

Les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières : étude descriptive au sein d'un hôpital universitaire suisse

Barriers to Pain Management as Perceived by Nurses: a Descriptive Study in a Swiss University Hospital

F. Teike Lüthi · C. Gueniat · F. Nicolas · P. Thomas · A.-S. Ramelet

Reçu le 9 octobre 2014 ; accepté le 5 février 2015
© Lavoisier SAS 2015

Résumé Les infirmières ont un rôle essentiel dans la prise en charge de la douleur. Elles sont cependant confrontées à trois types d'obstacles : ceux liés au patient, au système et aux soignants. Cette recherche descriptive transversale vise à identifier les obstacles à une gestion optimale de la douleur des patients hospitalisés en milieu hospitalier aigu. Soixante-dix infirmières de quatre services d'un centre hospitalier universitaire de Suisse romande ont répondu à un questionnaire (taux de participation : 65,4 %). Les résultats montrent que 24 obstacles interfèrent dans la gestion de la douleur confirmant la complexité des enjeux du processus d'évaluation et de soulagement de la douleur.

Mots clés Douleur · Obstacles · Soins infirmiers

Abstract Nurses, who are daily confronted with issues related to care, play a major role in pain management. They, however, face barriers to optimal pain management that can be linked to the patient, to the system or to the caregivers. The objective of this descriptive, cross-sectional study is to identify the barriers to optimal pain management for

patients in acute care settings, as perceived by nurses. The convenience sample included 70 nurses working in four different medical and surgical wards of a university teaching hospital in Switzerland. Participation rate was 65.4%. The results show that 24 obstacles influence clinical practice. Out of these 24, 9 are linked to the patient, 7 to the system and 8 to nurses. This confirms the complexity of evaluating and relieving pain, and contradicts the nurses' lack of knowledge as the unique cause for poor pain management.

Keywords Pain · Barriers · Nursing

Introduction

Malgré les avancées scientifiques dans le domaine de la douleur, celle-ci reste encore sous-traitée avec des taux de prévalence allant jusqu'à plus de 80 % en médecine et en chirurgie, voire 90 % chez les patients atteints d'un cancer [1,2]. Notons également que 43 à 51 % des patients reçoivent un traitement antalgique inadéquat ou inférieur à celui qui est prescrit [3] et que seuls 14 % des patients ayant reçu une antalgie bénéficient d'une réévaluation [4]. La gestion de la douleur est influencée par différents obstacles.

En 1994, l'Agency for Health Care Policy and Research [5] a classifié les obstacles à la gestion de la douleur en trois catégories : ceux liés au patient, aux soignants et au système. Si les connaissances et attitudes des infirmières¹ dans le domaine ont fait l'objet de nombreuses recherches, celles relatives aux autres obstacles sont plus rares. Une meilleure connaissance concernant les obstacles à la gestion de la douleur est importante pour améliorer les pratiques soignantes.

Cette étude [6] a pour but d'identifier les obstacles à la gestion de la douleur des patients hospitalisés en milieu de soins aigus perçus par les infirmières.

¹ Cette terminologie est utilisée à titre épique.

F. Teike Lüthi (✉)
Centre des formations, Bu21/04/234, centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV),
1011 Lausanne, Suisse
e-mail : Fabienne.Teike-luethi@chuv.ch

C. Gueniat
Haute École de santé Vaud (HESAV),
1011 Lausanne, Suisse

F. Nicolas · P. Thomas
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV),
1011 Lausanne, Suisse

A.-S. Ramelet
Institut universitaire de formation et de recherche
en soins (IUFRS), université de Lausanne,
1011 Lausanne, Suisse

Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée dans quatre services de soins aigus (médecine et chirurgie) d'un centre hospitalier universitaire (CHU) de Suisse romande. L'échantillon de convenance était constitué d'infirmières et d'infirmières-assistantes. Les critères d'inclusion étaient : être active dans les soins aux patients, avoir terminé le temps d'intégration de trois mois, parler et lire le français. Le seul critère d'exclusion était de faire partie du pool de remplacement de l'institution. Cent sept infirmières répondaient aux critères d'inclusion.

Recueil des données

Le questionnaire Nurses' Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices Tool (NPOP) [7] a été retenu en raison du large champ d'investigation offert par ses 40 énoncés traitant des trois catégories d'obstacles présentés précédemment. L'évaluation est réalisée sur une échelle de Likert en sept points mesurant l'interférence de l'obstacle avec la gestion de la douleur : 1 = n'interfère jamais, 7 = interfère toujours. La réponse « ne s'applique pas » = 0 a été ajoutée au questionnaire initial. Le NPOP a bénéficié d'une traduction et d'une adaptation culturelle selon une méthode standard [8], puis a été soumis à un pré-test auprès de 11 infirmières ne participant pas à l'étude.

La fidélité et la validité de la version française du NPOP ont été démontrées avec un ρ de Spearman allant de 0,34 à 0,79, sauf pour l'énoncé 40 ($\rho = 0,14$; $p > 0,05$) et une cohérence interne pour l'ensemble du questionnaire de 0,92.

En préambule à ce questionnaire, les infirmières ont complété des données démographiques. Après des séances d'information, les questionnaires ont été soumis par voie informatique anonymisée. Deux messages de relance automatique ont été envoyés aux jours 14 et 26. Le retour du questionnaire a été considéré comme consentement à participer à la recherche. Cette étude a été approuvée par la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain.

Analyses statistiques

À l'aide du programme STATA[®] 12, des statistiques descriptives ont été utilisées pour traiter les données. À travers une distribution de fréquence, les obstacles ont été classés par rangs de celui qui interfère le plus à celui qui interfère le moins. Les 24 premiers énoncés sont mis en évidence : ils représentent 80 % des obstacles perçus par les infirmières [3]. Les variables ont ensuite été dichotomisées en obstacles n'interférant pas avec la gestion de la douleur (entre 1 et 4), et interférant avec la gestion de la douleur (entre 5 et 7). Un test Anova de mesures répétées a été établi sur le score

moyen des obstacles afin de confirmer ou non l'hypothèse nulle d'égalité entre les trois dimensions. Enfin, des comparaisons entre les variables démographiques de l'échantillon et les obstacles perçus ont été réalisées afin d'identifier si certaines caractéristiques génèrent des valeurs plus grandes que d'autres.

Cadre théorique

Le cadre théorique The Communication Model of Pain de Schiavenato et Craig [9] a été retenu pour l'exploration et la compréhension de la problématique étudiée. Il permet une meilleure compréhension de la complexité qu'est la gestion de la douleur.

Résultats

La collecte des données a eu lieu du 31 octobre au 5 décembre 2012. Soixante-dix infirmières sur les 107 qui remplissaient les critères d'éligibilité ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 65,4 %) (Fig. 1). Les principales caractéristiques des infirmières ayant pris part à cette étude sont présentées dans le Tableau 1.

Les 40 obstacles ont été ordonnés en fonction du nombre d'infirmières les ayant identifiés comme interférant avec la gestion optimale de la douleur. Seuls les 24 premiers obstacles sont présentés (Tableau 2), vu qu'ils totalisent 81,2 % des obstacles à la gestion de la douleur. Les 12 premières questions, totalisant 52,9 % des obstacles totaux, ont été retenues comme nécessitant des actions prioritaires.

Les deux premiers obstacles ont été relevés par plus de la moitié des participants, respectivement 65,7 et 54,2 %. Les deux suivants le sont encore par plus de 30 % des infirmières. Entre 21,4 et 28,5 % des personnes interrogées nomment les 12 obstacles suivants (5 à 16) comme interférant dans leur pratique. Les obstacles arrivant entre la 17^e et la 24^e position ont été identifiés comme interférant dans la gestion de la douleur dans 18,4 à 14,49 % des cas.

Obstacles liés aux patients

L'obstacle qui arrive en tête de cette dimension touche la problématique de l'évaluation et particulièrement le remplissage des échelles de la douleur. Le deuxième est la réticence des patients à prendre des antalgiques par peur de devenir dépendant. Les cinq obstacles liés au patient venant ensuite concernent le manque de connaissances sur les antalgiques et les effets secondaires, les représentations du vécu de la douleur, la volonté de ne pas déranger les infirmières et le fait de ne pas avoir des propos cohérents entre deux évaluations ou de démontrer une dissonance entre l'expression verbale et non verbale de leur douleur. Dès la 14^e position

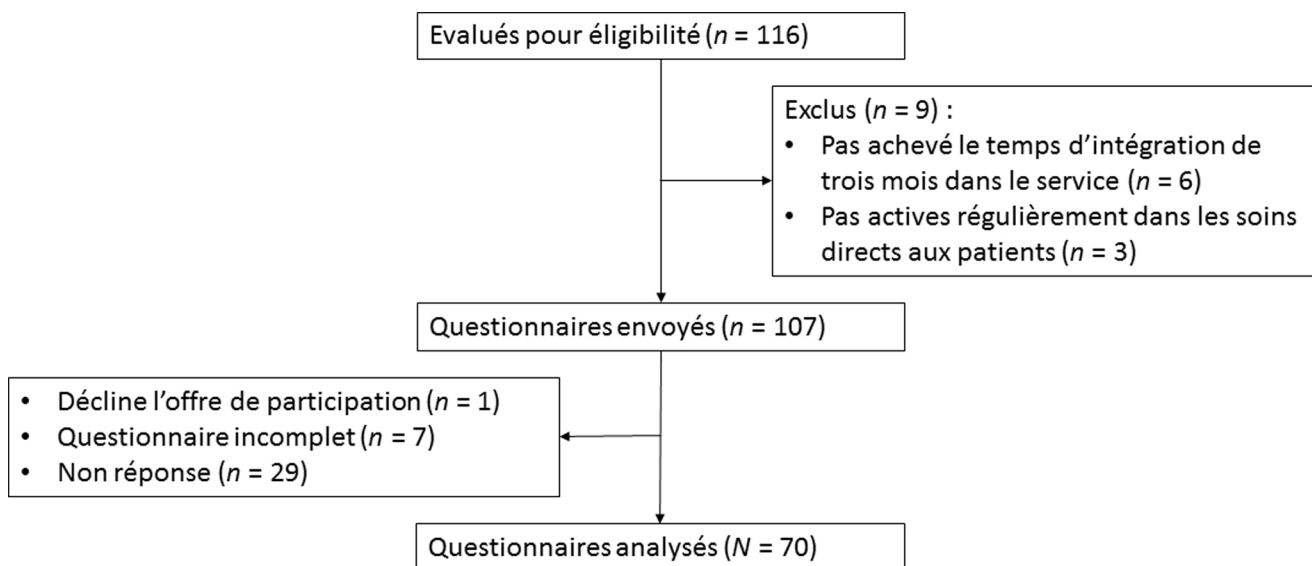


Fig. 1 Diagramme de recrutement

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques.		
n = 70		
Caractéristiques	n	%
Sexe		
Femme	56	80,0
Homme	14	20,0
Service		
A	46	65,7
B	7	10,0
C	7	10,0
D	10	14,3
Formation		
De base	58	82,9
Postdiplôme	8	11,4
Postgrade universitaire	4	5,7
Formation continue douleur		
Oui	27	38,6
Non	43	61,4
Date de la formation continue		
>1 an	7	25,9
1–2 ans	18	66,7
3–5 ans	2	7,4
	<i>Mdn</i>	<i>Min–max</i>
Âge	30	23–54
Taux d'activité	100	30–100
Nombre de mois de pratique		
Au total	54,5	10–396
Dans le service	36	4–312

apparaissent les obstacles générés par une difficulté à communiquer leur douleur et au fait que les patients rapportent plus fréquemment leur douleur au médecin qu'à l'infirmière.

Obstacles liés au système

Les trois obstacles de cette dimension qui émergent en premier lieu sont ceux se rapportant au manque de temps pour proposer des alternatives aux traitements pharmacologiques, aux peurs des médecins concernant les antalgiques appropriés pour les personnes atteintes de troubles cognitifs et au manque de temps que les infirmières peuvent passer avec le patient pour réaliser leur évaluation de la douleur. Les derniers obstacles liés au système abordent quant à eux le manque de temps que les infirmières ont pour réaliser de l'enseignement thérapeutique, les difficultés communicationnelles entre les infirmières et les médecins et le manque de connaissances sur la douleur de ces derniers.

Obstacles liés à l'infirmière

Le premier obstacle de cette dimension concerne, comme pour celle des patients, la problématique de l'évaluation, particulièrement la difficulté d'évaluer les patients atteints de troubles cognitifs. Le deuxième est le manque de temps pour offrir des approches non pharmacologiques soulageant la douleur. Les obstacles se rapportant au fait de ne pas bien connaître les patients, et donc leur vécu douloureux, et l'absence de rigueur dans la manière de documenter le suivi de la gestion de la douleur se situent entre la 11^e et la 12^e place. C'est dès la 17^e position que les obstacles de cette dimension apparaissent de manière plus significative et abordent

Tableau 2 Obstacles interférant avec la gestion de l'antalgie.			
<i>n</i> = 70			
Rang	Obstacle (énoncé du NPOP)	Dimension	<i>n</i> (%)
1	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause des troubles cognitifs	Infirmière	46 (65,71)
2	La difficulté des patients à remplir les échelles de douleur	Patient	38 (54,29)
3	Le manque de temps pour offrir des approches non pharmacologiques pour soulager la douleur	Système	29 (41,43)
4	La réticence des patients à prendre des antalgiques par peur de devenir dépendant	Patient	22 (31,43)
5	La volonté des patients à tolérer la douleur chronique	Patient	20 (28,57) ^a
5	Les patients ne voulant pas déranger les infirmières	Patient	20 (28,57) ^a
5	La réticence des médecins à prescrire un traitement adéquat pour soulager la douleur par peur de surdoser les patients atteints de démence ou de délirium	Système	20 (28,99) ^a
8	La difficulté de croire la douleur rapportée par les patients parce qu'ils sont incohérents d'une fois à l'autre, et que leurs propos ne correspondent pas à leur comportement non verbal	Patient	19 (27,14)
9	La réticence des patients à prendre des antalgiques à cause des effets secondaires	Patient	18 (25,71)
10	Ne pas savoir à combien la douleur est acceptable pour chaque patient	Infirmière	17 (24,29)
10	Ne pas connaître l'intensité de la douleur des patients à cause du manque de temps passé avec eux	Système	17 (24,29)
12	Les pratiques incohérentes autour des doses de réserve pour un patient	Infirmière	16 (23,19) ^a
12	La tendance à documenter seulement si le soulagement de la douleur n'est pas atteint ou si le patient refuse ses antalgiques	Infirmière	16 (22,86) ^a
14	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause de la barrière de la langue	Patient	15 (21,43)
14	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause des troubles de l'humeur	Infirmière	15 (21,43)
14	Le manque de temps pour l'enseignement thérapeutique des patients	Système	15 (21,43)
17	Les antipsychotiques sont envisagés avant les antalgiques chez les patients agités	Infirmière	13 (18,57)
18	Les patients rapportant leur douleur au médecin, mais pas à l'infirmière	Patient	12 (17,14)
18	La difficulté à évaluer la douleur chez les personnes à cause de problèmes sensoriels	Patient	12 (17,14)
20	Le manque de connaissance et d'expérience des médecins dans la prescription d'antalgiques	Système	11 (15,71) ^a
20	Évaluer la douleur de manière variable d'une fois à l'autre chez un même patient	Infirmière	11 (15,71) ^a
20	Être concentré sur l'administration de la médication prescrite d'office et ne pas vérifier ni proposer d'antalgique en réserve tant que le patient n'en demande pas	Infirmière	11 (15,94) ^a
23	La difficulté à contacter ou à communiquer avec les médecins pour discuter des traitements de la douleur des patients	Système	10 (14,29) ^a
24	La difficulté à contacter ou à communiquer avec les médecins pour parler des résultats des évaluations de la douleur des patients	Système	10 (14,49) ^a

^a Malgré un *n* similaire, le pourcentage varie, car il est calculé sur la base du nombre total de répondants à la question, celui-ci changeant en fonction des données « non applicables ».

différentes problématiques : des pratiques variables dans l'administration des réserves, le fait de donner en premier lieu un psychotrope à la place d'un antalgique chez les patients agités, le manque de standardisation dans les pratiques évaluatives ainsi que l'importance mise sur l'administration des traitements d'office tant que les patients ne se plaignent pas spontanément.

La médiane des scores moyens de la dimension patient est plus élevée que celles des dimensions infirmière et système, mais sans différence significative (Huynh-Feld epsilon = 0,96 ; $p < 0,001$; Greenhouse-Geisser epsilon = 0,93 ; $p < 0,001$). L'étendue (Q1-Q3) de la dimension patient est celle

qui est la plus ramassée des trois. Il peut encore être souligné qu'aucune valeur n'a atteint les scores minimal ou maximal (Fig. 2).

De manière générale, les différences de valeurs entre les caractéristiques démographiques ne sont pas significatives. Concernant l'ensemble du questionnaire, seule une différence entre les services a été identifiée comme statistiquement significative (Tableau 3). Chaque service a une moyenne des dimensions différente. Il y a donc une influence dans la perception des obstacles en fonction du lieu de pratique des infirmières, sans que cette variable puisse être expliquée par les données récoltées.

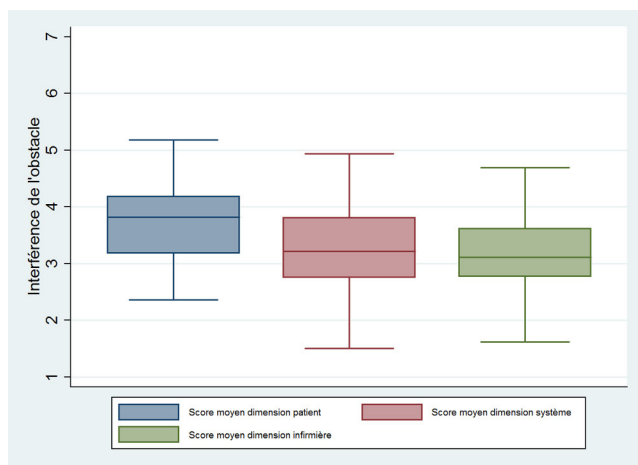


Fig. 2 Distribution des médianes des scores moyens des différentes dimensions et leurs étendues exprimées par les espaces interquartiles Q1 et Q3

Dimension	Service	n	M (ET)
Patient	A	46	3,6 (0,6)*
	B	7	3,8 (0,8)*
	C	7	4,2 (0,2)*
	D	10	3,8 (0,7)*
Système	A	46	3,0 (0,7)*
	B	7	3,5 (0,6)*
	C	7	3,5 (0,5)*
	D	10	3,7 (1,0)*
Infirmière	A	46	3,0 (0,6)**
	B	7	3,0 (0,6)**
	C	7	3,6 (0,5)**
	D	10	3,6 (0,9)**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Discussion

Obstacles liés au patient

La difficulté des patients à remplir les échelles de douleur relevée par 54 % des infirmières peut être influencée par des troubles cognitifs ou sensoriels, par le fait de parler une langue étrangère, mais aussi par une utilisation inappropriée des échelles à disposition. La méconnaissance des infirmières concernant les échelles les plus adaptées, leur sous-utilisation, le manque de temps passé auprès du patient pour connaître l'intensité de sa douleur ou pour réaliser de l'éducation thérapeutique peuvent être une cause de cet obstacle [10]. Pour offrir une prise en charge de la douleur fondée sur

les preuves, il est de la responsabilité des infirmières selon Herr et al. [11] de choisir l'échelle la plus appropriée pour permettre aux patients de verbaliser leur douleur.

Les obstacles liés aux peurs des traitements confirment les revues de la littérature d'Oldemenger et al. [12] et de Sinatra [13]. Comme ces craintes influencent négativement l'observance aux traitements antalgiques, il est essentiel que les infirmières puissent en tenir compte dans le processus d'évaluation de la douleur.

La volonté des patients de ne pas déranger les infirmières et de tolérer les douleurs s'inscrit dans leur vécu historique et personnel. Ce stoïcisme est aussi influencé par le contexte et l'attitude des infirmières plus ou moins réceptives à leur plainte. La difficulté de l'infirmière à croire la douleur rapportée par les patients illustre les difficultés à obtenir un consensus entre l'expression de la plainte et le processus d'évaluation et d'analyse de celle-ci [9].

Obstacles liés au système

Le troisième obstacle qui apparaît est le manque de temps pour offrir des approches non pharmacologiques afin de soulager la douleur. L'American Pain Society (APS) recommande l'utilisation de traitements non pharmacologiques pour une approche multimodale de la gestion de la douleur [14]. Il est donc légitime que les infirmières souhaitent développer des approches de soins complémentaires relevant de leur sphère autonome. Cependant, ce type d'approches non médicamenteuses nécessite du temps, une formation continue supplémentaire et une volonté institutionnelle pour les développer.

Les obstacles en lien avec le système identifiés par la suite concernent le manque de connaissances des médecins et la relation médecin-infirmière. Si l'évaluation de la douleur, la documentation, l'administration de l'antalgie prescrite et la transmission aux membres de l'équipe sont sous la responsabilité infirmière, les décisions dans le choix des traitements les plus appropriés reviennent aux médecins. Des connaissances insuffisantes, des craintes et représentations, tout comme une collaboration insatisfaisante avec les infirmières auront des conséquences délétères sur le confort du patient. Afin d'atteindre une gestion de la douleur de haute qualité, l'APS recommande une approche interdisciplinaire incluant une planification des soins en collaboration [14].

Obstacles liés à l'infirmière

La difficulté à évaluer la douleur chez les patients présentant des troubles cognitifs est l'obstacle le plus fréquemment identifié (65,7 %). Cet élément est congruent avec des recherches précédentes [15]. L'évaluation de la douleur chez la personne âgée est rendue complexe par les nombreuses comorbidités et les troubles sensoriels concomitants. Elle

l'est plus encore dans la population atteinte de démence. L'évaluation doit alors être plus fréquente et réalisée sur la base d'outils adaptés soigneusement sélectionnés, ce qui nécessite plus de temps [15,16].

Les obstacles suivants touchent essentiellement aux connaissances et attitudes des infirmières. Ils concernent tout d'abord l'évaluation, puis ce sont les connaissances pharmacologiques qui sont impliquées. La problématique de l'utilisation de réserves pour la gestion de l'antalgie mérite d'être soulevée. Ce mode de prescription est justifié pour favoriser une certaine flexibilité infirmière dans la gestion de la douleur. Il semble cependant que cette manière de gérer l'antalgie participe au sous-traitement des patients [17]. Ce mode d'administration n'est donc pas à promouvoir en première intention sans un traitement continu donné en parallèle ou sans que ces réserves soient gérées de manière autonome par le patient.

Bien que n'apparaissant pas dans les 24 premiers obstacles identifiés, le dernier obstacle traité ici est celui qui concerne la propre réticence des infirmières à donner des antalgiques par crainte de surdosage. Une seule infirmière a identifié cet obstacle. Cela est interpellant vu les résultats trouvés dans la littérature. Cela illustre la difficulté que représente l'autoévaluation de ses propres compétences ainsi que l'identification de ses représentations contraignantes.

Le manque d'influence du niveau de formation sur les connaissances ou sur une meilleure prise en charge de la douleur a déjà été constaté dans d'autres études [18,19]. Les résultats statistiques ne montrent pas une influence significative du niveau de formation sur la perception des obstacles à la gestion de la douleur. Ce constat est interpellant, puisque les formations postdiplômes ou postgrade universitaires devraient permettre de faire face à la complexité, et ainsi à une grande partie des obstacles investigués dans cette étude. Un bilan identique peut être réalisé concernant le fait d'avoir suivi une formation continue sur la douleur. Si les connaissances augmentent la plupart du temps à la fin d'une formation, le maintien de ce savoir à long terme est très variable [20].

Forces et limites de l'étude

Le choix du devis descriptif transversal est cohérent avec le but de la recherche. Il permet de décrire le phénomène d'intérêt et d'examiner des relations entre certaines variables. Cependant, ce devis ne permet pas d'établir une causalité, ni de généraliser les résultats, ce qui fragilise sa validité externe.

Malgré sa fragilité psychométrique initiale, le NPOP est adéquat avec le but de l'étude. Si la mesure de cohérence interne par l'alpha de Cronbach de sa version traduite peut être considérée comme excellente (0,92), des critiques peu-

vent être émises, en particulier les propriétés psychométriques de ce questionnaire qui sont encore insuffisantes et devraient être testées dans d'autres études.

Un biais lié à l'utilisation d'un questionnaire autoadministré comme seule méthode de recueil de données peut être signalé, car il ne permet d'obtenir qu'une seule perception de la réalité. Vu la complexité du phénomène de la douleur, croiser cette perception à une observation sur le terrain ou à des entretiens approfondis sur les thèmes émergents ou sous-identifiés pourrait enrichir la compréhension.

La taille de l'échantillon ($n = 70$) est proche de la taille estimée. Elle est adaptée au devis descriptif et permet la réalisation de tests statistiques standard. L'échantillon non probabiliste de convenance génère par contre un biais de sélection. Seules les infirmières les plus intéressées à la gestion de la douleur ont probablement répondu, ce qui ne rend pas l'échantillon tout à fait représentatif.

Recommandations

Pratique clinique

Cette étude invite les infirmières à dépasser l'évaluation quantitative de ce symptôme pour un décodage plus précis du vécu du patient. Pour ce faire, la création d'une boîte à outils contenant les instruments d'évaluation les plus adaptés à la population spécifique des services concernés est à encourager. Les obstacles liés au patient doivent absolument être identifiés et faire l'objet d'éducation thérapeutique précoce afin de renforcer l'*empowerment* des patients. Les institutions peuvent intensifier certaines actions telles que : développer des postes d'infirmières référentes douleur au sein des services, optimiser l'application des lignes directrices, créer des postes d'infirmières pratiquant des approches de soins complémentaires et développer du matériel formatif pour les patients.

Formation

Les résultats de cette étude invitent les formateurs à repenser les cours proposés dans les différents niveaux de formation. En effet, bien souvent les formations visent l'augmentation de la connaissance, ce qui n'est pas suffisant ; le développement de compétences est une priorité [15]. De manière générale, une approche travaillant sur les représentations des professionnels est une base indispensable à l'ensemble des formations sur la douleur, et ce, dès la formation de base (BScN). Concernant la formation continue, des ateliers d'analyse de la pratique et de simulation devraient être intégrés aux cours. La formation interprofessionnelle, incluant les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé, est une nécessité.

Conclusion

La gestion de la douleur est un processus qui subit de multiples influences. Les résultats de cette étude établissent que 24 obstacles interfèrent dans la gestion de la douleur. La majorité des obstacles qui interfèrent le plus concernent ceux qui sont liés au patient, ce qui confirme que la transaction patient–infirmière dans le processus d'évaluation est déterminante. Si les obstacles en lien avec l'infirmière sont perçus comme moins problématiques, ils démontrent malgré tout un manque de connaissances et représentent, de ce fait, un défi que l'institution et les centres de formation de base et post-graduée doivent pouvoir relever de manière créative.

Enfin, une prochaine étape cruciale pour l'amélioration de la gestion de la douleur au sein des institutions serait de faire de la douleur un résultat de santé sensible aux soins infirmiers (*nurse sensitive outcome*).

Remerciements Cette étude entre dans le cadre du programme master ès Science en sciences infirmières de l'Institut universitaire de formation et recherche en soins de Lausanne. L'auteure principale remercie la Fondation Pallium qui l'a soutenue pour la réalisation de ce master.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Gerbershagen K, Gerbershagen HJ, Lutz J, et al (2009) Pain prevalence and risk distribution among inpatient in a German teaching hospital. *Clin J Pain* 25:431–7
- Gianni W, Madaio RA, Di Cioccio L, et al (2010) Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. *Arch Gerontol Geriatr* 51:273–6
- Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G (2008) Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol* 19:1985–91
- Manias E, Bucknall T, Botti M (2005) Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Manag Nurs* 6:18–29
- Borneman T, Koczywas M, Sun V, et al (2011) Effectiveness of a clinical intervention to eliminate barriers to pain and fatigue management in oncology. *J Palliat Med* 14:197–205
- Teike Lüthi F (2013) Quels sont les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières ?, Université de Lausanne-HES-SO, Lausanne
- Coker E, Papaioannou A, Kaasalainen S, et al (2010) Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Appl Nurs Res* 23:139–46
- Wild D, Grove A, Martin M, et al (2005) Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health* 8:94–104
- Schiavenato M, Craig KD (2010) Pain assessment as a social transaction: beyond the "gold standard". *Clin J Pain* 26:667–76
- Chatterjee J (2012) Improving pain assessment for patients with cognitive impairment: development of a pain assessment toolkit. *Int J Palliat Nurs* 18:581–90
- Herr K (2010) Pain in the older adult: an imperative across all health care settings. *Pain Management Nursing* 11:S1–S10
- Oldenmenger WH, Sillevs Smitt PA, van Dooren S, et al (2009) A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: a critical appraisal. *Eur J Cancer* 45:1370–80
- Sinatra R (2010) Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Medicine* 11:1859–71
- Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, et al (2005) American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med* 165:1574–80
- Kerner Y, Plakht Y, Shiyovich A, Schlaeffer P (2013) Adherence to guidelines of pain assessment and intervention in internal medicine wards. *Pain Manag Nurs* 14:302–9
- Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, et al (2011) Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs* 12:230–50
- Gordon DB, Pellino TA, Higgins GA, et al (2008) Nurses' opinions on appropriate administration of PRN range opioid analgesic orders for acute pain. *Pain Manag Nurs* 9:131–40
- Gueniat C (2013) Les connaissances et attitudes des infirmières en lien avec la gestion de la douleur. Master thesis, université de Lausanne-HES-SO, Lausanne
- Lui LY, So WK, Fong DY (2008) Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units. *J Clin Nurs* 17:2014–21
- McNamara MC, Harmon D, Saunders J (2012) Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *Br J Nurs* 21:855–9