

PROCESSUS D'IMPLANTATION D'UNE ÉCHELLE D'ÉVALUATION
DE LA DOULEUR POUR LES PATIENTS CÉRÉBROLÉSÉS :
DESCRIPTION D'UN PROJET DE CHANGEMENT DE PRATIQUE
CLINIQUE BASÉ SUR LE MODÈLE INTÉGRÉ DE LA CONSULTATION
Véronique de Goumoëns, François Décaillet, Amélia Didier, Chantal Montreuil, Karin
Diserens, Anne-Sylvie Ramelet

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins
infirmiers »

2017/1 N° 128 | pages 79 à 91

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2017-1-page-79.htm>

Pour citer cet article :

Véronique de Goumoëns *et al.*, « Processus d'implantation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients cérébrolésés : description d'un projet de changement de pratique clinique basé sur le Modèle Intégré de la Consultation », *Recherche en soins infirmiers* 2017/1 (N° 128), p. 79-91.
DOI 10.3917/rsi.128.0079

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

VARIATION

Processus d'implantation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients cérébrolésés : description d'un projet de changement de pratique clinique basé sur le Modèle Intégré de la Consultation

Process for implementing a pain assessment scale for patients with brain injuries : description of a project methodology based on the Integrated Model of Consultation

Véronique DE GOUMOËNS

Maître d'enseignement HES, Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Lausanne, Vaud Suisse

François DÉCAILLET

Infirmier Cadre, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

Amélia DIDIER

Maître d'enseignement HES, Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Lausanne, Suisse

Chantal MONTREUIL

Infirmière, Chargée de cours, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS), Lausanne, Suisse

Karin DISERENS

Médecin adjointe, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

Anne-Sylvie RAMELET

Professeure ordinaire, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS), Lausanne, Suisse

Remerciements

Les auteurs remercient et félicitent l'ensemble de l'équipe soignante du service de neurochirurgie, l'équipe des cadres et le GT pour la réalisation de ce projet.

Les auteurs remercient l'Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins de Lausanne sans qui la réalisation de ce projet n'aurait pas pu se faire, ainsi que Mme la Professeur Odette Doyon pour son soutien académique.

Les auteurs remercient Mme Tania Blanc pour son implication dans ce projet.

Pour citer l'article :

De Goumoëns V, Décaillet F, Didier A, Montreuil C, Diserens K, Ramelet AS, et al. Processus d'implantation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients cérébrolésés : description d'un projet de changement de pratique clinique basé sur le Modèle Intégré de la Consultation. Rech Soins Infirm. 2017 Mar;(128):79-91.

Adresse de correspondance :

Véronique de Goumoëns : veronique.degoumoens@hesav.ch

RÉSUMÉ

Contexte : dans un service de neurochirurgie, des infirmières ont sélectionné l'échelle Critical Pain Observation Tool (CPOT) pour évaluer la douleur des patients cérébrolésés. Quelques mois après l'implantation, les cadres infirmiers constataient une sous-utilisation de l'échelle.

But : soutenir l'équipe de soins pour surmonter les écueils rencontrés lors de l'implantation de l'échelle CPOT.

Méthode : le Modèle de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud a été sélectionné. En plus d'une recherche documentaire, un questionnaire auto-administré et trois guides-entretien ont permis de recueillir la perspective des soignants.

Résultats : les écueils rencontrés se situaient au niveau de la collaboration interprofessionnelle, de l'échelle CPOT et du processus initial d'implantation. L'amélioration de la collaboration interprofessionnelle et l'adaptation de l'échelle CPOT pour des patients cérébrolésés ont été les priorités d'actions retenues.

Discussion : une méthodologie rigoureuse, la reconnaissance mutuelle des compétences cliniques et l'établissement d'une relation de confiance sont des conditions *sine qua non* de la réussite de tout changement de pratique clinique.

Conclusion : le modèle utilisé est une méthodologie de choix pour l'intégration des données probantes et les préférences de tous les acteurs à chaque étape du processus, conduisant à des choix éclairés et à l'établissement de priorités d'action pour une implantation réussie du CPOT.

Mots clés : pratique factuelle, douleur, lésion cérébrale, méthodologie de l'intervention, pilotage du changement, approche systémique.

ABSTRACT

Background : in a neurosurgery unit, nurses selected the Critical Pain Observation Tool (CPOT) based on evidence to assess pain in brain-injured patients. However, months after implementation, nursing managers have observed an underutilization.

Objectives : support a care team to overcome the pitfalls encountered during the implementation of the CPOT scale for brain-injured patients in neurosurgery unit.

Methods : the Lescarbeau, Payette and St-Arnaud's Integrated Model of Consultation was selected. In addition to a scientific literature review, self-administered questionnaire and three interview guides were developed to gather the views of caregivers.

Results : the process allowed to identify pitfalls at level of interprofessional collaboration CPOT scale and implementation processes. Improving interprofessional collaboration and adaptation of CPOT scale for brain-injured patients were withholding action priorities.

Discussion : a rigorous methodology, the mutual recognition of clinical skills and the development of relationship of trust are prerequisites for the success of clinical innovation.

Conclusion : the Integrated Intervention Model is a methodology of choice allowing to take into consideration both evidence and preferences of all actors at every step of the process led to informed choices and priorities setting for a successful implementation

Key words : evidence-based practice, pain, brain injuries, project methodology, change, systemic approach.

INTRODUCTION

Les patients admis dans un service de neurochirurgie peuvent être atteints de troubles cognitifs, secondaires à des lésions cérébrales, tels que des déficits au niveau du langage, du comportement, de la perception du corps et du monde environnant. Ces patients présentent également de grandes difficultés à exprimer leur douleur. Ainsi, la gestion de la douleur pour ces patients incapables de communiquer devient un véritable défi pour les infirmières¹.

En 2012, une première réflexion menée par une infirmière du service de neurochirurgie dans lequel s'est déroulé ce projet, avait permis de mettre en évidence que la gestion de la douleur chez les patients non-communicants était vécue comme insatisfaisante par les infirmières : elles estimaient que les patients n'étaient pas soulagés de façon adéquate. Un questionnaire avait révélé que les 16 infirmières interrogées utilisaient plus de 60 indicateurs subjectifs différents, comme l'expression du visage, les paramètres vitaux, l'agitation, les mouvements corporels et les vocalisations pour évaluer la douleur de ces patients. En plus de leur difficulté à l'évaluer, les infirmières exprimaient des difficultés à argumenter les résultats de leur évaluation de la douleur auprès des

¹ L'usage du féminin inclut le genre masculin

Processus d'implantation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients cérébrolésés : description d'un projet de changement de pratique clinique basé sur le Modèle Intégré de la Consultation

médecins, faute de repères objectifs. De leur côté, les médecins interrogés lors de cette première réflexion se disaient soucieux de ne pas masquer une dégradation de l'état neurologique chez les patients non-communicants. Ainsi, ils restaient prudents quant aux prescriptions d'antalgiques, la priorité étant de garantir une évolution neurologique optimale du patient. Cette situation engendrait des tensions entre l'équipe infirmière et médicale et un sentiment de non-reconnaissance de la part du personnel infirmier. Enfin, plus de 80 % des professionnels interrogés étaient favorables à l'introduction d'un outil d'évaluation commun à tous. C'est pourquoi l'équipe des cadres infirmiers a estimé qu'il était nécessaire de réfléchir à l'amélioration de l'évaluation de la douleur pour ces patients. S'appuyant sur des données fondées sur des résultats probants, l'équipe a implanté une échelle comportementale d'évaluation de la douleur, le *Critical Pain Observation Tool* (CROT) (1). Pourtant, quelques mois après l'introduction du CROT, l'équipe des cadres constatait sa sous-utilisation. Afin de comprendre les difficultés qui limitaient l'utilisation systématique de l'échelle CROT par les soignants du service et d'accompagner le changement, l'équipe des cadres a fait appel à une équipe de trois infirmières consultantes. Le projet présenté dans cet article a donc démarré par les questions suivantes : quels sont les écueils à l'implantation d'un outil nouvel outil d'évaluation de la douleur ? Quelles sont les pratiques d'accompagnement nécessaire pour faciliter le changement de pratiques ? Les écueils rencontrés sont illustrés ici, tout comme les solutions qui ont été choisies afin de les surmonter et de parvenir à une utilisation systématique et rigoureuse de cet outil d'évaluation.

CADRE THÉORIQUE

L'*International Association for the Study Pain* a défini la douleur en 1979 comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire actuel ou potentiel » (2). Cette définition décrit la douleur comme subjective, donc identifiable uniquement par la personne qui la ressent. L'intégration de l'évaluation de la douleur dans la pratique quotidienne des infirmières doit être systématique : l'absence d'évaluation ou une sous-évaluation a des conséquences physiologiques et psychologiques graves. En effet, la douleur aiguë peut conduire à un stress intense sur l'organisme, une diminution des réponses du système immunitaire, une aggravation des lésions cérébrales et une détresse psychologique ou un stress post-traumatique (3). Elle peut aussi se chroniciser et ainsi devenir plus difficile à pallier (4). Sous l'influence de l'*American Pain Society* en 1996, la douleur est devenue le cinquième signe vital (5) et son soulagement constitue un droit fondamental (6). Les recommandations de bonnes pratiques encouragent l'auto-évaluation, réalisable avec par exemple l'échelle visuelle analogique (EVA), pour les personnes communicantes (2). Les patients non-communicants comme les patients intubés ou ceux

présentant des troubles cognitifs ou de la conscience sont incapables de communiquer verbalement leur douleur, ce qui représente un défi majeur pour les soignants (7) et un risque de sous-évaluation pour le patient. Une évaluation systématique de la douleur par un tiers tend à améliorer la documentation, la prise de décision et les résultats pour ces patients (8).

MÉTHODOLOGIE : MODÈLE D'INTERVENTION INTÉGRÉE

Le Modèle Intégré de la Consultation de Lescarbeau, Payette et Saint-Arnaud (2003) (9) a été choisi pour conduire ce projet car il présente un intérêt particulier lorsqu'un changement clinique a déjà été amorcé et que des obstacles freinent son implantation pérenne (9). Ce modèle est inspiré par les travaux de Kurt Lewin (1940), de Gordon et Ronald Lippitt (1978), ainsi que de Chris Argyris et Donald Schön (1974). Il se réfère donc à des principes venant de la psychologie, de la gestion et de l'intervention communautaire. Ce modèle est destiné à des consultants sollicités pour mener des projets de changement de pratique. Il permet d'appréhender un changement vers des pratiques basées sur les preuves, en tenant compte de la complexité des relations entre tous les actants humains (en l'occurrence les infirmières, les médecins, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes) et non humains (pour ce projet il s'agit des documents, des procédures, des protocoles en vigueur, des données probantes, etc.). En effet, les principes théoriques systémiques qui sous-tendent le modèle (9) suggèrent que les écueils observés en cours de l'implantation d'un changement planifié ne sauraient être attribués à un seul facteur. Ainsi, ce modèle ne vise pas l'identification d'un « coupable », mais davantage sur la recherche, avec tous les acteurs, de la meilleure voie pour cheminer d'une situation initiale, avec son lot d'insatisfactions, vers des pistes de solutions permettant d'accéder à la situation souhaitée.

De plus, ce modèle d'intervention accorde une importance égale à la composante méthodologique incluant six étapes : l'entrée, l'entente, l'orientation, la planification, la réalisation, et enfin la terminaison (figure 1) et à la composante relationnelle formée par des activités centrées sur la coopération, la mobilisation du milieu, le partage du pouvoir et l'alignement des intérêts des acteurs en présence. Le processus met l'accent sur l'importance d'intégrer l'ensemble des acteurs du contexte (système-client²), leurs relations et leurs interactions tout au long du processus. Ils invitent les consultants à se soucier d'aligner des intérêts parfois divergents des acteurs concernés ; à partager le pouvoir en considérant que l'ensemble du personnel soignant est expert dans son domaine ; et à créer

² Signifié par le client dans la suite du texte.

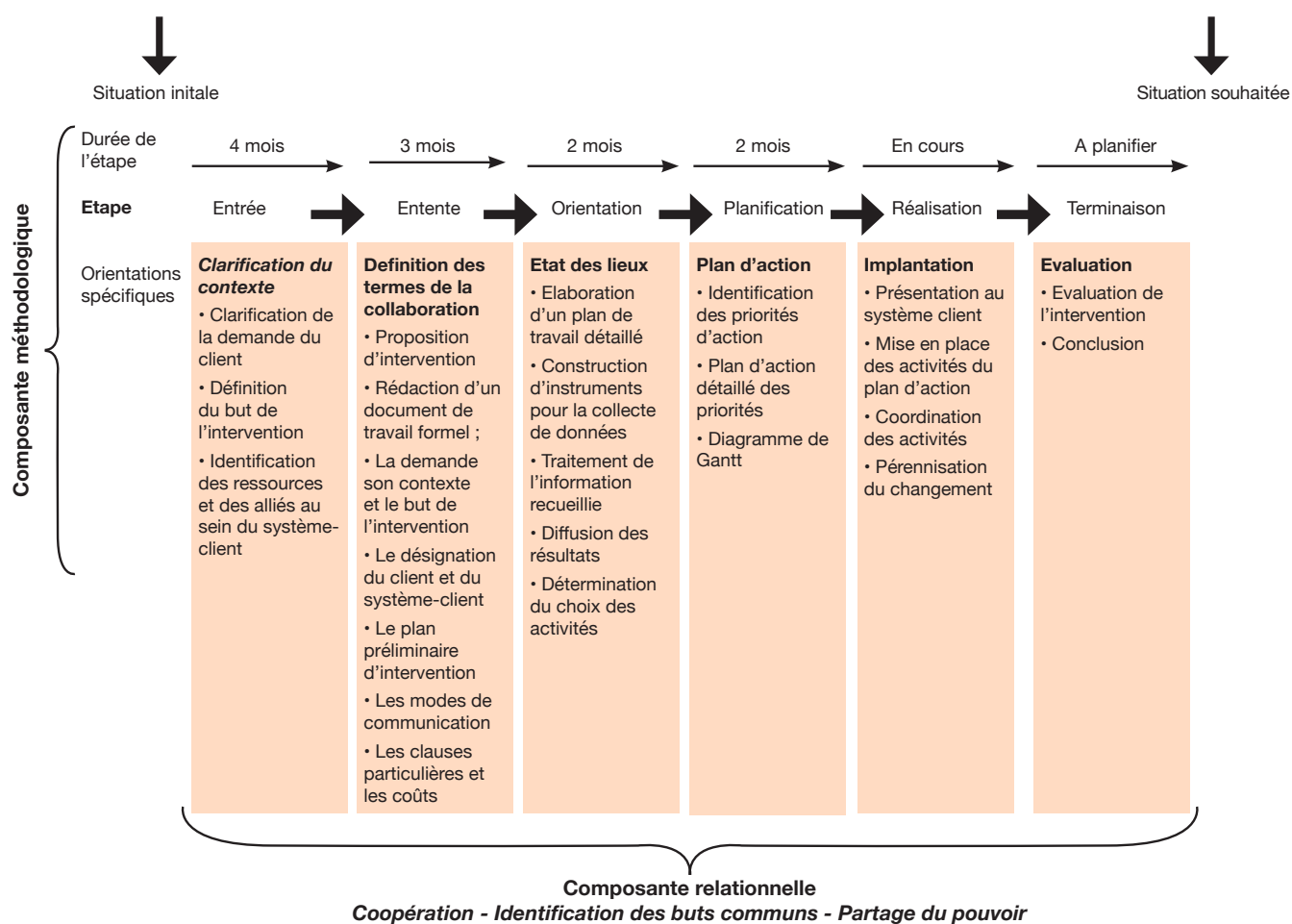


Figure 1 :
Modélisation du processus d'intervention selon le Modèle Intégré de la Consultation de Lescarbeau et al. (2003) pour le projet clinique d'implantation de l'échelle CPOT

un mouvement de mobilisation et de coopération entre les acteurs eux-mêmes afin d'assurer la pérennité du projet. Enfin, ce modèle intégrant les travaux de Schön et Argyris (10) sur la pratique réflexive propose de mobiliser des outils méthodologiques (par exemple des instruments de contrôle de son propre travail ou l'utilisation de la technique de l'incident critique) pour réfléchir dans et sur l'action et améliorer sans cesse ses compétences.

RÉSULTATS

■ L'entrée : la clarification du contexte

Cette première étape du modèle d'intervention permet aux deux parties (le client et les consultants) de s'engager dans un projet avec lucidité et d'éviter toute « entente » prématurée. Dans cette perspective, les consultants ont pris contact avec le client, constitué par l'équipe des cadres afin

d'entendre leur point de vue, de clarifier leur demande ainsi que le but de l'intervention.

Dès la première rencontre, le milieu semblait favorable à l'intervention. L'implantation ayant déjà débuté, un groupe de travail (GT) avait déjà été formé. Le client et le GT avaient débuté des séances d'informations sur l'utilisation du CPOT pour les soignants et l'équipe interdisciplinaire (ergothérapeutes, physiothérapeutes, neuropsychologue, logopédistes, diététiciens). Les consultants ont pu assister à la séance d'information pour les médecins en tant qu'observateurs. Ils ont pu observer que les médecins semblaient ne pas connaître l'échelle CPOT et exprimaient une réticence concernant sa validité pour les patients cérébrolésés. L'identification de cette réticence a été prise en compte de manière positive par les consultants en regard de la suggestion de Bilodeau, Lapiere et Marchand (11) qui stipule que toute controverse exprimée dans le cadre d'une innovation doit être clairement identifiée, mise en valeur et résolue pour la progression du projet. Ces

Processus d'implantation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients cérébrolésés : description d'un projet de changement de pratique clinique basé sur le Modèle Intégré de la Consultation

éléments ont été relevés par les consultants et ont donné lieu aux premiers éléments permettant de formaliser le plan de travail à l'étape suivante, celle de l'entente.

dans un système dont le client a la responsabilité. Une proposition d'intervention a été élaborée en tenant compte de la demande du client.

■ L'entente : la définition des termes de la collaboration

Cette deuxième étape du processus a permis de définir les termes de la collaboration entre le client et les consultants

Comme stipulé par Lescarbeau et al. (9), il importe au consultant de s'interroger sur la nature de son intervention qui, pour cette situation, est d'ordre diagnostique : le projet d'implantation du CPOT ayant déjà débuté, le client demandait un état des lieux de la situation, compte tenu

Opérations	Responsabilités	Échéances
1. Champ d'investigation : Revue de littérature sur l'évaluation de la douleur chez les patients cérébrolésés et/ou non-communicants 1.1. Mots-clés : <i>brain injury, CPOT implementation, pain assessment</i> (français et anglais) 1.2. Bases de données : Pubmed, CINAHL, Cochrane, JBI. 1.3. Critères de sélection : moins de 10 ans, revue systématique, méta-analyse, essai contrôlé randomisé	Consultantes	Juillet-Août 2013
2. Elaboration des instruments de la collecte des données 2.1. Questionnaires auto-administrés 2.2. Grille pour les discussions avec le GT CPOT 2.3. Grille pour entretien semi-dirigé pour l'entretien avec les médecins	Consultantes	Septembre 2013
3. Rencontres avec les membres du GT CPOT 3.1. Définition de la collaboration et du but de l'intervention des consultantes 3.2. Etat des lieux du processus d'implantation du CPOT 3.3. Discussion sur les enjeux, les forces et les limites concernant le processus d'implantation de l'échelle	Consultantes	Septembre 2013
4. Collecte des données	Consultantes	Septembre-Octobre 2013
5. Perceptions du personnel soignant concernant le processus d'implantation de l'outil CPOT 5.1. Questionnaires auto-administrés distribués aux infirmières 5.2. Entretiens semi-dirigés avec les médecins	Consultantes	Octobre 2013
6. Analyse des données	Consultantes	Novembre 2013
7. Diffusion des résultats et validation auprès du client	Consultantes	Novembre 2013
8. Choix des pistes de solutions et sélection des priorités d'action par le client	Système client	Novembre 2013
9. Planification pour chaque priorité d'action retenue 1.1 Définition des résultats recherchés, des moyens et des responsabilités 9.2 Sélection des indicateurs d'évaluation	Consultantes	Décembre 2013
10. Rapport final	Consultantes	Janvier 2014

Tableau 1 :
Plan de travail

de la sous-utilisation de l'échelle CPOT par les soignants. D'après le client, ce symptôme provenait de différents facteurs dont, entre autres, la nature de la relation entre les membres du système et l'attitude des soignants face à l'outil CPOT. Le but de l'intervention était donc d'objectiver son degré d'utilisation et de comprendre les relations entre les acteurs concernés par le changement en cours et l'utilisation de l'échelle CPOT. Après avoir défini les termes de la collaboration et les buts à atteindre, le plan de l'intervention a été concrètement élaboré (tableau 1).

Le champ d'investigation a permis de « traduire » le principe de l'approche systémique en incluant dans la proposition du processus de consultation les éléments suivants : la consultation de l'ensemble de l'équipe soignante (médecins et infirmières) et surtout du GT existant ; une identification des moyens pour comprendre le point de vue des soignants ; questionnaires auto-administrés destinés aux infirmières ; entretiens individuels avec les médecins ; groupes de discussion (*focus group*) ; et enfin une recension des écrits, centrée d'une part sur l'évaluation de la douleur chez les patients cérébrolésés, et d'autre part sur les écueils méthodologiques et relationnels lors de l'introduction d'un outil d'évaluation dans la pratique clinique (12).

■ L'orientation : l'état des lieux

La troisième étape du processus a permis d'établir l'état des lieux de la situation et surtout de relever deux défis décrits par Lescarbeau et al. (9). Le premier est d'analyser les données non pas pour savoir de quoi souffre le système, mais pour choisir les correctifs les plus appropriés pour la situation. Le second défi consiste à fournir des informations permettant de répondre à la question suivante : de quelle nature doit être le changement à apporter pour améliorer l'utilisation du CPOT ? S'agit-il de simples ajustements ou plutôt d'un changement de « cadre de référence » pour la pratique quotidienne de l'évaluation de la douleur ? Cette étape s'est déroulée en plusieurs phases comprenant la construction d'instruments pour la collecte de données, le traitement de l'information recueillie, la diffusion des résultats au système client et la détermination par le client du choix des priorités d'actions. Pour réaliser l'ensemble de ces étapes, les différents champs d'investigation ont été explorés.

Champ d'investigation théorique

Une revue de la littérature a été entreprise, centrée sur l'évaluation de la douleur chez les patients cérébrolésés non-communicants. Les bases de données *Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Pubmed*, *Cochrane library* et *Joanna Briggs Institute* (JBI) ont été consultées avec les mots-clés suivants : *brain injuries*, *unconsciousness*, *CPOT implementation*, *pain assessment*, *pain measurement*, *pain treatment*. Pour être retenus, les articles devaient avoir moins de dix ans. Une cinquantaine

d'articles ont été identifiés ; après élimination des doublons, 12 articles ont été retenus sur la base de leur pertinence.

Cette étape a permis aux consultants d'étudier le phénomène de la douleur chez les patients cérébrolésés (13, 14), d'affiner la compréhension du CPOT et de son implantation (6, 15-19), mais surtout, elle a permis de confirmer au service de neurochirurgie la pertinence de son choix de l'instrument d'évaluation de la douleur CPOT. Les résultats de la revue de littérature sont présentés dans la section suivante.

Données théoriques : les échelles d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants

Pour les personnes âgées avec des difficultés de communication, plusieurs outils de mesure sont recensés dans la littérature (20) dont trois échelles présentant des résultats de validité avancée (21) : le *Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate* (22), le *Abbey Pain Scale* (23) et le *DOLOPLUS* (24). Il existe d'autres échelles développées spécifiquement pour les patients adultes non-communicants et testées en unité de soins aigus et critiques, tels que le *Post Anesthesia Care Unit Behavioural Pain Rating Scale*, le *Pain Assessment and Intervention Notation* (21), le *Behavioural Pain Scale* (BPS) (25), et le *Critical Pain Observation Tool* (CPOT) (1).

Le CPOT est une échelle comportementale qui a été développée et initialement testée auprès de 105 patients intubés et inconscients (1). Elle est composée de quatre catégories de comportements : l'expression faciale, les mouvements corporels, les tensions musculaires et la compliance au ventilateur ou les vocalisations, respectivement pour les patients intubés et trachéotomisés ou non. Plusieurs études ont démontré les bonnes propriétés psychométriques du CPOT (2, 8, 16). Depuis son développement, le CPOT a été testé au Canada (1), aux Etats-Unis (26), en Suisse (3), au Danemark (27), en Finlande (28), en Corée (29) et en Chine (30) dans diverses populations des soins critiques (patients intubés, patients cérébrolésés, patients cardiaques, patients inconscients, patients brûlés, patients avec delirium). Bien que les patients cérébrolésés non-communicants démontrent des réactions à la douleur qui sont spécifiques (4) le CPOT est recommandé pour cette population particulièrement vulnérable (31, 32).

D'autres articles ont permis de guider l'intervention en tenant compte des enjeux liés à l'implantation dans la pratique d'un outil d'évaluation de la douleur validé pour la population ciblée (33) en particulier pour l'outil d'évaluation de la douleur CPOT (26). En plus des valeurs véhiculées par le modèle proposé par Lescarbeau et al. (9), d'autres ressources théoriques ont permis de sensibiliser les consultants aux enjeux humains reliés à une innovation. Il s'agit d'une part du sentiment d'incertitude pouvant être vécu par les acteurs et surmonté par une communication efficace et une invitation à une participation active (34, 35) ; et d'autre part,

Processus d'implantation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients cérébrólésés : description d'un projet de changement de pratique clinique basé sur le Modèle Intégré de la Consultation

de tenir compte des préoccupations et des ressources des destinataires à ce moment précis (34).

Champs d'investigation empirique

Afin de bien comprendre le contexte de la demande des clients, les consultants ont également élaborés des instruments permettant de récolter les informations pertinentes. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés avec les médecins (36) pour saisir les enjeux qui les préoccupaient, et un questionnaire inspiré des articles relatifs à l'implantation du CPOT dans les milieux de soins (19, 26) a été distribué à l'équipe infirmière (figure 2), afin de comprendre les obstacles auxquels les infirmières étaient confrontées. Et enfin, des grilles de discussion ont animé les rencontres avec le GT. Il est important de souligner que des contraintes organisationnelles du service ont obligé

les consultants à effectuer un choix restreint au niveau des instruments de collecte de données, devant abandonner l'idée d'un focus groupe ou la récolte d'observations sur le terrain.

Données empiriques : les écueils décrits par les soignants

Au total, dix questionnaires ont été complétés par l'équipe infirmières, trois entretiens individuels avec des médecins ont été menés et trois séances de travail avec le GT ont été rapportées. Ainsi, l'analyse des données issues des questionnaires et des entretiens a permis de dégager trois thèmes récurrents à partir desquels ont été formulées les pistes de solutions : l'utilisation d'un outil de mesure dans la clinique; le processus d'implantation de l'échelle CPOT ; et enfin la communication au sein de l'équipe interprofessionnelle. La diffusion des résultats a été

1.	Avez-vous déjà entendu parler de l'outil CPOT ?	oui	non
2.	L'utilisez-vous systématiquement pour l'évaluation de la douleur de vos patients	oui	non
	Si oui pourquoi ? :		
	• m'aide dans la pratique	oui	non
	• me permet d'être plus systématique dans l'évaluation de la douleur des patients cérébrólésés	oui	non
	• me permet de réévaluer de la douleur des patients cérébrólésés jusqu'au soulagement de la douleur	oui	non
	• permet un meilleur contrôle de la douleur du patient cérébrólésé	oui	non
	Si non, pourquoi :		
	• trop compliqué	oui	non
	• pas pratique	oui	non
	• je ne pense pas avoir les connaissances suffisantes quant à son utilisation	oui	non
	• ne me semble pas utile dans l'évaluation de la douleur chez le patient cérébrólésé	oui	non
	• ne me semble pas adapté aux patients cérébrólésés	oui	non
	• ne me semble pas prendre pas en compte les comportements des patients cérébrólésés face à la douleur	oui	non
3.	Avez-vous eu des instructions concernant son utilisation ?	oui	non
4.	Vous estimez-vous assez formé pour utiliser la CPOT ?	oui	non
5.	Une formation supplémentaire quant à l'utilisation de la CPOT vous semblerait-elle nécessaire ?	oui	non
	Si oui :		
	• Seriez-vous prêt à suivre une formation ou une séance d'information quant à l'utilisation du CPOT ?	oui	non
6.	Quels membres de l'équipe estimez-vous responsables de l'évaluation et de la gestion de la douleur chez le patient cérébrólésé ?		
	• Les infirmières	oui	non
	• Les médecins	oui	non
	• Les physiothérapeutes	oui	non
	• Les aides-soignantes	oui	non
	• Les assistantes en soins et santé communautaire	oui	non

Commentaires :

Figure 2 :
Questionnaire sur l'utilisation du CPOT

effectuée auprès du client lors d'une réunion du GT avec les responsables hiérarchiques de neurochirurgie.

En ce qui concerne l'utilisation de l'échelle d'évaluation de la douleur CPOT, l'analyse des entretiens a permis d'identifier que l'outil était perçu comme concurrent au jugement clinique pour certains soignants, ces derniers privilégiant l'expérience clinique et l'intuition. Pour leur part, les médecins, s'appuyant sur des recommandations médicales suggérant de limiter l'administration d'opiacés en période postopératoire, craignaient de masquer l'état neurologique du patient par l'administration d'opiacés en réponse au score du CPOT. Ils émettaient également des réticences quant à la validité de l'échelle CPOT pour les patients cérébrólésés.

Lors du processus d'implantation du CPOT, les soignants ont tous bénéficié d'une formation partielle développée par le GT ce qui ne rejoint qu'en partie la suggestion de Gélinas qui recommande de suivre une formation complète et spécifique (19). Enfin, en ce qui concerne la communication, tous les soignants étaient d'avis qu'il y avait lieu de l'améliorer tout comme la collaboration interprofessionnelle.

En résumé, le diagnostic établi par les consultants, en collaboration avec les soignants, identifie que la sous-utilisation de l'outil CPOT s'explique par des modalités de collaboration interprofessionnelle encore à définir ; par l'utilisation d'un outil d'évaluation perçue comme concurrent au jugement clinique et des réticences concernant la validité de l'outil pour la population de neurochirurgie ; et enfin par un processus de formation plutôt intuitif. Ces éléments sont souvent identifiés dans la littérature comme étant des barrières à l'implantation d'un changement de pratique (33, 37). C'est à partir de ces données que les consultants ont proposé des pistes de solutions pour cheminer vers la situation souhaitée - à savoir l'utilisation optimale de l'échelle d'évaluation de la douleur CPOT.

Les pistes de solutions

Plusieurs pistes de solutions ont été élaborées à l'issue de ces constats. La première consistait à formaliser davantage la collaboration interprofessionnelle dans le but d'améliorer la gestion interprofessionnelle de la douleur. L'avantage de cette piste était, d'une part, de renforcer la cohésion d'équipe et, d'autre part, de construire une vision commune. L'inconvénient majeur était la nécessité d'un investissement important de la part des deux corps professionnels (médical et infirmier) ainsi qu'une réorganisation dans leur façon de travailler. Les indicateurs de résultats attendus pour cette piste étaient une meilleure collaboration interdisciplinaire par l'élaboration d'objectifs et de stratégies communes pour soulager de façon optimale la douleur des patients cérébrólésés.

La deuxième piste concernait l'utilisation de la version adaptée du CPOT par Gélinas pour les patients cérébrólésés. Cette version tient compte de la réticence exprimée par les médecins, préoccupés par la spécificité

de certains patients cérébrólésés et s'avère plus adéquate pour cette population³. L'amélioration souhaitée visait une meilleure gestion de la douleur du patient cérébrólésé à travers un langage standardisé et une confiance accrue en la validité de l'échelle.

La troisième piste était la formation spécifique de l'ensemble de l'équipe soignante à l'outil CPOT et l'identification de professionnels « référents douleur ». Ce programme spécifique de formation à l'outil CPOT existe déjà et permet de former les référents d'équipe. Ainsi, les référents peuvent consolider leurs connaissances sur l'outil et la manière de former les collègues. Néanmoins, le coût financier (en termes de ressources humaines) peut être un frein à cette piste de solution.

La quatrième piste de solution envisagée était l'adaptation des documents de travail des soignants, tant manuscrits qu'informatiques. D'une part, cette piste visait à proposer des moyens incitatifs, par le biais d'affiches de rappels dans les notes de rapport, pour l'utilisation de l'échelle CPOT. D'autre part, l'adaptation dans les dossiers de soins papiers et informatisés permet de rendre la transmission de l'évaluation de la douleur systématique. Cet aspect nécessite un certain investissement pour repenser ces différents documents de travail.

Enfin, la dernière piste de solution consistait à actualiser les connaissances de l'équipe infirmière relatives à l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur validés en complément de l'observation clinique. Cette proposition avait pour but de donner du sens quant à l'utilisation de l'outil en complément au jugement clinique et de renforcer la collaboration avec le médecin sur la base d'un langage commun. Cette piste exigeait un changement de pratique dans l'évaluation de la douleur. En regard des résultats de la collecte de données, cela paraissait contraignant pour certains professionnels.

Les clients ont retenu deux priorités d'action : l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle et l'utilisation de la version adaptée de l'outil.

■ La planification : le plan d'action

L'étape de planification prévue par le modèle a permis de structurer la mise en œuvre des priorités d'action sur le terrain afin de poursuivre le but de l'intervention. Un plan d'action (tableau 2) reprenant les deux priorités d'actions des clients a été élaboré et présenté à ces derniers pour approbation. Il tenait compte des éléments clés exigés par le modèle. Les personnes responsables des opérations ont été identifiées et un délai raisonnable a été proposé pour chaque action. Les ressources matérielles nécessaires ont également

³ Des informations complémentaires sont disponibles auprès de l'auteur correspondant de cet article.

Processus d'implantation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients cérébrolésés : description d'un projet de changement de pratique clinique basé sur le Modèle Intégré de la Consultation

été abordées sous l'aspect de l'adaptation des outils de travail. Le plan d'action offrait des éléments très concrets, en cohérence avec la situation, et définis dans le temps. Un graphique de Gantt a également été élaboré car c'est un moyen efficace pour modéliser la planification de toutes les opérations prévues et d'en offrir une vision globale. Il indique clairement l'échéancier et les personnes responsables de chaque opération. Les actions ont été planifiées sur une durée de huit mois, en adéquation avec la demande du client. Elles impliquent la collaboration et la coordination des différents membres de l'équipe, en cohérence avec les buts visés par l'intervention. Conformément à ce qui avait été convenu avec le client, les consultants ont terminé leur mandat après la phase de planification. C'est la raison pour laquelle la description de l'étape de la réalisation relate plutôt des faits rapportés par le client lors de rencontres informelles. Quant à l'étape de la terminaison, elle a été intégrée dans la section discussion.

■ La réalisation : l'application pratique des priorités d'action

Cette section présente la mise en pratique des priorités d'action telles que proposées par les consultants dans le plan d'action. Cette étape ne faisait pas partie de l'accompagnement proposé par les consultants mais la communication maintenue avec les soignants du service a permis de recueillir la manière dont le plan d'action a été concrétisé. Les résultats attendus étaient une mobilisation et une fédération du système-client autour du processus d'implantation de l'échelle CPOT.

■ Priorité n°1 : amélioration de la collaboration interprofessionnelle

Une collaboration plus formalisée entre infirmiers et médecins est devenue une condition centrale pour l'intégration d'un tel outil dans le service. Cette démarche commune permet de s'assurer que l'ensemble des professionnels a intégré l'importance de la prise en compte de l'évaluation, de la prescription puis de la gestion de la douleur pour les patients cérébrolésés non-communicants. A ce jour, les médecins ont été formellement intégrés dans le processus à travers la création d'un GT interprofessionnel. Cette démarche a permis d'amorcer une meilleure communication et une meilleure cohésion entre les infirmières et les médecins dans la gestion de la douleur du patient cérébrolésé. C'est également un progrès notable considérant que l'ensemble de l'équipe soignante a pris conscience de l'importance d'évaluer la douleur pour ces patients. Les opérations prévues pour réaliser cette première priorité d'action ont permis à l'équipe interprofessionnelle de travailler ensemble à la construction d'une vision et d'un but commun concernant la gestion de la douleur chez ces patients. Néanmoins, il semble nécessaire de changer de mode de travail en mettant en avant des échanges réguliers. L'efficacité de cette collaboration devra être évaluée

grâce à un questionnaire de satisfaction et une utilisation régulière et intégrée du CPOT. Les différentes opérations proposées par les consultants ont été inspirées du modèle et de la typologie de la collaboration interprofessionnelle (38). Concrètement, trois axes de travail ont été envisagés afin de formaliser la collaboration interprofessionnelle :

1. Création d'un document de référence

Un document de référence permettant l'uniformisation de la formation pour les soignants au CPOT a été élaborée. Les personnes du GT ont défini les points à aborder dans la présentation de l'échelle et son utilisation. Parmi ceux-ci figurent les items d'évaluation de l'échelle, les étapes d'évaluation (au repos, à la mobilisation), la définition des personnes pratiquant l'évaluation, les critères de validité de l'échelle ainsi que les moyens mis à disposition pour utiliser l'échelle (échelle au pied du lit du patient, carte à disposition des soignants, échelle mise en ligne sur Intranet, échelle introduite dans le dossier informatisé). Les médecins avaient exprimé le besoin que les infirmières leur communiquent les indicateurs cliniques leur permettant d'établir le score d'évaluation de l'échelle. Cette demande a donc été précisée aux infirmières.

2. Intégration d'un médecin titulaire dans le groupe de travail

Lors de la première réunion, l'intégration d'un médecin titulaire a permis de mettre en évidence un langage professionnel commun lors de l'évaluation de la douleur. Cette étape a également permis au médecin de confirmer sa confiance dans l'évaluation de la douleur faite au moyen de cette échelle.

3. Création d'un plan d'antalgie

La première rencontre qui visait à améliorer la communication interprofessionnelle, a montré l'intérêt de chacun d'avoir un plan d'antalgie spécifique pour chaque patient. L'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur, CPOT ou EVA, utilisée systématiquement par l'infirmière a permis d'objectiver l'évaluation et de l'argumenter auprès des médecins. Ces derniers souhaitent prescrire un plan d'antalgie spécifique au patient, permettant au soignant d'avoir une autonomie dans l'administration du traitement. Cette perspective permet à l'infirmière de mesurer l'impact de l'évaluation objective et l'incite à renforcer sa posture professionnelle. D'autre part, dans ce plan, le médecin prescrit les différents niveaux d'antalgie adaptés au patient, permettant à l'infirmier d'avoir une autonomie dans l'administration des antalgiques, en fonction de l'évaluation stricte de la douleur du patient.

■ Priorité n°2 : utilisation de la version adaptée du CPOT

La deuxième piste proposée a été l'utilisation de la version adaptée du CPOT. En effet, un des obstacles rencontrés lors de la présentation de l'échelle aux médecins et aux autres

professionnels, concernait la validité de cette échelle pour les patients cérébrolésés. L'argumentation du GT mettait en avant la recherche de littérature, la validité de cette échelle pour les patients aux soins intensifs et la fiabilité particulière de l'échelle CPOT. Ces différents points avaient peu d'impact face à des professionnels qui remettaient tout de même en question l'évaluation de la douleur pour cette population particulière. La perspective de l'adaptation du CPOT pour les patients cérébrolésés ne leur offrait pas le réconfort souhaité. Il semblait donc prioritaire d'avoir une échelle validée pour les patients cérébrolésés, afin de fédérer les différents professionnels autour du CPOT. A ce jour, le CPOT a été partiellement validé pour les patients cérébrolésés et la version modifiée pour cette population est maintenant utilisée dans le service.

Autres propositions

Les pistes de solution qui n'ont pas été retenues ont tout de même inspiré des initiatives et des décisions pendant l'étape de l'implantation. Ainsi, la suggestion d'une formation spécifique de l'ensemble de l'équipe soignante à l'outil CPOT et l'identification d'une infirmière « référente douleur » a conduit naturellement à identifier des personnes de référence pour la formation CPOT issues du groupe de travail.

Quant à l'adaptation des documents de travail -tant manuscrits qu'informatiques- le client a jugé qu'en raison de la transition vers un dossier informatisé, le formulaire CPOT y serait directement intégré pour favoriser la transmission de l'évaluation de la douleur. Un affichage de l'échelle figure maintenant au pied du lit de chaque patient et une pochette incluant l'échelle et la procédure d'évaluation, a également été mise à disposition de chaque collaborateur.

Enfin, la suggestion centrée sur l'actualisation des connaissances des infirmières pour enrichir le jugement clinique et le positionnement professionnel a coïncidé avec la demande institutionnelle pour une formation obligatoire en *e-learning* sur l'évaluation et le traitement de la douleur. Cette formation, suivie par les collaborateurs du service, a permis d'uniformiser les connaissances générales sur la douleur et, pour les infirmières, de saisir les enjeux de leur rôle pour l'évaluation et la justification de son analyse de la situation en vue d'améliorer la prescription d'antalgie.

■ La terminaison : la discussion sur le processus

Le processus tel que proposé par Lescarbeau et al. (9) a été respecté dans sa globalité et l'étape de la terminaison est une occasion pour les consultants et pour le client de faire le bilan du processus permettant de répondre aux questions suivantes proposées par le cadre théorique : le but de l'intervention a-t-il été atteint ? Y a-t-il présence ou absence d'effets secondaires ? Comment le projet s'enracine dans la pratique quotidienne ? L'intervention

était-elle rentable et pertinente ? De manière générale, les consultants ont répondu aux besoins du système-client. Ceci a été rendu possible par une compréhension globale de la situation initiale et de la demande, en début de processus. Les précisions apportées par le client ont permis aux consultants de rester centrés sur le but au moment de déterminer la proposition d'intervention. La force de l'équipe des consultants résidait dans le fait qu'elle était constituée de trois professionnels avec des connaissances théoriques et pratiques très différentes du contexte de l'intervention ainsi que du domaine neurologique (experte à novice). En effet, les compétences de chacun ont été nécessaires pour établir le processus d'intervention et pour ne pas se laisser piéger par la connaissance ou la méconnaissance du terrain.

Le travail préalable de construction d'une relation de confiance avec le client et le GT a été déterminant à chaque étape de l'intervention. D'un point de vue méthodologique, l'élaboration de chaque document et la planification spécifiques et concrètes des interventions a permis de fournir des repères au client, de le rassurer concernant les méthodes employées et ainsi minimiser, selon les termes de McQueen, Kickbush et Potvin (35) et Bareil (34) le sentiment d'incertitude inhérent à toute innovation. Un exemple de document est proposé pour exemple (tableau 2). Par ailleurs, les ajustements réalisés, les problèmes d'organisation et la révision du champ d'investigation (impossibilité de réaliser les *focus groupes* et les observations sur le terrain) ont été induits par les contraintes logistiques et financières du terrain.

L'expertise du contexte de deux membres de l'équipe des consultants a été un atout majeur tant pour l'aspect relationnel que pour l'aspect méthodologique. En effet, beaucoup d'éléments ont été facilités par le professionnalisme des liens qui unissaient les consultants et le client. Ainsi, le milieu a été très favorable à l'intervention, d'autant plus qu'un certain nombre d'infirmières attendaient et souhaitaient ce changement, ce qui a considérablement facilité le processus d'implantation, la collaboration et l'enracinement du projet. De ce fait, l'intervention s'est insérée dans une démarche « *bottom-up* » face au changement dans laquelle les acteurs se coordonnent pour avancer vers un but commun (35). Il n'y a donc pas eu de relation hiérarchique rigide entre ceux qui ont proposé le changement (les consultants et le client) et les bénéficiaires directs du changement puisque ces derniers n'ont pas subi le changement ; ils ont été activement impliqués dans ce processus (35) et les pistes de solution ont été proposées en tenant compte des résultats des questionnaires distribués et des entretiens, c'est-à-dire en tenant compte des avis de chaque acteur du système.

Les consultants ont agi de manière bienveillante tout au long de l'intervention grâce au maintien de la « neutralité » et de certaines attitudes et comportements : écoute active,

Processus d'implantation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients cérébrólésés : description d'un projet de changement de pratique clinique basé sur le Modèle Intégré de la Consultation

reformulation, partage d'information, valorisation des actions du système-client, encouragement à la participation sans jamais la forcer, favorisation de l'émergence de solutions venant du système-client, flexibilité, adaptabilité. Un grand travail de remise en question continue sous la forme d'une pratique réflexive telle que suggérée par Lesarbeau et al. (9) a été réalisé, afin de ne jamais faire primer les représentations des consultants sur celles du client. Les consultants ont également jugé utile d'approfondir leurs connaissances théoriques sur le processus de changement, par le biais de lectures complémentaires, pour déceler d'éventuelles préoccupations (34) de la part du client pouvant potentiellement provoquer un ralentissement de l'intervention, et ainsi atténuer des effets secondaires indésirables.

Actuellement, le projet est bien enraciné et implanté : les soignants utilisent le CPOT et le GT est toujours en fonction, permettant de garantir un encadrement pour une utilisation adéquate de l'échelle et une amélioration de la gestion de l'antalgie chez ces patients.

CONCLUSION

L'implantation dans un service de soins d'une pratique clinique fondée sur des résultats probants comme l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients non-communicants, est un processus complexe et multidimensionnel. Ce projet a permis d'identifier deux facteurs majeurs de réussite : formaliser la collaboration interprofessionnelle et parvenir à un consensus pour l'adaptation du CPOT aux caractéristiques des patients cérébrólésés. Ce constat rejoint la perspective de Lamarche et al. (39) qui stipulent que les obstacles à tout projet visant une meilleure collaboration entre les professionnels sont moins reliés à des enjeux structurels et organisationnels, mais davantage à des enjeux humains et cliniques : la reconnaissance mutuelle des compétences cliniques et l'établissement d'une relation de confiance sont des conditions *sine qua non* de la réussite de tout changement de pratique clinique.

Afin d'assurer le succès d'un tel processus, l'approche systémique proposée par Lesarbeau et al. (9) est une méthode d'intervention qui a permis de prendre en considération à la fois les données probantes et les préférences de tous les acteurs et ce, à chaque étape du processus, permettant des choix éclairés et l'établissement de priorités d'actions. Les éléments qui ont été identifiés comme des obstacles par l'ensemble des soignants à travers les questionnaires et les entretiens sont souvent décrits dans la littérature comme étant des barrières à l'implantation d'un changement de pratique (33, 37), ce qui fut plutôt rassurant pour tous les soignants. Les soignants ont estimé que ce projet leur avait permis de se sentir mieux outillés face à des soins de plus en plus complexes, de renforcer leur sentiment

de compétence et de satisfaction (40), et surtout de dépasser les obstacles à l'évaluation systématique de la douleur chez les patients cérébrólésés dans une unité de neurochirurgie.

FINANCEMENTS

Le premier auteur a été soutenu financièrement par la Haute École de Santé Vaud (HESAV) pour la réalisation de ce projet dans le cadre du Master ès Sciences en Sciences Infirmières ainsi que pour la publication de l'article.

Références

1. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care*. 2006 Jul;15(4):420-7.
2. International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy [En ligne]. Washington: International Association for the Study of Pain; 2012.[cité le 5 oct 2016]. Disponible: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
3. Roulin MJ, Goulet C, Ramelet AS. Revue critique d'instruments pour évaluer la douleur chez les personnes cérébrólésées non communicantes aux soins intensifs. *Rech Soins Infirm*. 2011 Mar;(104):64-85.
4. Roulin MJ, Ramelet AS. Pain indicators in brain-injured critical care adults: an integrative review. *Aust Crit Care Off J Confed Aust Crit Care Nurses*. 2012 May;25(2):110-8.
5. Campbell JN. APS 1995 Presidential address. *J Pain*. 1996 Spring;5(1):85-8.
6. Cousins MJ, Lynch ME. The Declaration Montreal: access to pain management is a fundamental human right. *Pain*. 2011 Dec;152(12):2673-4.
7. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2006 Jun ;7(2):44-52.
8. Georgiou E, Hadjibalassi M, Lambrinou E, Andreou P, Papathanassoglou EDE. The Impact of Pain Assessment on Critically Ill Patients' Outcomes: a Systematic Review. *BioMed Res Int*. 2015 oct;2015:503830.
9. Lesarbeau R, Payette M, Saint-Arnaud Y, Lesarbeau R. Profession: consultant. Boucherville, Québec: G. Morin; 2003.
10. Argyris C, Schön DA. Apprentissage organisationnel: théorie, méthode, pratique. Bruxelles: De Boeck Université; 2002.
11. Bilodeau A, Lapierre S, Marchand Y. Le partenariat : comment ça marche. Mieux s'outiller pour Réussir [En ligne]. Montréal: Direction de santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 2003. [cité le 29 sept 2016]. Disponible: https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/2-89494-404-7.pdf
12. Fragemann K, Meyer N, Graf BM, Wiese CHR. [Interprofessional education in pain management: development strategies for an interprofessional core curriculum for health professionals in German-speaking countries]. *Schmerz*. 2012 Aug;26(4):369-74, 376-82. doi: 10.1007/s00482-012-1158-0.

13. Schnakers C, Chatelle C, Demertzi A, Majerus S, Laureys S. What about pain in disorders of consciousness? *AAPS J*. 2012 Sep;14(3):437–44.
14. Schnakers C, Chatelle C, Majerus S, Gosseries O, De Val M, Laureys S. Assessment and detection of pain in noncommunicative severely brain-injured patients. *Expert Rev Neurother*. 2010 Nov;10(11):1725–31.
15. Arbour C, Gélinas C. Are vital signs valid indicators for the assessment of pain in postoperative cardiac surgery ICU adults? *Intensive Crit Care Nurs*. 2010 Apr; 26(2):83–90.
16. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA. Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults. *J Adv Nurs*. 2009 Jan;65(1):203–16.
17. Gélinas C, Harel F, Fillion L, Puntillo KA, Johnston CC. Sensitivity and specificity of the critical-care pain observation tool for the detection of pain in intubated adults after cardiac surgery. *J Pain Symptom Manage*. 2009 Jan;37(1):58–67.
18. Gélinas C, Johnston C. Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators. *Clin J Pain*. 2007 Jul-Aug ;23(6):497–505.
19. Gélinas C. Nurses' evaluations of the feasibility and the clinical utility of the critical-care pain observation tool. *Pain Manag Nurs*. 2010 Jun;11(2):115–25.
20. Aubin M, Giguère A, Hadjistavropoulos T, Verreault R. L'évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer. *Pain Res Manag*. 2007 Autumn;12(3):195-203.
21. Jarvis C. L'examen clinique et l'évaluation de la santé. Montréal: Beauchemin; 2009.
22. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs*. 2004 Mar;5(1):37–49.
23. Abbey J. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *Int J Palliat Nurs*. 2004 Jan;10(1):6–13.
24. Pickering G, Gibson SJ, Serbouti S, Odetti P, Gonçalves JF, Gambassi G, et al. Reliability study in five languages of the translation of the pain behavioural scale Doloplus®. *Eur J Pain*. 2010 May;14(5):545–e1-10.
25. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*. 2001 Dec;29(12):2258–63.
26. Kowal CD. Implementing the Critical Care Pain Observation Tool using the Iowa Model. *J N Y State Nurses Assoc*. Spring-Summer 2010 Spring-Summer;41(1):4-10; quiz 18.
27. Frandsen JB, O'Reilly Poulsen KS, Laerkner E, Stroem T. Validation of the Danish version of the Critical Care Pain Observation Tool. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2016 Oct;60(9):1314-22.
28. Pudas-Tähkä SM, Axelin A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Translation and cultural adaptation of an objective pain assessment tool for Finnish ICU patients. *Scand J Caring Sci*. 2014 Dec ;28(4):885-94.
29. Kwak EM, Oh H. [Validation of a Korean translated version of the Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) for ICU patients]. *J Korean Acad Nurs*. 2012 Feb;42(1):76-84.
30. Li Q, Wan X, Gu C, Yu Y, Huang W, Li S, et al. Pain assessment using the critical-care pain observation tool in Chinese critically ill ventilated adults. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Nov;48(5):975-82.
31. Echegaray-Benites C, Kapoustina O, Gélinas C. Validation of the use of the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) with brain surgery patients in the neurosurgical intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014 Oct;30(5):257-65.
32. Lee K, Oh H, Suh Y, Seo W. Patterns and clinical correlates of pain among brain injury patients in critical care assessed with the critical care pain observation tool. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. 2013 Dec;14(4):259-67.
33. Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titcher A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *J Clin Nurs*. 2004 Nov;13(8):913–924.
34. Bareil C. Gérer le volet humain du changement. Montréal: Éditions Transcontinental; 2004.
35. McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L. Health and modernity the role of theory in health promotion. New York: Springer; 2007.
36. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.
37. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005 May;19 Suppl 1:8-20.
38. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008 Sep;8(1):188.
39. Lamarche PA, Lamothe L, Bégin C, Léger M, Vallières-Joly M. L'intégration des services: enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques. *Ruptures*. 2001 Autumn;8(2):71–92.
40. Maljanian R, Caramanica L, Taylor SK, MacRae JB, Beland DK. Evidence-based nursing practice, Part 2: Building skills through research roundtables. *J Nurs Adm*. 2002 Feb;32(2):85–90.

Processus d'implantation d'une échelle d'évaluation de la douleur pour les patients cérébrolésés : description d'un projet de changement de pratique clinique basé sur le Modèle Intégré de la Consultation

Annexe I : tableau 2 Extrait de la planification des priorités d'action

TABLEAU DE LA PRIORITÉ N°1 : Développer la collaboration entre les médecins et les infirmières par la communication systématique, détaillée et spécifique de l'évaluation de la douleur du patient cérébrolésé.

NATURE ET SUCCESSION DES TRAVAUX			MISE EN OEUVRE	
RÉSULTAT	OPÉRATIONS	MOYENS	RESPONSABLES	DURÉE
Résultat recherché 1.1 Créer un groupe de référence interprofessionnel CPOT (GI CPOT) en charge de la gestion de la douleur pour les patients incapables de communiquer	1.1.1 Intégrer un médecin dans le GT CPOT existant	Contacter les médecins cadres, proposer la collaboration interprofessionnelle en matière d'évaluation de la douleur	GT CPOT	Juin 2014
	1.1.2 Définir les rôles et les responsabilités	Nommer un animateur et un secrétaire/coordonateur	GI CPOT	Juin 2014
	1.1.3 Assurer les activités du GI CPOT jusqu'à la fin du processus de développement de la collaboration	Planifier des séances permettant d'assurer le suivi et l'ajustement de la nouvelle collaboration Définir les thématiques à travailler	GI CPOT	Juin 2014
Résultat recherché 1.2 Opérationnaliser la collaboration interprofessionnelle	1.1.1 Construire une vision commune pour la gestion de la douleur	Définir un cadre pour la communication, l'évaluation et la gestion de la douleur avec des buts, des objectifs et des moyens	Le système client et le GI CPOT, les médecins cadre	Mai - Septembre 2014
		Définir et rédiger les critères communs selon la spécificité des patients cérébrolésés pour évaluer la douleur en s'inspirant de la recension de la littérature		
		Créer un document définissant les termes de la collaboration interprofessionnelle, les objectifs communs ainsi que la procédure à privilégier (algorithme) pour améliorer la gestion de la douleur des patients non-communicants	GI CPOT	Septembre 2014
	Validation par l'équipe des cadres	GI CPOT	Septembre 2014	
	1.1.1 Adapter les outils de travail	Ajouter les items <i>score CPOT</i> et <i>cible douleur</i> sur les feuilles de suivi et dans le système informatique Soarian ⁴ .	GI CPOT	Août - Septembre 2014
1.1.2 Organiser la collaboration quotidienne de l'évaluation de la douleur	Prévoir une cible-douleur spécifique à chaque patient ainsi que les procédures nécessaires pour l'atteindre (fréquence d'évaluation et d'administration de la médication).	GI CPOT	Printemps 2015	

⁴ Dossier patient informatisé