

ÉTUDE DE RECHERCHE

# Les éléments du personnel infirmier qui influencent la prise en charge de la douleur dans les services d'urgence : Les aspects quantitatifs et qualitatifs comptent

Jonah Swen, B.Sc., I.A., ACCN (étudiant) et Heather McLellan, MEd, B.Sc., I.A., CEN, CFRN

## Citation

Lee, Hong, H., Choi, M., & Yoon, J. Y. (2021). Nursing staff factors influencing pain management in the emergency department: Both quantity and quality matter. *International Emergency Nursing*, 58, 101034 <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101034>

## Contexte

La douleur est un état multidimensionnel et complexe influencé par des facteurs physiques, psychologiques, culturels et sociodémographiques (Pierik et coll., 2017). Tenter de résumer l'expérience de la douleur en une seule valeur numérique mine la double nature de la douleur (étant à la fois une indication et un symptôme d'origine physique et psychologique possible). L'approche médicale se focalise principalement sur la physiologie et la pathophysiologie dans la recherche d'une source de douleur et peut négliger d'autres facteurs qui y contribuent. La dichotomie cartésienne corps-esprit de la douleur suppose que la douleur est d'origine physique ou psychologique, mutuellement exclusive l'une de l'autre; pourquoi la douleur est perçue et exprimée de manière individuelle (Stilwell et Harman, 2019). Par ailleurs, les soins infirmiers sont plus fluides que le modèle de soins médicaux; faute de diagnostics concluants, les infirmières utilisent leur expérience pour effectuer d'autres évaluations et diagnostics et contribuer à modifier les interventions (Donnelly et coll., 2019). Pour améliorer efficacement les résultats de la gestion de la douleur, il convient d'adopter une approche multidisciplinaire en utilisant des outils multifactoriels d'évaluation de la douleur (Pierik et coll., 2017). Parmi les exemples d'outils qui dépassent les limites des échelles d'évaluation numériques, citons l'outil d'évaluation de la douleur CAPA (Clinically Aligned Pain Assessment) qui permet une évaluation complète de la douleur et favorise l'élaboration de plans de traitement plus efficace (Vitulo, 2020). Les outils destinés aux patients atteints de démence peuvent

comprendre la Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) ou le Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) pour l'évaluation de la douleur non verbale (Smith, 2005). L'une des principales initiatives en matière de gestion de la douleur exige que les dossiers médicaux intègrent des outils d'évaluation de la douleur qui sont examinés et révisés en permanence afin de refléter l'état dynamique du patient.

## Objet de l'étude

L'objectif de cette étude était d'évaluer les éléments infirmiers liés à l'administration d'analgésiques et à la réévaluation de la douleur.

## Orientation et méthodologie de la recherche

Les auteurs ont utilisé une approche rétrospective de type corrélationnelle pour explorer leur sujet de recherche. Une fois l'approbation éthique obtenue, ils ont recueilli des informations démographiques et des données sur les soins aux patients à partir de diverses sources, dont leur entrepôt de données cliniques, les dossiers des médecins et des infirmières, ainsi que des informations démographiques générales sur les infirmières, comme le nombre d'années d'expérience et les rapports infirmières-patients. Parmi les autres facteurs étudiés, on trouve le délai entre la requête et l'administration de l'analgésique (TTA), le fait que la réévaluation ait eu lieu ou non après l'administration de l'analgésique et, dans l'affirmative, le temps qu'elle a pris. Les données ont été classées et codées puis analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les données démographiques ont été résumées au moyen de statistiques descriptives. Le délai d'administration a été évalué par une transformation logarithmique puis un modèle linéaire mixte. Les erreurs de type I ont été contrôlées à l'aide de la méthode de correction de Bonferroni, une méthode statistique pour les comparaisons multiples.

## Cadre et échantillon

Cette étude a été menée dans un service d'urgence tertiaire en Corée. Les auteurs ont employé un échantillon de convenance. Parmi les critères d'inclusion figuraient les adultes (âgés de 18 ans et plus) qui se sont présentés aux urgences pendant la période d'étude pour des douleurs abdominales de 4/10 ou plus et qui ont reçu une analgésie.

## Constats

Des plus de 52 000 patients qui se sont rendus aux urgences pendant la période d'étude, 1 428 ont été inclus dans l'analyse, car ils répondaient aux critères d'inclusion et disposaient d'une documentation complète. L'âge moyen des participants était d'un peu plus de 57 ans, avec une représentation égale des hommes et des femmes. La grande majorité d'entre eux avaient un score de triage de « 3/5 » sur l'échelle coréenne de gravité du triage (89,4 %) et ont indiqué que leur score de douleur se situait entre 4 et 7 (87,8 %). La période médiane entre l'ordonnance de l'analgésique et son administration était de 16 minutes. Seuls 55 % des patients ont été réévalués après avoir reçu un analgésique. Le rapport infirmière/patient a été noté comme le facteur le plus significatif du délai d'administration de l'analgésique, tandis que l'expérience des infirmières était plus étroitement associée au niveau d'expérience des infirmières. Le score KTAS légèrement plus élevé et des signes vitaux anormaux à la présentation sont d'autres facteurs corrélés à la réévaluation.

## Analyse

La gestion de la douleur aux urgences peut s'avérer une intervention complexe pour les professionnels de la santé, car il faut tenter de contrebalancer rapidement la détresse émotionnelle et physique des patients et leurs comorbidités tout en prodiguant des soins à d'autres patients en parallèle. Les auteurs ont supposé une association positive considérable sur le plan statistique entre le rapport infirmière-patient et le délai d'administration de l'analgésique ; toutefois, ce même rapport n'était pas influencé par l'expérience de l'infirmière aux urgences. Ils soulignent également que le rapport infirmière-patient n'incite guère à réévaluer le patient, bien que les infirmières ayant une plus grande expérience des urgences aient été plus disposées à le faire. Selon Lee et coll. (2018), 55 % des patients ont été réévalués après avoir reçu une analgésie, et seulement 24,6 % de tous les patients ont été réévalués en moins d'une heure. Cela révèle des lacunes importantes dans la prise en charge des patients. Les patients réévalués après une heure avaient tendance à être plus âgés, à avoir une cote ÉEN (échelle d'évaluation numérique) plus sévère et à présenter plus de signes vitaux en dehors des paramètres normaux. Les auteurs ont découvert par hasard un lien entre les types d'analgésiques (opioïdes et non opioïdes) et le temps d'administration de l'analgésique, les non-opioïdes étant plus longs à administrer.

Le fait que les auteurs aient abordé une question ciblée et qu'ils aient fait preuve de diligence quant aux critères d'inclusion et aux méthodes de collecte des données constitue l'un des points forts de cet article. Le temps consacré à l'analgésie et les trois groupes de réévaluation concernant des facteurs infirmiers définis ont donné à cette étude une méthode uniforme de collecte

des données et ont réduit les risques de biais. Pour répondre à la question, les auteurs ont utilisé une méthode appropriée en évaluant rétrospectivement des ensembles de données afin de générer un aperçu quantitatif de la question des facteurs du personnel infirmier qui influencent la gestion de la douleur.

Comme précisé ci-dessus, les auteurs ont recueilli des données à partir de plusieurs sources de dossiers médicaux, en se servant d'intervalles prédéterminés avec une ÉEN de la douleur, de manière rétrospective. Cela a permis aux auteurs d'identifier les lacunes dans la gestion de la douleur, sans manipuler les variables. Cette évaluation leur a également permis d'établir une corrélation entre leurs résultats et les facteurs liés aux soins infirmiers qui, selon eux, influent sur les intervalles de temps. Selon une solide analyse documentaire des normes de pratiques exemplaires en matière de délai d'analgésie aux urgences, effectuée par Hatherley, Jennings et Cross (2016), les intervalles de référence et l'ÉEN utilisés pour la normalisation des soins sont semblables partout dans le monde. Une mesure normalisée permet d'assurer une uniformité entre les recherches de même nature et renforce la validité et l'applicabilité des preuves dans la pratique.

Comme le soulignent les auteurs, la constatation de l'augmentation du délai entre la requête et l'administration initiale d'analgésiques associée à l'augmentation du rapport infirmière-patient est cohérente dans la documentation. Une charge de travail accrue et une dotation en personnel insuffisante réduisent le temps que le personnel infirmier peut consacrer à chaque patient, ce qui est directement associé à une gestion inadéquate de la douleur, à l'absence de documentation des évaluations de la douleur et à la prolongation de la durée du séjour aux urgences (Varndell et coll., 2019 ; Hughes et coll., 2021).

En se servant d'une ÉEN semblable pour les intervalles de douleur et d'évaluation afin de suivre les points de données de manière rétrospective, Hughes et coll. (2021) ont constaté que plus de 60 % des patients ayant reçu une analgésie aux urgences n'avaient pas de scores inscrits dans leur dossier, ce qui entraîne une certaine incohérence avec les résultats réels. En outre, au moment de la documentation de la douleur, il y a peu de temps et d'espace pour décrire efficacement tous les éléments multifactoriels de la douleur mentionnés ci-dessus, ce qui nuit aux soins du patient (Hughes et coll., 2021 ; Sampson, O'Cathain et Goodcare, 2019).

Le risque d'une collecte incomplète des données est l'une des limites de cette étude, car il est intrinsèquement plus répandu dans le cadre d'une étude rétrospective (Hatherley, Jennings et Cross, 2016). La gestion efficace de la douleur aux urgences nécessite une approche individuelle qui ne peut être entièrement saisie dans le dossier médical électronique et analysée de manière adéquate par une analyse rétrospective.

L'affirmation de l'auteur qui prétend que « les infirmières ayant plus d'expérience aux urgences étaient plus susceptibles de réévaluer la douleur du patient » [Trad.Libre], fondée sur des points de données objectives, pourrait être mieux expliquée par le fait que les infirmières ayant plus d'expérience aux urgences ont une base plus large dans la capacité de gérer efficacement

l'évaluation, les diagnostics et les interventions, et que les intervalles entre les réévaluations en sont la preuve.

Le fait de devoir attribuer une valeur numérique à un état complexe évalué en fonction de certains paramètres qui ne prennent en compte que des points de données objectives constitue un obstacle important à la traduction des conclusions de Lee et coll. (2021) pour en faire des pratiques qui apporteront des changements efficaces; l'objectivité est considérée comme un préjugé dans la documentation sur les soins infirmiers (Vuille et coll., 2018). Les entraves sont évidentes quant au manque de connaissances du personnel infirmier des urgences concernant la complexité de la douleur, ce qui entraîne la stigmatisation des patients qui reviennent fréquemment aux urgences. Il y a un cycle de gestion inappropriée de la douleur et de récidive qui fait que les patients se sentent souvent invalidés et sont étiquetés comme des patients dépendants (Martorella et coll., 2019; Kahsay et Pitkajarvi, 2019; Shoqirat et coll., 2019; Brant et coll., 2016). Enfin, le fait de reconnaître la douleur comme un cinquième signe vital, sans tenir compte des autres facteurs concomitants, a accru la pression exercée sur les prestataires de soins de santé pour qu'ils prescrivent des opioïdes antidouleur afin d'éviter les allégations de faute professionnelle, ce qui a directement contribué à la crise actuelle des opioïdes. Cette crise est le résultat d'évaluations incorrectes de la douleur, de la prescription d'analgésiques qui ne reflètent pas les besoins du patient et de l'insatisfaction subséquente des patients à l'égard des soins qu'ils reçoivent (Scher, van Cleave et Reid, 2018).

À l'avenir, les recherches sur la prise en charge de la douleur tireraient profit de l'ajout d'algorithmes de recherche booléenne et d'apprentissage automatique dans les dossiers médicaux électroniques. Ceux-ci permettraient d'extrapoler et d'analyser les notes cliniques au-delà des points de données objectifs afin de fournir une évaluation plus complète des résultats de la gestion de la douleur (Fodeh et coll., 2017). Il est fondamental, pour rationaliser une maladie complexe dans un environnement où le temps est compté, d'élaborer des questionnaires complets d'évaluation de la douleur, sous forme papier et électronique, mis à la disposition des patients avant leur visite aux urgences. Scher et coll. (2018) ont constaté qu'un questionnaire à caractère multifactoriel fourni aux patients permettait d'identifier les différents facteurs contribuant à l'ÉEN de douleur du patient.

Cette recherche fait état de lacunes préoccupantes dans la gestion

de la douleur aux urgences; toutefois, ces conclusions doivent être appliquées avec prudence au milieu clinique. Le personnel infirmier des urgences doit affronter des circonstances en constante évolution dans un environnement au rythme rapide et ne peut pas consacrer plus de temps aux complexités de la gestion de la douleur.

## Conclusions importantes

- En réorientant l'évaluation de la douleur d'un symptôme vers un signe sous-jacent, les infirmières d'urgence seraient encouragées à diriger d'autres évaluations, diagnostics et interventions, contribuant ainsi au processus de diagnostic de manière active et dynamique.
- Lorsque le personnel infirmier d'urgence a plus de contrôle sur la prestation des soins, les soins peuvent être davantage axés sur la collaboration et le patient
- Les questionnaires plurifactoriels présentent une fiabilité, une validité et une réceptivité solides chez les patients souffrant de douleur. Ils sont par ailleurs simples à utiliser en pratique clinique et offrent un aperçu plus complet que l'ÉEN de l'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient (Scher et coll., 2018).

## Les auteurs

*Au cours des 12 dernières années, Jonah Swen a travaillé comme ambulancier paramédical de soins avancés, de soins intensifs et de vol dans des milieux urbains et ruraux en Alberta et au Moyen-Orient. Au cours de la dernière année, Jonah a commencé à travailler à temps plein à titre d'infirmier autorisé au service des urgences de la Rockyview General Hospital, tout en continuant à travailler comme ambulancier paramédical et en entreprenant des études supérieures en soins infirmiers intensifs à la Mount Royal University. Il s'intéresse principalement aux soins intensifs et à la médecine d'urgence, et souhaite devenir éducateur.*

*Heather McLellan est infirmière d'urgence en soins intensifs, spécialisée en transport depuis plus de 40 ans. Elle travaille actuellement comme professeure agrégée dans le cadre du programme d'études avancées en soins infirmiers intensifs (ACCN) de l'Université Mount Royal et comme infirmière clinique au chevet des patients au service des urgences pour Alberta Health Services. Ses recherches portent notamment sur l'hypothermie dans les transports et sur l'enseignement et l'apprentissage des soins infirmiers dans les domaines de pratique de gravité élevée.*

## Références

- Brant, J. M., Mobr, C., Coombs, N. C., Finn, S., & Wilmarth, E. (2016). Nurses' knowledge and attitudes about pain personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain Management Nursing, 18*(4), 214–223. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.003>
- Donnelly, F., Feo, R., Jangland, E., & Athlin, A. M. (2019). The management of patients with acute abdominal pain in the emergency department: A qualitative study of nurse perceptions. *Australasian Emergency Care, 22*, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.04.002>
- Fodeh, S. J., Finch, D., Bouayad, L., Luther, S. L., Ling, H., Kerns, R. D., & Brandt, C. (2018). Classifying clinical notes with pain assessment using machine learning. *Medical & Biological Engineering & Computing, 56*, 1285–1292. <https://doi.org/10.1007/s11517-017-1772-1>
- Hatherley, C., Jennings, N., & Cross, R. (2016). Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department: A literature review. *Australasian Emergency Nursing Journal, 19*, 26–36. <https://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2015.11.001>
- Hughes, J. A., Chiu, J., Hills, A., Allwood, B., & Chu, K. (2021). The documentation of pain intensity and its influences on care in the emergency department. *International Emergency Nursing, 57*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101015>

- Kahsay, D. T., & Pitkajarvi, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain management in resource-limited settings: Cross-sectional study. *BioMed Central Nursing*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>
- Lee, S.R., Hong, H., Choi, M., & Yoon, J.Y. (2021). Nursing staff factors influencing pain management in the emergency department: Both quantity and quality matter. *International Emergency Nursing*, 58, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101034>
- Martorella, G., Kostic, M., Lacasse, A., Schluk, G., & Abbott, L. (2019). Knowledge, beliefs, and attitudes of emergency nurses toward people with chronic pain. *SAGE Open Nursing*, 5, 1–10. <https://doi.org/10.1177/2377960819871805>
- Pierik, J. G., Ijzerman, M. J., Gaakeer, M. I., Vollenbroek-Hutten, M., & Doggen, C. J. (2017). Painful discrimination in the emergency department: Risk factors for underassessment of patients' pain by nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 43(3), 228–238. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2016.10.007>
- Sampson, F. C., O' Cathain, A., & Goodcare, S. (2019). How can pain management in the emergency department be improved? Findings from multiple case study analysis of pain management in three UK emergency departments. *Emergency Medical Journal*, 37, 85–94. <http://dx.doi.org/10.1136/emermed-2019-208994>
- Scher, C., Meador, L., Van Cleave, J. H., & Reid, C. (2018). Moving beyond pain as the fifth vital sign and patient satisfaction scores to improve pain care in the 21st century. *American Society for Pain Management Nursing*, 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.010>
- Shoqirat, N., Mahasneh, D., Singh, C., AL-Sagarat, A. Y., & Habashneh, S. (2019). Barriers to nursing pain management in the emergency department: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/ijn.12760>
- Smith, M. (2005). Pain Assessment in Nonverbal Older Adults with Advanced Dementia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(3), 99–113. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2005.00021.x>
- Stilwell, P., & Harman, K. An enactive approach to pain: Beyond the biopsychosocial model. *Phenom Cogn Sci*, 18, 637–665 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11097-019-09624-7>.
- Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2019). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2352–2362. <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>
- Vitullo, M., Holloway, D., Tellson, A., Nguyen, H., Estimon, K., Linthicum, J., Viejo, H., Coffee, A., & Huddleston, P. (2020). Surgical patients' and registered nurses' satisfaction and perception of using the Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA©) Tool for pain assessment. *Journal of Vascular Nursing*, 38(3), 118–131. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.07.001>
- Vuille, M., Foerster, M., Foucault, E., & Hugli, O. (2018). Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 669–676. <https://doi.org/10.1111/jocn.13992>

---

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at [www.CJEN.ca](http://www.CJEN.ca)

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.