Enquête en ligne canadienne relative aux perspectives du personnel infirmier en oncologie sur la gestion de la douleur aiguë liée au cancer (DAC)

par Margaret I. Fitch, Alison McAndrew et Stephanie Burlein-Hall

Abrégé

Cet article vise à explorer les perceptions du personnel infirmier en oncologie du Canada relativement à la gestion de la douleur aiguë liée au cancer (DAC). Un questionnaire en ligne a été distribué à 668 infirmières en oncologie de l'ensemble du Canada, et 201 d'entre elles l'ont rempli. Davantage d'infirmières ont rapporté que les patients recevaient de l'hydromorphone (99,5%), de la morphine (97,0%), de la codéine (88,1%) ou de l'oxycodone (88,1%) pour leur DAC plutôt que des préparations à base de fentanyl (64,7%). Les problèmes liés à l'administration d'opioïdes signalés par les infirmières comprenaient notamment la lenteur d'apparition de leur effet (35,7%), la difficulté à les avaler (16,6%), le besoin de faire appel à un aidant (13,2%), les lésions buccales (12,6%) et la sécheresse de la bouche (11,5%). Quoique la plupart des infirmières abordaient la gestion de la DAC avec leurs patients, la grande majorité (72,2%) de ces derniers n'étaient pas très satisfaits des modalités de traitement actuelles. Un dialogue efficace avec les patients et l'accès à des outils/ressources pédagogiques pourraient contribuer à l'optimisation de la thérapie et à rehausser l'observation des recommandations en matière d'ordonnances contre la DAC.

Au sujet des auteures

Margaret I. Fitch, inf., Ph.D., Chef, Soins infirmiers en oncologie, Directrice, Programme de soutien au patient et à la famille, Centre de cancérologie Odette T2-234, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, 2075 Bayview Avenue, Toronto, Ontario M4N 3M5. Tél. 416-480-5891 ; Téléc. 416-480-7806

Toute correspondance concernant cet article doit être envoyée à Margaret I. Fitch à l'adresse de courriel : ***marg.fitch@sunnybrook.ca***

Alison McAndrew, B.A., RAP, Coordonnatrice de recherche, Centre de cancérologie Odette T2-234, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, 2075 Bayview Avenue, Toronto, Ontario M4N 3M5. Tél. 416-480-6100 poste 7717 ; Téléc. 416-480-7806

Stephanie Burlein-Hall, inf., B.Sc.inf., M.Éd., CSIO(C), Infirmière en pratique avancée – Gestion des symptômes et éducation en la matière, Centre de cancérologie Odette T2-251, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, 2075 Bayview Avenue, Toronto, Ontario M4N 3M5. Tél. 416-480-5000 poste 1059 ; Téléc. 416-480-6002

Cette enquête, qui a reçu l'aval de l'Association canadienne des infirmières en oncologie, était commanditée par Takeda Canada Inc. Les auteures n'ont aucun conflit à signaler.

Mots-clés : douleur d'origine cancéreuse, soins infirmiers, gestion de la douleur, Canada

La douleur aiguë liée au cancer (DAC)—ou accès douloureux paroxystiques ou accès douloureux transitoires du cancer ou encore percées de douleur liées au cancer—a été définie comme étant une exacerbation transitoire d'une douleur de fond chronique qui est contrôlée en temps normal (Davies et al., 2011; Haugen, Hjermstad, Hagen, Caraceni & Kaasa, 2010; Mercadante et al., 2002). Selon les rapports, cette douleur épisodique mais fort intense est d'une prévalence qui varie grandement puisqu'elle touche ~20% à 95% des individus (Mercadante et al., 2002; Portenoy & Hagen, 1990; Zeppetella & Ribeiro, 2003). En général, la douleur aiguë se manifeste soudainement, atteint rapidement son pic (habituellement en l'espace de 3–5 minutes) et est d'une durée relativement brève (30 minutes en moyenne) (Davis, 2011; Zeppetella, 2011a; Zeppetella & Ribeiro, 2003). La gestion efficace de la DAC exige une évaluation minutieuse, un traitement au moyen d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi qu'une réévaluation continuelle (Zeppetella, 2011a). Les épisodes de DAC font habituellement appel à des traitements à base d'opioïdes à un pourcentage spécifique de la dose quotidienne régulière (Cancer Care Ontario (CCO), 2008; Zeppetella, 2011a), quoique qu'il existe dorénavant des agents qui procurent une analgésie rapide reflétant les caractéristiques temporelles d'un épisode de DAC représentatif (Mercadante, 2011).

Les obstacles à la gestion optimale de la douleur comprennent notamment les attitudes et les idées fausses des professionnels de la santé, des patients et des aidants relativement au traitement aux opioïdes, les défis associés à l'évaluation de la douleur et les lacunes en termes de connaissances (Elcigil, Maltepe, Esrefgil & Mutafoglu, 2011; Green et al., 2010). Étant donné que les infirmières jouent un rôle central dans la prise en charge de la DAC, la détermination de leurs perspectives sur l'expérience des patients et sur les attributs les plus désirables du traitement devrait donner de précieux éléments d'information pour l'amélioration de la qualité des soins.

Revue de la littérature

La gestion efficace de la DAC fait appel à une combinaison de modifications des habitudes de vie, d'interventions visant à améliorer les causes réversibles et/ou les processus pathologiques et d'administration de thérapies pharmacologiques et non pharmacologiques bien qu'il n'y ait pas d'étalon de référence largement admis pour le traitement pharmacologique (Zeppetella, 2011a). Les opioïdes oraux à libération continue sont habituellement utilisés pour le traitement continuel de la douleur de fond tandis que des opioïdes à libération immédiate dont la dose est généralement calculée proportionnellement à la dose quotidienne habituelle sont employés comme médicament de secours en cas de DAC et ce, soit à titre prophylactique soit « au besoin » (Cancer Care Ontario (CCO), 2008; Zeppetella, 2011a). Pourtant, cette stratégie de dosage se fonde uniquement sur des preuves empiriques.

Du fait de l'hétérogénéité des caractéristiques de la DAC d'une personne à l'autre telles que les différences en matière de nombre d'épisodes et de types de précipitants (Portenoy & Hagen, 1990; Portenoy, Payne & Jacobsen, 1999; Zeppetella, 2011a; Zeppetella, O'Doherty & Collins, 2000; Zeppetella & Ribeiro, 2003), on recommande l'adoption d'une démarche individualisée de prescription et d'administration des médicaments de secours (Zeppetella, 2011a). Le plan de soins personnalisés est élaboré et optimisé en fonction des avis combinés des membres de l'équipe interprofessionnelle tels que les infirmières, les médecins, les pharmaciens, les physiothérapeutes et/ou les conseillers œuvrant en collaboration auprès des personnes touchées par le cancer (c.-à-d. les patients ainsi que les membres de leur famille et leurs êtres chers (CANO/ACIO, 2011). Les décisions prises concernant le médicament soulageant le mieux les épisodes de DAC tiennent compte de la classe et de la posologie des médicaments, de la voie d'administration, du contexte de soins des patients et, enfin, si la percée est liée à un incident particulier ou si elle est survient spontanément (Zeppetella, 2011a). Les infirmières font partie intégrante de l'équipe de gestion de la douleur du fait de leur implication dans l'ensemble des phases des soins et dans les divers contextes de soins (CANO/ACIO, 2011). Une communication efficace entre les infirmières et les patients lors de chaque interaction est essentielle si l'on veut comprendre la perspective du patient, puisque, selon la définition proposée par McCaffery (1968) « La douleur est ce que la personne concernée décrit et existe chaque fois que cette dernière le dit » (McCaffery, 1968) [traduction libre].

Les perspectives des professionnels de la santé et des patients sur la gestion de la DAC ont été évaluées dans le cadre d'enquêtes réalisées dans diverses régions du monde (Davies et al., 2011; European Oncology Nursing Society, 2011; Mercadante, Villari & Casuccio, 2011; Zeppetella et al., 2000), mais on ne dispose que de peu d'information sur les perspectives du personnel infirmier en oncologie du Canada. Les enquêtes fournissent de précieux renseignements qui peuvent orienter les programmes d'éducation et de formation sur la douleur. L'amélioration de l'éducation sur la gestion de la douleur à l'intention des professionnels de la santé et des personnes atteintes de douleur est un domaine de première importance soulignée dans la stratégie nationale contre la douleur dont l'adoption a été récemment proposée par la Société canadienne de la douleur (SCD) et la Coalition canadienne contre la douleur (CCD) (Société canadienne de la douleur (SCD) et Coalition canadienne contre la douleur (CCD)).

Objectif

Cette étude avait pour but de recueillir, auprès d'un échantillon d'infirmières en oncologie du Canada, des données sur la gestion pharmacologique de la DAC, notamment leur perception des préférences des patients en matière de traitement et de la satisfaction de ces derniers à son égard. Nous prévoyions que les résultats obtenus auprès de cet échantillon d'infirmières en oncologie du Canada constitueraient les assises de l'élaboration de programmes et approfondiraient notre compréhension des perspectives du personnel infirmier.

Méthodologie

Devis

Entre le 10 juin et le 4 juillet 2011, un questionnaire d'enquête en ligne a été distribué à des membres (N=668) de l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO/CANO) par le biais de sa liste de diffusion. On a décidé que cet échantillon transversal était représentatif de l'effectif infirmier général œuvrant en oncologie au Canada puisqu'il n'existe pas à l'heure actuelle de registre national du personnel infirmier en oncologie. En tout, l'ACIO/CANO compte plus de 1 000 membres travaillant dans le domaine de l'oncologie un peu partout au Canada, ceux-ci s'y joignant sur une base volontaire. Le questionnaire de l'enquête était disponible en français et en anglais.

Recrutement des participants et collecte des données

L'enquête a été conçue aux fins expresses de cette étude. Le premier lot de questions servait à présélectionner les participants en fonction des critères suivants : 1) doit œuvrer auprès de patients atteints de cancer; 2) doit traiter chez ces patients la douleur d'origine cancéreuse (soit seule, soit avec un médecin), et 3) doit voir au moins dix patients par mois. Les infirmiers et infirmières qui répondaient à ces trois critères étaient invités à participer à l'enquête.

Le questionnaire principal qui comprenait 43 questions prenait environ 30 minutes à remplir. Les questions de l'enquête proprement dite portaient sur les perceptions des infirmières en matière de prévalence et de sévérité de la DAC et des caractéristiques de cette dernière; leur incidence sur la qualité de vie des patients; la satisfaction des patients envers leur gestion actuelle; et enfin, les qualités souhaitées pour le traitement. Les aperçus que nous avons rassemblés sur la gestion actuelle de la DAC sont présentés dans ce rapport. Un honoraire a été offert en échange du remplissage du questionnaire. Aucune approbation déontologique n'était exigée.

Analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un instrument en ligne (www.simplesurvey.com) et ont été importées dans des bases de données SPSS (IBM SPSS Statistics 17.0). Une analyse descriptive et des tableaux croisés ont été effectués à l'aide de SPSS. Les

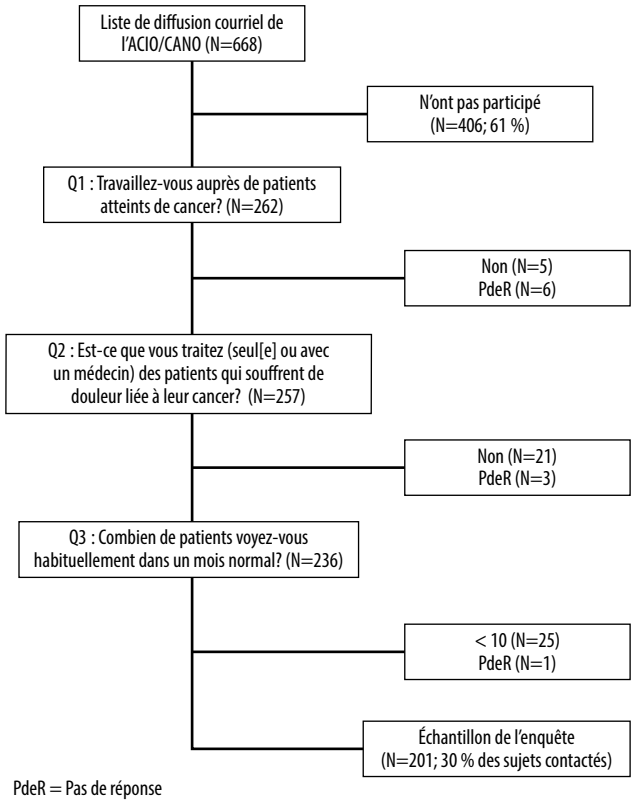

Figure 1: Processus permettant de déterminer l'admissibilité des membres de l'ACIO/CANO

doi:10.5737/1181912x2313543

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des répondants ayant participé à l'enquête	
Caractéristiques des répondants	**Nombre de répondants (Valeurs absolues [%])**
Âge	
20–29 ans	12 (6,0%)
30–45 ans	59 (29,4%)
46–65 ans	96 (47,8%)
Pas de réponse (Pder)	34 (16,9%)
Sexe	
Femmes	162 (80,6%)
Hommes	5 (2,5%)
Pas de réponse	34 (16,9%)
Région d'exercice	
Colombie-Britannique	12 (6,0%)
Alberta	18 (9,0%)
Saskatchewan	1 (0,5%)
Manitoba	8 (4,0%)
Ontario	73 (36,3%)
Québec	25 (12,4%)
Nouvelle-Écosse	11 (5,5%)
Nouveau-Brunswick	11 (5,5%)
Île-du-Prince-Édouard	3 (1,5%)
Terre-Neuve	4 (2,0%)
Yukon	1 (0,5%)
Pas de réponse	34 (16,9%)
Plus haut niveau de scolarité	
Diplôme collégial en techniques inf.	45 (22,4%)
Baccalauréat en sciences inf.	70 (34,8%)
Maîtrise	44 (21,9%)
Autre	8 (4,0%)
Pas de réponse	34 (16,9%)
Formation spécialisée	
CSIO(C)	103 (52,6%)
Certificat en soins inf. en oncologie	56 (28,6%)
Autre	37 (18,9%)
Condition de travail	
Temps plein	138 (68,7%)
Temps partiel/Occasionnel	28 (13,9%)
Pas de réponse	35 (17,4%)
Années en soins infirmiers en oncologie	
10 années et moins	62 (30,8%)
11 à 20 années	59 (29,4%)
Plus de 20 années	41 (20,4%)
Pas de réponse	39 (19,4%)
Milieu de pratique	
Soins ambulatoires	127 (63,5%)
Patients hospitalisés	53 (26,5%)
Soins communautaires	12 (6,0%)
Soins à domicile	3 (1,5%)
Autre	5 (2,5%)
Note : PdeR=Pas de réponse	

pourcentages et les courbes de fréquence ont été calculés pour chaque question. Des tableaux croisés ont été établis pour chaque question d'ordre démographique, y compris l'âge, le niveau de scolarité, les années en soins infirmiers en oncologie, la formation spécialisée, la situation d'emploi, le contexte de travail, la région et le nombre de patients soignés mensuellement.

Résultats

Données sociodémographiques

Un échantillon de 201 répondants a été obtenu (soit un taux de réponse de 30%) (figure 1; tableau 1). La marge d'erreur se situait aux alentours de 5,78%. Comme l'exigeaient les critères d'admissibilité, tous les répondants participaient au traitement de patients atteints de cancer et à la gestion de la douleur liée à cette maladie et voyaient mensuellement au moins 10 de ces patients. Le personnel infirmier ayant participé à l'enquête se composait avant tout de femmes, appartenait aux groupes d'âge mûr, travaillait à temps plein (tableau 1), et près de la moitié du personnel infirmier (47,8%) avait plus de 20 années d'expérience dans le domaine des soins infirmiers. La proportion des répondants exerçant dans chacune des provinces et au Yukon reflète les régions d'exercice des infirmières au sein des plus vastes effectifs infirmiers canadiens (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2010), sauf qu'il n'y avait pas de répondants exerçant dans les Territoires du Nord-Ouest et/ou au Nunavut; elle fournit donc une représentation adéquate des perceptions du personnel infirmier en oncologie de l'ensemble du Canada.

Caractéristiques de la gestion de la douleur

Lorsqu'on leur demandait de sélectionner les trois types de tumeurs exigeant le plus souvent des analgésiques, la moitié des répondants (50,5%) ont indiqué la nécessité d'utiliser des analgésiques en cas de cancer du poumon, devant le cancer du sein (42,5%), le cancer colorectal (41,5%), le cancer de la prostate (36,5%), d'« autres » types de tumeurs (24,5%) et le mélanome (9%). Environ un quart (26,5%) des répondants n'ont pas signalé de différence dans la nécessité d'un traitement de la douleur selon les types de tumeurs. En ce qui concerne le traitement de la douleur de fond, tous/la plupart des répondants ont rapporté que les patients utilisaient de l'hydromorphone (100%) ou de la morphine (99,5%); ils étaient un peu moins nombreux à faire état de l'utilisation de codéine ou de fentanyl (tous deux à 92,5%), d'oxycodone (91,5%); enfin, 62,2% des répondants indiquaient que les patients utilisaient d'« autres » analgésiques. Lorsqu'il s'agissait de traiter la DAC, la majorité des répondants indiquaient que les patients utilisaient de l'hydromorphone (99,5%), de la morphine (97,0%), de la codéine ou de l'oxycodone (toutes deux à 88,1%), alors qu'une plus faible proportion utilisait le fentanyl (64,7%) et d'« autres » analgésiques (46,3%). Parmi les infirmières qui signalaient l'utilisation d'hydromorphone, de morphine, de codéine, d'oxycodone ou de fentanyl, la plupart indiquaient que leurs patients éprouvaient au moins un soulagement partiel de leur douleur de fond et de leurs percées de douleur (tableau 2). Aucune variation ne s'est dégagée entre le type d'analgésique dont l'utilisation était rapportée chez les patients et le niveau de formation infirmière (p. ex. diplôme collégial, diplôme universitaire, maîtrise, « autre ») ou de formation spécialisée (p. ex. CSIO(C), Certificat en soins infirmiers en oncologie, « Autre »), ou années d'expérience dans l'exercice de l'oncologie, sauf que les répondants qui cochaient >10 années d'expérience en soins infirmiers en oncologie rapportaient plus fréquemment que leurs patients utilisaient d'« autres » traitements (c.-à-d. des médicaments autres que la morphine, l'hydromorphone, la codéine, l'oxycodone ou le fentanyl) que ceux et celles qui avaient 10 années d'expérience ou moins.

Délai d'action

Selon les estimations des infirmières, le délai d'action des traitements des épisodes de DAC comme la morphine, l'hydromorphone, la codéine et l'oxycodone se situait le plus fréquemment autour de 21–30 minutes chez leurs patients (tableau 3). Par contre, les infirmières indiquaient le plus souvent que le délai d'action du fentanyl tournait autour de 5–10 minutes ou >30 minutes chez leurs patients et que le délai d'action des traitements de la catégorie « autres » s'élevait à <5 minutes.

Voie d'administration et problèmes connexes

L'absorption orale était la principale voie d'administration des analgésiques contre la DAC comme l'a signalée la majorité des répondants pour la morphine (78,3%), l'hydromorphone (80,6%), la codéine (82,9%) et l'oxycodone (85,7%) alors que les autres voies d'administration (p. ex. intraveineuse, perfusion sous-cutanée continue, injection intramusculaire) étaient mentionnées par <10% des répondants. Les voies d'administration du fentanyl en cas de DAC signalées par les infirmières comprenaient les

Tableau 2 : Soulagement, chez les patients, de la douleur de fond et de la DAC par les analgésiques, selon les perceptions des infirmières ayant participé à l'enquête; N = 201

	Nombre de répondants (Valeurs absolues [%])											
Délai d'action (minutes)	**Morphine**		**Hydromorphone**		**Codéine**		**Oxycodone**		**Fentanyl**		**Autre**	
	D. de fond	**DAC**	**D. de fond**	**DAC**	**D. de fond**	**DAC**	**D. de fond**	**DAC**	**D. de fond**	**DAC**	**D. de fond**	**DAC**
Aucun soulagement	1 (0,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	7 (3,5%)	8 (4,0%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	2 (1,0%)	3 (1,5%)	30 (14,9%)	19 (9,5%)
Soulagement minime	9 (4,5%)	3 (1,5%)	0	0	44 (21,9%)	43 (21,4%)	17 (8,5%)	22 (10,9%)	4 (2,0%)	10 (5,0%)	6 (3,0%)	7 (3,5%)
Soulagement partiel	96 (47,8%)	101 (50,2%)	86 (42,8%)	87 (43,3%)	96 (47,8%)	89 (44,3%)	103 (51,2%)	101 (50,2%)	80 (39,8%)	52 (25,9%)	43 (21,4%)	27 (13,4%)
Soulagement complet	68 (33,8%)	63 (31,3%)	88 (43,8%)	84 (41,8%)	13 (6,5%)	10 (5,0%)	37 (18,4%)	26 (12,9%)	74 (36,8%)	38 (18,9%)	20 (10,0%)	13 (6,5%)
Mes patients *ne l'ont pas* utilisé (D. de fond)/ *ne l'utilisent pas* (DAC)	1 (0,5%)	6 (3,0%)	0	1 (0,5%)	15 (7,5%)	24 (11,9%)	17 (8,5%)	24 (11,9%)	15 (7,5%)	71 (35,3%)	76 (37,8%)	108 (53,7%)
Données manquantes (PdeR)	26 (12,9%)	27 (13,4%)	26 (12,9%)	27 (13,4%)	26 (12,9%)	27 (13,4%)	26 (12,9%)	27 (13,4%)	26 (12,9%)	27 (13,4%)	26 (12,9%)	27 (13,4%)

D. de fond=Douleur de fond; DAC=douleur aiguë liée au cancer; PdeR=Pas de réponse

Tableau 3 : Délai d'action des analgésiques contre la DAC tel que perçu par les infirmières ayant participé à l'enquête; N=201

	Nombre de répondants (Valeurs absolues [%])					
Délai d'action (minutes)	**Morphine**	**Hydromorphone**	**Codéine**	**Oxycodone**	**Fentanyl**	**Autre**
<5	10 (5,0%)	9 (4,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	15 (7,5%)	23 (11,4%)
5–10	26 (12,9%)	28 (13,9%)	8 (4,0%)	10 (5,0%)	31 (15,4%)	9 (4,5%)
11-20	45 (22,4%)	51 (25,4%)	23 (11,4%)	40 (19,9%)	13 (6,5%)	8 (4,0%)
21-30	70 (34,8%)	64 (31,8%)	66 (32,8%)	64 (31,8%)	5 (2,5%)	9 (4,5%)
>30	22 (10,9%)	22 (10,9%)	48 (23,9%)	32 (15,9%)	31 (15,4%)	8 (4,0%)
Mes patients ne l'utilisent pas	2 (1,0%)	1 (0,5%)	29 (14,4%)	28 (13,9%)	80 (39,8%)	117 (58,4%)
Données manquantes (PdeR)	26 (12,9%)	26 (12,9%)	26 (12,9%)	26 (12,9%)	26 (12,9%)	27 (13,4%)

PdeR=Pas de réponse

doi:10.5737/1181912x2313543

suivantes: orale (11,4%), buccale (8,6%), perfusion sous-cutanée continue (8,0%), intraveineuse (5,7%), intranasale (2,9%) et intramusculaire (1,1%). Dans l'ensemble, les voies d'administration les plus fréquemment signalées pour les anti-DAC étaient semblables à celles utilisées pour le traitement de la douleur de fond, sauf que pour cette dernière, le fentanyl était principalement administré sous forme transdermique (83,0%). Les problèmes courants associés à l'administration des analgésiques opiacés, tels que rapportés par les infirmières ayant participé à l'enquête, comprenaient les suivants: lenteur de leur déclenchement (35,7%), la difficulté à les avaler (16,6%), le besoin de faire appel à un aidant pour leur administration (13,2%), les lésions buccales (12,6%) et la sécheresse de la bouche (11,5%). Dans l'ensemble, 12,5% des infirmières ayant participé à l'enquête signalaient que la sécheresse de la bouche nuisait à l'administration orale des analgésiques contre la DAC chez plus de la moitié de leurs patients, faisant état de stomatite buccale (11,0%), de lésions buccales (8,0%), d'ulcération buccales (6,0%), de dysphagie (5,5%), d'aphtes (5,0%), de difficulté à ouvrir la bouche (1,5%), et d'«autres» inconforts buccaux (0,5%). C'est souvent ou toujours que ces facteurs liés aux patients étaient considérés comme étant pertinents pour l'administration des analgésiques contre la DAC et ce, par presque la moitié (44,3%) des infirmières ayant participé à l'enquête. Les répondants à l'enquête mentionnaient que moins d'un quart (21,4%) des aidants naturels étaient au moins plutôt à l'aise avec l'administration d'une perfusion sous-cutanée continue pour traiter la DAC.

Fidélité au traitement

Selon leurs réponses, la plupart des infirmières ayant participé à l'enquête (68,7%) croyaient que les patients avaient généralement tendance à demeurer fidèles aux analgésiques. Dans la liste des raisons sous-tendant la non-fidélité au traitement, les répondants (n=26) ont sélectionné la crainte de dépendance (22,1%), les évènements indésirables (21,2%), la trop faible intensité de la douleur (16,8%), le manque d'efficacité du médicament (15,0%), la trop lente apparition du soulagement (11,5%), les inquiétudes relatives au coût (6,2%), les effets du médicament durant plus longtemps que ceux de l'épisode douloureux (2,7%) ou une «autre» raison (4,4%). Quelque 82,1% des infirmières conseillaient aux patients de prendre leur médicament à chaque fois qu'ils éprouvaient un épisode de

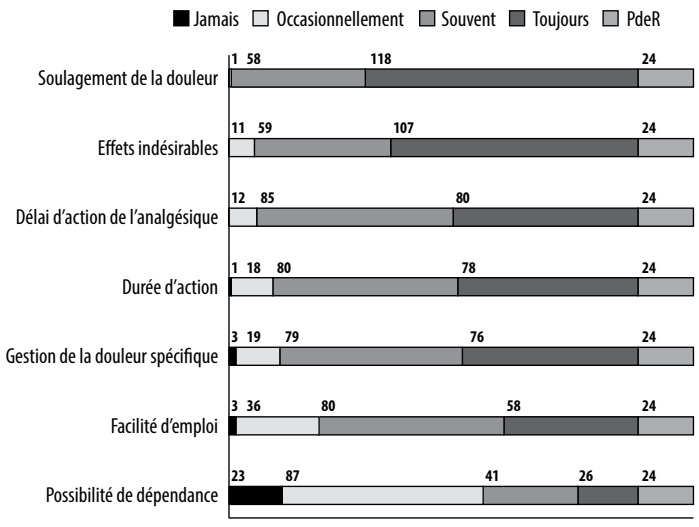

Figure 2: Gestion de la douleur abordée avec les patients; N=201

DAC; celles qui ne donnaient pas ce conseil avançaient les raisons suivantes: selon elles, la douleur n'était pas toujours assez intense (25,0%), elles avaient des craintes en matière de tolérance (16,7%) et pour d'«autres» raisons (41,7%).

Tolérabilité

Selon les infirmières ayant participé à l'enquête, les effets indésirables associés aux analgésiques contre la DAC étaient principalement la constipation (23,1%), la sédation (21,6%), la nausée (19,6%), la sécheresse de la bouche (14,0%) et les problèmes de mémoire/de concentration (12,1%); ≤ 0,5% ont sélectionné les choix suivants: mauvaise humeur, faible libido, perte de motivation, «autre» effet indésirable ou «aucun». La moitié des infirmières participantes ont commenté que les patients continuent d'éprouver les effets indésirables des analgésiques après l'achèvement de leur épisode de DAC.

Satisfaction des patients envers les analgésiques anti-DAC et éléments clés de ces derniers

Selon leurs indications, la majorité (72,2%) des infirmières ayant participé à l'enquête croyaient que leurs patients n'étaient pas très satisfaits des modalités actuelles de traitement contre la DAC tandis que 5,5% d'entre elles n'étaient pas certaines du niveau de satisfaction de leurs patients. D'après les infirmières ayant participé à l'enquête, l'élément le plus important du traitement de la DAC était la rapidité du soulagement (figure 2).

Dialogue au sujet de la DAC

La plupart des infirmières (61,7%) signalaient qu'elles discutaient de la gestion de la douleur avec tous leurs patients alors que certaines d'entre elles (37,8%) tenaient cette discussion avec une partie de leurs patients et que quelques-unes (0,5%) n'en parlaient pas du tout avec leurs patients. La décision de tenir cette discussion avec l'ensemble ou seulement une partie des patients n'entretenait, en général, aucun rapport avec le niveau de scolarité des infirmières (p. ex. diplôme collégial, diplôme universitaire, maîtrise ou «autre») ni avec la formation spécialisée (p. ex. CSIO(C), Certificat en soins infirmiers en oncologie, «autre»), mais celles qui rapportaient avoir une confiance «modérée» à «extrême» dans leur capacité à conseiller leurs patients en matière de prise en charge de la DAC étaient plus susceptibles de faire état de discussions sur la gestion de la douleur avec tous leurs patients (63,0% et 75,6%, respectivement) plutôt qu'avec seulement une partie de leurs patients (37,0%, 22,2%, respectivement). Parmi les répondants qui disaient discuter de la gestion de la douleur avec tous leurs patients (n=109), une plus grande proportion croyaient que leurs patients étaient très satisfaits de leurs analgésiques contre la DAC (14,7%) par rapport à celles qui choisissaient de discuter de la gestion de la douleur avec seulement une partie de leurs patients (3,1%). En outre, toutes les infirmières (n=18) qui pensaient que leurs patients en étaient très satisfaits disaient d'elles-mêmes qu'elles avaient une confiance modérée ou extrême dans leur capacité à donner des conseils en matière de prise en charge de la DAC. Dans l'ensemble, 62% des répondants ont dit avoir une confiance modérée ou extrême dans leur capacité à donner des conseils sur la prise en charge de la DAC tandis que 18,4% étaient plutôt confiantes, 3,5% peu confiantes, et 0,5% pas du tout confiantes à ce sujet. Lorsqu'on leur demandait de choisir parmi plusieurs outils/interventions en vue d'améliorer leur degré de confiance en matière de conseils sur la gestion de la DAC, les répondants indiquaient le plus souvent la nécessité de disposer d'outils d'éducation du patient concernant la DAC (19,2%), de lignes directrices particulières sur la prise en charge de la DAC (18,9%), d'outils d'évaluation spécifiques à la DAC (17,6%) et/ou de programmes d'éducation/de formation médicale continue (17,3%).

Parmi les divers sujets relatifs à la gestion de la douleur, les « risques de dépendance » était l'enjeu le moins susceptible d'être abordé; 54,7% des infirmières ayant participé à l'enquête ne discutaient « jamais » ou discutaient seulement « occasionnellement » avec leurs patients de cet aspect de la gestion de la douleur (figure 3).

Discussion

Les résultats de cette enquête en ligne donnent à penser que les infirmières en oncologie canadiennes faisant partie de l'échantillon reconnaissent l'importance d'une gestion vigilante de la DAC et de la nécessité d'accroître le niveau de satisfaction des patients envers leur traitement. Quoique les infirmières en oncologie sondées pouvaient définir les caractéristiques d'un traitement « idéal », les résultats étayent la nécessité d'améliorer le dialogue avec les patients et d'avoir accès à une formation spécialisée et à des lignes directrices sur la DAC et sur sa prise en charge.

Les répondants mentionnaient l'utilisation répandue des opioïdes correspondant aux paliers 2 et 3 de l'Organisation mondiale de la Santé, notamment la morphine, cette dernière étant considérée comme le traitement de référence pour la douleur allant de modérée à aiguë (Donner & Zenz, 1995; Hanks et al., 2001; Organisation mondiale de la Santé, 1997). Ces opioïdes étaient utilisés à la fois pour la douleur de fond et pour la DAC, ce qui peut refléter la pratique qui veut qu'on prescrive un pourcentage de la dose quotidienne d'opioïde comme « analgésique de secours » (Organisation mondiale de la Santé, 1997; Zeppetella, 2011b). L'emploi d'autres analgésiques était plus fréquemment signalé par les infirmières ayant plus de dix années d'expérience en oncologie en comparaison avec les infirmières moins expérimentées, ceci pouvant refléter les différences dans les communications avec les patients sur leur traitement et la nécessité de mettre en œuvre des méthodes d'évaluation normalisées et uniformes. L'administration orale des opioïdes était la voie la plus fréquemment signalée par les répondants puisqu'elle est généralement recommandée pour ce traitement (Organisation mondiale de la Santé, 1997). Néanmoins, les participantes à l'enquête indiquaient que des problèmes buccaux touchaient certains de leurs patients et qu'ils pouvaient faire obstacle à l'administration d'analgésiques contre la DAC, tel que nous l'avons mentionné ci-dessus (Davies et al., 2011; Jacobsen, Moldrup & Christrup, 2008, 2009).

Aux dires de la majorité (72,2%) des répondants, ceux-ci pensaient que leurs patients n'étaient pas très satisfaits des modalités actuelles de leur traitement contre la DAC, ce qui correspond aux constats d'une enquête réalisée au Royaume-Uni auprès de patients traités dans des hospices (Zeppetella et al., 2000), tout en allant à l'encontre des résultats d'une récente enquête européenne auprès des patients atteints de cancer qui révélait que la plupart de ces patients (76%) étaient satisfaits de leur analgésique de secours (Davies et al., 2011). Selon le jugement des infirmières ayant participé à l'enquête, les traitements ne faisant pas appel aux opioïdes, les traitements adjuvants ou les opioïdes « autres » (c.-à-d. autres que la morphine, l'hydromorphone, la codéine, l'oxycodone ou le fentanyl) ne fournissaient généralement pas un contrôle suffisant de la DAC, puisque relativement peu de répondants mentionnaient que leurs patients obtenaient un soulagement « partiel » ou « complet » au moyen de ces thérapies.

Une proportion plus importante (35%) des répondants indiquaient que leurs patients n'utilisent pas de fentanyl pour leur épisodes de DAC en comparaison avec d'autres analgésiques opiacés, ce qui est conforme à la faible utilisation des produits par voie transmuqueuse rapportée dans le cadre d'une récente enquête auprès de praticiens de France (J. F. Morere et al., 2011) et auprès de patients d'Europe du Nord (Davies et al., 2011). Ce faible emploi contrastait vivement avec la perspective de nombreux répondants selon laquelle un « soulagement rapide » était un des éléments les plus importants du traitement et que « l'analgésique

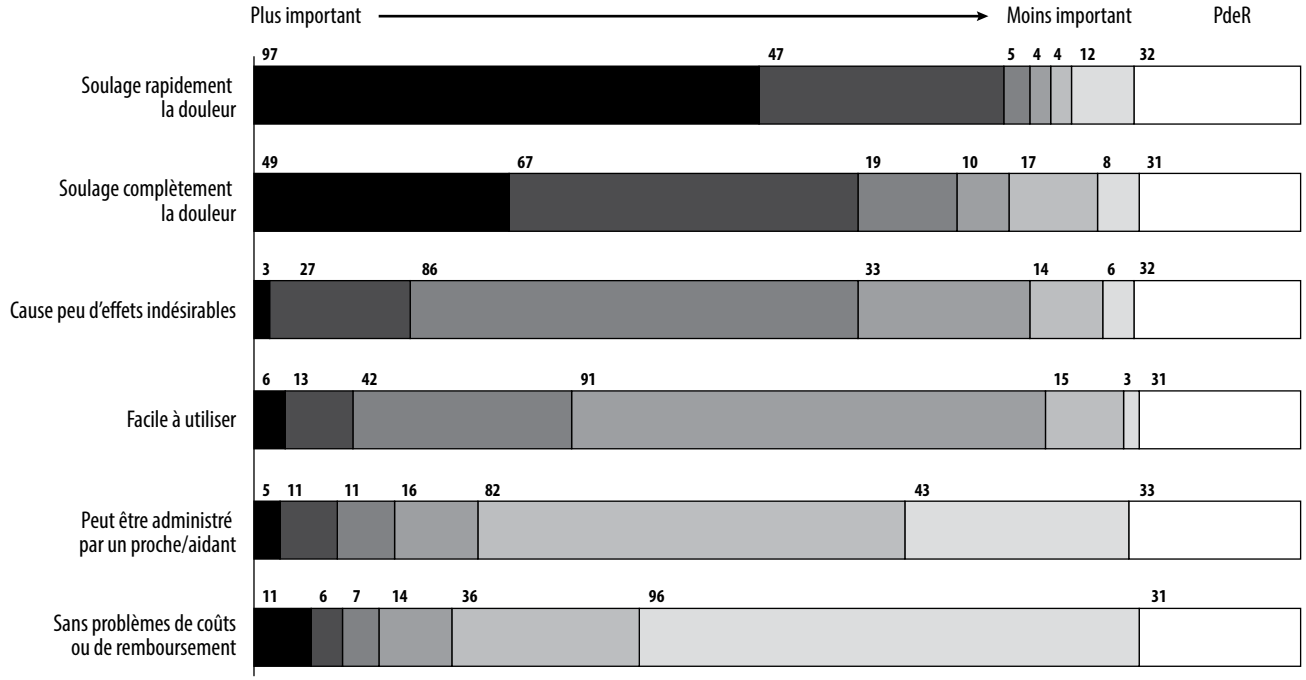

Figure 3: Attributs les plus importants des traitements contre la DAC depuis la perspective des infirmières ayant participé à l'enquête (Ordonnés); N=201]

doi:10.5737/1181912x2313543

n'agit pas assez vite» était le problème le plus fréquemment associé à l'administration d'opioïdes. De plus, quoique les analgésiques oraux à base d'opiacés tels que l'hydromorphone, la morphine et l'oxycodone fassent l'objet d'une utilisation répandue parmi ce groupe de patients, le délai d'action de ces agents s'élevant à ~30–40 minutes laisse à penser qu'ils procurent un effet analgésique seulement après l'achèvement de l'épisode moyen de DAC (Zeppetella, 2008; Zeppetella & Ribeiro, 2003). Le délai d'action plus immédiat des préparations à base de fentanyl ne semble pas être largement connu des infirmières ayant participé à l'enquête. En effet, 15,4% des répondants faisaient état d'un délai d'action de 5–10 minutes pour le soulagement de la douleur chez le patient (ce qui correspond à l'étendue généralement signalée pour le fentanyl en formulation orale transmucosale, les comprimés buccaux de fentanyl et le fentanyl par voie intranasale (Davis, 2011), mais 15,4% des répondants indiquaient un délai d'action de >30 minutes pour le fentanyl. Ce délai d'action prolongé correspond davantage à celui des opioïdes oraux comme l'hydromorphone, la morphine et l'oxycodone (Zeppetella, 2008) ou reflète le délai d'action du fentanyl transdermique (Hanks et al., 2001), plutôt que celui des préparations de fentanyl transmuqueux. Les résultats donnent à penser qu'il existe un manque de sensibilisation aux propriétés temporelles du fentanyl conçu pour la prise en charge de la DAC. Ces derniers sont conformes aux constats d'une étude européenne ayant démontré que 38% des infirmières en oncologie n'étaient pas au courant de l'existence des médicaments expressément conçus pour le traitement de la DAC (European Oncology Nursing Society, 2011).

Les réponses de la majorité des participants dénotaient l'importance accordée à la gestion vigilante de la DAC puisqu'ils rapportaient conseiller à leurs patients de prendre régulièrement leurs analgésiques en cas de DAC. Cependant, une proportion significative d'infirmières n'offraient pas ce conseil à leurs patients en s'appuyant sur des raisons non spécifiées mises à part la trop faible intensité de la douleur ou les inquiétudes en matière de tolérance. Il serait bon de découvrir ces autres raisons et de savoir si quelques-uns des facteurs expliquant pourquoi elles ne conseillent pas aux patients de prendre régulièrement leurs analgésiques contre la DAC ont trait au manque de connaissances des infirmières ou à leur faible degré de confiance dans leur capacité à fournir cette information à leurs patients. Dans leur majorité, les infirmières ont indiqué que les patients demeurent généralement fidèles à leur traitement quoique la principale raison citée pour la non-observance du traitement était la crainte de dépendance, ce qui pourrait refléter une préoccupation de longue date mais non fondée sur la dépendance éventuelle des patients n'ayant aucun antécédent en matière de chimiodépendance (Glare, Aggarwal & Clark, 2004; Hanks et al., 2001), et ce qui constitue un obstacle à l'emploi des analgésiques (Elcigil et al., 2011). Bien que les infirmières reconnaissent que la crainte de dépendance est la principale raison de la non-fidélité aux analgésiques contre la DAC, il est intéressant de noter que les risques de dépendance représentent l'aspect de la gestion de la douleur dont elles discutaient le moins avec leurs patients. Ces constats soulignent la nécessité de favoriser un dialogue efficace entre les infirmières et leurs patients afin d'améliorer la concordance avec les analgésiques contre la DAC. Les évènements indésirables constituaient la deuxième raison citée pour la non-observance; beaucoup d'infirmières indiquaient que les patients continuent d'éprouver des évènements indésirables après l'achèvement de leur épisode de DAC, ce qui donne à penser que leur médicament a un effet qui dure plus longtemps que l'épisode douloureux proprement dit (Zeppetella, 2008; Zeppetella & Ribeiro, 2003).

Dans notre enquête, la confiance dans la capacité à conseiller les patients—mais pas le niveau de scolarité ni de formation de spécialité—semblait avoir une influence sur la tenue d'une discussion de l'information sur la prise en charge de la douleur avec l'ensemble ou seulement avec certains des patients et sur la perception, par les infirmières, de la très grande satisfaction des patients vis-à-vis de leurs analgésiques contre la DAC. Un bon nombre (~25%) de répondants signalaient qu'ils n'avaient même pas une confiance modérée dans la dispensation de conseils sur la prise en charge de la douleur aux patients, ce qui est plus ou moins en phase avec les 36% d'infirmières qui ont indiqué manquer de confiance à ce sujet dans l'enquête européenne auprès des infirmières (European Oncology Nursing Society, 2011). Les répondants mentionnaient que des outils pédagogiques spécialisés et des lignes directrices sur la DAC rehausseraient leur confiance dans leur capacité à conseiller leurs patients relativement à la prise en charge de la DAC, ce qui correspondait à la nécessité de disposer de renseignements supplémentaires sur la DAC révélée dans une récente étude européenne auprès des infirmières (European Oncology Nursing Society, 2011). La nécessité d'une sensibilisation accrue et d'une formation rehaussée sur la DAC à l'intention des prestataires de soins et des personnes souffrant de percées de douleur est également mise en relief dans la stratégie nationale de lutte contre la douleur proposée à des fins d'adoption au Canada (Société canadienne de la douleur (SCD) et Coalition canadienne contre la douleur (CCD)). Parmi les nombreuses recommandations qu'il contient, le document provisoire suggère d'améliorer la littératie en santé des patients et de leur entourage, de rehausser les programmes éducatifs destinés aux professionnels de la santé et d'appuyer les soins fondés sur les pratiques exemplaires dans les contextes de travail des équipes interprofessionnelles (Société canadienne de la douleur (SCD) et Coalition canadienne contre la douleur (CCD)). Ces stratégies pourraient améliorer l'efficacité du dialogue entre les professionnels de la santé et leurs patients. Le besoin de rehausser la qualité des discussions relatives à la gestion de la douleur était manifeste puisque 5,5% des infirmières canadiennes sondées se disaient incertaines quant au niveau de satisfaction de leurs patients concernant les analgésiques contre la DAC.

Les limites de cette étude incluent l'utilisation de la liste de diffusion de l'ACIO/CANO auprès de ses membres pour le recrutement des répondants plutôt que de faire un échantillonnage aléatoire de la population générale du personnel infirmier canadien œuvrant auprès de patients atteints de cancer. Alors que les lieux de travail des répondants dans l'ensemble du Canada reflétaient généralement la distribution des infirmières en cancérologie dans son territoire, le nombre de répondants par province n'était pas suffisant pour tirer des conclusions à ce niveau-là. L'enquête misait sur la mémoire des infirmières et sur leur perception de l'expérience de leurs patients, cette perception pouvant différer de la perception d'autres membres de l'équipe de gestion de la douleur participant aux soins des patients et de leur famille. Les autres limites de l'étude incluaient la possibilité que les répondants à une enquête en ligne sont plus susceptibles de représenter une population infirmière versée en informatique et utilisant largement Internet d'une part, et le biais de non-réponse qui peut éventuellement amplifier les réponses des infirmières ayant accepté de participer à l'étude au détriment de celles ayant décliné l'invitation. L'enquête portait sur les interventions pharmacologiques visant à maîtriser la douleur; elle n'a pas évalué les perceptions des infirmières relativement à l'utilité d'autres modalités de gestion de la douleur. Bien que les infirmières ayant participé à l'enquête aient signalé l'utilisation d'analgésiques par les patients, aucune distinction n'a été faite dans l'enquête entre les analgésiques administrés directement par une infirmière ou prescrits par un médecin dans le cadre du traitement. Le taux de réponse de 39% (y compris les intervenants qui ne satisfaisaient pas aux critères de présélection) a été obtenu et, comme dans le cas de toutes les enquêtes en ligne, il reflète intrinsèquement et

partiellement les refus de serveurs, les messages d'absence du bureau et les réponses automatisées ainsi que l'emploi de filtres antipourriel (Dobrow et al., 2008). En tout, 95% des intervenants dont l'admissibilité avait été établie lors de la présélection ont rempli le questionnaire de l'enquête.

Implications

Cette enquête auprès du personnel infirmier en oncologie, la toute première étude de son genre jamais entreprise au Canada, approfondit notre compréhension des enjeux liés à la prise en charge de la DAC dans les établissements de soins canadiens. Les constats d'ensemble donnent un meilleur aperçu de la perception de la gestion de la DAC par les infirmières en oncologie dont l'aptitude à évaluer et à soulager la douleur constitue un élément essentiel des soins. L'enquête vient confirmer les données publiées sur les attributs caractéristiques des analgésiques contre la DAC, les obstacles à leur acceptation par les patients et à la fidélité au traitement et diverses manières de surmonter les défis éventuels rencontrés en gestion de la douleur afin de rehausser la qualité des soins. Une formation et une orientation spécialisées en gestion de la DAC pourraient contribuer à l'amélioration de la confiance des infirmières dans leur capacité à conseiller les patients sur le plan de la gestion de la douleur, à enrichir le dialogue entre les infirmières et les patients et à rehausser l'observation des recommandations en matière d'ordonnances contre la DAC. Une orientation spécifique sur la prise en charge des percées de douleur est actuellement offerte dans des lignes directrices et rapports canadiens (Cancer Care Ontario (CCO), 2008; Green et al., 2010), et un ensemble de lignes directrices européennes fondées sur les résultats de recherche et portant sur la gestion de la DAC est en cours d'élaboration (European Oncology Nursing Society (EONS), 2012). La personnalisation du plan de traitement des patients en fonction de leurs besoins et préférences individuels ainsi que les caractéristiques du profil des épisodes de DAC, pourront contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur.

Les travaux de recherche futurs pourraient examiner comment surmonter les obstacles à la bonne gestion de la douleur et dégager les facteurs favorisant la tenue de conversations avec les patients sur des inquiétudes telles que la dépendance. Une étude qualitative pourrait être un atout dans l'acquisition d'une compréhension plus approfondie de ces aspects. Il importerait de mettre à l'essai les appuis à la formation conçus pour faciliter ces conversations tout en veillant à ce qu'ils soient d'une application pratique dans l'environnement de soins canadien. L'implantation de ces soutiens pédagogiques, comme la tenue de séances pédagogiques pertinentes, pourraient accroître le niveau de sensibilisation des infirmières aux facteurs liés aux patients concernant la DAC qui peuvent entraver la fourniture de soins optimaux. Étant donné que les programmes d'administration orale constituent la principale voie d'administration et qu'il existait des problèmes manifestes en matière d'absorption orale des médicaments par les patients, il serait important de former les infirmières relativement à l'évaluation de leur administration par la voie orale. Les infirmières devraient également être prêtes à dispenser des soins de santé buccale aux patients incapables de le faire eux-mêmes et ce, avant d'administrer des agents par voie orale, si ceux-ci posent un problème aux patients. Les perfusions sous-cutanées d'analgésiques constituent un défi selon un quart des aidants, ce qui donne à penser qu'un soutien et des opportunités pédagogiques pourraient être fournies aux organismes communautaires afin d'accroître le degré d'aise avec ce type d'administration au domicile des patients. Comme l'élément le plus important du traitement de la DAC est le soulagement rapide, les infirmières qui comprennent que certains analgésiques ont un délai d'action bien plus court que d'autres occuperaient une position privilégiée pour préconiser la dispensation des analgésiques fournissant le soulagement le plus rapide aux patients. Il faut donc que les infirmières soient au courant des analgésiques et/ou des méthodes d'administration ayant un délai d'action bref et de la manière de les administrer. Au vu des résultats de l'étude, il semblerait que les infirmières connaissent bien les timbres transdermiques offrant une libération continue d'analgésie, mais beaucoup d'entre elles n'avaient aucune expérience en la matière ou n'étaient pas au courant de l'existence de nouveaux médicaments à délai d'action rapide absorbés par voie transmuqueuse. Il se peut que les médecins et/ou les oncologues soient aussi moins conscients de l'existence de ces agents à bref délai d'action contre la DAC et qu'ils ne les prescrivent pas. Si les pratiques de prescription des médecins se fondent sur les directives et les recommandations élaborées par des organisations telles que l'OMS et sur les lignes directrices de pratique cliniques pour les symptômes diffusées par les organismes provinciaux de lutte contre le cancer, il serait souhaitable d'effectuer régulièrement des recensions systématiques de la littérature afin de tenir compte des changements touchant les modes d'administration des analgésiques contre la DAC. Des directives distinctes sur l'utilisation des analgésiques pour le traitement de la DAC pourraient constituer une prochaine étape appropriée. Il pourrait être avantageux de réaliser une enquête semblable à celle effectuée auprès des infirmières afin de rassembler, cette fois, les perspectives des médecins, des patients et des pharmaciens du Canada; on notera que les pharmaciens exercent une influence importante sur les médecins et qu'ils s'impliquent souvent dans l'enseignement aux patients.

Il est nécessaire de développer des ressources pédagogiques à l'intention des patients qui leur fournissent des instructions à la fois claires et simples expliquant ce qu'est la douleur aiguë liée au cancer, lorsqu'il convient de prendre des analgésiques à son encontre et les différentes manières de prendre les analgésiques contre la DAC. Ceci est particulièrement important à la lumière des nouvelles voies d'administration récemment conçues et qui peuvent être moins bien connues des infirmières et des patients (timbre buccal, pastilles et pulvérisations nasales contre la DAC). Tous les membres de l'équipe de gestion de la douleur devraient participer à la conception de ces ressources à l'intention des patients et des stratégies d'éducation des patients. Puisqu'ils sont responsables des prescriptions dans l'ensemble du Canada, les médecins constituent eux-mêmes une ressource exerçant une grande influence sur les patients et leur entourage. Avec l'avènement des analgésiques par voie transmuqueuse, les professionnels de la santé doivent avoir conscience des risques éventuels sur le plan de la sécurité et transmettre l'information pertinente à leurs patients. L'étiquetage des fabricants doit clairement définir la méthode d'administration appropriée, et les patients doivent recevoir des instructions claires concernant l'emploi de ces médicaments. Par exemple, il est possible qu'un patient avale par erreur un produit dont l'absorption est sublinguale ou qu'un timbre buccal soit mis sur la peau à la manière d'un timbre de scopolamine.

Pour terminer, les normes de pratique de l'ACIO/CANO stipulent que les infirmières spécialisées en oncologie sont encouragées à participer à diverses activités de défense des intérêts des patients et de leur famille dans le cadre de leurs soins. Les infirmières bénéficiant de soutiens et d'outils pédagogiques efficaces connaîtront mieux la gestion de la douleur, notamment celle de la DAC ainsi que des options de traitement plus récentes. Par conséquent, ces infirmières seront bien outillées pour plaider en faveur d'une meilleure gestion de la douleur chez ces patients.

Remerciements

Les auteures aimeraient reconnaître le soutien apporté par Geula Bernstein au niveau de l'élaboration et de la révision de cet article.

doi:10.5737/1181912x2313543

RÉFÉRENCES

ACIO/CANO (2011). Énoncé de position de l'ACIO/CANO sur les soins infirmiers aux personnes atteintes de douleur cancéreuse. http://www.cano-acio.ca/~ASSETS/DOCUMENT/About%20Us/CANO%20Position%20statement%20on%20Pain-FRE.pdf

Cancer Care Ontario (CCO). (2008). Cancer-related Pain Management: A Report of Evidence-Based Recommendations to Guide Practice. *Evidence-Based Series #16-2. Report Date: March 17, 2008.* Retrieved from https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?files=44127

Davies, A., Zeppetella, G., Andersen, S., Damkier, A., Vejlgaard, T., Nauck, F., … Buchanan, A. (2011). Multi-centre European study of breakthrough cancer pain: pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Eur J Pain, 15*(7), 756–763. doi:10.1016/j.ejpain.2010.12.004

Davis, M.P. (2011). Fentanyl for breakthrough pain: A systematic review. [Review]. *Expert Rev Neurother, 11*(8), 1197–1216. doi:10.1586/ern.11.63

Dobrow, M.J., Orchard, M.C., Golden, B., Holowaty, E., Paszat, L., Brown, A.D., & Sullivan, T. (2008). Response audit of an Internet survey of health care providers and administrators: Implications for determination of response rates. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Med Internet Res, 10*(4), e30. doi:10.2196/jmir.1090

Donner, B., & Zenz, M. (1995). Transdermal fentanyl: A new step on the therapeutic ladder. [Clinical Trial Multicenter Study]. *Anticancer Drugs, 6 Suppl 3*, 39–43.

Elcigil, A., Maltepe, H., Esrefgil, G., & Mutafoglu, K. (2011). Nurses' perceived barriers to assessment and management of pain in a university hospital. *J Pediatr Hematol Oncol, 33(Suppl. 1)*, S33–38. doi:10.1097/MPH.0b013e3182121bef

European Oncology Nursing Society (2011). *Backgrounder: European Survey of Oncology Nurse Breakthrough Cancer Pain Practices*. Retrieved from http://www.cancernurse.eu/research/breakthroughcancerpain.html

European Oncology Nursing Society (EONS). (2012). *Breakthrough Cancer Pain Initiative*. Retrieved from http://www.cancernurse.eu/research/breakthroughcancerpain.html

Glare, P., Aggarwal, G., & Clark, K. (2004). Ongoing controversies in the pharmacological management of cancer pain. [Review]. *Intern Med J, 34*(1–2), 45–49.

Green, E., Zwaal, C., Beals, C., Fitzgerald, B., Harle, I., Jones, J., … Wiernikowski, J. (2010). Cancer-related pain management: A report of evidence-based recommendations to guide practice. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Clin J Pain, 26*(6), 449–462. doi:10.1097/AJP.0b013e3181dacd62

Hanks, G.W., Conno, F., Cherny, N., Hanna, M., Kalso, E., McQuay, H.J., … Ventafridda, V. (2001). Morphine and alternative opioids in cancer pain: The EAPC recommendations. [Guideline Practice Guideline]. *Br J Cancer, 84*(5), 587–593. doi:10.1054/bjoc.2001.1680

Haugen, D.F., Hjermstad, M.J., Hagen, N., Caraceni, A., & Kaasa, S. (2010). Assessment and classification of cancer breakthrough pain: A systematic literature review. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Pain, 149*(3), 476–482. doi:10.1016/j.pain.2010.02.035

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2010). *L'effectif de la main-d'œuvre des infirmières a augmenté de 9% en cinq ans au Canada*. Obtenu à http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/spending+and+health+workforce/workforce/nurses/release_09dec2010

Morere, J.F., Poulain, P., Filbet, M., Krakowski, I., Serrie, A., Delorme, C., Ammar, D., Scotte, F., & Grange, V. (2011). A national prospective survey of breakthrough cancer pain characteristics and treatments in France 10 years after the preliminary study (ASCO 2000). *Journal of Clinical Oncology, 2011 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition) Vol 29(No 15, Suppl.). (May 20 Supplement)), e19661*.

Jacobsen, R., Moldrup, C., & Christrup, L. (2008). Clinical rationale for administering fentanyl to cancer pain patients: Two Delphi surveys of pain management experts in Denmark. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Opioid Manag, 4*(6), 383–391.

Jacobsen, R., Moldrup, C., & Christrup, L. (2009). Danish pain specialists' rationales behind the choice of fentanyl transdermal patches and oral transmucosal systems--a delphi study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Pain Med, 10*(8), 1442–1451. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00724.x

McCaffery M. (1968). *Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions.* LosAngeles: UCLA Students Store.

Mercadante, S. (2011). Managing breakthrough pain. [Review]. *Curr Pain Headache Rep, 15*(4), 244–249. doi:10.1007/s11916-011-0191-5

Mercadante, S., Radbruch, L., Caraceni, A., Cherny, N., Kaasa, S., Nauck, F., … De Conno, F. (2002). Episodic (breakthrough) pain: Consensus conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. [Consensus Development Conference Review]. *Cancer, 94*(3), 832–839.

Mercadante, S., Villari, P., & Casuccio, A. (2011). An Italian survey on the attitudes in treating breakthrough cancer pain in hospice. *Support Care Cancer, 19*(7), 979–983. doi:10.1007/s00520-010-0919-5

Organisation mondiale de la Santé. (1997) Traitement de la douleur cancéreuse, Deuxième édition. (1997). OMS : Genève.

Portenoy, R.K., & Hagen, N.A. (1990). Breakthrough pain: Definition, prevalence and characteristics. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Pain, 41*(3), 273–281.

Portenoy, R.K., Payne, D., & Jacobsen, P. (1999). Breakthrough pain: Characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain, 81*(1-2), 129–134.

Société canadienne de la douleur (SCD) et Coalition canadienne contre la douleur (CCD). Appel à l'action : la nécessité d'une stratégie nationale de lutte contre la douleur pour le Canada. 15 décembre 2011. CPS National Task Force on Service Delivery (version préliminaire), juillet 2010. http://www.canadianpainsummit2012.ca/media/11463/final%20nat%20pain%20strategy%20for%20can%20fre.pdf

Zeppetella, G. (2008). Opioids for cancer breakthrough pain: A pilot study reporting patient assessment of time to meaningful pain relief. *J Pain Symptom Manage, 35*(5), 563–567. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.06.012

Zeppetella, G. (2011a). Breakthrough pain in cancer patients. [Review]. *Clin Oncol (R Coll Radiol), 23*(6), 393–398. doi:10.1016/j.clon.2010.12.002

Zeppetella, G. (2011b). Opioids for the management of breakthrough cancer pain in adults: A systematic review undertaken as part of an EPCRC opioid guidelines project. *Palliat Med, 25*(5), 516–524. doi:10.1177/0269216310385601

Zeppetella, G., O'Doherty, C.A., & Collins, S. (2000). Prevalence and characteristics of breakthrough pain in cancer patients admitted to a hospice. [Clinical Trial]. *J Pain Symptom Manage, 20*(2), 87–92.

Zeppetella, G., & Ribeiro, M.D. (2003). Pharmacotherapy of cancer-related episodic pain. [Review]. *Expert Opin Pharmacother, 4*(4), 493–502. doi:10.1517/14656566.4.4.493