

GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE : LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

Patricia Bourgault, Inf., Ph. D., Sherbrooke, Québec, Canada. Professeure agrégée,
École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Dave Bergeron, Inf., B. Sc. Inf., Sherbrooke, Québec, Canada. Étudiant, Maîtrise
en sciences cliniques, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

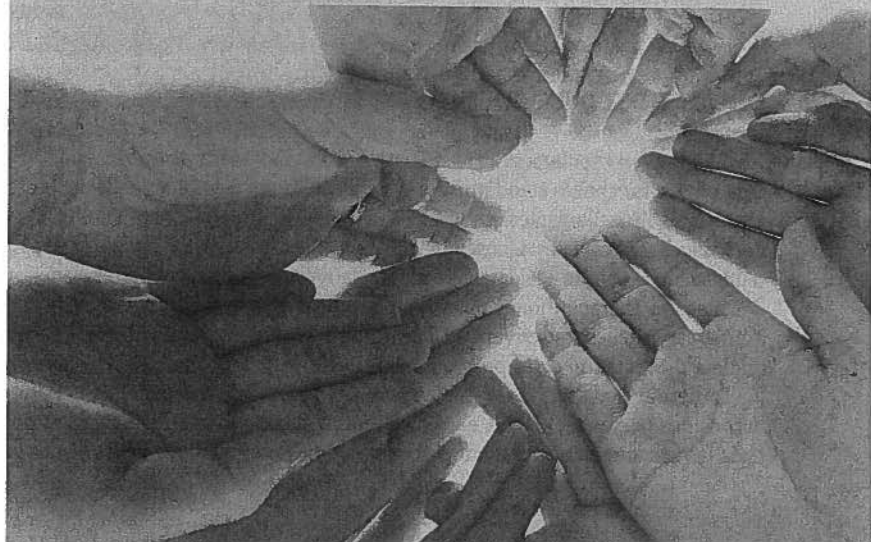
33

RÉSUMÉ

Puisque sa gestion demande une approche interdisciplinaire, chaque professionnel peut avoir un impact positif auprès de la personne atteinte de douleur chronique et ainsi favoriser son bien-être. De par leur formation et l'expertise qu'il développe, le personnel infirmier peut intervenir concrètement auprès des personnes atteintes de douleur chronique afin d'optimiser leur soulagement. Compte tenu de sa proximité avec la personne atteinte de douleur ainsi qu'avec sa famille et grâce à sa vision globale des soins, l'infirmière ou l'infirmier est en mesure d'offrir des interventions reposant sur une approche holistique impliquant à la fois une approche médicale traditionnelle ainsi qu'une approche alternative comprenant des interventions psychosociales et non pharmacologiques. Cette spécificité de la profession infirmière favorise la continuité des soins, l'autonomisation (*empowerment*) du patient et augmente ainsi le bien-être et la qualité de vie des personnes aux prises avec un problème de santé chronique.

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION
2. ÉVALUATION DE LA DOULEUR
 - Échelles de douleur
 - Évaluation et analyse de toutes les composantes de la douleur chronique
 - Prise en charge pharmacologique
 - Enseignement en gestion de la douleur
 - Surveillance clinique
3. POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE APPROCHE GLOBALE ET INTÉGRÉE EN DOULEUR CHRONIQUE
 - Modèles de prise en charge par le personnel infirmier
 - Interventions du personnel infirmier en clinique de douleur
 - Soutien du personnel infirmier: un élément facilitateur dans la gestion de la douleur
4. CONCLUSION



1. INTRODUCTION

Au Québec, suite à l'adoption de la Loi 90 modifiant le Code des professions, le rôle de l'infirmière ou de l'infirmier a été rehaussé. Le personnel infirmier est maintenant imputable de l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes dont il prend soin. Cette évaluation consiste à recueillir et à analyser les données relatives à la situation de santé de la personne, comprenant entre autres, une évaluation de la dimension sociale et du potentiel de prise en charge. Une fois l'évaluation initiale effectuée, le personnel infirmier doit assurer le suivi des personnes présentant un problème de santé complexe tel que le diabète, l'hypertension artérielle et la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Au cours des deux dernières années, ce rehaussement du rôle se traduit concrètement par l'introduction du plan thérapeutique infirmier (PTI). Dans ce plan, l'infirmière ou l'infirmier doit déterminer des directives infirmières en fonction des éléments de surveillance ou des problèmes de santé qu'elle ou qu'il considère comme prioritaires. Le PTI permet aussi au personnel infirmier de consigner les rajustements effectués en fonction de l'évolution de l'état de la personne et de l'efficacité des approches qui auront été préalablement déterminées (OIIQ, 2006).

Au Québec, le rôle du personnel infirmier dans l'évaluation et la gestion de la douleur aiguë et chronique, est déterminé par l'Ordre

des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). L'ordre indique que le personnel infirmier doit évaluer la douleur chez le client, qu'il soit suivi dans les services de premières lignes tels que les centres locaux de services communautaires (CLSC), en milieu hospitalier ou en soins de longue durée (OIIQ, 2009; 2004; 2003; 2000; 1996). En présence de douleur, le personnel infirmier doit alors administrer un analgésique en accord avec l'ordonnance médicale et enseigner par la suite à la personne ainsi qu'à ses proches comment gérer la douleur tout en respectant et en considérant ses propres capacités.

2. ÉVALUATION DE LA DOULEUR

L'évaluation effectuée par l'infirmière ou l'infirmier doit se faire, entre autres, à l'aide d'outils de mesures standardisés comme les échelles unidimensionnelles mesurant l'intensité de la douleur (OIIQ, 2009). Il est aussi de mise de rappeler que l'évaluation de la douleur est de plus en plus reconnue comme le cinquième signe vital que le personnel infirmier doit évaluer auprès des patients, les autres étant la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la respiration et la température corporelle (Fishman, 2005).

Globalement, l'évaluation de la douleur, autant la douleur aiguë que chronique, effectuée par le personnel infirmier doit inclure les éléments suivants que l'on regroupe communément sous l'acronyme PQRSTU (voir plus bas).

PQRSTU :

- [P] ce qui provoque ou soulage la douleur;
- [Q] la qualité et les caractéristiques de la douleur;
- [R] la région et l'irradiation de la douleur;
- [S] la sévérité et les symptômes associés à la douleur;
- [T] le temps, la durée et l'apparition de la douleur;
- [U] la compréhension et la signification de la douleur pour la personne (Jarvis, 2009).

ÉCHELLES DE DOULEUR

Afin de mesurer rapidement et systématiquement l'intensité de la douleur, plusieurs échelles standardisées et validées, dont l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique, l'échelle verbale descriptive et l'échelle des visages sont offertes. L'ensemble de ces échelles est rapide et simple d'utilisation et permet également de noter relativement facilement l'effet des mesures thérapeutiques mises en place pour soulager la douleur. Toutes ces échelles souscrivent à l'idée que la personne est l'autorité en matière d'évaluation de sa propre douleur. Voir page 118.

Toutefois, il y a une perte de fiabilité pour la plupart de ces échelles auprès des personnes d'âges extrêmes (enfants et personnes âgées), chez les personnes ne pouvant pas communiquer et présentant des

problèmes auditifs, visuels ou cognitifs. Pour remédier à cette problématique, l'hétéroévaluation (évaluation faite par une autre personne grâce à l'observation du comportement) de la douleur peut être utilisée. À ce titre, plusieurs échelles existent et permettent de standardiser l'évaluation des clientèles ne pouvant pas utiliser les outils unidimensionnels énumérés précédemment. À titre d'exemple, chez les personnes âgées, le *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)* (voir page 121), l'*Abbey Pain Scale (APS)* et l'échelle Doloplus-2 ont déjà subi un processus de validation avancé et sont des outils prometteurs pour cette clientèle. Chez les enfants ayant des difficultés à communiquer, l'Échelle Douleur Enfant San Salvador (Collignon, Giusiano, Boutin, & Combes, 1997; <http://www.pediadol.org/echelle-douleur-enfant-san-salvador.html>) permet d'estimer la douleur chez les enfants présentant un polyhandicap alors que l'Échelle douleur enfants Gustave-Roussy (Gauvain-Piquard, Rodary, Rezvani, & Lemerle, 1988; <http://www.pediadol.org/IMG/pdf/DEGR.pdf>) a été développée pour évaluer la douleur oncologique pédiatrique. Enfin, la Grille d'observation comportementale de la douleur est un autre outil dont le personnel infirmier peut se servir auprès des personnes hospitalisées aux soins intensifs et intubées (Gélinas & Johnston, 2007). Ce ne sont que quelques exemples d'outils de mesure qui s'appliquent autant en douleur aiguë que chronique et qui doivent faire partis de toute évaluation de la douleur chez des clientèles particulières.

ÉVALUATION ET ANALYSE DE TOUTES LES COMPOSANTES DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Il est important de prendre en considération qu'en présence de douleur chronique, une évaluation unidimensionnelle peut négliger d'autres aspects importants de ce problème de santé, dont le statut fonctionnel et la qualité de vie. Il peut donc en résulter une prise en charge non optimale (Gottrup & Jensen, 2008). En pareille situation, il est primordial pour le personnel infirmier d'assurer une évaluation et une analyse détaillées de toutes les composantes de la douleur chronique. Pour ce faire, d'autres paramètres dont la connaissance de la maladie et des traitements, les perceptions et les attentes de la personne et des proches, les répercussions de la douleur sur les sphères biopsychos-

sociales culturelles et spirituelles, l'occurrence d'événements qui ont un impact sur la vie du client ainsi que les réactions du client et de sa famille face aux traitements doivent être consignés par le personnel infirmier. Certains outils multidimensionnels ainsi que des outils de mesures connexes à la douleur peuvent alors être très pertinents et utilisés par le personnel infirmier. Notons le *Beck Depression Inventory* (Bourque & Beaudette, 1982; <http://mediatheque.parisdescartes.fr/doc/racine/f/flandinf/107768Beck.PDF>) qui est utilisé pour mesurer la dépression, un problème de santé étroitement relié à la douleur chronique et l'Inventaire d'anxiété situationnelle et de traits d'anxiété (Gauthier & Bouchard, 1993; <http://www.rqrv.com>) qui mesure l'état et le trait anxieux, des composantes courantes chez les personnes dont la cause de la douleur est incertaine (ASPMN, 2002; Lebovits, 2008). Pour sa part, le Questionnaire sur les Stratégies de Coping (*Coping Strategies Questionnaire*) aide le personnel infirmier à mieux saisir les stratégies cognitives et comportementales que la personne utilise pour gérer sa douleur (Irachabal, Koleck, Rasclé, & Bruchon-Schweitzer, 2008; Lebovits, 2008). Le Questionnaire concis sur les douleurs (version française du *Brief Pain Inventory*; Cleeland & Ryan, 1994) aborde quant à lui plusieurs dimensions de la douleur incluant les croyances du patient en lien avec son problème douloureux ainsi que l'effet de la douleur sur la qualité de vie et le niveau fonctionnel (ASPMN, 2002). Précisons que ces questionnaires assureront une évaluation globale des répercussions de la douleur chronique chez la personne souffrante et serviront à orienter le traitement. Les résultats pourront également confirmer la nécessité de référer à d'autres professionnels ou encore faire l'objet d'une directive dans le plan thérapeutique infirmier.

PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE

Le personnel infirmier, en collaboration avec l'équipe médicale, joue aussi un rôle important dans la prise en charge pharmacologique de la douleur chronique. En accord avec l'ordonnance médicale, il pourra choisir l'analgésique, la voie d'administration ainsi que le dosage le plus approprié à la condition du client. Ensuite, en plus d'anticiper et de prévenir les effets secondaires des mesures pharmacologiques retenues, il doit faire un suivi étroit de la sécurité et de l'efficacité du traitement (RNAO, 2002). En contexte de soins de première ligne, l'infirmière ou

l'infirmier peut, toujours selon l'ordonnance médicale émise, ajuster le traitement pharmacologique, contacter le médecin pour faire modifier l'ordonnance ou encore l'aviser de certaines réactions du client face au traitement (OIIQ, 2003a). Néanmoins, afin d'accomplir correctement ce rôle, le personnel infirmier se doit d'avoir une solide compréhension de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamie de l'ensemble des analgésiques et coanalgésiques utilisés en gestion de la douleur chronique (RNAO, 2002).

ENSEIGNEMENT EN GESTION DE LA DOULEUR

L'enseignement est l'un des rôles principaux du personnel infirmier. Ainsi, en regard de la gestion de la douleur, l'OIIQ rappelle que l'infirmière ou l'infirmier doit montrer au patient comment optimiser le traitement pharmacologique prescrit par le médecin et enseigner des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur tels les techniques de respiration, les massages, les techniques de visualisation, l'application de chaleur ou de froid, les techniques de relaxation, etc. (OIIQ, 2000, 2003a). Or, l'enseignement ne doit pas s'effectuer en récitant une liste d'information, mais doit être basé sur les connaissances du patient, prendre en considération son désir d'apprendre et être en lien avec les objectifs de traitement, ce qui permettra ultimement d'établir un réel partenariat entre l'infirmière ou l'infirmier et la personne atteinte de douleur chronique (Gottlieb & Feeley, 2007). De plus, l'enseignement doit se faire tant auprès de cette personne que de sa famille ou les proches importants pour elle. Ce partenariat assure une concertation des actions en vue de gérer la douleur, et est conforme aux recommandations de la Société québécoise de la douleur (2005) qui insiste sur l'implication des familles dans le processus de gestion de la douleur. Le personnel infirmier se doit ainsi de mobiliser la famille et l'entourage de la personne atteinte de douleur chronique, car leur soutien est vu comme un élément facilitateur dans la prise en charge du patient (Bair et coll., 2009; Sylvain & Talbot, 2002). Il est aussi important pour le personnel infirmier d'assurer une communication fluide avec la famille ou les proches afin d'être en mesure d'évaluer leur adhésion et leur satisfaction face au plan de traitement de la personne atteinte (RNAO, 2002).

SURVEILLANCE CLINIQUE

Chez les patients qui reçoivent des opiacés ou tout autre médicament ayant un effet dépressif sur le système nerveux central tels les anxiolytiques, les antiémétiques, les relaxants musculaires, etc., la surveillance clinique est primordiale (OIIQ, 2009). Celle-ci inclut une évaluation de la sédation et de l'état respiratoire des patients recevant des opiacés ou tout autre médicament ayant un effet dépressif du système nerveux central, et est d'une importance capitale pour l'infirmière ou l'infirmier. Plus spécifiquement, le niveau de sédation et l'état respiratoire doivent être évalués en fonction du pic d'action de l'opiacé administré et de la voie d'administration retenue. Le pic d'action d'un opiacé représente le moment où la personne est la plus à risque de subir une dépression du système nerveux central. Il est aussi nécessaire de porter une attention particulière aux personnes les plus à risque de présenter une dépression respiratoire, dont les personnes âgées, les patients souffrants d'insuffisance rénale ou hépatique, de maladie pulmonaire obstructive chronique, d'apnée du sommeil ou d'obésité ou celles prenant un autre médicament ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central (OIIQ, 2009; Gélinas, 2004). Cette surveillance ne touche pas que les patients hospitalisés; elle s'applique également aux patients vus en clinique ambulatoire et, en douleur chronique, lors de la modification du dosage ou de l'introduction d'un nouvel opiacé.

3. POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE APPROCHE GLOBALE ET INTÉGRÉE EN DOULEUR CHRONIQUE

En comparaison avec les directives canadiennes, étasuniennes et britanniques, le rôle du personnel infirmier québécois en gestion de la douleur chronique pourrait être davantage élargi et mieux défini, ce qui, ultimement, favoriserait le développement d'une approche globale et intégrée qui faciliterait la prise en charge de la clientèle souffrant de douleur chronique. À travers le monde, la gestion de la douleur chronique suscite un intérêt marqué dans les institutions, ce qui a permis l'émergence de plusieurs recommandations visant l'amélioration de gestion de ce problème de santé. En raison de l'omniprésence du discours médical dans l'élaboration des pratiques exemplaires en gestion de la douleur, peu de lignes directrices sur la gestion de la douleur s'adressent spécifiquement au personnel infirmier (Price & Cheek, 1996). Néanmoins, quelques-unes de ces lignes directrices offrent des balises intéressantes pour les interventions effectuées par l'infirmière ou l'infirmier en gestion de la douleur, et permettent ainsi de mieux circonscrire son rôle (JCAHO, 2000; VHA, 1998; RNAO, 2002). Le **tableau 2** permet de résumer les interventions issues de ces lignes directrices.

TABLEAU 2 : Résumé des interventions infirmières dans le suivi et le traitement de la douleur chronique

RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES DANS LE SUIVI ET LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

1) Dépistage de la douleur

2) Présence d'une douleur nécessitant une évaluation plus détaillée

- a) Évaluer la douleur avec des outils standardisés
- b) Évaluer la douleur de façon continue

3) Documentation et communication

- a) Avoir une documentation systématique, concise et claire de la douleur
- b) S'assurer de communiquer avec le patient, sa famille et les autres professionnels de la santé

4) Plan de traitement

- a) Mettre en application des mesures pharmacologiques (selon les ordonnances médicales ou les protocoles)
- b) Mettre en application des mesures non pharmacologiques
 - i. Optimiser le soulagement du patient
 - ii. Assurer la sécurité du patient (surveillance clinique en lien avec les opiacés)
 - iii. Gérer efficacement les effets secondaires des analgésiques
 - iv. Évaluer l'adhésion, la réponse, et la satisfaction du patient et de sa famille

5) Collaboration avec le patient et à sa famille

6) Enseignement adapté et personnalisé au patient et à sa famille

7) Vérification de la satisfaction du patient et de sa famille face au processus d'intervention

8) Interventions accomplies durant toute l'épisode de soins du patient

MODÈLES DE PRISE EN CHARGE PAR LE PERSONNEL INFIRMIER

Malgré des écrits québécois rapportant l'importance d'une approche interdisciplinaire concernant plusieurs professionnels de la santé, dont le personnel infirmier, ce dernier semble effectivement peu impliqué dans la gestion et l'évaluation de la douleur chronique en clinique interdisciplinaire de douleur (AËTMIS, 2006; SQD, 2005). Quelques initiatives québécoises révèlent tout de même la valeur ajoutée des infirmières et des infirmiers en clinique interdisciplinaire et en première ligne auprès des patients dans la gestion de la douleur chronique, particulièrement en proportion avec le soutien et l'enseignement qui leur sont offerts, ainsi qu'à leur famille ou à leurs proches. Ailleurs dans le monde, plusieurs modèles de prise en charge des personnes atteintes de douleur chronique accordent une importance marquée au rôle des infirmières et des infirmiers. Notons l'introduction des *Nurse Led Pain Clinics* au Royaume-Uni (<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/nurse-led-community-pain-management-clinic/207737>. article) et des *Nurse Pain Clinics* de la *Veteran Health Administration* (VHA) aux États-Unis.

En général, les infirmières et infirmiers œuvrant dans ces cliniques assument le rôle d'intervenant pivot en effectuant l'évaluation complète des patients, en participant à l'ajustement et l'évaluation de leurs traitements pharmacologiques et non pharmacologiques ainsi que les suivis subséquents, tout en mettant en place un plan d'enseignement individualisé pour chaque patient, ce qui rejoint le rôle attendu par l'OIIQ.

4. CONCLUSION

En conclusion, l'infirmière ou l'infirmier peut jouer un rôle accru dans la prise en charge de personnes atteintes de douleur chronique. De par sa formation et son expertise, le personnel infirmier possède la compétence pour évaluer globalement la personne souffrante et travailler de concert avec elle, sa famille ou ses proches et les autres professionnels de la santé, à une gestion optimale de la douleur. Ce rôle est en développement au Québec; les prochaines années devraient ainsi confirmer la « valeur ajoutée » du personnel infirmier dans la gestion de la douleur chronique et ce, pour le mieux-être des patients.

RÉFÉRENCES

1. Abbey, J., N. Piller, A. De Bellis, A. Esterman, D. Parker, L. Giles et coll. (2004). The Abbey pain scale: A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(1), 6.
2. Agence d'évaluation des technologies et des méthodes d'intervention en santé (AËTMIS). (2006). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse): Organisation des services de santé*. Montréal: AËTMIS.
3. American Society of Pain Management Nurses (ASPMN). (2002). *Core curriculum for pain management nursing*. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier Science W.B. Saunders Company.
4. Aubin, M., A. Giguère, T. Hadjistavropoulos et R. Verreault. (2007). L'évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer. *Pain Research & Management*, 12(3), 195-203.
5. Aubin, M., R. Verreault, M. Savoie, S. Lemay, T. Hadjistavropoulos, L. Fillion et coll. (2008). Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Canadian Journal on Aging*, 27(1), 45-55.
6. Bair, MJ, MS Matthias, KA Nyland, MA Huffman, D. Stubbs, K. Kroenke et coll. (2009). Barriers and facilitators to chronic pain self-management: A qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. *Pain Medicine*, 10(7), 1280-1290.
7. Boulard, M. et S. Le May. (2009). Pratique avancée en gestion de la douleur chronique: exploration d'un modèle de rôle anglais en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 11-18.

INTERVENTIONS DU PERSONNEL INFIRMIER EN CLINIQUE DE DOULEUR

Les interventions du personnel infirmier en clinique de douleur ont d'abord pour objectif d'aider le patient à apprendre à vivre avec la douleur et de s'y adapter, ce qui permet ultimement d'augmenter le sentiment de contrôle de la personne, de diminuer le catastrophisme et la sévérité de la douleur, sans toutefois la guérir. Avec l'aide d'un psychologue, l'infirmière ou l'infirmier peut également initier auprès du patient une thérapie cognitivocomportementale qui inclut le développement de nouvelles stratégies d'adaptation telles que la gestion du stress, la relaxation, la restructuration cognitive, la distraction, la résolution de problème et l'établissement d'objectifs. Ces techniques favorisent le développement de l'auto-efficacité du patient dans la gestion de sa condition douloureuse.

SOUTIEN DU PERSONNEL INFIRMIER: UN ÉLÉMENT FACILITATEUR DANS LA GESTION DE LA DOULEUR

La présence de ces infirmières et infirmiers auprès des personnes atteintes de douleur chronique a globalement pour effet de diminuer l'intensité de leur douleur, de les aider à mieux gérer les augmentations de douleur, d'augmenter leur satisfaction face à leur prise en charge et d'améliorer leur qualité de vie ainsi que leur niveau de fonctionnement. De plus, les personnes atteintes qui en bénéficient décrivent le personnel infirmier comme étant un élément facilitateur pour eux dans la gestion de leur douleur chronique.

8. Bourque, P., et D. Beaudette. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 14(3), 211-218.
9. Brooks, E. et J. Younce. (2007). A case management model for the ambulatory care patient experiencing chronic pain. *AAACN Viewpoint*, 29(1), 3-5.
10. Cleeland, CS et KM Ryan. (1994). Pain assessment: Global use of the brief pain inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23(2), 129-138.
11. Collignon, R., B. Giusiano, AM Boutin et J. Combes. (1997). Utilisation d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur chez le sujet sévèrement polyhandicapé. *Douleur et analgésie*, 10(1), 27-32.
12. Courtenay, M. et N. Carey. (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 2001-2013.
13. Fishman, SM (2005). Pain as the fifth vital sign. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 19(4), 77-79.
14. Gauthier, J., & S. Bouchard (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait anxiety inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 25(4), 559-578.
15. Gauvain-Piquard, A., C. Rodary, A. Rezvani, et J. Lemerle. (1988). La douleur chez l'enfant de 2 à 6 ans: Mise au point d'une échelle d'évaluation utilisant l'observation du comportement. *Douleur et analgésie*, 1(3), 127-133.
16. Gélinas, C. (2004). Prévenir la dépression respiratoire liée à certains médicaments. *Perspective infirmière*, 2(2), 1-5.
17. Gélinas, C., et C. Johnston. (2007). Pain assessment in the critically ill ventilated adult: Validation of the critical-care pain observation tool and physiologic indicators. *The Clinical Journal of Pain*, 23(6), 497-505.
18. Gottlieb, LN, et N. Feeley. (2007). La collaboration infirmière-patient: un partenariat complexe (MC Désorcy, trad.). Montréal, Beauchemin.
19. Gottrup, H., et TS Jensen. (2008). Assessment of the patient with neuroptahic pain. In PR Wilson, PJ Watson, JA Haythornthwaite & TS Jensen (Eds.), *Clinical pain management: Chronic pain*, 2e édition, Londres: Hodder Arnold, 132-144.
20. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le Domaine de la santé. *Projet de Loi 90, Chapitre 33, Québec* (2002).
21. Irachabal, S., M. Koleck, N. Rasclé & M. Bruchon-Schweitzer. (2008). Stratégies de coping des patients douloureux: Adaptation française du coping strategies questionnaire (CSQ-F). *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 34(1), 47-53.
22. Jarvis, C. (2009). Évaluation de la douleur: autre signe vital. In C. Jarvis (Ed.), *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (C. Gélinas Trad.). Montréal: Beauchemin, 189-208.
23. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO). (2000). *Pain assessment and management: An organisational approach*. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO.
24. Lamb, L., JX Pereira & Y. Shir. (2007). Nurse case management program of chronic pain patients treated with methadone. *Pain Management Nursing*, 8(3), 130-138.
25. Lebovits, A. (2008). The psychological assessment of pain in patients with chronic pain. In P. R. Wilson, P. J. Watson, J. A. Haythornthwaite & T. S. Jensen (Eds.), *Clinical pain management: Chronic pain*, 2e édition, Londres: Hodder Arnold, 122-131.
26. Metzger, C., M. Schwetta et C. Walter. (2007). Évaluation de la douleur. In A. Muller, C. Metzger, M. Schwetta et C. Walter (Eds.), *Soins infirmiers et douleur*, Paris: Masson, 3e édition, 174-195
27. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (1996). *L'exercice infirmier en soins critiques*. Montréal: OIIQ.
28. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2000). *L'exercice infirmier en soins de longue durée. Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie*. Montréal: OIIQ.
29. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2003a). *L'exercice infirmier en santé communautaire. Soutien à domicile*. Montréal: OIIQ.
30. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2003b). *Notre profession prend une nouvelle dimension - des pistes pour mieux comprendre la loi sur les infirmières et infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*. Montréal: OIIQ.
31. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2004). *Avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)*. Montréal: OIIQ.
32. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2006). *Le plan thérapeutique infirmier: La trace des décisions cliniques de l'infirmière*. Montréal: OIIQ.
33. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2009). *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central*. Montréal: OIIQ.
34. Price, K. et J. Cheek. (1996). Exploring the nursing role in pain management from a post-structuralist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5), 899-904.
35. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). (2002). *Nursing best practice guideline - assessment and management of pain*. Toronto: RNAO.
36. Richardson, C., N. Adams et H. Poole. (2006). Psychological approaches for the nursing management of chronic pain: Part 2. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1196-1202.
37. Richardson, C. et H. Poole. (2001). Chronic pain and coping: A proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 659-667.
38. Société québécoise de la douleur (SQD). (2005). *Projet de développement d'un programme national d'évaluation, de traitement et de gestion de la douleur chronique*. Montréal: SQD.
39. Stanos, S. et TT Houle. (2006). Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 17(2), 435-450.
40. Sylvain, H. et LR Talbot. (2002). Synergy towards health: A nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3), 264-273.
41. Veillette, Y., D. Dion, N. Altier et M. Choinière. (2005). The treatment of chronic pain in Quebec: A study of hospital-based services offered within anesthesia departments. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 52(6), 600-606.
42. Veterans Health Administration (VHA). (1998). *VHA national pain management strategy*. Washington, D.C.: VHA.
43. Wary, B. et C. Doloplus. (1999). Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur. *Soins Gériatrie*, (19), 25-27.
44. Watson, J. (1998). *Le caring: Philosophie et science des soins infirmiers* (J. Bonnet Trad.). Paris: Seli Arslan.