Évaluation d'un programme de formation sur la douleur chronique cancéreuse à l'intention des infirmières

Par Judith Wells, Barbara Turner et Eileen Coombs

Abrégé

Un devis corrélationnel descriptif a été utilisé pour évaluer l'efficacité d'un programme de formation sur la gestion de la douleur chronique cancéreuse. L'enquête « Nurses Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain (NKAS) » a été utilisée pour l'évaluation du programme. Un échantillon de convenance de 27 infirmières a été recruté dans le cadre de l'étude. L'analyse des données a révélé une différence significative entre les résultats au prétest et au post-test de la NKAS. Aucune corrélation importante n'a été observée entre les variables de l'étude. La faible taille de l'échantillon de convenance empêche toute généralisation des résultats. Selon la conclusion globale de l'étude, le programme de formation améliorerait efficacement les connaissances et les attitudes liées à la gestion de la douleur chronique cancéreuse. L'article signale les implications pour la pratique, la recherche, la formation et l'administration infirmières.

Malgré les progrès réalisés dans le domaine du traitement de la douleur d'origine cancéreuse, de nombreux patients continuent de faire état de douleurs perturbant divers domaines de vie (Allard, Maunsell, Labbe et Dorval, 2001; Coluzzi, 1998; Ferrell, 1995; Yates et coll., 2002). Une recension systématique de la littérature effectuée par Allard et coll. (2001) révélait que de 20 à 50 % des patients diagnostiqués d'un cancer et/ou subissant un traitement actif pour leur cancer d'une part, et de 55 % à 95 % des patients parvenus aux stades avancés de la maladie d'autre part, éprouvaient des douleurs. Bien que les résultats montrent que l'utilisation de guides de pratique clinique peut mener à une gestion adéquate de la douleur chez 70 % à 90 % des patients atteints de cancer avancé, on rapporte que près de 50 % d'entre eux avaient encore un soulagement insuffisant de leurs douleurs (Allard et coll., 2001).

Selon certains chercheurs, les efforts visant à rehausser les connaissances et les attitudes des infirmières en matière de gestion de la douleur sont bénéfiques (Francke, Garssen et Abu-Saad, 1996; McCaffery et Ferrell, 1997). Quoiqu'il y ait eu de courtes séances de formation sur place visant des domaines particuliers de la gestion de la douleur (p. ex. soulagement pharmacologique de la douleur), les infirmières d'une régie régionale de la santé de Terre-Neuve-et-Labrador continuaient de choisir le soulagement de la douleur en tant que besoin de formation prioritaire. En outre, aucune évaluation n'a été faite des avantages de ces séances internes. La raison d'être de la présente étude pilote était de déterminer le degré d'efficacité d'un programme de formation en gestion de la douleur chronique cancéreuse (ci-après appelé le programme) au niveau de l'amélioration des connaissances et attitudes des infirmières ayant trait à la douleur d'origine

cancéreuse. Les chercheuses ont également examiné les liens entre les variables de l'étude, et si les changements survenus au niveau des connaissances et attitudes ont abouti à des changements dans la pratique infirmière.

Recension de la littérature

La prestation d'une gestion efficace de la douleur s'est heurtée à de nombreux obstacles, les plus communs étant des connaissances inadéquates et des attitudes négatives. Une des explications de l'existence de ces deux obstacles particuliers a été le manque de formation permanente offerte aux infirmières dans le domaine du soulagement de la douleur. Cette recension de la littérature portera donc uniquement sur les études visant à évaluer les connaissances et les attitudes des infirmières, sur les études s'intéressant à l'impact des programmes de formation relatifs à la douleur d'origine cancéreuse sur les connaissances et les attitudes des infirmières et enfin, sur les études examinant les changements dans la pratique clinique à la suite de la mise en œuvre de stratégies de formation.

Connaissances et attitudes des infirmières liées à la gestion de la douleur d'origine cancéreuse

Les données empiriques relatives aux lacunes sur le plan des connaissances et aux attitudes négatives des infirmières concernant divers aspects de la gestion de la douleur d'origine cancéreuse sont bien documentées (Barnason, Merboth, Pozehl et Tietjen, 1998; Brown, Bowman et Eason, 1999; Cason, Jones, Brock, Maese et Milligan, 1999; Clarke et coll., 1996; Dalton et coll., 1998; Ferrell, Grant, Ritchey, Ropchan et Rivera, 1993; Heath, 1998; Howell, Butler, Vincent, Watt-Watson et Stearns, 2000; Kubecka, Simon et Boettcher, 1996; Lebovits et coll., 1997; McMillan, Tittle, Hagan, Laughlin et Tabler, 2000; O'Brien, Dalton, Konsler et Carlson, 1996; Pargeon et Hailey, 1999; Rushton, Eggett et Sutherland,

Judith Wells, inf., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Infirmière enseignante, Western Regional School of Nursing, Western Regional Integrated Health Authority, P.O. Box 2005, Corner Brook, Terre-Neuve A2H 6J7 Téléphone : (709) 637-5000 Poste 5588 Courriel : jwells@swgc.mun.ca

Barbara Turner, inf., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Infirmière enseignante, WRSON, Western Regional Integrated Health Authority, Corner Brook, Terre-Neuve.

Eileen Coombs, inf., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Infirmière-conseil régionale, Service des soins palliatifs, Western Regional Integrated Health Authority, Western Regional Integrated Health Authority, Corner Brook, Terre-Neuve.

2003; Vallerand, Riley-Doucet, Hasenau et Templin, 2004; Wells et coll., 2001). Il a été suggéré, en particulier, que l'évaluation inadéquate de la douleur (Coluzzi, 1998; Dalton et coll., 1996; Howell et coll., 2000) et les connaissances inadéquates relativement aux aspects pharmacologiques de la gestion de la douleur d'origine cancéreuse (Dalton et coll., 1996.; McCaffery et Ferrell, 1997; O'Brien et coll., 1996) contribuent au sous-traitement largement répandu de la douleur d'origine cancéreuse. Quoique la plupart des études aient porté avant tout sur les infirmières en soins de courte durée œuvrant en milieu urbain, les lacunes sur le plan des connaissances ont été cernées chez les infirmières à l'échelle internationale (McCaffery et Ferrell, 1995) et dans l'ensemble du continuum des soins, puisqu'elles concernent aussi bien les infirmières en milieu communautaire (de Wit et van Dam, 2001) que celles en milieu rural (Kubecka et coll., 1996). En outre, de récents résultats suggèrent que les infirmières n'ont pas conscience de leurs lacunes personnelles en matière de connaissances ni de leurs mauvaises attitudes (Howell et coll., 2000) et ne se rendent pas compte de l'ampleur du problème qu'est la prise en charge de la douleur d'origine cancéreuse (Fife, Irick et Painter, 1993).

Efficacité des programmes de formation sur la gestion de la douleur cancéreuse

Le manque de formation sur la gestion de la douleur d'origine cancéreuse est un autre facteur qui contribue au traitement inadéquat de la douleur d'origine cancéreuse (Ad Hoc Committee on Cancer Pain of the American Society of Clinical Oncology, 1992; Gibbs, 1995). Un examen de 12 études portant sur les effets des programmes de gestion de la douleur a permis de constater qu'ils avaient une incidence positive sur les résultats des infirmières en matière de connaissances et d'attitudes (Francke et coll., 1996). Des chercheurs qui utilisaient des devis prétest post-test afin de déterminer l'efficacité des programmes de formation faisaient état d'une amélioration significative des résultats en matière de connaissances et d'attitudes après la mise en œuvre des programmes (Barnason et coll., 1998; Bookbinder et coll., 1996; Ferrell et coll., 1993; Howell et coll., 2000; Janjan et coll., 1996; Vallerand et coll., 2004; Weissman et coll., 1997). Par contre, d'autres rapportaient que bien qu'il y ait une légère amélioration des connaissances et des attitudes, la différence était trop faible pour revêtir une signification statistique (Dalton et coll., 1996; Elliott et coll., 1997). De manière générale, il a été suggéré que les programmes de formation ont certains effets bénéfiques et qu'il convient de les poursuivre (Allard et coll., 2001; McCaffery et

Ferrell, 1997). Les participants à ces programmes ont attribué une excellente cote au contenu des programmes et/ou aux instructeurs (Dalton et coll., 1996; de Wit et van Dam, 2001; Ferrell et coll., 1993; Weissman et coll., 1997).

Changement dans la pratique des soins infirmiers

Les recherches s'intéressant à l'impact de ces programmes de formation sur la pratique des soins infirmiers ont été limitées, les études consistant la plupart du temps en des autoévaluations par les infirmières et des vérifications rétrospectives des dossiers. Plusieurs chercheurs ont signalé des changements positifs des pratiques cliniques sur le plan de la gestion de la douleur comme l'évaluation (Barnason et coll., 1998; Dalton et coll., 1996; Dalton et coll., 1998; Ferrell et coll., 1993; Sterman, Gauker et Krieger, 2003), la documentation (Dufault, Bielecki, Collins et Willy, 1995; Howell et coll., 2000) et la mise en œuvre de normes cliniques de traitement de la douleur (Howell et coll., 2000; Weissman et coll., 1997). Malgré ce qui précède, on constate l'absence d'une documentation adéquate avant que les infirmières participent à ces programmes et une trop faible amélioration de la situation par la suite (Dalton et coll., 1996) et le non-maintien de cette dernière au fil du temps (Howell et coll., 2000).

Méthodologie

Le programme de formation

Le programme intitulé « The Many Faces of Pain » [Les nombreux visages de la douleur] était un atelier de deux jours animé par les chercheuses de la présente étude. Le contenu reflétait les besoins de formation des infirmières et était basé sur les guides de pratique clinique liés à la gestion de la douleur chronique cancéreuse (Agency for Health Care Policy and Research, 1994). Il correspondait également aux programmes semblables de formation sur la douleur mentionnés dans les écrits (City of Hope National Medical Centre, 1994; Ferrell et coll., 1993; Ferrell, Rhiner, Grant et Supportive Care Services, 1992; Francke et coll., 1996). Le programme comprenait huit modules de formation sur la gestion de la douleur (voir le tableau 1). La théorie de l'apprentissage des adultes éclairait les méthodologies d'enseignement qui incluaient des exposés et des travaux en groupes axés sur des études de cas ayant pour objet de faciliter la discussion et la résolution de problèmes.

Tableau 2. Questions auxquelles 100 % des participants ont répondu correctement

No. d'item	
13	Le patient éprouvant de la douleur devrait être encouragé à endurer la plus grande douleur possible avant de recourir aux mesures de soulagement de la douleur.
16	Après la dose initiale d'analgésiques à base d'opioïdes, les doses suivantes sont ajustées en fonction de la réponse du patient individuel.
20	Il convient de recommander au patient d'utiliser des interventions non médicamenteuses seules plutôt qu'avec des analgésiques.
21	Donner aux patients de l'eau stérile en injection (placebo) constitue souvent un test utile pour déterminer si la douleur est réelle ou non.
32	Qui est le meilleur juge de l'intensité de la douleur du patient?

Tableau 1. Programme de formation sur la gestion de la douleur cancéreuse

Contenu	
Module I	Théories sur la douleur
Module II	Obstacles à la gestion de la douleur
Module III	Évaluation de la douleur
Module IV	Évaluation de la douleur chez les personnes âgées et chez les adultes ayant une déficience cognitive
Module V	Gestion pharmacologique de la douleur
Module VI	Dosage des analgésiques équivalents
Module VII	Gestion non pharmacologique de la douleur
Module VIII	Rôle de l'infirmière dans la gestion de la douleur

Devis, échantillon et considérations déontologiques

Un devis corrélationnel descriptif a été utilisé pour évaluer un programme de formation pilote de gestion de la douleur chronique cancéreuse. Après avoir reçu l'approbation du comité de révision déontologique de l'établissement, un échantillon de convenance de 27 infirmières a été recruté dans les milieux des soins de courte durée, de longue durée et communautaires. Vingt des participants ont été recrutés par le biais des services de la formation. Des feuillets décrivant le but de l'étude et indiquant que des volontaires étaient recherchés pour l'étude ont été distribués dans tous les établissements de la région régionale de la santé. Les sept autres participants ont été recrutés au sein d'un groupe d'infirmières qui suivaient une orientation en vue d'exercer dans une nouvelle spécialité. Une description détaillée de l'étude a été remise aux participants qui ont ensuite donné leur consentement éclairé. On a laissé savoir aux participants qu'ils pouvaient se retirer de l'étude en tout temps.

Instruments et analyse des données

Un formulaire a permis de recueillir des données démographiques telles que l'âge, le nombre d'années en soins infirmiers, la formation préalable sur la douleur, les études poursuivies, le domaine de pratique (p. ex. soins de courte durée, de longue durée, communautaires). On a utilisé l'enquête « Nurses Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain (NKAS) » de Ferrell et McCaffery (1997) pour déterminer les connaissances et les attitudes des participants relativement à la gestion de la douleur. Cet instrument a été administré immédiatement avant et après la prestation du programme. L'enquête NKAS comprend 39 items, chacun de ses items ayant le même facteur de pondération aux fins du calcul des résultats. La validité de contenu et de construit ainsi que la fiabilité de test-retest ($> 0,80$) et le coefficient de consistance interne ($> 0,70$) avaient déjà été établis. Les items qui reflètent les domaines des connaissances et des attitudes font la distinction entre les différents niveaux d'expertise (Ferrell et McCaffery, 1993). L'autorisation d'utiliser l'enquête NKAS a été obtenue. En ce qui concerne la consistance interne de la NKAS tel qu'utilisée dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach était égal à 0,70.

Un instrument d'évaluation formative a été élaboré par les chercheuses afin d'évaluer le contenu et les instructrices du programme de formation, et a été administré à la fin de chaque module. Les indicateurs faisaient appel à une échelle de type Likert allant de 1 (désapprouve fortement) à 5 (approuve fortement). Cet instrument comprenait aussi un espace pour les suggestions ou commentaires. Enfin, le changement dans la pratique des soins infirmiers a été évalué au moyen d'une enquête de suivi envoyée par la poste à tous les participants. Cette enquête est une adaptation d'un instrument défini dans les écrits (Ferrell et al., 1993). Elle comprenait trois parties. La première était une échelle allant de 1 (sans objet) à 4 (mesure dans laquelle un changement a été observé dans la pratique) et posait des questions relatives aux changements du nombre de patients soignés, des attitudes et de l'enseignement. La deuxième partie comprenait des questions liées à des domaines particuliers de la pratique (c.-à-d. soins aux patients, communication avec les médecins, aspects psychosociaux, capacité à agir comme personne-ressource, volonté de faire des lectures sur la gestion de la douleur) et faisait appel à une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout) à 5 (beaucoup). La troisième partie servait à évaluer la satisfaction des participants à l'égard du contenu du programme, au moyen d'une échelle allant de 1 (insatisfait) à 5 (très satisfait). On demandait aux participants d'indiquer s'ils faisaient appel à d'autres disciplines pour faciliter la gestion de la douleur d'origine cancéreuse et enfin, de fournir une appréciation globale du programme à l'aide d'une échelle allant de 1 (mauvais) à 5

(excellent). Des procédures statistiques de base à la fois descriptives et inférentielles (c.-à-d. moyenne, pourcentages, corrélations, tests t jumelés) ont été utilisées dans le cadre de l'analyse des données. Un coefficient alpha de $< 0,05$ a été retenu comme niveau de signification.

Résultats

La majorité des participants étaient des femmes ($n = 26$) et étaient employés dans le milieu des soins de courte durée ($n = 16$). Les participants restants œuvraient dans le milieu des soins de longue durée ($n = 6$), des soins en oncologie ($n = 1$) et des centres de santé communautaires ($n = 4$). L'âge moyen était de l'ordre de

Tableau 3. Items auxquels plus de 50 % des participants ont répondu incorrectement lors du pré-test

No. d'item	
6	L'Aspirine (ASA) et les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens ne sont pas des analgésiques efficaces pour les douleurs osseuses causées par les métastases.
7	Les interventions non médicamenteuses sont très efficaces pour une maîtrise de la douleur allant de légère à modérée mais sont rarement utiles pour les formes de douleur plus intenses.
9	650 mg d'ASA per os équivaut à peu près à 50 mg de mépéridine per os.
11	La durée d'action normale de la mépéridine est de 4-5 heures.
12	La recherche montre que la prométhazine est un potentialisateur fiable des analgésiques à base d'opioïdes.
23	Quelle est la voie d'administration recommandée pour les analgésiques à base d'opioïdes chez les patients éprouvant une douleur prolongée d'origine cancéreuse?
24	Quelle est la voie d'administration recommandée pour les analgésiques à base d'opioïdes chez les patients éprouvant des douleurs brèves et aiguës d'apparition soudaine?
26	Laquelle des doses de morphine administrée par voie intraveineuse sur une période de 4 heures est l'équivalent de 30 mg de morphine orale donnée q. 4 h?
28	Quelle est la probabilité que le patient développe une dépression respiratoire cliniquement significative?*
35	Quelle est la probabilité de la survenue d'une accoutumance aux opiacés si la douleur est traitée à l'aide d'un analgésique à base d'opioïdes.*
37	Cochez l'action que vous effectuerez *
39	Cochez l'action que vous effectuerez.*
*Les participants devaient donner leurs réponses en fonction d'études de cas qui leur avaient été remises.	

40,80 ans (é.-t. = 6,96 ans) et la moyenne d'années en soins infirmiers était égale à 18,25 ans (é.-t. = 7,83 ans). La majorité (n = 26) des participants avaient suivi une préparation collégiale et n'avaient reçu aucune formation antérieure en matière de douleur (n = 21).

Le résultat au post-test de l'enquête NKAS (M = 90 %, é.-t. = 5,60) était significativement plus élevé, $t(26) = -12,08$, $p = 0,000$, que le résultat au pré-test (M = 67,4 %, é.-t. = 10,90). L'analyse des items individuels a révélé que tous les participants avaient répondu correctement, au prétest et au post-test, aux énoncés liés à l'individualisation de la maîtrise de la douleur, à l'utilisation de placebos et à l'utilisation concurrente de mesures non pharmacologiques (voir le tableau 2). À douze items, plus de 50 % des participants ont donné une réponse erronée au prétest (voir le tableau 3), les domaines les plus problématiques étant liés à la gestion pharmacologique de la douleur. Par exemple, les participants n'étaient que 7,4 % au prétest, par rapport à 67 % au post-test, à savoir que 650 mg d'Aspirine par voie orale équivalait à 50 mg de Demerol par voie orale. De même, seulement 29,6 % des participants au prétest, par rapport à 74 % au post-test, ont choisi correctement la voie recommandée pour l'administration des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique cancéreuse. Trente-trois pour cent au prétest, par rapport à 88,9 % au post-test, pouvaient convertir correctement 30 mg de morphine par voie orale dans le dosage équivalent par intraveineuse. Les participants ont également manifesté des attitudes qui montrent que certains mythes ont la vie dure en ce qui a trait à la dépression respiratoire, à l'accoutumance et à la surdéclaration de la douleur par les patients. Dans l'ensemble, on a remarqué une différence significative dans les réponses des participants à 21 des items ($p < 0,05$), l'amélioration la plus importante ayant été observée au niveau des aspects pharmacologiques de la gestion de la douleur cancéreuse.

Les participants ont fait une évaluation plutôt favorable du contenu de chacun des modules, des connaissances et de la présentation par les instructrices. Pour ce qui est du contenu de chacun des huit modules, le résultat moyen s'échelonnait entre 4,27 et 4,60, ce qui traduit la satisfaction des participants sur le plan de la pertinence du contenu et de l'adéquation des stratégies d'enseignement et de l'atteinte des objectifs. Cela confirmait également que le cahier du participant contribuait à l'apprentissage. L'évaluation des instructrices s'est traduite par des résultats moyens semblables situés entre 4,29 et 4,67, ce qui indique que les participants jugeaient que ces dernières avaient les connaissances requises, que leur style de présentation était approprié, que l'environnement était propice à l'apprentissage et que suffisamment de temps était dévolu à la discussion et à la résolution de problèmes. Les commentaires incluaient notamment les suivants : « Je réalise à quel point je connaissais mal ce sujet », « les instructrices étaient bien préparées » et « c'était très intéressant ». Les suggestions d'amélioration étaient, entre autres, de consacrer davantage de temps à la résolution de problèmes et à la discussion, surtout en ce qui a trait au dosage des analgésiques équivalents, davantage de temps à l'évaluation des personnes âgées et des adultes ayant une déficience cognitive, tandis que quelques participants suggéraient que davantage de renseignements soient donnés par écrit dans le cahier (p. ex. définitions, théories sur la douleur).

Les données recueillies lors de l'enquête administrée trois mois plus tard (n = 22) suggèrent que, de l'avis des infirmières, des changements positifs s'étaient produits dans leur pratique clinique. Environ un tiers des participants (34,8 %) signalaient une augmentation du nombre de patients atteints de cancer dont elles avaient la charge. Une majorité des infirmières indiquaient qu'elles entretenaient des attitudes plus positives (60,9 %), qu'elles avaient effectué davantage d'enseignement auprès des patients en matière

de gestion de la douleur (60,9 %) et davantage d'enseignement auprès de collègues sur le plan de l'évaluation de la douleur (73,9 %) et de son traitement médicamenteux (63,6 %). Elles étaient en nombre important (43,5 %) à rapporter qu'elles avaient accru leur enseignement auprès des patients relativement aux interventions antidouleur non pharmacologiques. La majorité des répondants mentionnaient que le programme avait amélioré les soins qu'ils dispensaient aux patients atteints de cancer (82,6 %); la communication avec les médecins (68,1 %); les soins reliés aux questions psychosociales (68,2 %); leur capacité d'intervention à titre de personne-ressource auprès d'autres infirmières (82,6 %); leur volonté de faire des lectures sur le soulagement de la douleur (69,5 %); et l'entendement qu'elles avaient de l'aide qu'elles pouvaient obtenir auprès d'autres disciplines en matière de soulagement de la douleur (82,6 %). La cote moyenne globale du programme était de l'ordre de 4,65, ce qui suggère qu'elles y voyaient un excellent programme, 30 % d'entre elles recommandant que toutes les infirmières de la régie de santé régionale aient accès au programme. Aucune des variables de l'étude n'entretenait de lien significatif avec la NKAS. On constatait cependant une tendance en vertu de laquelle les infirmières moins âgées et moins chevronnées obtenaient de meilleurs résultats au post-test ($p = 0,05$).

Discussion

L'évaluation du programme de formation démontre qu'il constitue une stratégie efficace d'amélioration des connaissances et des attitudes des infirmières relativement à la douleur. Ces conclusions sont corroborées par d'autres chercheurs (Barnason et coll., 1998; Bookbinder et coll., 1996; Ferrell et coll., 1993; Howell et coll., 2000; Janjan et coll., 1996; Weissman et coll., 1997; Wells et coll., 2001). Quoique ces résultats ne puissent pas faire l'objet d'une généralisation du fait de la faible taille de l'échantillon, ils ne diffèrent pas des résultats d'autres études reposant sur des échantillons de plus grande taille (Bookbinder et coll., 1996; Howell et coll., 2000; Janjan et coll., 1996; Weissman et coll., 1997). L'analyse des items permet de conclure que les participants ont acquis des connaissances, ont amélioré leurs attitudes et ont exploré les mythes reliés à la gestion de la douleur chronique cancéreuse.

Le contenu et les instructrices du programme ont reçu une évaluation plutôt positive. Sachant que la majorité des participants n'avaient reçu aucune formation antérieure en matière de douleur, on a conclu que le programme constituait un bon point de départ pour une formation permanente sur la douleur d'origine cancéreuse à l'intention des infirmières. Dans les évaluations qu'ils ont faites de programmes similaires, d'autres chercheurs mentionnaient l'excellence de la rétroaction fournie par les participants relativement au contenu du programme (Dalton et coll., 1996; de Wit et van Dam, 2001; Ferrell et coll., 1993). Les résultats de la présente étude trouvent un écho dans la très bonne appréciation que les participants à une étude de Ferrell et coll. (1993) avaient des instructrices. Les participants à l'étude de Ferrell et coll. (1993) avaient également suggéré que davantage de temps soit consacré à la discussion et à la résolution de problèmes et recommandé que le programme soit offert à l'ensemble des infirmières. Bien que quelques participants de la présente étude aient suggéré que le cahier contienne davantage de renseignements écrits, les instructrices estiment que cela irait à l'encontre des théories d'apprentissage sur lesquelles reposent les méthodologies d'enseignement. Quoique les participants aient rapporté posséder un meilleur entendement du rôle des autres disciplines, il était intéressant de noter que les pharmaciens étaient consultés à de plus nombreuses reprises que les intervenants d'autres disciplines. Cela peut provenir de l'accent qui est placé sur les interventions pharmacologiques dans la pratique clinique.

Les connaissances et les attitudes des infirmières semblent influencer la pratique clinique. Le questionnaire de nature subjective administré trois mois après l'intervention de formation indiquait que, selon les perceptions des infirmières, des changements positifs étaient survenus dans tous les aspects de leur pratique clinique. De telles améliorations dans les divers aspects de la pratique provoquées par la mise en œuvre de programmes de formation sur la douleur ont également été signalées dans d'autres études (Barnason et coll., 1998; Dalton et coll., 1996; Dufault et coll., 1995; Elliott et coll., 1997; Ferrell et coll., 1993; Howell et coll., 2000; Weissman et coll., 1997). Par contre, d'autres chercheurs avancent qu'un changement au niveau des connaissances ne se traduit pas nécessairement par un changement des comportements dans la pratique infirmière (de Wit et van Dam, 2001) ni par une amélioration quelconque des niveaux de douleur éprouvés par les patients (Allard et coll., 2001).

La présente étude n'a pu établir de corrélations significatives entre les résultats prétest et post-test à la NKAS et les variables démographiques. Dans le même ordre d'idée, les autres chercheurs n'ont pas pu documenter de rapport entre les résultats liés aux connaissances et aux attitudes et l'expérience et les établissements (Kubecka et coll., 1996), le niveau de scolarité (Brown et coll., 1999; Kubecka et coll., 1996), l'âge (Bookbinder et coll., 1996) ou le milieu de pratique/la spécialité clinique (Brown et coll., 1999). Toutefois, certains éléments probants suggèrent que les infirmières œuvrant auprès de patients en oncologie (Cason et coll., 1999; Clarke et coll., 1996; O'Brien et coll., 1996; Rushton et coll., 2003), dans des unités médicales (Lebovits et coll., 1997) et celles ayant suivi une scolarité plus poussée (Cason et coll., 1999; Clarke et coll., 1996; Dalton et coll., 1998; Lebovits et coll., 1997) ont tendance à avoir moins de lacunes sur le plan des connaissances et à manifester des attitudes plus positives envers la gestion de la douleur d'origine cancéreuse. Bien que certains éléments probants militent en faveur d'un rapport entre la participation à une formation antérieure en matière de douleur et des résultats plus élevés sur le plan des connaissances et des attitudes (Dalton et coll., 1998), d'autres équipes de recherche (Cason et coll., 1999; Wells et coll., 2001) n'ont pu établir l'existence d'un tel rapport. L'absence de preuves irréfutables peut provenir de l'utilisation d'échantillons de moindre taille dans un nombre important des études, de l'utilisation majoritaire de devis descriptifs et du nombre restreint d'études faisant appel à des groupes contrôle randomisés.

Limites

La faible taille de l'échantillon de convenance limite toute généralisation des résultats, mais ces derniers sont semblables à ceux mentionnés dans d'autres écrits. Le caractère subjectif de l'autoévaluation faite après trois mois sans recueillir de données de

corroboration en provenance d'autres sources constitue une limite. Il est possible que les participants aient donné leurs réponses en s'appuyant sur ce qu'ils pensaient que leur apprentissage aurait dû entraîner.

Implications

Les données de la présente étude serviront à orienter les révisions du programme de formation qui sera alors offert à l'ensemble des infirmières de la régie régionale de la santé. Si l'on peut supposer que les connaissances et les attitudes de la plupart des infirmières sont similaires à celles illustrées par les résultats de cette étude, il est essentiel que l'on offre à toutes les infirmières de l'ensemble du continuum des services de santé une formation permanente de base en gestion de la douleur chronique cancéreuse. Il a été fait état de la piètre continuité des soins en ce qui concerne la gestion de la douleur d'origine cancéreuse lorsque les patients passaient de l'hôpital au domicile (de Wit et van Dam, 2001). Finalement, comme les patients atteints de cancer sont souvent admis à divers services de soins, la mise en œuvre des stratégies d'enseignement doit concerner l'ensemble des milieux de pratique.

Les commentaires anecdotiques des participants suggèrent que l'absence d'une démarche systématique pour l'évaluation et la gestion de la douleur peut constituer un obstacle à la gestion efficace de douleur d'origine cancéreuse. Il est donc nécessaire que la régie régionale de la santé intègre des programmes d'amélioration de la qualité en matière de gestion de la douleur d'origine cancéreuse. Cela représente une possibilité de recherche axée sur l'évaluation de résultats pour le patient plus objectifs et de changements au niveau de la pratique infirmière clinique. La mise en œuvre de programmes de formation sur la douleur et de guides de pratique clinique sur la gestion de la douleur d'origine cancéreuse exigera un engagement de la régie régionale de la santé afin qu'elle fournisse les ressources humaines et financières requises.

Résumé

La présente étude pilote a montré que les infirmières rattachées à cette régie régionale de la santé avaient des lacunes sur le plan des connaissances relatives à la gestion de la douleur d'origine cancéreuse et entretenaient des attitudes négatives à son égard, et que ces lacunes et attitudes rejoignaient dans leurs grandes lignes celles de leurs homologues nationales et internationales. L'étude a permis de démontrer que la mise en œuvre d'un programme de formation sur la douleur d'origine cancéreuse améliorerait efficacement les connaissances et les attitudes. Le conseil consultatif régional en soins infirmières s'est appuyé sur les résultats de l'étude pour recommander la mise en œuvre du programme au profit des infirmières employées par la régie. Le programme fait actuellement l'objet d'une révision. ❖

References

- Ad Hoc Committee on Cancer Pain of the American Society of Clinical Oncology. (1992). Cancer pain assessment and treatment curriculum guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, 10(12), 1976-1982.
- Agency for Health Care Policy and Research. (1994). Management of cancer pain: Adults. *Oncology Nursing Forum*, 21, 1070-1085.
- Allard, P., Maunsell, E., Labbe, J., & Dorval, M. (2001). Educational interventions to improve cancer pain: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 4(2), 191-203.
- Barnason, S., Merboth, M., Pozehl, B., & Tietjen, M.J. (1998). Utilizing an outcomes approach to improve pain management by nurses: A pilot study. *Clinical Nurse Specialist*, 12(1), 28-36.
- Bookbinder, M., Coyle, N., Kiss, M., Goldstein, M., Holritz, K., Thaler, H., et al. (1996). Implementing national standards for cancer pain management: Program model and evaluation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12, 334-347.
- Brown, S.T., Bowman, J.M., & Eason, F.R. (1999). Assessment of nurses' attitudes and knowledge regarding pain management. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 30(3), 132-139.

- Cason, C., Jones, T., Brock, J., Maese, P., & Milligan, C. (1999). Nurses' knowledge of pain management: Implications for staff education. *Journal for Nurses Staff Development*, 15(6), 228-235.
- City of Hope Medical Center, Division of Nursing, Department of Nursing Research & Education, and The Southern California Cancer Pain Initiative. (1994). *Pain management professional training program: A multidisciplinary approach*. California: City of Hope Medical Center.
- Clarke, E., French, B., Bilodeau, M., Capasso, V., Edwards, A., & Empoliti, J. (1996). Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: The impact of nurses' characteristics and education. *Journal of Pain and Symptom Management*, 11(1), 18-31.
- Coluzzi, P. (1998). Cancer pain management: Newer perspectives on opioids and episodic pain. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 15(1), 13-22.
- Dalton, J., Blau, W., Carlson, M.S., Mann, J., Bernard, S., Toomey, T., et al. (1996). Changing the relationship among nurses' knowledge, self-reported behavior, and documented behavior in pain management: Does education make a difference? *Journal of Pain and Symptom Management*, 12(5), 308-319.
- Dalton, J.A., Carlson, J., Mann, J., Blau, W., Bernard, S., & Youngblood, R. (1998). An examination of nursing attitudes and pain management practices. *Cancer Practice*, 6(2), 115-124.
- de Wit, R., & van Dam, F. (2001). From hospital to home care: A randomized controlled trial of a pain education program for cancer patients with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 742-754.
- Dufault, M., Bielecki, C., Collins, E., & Willy, C. (1995). Changing nurses' pain assessment practice: A collaborative research utilization approach. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 634-645.
- Elliott, T., Murray, D., Oken, M., Johnson, K., Braun, B., Elliott, B., et al. (1997). Improving cancer pain management in communities: Main results from a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13(4), 191-203.
- Ferrell, B. (1995). The impact of pain on quality of life: A decade of research. *Nursing Clinics of North America*, 30(4), 609-624.
- Ferrell, B., & McCaffery, M. (1997). *Nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain*. Retrieved September 27, 2001, from <http://mayday.coh.org/Instruments.k&a.htm>
- Ferrell, B., Grant, M., Ritchey, K.J., Ropchan, R., & Rivera, L. (1993). The pain resource nurse training program: A unique approach to pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 8(8), 549-556.
- Ferrell, B., Rhiner, M., Grant, M., & Supportive Care Services. (1992). *Pain resource nurse training program*. California: City of Hope National Medical Center.
- Fife, B., Irick, N., & Painter, J. (1993). A comparative study of the attitudes of physicians and nurses toward the management of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 8(3), 132-139.
- Francke, A., Garssen, B., & Abu-Saad, H.H. (1996). Continuing pain education in nursing: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 567-578.
- Gibbs, G. (1995). Nurses in private nursing homes: A study of their knowledge and attitudes to pain management in palliative care. *Palliative Medicine*, 9, 245-253.
- Heath, D. (1998). Nurses' knowledge and attitudes concerning pain management in an Australian hospital. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 16, 15-18.
- Howell, D., Butler L., Vincent, L., Watt-Watson, J., & Stearns, N. (2000). Influencing nurses' knowledge and practice in cancer pain management. *Cancer Nursing*, 23(1), 55-63.
- Janjan, N.A., Martin, C.G., Payne, R., Dahl, J.L., Weissman, D.E., & Hill, C.S. (1996). Teaching cancer pain management: Durability of educational effects of a role model program. *The American Society of Clinical Oncology*, 77(5), 996-1001.
- Kubecka, K., Simon, J., & Boettcher, J. (1996). Pain management knowledge of hospital-based nurses in rural Appalachian area. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 861-867.
- Lebovits, A., Florence, I., Bathina, R., Hunko, V., Fox, M., & Bramble, C. (1997). Pain knowledge and attitudes of health care providers: Practice characteristic differences. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 237-243.
- McCaffery, M., & Ferrell, B. (1995). Nurses' knowledge about cancer pain: A survey of five countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(5), 356-367.
- McCaffery, M., & Ferrell, B. (1997). Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(3), 175-188.
- McMillan, S.C., Tittle, M., Hagan, S., Laughlin, J., & Tabler, R.E. (2000). Knowledge and attitudes of nurses in veterans' hospitals about pain management in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27(9), 1415-1423.
- O'Brien, S., Dalton, J., Konsler, G., & Carlson, J. (1996). The knowledge and attitudes of experienced oncology nurses regarding the management of cancer related pain. *Oncology Nursing Forum*, 23(3), 515-521.
- Pargson, K.L., & Hailey, B.J. (1999). Barriers to effective cancer management: A review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(5), 358-368.
- Rushton, P., Eggett, D., & Sutherland, C.W. (2003). Knowledge and attitudes about cancer pain management: A comparison of oncology and nononcology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 30(5), 849-855.
- Sterman, E., Gauker, S., & Krieger, J. (2003). A comprehensive approach to improving cancer pain management and patient satisfaction. *Oncology Nursing Forum*, 30(5), 857-864.
- Vallerand, A.H., Riley-Doucet, C., Hasenau, S.M., & Templin, T. (2004). Improving cancer pain management by homecare nurses. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 809-816.
- Weissman, D., Griffie, J., Gordon, D., & Dahl, J. (1997). A role model program to promote institutional changes for management of acute and chronic cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(5), 274-279.
- Wells, M., Dryden, H., Guild, P., Levack, P., Farrer, K., & Mowat, P. (2001). The knowledge and attitudes of surgical staff towards the use of opioids in cancer pain management: Can the hospital palliative care team make a difference? *European Journal of Cancer Care*, 10, 201-211.
- Yates, P.M., Edwards, H.E., Nash, R.E., Walsh, A.M., Fentiman, B.J., Skerman, H.M., et al. (2002). Barriers to effective cancer pain management: A survey of hospitalized cancer patients in Australia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 393-405.