

Université de Sherbrooke

**Une étude comparative de la douleur chronique de la personne âgée institutionnalisée
telle que perçue par l'intervenant ainsi que par la personne âgée elle-même**

**Par :
Sylvie Paulin-Power**

**Maîtrise en gérontologie
Faculté des lettres et sciences humaines**

**Mémoire présenté à la Faculté des lettres et
sciences humaines en vue de l'obtention du
grade de maître es arts (M.A.) en gérontologie**

**(Octobre 1997)
Sherbrooke**



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-26605-2

Canada

..... À mon père

REMERCIEMENTS

Entreprendre un programme de maîtrise n'est pas évident lorsque l'on occupe un travail à temps complet. Plusieurs personnes ont cependant contribué à la réussite de l'objectif que je m'étais fixé. C'est avec beaucoup de gratitude que je leur offre mes remerciements.

Je désire d'abord remercier de tout coeur, mon époux, Serge et mes enfants, Aline et Marc-André. Ils ont accepté que je sois moins présente pour eux durant ces trois années et m'ont assuré leur support inconditionnel tout au long de mes études.

À ma conseillère principale, Dominique Lorrain, merci infiniment. Sa patience et sa précieuse aide m'ont permis de me perfectionner davantage dans la recherche gérontologique et m'ont poussé vers une amélioration constante.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à Gilbert Leclerc. Il fut un deuxième lecteur critique, mais son oreille attentive a fait de lui un conseiller extraordinaire pour plusieurs éléments de ma recherche.

Merci à Valois Robichaud, conseiller adjoint. Sa confiance en mes capacités, et ce depuis longtemps, a été pour moi une source de motivation profonde et constante tout au cours de mes études.

Un merci particulier aux autorités des quatre établissements qui m'ont permis d'effectuer mon étude chez eux. Merci aux employés que j'y ai rencontrés. Qu'ils aient ou non participé à l'étude, tous ont eu à mon égard un accueil que je n'oublierai jamais.

Merci aux quatre infirmières qui furent mes points de repère à l'intérieur des institutions visitées : Ginette Lebreton, Gisèle Fournier, Nicole Duke et Diane Comeau. Elles ont fait pour moi un travail remarquable.

Merci aux personnes âgées qui ont accepté de participer à l'étude. Sans elles, tous mes efforts auraient été inutiles.

Mes remerciements s'adressent aussi à Nathalie, Louise, Yvonne et surtout Pierrette pour la correction et la mise en page de mes textes. Leur goût du travail bien fait m'a permis de présenter des documents de qualité.

En dernier lieu, et de façon toute particulière, je désire témoigner toute ma gratitude à Denis Belisle. Il s'est introduit à l'intérieur de cette aventure comme co-conseiller principal alors que j'étais en grande difficulté et pensais pour la première fois, à me retirer du programme. Ses grandes connaissances de la statistique ainsi que sa capacité à simplifier "le difficile" ont contribué d'une manière toute particulière à l'obtention de ce diplôme.

RÉSUMÉ

La population est vieillissante. Le vieillissement est souvent accompagné de maladies chroniques qui engendrent des douleurs chroniques. Il semble que ce genre de douleur soit plus présente dans les institutions.

Plusieurs traitements sont proposés comme solution : certains d'ordre pharmacologique, d'autres d'ordre non pharmacologique. Quel que soit le traitement, celui-ci doit être précédé d'une évaluation juste et précise de la douleur chronique ressentie.

L'évaluation de la douleur chronique en institution est un élément crucial si on désire éliminer ce fléau. La grande subjectivité reliée aux éléments psychologiques et sociaux de la douleur chronique rend parfois son évaluation difficile pour les intervenant(e)s.

La présente étude a pour but de vérifier s'il existe une différence significative entre la douleur chronique ressentie par la personne âgée institutionnalisée et ce que pensent les intervenant(e)s de la douleur chronique de cette même personne âgée.

Trente personnes âgées de la région sanitaire no 6 au Nouveau-Brunswick ont été questionnées afin de connaître leur niveau de douleur chronique perçue. Quatre infirmier(ère)s et quatre préposé(e)s aux soins ont aussi évalué le niveau de douleur chronique de chacune de ces mêmes personnes âgées. Un total de quarante quatre intervenant(e)s étaient présent(e)s dans les deux sous-groupes. L'échelle visuelle analogue a été utilisée comme instrument de mesure.

La première hypothèse de travail supposait qu'il existait une différence significative entre le score accordé à sa douleur chronique par la personne âgée en comparaison à l'évaluation qu'en faisaient les intervenant(e)s. La seconde hypothèse supposait que la perception de l'intervenant(e) pouvait être reliée à certains facteurs socio-démographiques le (la) concernant.

La première hypothèse de travail est infirmée. Les résultats indiquent que les intervenant(e)s n'évaluent pas la douleur chronique des personnes âgées différemment de l'évaluation de leur propre douleur par ces dernières. Toutefois, les analyses des résultats relatifs à la seconde hypothèse laissent entrevoir certaines tendances qui ouvrent des pistes intéressantes pour des études ultérieures, que ce soit en vue d'effectuer une étude similaire dans la communauté ou en institution en regardant la douleur des personnes âgées confuses par exemple.

TABLES DES MATIÈRES

LISTES DES TABLEAUX	10
LISTE DES FIGURES	10
AVANT-PROPOS	11
INTRODUCTION	12
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE	16
1.1 L'énoncé du problème	16
1.1.1 Aspects démographiques	16
1.1.2 Prévalence de la douleur	16
1.1.3 Relation âge-perceptions douloureuses	18
1.1.4 Évaluation de la douleur	19
1.1.5 Modes de traitement	20
1.1.6 Problèmes douloureux en institution	21
1.1.7 Manque d'études systématiques	21
1.2 Les questions de recherche	23
1.3 La recension des écrits	24
1.3.1 Douleur aiguë versus douleur chronique	24
<i>1.3.1.1 Définition de la douleur</i>	24
<i>1.3.1.2 Douleur aiguë</i>	24
<i>1.3.1.3 Douleur chronique</i>	26
1.3.2 Différents aspects de la douleur chronique	27
<i>1.3.2.1 Douleur physique</i>	27
<i>1.3.2.2 Douleur psychologique</i>	28
<i>1.3.2.3 Douleur reliée au contexte social</i>	29
<i>1.3.2.4 Douleur totale</i>	31
1.3.3 Seuil de tolérance à la douleur	31
<i>1.3.3.1 Définition et généralités</i>	31
<i>1.3.3.2 Activités influençant le seuil de tolérance</i>	32
1.3.4 Douleurs chroniques des personnes âgées	33
<i>1.3.4.1 Différences avec la douleur chronique des gens plus jeunes</i>	34
<i>1.3.4.2 Similitudes avec la douleur chronique des gens plus jeunes</i>	36
1.4 Les postulats	37
1.5 Les objectifs	37
1.6 L'originalité et la pertinence	38

CHAPITRE 2 : LE CADRE OPÉRATOIRE	40
2.1 Les hypothèses de travail	40
2.2 Les variables	40
2.2.1 Variables dépendantes	40
2.2.2 Variables indépendantes	41
2.2.3 Variables contrôles	41
2.2.4 Opérationnalisation des variables	41
2.3 La définition de termes	42
2.3.1 Douleur chronique	42
2.3.2 Intervenant(e)s	42
2.3.2.1 <i>Préposé(e)s aux soins</i>	42
2.3.2.2 <i>Infirmières</i>	42
CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE	44
3.1 Les stratégies d'acquisition	44
3.1.1 Finalité	44
3.1.2 Objectif de connaissance	44
3.1.3 Dispositif	44
3.1.4 Choix de la stratégie	45
3.2 Les stratégies d'observation	45
3.2.1 Facteurs d'inclusion et facteurs d'exclusion	45
3.2.1.1 <i>Personnes âgées</i>	45
3.2.1.2 <i>Intervenant(e)s</i>	46
3.2.2 Échantillonnage	47
3.2.3 Consentement	48
3.2.4 Confidentialité	49
3.2.5 Procédures générales	49
3.2.6 Procédure de collecte des données	52
3.2.7 Instrument de mesure	54
3.2.7.1 <i>Choix</i>	54
3.2.7.2 <i>Conception</i>	56
3.2.7.3 <i>Validité</i>	56
3.2.8 Réserves méthodologiques	57
3.3 Les stratégies d'analyse	58
CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS	60
4.1 Les analyses descriptives	60
4.1.1 Taille des échantillons	60
4.1.2 Profil des sujets	61
4.1.2.1 <i>Personnes âgées</i>	61
4.1.2.2 <i>Intervenant(e)s</i>	62

4.2 Les analyses confirmatoires	64
4.2.1 Perception de la douleur chronique par la personne âgée et l'intervenant(e)	64
4.2.2 Différence des scores	65
4.3 L'analyse de variance	66
4.4 Les analyses de corrélation	70
CHAPITRE 5 : LA DISCUSSION	74
5.1 L'interprétation des résultats	74
5.2 Le renvoi aux hypothèses de travail	76
5.3 Le degré d'atteinte des objectifs	77
5.4 Le contrôle des biais	78
5.5 Les remarques sur l'instrument de mesure	81
5.6 Les possibilité d'études subséquentes	82
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES :	
1 - Lettre aux institutions	94
2 - Formulaire de consentement (personnes âgées)	95
3 - Formulaire de consentement(intervenants)	96
4 - Liste des résidant(e)s	97
5 - Liste des intervenant(e)s	98
6 - Évaluation de l'état mental de la personne âgée	99
7 - Questionnaire destiné aux personnes âgées	100
8 - Questionnaire destiné aux intervenants	102
9 - Échelle visuelle analogue	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1	Répartition des personnes âgées	60
Tableau 4.2	Répartition des intervenant(e)s	61
Tableau 4.3	Profil des personnes âgées	62
Tableau 4.4	Consommation médicamenteuse des personnes âgées	62
Tableau 4.5	Profil des intervenant(e)s selon le statut	63
Tableau 4.6	Profil des intervenant(e)s selon le sexe	63
Tableau 4.7	Scores du niveau de douleur chronique perçue	65
Tableau 4.8	Moyenne et écart type de la différence des moyennes	66
Tableau 4.9	Fréquences des âges des intervenant(e)s	67
Tableau 4.10	Moyenne des différences par le statut de l'intervenant(e)	69
Tableau 4.11	Analyse de variance de la moyenne des différences par le statut de l'intervenant(e)	69
Tableau 4.12	Moyenne de l'âge de l'intervenant(e) par le statut de l'intervenant(e) ..	70
Tableau 4.13	Analyse de variance de l'âge de l'intervenant(e) par le statut de l'intervenant(e)	70
Tableau 4.14	Corrélations pour l'ensemble des sujets	71
Tableau 4.15	Corrélations sans les 27 ans et moins	72

LISTE DES FIGURES

Figure 4.1	Distribution selon l'âge des intervenant(e)s	68
------------	--	----

AVANT-PROPOS

Ma certitude que l'un des buts premiers de mon rôle d'infirmière est de soulager les douleurs et les souffrances humaines date d'aussi loin que mon entrée dans la profession.

Depuis environ dix-huit ans, je travaille quotidiennement auprès des personnes âgées. Mes observations m'ont amenée à constater que la douleur aiguë, celle qui est apparente au travers de manifestations physiques très marquées, n'est pas problématique. La cause est généralement connue et le traitement rapidement amorcé. Au contraire, la douleur chronique est plus difficile à dépister parce qu'elle présente peu de signes extérieurs. Elle peut même parfois être ignorée complètement. La personne âgée se sent désarmée, isolée.

Les personnes oeuvrant dans les institutions doivent trouver les moyens d'enrayer ce fléau. Encore faut-il pour cela comprendre ce qu'est la douleur chronique, il faut en approfondir la nature, les causes et les conséquences. Les gens qui travaillent auprès des personnes âgées institutionnalisées souffrantes doivent être sensibilisés à l'importance de croire les personnes âgées lorsqu'elles se disent souffrantes et de les supporter dans ce qu'elles vivent.

Cet ouvrage s'adresse spécialement aux gens qui oeuvrent dans les foyers de soins, mais aussi, à tous ceux qui vivent quotidiennement avec ou auprès de la douleur chronique. Malgré le fait que l'étude ait été réalisée en institution, elle pourra aider tous les gens qui la côtoient régulièrement. Elle permettra, je l'espère, de démystifier cette douleur, de la faire mieux connaître, d'en permettre une évaluation plus juste et plus précise et par le fait même, de mieux la contrôler.

INTRODUCTION

Cet ouvrage constitue le résultat de trois années d'études intensives et de recherches en gérontologie. À travers une démarche scientifique, ce mémoire intègre à la fois les résultats de plusieurs études sur la douleur ainsi que les observations d'une pratique de longue date comme intervenante auprès des personnes âgées en institution.

Ce travail aborde le problème de l'évaluation par les intervenant(e)s du niveau de douleur chronique ressentie par les personnes âgées résidant en institution.

Au cours des années, l'étude du phénomène de la douleur a permis de faire une distinction très précise entre deux types de douleur. La douleur aiguë est celle qui est apparente au travers de manifestations physiques très marquées, et est généralement dûe à un traumatisme au niveau des tissus. Habituellement, l'évaluation et le traitement d'une telle douleur ne sont pas problématiques.

Avec le vieillissement, les douleurs chroniques, reliées ou non à différentes maladies, sont de plus en plus nombreuses.

La douleur chronique, pour sa part, se cache derrière un visage résigné : elle est peu apparente, ce qui explique la complexité de son évaluation et de son soulagement. Beaucoup de personnes âgées ressentent ce type de douleur et leur apparence physique est loin de démontrer les souffrances dont elles sont victimes. Pour cette raison, et parce que la cause est parfois inconnue, il arrive que l'intervenant(e) ait des doutes sur l'intensité de cette douleur (Smeltzer & Bare, 1994).

La douleur est une sensation. Elle est composée d'une partie objective et d'une partie subjective plus ou moins prononcée. De par sa durée, la douleur chronique possède souvent une partie subjective plus prononcée puisque la douleur psychologique et la douleur sociale y jouent un rôle important.

Plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que les personnes âgées institutionnalisées ont plus de douleur que les autres (Crook, Rideout & Browne, 1984; Boisvert, 1993), que ces douleurs sont insuffisamment traitées et que les membres du personnel y sont peu sensibilisés. Ceux-ci connaissent mal la douleur chronique et émettent parfois des commentaires laissant entendre que la personne âgée amplifie le niveau de sa douleur. Même s'ils sont dits sans malice, ces commentaires mettent en doute la crédibilité de la douleur perçue par la personne âgée.

Très peu de gens feignent la douleur et chacun a droit au soulagement lorsqu'il le demande. Afin d'en faire une bonne évaluation, il est primordial que l'importance donnée à la douleur du souffrant soit égale à celle qu'il dit ressentir, et ce, quelle qu'en soit l'origine. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas avec la personne âgée institutionnalisée.

Plusieurs approches ont été établies pour tenter de diminuer les douleurs chroniques. Une de ces approches propose une panoplie de médicaments administrés selon l'intensité des douleurs ressenties. L'autre approche est d'origine non pharmaceutique et est composée d'un ensemble de techniques physiques et psychologiques.

Quelle que soit l'approche visée, une attitude demeure essentielle pour soulager la douleur chronique; celle de croire en la souffrance exprimée par la personne âgée.

La présente étude avait pour but de vérifier si la douleur chronique perçue par la personne âgée institutionnalisée est perçue différemment par les intervenant(e)s et si la perception de ces dernier(ère)s est reliée à certains facteurs socio-démographiques le(la) concernant.

La lecture du premier chapitre conduit le lecteur vers une problématique particulière, celle de l'évaluation de la douleur chronique des personnes âgées demeurant en institution. La recension des écrits démontre l'ampleur du problème à travers sa prévalence, l'absence de consensus sur les relations entre l'âge et les perceptions douloureuses et les différents aspects de la douleur chronique. Par la suite, un regard est posé sur les différentes méthodes d'évaluation et de traitement connues. La recension des écrits révèle aussi le manque d'études scientifiques relativement à l'évaluation de la douleur chronique de la personne âgée à travers les yeux de l'intervenant(e).

Le chapitre 2 présente le cadre opératoire de l'étude, c'est-à-dire les hypothèses de travail et les différentes variables qui s'y rattachent. L'opérationnalisation des variables y est expliquée. Ce chapitre se termine par la définition de termes importants pour cette recherche, soient celles de la "douleur chronique" et de "l'intervenant(e)".

La méthodologie utilisée pour la collecte des données se retrouve au chapitre 3. La présente étude est fondamentale, possède un objectif de connaissance et un dispositif transversal. L'étude a été effectuée dans quatre foyers de soins du Nouveau-Brunswick où 30 personnes âgées et 44 intervenant(e)s ont été questionné(e)s à l'aide d'une échelle visuelle analogue. Le chapitre 3 se termine par une brève présentation de la stratégie d'analyse.

Le chapitre 4 débute par la description des caractéristiques des deux échantillons. Par la suite, on y retrouve l'analyse des résultats. Des analyses paramétriques ont été utilisées pour vérifier les hypothèses de travail. Bien que la première hypothèse ait été infirmée, les résultats laissent entrevoir des tendances qui ouvrent des pistes intéressantes.

La dernière partie est constituée de la discussion. Les résultats semblent intéressants puisqu'ils nous révèlent que la douleur chronique n'est pas vraiment mal évaluée par les intervenants. Il faut toutefois user de prudence avant de confirmer cet énoncé.

La discussion indique aussi les points forts et ceux devant être améliorés advenant la répétition d'études semblables. Elle identifie également certaines pistes nouvelles pour de futures recherches.

CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE

1.1 L'énoncé du problème

1.1.1 Aspects démographiques

La population vieillit à un rythme spectaculaire. Au Canada, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus se situe à près de 12 %. Elle représente un peu plus de trois millions de canadiens (Statistique Canada, 1991A). Cette proportion est appelée à doubler au cours des 30 prochaines années (Statistiques Canada, 1991B).

Les maladies chroniques augmentent avec l'âge. On suppose qu'en l'an 2000, c'est au moins 85 % de la population des 65 ans et plus qui en sera affligée (Davis, 1988; Herr & Mobily, 1991; Widner & Zeichner, 1993). La plupart des maladies chroniques engendrent de la douleur.

1.1.2 Prévalence de la douleur

L'étude du phénomène de la douleur a pris beaucoup plus d'ampleur dans les 25 dernières années (Paquin, 1991). En effet, les études se multiplient à un rythme très rapide bien que celles relatives à la douleur chronique des personnes âgées demeurent encore limitées.

D'abord, une étude randomisée effectuée auprès de 500 familles en 1984, démontre que 16 % de la population entre 18 et 105 ans avait eu un problème de douleur au cours des

deux dernières semaines. La prévalence de cette douleur était deux fois plus élevée chez les personnes de 60 ans et plus (Crook et al. , 1984).

Le rapport Nuprin (Sternbach, 1986) traitant de la douleur dans la population générale indique aussi que les gens plus vieux sont enclins à éprouver plus souvent des douleurs ostéo-articulaires.

En 1988, Thomas et Roy démontraient que 73 % des gens de plus de 60 ans éprouvent de la douleur.

Ce résultat est comparable à celui de Brochet (1990), alors qu'une étude effectuée auprès de 2792 personnes âgées entre 65 et 101 ans, confirme que 70% présentent des douleurs et que celles-ci sont chroniques dans 60 % des cas puisqu'elles durent depuis plus de 10 ans.

Plus récemment, Gibson, Katz, Corran, Farrell et Helme (1994) révèlent aussi que la douleur chronique est plus souvent présente chez les personnes âgées comparativement aux personnes plus jeunes.

Les études précédentes mettent en évidence l'importance de la douleur dans la population générale mais plus particulièrement chez la personne âgée. Elles ne font toutefois aucun lien avec le fait que cette personne soit institutionnalisée ou non.

Une étude de Roy & Thomas (1986) révèle pourtant que 83 % des résidents âgés institutionnalisés ont des douleurs chroniques.

Pour leur part, Ferrell, Ferrell & Osteweil (1990) évaluent entre 71 et 97 % les résidents des foyers de soins ayant rapporté au moins une plainte provoquée par la douleur. De ces derniers, 34 % avaient des douleurs continues.

Les résultats de ces recherches nous démontrent que la douleur chronique représente un problème majeur pour la population âgée et que ce problème peut parfois être aussi et même plus important en institution.

1.1.3 Relation âge-perceptions douloureuses

Les résultats d'études concernant la relation âge et perceptions douloureuses sont très controversées (Ferrell & Ferrell, 1990). Plusieurs auteurs (Sterbach, 1986; Portenoy & Farkash, 1988; Ferrell & Ferrell, 1990) pensent, que la sensibilité douloureuse, comme les sensations relatives aux organes de sens diminue en vieillissant. Selon Maheux, Lefebvre et Gauchon (1991), la perception douloureuse de la personne âgée n'est pas différente de celle des adultes plus jeunes mais la manière de l'exprimer l'est peut-être. Gibson et al. (1994), pensent aussi que les personnes âgées ont moins de plaintes de douleur mais la sévérité, la qualité et les dérangements liés à celles-ci sont comparables aux douleurs des gens plus jeunes.

Certains autres auteurs (Barbeau, Mallet et Guimond, 1991; Memram-Pourcher, Pras & Buvet, 1992), croient que la perception douloureuse augmente avec l'âge. Pour Memram-Pourcher et al. (1992), la dimension affective est une des raisons majeures de l'augmentation de la sensibilité douloureuse avec l'âge. Melding (1991) pense aussi que ce

n'est pas la sensation de douleur qui diminue en vieillissant mais plutôt le fait que les personnes âgées se plaignent moins. Certains constatent d'ailleurs (Ferrell & Ferrell, 1990) que la conséquence de croire que les personnes âgées ressentent moins de douleur peut engendrer une augmentation de leur souffrance et une diminution de leur qualité de vie. Il semble que nous ayons tendance à sous-estimer la prévalence et l'intensité des douleurs des personnes âgées (Roy & Thomas, 1986). Pourtant, il existe une corrélation entre l'âge et la douleur (Ferrell & al. , 1990). Étant donné la controverse du sujet, il est malheureux de constater que seulement 1 % de 4000 parutions annuelles sur le sujet font une relation entre les deux (Paquin, 1991; Melding, 1991; Widner & Zeichner, 1993; Boisvert, 1993).

1.1.4 Évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur chronique est une chose complexe. La majorité des auteurs (Boureau, Gay & Doubrere 1981 ; Grantham, 1984; Maheux & al., 1991; Memram-Pourcher & al., 1992; Boisvert, 1993; Dolbec, 1994; Helme, Gibson, Katz, Bradbeer, Farrell, Neufeld & Corran, 1996) préconisent une approche qui englobe les aspects physique, psychologique et social. L'évaluation doit, entre autres, être composée de l'histoire médicale avec examens physiques et biologiques complets, de l'histoire psychologique, en vue d'essayer de retracer un événement déclencheur et de l'histoire sociale pour tenter de connaître l'évolution de la douleur. Le but d'une évaluation précise de la douleur chronique n'est pas de l'éliminer complètement mais de la contrôler (Widner & Zeichner, 1993; Gourde, 1992).

1.1.5 Modes de traitement

Deux grandes alternatives sont proposées comme traitement pour contrôler la douleur chronique ; l'une d'origine pharmaceutique et l'autre d'origine non pharmaceutique.

La plupart des auteurs s'entendent pour séparer les traitements non pharmaceutiques en interventions physiques et interventions psychologiques.

Les principaux traitements d'ordre physique sont : les techniques neurochirurgicales, les programmes d'exercices, l'application de chaleur et/ou de froid, les manipulations, les infiltrations, les massages, l'acupuncture, la stimulation électrique percutanée, les ultrasons, les soins de confort.

Les principaux traitements d'ordre psychologique sont : l'écoute, la relaxation, l'hypnose, la rétroaction biologique, les distractions, le yoga, l'imagerie mentale et les thérapies de groupes.

Le but d'un traitement doit être avant tout, de redonner au souffrant chronique une vie productive et agréable (Wyant, 1983).

Selon Smeltzer et Bare (1994), les intervenant(e)s ont parfois tendance à penser que les analgésiques constituent le seul et unique moyen de soulager la douleur. Il(Elle)s doivent réaliser que les interventions non médicamenteuses peuvent beaucoup aider à augmenter l'efficacité de toutes autres mesures.

Les relations qui s'établissent entre les personnes âgées institutionnalisées et les intervenant(e)s sont très importantes pour le soulagement de la douleur chronique puisqu'elles sont parties intégrantes des traitements, surtout ceux d'ordre psychologique. En effet, la présence de personnes attentives auprès des gens qui souffrent est aussi considérée comme une thérapie possible (Smeltzer & Bare, 1994).

1.1.6 Problèmes douloureux en institution

En institution, de nombreux efforts sont déployés pour soulager la douleur chronique. Pourtant l'étude de Crook et al. (1984) démontre qu'entre 25 et 50 % des personnes âgées souffrent de douleurs sévères et que cette proportion est plus élevée dans les maisons de retraite. Boisvert (1993) mentionne aussi le fait que "les douleurs sont rarement bien soulagées dans les institutions de haut savoir". Pourquoi ? LiBrach (1992), dit que "l'absence de signes objectifs ainsi que les traits déprimés sont souvent mal interprétés et les plaintes de douleurs intenses du patient sont écartées". Les douleurs chroniques ressenties par les personnes âgées institutionnalisées passent souvent inaperçues parce que les signes extérieurs de ce type de douleur sont peu évidents étant donné qu'ils sont liés à une réaction du système nerveux parasympathique.

1.1.7 Manque d'études systématiques

La douleur de la personne âgée est un problème mal étudié (Memram-Pourcher & al., 1992), puisque très peu d'études ne s'est préoccupée de la perception des intervenant(e)s face à la douleur chronique des personnes âgées. Pourtant, en 1982, Heidrich et Perry affirmaient

déjà que "certaines infirmières ne savent pas comment évaluer la douleur et utilisent leur jugement pour savoir combien de douleur le patient doit avoir". Une étude de Romyn (1992), indique que le cours de base en soins infirmiers ne contient pas les informations nécessaires au contrôle de la douleur.

Alors que certains auteurs, (Ferrell, 1991; Collin, 1993) croient que la douleur est encore insuffisamment traitée et que le rôle de l'infirmière est de sensibiliser l'ensemble de l'équipe soignante à la douleur ressentie par le patient, Boureau (1986) va plus loin lorsqu'il affirme que celui qui souffre ne peut accepter l'idée d'être soupçonné d'inventer. Très peu de gens feignent la douleur (Armstrong, 1980; Heidrich & Perry 1982; Boureau, 1986; Gourde, 1992); leur douleur est réelle. Pourtant, il arrive parfois que l'infirmière mette en doute le bien fondé des demandes de soulagement (Edgar, 1991). Selon Smeltzer et Bare (1994), l'infirmière doit faire sienne la perception de la douleur de la personne qui souffre. Pour Enrk (1992), un principe doit être respecté : "Lorsque vous avez des doutes, croyez le patient".

Comme nous pouvons le constater, de nombreux auteurs sont d'avis que l'évaluation de la douleur des personnes âgées institutionnalisées par les intervenant(e)s est incomplète. Cette situation est sans doute reliée au manque de connaissance sur le sujet.

La recension des écrits à permis d'examiner les résultats d'une seule étude scientifique (Closs & Mphil, 1996) à propos du sujet traité.

Cette étude, tenue auprès de 208 infirmières travaillant dans quatre spécialités différentes avait pour but de connaître leurs connaissances sur la douleur des patients âgés de 70 ans ou plus ainsi que du contrôle de leur douleur.

Cette étude révèle que les infirmières travaillant sur un département de chirurgies aiguës avaient plus de bonnes réponses et qu'elles pensaient que les personnes âgées avaient plus de douleurs chroniques que les infirmières travaillant sur un département de gériatrie. L'étude révèle aussi que la grande variabilité dans les réponses reflète bien le manque de connaissances des infirmières à propos de la douleur chronique des personnes âgées.

Ces constatations sont un peu inquiétantes si on considère que l'infirmière est souvent la personne ayant le plus de contrôle sur le soulagement médicamenteux de la douleur chronique de la personne âgée demeurant dans les foyers de soins. Ces constatations nous poussent aussi à nous poser les questions de recherche qui suivent.

1.2 Les questions de recherche

Deux questions sont explorées par cette recherche :

1. Le niveau de douleur chronique perçue par la personne âgée institutionnalisée diffère-t-il de manière significative du niveau de douleur chronique (celui de la personne âgée) perçue par l'intervenant ?
2. Dans quelle mesure l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, les années d'expérience de l'intervenant ainsi que ses connaissances à propos de la

douleur chronique et l'appréciation qu'il a de la personne âgée sont-ils reliés à la perception qu'il a de la douleur chronique de cette dernière ?

1.3 La recension des écrits

La recension des écrits conduit vers une connaissance plus approfondie des différents aspects de la douleur et plus particulièrement vers les douleurs ressenties le plus souvent par les personnes âgées institutionnalisées.

1.3.1 Douleur aiguë versus douleur chronique

Tous les écrits sur la douleur font état de deux types très différents de douleur. La première est dite "aiguë", la seconde est "chronique". Que nous soyons en présence de l'une ou l'autre de ces douleurs, leurs notions fondamentales doivent être comprises afin d'assurer la mise en place d'actions efficaces.

1.3.1.1 Définition de la douleur

La définition de la douleur la plus souvent rencontrée est la suivante : "La douleur est une sensation désagréable associée à un dommage tissulaire ou interprété comme tel" (Watson, 1983; Grantham, 1984; Ouellette, 1993; Clifford, 1993; Dolbec, 1994; Mallifuge, 1994).

1.3.1.2 Douleur aiguë

Des deux sortes de douleurs connues, une seule est bien traitée (Jones, 1982). La douleur aiguë est celle qui pousse à l'intervention immédiate, puisqu'elle sert de signal

avertisseur (Boureau & al., 1981; Wyant, 1983; Grantham, 1984; Boureau, 1986; Maheux & al., 1991; Mallifuge, 1994).

Ce type de douleur s'accompagne de manifestations sérieuses causées par l'activité du système nerveux sympathique (Grantham, 1984; Barbeau & al., 1991; Ferrell, 1991; Maheux & al., 1991). Le souffrant devient pâle, en diaphorèse, présente une tachycardie ainsi qu'une tension artérielle élevée. Son visage est grimaçant, parfois larmoyant. Cette douleur a un début rapide, est limitée dans le temps et la cause est généralement connue (Néron & Bor, 1988). La douleur aiguë n'est pas problématique (Wyant, 1983; Barbeau & al., 1991). Elle est facile à décrire et à reconnaître (Watson, 1983; Clifford, 1993), généralement bien localisée et traitée (Wyant, 1983; Dolbec, 1994). Habituellement, la douleur aiguë est vaincue durant les premiers stades de la guérison (Paré & Brochu, 1993; Clifford, 1993). Étant donné qu'elle est liée à un dommage tissulaire, la douleur cesse dès que l'on remédie à la cause (Silvas, 1982; Smeltzer & Bare, 1994).

Une certaine forme d'anxiété peut être associée à la douleur aiguë (Grantham, 1984; Neron & Bor, 1988; Wyant, 1993; Paré & Brochu, 1993; Mallifuge, 1994), puisque le souffrant ne sait pas exactement ce qui lui arrive.

Dans certains cas, la douleur aiguë résiste aux traitements habituels et deviendra chronique (Boureau & al, 1981; Wyant, 1983; Ouellette, 1993), de là, l'importance de bien la traiter.

1.3.1.3 Douleur chronique

La douleur chronique n'est pas aussi facile à reconnaître; elle est mal comprise et demeure présente en permanence (Jones, 1982). Une douleur devient chronique quand elle persiste après le processus normal de guérison (Watson, 1983; Grantham, 1984; Dolbec, 1994). Alors que Ferrell, (1991) parle de trois mois, la majorité des auteurs s'entendent sur une douleur présente depuis plus de six mois (Granthman, 1984; Boureau & al., 1986; Neron & Bor, 1988; Field, 1991; Smeltzer & Bare 1994; Boisvert & Hall, 1997). La douleur chronique est celle qui dure et qui a perdu son utilité (Boureau & al., 1981; Wyant, 1983; Watson 1983) et le souffrant présente peu de signes physiques. Ce genre de douleur se cache plutôt derrière un visage résigné et épuisé (Librach, 1992), signes indiquant que le système parasympathique a restauré son équilibre interne (Watson, 1983; Maheux & al., 1991; Ferrell, 1991). Même si les signes sont moins apparents que ceux reliés à la douleur aiguë, la douleur chronique est aussi difficile à supporter; elle isole le souffrant et l'espérance de guérison diminue (Cashall, 1973). On suppose parfois à tort que ceux qui souffrent doivent avoir les signes associés à la douleur aiguë. Les personnes âgées peuvent même dormir avec des douleurs chroniques vives, mais celles-ci perturbent leur sommeil et les isolent davantage dans leur sentiment dépressif. La douleur chronique peut être intermittente ou constante.

La douleur chronique n'est pas associée à un dommage tissulaire visible. L'étendue de la lésion n'est donc pas un critère pour son évaluation et son traitement (Boureau, 1986; Boureau, 1987; Keefe et Williams, 1989). Ceci peut expliquer les difficultés rencontrées par les intervenant(e)s pour déterminer une action efficace.

La douleur chronique peut être très destructive à cause de ses conséquences physiques, psychologiques et sociales (Jones, 1982; Paré & Brochu, 1993). Elle peut se prolonger des mois, même des années. Le patient finit par se décourager, (Boureau, 1986); c'est pourquoi, la douleur chronique est souvent associée à la dépression (Maheux & al., 1991; Ferrell, 1991; Memram-Pourcher & al., 1992; Clifford, 1993; Mallifuge, 1994; Hitchcock, Ferrell & McCaffery, 1994, Boisvert & Hall, 1997). Cette dépression s'exprime surtout par des troubles du sommeil, de l'irritabilité, de l'anorexie, de la fatigue, de l'isolement social et la perte des capacités physiques.

Généralement, les intervenant(e)s connaissent mieux les caractéristiques de la douleur aiguë que celles de la douleur chronique (Smeltzer & Bare, 1994).

1.3.2 Différents aspects de la douleur chronique

1.3.2.1 Douleur physique

Le contrôle de la douleur est important pour la qualité de vie et la qualité de soins des résident(e)s des institutions à long terme (Ferrell et al., 1990). La douleur physique mal contrôlée peut engendrer des difficultés d'ambulation provoquant ainsi une plus grande douleur (psychologique et sociale) parfois allant aussi loin que le retrait et l'isolement.

La douleur physique est une sensation pénible, désagréable ressentie par une partie du corps. Une sensation, c'est un phénomène qui traduit de façon intense une stimulation à un organe (Larousse, 1993). Des stimuli excessifs apportés à n'importe lequel de nos organes de sens (yeux, peau etc...) peuvent être perçus comme douloureux (Boureau, 1986). La

douleur n'a pas de récepteur propre et est interprétée par le cerveau en entier. Même si la douleur, tout comme les organes de sens, n'a pas de récepteur spécifique, le niveau de douleur physique dépend en partie de cette stimulation, Il dépend aussi de certains autres facteurs psychologiques et sociaux dont il sera question plus loin.

L'intervenant(e) ne doit jamais mettre en doute la bonne foi de la personne qui dit avoir de la douleur. Si la cause physique de celle-ci n'est pas connue, il ne faut pas conclure que la personne ne souffre pas vraiment (Smeltzer & Bare, 1994). La douleur, contrairement à la souffrance se vit dans le somatique.

A la base, chacun doit comprendre que la douleur physique relève d'une réaction somatique à un stimulus douloureux. Selon Paquin (1991), "La douleur se situe à la frontière exacte du psyché et du somatique".

1.3.2.2 Douleur psychologique

Beaucoup d'auteurs associent le terme "souffrance" à la douleur psychologique. La douleur chronique, de par sa durée, est beaucoup plus reliée à la souffrance que la douleur aiguë (Helme & Katz, 1993). Comme mentionné plus tôt, elle s'exprime souvent par la dépression. Le cercle vicieux s'installe. La dépression augmente la difficulté à supporter la douleur, celle-ci intensifie la dépression (Wyant, 1983).

La douleur engendre un stress qui diminue les capacités d'adaptation (Droulin, 1981; Keefe & William, 1989). En fait, l'intensité de la douleur est proportionnelle à la réaction

émotionnelle qu'elle provoque (Bergeron & Xénos, 1984). C'est cette réaction émotionnelle qui est le principal facteur de stress relié à la douleur. Une des tensions psychologiques les plus importantes reliées à la douleur chronique est l'anticipation de la prochaine crise (Droulin, 1981; Wyant, 1983).

Au point de vue psychologique, la réponse douloureuse ainsi que la perception de la douleur dépendent beaucoup de ce qu'elle représente pour le souffrant (McMahan & Miller, 1978; Mallifuge, 1994). Le niveau de douleur dépend aussi de plusieurs autres facteurs : l'évaluation qu'en fait la personne, ses capacités d'adaptation et ses stratégies de gestion.

Un élément demeure primordial pour diminuer le stress et, par le fait même, la douleur psychologique. La personne qui a de la douleur chronique doit avoir la certitude qu'elle est crue. Une relation de confiance est essentielle, car celle-ci est un des éléments clés dans son contrôle de la partie psychologique de la douleur.

Plusieurs auteurs (Grantham, 1984; Pargade, 1985; Belliveau, 1987; Memram-Poucher & al., 1992; Dolbec, 1994) croient que la personnalité a un important rôle à jouer dans les perceptions douloureuses.

1.3.2.3 Douleur reliée au contexte social

Le contexte social joue aussi un rôle très important dans la perception de la douleur. Ses répercussions sur la vie quotidienne sont nombreuses. Le sujet qui ressent une douleur chronique voit son mode de vie changer, parfois radicalement. Il est d'abord limité dans ses

mouvements, se retrouve isolé, l'inactivité le guette, provoquant par le fait même une diminution de son estime. Il s'isole davantage et un autre cercle vicieux s'installe. Mallifuge (1994) parle même d'une perte totale de confiance en soi reliée à l'impuissance ressentie.

La diminution des capacités physiques peut aussi entraver les relations avec l'entourage du souffrant. Les douleurs chroniques reliées à une maladie chronique affectent toute l'unité familiale (Dezzani Martin, 1995). Le fait d'avoir des douleurs chroniques peut devenir une façon de s'affirmer, de se distinguer des autres (Belliveau, 1987) ou de légitimer sa dépendance par sa perte de mobilité (Melding, 1991). La réaction des proches peut parfois renforcer le comportement douloureux (Grantham, 1984). Si des sentiments comme la pitié, la culpabilité, le regret, etc... animent les proches, ceux-ci peuvent choisir d'effectuer beaucoup de tâches et prendre les décisions à la place de la personne souffrante.

Selon certains auteurs (Boureau & al., 1981; Wyant, 1983; Grantham, 1984; Lemay, 1993), il arrive aussi que le sujet prenne inconsciemment certains avantages à cette situation: conserver un rôle, obtenir un privilège, capter l'attention, sont autant de raisons reliées à la persistance d'une douleur.

Selon Combes-Metton et al. (1993), l'augmentation de l'intensité douloureuse est souvent reliée à certains événements pénibles de la vie.

1.3.2.4 Douleur totale

Il est réellement très difficile de séparer les différents aspects de la douleur. L'humain étant un être entier, toutes les sensations et les émotions doivent être interprétés selon une approche holistique.

Plusieurs des auteurs consultés (Boureau & al., 1981; Grantham, 1984; Bergeron & Xénos, 1984; Keefe & Williams, 1989; Memram-Pourcher, 1992, Helme & al. , 1996) ne peuvent faire une démarcation entre les aspects biopsychosociaux de la douleur chronique. C'est pourquoi la douleur que voulait explorer cette étude a été définie comme étant une douleur totale. Aucune distinction n'a été faite concernant les causes probables ou réelles, quelles soient physiques, psychologiques ou sociales. En prenant ainsi une approche globale, il a été possible de répondre aux besoins d'une souffrance globale et ainsi voir le résidant sous tous les angles, dans son unicité tel que le préconise Boisvert (1993). La douleur chronique est multidimensionnelle et nous devons en être conscients.

Une intervention qui réduit l'effet de n'importe laquelle des trois composantes de la douleur va aussi réduire la douleur totale (Armstrong, 1980).

1.3.3 Seuil de tolérance à la douleur

1.3.3.1 Définition et généralités

Le seuil de tolérance à la douleur peut être défini comme l'intensité maximale d'un stimulus (douleur) qu'un individu est disposé à supporter (Armstrong, 1980; Bergeron &

Xénon, 1984, Smeltzer & Bare, 1994). Le seuil de tolérance diffère grandement d'un individu à l'autre et parfois même d'une situation à l'autre. Les expériences passées, les anticipations futures, l'équilibre psychique, l'héritage culturel, les attitudes apprises ainsi que les antécédents sociaux, médicaux et personnels ont un impact important sur le seuil de tolérance à la douleur. C'est sans doute pourquoi les gens et même les sociétés ne réagissent pas tous de la même manière à la douleur (McMahon & Miller, 1978). Le message douloureux va être comparé aux autres expériences antérieures et la réaction obtenue sera influencée par les facteurs personnels (Boureau, 1986). En effet, chacun assimile au cours de sa vie, une série de conduites acceptables face à sa douleur (Smeltzer & Bare, 1994) et le seuil de tolérance de chaque personne est aussi déterminé par ce qui est acceptable ou non pour elle.

On croit souvent que les personnes qui ont beaucoup souffert s'habituent à la douleur. Contrairement à cette croyance, leur seuil de douleur est plus bas et elles tolèrent moins bien la présence de la douleur : pire encore, elles la craignent (Smeltzer & Bare, 1994).

1.3.3.2 Activités influençant le seuil de tolérance

Il existe de nombreuses manières d'influencer le seuil de tolérance à la douleur. La mise en place d'activités positives et agréables aide à augmenter le seuil de tolérance. Le sommeil, la distraction, les activités sociales et récréatives, le support de la famille, les interventions liées au confort, le soulagement des autres symptômes (constipation, fièvre, diaphorèse, etc...), la compagnie, les émotions positives, etc sont des activités qui aident à

cette fin. Bergeron et Xénos (1984) rapportent aussi que le fait d'avoir confiance dans l'équipe soignante peut avoir comme effet une réduction de la douleur. Le fait d'être cru lors de plaintes de douleur fait partie de cette confiance.

A l'opposé, beaucoup d'éléments diminuent le seuil de tolérance à la douleur. Ce sont des stimuli négatifs qui engendrent des émotions négatives : la solitude, l'isolement, la peur, l'anxiété, l'inconfort, l'insomnie, la fatigue, la tristesse et l'inconnu. La crainte que les personnes significatives doutent de la réalité de leur douleur augmente l'anxiété et par le fait même diminue le seuil de tolérance en la douleur (Smeltzer & Bare, 1994). Étant donné que la confiance envers les membres du personnel et la crainte de ne pas être cru peuvent avoir des répercussions sérieuses sur le seuil de tolérance à la douleur, l'évaluation de la douleur de la personne âgée doit refléter les souffrances réelles ressenties. Les jugements doivent aussi être évités.

La douleur est plus intense la nuit, lorsqu'on est seul (Grantham, 1984). Si en plus la personne âgée présente de l'insomnie, cette douleur peut devenir insupportable.

Enfin, certains facteurs reliés à l'environnement peuvent influencer l'augmentation ou la diminution du seuil de tolérance à la douleur, ce sont : la chaleur, l'air, l'humidité, etc (Droulin, 1981).

1.3.4 Douleurs chroniques des personnes âgées

La douleur chronique des personnes âgées est-elle différente de celle des gens plus

jeunes ? Pamela Melding (1991) se pose aussi la question : "Y a-t-il une douleur gériatrique?" Les expériences cliniques révèlent que les personnes âgées ont beaucoup de douleur (Melding, 1991). Ce sont les douleurs musculo-squelettiques qui constituent la première cause de douleur chez les personnes âgées (Ferrell, 1991; Maheux & al. , 1991). Selon Lorig, Laurin et Holman (1984) entre 60 et 90 % des personnes de plus de 65 ans ont de l'arthrite. Cette maladie est reliée aux douleurs chroniques des aînés.

La douleur chronique des personnes âgées semble différente de celle des gens plus jeunes. Plusieurs auteurs pensent qu'il y a autant de similitudes que de différences entre elles (McGrae, 1982; Lorig & al., 1984; Middaugh, Levin, Kee, Barchiesi & Roberts, 1988; Keefe & Williams, 1990; Sorkin, Rudy, Hanlon & Turk, 1990; Herr & Mobily, 1991; Maheux & al., 1991). La douleur aiguë n'est pas toujours ressentie aussi vivement par les personnes âgées que par les gens plus jeunes, mais leurs douleurs chroniques peuvent être plus intenses puisqu'elles peuvent s'irradier loin du siège de la douleur primaire.

1.3.4.1 Différences avec la douleur chronique des gens plus jeunes

La douleur chronique des personnes âgées diffère de celle des plus jeunes surtout en ce qui a trait à l'expression douloureuse et par le fait même, à l'évaluation qu'on doit en faire. Les personnes âgées peuvent ne pas rapporter leurs symptômes parce qu'elles pensent que c'est normal d'avoir mal avec l'âge et la maladie (Ferrell 1991; Smeltzer & Bare, 1994). Cette dénégarion de leur douleur peut aussi être reliée à la crainte d'une dépendance

médicamenteuse (Smeltzer & Bare, 1994). L'intervenant(e) doit développer des habiletés pour détecter des personnes âgées qui nient la présence de douleurs. Des discussions pourront permettre d'examiner les différentes possibilités de soulagement tout en respectant le désir de la personne souffrante.

L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées doit aussi tenir compte de tous les facteurs qui peuvent être perçus comme facteurs déclanchants les crises douloureuses. Un coup d'oeil doit aussi être fait sur les éléments qui aident habituellement à réduire l'intensité de leur douleur.

L'expression douloureuse de la personne âgée est pauvre (Delomier, 1985; Memram-Pourcher & al., 1992) et bien en dessous de ce que le malade ressent (Delomier, 1985).

Les pertes relatives au vieillissement : vision, ouïe, mobilité, etc peuvent affecter la communication. Beaucoup de personnes âgées subissent aussi des pertes de mémoire, de la confusion, des troubles du langage, un ralentissement ou une impossibilité à répondre. La consommation médicamenteuse peut aussi perturber les capacités de communication.

L'évaluation de la douleur chronique de la personne âgée doit se faire verbalement, si possible. Certaines personnes âgées ne désirent pas toujours s'exprimer verbalement, c'est pourquoi l'intervenant(e) doit parfois utiliser l'observation. Cette pratique ne donne pas la certitude d'obtenir tous les éléments nécessaires au contrôle de la douleur et ne peut remplacer les plaintes verbales. De ce fait, elle est plutôt utilisée quand d'autres facteurs

rendent l'utilisation de l'expression verbale impossible. En effet, l'analyse de la communication non verbale sera nécessaire lorsque des problèmes de langage sont évidents, par exemple (Boureau, 1987; Memram-Pourcher, 1992). Dans les cas de déficits cognitifs marqués, l'intervenant(e) doit observer les autres indicateurs de douleur : l'analyse des mimiques et grimaces faciales, de l'agitation et des cris est parfois nécessaire (Ferrell & Ferrell, 1990). L'observation de la posture et l'expression faciale sont aussi ce que préconisent Closs et Mphil (1996). Les mouvements corporels peuvent parfois nous apporter certaines informations.

1.3.4.2 Similitudes avec la douleur chronique des gens plus jeunes

Certaines similitudes sont aussi observées entre les douleurs chroniques des personnes âgées et celles des gens plus jeunes.

D'abord, les principes de base pour son contrôle sont les mêmes que les gens soient jeunes ou âgés (Helme & Katz, 1993).

Les stratégies d'adaptation demeurent aussi sensiblement les mêmes indépendamment de l'âge. C'est ce qui ressort d'une étude de Keefe et Williams effectuée en 1990.

Pourtant, une étude effectuée deux ans plus tôt par Portenoy et Farkash (1988), révèle que les personnes âgées pensent posséder moins de stratégies d'adaptation que les personnes plus jeunes. L'étude de McGrae (1982) avait aussi démontré qu'il n'y avait pas de

différence dans la quantité de mécanismes pour s'adapter utilisés entre les gens d'âge moyen et les personnes âgées sauf que les moyens peuvent être différents.

Selon Middaugh et al. (1988), un programme de réhabilitation multidisciplinaire de la douleur chronique est aussi efficace sinon, plus efficace pour les personnes âgées. Pourtant, Gatz et Pearson (1988) démontrent que les personnes âgées sont référées moins souvent dans des centres pour traitement de la douleur.

Finalement, l'étude de Sorkin et al., (1990) révèle qu'en plus de n'avoir aucune différence entre les personnes âgées et les personnes plus jeunes dans le nombre de stratégies d'adaptation, il n'y a pas de différence non plus dans la quantité de gens qui acceptent un traitement, ni dans la quantité d'activités rapportées. Ceci signifie, d'après les auteurs, que l'âge n'est pas un facteur à considérer pour l'amorce d'un traitement.

1.4 Les postulats

La présente recherche sera basée explicitement sur deux postulats :

- 1° Il n'y a pas de douleur imaginaire;
- 2° La douleur est ce que la personne souffrante affirme qu'elle est et non ce que les autres voudraient qu'elle soit et elle est présente aussi souvent qu'elle le dit.

1.5 Les objectifs

Après avoir fait une recension exhaustive des écrits, il nous semble évident qu'il existe très peu de publications concernant la connaissance des intervenant(e)s sur le sujet de la douleur chronique chez les personnes âgées institutionnalisées.

Nous savons par contre, que beaucoup de gens qui oeuvrent auprès de nos aînés ont besoin d'être sensibilisés à ce problème (Heidrich & Perry, 1982; Ferrell, 1991; Collin, 1993).

«Les intervenant(e)s qui pensent pouvoir estimer l'intensité de la douleur d'un patient par une simple inspection visuelle se leurrent et leur attitude constitue la principale cause de traitement inadéquat de la douleur.»

Librach, 1992

Les objectifs de cette recherche sont :

1. Vérifier s'il existe une différence significative entre le niveau de douleur chronique perçue par la personne âgée institutionnalisée et le niveau de douleur chronique (celui de la personne âgée) perçue par l'intervenant.
2. Vérifier si la perception du niveau de douleur chronique de la personne âgée telle que perçue par l'intervenant(e) est reliée de manière significative à son âge, à son sexe, à ses années d'expérience, à son niveau de scolarité, à ses connaissances à propos de la douleur chronique ainsi qu'à la perception qu'il a de la personne âgée concernée.

1.6 L'originalité et la pertinence

L'étude de la douleur chronique et surtout son évaluation ont fait l'objet de nombreuses études depuis les dernières années. Pourtant peu d'écrits font une relation entre douleur et âge, encore moins entre les différentes perceptions selon que l'on soit intervenant(e) ou bien personne âgée souffrante elle-même. Cette recherche a permis d'observer la douleur chronique des personnes âgées institutionnalisées sous un angle différent

des autres études. Les résultats ont contribué à faire la lumière sur une des raisons qui expliquent pourquoi la douleur chronique demeure non traitée. Beaucoup d'auteurs mentionnent que la douleur chronique est mal comprise. Pourtant aucune étude n'a été effectuée afin de savoir si l'évaluation de la douleur chronique par les intervenant(e)s n'était pas inadéquate du fait qu'ils la connaissent peu, ou pire encore, n'y croient pas.

CHAPITRE 2 : LE CADRE OPÉRATOIRE

2.1 Les hypothèses de travail

Les hypothèses de travail de cette recherche sont les suivantes :

1. Le niveau de douleur chronique perçue par la personne âgée institutionnalisée est significativement supérieur au niveau de douleur chronique (celui de la personne âgée) perçue par l'intervenant(e).
2. Le niveau de douleur chronique de la personne âgée institutionnalisée tel que perçue par l'intervenant(e) est différent selon l'âge, le sexe, les années d'expérience, le niveau de scolarité de ce(tte) dernier(ère) ainsi que selon ses connaissances sur la douleur chronique et l'appréciation qu'il(elle) a de la personne âgée ayant la douleur.

2.2 Les variables

2.2.1 Variables dépendantes

Elles sont au nombre de deux :

- 1° Le niveau de douleur chronique perçue par la personne âgée institutionnalisée;
- 2° Le niveau de douleur chronique de la personne âgée institutionnalisée tel que perçu par l'intervenant(e).

2.2.2 Variables indépendantes

Elles sont au nombre de six :

- 1° L'âge de l'intervenant(e) ;
- 2° Le sexe de l'intervenant(e) ;
- 3° Les années d'expérience de l'intervenant(e) ;
- 4° Le niveau de scolarité de l'intervenant(e) ;
- 5° Les connaissances de l'intervenant(e) à propos de la douleur chronique ;
- 6° L'appréciation qu'a l'intervenant(e) de la personne âgée ayant de la douleur.

2.2.3 Variables contrôles

Elles sont au nombre de trois :

- 1° L'âge de la personne âgée ;
- 2° La durée d'institutionnalisation de la personne âgée ;
- 3° La quantité de médicaments contre la douleur consommée par la personne âgée.

2.2.4 Opérationnalisation des variables

Les variables dépendantes visant à évaluer les perceptions douloureuses ont été opérationnalisées grâce à l'instrument de mesure, "échelle visuelle analogue" (EVA) (Huskisson, 1983).

Les variables indépendantes ont été analysées suite à la collecte des données sociodémographiques recueillies lors de l'entrevue de chacun(e) des intervenant(e)s.

2.3 La définition de termes

2.3.1 Douleur chronique

En suivant l'exemple de nombreux auteurs, la définition de la douleur chronique que nous avons retenue pour cette étude est la suivante : c'est une douleur qui persiste depuis plus de six mois. Elle n'est pas due à un dommage tissulaire visible. Elle peut être constante ou intermittente, présente toujours à la ou aux mêmes articulations. Elle peut être diagnostiquée ou non, traitée ou non.

2.3.2 Intervenant(e)s

Ils étaient divisés en deux sous-groupes.

2.3.2.1 *Préposé(e)s aux soins :*

Il s'agit d'intervenant(e)s qui donnent des soins de bases complets et sécuritaires à la personne âgée institutionnalisée, sous la supervision d'un(e) infirmier(e) enregistré(e). Ils peuvent être aides en soins gériatriques ou infirmier(ère)s auxiliaires.

2.3.2.2 *Infirmières :*

Il s'agit d'intervenantes ayant suivi un cours en soins infirmiers, soit au niveau du diplôme ou du baccalauréat, ayant un permis de pratique comme infirmière enregistrée

au Nouveau-Brunswick et qui s'occupent de l'évaluation des besoins, de la supervision et du suivi des soins dispensés à la personne âgée institutionnalisée.

CHAPITRE 3 : LA MÉTHODOLOGIE

3.1 Les stratégies d'acquisition

3.1.1 Finalité

L'étude effectuée avait une finalité fondamentale. Elle a servi à augmenter et approfondir nos connaissances ainsi qu'à développer un nouveau savoir sur la perception de la douleur chronique des personnes âgées institutionnalisées.

3.1.2 Objectif de connaissance

L'objectif visé en était un de connaissance. Très peu d'écrits ont abordé le thème de la douleur chronique telle que perçue par la personne souffrante, comparativement à la perception qu'en ont les intervenant(e)s. Le choix de l'objectif a été guidé par l'intérêt de la chercheuse pour la question. Cette étude a servi aussi à faire des liens entre certaines variables afin de clarifier les éléments de la problématique et d'identifier certains facteurs qui en sont responsables. Elle a pu, par exemple, nous permettre de vérifier si un ou plusieurs facteurs socio-démographiques, reliés à l'intervenant(e), jouent un rôle dans la perception qu'il a de la douleur chronique de la personne âgée.

3.1.3 Dispositif

L'étude a eu recours à un dispositif transversal. Chaque sujet faisant partie de l'échantillon des personnes âgées ou de l'échantillon des intervenant(e)s, n'a été observé

qu'une seule fois. Ce dispositif a permis de recueillir beaucoup d'informations tout en saisissant le phénomène de la perception de la douleur chronique dans son milieu naturel, sans provoquer de nouvelles situations.

3.1.4 Choix de la stratégie

Le choix de cette stratégie de recherche se justifiait par l'importance de déterminer rigoureusement l'existence ou la non-existence d'une différence de perception de la douleur chronique de la personne âgée institutionnalisée par l'intervenant(e) ou la personne âgée souffrante elle-même. Elle avait aussi l'avantage d'impliquer des coûts modestes et d'imposer un temps de réalisation relativement court.

3.2 Les stratégies d'observation

3.2.1 Facteurs d'inclusion et facteurs d'exclusion

3.2.1.1 Personnes âgées

Sept critères d'inclusion ont été définis pour déterminer l'admissibilité des sujets du groupe des personnes âgées à cette étude :

- 1° Demeurer dans un foyer de soins de la Région sanitaire no. 6 au Nouveau-Brunswick.
- 2° Avoir 65 ans ou plus.
- 3° Pouvoir s'exprimer en français.
- 4° Être lucide.
- 5° Pouvoir s'exprimer verbalement.

- 6° Manifester des douleurs chroniques telles que définies par l'étude.
- 7° Accepter de participer à l'étude.

Un facteur fut considéré comme élément d'exclusion : les personnes âgées ayant des troubles psychiatriques.

3.2.1.2 Intervenant(e)s

Les intervenant(e)s des deux groupes (infirmières et préposé(e)s aux soins) devaient remplir les trois conditions suivantes :

- 1° Avoir travaillé au moins à demi-temps au cours de la dernière année.
- 2° Travailler majoritairement durant des relais de soirée et /ou de jour.
- 3° Avoir accepté de participer à l'étude.

Après vérification auprès des directrices des soins des quatre foyers de soins qui avaient été retenus pour l'étude, au moins 60% des personnes âgées demeurant dans ces institutions de soins prolongés vivaient avec des déficits cognitifs plus ou moins prononcés. Par ailleurs, selon Roy et Thomas (1986), environ 83 % des résidant(e)s institutionnalisés(e)s ont des douleurs chroniques. Étant donné que la clientèle résidant dans les quatre foyers de soins visités n'était constituée que de 280 personnes âgées, il était prévisible que les personnes âgées qui constitueraient le groupe cible de cette étude ne serait pas abondantes. En effet, les facteurs mentionnés plus haut accompagnés des facteurs d'inclusion nous le laissent supposer. Finalement, l'échantillon duquel furent choisis les 30 sujets faisant partie du groupe des personnes âgées n'était composé que de 35 personnes.

3.2.2 Échantillonnage

L'échantillonnage a été fait auprès de quatre foyers de soins de la région sanitaire no.6 au Nouveau-Brunswick. Le choix de ces quatre foyers de soins a été fait de manière non probabiliste par choix raisonné.

La région sanitaire no. 6 possède huit foyers de soins. Étant donné que le foyer de soins d'Inkerman possède une vocation psychogériatrique, les 30 résident(e)s qui y habitent n'ont pu être inclus. Dans ce protocole de recherche, le foyer de soins où travaille la chercheuse a aussi été exclus volontairement afin de contrôler certains biais tels que, l'effet de l'expérimentateur, l'effet de sympathie, l'effet de prestige et l'effet Rosenthal. Deux autres foyers de soins ont été volontairement omis. Il s'agit des deux plus petits foyers restant après l'exclusion de celui d'Inkerman. Ces choix ont été nécessaires afin d'assurer la présence d'une quantité suffisante de sujets du groupe des intervenant(e)s.

Les quatre foyers de soins qui ont été choisis pour l'étude sont ceux de Caraquet (62 lits), Tracadie (64 lits), Lamèque (54 lits) et Bathurst (100 lits), ce qui représente une population de 280 personnes âgées. L'étude fut composée de deux échantillons distincts :

- 1- Les personnes âgées institutionnalisées ;
- 2- Les intervenant(e)s, qui étaient divisés en deux sous-groupes : les infirmières et les préposé(e)s aux soins.

L'échantillon des personnes âgées fut constitué de 30 sujets qui ont été choisis selon une méthode probabiliste aléatoire simple, parmi celles qui répondaient aux critères

d'inclusion. Le nombre de 30 avait été déterminé pour pouvoir détecter une différence d'ampleur moyenne avec une puissance de 85 % (Cohen, 1988).

Le choix de l'échantillon des intervenant(e)s a aussi été fait par méthode probabiliste aléatoire simple. Tel que mentionné plus tôt, l'échantillon des intervenant(e)s était formé de deux sous-groupes répartis comme suit

Quatre infirmières et quatre préposé(e)s aux soins de chaque foyer de soins où un ou plusieurs sujets âgés faisant partie de l'étude.

Le nombre de quatre, pour ce qui est des deux sous-groupes (infirmières et préposé(e)s aux soins), se justifie par la quantité limitée d'intervenant(e)s présent(e)s dans certains établissements. En effet, certains foyers de soins comptent un nombre limité de préposés masculins et d'infirmières.

3.2.3 Consentement

La mise en place d'une telle étude a d'abord nécessité le consentement des institutions concernées. Dans les semaines précédant l'étude, une lettre leur a été envoyée afin de leur demander officiellement la permission d'effectuer l'étude à l'intérieur de leur institution. (Annexe 1).

Malgré le caractère peu préjudiciable de la présente étude, un consentement a été demandé à tous les sujets avant de procéder à l'entrevue (Annexes 2 et 3).

3.2.4 Confidentialité

Afin de s'assurer de la participation et de la collaboration des institutions et des sujets concernés, ceux-ci devaient avoir l'assurance que tous les renseignements relatifs à l'étude demeuraient des données confidentielles. L'assurance de cette confidentialité fut incluse dans la lettre envoyée aux institutions. Une discussion eu lieu avec les sujets avant d'obtenir leur consentement à la recherche.

3.2.5 Procédures générales

Une personne de chaque foyer de soins participant à l'étude agissait comme assistante à la recherche. Ces personnes étaient toutes des infirmières. Leur rôle primordial était surtout d'assurer la rigueur méthodologique pour le choix des sujets. Par le fait même, aucune de ces personnes n'était sujet de l'étude.

Une rencontre préliminaire avec les assistantes a eu lieu environ un mois avant l'étude. Cette rencontre avait pour but de donner certains renseignements pertinents, ainsi que d'expliquer les procédures relatives au travail à effectuer. Il était essentiel que la rencontre des quatre assistantes se fasse au même moment afin de s'assurer que l'information reçue soit uniforme. Les assistantes à la recherche devaient savoir et comprendre comment utiliser le formulaire d'évaluation de l'état mental, de quel type de douleur traitait cette recherche, quels étaient les facteurs d'inclusion relatifs aux sujets, etc... Finalement, les assistantes devaient comprendre comment utiliser les feuilles servant

à faire les liste des sujets potentiels (Annexes 4 et 5). Ces feuilles servaient à coder les sujets de manière à assurer que la pige des sujets participant à l'étude se fasse au hasard.

Chacune des assistantes devait d'abord, à la lumière des informations reçues, faire la liste de toutes les personnes âgées de son institution qui répondaient aux critères d'inclusion. Elle devait par la suite effectuer une évaluation de l'état mental pour chacune d'elle (Annexe 6). Chaque sujet potentiel chez les personnes âgées fut désigné par un code de un chiffre accompagné de la première lettre du foyer d'où il provenait. Le total des résidant(e)s des quatre (4) foyers de soins qui répondaient aux critères d'inclusion constitua le groupe cible des personnes âgées.

La seconde tâche de l'assistante fut de déterminer qui étaient les intervenant(e)s répondant aux critères d'inclusion. Elle devait inscrire sur la feuille servant à faire la liste des intervenant(e)s potentiel(le)s (Annexe 5), le nom de ces dernier(e)s. Chacun des intervenant(e)s fut également désigné par un code (une ou 2 lettres et un chiffre). L'infirmière fut représentée par la lettre I, le préposé masculin par les lettres PM et la préposée féminine par les lettres PF. Les intervenant(e)s des quatre foyers de soins qui correspondaient aux critères d'inclusion furent considéré(e)s comme faisant partie du groupe cible des intervenant(e)s. La pige des sujets pour former les deux sous-groupes de l'échantillon des intervenant(e)s était toutefois indépendante d'un foyer à l'autre.

Après avoir terminé cet exercice, l'assistante devait contacter la chercheuse pour lui faire part de la quantité de sujets recrutés dans chacun des groupes. Elle conserva la liste où se trouvaient les noms des sujets potentiels. Une pige au hasard, fut effectuée pour constituer les différents échantillons (personnes âgées et intervenant(e)s) pour chacun des foyers de soins, ainsi que pour déterminer les quatre infirmières et les quatre préposé(e)s aux soins pour chaque institution.

Le personnel des soins infirmiers des foyers de soins du Nouveau-Brunswick est composé de 20 % d'infirmier(ère)s enregistré(e)s. Ces personnes s'occupent habituellement de tou(te)s les résident(e)s, peu importe leur sexe. Les préposé(e)s aux soins, pour leur part, sont appelé(e)s à soigner les personnes de leur sexe plus souvent qu'autrement. Le sous-groupe préposé(e)s aux soins était donc composé de préposé(e)s masculins et féminins dans les foyers de soins où la pige aléatoire des sujets du groupe des personnes âgées nous indiquait que l'échantillon était constitué de gens des deux sexes.

Après la pige aléatoire des sujets, les assistantes devaient remettre les listes avec les noms des sujets. Le consentement des personnes âgées a été obtenu par les assistantes à la recherche (Annexe 2), alors que la participation des intervenant(e)s fut obtenu verbalement par l'assistante dans un premier temps et par écrit, lors de la rencontre avec la chercheuse (Annexe 3).

Le recrutement des sujets s'est effectué sur une période de 2 semaines et la collecte des données a été faite dans la semaine suivante.

chaque foyer de soins devaient répondre en même temps à un questionnaire (Annexe 8). Cette procédure a été conforme à celle décrite, pour les foyers de soins de Lamèque, Tracadie et Caraquet mais a dû être fait en deux temps pour le foyer de Bathurst.

Le questionnaire destiné aux intervenant(e)s débutait par une partie concernant des informations personnelles : âge, sexe, années d'expérience, niveau de scolarité.

La seconde partie du questionnaire contenait les trois questions suivantes : "Selon vous :

1- "Quel est le niveau de douleur que ressent habituellement X ?"

Aucune I-----I Douleur
douleur intolérable

2- "Quel est votre niveau d'appréciation de X ?"

Apprécié(e) I-----I Pas apprécié(e)
énormément du tout

3. "Avez-vous des contacts fréquents avec X ?"

Chacune des intervenantes du sous-groupe des infirmières devait répondre à ces trois questions pour chacun(e) des résidant(e)s de son foyer qui participait à l'étude. Les intervenant(e)s du sous-groupe des préposé(e)s aux soins devaient répondre à ces trois questions pour les personnes âgées de leur foyer de soins qui participaient à l'étude et qui étaient du même sexe qu'eux(elles). Le foyer de soins de Bathurst est une institution de deux étages. Certain(e)s intervenant(e)s ont indiqué ne pas connaître certaines des personnes âgées

pour qui il(elle)s devaient évaluer le niveau de douleur parce que celles-ci ne demeuraient pas sur l'étage où il(elle)s travaillaient. Ces intervenant(e)s ont eu la consigne de ne répondre qu'aux questions concernant les personnes âgées connues. Pour cette raison, le niveau de douleur chronique de la personne âgée telle que perçue par les intervenant(e)s pour ce foyer de soins a été évalué par moins de personnes que dans les trois autres établissements. Le total des observations anticipé était de 240 (30 personnes âgées x 8 intervenant(e)s). Ces quelques imprévus ont empêché l'atteinte de cet objectif et nous avons recueilli 216 observations permettant de comparer la douleur ressentie par la personne âgée avec celle que l'intervenant(e) pense qu'il (elle) perçoit.

La troisième partie du questionnaire était constituée d'un test de 10 questions de type VRAI ou FAUX. Ce test avait pour but d'évaluer les connaissances des intervenant(e)s sur le sujet de la douleur.

3.2.7 Instrument de mesure (Annexe 9)

3.2.7.1 *Choix*

Il existe plusieurs échelles d'évaluation de la douleur. Boureau (1987) cite les suivantes :

- Les échelles comportementales;
- L'échelle descriptive, qui utilise des énoncés pour décrire le ralentissement de la douleur dans la vie quotidienne;
- Les échelles par qualificatifs et organisation par classes, comme le McGill Pain Questionnaire et le questionnaire douleur Saint-Antoine;

- L'évaluation verbale simple (EVS) constituée de qualificatifs hiérarchisés de l'intensité douloureuse.
- L'échelle numérique (EN) qui sert à noter la douleur de 0 à 100;
- L'échelle visuelle analogue (EVA) qui sera expliquée plus loin.

La variable dépendante qui devait être mesurée au cours de cette recherche est le niveau de douleur chronique. Mais dans les mots de Huskisson (1982), " La douleur est un phénomène subjectif et ne peut être mesurée que par la personne qui la ressent". Nous avons donc utilisé l'échelle visuelle analogue (EVA) comme instrument de mesure, car il a été fréquemment utilisé dans les études sur la douleur (Huskisson, 1983, Guck, Skyllety, Meilman & Dowd, 1985; Romano, Syrjala, Levy, Turner, Evans & Keefe, 1988). Selon Boureau (1987), "... en pratique, les avantages et les inconvénients des échelles EVS, EN et EVA sont à peu près comparables, bien que la littérature donne une nette préférence à l'EVA qui possède une réputation de grande sensibilité". L'EVA s'avère aussi être un instrument simple et rapide à utiliser. Fordyce (1983), croit que l'observation des comportements douloureux est un facteur clé dans l'évaluation de la douleur totale, et que ceci doit être évalué avec autant d'attention que l'expression verbale de la personne souffrante. Tout en acceptant le fait que la douleur chronique soit composée d'une partie physique, d'une partie psychologique et d'une partie sociale, l'utilisation de l'EVA dans cette recherche se justifiait par le fait qu'il ne s'agissait pas d'une recherche visant à découvrir les différentes causes de cette douleur mais bien d'évaluer le niveau de douleur perçue et ce, quelle qu'en soit l'origine.

Watson (1985), croit aussi que l'EVA est une échelle d'intensité douloureuse simple mais efficace.

3.2.7.2 Conception

L'EVA est représentée par une ligne droite de 10 centimètres. L'une de ses extrémités représente l'absence de douleur, l'autre extrémité, une douleur intolérable. En inscrivant un trait vertical sur cette ligne, la personne souffrante donne une estimation de l'intensité douloureuse qu'elle perçoit. Suite à l'obtention de la réponse, la ligne droite est divisée en dix (10) parties égales, ce qui permet de donner un score à la perception douloureuse du sujet. Le fait que la ligne initiale ne soit pas graduée est nécessaire pour assurer sa sensibilité. Ceci permet, entre autre, d'éviter toute suggestion.

3.2.7.3 Validité

D'après Huskisson (1983), l'EVA possède de nombreux avantages, les plus importants étant sa simplicité, sa reproductibilité, sa sensibilité et son universalité. Lors d'une étude, Downie, Leatham, Rhind, Wright, Branco et Anderson (1978), démontrent qu'il existe une corrélation de $r = 0.77$ entre l'EVA et une échelle descriptive à quatre points (légère, modérée, sévère, atroce) de la douleur et une corrélation de $r = 0.71$ avec l'échelle numérique. Il existe une bonne corrélation ($r = 0.75$) entre L'EVA et L'EVS (Huskisson, 1974). Ohnhaus et Alder avaient aussi révélé une corrélation de $r = 0.81$ entre ces deux mêmes instruments de mesure une année plus tard (1975). Selon eux, l'EVA semble évaluer plus précisément l'expérience douloureuse présente ainsi que le changement dans l'intensité de cette douleur.

L'EVA est un instrument pouvant être présenté aux sujets de manière horizontale ou verticale. L'utilisation horizontale a été appliquée dans la présente recherche. Une étude auprès de cent (100) patient(e)s d'une clinique de rhumatologie démontre une très forte corrélation ($r = 0.99$) entre l'application verticale et l'application horizontale de l'EVA (Scott & Huskisson, 1979).

3.2.8 Réserves méthodologiques

Malgré la mise en place de plusieurs éléments servant à assurer la rigueur méthodologique, certaines réserves doivent être émises.

Aucun foyer ne refusa de participer à l'étude et il n'y eut aucune mortalité chez les sujets du groupe des personnes âgées. Par contre, trois personnes du groupe des intervenant(e)s n'ont pu répondre au questionnaire. Deux des personnes ayant refusé étaient en vacances hors de la région lors de la collecte des données alors que l'autre a dû se retirer pour cause de décès dans sa famille. Ces trois personnes ont été remplacées par les substituts ayant été choisis aléatoirement lors de la pige des échantillons.

Afin de contrôler l'effet de groupe, il était important que la collecte des données se fasse dans un temps relativement court, d'abord parce que certain(e)s intervenant(e)s auraient pu discuter de l'étude avec les personnes âgées impliquées ayant déjà été questionnées et deuxièmement parce qu'il était possible que des intervenant(e)s de deux institutions différentes discutent entre eux. La collecte des données a été faite en 24 heures pour trois

foyers de soins, alors qu'elle a dû se faire en deux visites, avec un laps de temps de 72 heures, pour le quatrième.

Afin de diminuer l'effet de constance, le questionnaire destiné aux intervenant(e)s a été conçu de manière à ce que les noms des personnes âgées pour lesquelles ils (elles) étaient questionné(e)s ne soient pas toujours dans le même ordre. Ceci a permis une meilleure distribution des réponses et a diminué l'effet possible de ce biais.

Finalement, dans le but d'éviter les effets de façade et gagner la confiance de l'intervenant(e), celui(elle)-ci a été avisé(e) avant de répondre au questionnaire que son nom n'apparaîtrait nulle part au cours de l'étude.

3.3 Les stratégies d'analyse

Des tests d'analyses paramétriques ont été utilisés pour vérifier les hypothèses de travail. Le choix de ces analyses a été déterminé par le nombre de sujets qui était de 30 pour les personnes âgées et de 44 pour les intervenant(e)s.

Une analyse de variance (ANOVA) nous a permis de connaître les différences entre les moyennes par l'introduction d'une nouvelle variable (douleur). Cette variable fut aussi introduite dans les analyses afin de tenter de connaître les caractéristiques des intervenant(e)s qui surestiment et ceux(elles) qui sous-estiment la douleur chronique des personnes âgées étudiées. Elle est le résultat du score accordé au niveau de douleur chronique de la personne âgée par l'intervenant(e) moins le score de la personne âgée elle-même.

Deuxièmement, un coefficient de corrélation de Pearson a été effectué dans le but de démontrer les relations existantes entre les variables dépendantes et indépendantes et entre les variables indépendantes elles-mêmes.

Chapitre 4 : LES RÉSULTATS

4.1 Les analyses descriptives

4.1.1 Taille des échantillons

L'étude a eu lieu dans quatre établissements de la région sanitaire no 6 au Nouveau-Brunswick. La population ayant participé à cette recherche était constituée comme suit :

a) les personnes âgées

b) les intervenant(e)s

La population cible de ces quatre foyers de soins était de 280 personnes âgées. Ces personnes devaient indiquer leur niveau de douleur chronique habituellement ressentie à l'aide d'une échelle visuelle analogue non graduée de 10 cm de longueur où était indiqué "aucune douleur" à une extrémité et "douleur intolérable" à l'autre. L'échelle de mesure fut graduée par la suite afin de donner un score sur 10 points à la douleur chronique ressentie.

Après la sélection selon les critères d'inclusion, le groupe cible des personnes âgées n'était que de 35 personnes desquelles furent choisies au hasard les 30 qui firent partie de l'échantillon effectif. La répartition des sujets du groupe des personnes âgées selon le foyer de soins est représentée au tableau 4.1.

Tableau 4.1 : Répartition des personnes âgées

Foyers de soins	Quantité	Hommes	Femmes
No 1	n=6	n=2	n=4
No 2	n=7	n=3	n=4
No 3	n=5	n=0	n=5
No 4	n=12	n=2	n=10
Total	n=30	n=7	n=23

Les sujets du sous-groupe intervenant(e)s ont été choisis aléatoirement sauf pour les situations où le groupe cible ne contenait que la quantité requise de sujets. Ces personnes devenaient automatiquement sujets de l'échantillon effectif.

Les intervenant(e)s devaient aussi indiquer à l'aide de la même échelle de mesure le niveau de douleur qu'il(elle)s accordaient aux personnes âgées avec qui il(elle)s avaient des contacts réguliers dans le cadre de leur travail. Les intervenant(e)s ont évalué le niveau de douleur chronique de personnes âgées connues et ceci pour un total qui pouvait varier de une à douze personnes âgées. Les intervenant(e)s étaient réparti(e)s à l'intérieur des différents foyers de soins comme l'indique le tableau 4.2

Tableau 4.2 : Répartition des intervenants(e)s

Foyers de soins	Infirmière		Préposé(e)s		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes et femmes
No 1	n=0	n=4	n=4	n=4	n=12
No 2	n=0	n=4	n=4	n=4	n=12
No 3	n=0	n=4	n=0	n=4	n=8
No 4	n=0	n=4	n=4	n=4	n=12
Total	n=0	n=16	n=12	n=16	n=44

4.1.2 Profil des sujets

4.1.2.1 Personnes âgées

Le groupe des personnes âgées était constitué de 23 femmes et de 7 hommes (n=30).

La moyenne d'âge était de 85 ans, le plus jeune sujet ayant 69 ans tandis que le plus âgé en

avait 96. Comme nous l'indique le tableau 4.3, les hommes étaient sensiblement plus jeunes que les femmes et leur séjour moyen en institution était un peu plus court.

Tableau 4.3 : Profil des personnes âgées

Sexe	âge (années)		Institutionnalis(é)e (années)	
	moyenne	écart type	moyenne	écart type
Hommes (n=7)	84, 296	±4, 861	2, 464	±2, 785
Femmes (n=23)	85, 26	±8, 242	3, 598	±4, 417
Total (n=30)	85	±7, 60	3, 33	±4, 122

La quantité de médicaments analgésiques que consommaient les personnes âgées semblait à peu près la même pour les hommes et les femmes. (Voir tableau 4.4)

Tableau 4.4 : Consommation médicamenteuse des personnes âgées

Consommation	Hommes	Femmes
Aucun médicament	3	3
Quelques fois/mois	0	2
Quelques fois/semaine	0	3
Une fois/jour	1	2
Quelques fois/jour	3	13
Total	7	23

4.1.2.2 *Intervenant(e)s*

L'âge moyen des intervenant(e)s (n=44) était de 39, 5 ans avec un écart type de ± 10, 76 ans. Les années d'expérience de travail en institution variaient de un à 22 ans avec une moyenne de 10, 27 années de service et un écart type de ± 6, 494.

Les intervenant(e)s étaient divisé(e)s en deux sous-groupes : les infirmières (n=16) et les préposé(e)s (n=28).

Les critères d'inclusion pour les sujets du groupe des intervenant(e)s ont tous été respectés. Il(Elle)s travaillaient tou(te)s entre 30 et 37.5 heures par semaine, étaient en contact régulier avec les personnes âgées faisant partie de l'étude et pour lesquelles il(elle)s devaient évaluer le niveau de douleur chronique et il(elle)s travaillaient tou(te)s sur des relais majoritairement de jour et de soirée.

Comme nous l'indique le tableau 4.5, les infirmières sont un peu plus jeunes que les préposé(e)s avec une moyenne d'âge de 38, 25 ans. Conséquemment, elles ont un peu moins d'expérience que les préposé(e)s. Le tableau 4.6 pour sa part nous indique que les hommes sont aussi plus jeunes que les femmes mais qu'ils ont toutefois un peu plus d'expérience.

Tableau 4.5 : Profil des intervenant(e)s selon le statut

Statut	Connaissance		Expérience		Âge	
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type
Infirmières (n=16)	8, 375	±1, 218	9, 266	±5, 238	38, 25	±10, 508
préposé(e)s (n=28)	7, 320	±1, 364	10, 993	±6, 975	41, 785	±9, 290

Tableau 4.6 : Profil des intervenant(e)s selon le sexe

Sexe	Connaissance		Expérience		Âge	
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type
Hommes (n=12)	7, 417	±1, 605	10, 710	±6, 556	83, 416	±6, 447
Femmes (n=32)	7, 875	±1, 386	9, 441	±6, 068	41, 281	±10, 811

Les connaissances à propos de la douleur chronique par les intervenant(e)s ont été mesurées par un questionnaire maison composé de 10 questions. Les résultats furent calculés avec une possibilité maximale de 10 points. À ce questionnaire, les infirmières ont atteint un score supérieur d'un peu plus de un point que celui des préposé(e)s, (Voir tableau 4.5) et les femmes ont eu un pointage légèrement supérieur à celui des hommes. (Voir tableau 4.6).

4.2 Les analyses confirmatoires

Cette recherche supposait que le niveau de douleur chronique de la personne âgée institutionnalisée était significativement supérieur à ce qu'en pensaient les intervenant(e)s et que cette différence de perception pouvait être dûe à l'âge, au sexe, aux années d'expérience, au niveau de scolarité de l'intervenant(e) ainsi qu' à ses connaissances sur la douleur chronique et à son appréciation de la personne âgée concernée.

4.2.1. Perception de la douleur chronique par les personnes âgées et les intervenant(e)s

Le tableau 4.7 présente la différence de perception de la douleur chronique de la personne âgée telle qu'évalué par l'intervenant(e) comparativement à la personne âgée ayant de la douleur. Cette différence à été calculée à partir de la somme des moyennes.

Les personnes âgées ont évalué leur niveau de douleur chronique selon un pointage moyen de 4, 987 sur une possibilité de 10 points. Les hommes semblaient avoir légèrement moins de douleur que les femmes.

Pour leur part, les intervenant(e)s ont évalué le niveau de douleur chronique des personnes âgées selon un score moyen de 5, 166. Il y a donc un écart de 0, 179 entre le pointage moyen du niveau de douleur chronique perçue par les personnes âgées étudiées et la perception qu'en ont les intervenant(e)s.

Tableau 4.7 : Scores du niveau de douleur chronique perçue

Variables	Sexe	Moyenne	Écart type
Niveau de douleur chronique perçue par la personne âgée	Toutes les personnes âgées	4, 987	±2, 382
	Hommes	4, 80	±2, 51
	Femmes	5, 04	2, 34
Estimation de la douleur chronique de la personne âgée par l'intervenant(e)	Tou(te)s les intervenant(e)s	5, 166	±2, 48

4.2.2 Différence des scores

La différence des scores a été calculée en soustrayant le score de douleur que l'intervenant(e) a accordé à la personne âgée moins le score que la personne âgée s'est accordée elle-même. La perception de la douleur de cette personne âgée avait été évaluée par quelques intervenant(e)s et une moyenne a été fait pour l'ensemble de la population étudiée. Les résultats ont par la suite été combinés et sont représentés dans le tableau 4.8.

Comme nous pouvons le constater dans ce tableau , la moyenne des différences des moyennes de la perception de la douleur pour les 216 observations nous indique une très légère tendance à la surestimation du niveau de douleur chronique des personnes âgées par les intervenant(e)s puisque la moyenne présente un score positif ($\mu=0,06$).

Tableau 4.8 : Moyenne et écart type de la différence des moyennes

Variable	Moyenne	Écart type	Minimum	Maximum	n=
Différence des scores moyens	,06	±3,22	-7,40	7,80	216

L'écart type très élevé à ce résultat indique qu'il existe une très grande variabilité dans les pointages accordés par les intervenant(e)s.

4.3 L'analyse de variance

Une analyse de variance a été effectuée sur les variables catégorielles ; le sexe et le statut de l'intervenant(e) en fonction de la différences des moyennes.

L'analyse de variance avec tou(te)s les intervenant(e)s nous indiquait que les préposé(e)s avaient tendance à surestimer le niveau de douleur chronique des personnes âgées (moyenne des différences = .20) et les infirmières à la sous-estimer très légèrement (moyenne des différences = - .061). Cette tendance ne s'est toutefois pas confirmée par l'analyse de variance qui nous donnait un taux de signification de 0,20. Étant donnée que les intervenant(e)s plus jeunes semblaient être plus représenté(e)s, un tableau de la fréquence des âges a été fait.

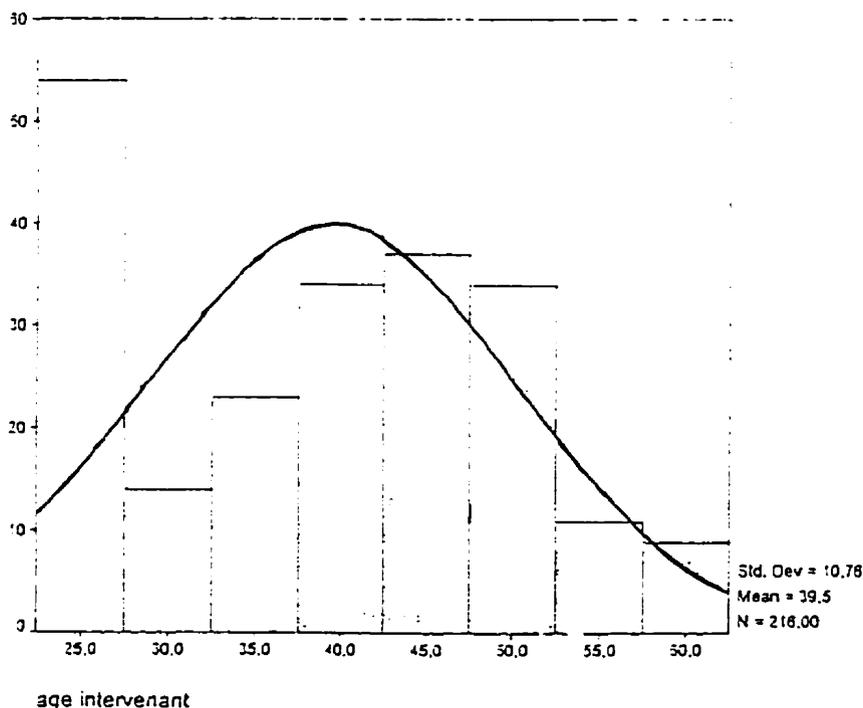
Tableau 4.9 : Fréquence des âges pour les intervenant(e)s

Âge	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
23	4	1,9	1,9
24	5	2,3	4,2
25	15	6,9	11,1
26	24	11,1	22,2
27	6	2,8	25,0
28	6	2,8	27,8
30	2	,9	28,7
32	6	2,8	31,5
34	11	5,1	36,6
35	6	2,8	39,4
36	6	2,8	42,1
38	4	1,9	44,0
40	11	5,1	49,1
41	9	4,2	53,3
42	10	4,6	57,9
43	1	,5	58,3
45	7	3,2	61,6
46	15	6,9	68,5
47	14	6,5	75,0
48	5	2,3	77,3
50	13	6,0	83,3
51	6	2,8	86,1
52	10	4,6	90,7
53	11	5,1	95,8
61	4	1,9	97,7
62	5	2,3	100,0
Total	216	100,0	

En observant la fréquence des âges représentée au tableau 4.9, on peut constater que 25 % des intervenant(e)s se situent dans le groupe d'âge entre 23 et 27 ans.

Cette grande densité des intervenant(e)s regroupé(e)s dans cette tranche d'âge permis de soupçonner une distribution anormale de cette variable, c'est pourquoi, un histogramme représentant la courbe fut fait. La figure 4.1 permet de voir clairement cette anomalie dans la distribution.

Figure 4.1 : Histogramme sur la distribution des âges



Suite à ces observations, l'analyse de la variance a été reprise en retirant les intervenant(e)s âgé(e)s de moins de 27 ans. La moyenne des différences des moyennes chez les préposé(e)s est demeurée sensiblement la même. Pour ce qui est des infirmières, cette moyenne est de -. 8805, donc un peu plus élevée qu'avec les intervenant(e)s de moins de 27 ans (tableau 4.10). Il existe donc une légère sous-estimation du niveau de douleur

chronique par les infirmières. Les tendances, dans ce cas, se sont confirmées lors de l'analyse de variance (tableau 4.11) où il y apparaît un taux de signification de l'ordre de, 0309.

Tableau 4.10 : Moyenne des différences par le statut de l'intervenant(e)

Statut	Moyenne	Écart type	Cas
Combinés	-, 3107	±3, 1563	168
Préposé(e)s	, 1714	±3, 2784	91
Infirmières	-, 8805	±2, 9249	77

Tableau 4.11 : Analyse de variance de la moyenne des différences par le statut

Statut	Somme	Moyenne	Écart type	Somme des carrés	Cas
Préposé(e)s	15, 60	, 1714	±3, 2784	967, 3257	91
Infirmières	- 67, 80	-, 8805	±2, 9249	650, 1808	77
	- 52, 20	-, 3107	3, 1215	1617, 5065	168
Source	Somme des carrés	d.f.	Moyenne carrée	F	Sig
Entre les groupes	46, 1542	1	46, 1542	4, 7367	, 0309

Le sexe de l'intervenant(e) indiquait aussi une tendance à la sous-estimation de la douleur chronique des personnes âgées par les hommes et une surestimation par les femmes. Cette tendance n'a toutefois pas été confirmée par l'analyse de variance.

L'analyse de variance a aussi établi une relation significative entre l'âge et le statut indiquant que les préposé(e)s sont plus âgé(e)s que les infirmières d'environ quatre ans (Voir tableau 4.12 et 4.13).

Tableau 4.12 : Moyenne de l'âge de l'intervenant(e) par le statut de l'intervenant(e)

Statut	Moyenne	Écart type	Cas
Combinés	43, 5833	±8, 5649	168
Préposé(e)s	45, 7473	±7, 1548	91
Infirmières	41, 0260	±9, 3990	77

Tableau 4.13 : Analyse de variance de l'âge par le statut de l'intervenant(e)

Statut	Somme	Moyenne	Écart type	Somme des carrés	Cas
Préposé(e)s	4163	45, 7473	±7, 1548	4607, 1868	91
Infirmières	3159	41, 0260	±9, 3990	6713, 9481	77
	7322	43, 5833	8, 2583	11321, 1349	168
Source	Somme des carrés	d.f.	Moyenne carrée	F.	SIG
Entre les groupes	929, 6985	1	929, 6985	13, 6320	, 00

4.4 Les analyses de corrélation

Un examen du coefficient de corrélation de Pearson a été appliqué sur les variables continues afin d'identifier les relations existantes entre elles.

En observant le tableau 4.14, l'âge de l'intervenant(e) semble avoir un lien avec l'appréciation qu'il (elle) a de la personne âgée, avec une corrélation de -0, 1459 ($p=0,032$). La légère corrélation négative indique que plus l'intervenant(e) est âgé(e), moins il (elle) a tendance à apprécier la personne âgée.

4.14 : Corrélation pour l'ensemble des sujets

	Âge de Intervenant	Appréciation pers. âgée par Intervenant	Connaissances sur douleur Intervenant	moyenne des différence	Douleur P.A. perçue par Intervenant	Douleur perçue pers. âgée	Année expérience Intervenant
Âge de l'intervenant	1,0000 (216) p=,	-,1459 (216) p=,032	-,1882 (216) p=,006	-,0949 (216) p=,165	-,0585 (216) p=,393	,0677 (216) p=,322	,6743 (216) p=,000
Appréciation pers. âgée par Intervenant	-,1459 (216) p=,032	1,0000 (216) p=,	-,0678 (216) p=,321	,0689 (216) p=,314	-,0434 (216) p=,526	-,1389 (216) p=,041	-,1231 (216) p=,071
Connaissances sur douleur Intervenant	-,1882 (216) p=,006	-,0678 (216) p=,321	1,0000 (216) p=,	-,0300 (216) p=,661	,0159 (216) p=,817	,0573 (216) p=,402	-,1756 (216) p=,010
moyenne des différences	-,0949 (216) p=,165	,0689 (216) p=,314	-,0300 (216) p=,661	1,0000 (216) p=,	,6820 (216) p=,000	-,6445 (216) p=,	-,0667 (216) p=,329
Douleur P.A. perçue par Intervenant	-,0585 (216) p=,393	-,0434 (216) p=,526	,0159 (216) p=,817	,6820 (216) p=,000	1,0000 (216) p=,	,1197 (216) p=,079	,0090 (216) p=,895
Douleur perçue pers. âgée	,0677 (216) p=,322	-,1389 (216) p=,041	,0573 (216) p=,402	-,6445 (216) p=,000	,1197 (216) p=,079	1,000 (216) p=,	,1000 (216) p=,143
Années expérience Intervenant	,6743 (216) p=,000	-,1231 (216) p=,071	-,1756 (216) p=,010	-,0667 (216) p=,329	,0090 (216) p=,895	,1000 (216) p=,143	1,000 (216) p=,

L'âge de l'intervenant(e) semble aussi avoir un lien avec les connaissances qu'il (elle) a de la douleur chronique (p=, 006). L'intervenant(e) plus âgé(e) aurait moins de connaissances que celui (celle) plus jeune. Il en est de même pour l'expérience et la

connaissance. Le niveau de signification de $p = ,010$ indique une relation qui semble qu'un(e) intervenant(e) ayant plus d'expérience a moins de connaissances sur la douleur.

Il semble y avoir une relation entre l'appréciation qu'a l'intervenant(e) de la personne âgée et le niveau de douleur chronique perçue par cette dernière.

La majorité des tendances remarquées en examinant les coefficients de corrélation faits avec tou(te)s les intervenant(s) sont reliées à l'âge.

Tableau 4.15 : Corrélations après avoir enlevé les moins de 27 ans

	Âge intervenant	Apprécia tion	Connaissances	moyenne des différences	Douleur P.A. perçue intervenant	Douleur perçue pers. âgée	années expérence intervenant
Âge intervenant	1,000 $p = ,$	-,0554 $p = ,476$	-,1382 $p = ,074$,0970 $p = ,211$,1397 $p = ,071$,0172 $p = ,825$,4614 $p = ,000$
Appréciation	-,0554 $p = ,476$	1,0000 $p = ,$	-,0786 $p = ,311$	-,0086 $p = ,911$	-,1170 $p = ,131$	-,1137 $p = ,142$	-,0429 $p = ,581$
Connaissances	-,1382 $p = ,074$	-,0786 $p = ,311$	1,0000 $p = ,$	-,0821 $p = ,290$	-,0394 $p = ,612$,0700 $p = ,367$	-,1122 $p = ,148$
moyenne des différences	,0970 $p = ,211$	-,0086 $p = ,911$	-,0821 $p = ,290$	1,0000 $p = ,$,6894 $p = ,000$	-,6293 $p = ,000$,0814 $p = ,294$
Douleur P.A. perçue intervenant	,1397 $p = ,071$	-,1170 $p = ,131$	-,0394 $p = ,612$,6894 $p = ,000$	1,0000 $p = ,$,1291 $p = ,095$,1747 $p = ,024$
Douleur perçue pers. âgée	,0172 $p = ,825$	-,1137 $p = ,142$,0700 $p = ,367$	-,6293 $p = ,000$,1291 $p = ,095$	1,0000 $p = ,$,0760 $p = ,328$
Années expérence intervenant	,4614 $p = ,000$	-,0429 $p = ,581$	-,1122 $p = ,148$,0814 $p = ,294$,1747 $p = ,024$,0760 $p = ,328$	1,0000 $p = ,$

Sachant que la distribution de la courbe de la variable âge de l'intervenant est anormale, l'analyse des coefficients de corrélation a été reprise en excluant les intervenant(e)s âgé(e)s de moins de 27 ans.

Comme nous pouvons le constater en nous référant au tableau 4.15, la plupart des résultats sont devenus non significatifs suite au retrait des intervenant(e)s âgé(e)s de moins de 27 ans. Seule la relation entre l'âge et l'expérience persiste.

Chapitre 5 : LA DISCUSSION

5.1 L'interprétation des résultats

Les résultats des analyses descriptives et confirmatoires démontrent que la douleur chronique des personnes âgées institutionnalisées n'est pas mal évaluée par les intervenant(e)s. Il demeure cependant une très grande variabilité dans les scores de différences ce qui explique bien une certaine difficulté de connaître et d'interpréter la douleur des autres. Plusieurs des auteurs consultés au cours de cette recherche pensent que la prévalence et l'intensité des douleurs des personnes âgées sont sous-estimés (Roy & Thomas, 1986 ; Ferrell, 1990). Bien sûr, ces énoncés semblent relever plutôt de l'observation clinique que d'études scientifiques. Il n'en demeure pas moins que la douleur possède une partie subjective parfois difficile à cerner par les intervenant(e)s

L'analyse de variance révèle une tendance à la surestimation de la douleur des personnes âgées par les préposé(e)s et à une sous-estimation par les infirmières. Les raisons pouvant expliquer cette tendance sont de deux ordres : premièrement, le(la) préposé(e) est celui(elle) qui est en relation constante avec les personnes âgées institutionnalisées. C'est lui(elle) qui accomplit les soins de base et qui est au chevet le plus souvent. Il(Elle) a comme responsabilité de rapporter les plaintes de douleur aux infirmières qui prennent des mesures pour apporter un soulagement. Pour les infirmières, il s'agit souvent de donner un médicament analgésique et le laps de temps passé auprès de la personne âgée est relativement court. Deuxièmement, l'infirmière, de par les tâches qui lui sont assignées, a accès à des

informations sur la prise de médicaments analgésiques, ce qui peut moduler son jugement. Elle peut croire qu'une personne âgée ne peut avoir de douleur à cause des médicaments consommés ou à l'inverse estimer que son niveau de douleur doit être très élevé pour prendre telle ou telle médication. Le(La) préposé(e), qui a très peu accès à ces renseignements, fonde plutôt son jugement sur ce qu'il(elle) voit et entend quand il (elle) est au chevet de la personne qu'il(elle) soigne et qui a de la douleur.

Les coefficients de corrélation de Pearson appliqués aux variables continues sont très faibles et malgré le fait que certains niveaux de signification soient probants, il est difficile de les mettre au service d'une conclusion. Bien que ces résultats ne permettent pas d'effectuer des statistiques inférentielles, quelques légères tendances sont tout de même observables.

Avant le retrait des intervenant(e)s âgé(e)s entre 23 et 26 ans, l'âge semblait avoir des relations avec plusieurs autres variables. D'abord, on soupçonnait que l'intervenant(e) plus âgé(e) appréciait moins les personnes âgées. Cette tendance pourrait s'expliquer par le phénomène d'usure des intervenant(e)s qui se développe après avoir effectué un travail ardu durant de nombreuses années. Cette usure peut se traduire par une diminution de la tolérance aux différentes plaintes de la clientèle.

Il semblait aussi que les intervenant(e)s plus âgé(e)s avaient aussi moins de connaissances à propos de la douleur. Ceci peut s'expliquer de plusieurs manières. D'abord, les intervenant(e)s plus âgé(e)s n'ont peut-être pas tou(te)s eu la chance de se scolariser et moins le goût de le faire une fois sur le marché du travail. Il est aussi possible que les intervenant(e)s qui sont au seuil de la retraite ont moins d'intérêt pour les nouveaux concepts.

L'analyse des coefficients de corrélation a aussi permis d'observer une légère relation entre le niveau de douleur perçue par la personne âgée et l'appréciation que l'intervenant(e) a de cette même personne. En effet, une personne âgée qui a évalué sa douleur comme étant très élevée peut aussi présenter un certain type de personnalité. Ayant de nombreuses plaintes, elle se retrouve dans un groupe de personnes qui estiment toujours leur douleur comme étant très forte. Les résultats indiquent que généralement, ce type de personnes âgées seraient moins appréciées que les autres par les intervenant(e)s.

La présence de nombreux(ses) intervenant(e)s plutôt jeunes a permis de soupçonner une distribution anormale de cette variable. Le retrait des intervenant(e)s âgé(e)s de moins de 27 ans apportent des résultats beaucoup moins probants, alors que seul l'expérience de l'intervenant(e) demeure reliée à son âge. Ceci nous indique que les tendances aux relations qui existaient avant le retrait des intervenant(e)s plus jeunes étaient établies par l'âge. C'est une limite de la corrélation et c'est pourquoi il n'est possible de parler que de tendances.

5.2 Le renvoi aux hypothèses de travail

Les résultats des analyses des coefficients de corrélation incluant ou non les intervenant(e)s âgé(e)s de moins de 27 ans n'ont indiqué aucune différence significative entre les deux variables dépendantes soit, le niveau de douleur chronique perçue par la personne âgée et le niveau de douleur chronique de cette même personne tel que perçue par l'intervenant(e).

La première hypothèse de travail est infirmée. Les résultats sont quand même

encourageants puisque la différence entre le niveau de douleur perçue par les personnes âgées institutionnalisées et celui que les intervenant(e)s estiment pour la même personne est sensiblement le même.

La seconde hypothèse de travail faisait référence à la relation qui pourrait exister entre certaines variables reliées à l'intervenant(e) et qui auraient pu expliquer la différence de perception de la douleur chronique d'une personne âgée par elle-même versus par un(e) intervenant(e). Après avoir pris connaissance des analyses de variance, il semble que la variable qui peut le mieux prédire cette différence de perception soit le statut de l'intervenant(e). La seconde hypothèse du travail est donc confirmée pour ce qui est du statut de l'intervenant(e) mais non pour les autres variables faisant partie de l'hypothèse.

5.3 Le degré d'atteinte des objectifs

Le premier objectif de cette étude visait à vérifier s'il existait une différence significative entre le niveau de douleur chronique perçue par la personne âgée institutionnalisée et le niveau de douleur chronique (celui de la personne âgée) perçue par l'intervenant(e). Cet objectif a été atteint. L'étude démontre que cette différence n'existe pas.

Le second objectif était de vérifier si la perception de la douleur de la personne âgée par l'intervenant(e) était reliée de manière significative à son âge, son sexe, ses années d'expérience, son niveau de scolarité, ses connaissances sur la douleur chronique ou à l'appréciation qu'il (elle) a de la personne âgée qui a de la douleur.

L'étude nous a révélé que le statut de l'intervenant(e) est le meilleur indice pour expliquer la perception qu'il (elle) a du niveau de douleur chronique de la personne âgée institutionnalisée. Malgré le fait que de nombreux biais ont pu entrer en considération et nuire aux résultats, le second objectif de l'étude a aussi été atteint.

5.4 Le contrôle des biais

Cette étude, de par ses points les plus forts a pu contrôler certains de ses biais. La sélection des quatre établissements faite par choix raisonné est très acceptable si on considère les raisons qui ont poussé à agir de cette façon. La sélection des sujets est certainement une force importante pour cette recherche puisque le hasard a déterminé les échantillons. Les assistantes à cette recherche provenaient des quatre foyers de soins participant à l'étude et n'ont jamais été mises au courant de l'objet de la recherche.

La collecte des données a eu lieu sur une période de sept jours, du 21 au 27 juin 1996. Ceci représente un laps de temps relativement court, ce qui aida certainement à réduire la possibilité de biais de contagion. Il fut sans doute totalement évité pour trois foyers de soins sur quatre puisque la collecte des données y a été faite dans une période de 24 heures consécutives pour chacun d'eux. Pour ce qui est du quatrième foyer, la collecte a dû être faite en deux temps avec un délai de 72 heures entre les deux ; la raison principale étant la plus grande quantité de sujets du groupe des personnes âgées à l'intérieur de cette institution. Bien qu'il faille conserver ce fait en mémoire lors de l'interprétation des résultats, le biais de contagion ne semble pas remarquable si on compare les réponses données lors des deux rencontres.

La prise de médicaments analgésiques par les personnes âgées n'a fait l'objet d'aucune analyse, à savoir, si ceux(elles) qui en prenaient voyaient leur douleur comme plus ou moins sévère. Pourtant, la recension des écrits nous révèle que l'une des tensions psychologiques les plus importantes reliées à la douleur chronique est l'anticipation de la prochaine crise. Il a été impossible de vérifier à quand remontait la dernière prise de médicament. Nous ne savons pas non plus où se situait la personne âgée dans le cycle de sa douleur. Ceci apporte quelques raisons supplémentaires pour lesquelles la prise de médicaments analgésiques aurait dû être prise en considération. C'est un biais de confusion qu'il aurait été préférable de contrôler puisque trop de questions restent sans réponses. Ce biais relatif à la prise de médicaments se retrouve aussi au niveau du personnel soignant alors que cette information est accessible aux infirmières mais non aux préposé(e)s. Ceci pourrait être perçu comme une des raisons pour laquelle les infirmières sous-estiment la douleur des personnes âgées alors que les préposé(e)s la surestiment. Malgré le fait que cette constatation est significative au niveau des résultats, il est difficile d'affirmer que le statut est le seul indice de la sous-estimation ou de la surestimation de la douleur des personnes âgées institutionnalisées. La connaissance de la prise des médicaments analgésiques par les personnes âgées aurait pu être prise en considération.

La variable "connaissance de la douleur" mesure la connaissance globale que l'intervenant(e) a de la douleur. Cette connaissance ne certifie en rien sa connaissance de la douleur d'une personne âgée en particulier et, malgré le fait que les intervenant(e)s avaient tou(te)s des contacts fréquents avec les personnes âgées dont il (elle)s évaluaient le niveau

de douleur, la qualité de leurs contacts n'était pas connue. Bien sûr, la vérification de l'appréciation de la personne âgée souffrante par l'intervenant(e) combinée à ses connaissances à propos de la douleur donne un indice de la qualité possible des relations avec cette personne âgée. Il faut quand même accepter que les rapports humains sont très variables et que la quantité d'intervention n'est pas garant de leur qualité. Ce facteur doit aussi être considéré comme un biais possible pour les résultats.

Les intervenant(e)s avaient à évaluer le niveau de douleur de une ou plusieurs personnes âgées au cours de l'étude. Lorsque les analyses ont été effectuées, les résultats étaient basés sur un total de 216 observations fait par 44 intervenant(e)s. L'âge, les années d'expérience et le niveau de connaissances à propos de la douleur d'un(e) même intervenant(e), ont donc été multipliés par la quantité de personnes âgées pour qui il (elle) avait évalué le niveau de douleur. Ce dédoublement multiple de certaines variables a pu représenter un biais, surtout, si les intervenant(e)s choisi(e)s n'étaient pas représentatif(ve)s de tou(te)s les intervenant(e)s travaillant dans l'un des foyers de soins où a eu lieu l'étude. Toutefois, la pige aléatoire des sujets nous permet d'assumer que cette représentativité était acceptable.

L'étude nous révèle l'existence de trois variables contrôles. Il aurait été préférable de démontrer que ces variables avaient été effectivement contrôler. Il n'existe aucune analyses pour le démontrer.

5.5 Les remarques sur l'instrument de mesure

Après une recension assez exhaustive sur les instruments de mesure pouvant être utilisés pour une recherche telle que celle-ci, l'EVA fut retenue en raison des grandes qualités que lui reconnaît la littérature.

Lors de l'application de l'instrument, certaines difficultés ont été rencontrées. D'abord, les personnes âgées semblaient éprouver de la difficulté à comprendre son utilisation. Des explications supplémentaires ont dû être données à l'ensemble des sujets au fur et à mesure qu'ils étaient questionnés et ceci avant que le score de douleur perçue ne soit indiqué sur le questionnaire. Le fait que l'échelle ne soit pas graduée a augmenté l'incompréhension. Après avoir obtenu la réponse à la question primaire prévue, plusieurs personnes âgées ont été demandées de quantifier leur niveau de douleur de un à dix. Le fait de leur demander cette question permettait de vérifier si les réponses données avec l'EVA supposaient une bonne compréhension de l'instrument utilisé. Bien que les réponses données furent à peu près comparables à celles données avec l'EVA, il y eut beaucoup moins d'hésitation dans la plupart des cas. Les circonstances ne permettent pas d'affirmer que l'utilisation d'une échelle graduée aurait amélioré la collecte des données puisque plusieurs éléments, tels que l'effet d'apprentissage et l'effet de constance peuvent peut-être expliquer pourquoi les personnes âgées ont eu plus de facilité à répondre à une question où elles devaient quantifier le niveau de leur douleur par un pointage. Les deux instruments ont été utilisés l'un à la suite de l'autre avec un temps relativement court entre les deux.

Les personnes âgées acadiennes sont peu scolarisées. Le manque de compréhension de l'instrument de mesure pourrait aussi être expliqué par ce fait puisque l'EVA a déjà été utilisée auprès de clientèles de personnes âgées et aucun problème d'incompréhension ne semble s'être présenté (Rouette, 1994; Cook, A. J. & Thomas, M. R., 1994). Pourtant, Closs et Mphil (1996) mentionnent que l'EVA peut être un élément de confusion pour les personnes âgées.

L'utilisation de l'EVA semble avoir été très bien comprise par l'ensemble des sujets du groupe des intervenant(e)s et aucun problème particulier n'a été observé en ce qui les concerne.

5.6 Les possibilités d'études subséquentes

Les études ayant pour sujet " la douleur chronique " sont nombreuses, pourtant, très peu d'entre elles font une relation avec l'âge (Paquin, 1991 ; Boisvert, 1993). Il est primordial de continuer à étudier les relations qui peuvent exister entre les deux.

Au Nouveau-Brunswick, les critères d'admissibilité aux foyers de soins sont très élevés. L'âge n'est plus un critère et les personnes âgées qui y sont admises ont très souvent des maladies multiples. Plus souvent qu'autrement, ces maladies sont accompagnées de troubles de confusion ou de désorientation qui rendent parfois impossible l'étude traditionnelle de la douleur chronique selon une méthodologie telle que celle de la présente étude. Le fait que le groupe cible ne fut constitué que de 35 personnes sur une population de

280, reflète bien la clientèle de ces institutions. Les études sur la douleur chronique dans ces institutions devront se poursuivre, mais elles devront être abordées d'une autre façon ; peut-être en analysant les mimiques faciales, les cris répétitifs ou les mouvements corporels, par exemple.

Les personnes âgées lucides et plus alertes se retrouvent plus souvent qu'autrement dans la communauté. Le fait qu'elles soient plus indépendantes et autonomes ne constitue pas un indice d'absence de douleur. D'ici quelques années, 85 % des personnes âgées de 65 ans et plus auront des douleurs chroniques (Herr & Mobily, 1991). Puisque seulement 7% des personnes âgées de plus de 65 ans se retrouvent dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick, l'étude de la douleur chronique des personnes âgées a toutes les raisons de se faire dans la communauté. Une étude semblable à celle-ci pourrait y être faite pour comparer le niveau de douleur chronique de la personne âgée comparativement à ce qu'en pensent les personnes significatives de cette dernière, par exemple.

La présente étude permet de supposer que les infirmières sous-estiment la douleur chronique des personnes âgées institutionnalisées alors que les préposé(e)s aux soins la surestiment. Une nouvelle étude pourrait aussi essayer de déterminer à quelle tranche d'âge appartiennent ceux et celles qui la sous-estiment et qui la surestiment.

L'étude effectuée ne permet pas d'inférer les résultats à une population ; sauf avec modération, à celle des personnes âgées institutionnalisées du Nouveau-Brunswick répondant aux mêmes critères que celles ayant participé à l'étude. Les variables de confusion et les biais

énoncés dans cette recherche devront être contrôlés efficacement dans l'éventualité de recherches semblables subséquentes.

CONCLUSION

La douleur est un phénomène très complexe et beaucoup d'éléments doivent être pris en considération lorsque l'on désire l'étudier en profondeur. De par les éléments subjectifs qui la composent, les personnes relativement jeunes ayant des problèmes de douleur chronique ont parfois de la difficulté à exprimer les sensations qu'elle provoque. Qu'en est-il des personnes âgées ?

La personne âgée ayant des douleurs chroniques en souffre parfois depuis de nombreuses années et plusieurs cercles vicieux s'installent. Souvent, l'isolement que l'on reconnaît au vieillissement s'intensifie par la présence de douleurs chroniques surtout parce que la personne âgée peut présenter de la limitation dans les mouvements. Elle se déplace plus difficilement et, de ce fait, socialise moins.

En institution, beaucoup de résidant(e)s sont confuses et le dilemme de l'évaluation de la douleur chronique en est plus complexe. Celles qui demeurent lucides sont très fragiles physiquement, ce qui rend les choses toutes aussi difficiles. Leurs contacts humains les plus réguliers sont ceux avec les gens qui les soignent. L'évaluation de la douleur chronique des personnes âgées institutionnalisées par les intervenant(e)s prend donc une grande importance pour leur assurer une bonne qualité de vie.

L'évaluation de la douleur chronique de la personne âgée par l'intervenant(e) peut être faussé par le fait qu'elle présente peu de signes physiques. Malgré ce fait, la douleur chronique est aussi difficile à supporter puisqu'elle persiste sans arrêt.

Pour aider une personnes âgée souffrant de douleur chronique, certains principes doivent être respectés :

- 1° Croire la personne qui souffre : Très peu de gens feignent la douleur.
- 2° Donner à la douleur la même importance que la personne souffrante lui donne elle-même.
- 3° Ne jamais essayer de déterminer quelle partie de la douleur est physique, psychologique ou sociale. La douleur est totale et est ressentie dans le somatique, quelle qu'en soit la cause.
- 4° Reconnaître les signes de la douleur aiguë mais aussi ceux de la douleur chronique.
- 5° Agir avec diligence et éviter les jugements.
- 6° Amorcer une relation de confiance avec la personne âgée souffrante et la maintenir.
- 7° Respecter la personne âgée dans sa totalité et accepter ses choix.

Ces principes de bases ne sont que des directives informelles, mais ils peuvent beaucoup aider les intervenant(e)s ainsi que les personnes âgées qui souffrent.

Cette étude démontre qu'il n'y a pas de différences significatives entre la perception de la douleur chronique de la personnes âgée institutionnalisée et la perception du niveau de douleur chronique (celui de la personne âgée) par l'intervenant(e). Ces résultats doivent être examinés avec réserves puisque la grande variabilité des résultats laisse supposer que certain(e)s intervenant(e)s sur-estiment beaucoup la douleur chronique des personnes âgées

institutionnalisée alors que d'autres la sousestiment beaucoup. Les deux extrêmes peuvent présenter des dangers : D'abord, ceux (celles) qui la sur-estiment peuvent décider d'apporter beaucoup d'aide à la personne âgée, augmentant ainsi sa dépendance. À l'opposé, ceux (celles) qui la sousestiment peuvent tout simplement ne plus voir ni entendre leurs plaintes de douleur.

Un point de vue demeure essentiel : La population est vieillissante. Les maladies chroniques augmentent avec l'âge. D'ici 30 ans, la population canadienne âgée de 65 ans et plus sera de six millions (Statistiques Canada, 1991b). Déjà en l'an 2000, Windner et Zeichner (1993) supposent que 85 % de ces gens souffriront de une ou plusieurs maladies chroniques. Celles-ci sont souvent accompagnées de douleurs chroniques, c'est pourquoi, l'étude du phénomène de la douleur chronique des personnes âgées doit être une priorité pour que les générations futures soient conscientisées à ce fleau.

“ Nous sommes tous condamnés à mourir, mais que je puisse lui épargner les tourments, voici ce que j'estime être mon noble privilège, sans cesse renouvelé. La douleur est pour l'humanité un maître plus terrible que la mort elle-même”.

Albert Schweitzer

BIBLIOGRAPHIE

- Armstrong, M. E., (1980). Currents concepts in pain. Aorn Journal. 32 (3) septembre, p. 383-390.
- Barbeau, G., Guimond, J. & Mallet, L. (1991). Les médicaments et les personnes âgées. Ste-Hyacinthe, Québec, Edisem. p. 277-281.
- Belliveau, F., (1987). Vaincre la douleur chronique. Le médecin du Québec. Juin. p. 97-102.
- Bergeron, F. & Xenos, J. B. (1984). La douleur, un mal qui s'apprivoise. Nursing Québec. 4 (3) mars/avril p. 22-27.
- Boisvert, M. (1993), Quand vieillir fait mal, l'expérience de la douleur, conférence dans le cadre des Journées de formation du Sanatorium Bégin.
- Boisvert, M. & Hall, P. (1997). Soins Palliatifs. Dans Arcand, M. & Hébert, R. (2e Éd.), Précis pratique de gériatrie. (P.865-880). Sherbrooke : Edisem Inc.
- Boureau, F., Gay, C. & Doubrere, J. F. (1981). Bases physiopathologiques des douleurs aiguës et chroniques, similitudes, différences. La Revue de Médecine.(33) octobre. p. 2067-2073.
- Boureau, F. (1986). Contrôler votre douleur. Paris, Payot.
- Boureau, F. (1987). L'appréciation de la sévérité d'une douleur chronique. Médecine et Hygiène 45 p. 1560-1566.
- Brochet, B. (1990). Douleur du sujet âgé. Communication au congrès Pain Clinic Kyoto.
- Cashall, B. (1972). Pain, a patient's view. American Journal of Nursing, 72 (2) p. 281.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, second edition. Lawrence Elbaum Associates, publishers, Hilldale, New-Jersey.
- Clifford, J. C. (1993). Successful Management of chronic pain syndrome. Canadian family physician. 39 march. p. 549-559.
- Closs, S. J. & Mphil, R. (1996). Pain in the elderly patients : a survey of nurses' knowledge and experiences. Journal of Advanced Nursing. 2 p. 237-242.
- Collin, E. (1993). La physiologie de la douleur. Soins. (568) janvier. p. 5-10.

- Combes-Melton, A., Alla, M. A. & Boureau, F. (1993). Syndrome douloureux chronique et dépression. Soins. (568) janvier. p. 24-26.
- Crook, J., Rideout, E. & Browne, G. (1984). The prevalence of pain complaints in a General Population. Pain (18) p. 299-314.
- Davis, M. A. (1988). Epidemiology of ostéoarthris. Clinical Geriatric Medicine (4) p. 241-255.
- Delormier, Y. (1985). La douleur en gériatrie, repères sémiologiques. Lyon Méditerranée Médical 21 (8) p. 9839-9840.
- Dezzani Martin, S. (1995). Coping with chronic illness. Home Healthcare Nurse. 13 (4) P. 50-54.
- Dolbec, P. (1994). Comment aborder la douleur chronique. Le clinicien. Janvier. p. 97-106.
- Downie, W. W., Leatham, P. A., Rhind, V. M., Wright, V., Branco, J. A. & Anderson, J. A. (1978). Studies with pain rating scales. Annals of Rheumatic Diseases. (370) p.378-381.
- Droulin, M. F. (1981). La douleur. Soins. 26 (4) p. 41-42.
- Edgar, E. (1991). Souffrez-vous de codépendance ? Nursing Québec 11 (6) décembre, p. 54-57.
- Enrk, R. E. (1992). A review of pain management. The American Journal of Hospice and Palliative Care. March / April p. 6-9.
- Ferrell, B. A. , Ferrell, B. R. & Osterwell, D. (1990). Pain in the Nursing Home. JAGS. 38 (4) april. p. 409-414.
- Ferrell, B. R. & Ferrell, B. A. (1990). Easing the pain. Geriatric Nursing. July /August. p. 175-178.
- Ferrell, B. A. (1991). Pain Among Elderly People. L'année gérontologique : facts and research in gerontology. p. 75.
- Ferrell, B. A. (1991). Pain Management in Elderly People. American Geriatrics Society. 39 (1) January p. 65-73.
- Field, E. (1991) Chronic Pain in older persons. Topics in Geriatric Rehabilitation. 6 (4) p. 17-24.

- Fordyce, W. E. (1983). Pain measurement and Assessment. The validity of Pain Measurement. Raven Press. New-York.
- Gatz, M. & Pearson, C.G.(1988) Ageing and the provision of psychological services. American Psychologist. (43) p. 184-188.
- Gibson, S. J., Katz, B., Corran, T. M., Farrell, M. J. & Helme, R. D. (1994). Pain in older persons. Journal of Disability and Rehabilitation. 16 (30) p. 127-139.
- Gourde, S. (1992). Douleur chronique, apprivoiser au lieu de guérir. Santé sociale 14 (2) printemps. p.12-13.
- Grantham, H. (1984). Aspects psychosociaux de la douleur. Le médecin du Québec. Avril. p. 59-64.
- Guck, T. P., Skultety, F. M., Meilman, P.W. & Dowd, E.T. (1985). Multidisciplinary Pain Center follow-up Study : Evaluation with a No treatment Control group. Pain. (21) p.295-306.
- Heidrich, G. & Perry, S. (1982). Aging, the patient in pain. American journal of Nursing. 82 (12) décembre, p. 1828-1833.
- Helme, R. D. & Katz, B. (1993), Management of chronic pain. The medical journal of Australia. (158) april, p. 478-481.
- Helme, R. D. , Katz, B. , Gibson, S. J. , Bradbeer, M. , Farrell, M. , Neufeld, M. & Corran, T. (1996). Multidisciplinary pain clinics for older people. Pain Management 12 (3) august, p. 563-583.
- Herr, K. A. & Mobily, P. R. (1991). Complexities of Pain Assessment in the Elderly, Clinical Considerations, Journal of Gerontological Nursing 17 (4) p. 12-19.
- Hitchcock, L. S., Farrell, B. R. & McCaffery, M. (1994). The Experience of Chronic Nonmalignant Pain. Journal of Pain and Symptom Management. 9 (5) july p. 312-318.
- Huskinsson, E.C. (1974) Measurement of pain. The Lancet. November, p.1127-1131.
- Huskinsson, E. C. (1983). Visual analogue scale. In pain management and assessment edited by R. Melsack. New-York: Raven Press, p. 33-37.
- Jones, J. (1982). Give and take. Nursing Mirror, february 17, p. 13-16.

- Keefe, F. J. & Williams, D. A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic Pain Patient in Different Age Groups. Journal of gerontology: Psychological Sciences 45 (4) p. 161-165.
- Keefe, F. J. & Williams, D. A. (1989). New Directions in pain assessment and treatment. Clinical Psychology Review. (9) p. 549- 568.
- Larousse, (1993). Le petit Larousse illustré. Dictionnaire encyclopédique. Paris.
- Lemay, L. (1993). Les origines psychologiques comme cause multifactorielle de la douleur. En santé chez-nous. Le journal scientifique de l'Hôtel Dieu D'Arthabaska. 2 (1) p. 5-6.
- Librach, S. L. (1992). Le manuel de la douleur. Société Canadienne du cancer.Pegasus ~~Healthcare~~ Montréal.
- Loring, K. , Laurin, J. & Holman, H. R. (1984). Arthritis Self- Management: A Study of the Effectiveness of Patient Education for the Elderly. The gerontologist. 24 (5) p. 455-457.
- Maheux, C., Lefebvre, D. & Cauchon, F. (1991). La douleur chronique chez la personne âgée : comment y remédier ? Le clinicien : novembre p. 57-71.
- Mallifuge, D. (1994). De la douleur à la souffrance. Journal d'Ergothérapie, 16 (3) p. 127-131.
- McCrae, R. R. (1982). Age difference in the use of coping mechanisms. Journal of Gerontology. 37 (4) p. 454-460.
- McMahon, M. A. & Miller, P. (1978). Pain response : The influence of psycho-social cultural factors. Nursing Forum XVIII (I) p. 59-71.
- Melding, P. S. (1991). Is there such a thing as geriatric pain. Pain 46 p. 119-121.
- Memram-Pourcher, M., Pras, P. & Capriz Buvet, F. (1992) La douleur du sujet âgé. La revue de gériatrie. 17 (7) p. 397-405.
- Middaugh, S. J., Levin, R. B., Kee, W. G., Barchiesi, F. D. & Roberts, J. M. (1988). Chronic Pain : Its Treatment in Geriatric and Younger patients. Arch. Phys. Med. Rehabil. 69 december. p. 1021-1026.
- Neron, C. & Bor, Y. (1988). Etude sémiologique de la douleur. Soins (510) mars.
- Ohnhaus, E. E. & Alder, R. (1975) Methodological problems in the measurement of pain : a comparaison between the verbal rating and the visual analogue scale. Pain. (1) p.379-384.

- Ouellette, N. (1993). Les syndromes douloureux. En santé chez-nous. Le journal scientifique de l'hôtel-Dieu D'Arthabaska 2 (1) p. 11-12.
- Paquin, G. (1991). Une recherche sur le contrôle de la douleur. Ton ami (26) p.15.
- Pare, D. & Brochu, P. Y. (1993). La stimulation électrique et l'approche de la douleur en physiothérapie. En santé chez-nous. Le journal scientifique de l'Hôtel-Dieu D'Arthabaska. 2 (1) novembre p. 21-27.
- Pargade, A. (1985). Douleur et personnalité. Revue de l'infirmière : (1) janvier p. 21 - 24
- Portenoy, R. K. & Farkash, A. (1988). Practical Management of non-malignant pain in the elderly. Geriatrics. 43 (5) may p. 29-47.
- Romano, J. M., Surjala, K. L., Levy, R. L., Turner, J. A., Evans, P. & Keefe, F. J. (1988). Overt Pain Behaviors : Relationship to patient functioning and treatment outcome. Behaviour therapy. (19) p.199-201.
- Romyn, D. (1992). Pain management : Know the facts. The Canadian Nurse. june. p. 26-27.
- Roy, R. & Thomas, M. (1986). A Survey of Chronic Pain In an Elderly Population. Canadian family Physician. 32 March p. 513-546.
- Silvas, L. M. (1982). Chronic pain : cause, effect, control. Professionnel medical assistant. (15) january/february. p. 11-13.
- Scott, J. & Huskisson, E.C. (1979). Vertical or Horizontal Visual Analogue scales. Annals of the Rheumatic Diseases. (38) p. 560.
- Smeltzer, S. & Bare, B. (1994). Soins infirmiers Médecine et Chirurgie. Québec. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Sorkin, B. A., Rudy, T. E., Hanlon, R. B. & Turk, D. C. (1990). Chronic pain in old and young patients : Differences appear Less Important than Similarities. Journal of Gerontology Psychological Sciences. 45 (2) p. 64-68.
- Statistique Canada (1991a). Age, sexe, état matrimonial et union libre : Rapport technique du recensement de 1991 (Catalogue 92-325F). Ottawa : Ministère Approvisionnement et Services Canada.
- Statistique Canada (1991b). Activité Humaine et environnement. Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires (Catalogue 91-520). Ottawa : Ministère Approvisionnement et Services Canada
- Sternbach, R. A. (1986) Survey of pain in the United States : The Nuprin pain report. Clin J pain (2) p. 49-53.

- Thomas, M. R., ROY, R. (1988). Age and Pain : A comparative study of the "younger a n d older" elderly. Pain Management. july / august. p. 174-179.
- Watson, C. P. N. (1983). Douleur chronique. Medecine Moderne du Canada **38** (11) novembre p.1365-1368.
- Widner, S. & Zeichner, A. (1993). Psychologic Intervention for Elderly Chronic Pain Patient. Clinical Gerontologist **13** (4) p. 3-15.
- Wyant, G. M. (1983). La douleur chronique, principes et pratique Medecine Moderne du Canada **38** (3) (mars) p. 344-352.

Shippagan, N.-B.
Avril 1996

Monsieur / Madame _____
Directeur(trice) général(e)

Monsieur / Madame,

Je suis présentement en train d'effectuer une recherche en vue d'élaborer un mémoire de thèse de maîtrise en gérontologie à l'Université de Sherbrooke, au Québec

L'étude que je me propose d'effectuer concerne la douleur chronique des personnes âgées en institution et permettra d'approfondir les connaissances sur le sujet.

Cette lettre constitue une demande pour que vous m'autorisiez à ce que l'intervention relié à ce projet se fasse dans votre institution. Quelques autres institutions de la région sanitaire no. 6 seront aussi approchées en ce sens.

L'intervention est de courte durée; c'est-à-dire que je devrai rencontrer certains de vos résidants individuellement et certains de vos employé(e) pour une durée n'excédant pas une heure. Je me propose d'obtenir moi-même leur consentement, qui, il va sans dire, est volontaire.

Cette recherche n'expose ni vos résidant(e)s, ni votre personnel, à aucun préjudice ni risque pour leur santé et tous renseignements obtenus par le biais de l'étude demeureront strictement confidentiels.

Advenant une réponse positive, je me chargerai moi-même de prendre contact avec un(e) de vos infirmier(ère)s pour amorcer le processus. J'aimerais, si possible obtenir une réponse avant le 3 mai puisque je prévois effectuer mon intervention durant le mois de mai ou juin 1996.

Si vous désirez de plus amples informations sur cette recherche, n'hésitez pas à me contacter au 336-4078 ou au 336-3089.

En espérant une réponse favorable de votre part, je vous prie d'accepter, Monsieur / Madame l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Sylvie Paulin-Power

P.S. Prière de donner réponse à l'adresse suivante :
Casier postal 458
Shippagan NB EOB 2PO

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

(Personnes âgées)

Perception de la douleur chronique de la personne âgée institutionnalisée

Ce projet de recherche sur la perception de la douleur chronique de la personne constitue un mémoire de maîtrise en gérontologie. Cette étude servira surtout à approfondir les connaissances générales sur le sujet.

Les personnes âgées constituent un des groupes que nous désirons étudier; l'autre groupe est constitué des intervenants.

Votre participation est volontaire et si vous acceptez d'y participer, tous les renseignements obtenus suite à l'étude seront confidentiels. Seule la chercheuse ainsi que l'équipe de recherche y auront accès et celles-ci sont tenues au secret professionnel. Vous aurez le pouvoir de vous retirer de l'étude en tout temps.

La chercheuse viendra vous rencontrer pour une courte période (quelques minutes) afin de vous poser une question à propos de votre douleur.

La présente étude ne vous expose à aucun préjudice ni risque pour votre santé mais vous permettra par contre de prendre une part active à la recherche.

Je, _____ déclare avoir compris les termes de cette recherche et accepte d'y participer de mon plein gré.

Signature _____ Date _____

Temoin _____ Date _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (INTERVENANTS)

Perception de la douleur chronique de la personne âgée institutionnalisée

Ce projet de recherche sur la perception de la douleur chronique de la personne âgée institutionnalisée constitue un mémoire de maîtrise en gérontologie . Cette étude servira surtout à approfondir les connaissances sur le sujet.

Les personnes admissibles sont réparties en deux groupes: les personnes âgées et les intervenants.

Votre participation est volontaire et si vous acceptez d'y participer, tous les renseignements obtenus suite à l'étude seront confidentiels. Seule la chercheuse et l'équipe de recherche y auront accès et celles-ci sont tenues au secret professionnel. Vous aurez le pouvoir de vous retirer de l'étude en tout temps et votre nom n'apparaîtra nulle part au cours de l'étude.

Le questionnaire d'environ 1 heure a pour but d'acquérir quelques données socio-démographiques, de poser quelques questions à propos de quelques un(e)s de vos résidant(e)s et est suivi d'un petit test de connaissance.

La présente étude ne vous expose à aucun préjudice ni risque pour votre santé mais ceci vous permettra de prendre une part active à la recherche.

Je, _____ déclare avoir compris les termes de cette recherche et accepte d'y participer de mon plein gré.

Signature _____ Date _____

LISTE DES RÉSIDANT(E)S**NOM DE L'INSTITUTION :** _____

S.v.p., inscrire le nom des résidant(e)s de votre institution qui répondent aux critères d'inclusion cités dans cette étude.

Numéro	Nom du /de la résidant(e)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

LISTE DES INTERVENANTS

NOM DE L'INSTITUTION : _____

S.v.p. indiquez le nom des employé-e-s (infirmier-e-s et préposé-e-s aux soins) qui répondent aux critères d'inclusion de l'étude.

No.	Infirmier(e)s	No.	Préposé(e)s aux soins
I1		P1	
I2		P2	
I3		P3	
I4		P4	
I5		P5	
I6		P6	
I7		P7	
I8		P8	
I9		P9	
I10		P10	
I11		P11	
I12		P12	
I13		P13	
I14		P14	
I15		P15	
I16		P16	
I17		P17	
I18		P18	
I19		P19	
I20		P20	

La lettre précédant le no. Indique si l'employé(e) est un(e) infirmier(e) (I) ou un(e) préposé(e) aux soins (P).

ÉVALUATION DE L'ÉTAT MENTAL DE LA PERSONNE ÂGÉE

Nom de la personne âgée _____

1. ORIENTATION SPATIALE:

- 1.1 Dans quelle ville vous trouvez vous?
- 1.2 Dans quelle institution vous trouvez vous?
- 1.3 Quel était votre lieu de résidence avant d'être ici?
- 1.4 Dans quelle direction se trouve la chapelle?

2. ORIENTATION TEMPORELLE:

- 2.1 Dans quel mois sommes-nous?
- 2.2 Dans quelle saison sommes-nous?
- 2.3 Quelle est votre date de naissance?
- 2.4 Quel âge avez-vous?
- 2.5 Quel jour de la semaine a lieu la messe?

3. CONNAISSANCE DES CHOSES:

- 3.1 Qu'est-ce que c'est? (Montrez un objet quelconque)
- 3.2 De quelle couleur est ceci? (Montrez quelque chose de couleur rouge)
- 3.3 Nommez- moi un animal.

4. CONNAISSANCE DES PERSONNES:

- 4.1 Avez-vous des enfants?
- 4.2 Si oui, nommez-en un.
- 4.3 Comment s'appelle votre médecin?

La personne âgée doit avoir pu répondre à 13 questions pour être considérée admissible à la présente étude.

Total de points _____

Signature de l'assistante _____ Date _____

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PERSONNES ÂGÉES**Première partie: Données socio-démographiques**

Nom du foyer de soins: _____

Nom _____ Âge _____ Sexe _____

Date _____

Localisation de la douleur _____

Depuis combien de temps avez-vous ces douleurs _____

Prenez-vous des médicaments pour votre douleur? OUI _____ NON _____

Si oui, les prenez vous : quelques fois par jour _____

Une fois par jour _____

quelques fois par semaine _____

quelques fois par mois _____

Depuis combien de temps habitez-vous au foyer : _____ années.

Signature del'assistante _____ Date _____

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PERSONNES ÂGÉES**Deuxième partie: Évaluation de la douleur**

Indiquez par un trait qui coupe cette ligne, le niveau douleur que vous ressentez habituellement

Aucune douleur _____ Douleur intolérable

Signature de l'évaluatrice _____

Date _____

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX INTERVENANTS**Première partie: Données socio-démographiques**

Foyerdesoins _____
Catégorie d'employé(e) _____ Sexe _____
Niveau de
scolarité _____ Âge _____
Nombre d'années à l'emploi actuel _____ années et _____ mois.
Travail: temps partiel _____ temps plein _____
Nombre d'heures en moyenne par semaine: _____ heures.

P.S. VOTRE NOM N'APPARAÎTRA NULLE PART AU COURS DE CETTE RECHERCHE.

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX INTERVENANTS

Deuxième partie: Évaluation de la douleur

M., Mme, Mlle _____ est un(e) résidant(e) du foyer de soins où vous travaillez. Depuis _____, il/elle se plaint de douleur
 (Durée)
 à (aux) _____.
 (Localisation)

1. Indiquez par un trait qui coupe cette ligne, le niveau de douleur que ce/cette monsieur/madame/mademoiselle ressent habituellement.

Aucune _____ Douleur
 douleur _____ intolérable

2. Indiquez par un trait qui coupe cette ligne votre niveau d'appréciation de ce/cette monsieur/madame/mademoiselle.

apprécié(e) _____ pas apprécié(e)
 énormément _____ du tout

3. Estimez vous avoir des contacts fréquents avec cette personne ? Oui _____ Non _____

Si oui, combien de fois par semaine environ ? _____

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX INTERVENANTS

Troisième partie: Connaissance de la douleur

Vrai ou faux (s.v.p. cochez votre réponse)

- | | VRAI | FAUX |
|--|-------------|-------------|
| 1. La douleur aiguë est une douleur qui dure depuis plus de 6 mois. | | |
| 2. La douleur aiguë s'accompagne très souvent de dépression. | | |
| 3. Le seuil de tolérance à la douleur est différent d'un individu à l'autre. | | |
| 4. Beaucoup de gens feignent la douleur. | | |
| 5. Les maladies chroniques accompagnées de douleurs augmentent avec l'âge. | | |
| 6. La proportion de personnes âgées qui souffrent de douleurs chroniques est moins importante dans les foyers de soins que dans la communauté. | | |
| 7. La douleur aiguë qui résiste aux traitements habituels deviendra probablement chronique. | | |
| 8. La douleur chronique est toujours facile à reconnaître et à diagnostiquer. | | |
| 9. La douleur chronique est habituellement très destructive à cause de ses conséquences psychologiques. | | |
| 10. Il est préférable de traiter la douleur aiguë avec un analgésique et un anti-dépresseur pour de meilleurs résultats. | | |

Merci d'avoir participé à cette recherche.

Sylvie Paulin Power

ÉCHELLE VISUELLE ANALOGUE

1. Instrument initial :

L'EVA a été présentée aux sujets sous cette forme.

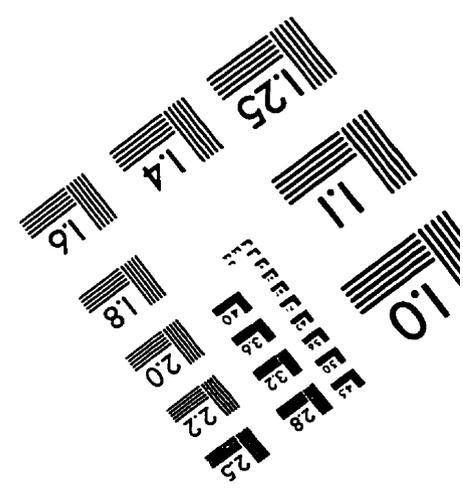
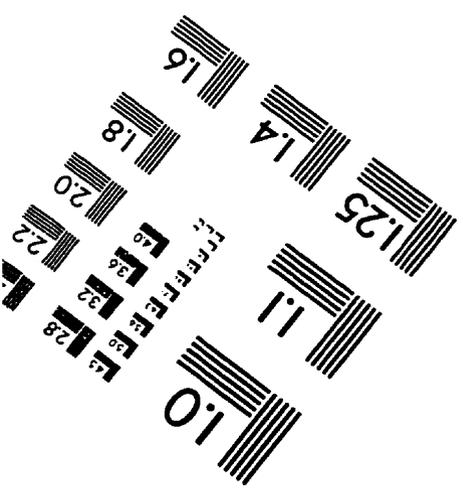
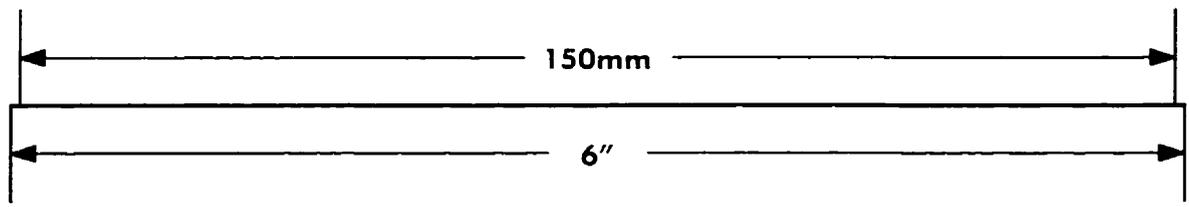
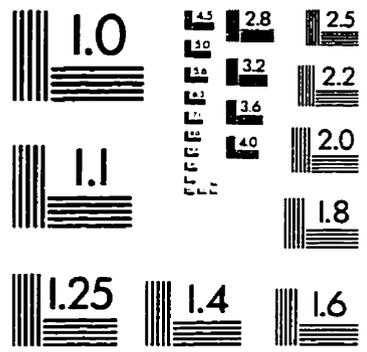
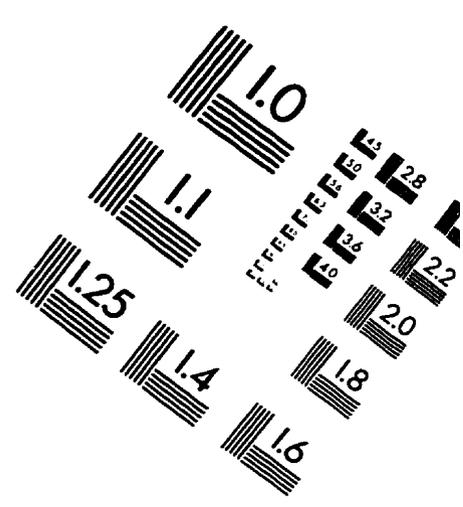
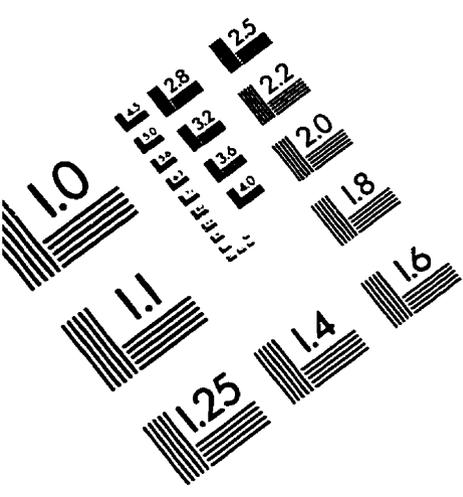
Aucune _____ Douleur
douleur intolérable

2. Résultats :

Par la suite, l'échelle a été graduée en 10 sections égales afin de permettre d'attribuer un score de douleur perçue.

Aucune _____ Douleur
douleur intolérable

IMAGE EVALUATION TEST TARGET (QA-3)



APPLIED IMAGE, Inc
 1653 East Main Street
 Rochester, NY 14609 USA
 Phone: 716/482-0300
 Fax: 716/288-5989

© 1993, Applied Image, Inc., All Rights Reserved