciennes ressentent un sentiment de menace lorsqu'elles sont incapables de combler les besoins de l'utilisateur ayant un TPL. Le deuxième groupe est constitué d'émotions plutôt positives, ce qui dénote que les comportements peuvent susciter une gamme variée d'émotions (voir Tableau 2).

Les comportements des infirmières

Quant aux comportements adoptés par les infirmières, on peut voir au Tableau 3 que le facteur 1 suggère différents moyens utilisés par l'infirmière pour que l'utilisateur se prenne en main, soit rassuré et obtienne une opinion sur ce qu'il vit. On observe toutefois que ce type de comportements survient principalement lorsque la relation avec l'utilisateur n'apparaît pas problématique.

Les résultats montrent également que l'infirmière est davantage disposée à faire alliance avec un utilisateur qui fait des menaces suicidaires et du clivage. Elle essaiera alors de maîtriser la situation en lui posant des questions. Cependant, cette tentative de l'infirmière s'arrête dès qu'elle observe chez l'utilisateur des changements brusques de comportements, des propos agressifs ou menaçants.

En l'absence de collaboration, le facteur 2 dévoile un comportement où l'infirmière veut prendre une distance par rapport à l'utilisateur. Elle a tendance à mettre fin à la communication le plus rapidement possible, ce qui confirme les résultats obtenus par Markham (2003). Enfin, le facteur 3 montre des comportements de nature réflexive qui seraient les plus susceptibles de répondre aux besoins réels de l'utilisateur (Orlando, 1979).



Les réactions des infirmières aux trois vignettes cliniques présentées dans le cadre de cette étude ont été les mêmes, quelle que

TABLEAU 5

Dans la gestion des comportements difficiles, les infirmières considèrent que les éléments suivants sont importants
Favoriser la formation des membres de l'équipe
Élaborer des outils d'intervention
Établir des balises organisationnelles permettant de soutenir la gestion des appels difficiles
Adopter une approche basée sur l'établissement d'un climat de confiance
Adopter une approche centrée sur l'utilisateur
Tenir compte de ses propres réactions

soit leur formation initiale, ce qui confirme l'importance d'une meilleure formation en santé mentale. Les résultats pourront servir de base à l'élaboration d'outils et de formations spécifiques afin de soutenir les infirmières qui travaillent en contexte d'aide téléphonique et sont quotidiennement en contact avec des usagers ayant des comportements difficiles. ■

Les auteurs



Normand Vachon est chef de programme des ressources non institutionnelles et du suivi intensif dans la communauté (santé mentale) au CSSS de l'Énergie.



Claude Leclerc est professeur associé au Département des sciences infirmières de l'UQTR et chercheur associé au Centre de recherche Fernand Seguin de Montréal.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (APA). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - Texte révisé*, Paris, Elsevier Masson, 2003, 1120 p.
- Brochu, M. « Le suivi des troubles de la personnalité en première ligne, comment y survivre », *Le Médecin du Québec*, vol. 36, n° 5, mai 2001, p. 57-63.
- Cleary, M., N. Siegfried et G. Walter. « Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 11, n° 3, sept. 2002, p. 186-191.
- Cousineau, P. « Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité », *Santé Mentale au Québec*, vol. 22, n° 1, printemps 1997, p. 5-15.
- Deans, C. et E. Moecevic. « Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder », *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, vol. 21, n° 1, févr./mars 2006, p. 43-49.
- Fraser, K. et R. Gallop. « Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 7, n° 6, déc. 1993, p. 336-341.
- James, P.D. et S. Cowman. « Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 14, n° 7, oct. 2007, p. 670-678.
- LaForge, E. « The patient with borderline personality disorder », *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, vol. 20, n° 4, avril 2007, p. 46-50.
- Langley, G.C. et H. Klopfer. « Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 12, n° 1, fév. 2005, p. 23-32.
- Laurencelle, L. *Théorie et techniques de la mesure instrumentale*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1998, 280 p.
- Markham, D. « Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': social rejection and dangerousness », *Journal of Mental Health*, 2003, vol. 12, n° 6, p. 595-612.
- Orlando, I. J. *La relation dynamique infirmière-client*, Montréal, HRW, 1979, 92 p.
- Treloar, A.J.C. et A.J. Lewis. « Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder », *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, juil. 2008, vol. 42, n° 7, p. 578-584.
- Woollaston, K. et P. Hixenbaugh. « Destructive whirlwind: Nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, nov. 2008, vol. 15, n° 9, p. 703-709.

DOULEUR ET DÉMENCE

Dans les milieux de soins de longue durée

PAR MARYSE L. SAVOIE, INF., M.SC.,
LUCIE MISSON, B.SC.INF.,
ET RENÉ VERREAULT, M.D., PH.D.

Une étude évalue un programme systématique de gestion de la douleur chez des résidents en soins de longue durée présentant des atteintes cognitives les empêchant de communiquer.

La problématique de la douleur chronique est particulièrement importante dans les établissements de soins de longue durée (SLD). Selon une recension des écrits dirigée par la chercheuse canadienne Patricia Fox, on observe une prévalence de la douleur chez les résidents variant de 49 % à 83 % (Fox, 1999). Et bien que la douleur chronique réduise leur qualité de vie, elle reste sous-évaluée et est, par conséquent, ignorée ou insuffisamment prise en charge.

Cette problématique s'aggrave dans les milieux de soins où les personnes âgées sont atteintes de déficits cognitifs qui les empêchent d'exprimer verbalement leur souffrance. Le manque de connaissances du personnel soignant en matière d'outils d'hétéroévaluation de la douleur élaborés pour les personnes non communicantes explique en partie l'insuffisance ou l'inefficacité des interventions pour soulager leur douleur. De fausses perceptions, de mauvaises attitudes et des croyances erronées constituent également des barrières à la prise en charge de la douleur de cette clientèle. D'ailleurs, des études démontrent d'importantes disparités entre la gestion de la douleur de personnes âgées atteintes de démence avancée et celle de personnes cognitivement intactes (Morrison et Siu, 2000).

LE PROGRAMME

Le programme instauré dans le cadre de cette étude vise à accroître les connaissances et les habiletés des membres de l'équipe interdisciplinaire afin de les rendre aptes à offrir une meilleure prise en charge de la douleur aux personnes âgées non communicantes. Il

a été élaboré à partir des lignes directrices de l'American Medical Directors Association (AMDA), de l'American Geriatrics Society (AGS), de la Société canadienne de la douleur et de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO). Il est composé de plusieurs volets (voir Tableau 1).

Sensibilisation

La sensibilisation vise l'équipe de direction, les gestionnaires cliniques, le personnel soignant des unités de soins et les professionnels membres de l'équipe interdisciplinaire. Il est crucial que la direction de l'établissement soit sensibilisée à la gestion efficace de la douleur pour qu'elle devienne l'une de ses priorités stratégiques.

Formation

La formation du personnel soignant, un des piliers du programme d'interventions, est basée sur une adaptation du modèle conceptuel de Loeser et Egan (1989) et modifié par Parke (1998). L'approche proposée vise à former le jugement clinique des soignants en matière de soulagement de la douleur, et de ce fait, leurs interventions, en modifiant leurs connaissances, leurs valeurs et leurs croyances.

Un volet de la formation porte sur l'utilisation de l'échelle PACSLAC-F, un outil d'hétéroévaluation de la douleur pour les personnes âgées non communicantes.

Évaluation

Le dépistage et l'évaluation de la douleur doivent se faire de façon systématique. Le PACSLAC-F est administré quotidiennement à chaque résident atteint de démence et incapable d'exprimer effica-

Description des volets du programme

Volets du programme	Description
Sensibilisation	L'objectif des séances de sensibilisation est d'expliquer la problématique particulière de la douleur chez les personnes âgées non communicantes, de décrire le contenu du programme et d'obtenir l'engagement de chacun envers les objectifs poursuivis.
Formation	<p>Le contenu du volet formation, d'une durée totale de 12 heures, est inspiré des recommandations du guide <i>Building an Institutional Commitment to Pain Management</i> et de l'étude de Savoie et Le May (2005).</p> <p>Les thèmes suivants sont abordés : l'interdisciplinarité, la douleur en gériatrie, le dépistage et l'évaluation de la douleur, l'analgésie, la coanalgesie, les traitements non pharmacologiques et l'enseignement aux familles. Dans le cadre de la présente étude, plus de 80 % des soignants ont assisté aux séances de formation ; les analyses démontrent que les participants ont amélioré de manière significative leurs connaissances, croyances et attitudes relativement à la douleur.</p>
Évaluation	<p>Plusieurs échelles d'hétéroévaluation ont été développées au cours des dernières années pour évaluer la présence et l'intensité de la douleur chez les personnes âgées souffrant de démence et incapables de communiquer. Ces échelles sont pour la plupart basées sur l'observation des comportements. De toutes les échelles élaborées, le <i>Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate</i> (PACSLAC) est l'instrument dont la validité a été la plus étudiée et qui semble présenter les meilleures qualités psychométriques.</p> <p>De plus, cet instrument a été élaboré dans le contexte particulier des soins de longue durée pour les résidents âgés incapables de communiquer. L'échelle comprend une liste de 60 items à cocher et prend moins de 5 minutes à compléter. Cette échelle a été utilisée dans le contexte de l'étude et a été très appréciée par le personnel soignant (voir page 38).</p>
Surveillance	<p>Le rôle de l'infirmière PRN (<i>Pain Resource Nurse</i>) consiste à améliorer la qualité des pratiques de prise en charge de la douleur. Ses responsabilités sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) d'évaluer de façon informelle les pratiques cliniques, les connaissances et les attitudes du personnel relativement à la douleur afin de déterminer des cibles d'amélioration ; 2) d'offrir des séances de formation continue sur la douleur ; 3) d'agir comme modèle en évaluant la douleur de façon structurée, en consignait avec précision les évaluations, les interventions et les résultats obtenus et en incluant la douleur dans ses échanges interdisciplinaires avec les autres professionnels ; 4) de faciliter les activités d'appréciation de la qualité relativement au traitement de la douleur dans son unité de soins ; 5) d'assister et de soutenir au besoin les autres membres de l'équipe durant la prise en charge de la douleur.
Traitement	<p>Le travail en équipe interdisciplinaire est essentiel au développement de plans d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques adaptés aux besoins propres de chaque résident.</p> <p>L'infirmière PRN est le catalyseur de la mobilisation de l'équipe.</p>
Suivi systématique	L'implication quotidienne de l'infirmière PRN favorise l'intégration des nouvelles connaissances et habiletés dans la pratique clinique. Ce volet comprend également les activités d'amélioration continue de la qualité en ce qui concerne la gestion de la douleur.

MÉTHODOLOGIE

Menée par le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), l'étude consiste à mettre en œuvre et à évaluer un programme d'interventions interdisciplinaires dont les objectifs sont d'améliorer le dépistage et la prise en charge de la douleur chez des résidents en SLD ayant des atteintes cognitives qui les empêchent de communiquer clairement la douleur qu'ils ressentent.

Il s'agit d'une étude évaluative quasi expérimentale qui s'est déroulée dans deux CHSLD de la région de Québec où vivent des personnes âgées en lourde perte d'autonomie physique et cognitive. Plus de 40 % des résidents sont incapables de communiquer efficacement en raison d'une démence. Tous les participants suivis dans le cadre de cette étude (N : 59) ont reçu un diagnostic de démence et sont incapables de communiquer verbalement leur douleur.

Le programme d'interventions a été implanté pendant douze mois dans un centre expérimental (226 lits, 10 unités de vie comptant chacune 25 lits). Son impact a été évalué en comparaison avec un centre témoin (284 lits, 4 unités de 75 lits).

Mesures d'évaluation

Au centre expérimental

Pendant douze mois, des évaluations de la douleur ont été réalisées de façon continue durant les quarts de jour et de soir à l'aide de l'outil PACSLAC-F. Les résultats obtenus à la suite des évaluations quotidiennes de chaque résident ont été notés dans un journal de douleur.

Ces évaluations ont été faites par le personnel permanent des unités de soins soutenu par une infirmière PRN (*Pain Resource Nurse*).

Les connaissances, attitudes et croyances du personnel soignant ont été évaluées à l'aide d'outils standardisés avant et après la formation et à la fin du projet. Des groupes de discussion ont aussi été formés à la fin du projet.

Au centre témoin

Les évaluations ont eu lieu tous les trois mois pendant cinq jours, soit quatre périodes d'évaluation. Elles ont été effectuées par des assistants de recherche.

Les connaissances, attitudes et croyances du personnel soignant ont été évaluées à l'aide d'outils standardisés au début et à la fin du projet.

TABLEAU 2

Évaluation du projet par les participants soignants

Formation	Utilisation du PACSLAC-F	Programme d'interventions
Concrète, stimulante	Facile à utiliser	Présence de l'infirmière PRN
Sensibilisation à la douleur	Ajoute argument	Formation
Augmente la capacité d'observation	Améliore la reconnaissance des besoins du résident	Responsabilise au regard du suivi de la douleur
Échanges	Augmente la qualité des données	
	Augmente la discussion au sein de l'équipe	



Les résultats de l'étude ont permis d'établir la faisabilité d'une évaluation systématique de la douleur en soins de longue durée et l'importance d'utiliser un outil d'hétéroévaluation validé afin de déceler la douleur des résidents atteints de déficits cognitifs et incapables de communiquer.

L'étude a également permis de démontrer la nécessité d'instaurer un programme d'interventions afin d'encadrer la prise en charge de la douleur en CHSLD. Pour être optimal, un tel programme doit reposer sur une approche interdisciplinaire et comprendre les six volets suivants : sensibilisation, formation, évaluation, surveillance, traitement et suivi systématique.

L'infirmière n'est pas la seule responsable de la gestion de la douleur en soins de longue durée ; chaque membre de l'équipe de soins doit être mis à contribution afin d'assurer le succès de la prise en charge. ■

Les auteurs



Maryse L. Savoie est directrice des affaires stratégiques de l'Hôpital Sainte-Anne Anciens Combattants Canada.



Lucie Misson est infirmière et professionnelle de recherche au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

René Verreault est médecin et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

Bibliographie

- Fox, P.L., P. Raina et A.P. Jadad. « Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: A systematic review. », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 3, 9 fév. 1999, p. 329-333.
- Fuch-Lacelle, S. et T. Hadjistavropoulos. « Development and preliminary validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) », *Pain Management Nursing*, vol. 5, n° 1, mars 2004, p. 37-49.
- Gordon D.B., J.L. Dahl et K.K. Stevenson. *Building an Institutional Commitment to Pain Management*, Madison (WI), University of Wisconsin, 1996.
- Loeser, J.D. et K. Egan, *Managing the Chronic Pain Patient: Theory and Practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Centre*, New York, Raven Press, 1989, 253 p.
- Morrison, R.S. et A.L. Siu. « A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 19, n° 4, avril 2000, p. 240-8.
- Parke, B. « Gerontological nurses' ways of knowing », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 24, n° 6, juin 1998, p. 21-28.
- Savoie, M. et S. Le May. « Les besoins d'apprentissage, les valeurs et les croyances des infirmières concernant la douleur chronique chez la personne âgée », *Frontières*, vol. 17, n° 2, printemps 2005, p. 59-65.
- Scherder, E., J. Oosterman, D. Swaab, K. Herr, M. Ooms, M. Ribbe et al. « Clinical review: recent developments in pain in dementia », *British Medical Journal*, vol. 330, n° 7489, 26 février 2005, p. 461-464.

ment sa douleur. Le score obtenu est consigné dans le journal de douleur du patient. L'équipe soignante, guidée par l'infirmière PRN (*Pain Resource Nurse*), observe l'évolution du score PACSLAC-F de chaque résident afin de déceler la présence éventuelle de douleur.

Surveillance

Une infirmière PRN est constamment présente dans l'unité de soins. Elle agit comme personne-ressource en matière de douleur. Elle est indispensable au programme d'interventions. Elle est à la fois un agent de changement et une personne-ressource pour l'équipe de soins.

Traitement

Le traitement comprend des modalités pharmacologiques et non pharmacologiques et est tributaire de la qualité de l'évaluation de la douleur. Ces modalités sont établies en collaboration avec l'infirmière PRN et l'équipe interdisciplinaire.

Suivi systématique

L'évaluation continue de la douleur, ainsi que le suivi et la réévaluation périodique des plans d'interventions individualisés par l'équipe interdisciplinaire, sont des activités qui assurent une meilleure gestion de la douleur.

RÉSULTATS

Évaluations

À l'issue de cette étude, 15 551 évaluations de douleur à l'aide de l'échelle PACSLAC-F ont été réalisées auprès des résidents du centre expérimental. Ce nombre représente un taux d'observance quotidien de 92 %, soit au moins une évaluation par jour. Ces évaluations ont permis de déceler 178 épisodes potentiels de douleur et 87,3 % d'entre eux ont suscité une intervention du personnel soignant.

Interventions

Parmi les interventions réalisées, on observe une surveillance plus étroite du résident pour déceler des signes et symptômes de douleur, des discussions en équipe interdisciplinaire, l'administration de médicaments, le recours à des thérapies non pharmacologiques et un suivi pour s'assurer du soulagement de la douleur.

Formation

Après la formation donnée au personnel soignant du centre expérimental, on a constaté une amélioration de leurs connaissances de 18 %. Quant à leurs attitudes et croyances, elles se sont améliorées de 11 %, taux qui atteindra 15,5 % après les douze mois qu'aura duré le projet. Ces données ont été obtenues grâce à des questionnaires standardisés administrés au début et à la fin du projet.

En comparaison, le personnel du centre témoin n'a reçu aucune formation ni fait l'objet d'aucune mesure incitative. On n'a observé aucune amélioration dans ses connaissances ou ses attitudes et croyances durant la même période.

Satisfaction

Les réflexions recueillies dans le cadre des groupes de discussion réalisés avec le personnel soignant du centre expérimental révèlent que le programme a très bien été perçu (voir Tableau 2).