

Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée*

Michèle Aubin,^{1,2} René Verreault,¹ Maryse Savoie,³ Sylvie LeMay,⁴ Thomas Hadjistavropoulos,⁵ Lise Fillion,⁶ Marie Beaulieu,⁷ Chantal Viens,⁶ Rénaud Bergeron,² Lucie Vézina,⁸ Lucie Misson⁸ et Shannon Fuchs-Lacelle⁵

ABSTRACT

This study presents the validation of the French Canadian version (PACSLAC-F) of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC). Unlike the published validation of the English version of the PACSLAC, which was validated retrospectively, the French version was validated prospectively. The PACSLAC-F was completed by nurses working in long-term care facilities after observing 86 seniors, with severe cognitive impairment, in calm, painful or distressing but non-painful situations. The test-retest and inter-observer reliability, the internal consistency, and the discriminant validity were found to be satisfactory. To evaluate the convergent validity with the DOLOPLUS-2 and the clinical relevance of the PACSLAC, it was also completed by nurses during their work shift, with 26 additional patients, for three days per week during a period of four weeks. These results encourage us to test the PACSLAC in a comprehensive program of pain management targeting this population.

RÉSUMÉ

Cette étude présente la validation de la version canadienne-française (PACSLAC-F) du *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC). Celle-ci a été réalisée prospectivement, contrairement à la validation publiée de la version anglaise effectuée rétrospectivement. Le PACSLAC-F a été complété par des infirmières de centres de soins de longue durée, auprès de 86 aînés, avec atteinte cognitive grave, lors de situations de douleur, de calme et de détresse, pour vérifier ses fiabilités intra et interobservateurs, sa consistance interne, et sa validité discriminante. Puis, il a été complété auprès de 26 autres patients, par les infirmières, pendant leur quart de travail, à raison de trois jours par semaine, pendant quatre semaines, afin de vérifier sa validité de convergence avec le DOLOPLUS-2 et son utilité clinique. Toutes les mesures de fiabilité et de validité étaient satisfaisantes. Ces résultats permettent d'envisager de tester le PACSLAC dans un programme global de soulagement de la douleur chez cette population.

¹ Unité de recherche en gériatrie et équipe de recherche en soins palliatifs, Université Laval

² Université Laval, Département de médecine familiale

³ Anciens Combattants Canada, Hôpital Sainte-Anne, Sainte-Anne-de-Bellevue

⁴ Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

⁵ Centre on Aging and Health, et Département de Psychologie, Université de Regina

⁶ Faculté des sciences infirmières, Université Laval

⁷ Département de service social, Université de Sherbrooke

⁸ Unité de médecine familiale, Hôpital Laval, Québec

* Cette étude a été subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada. Dr Verreault est soutenu par la Chaire de gériatrie de l'Université Laval et Dr Aubin, par la Chaire de soins palliatifs de l'Université Laval. Nous désirons remercier toutes les infirmières qui ont participé à la validation du PACSLAC-F.

Manuscript received: / manuscrit reçu : 12/09/06

Manuscript accepted: / manuscrit accepté : 23/11/07

Mots clés : vieillissement, douleur, validation d'instruments de mesure, démence, aînés, PACSLAC

Keywords: aging, pain, validation of measurement instruments, dementia, seniors, PACSLAC

Requests for offprints should be sent to: / Les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à :

Dr Michèle Aubin, MD, MSc, CCMF, FCMF
Unité de médecine familiale, Hôpital Laval
2725, chemin Sainte-Foy, Québec G1V 4G5
(michele.aubin@mfa.ulaval.ca)

Introduction

La douleur chronique est fréquemment rencontrée chez les aînés, en particulier chez ceux résidant en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), chez qui la douleur serait présente dans 49 % à 83 % des cas (Desbiens et Wu, 2000; Ferrell, Ferrell et Rivera, 1995; Fox, Raina et Jadad, 1999; Stein, 2001; Won et al., 2004). En dépit de cette prévalence élevée, les études montrent que la prise en charge de la douleur dans les CHSLD est sous-optimale (American Geriatrics Society, 1998; Marzinsky, 1991; Sengstaken et King, 1999). La douleur y est souvent sous-détectée et insuffisamment traitée (Ferrell, 1995; Miller, Mor, Wu, Gozato et Lapane, 2002; Won et al., 1999; Won et al., 2004). L'absence d'outils adéquats d'estimation de la douleur auprès des résidents présentant des difficultés de communication, constitue une raison fréquemment invoquée pour expliquer les déficiences en termes de diagnostic et de traitement de la douleur en CHSLD.

Près des deux tiers des résidents des CHSLD ont un diagnostic de démence, et près de la moitié présentent une perte d'autonomie cognitive et fonctionnelle telle que la communication verbale est impossible, ce qui a pour conséquence de compliquer l'évaluation et la prise en charge de la douleur (Fox et al., 1999). Plusieurs études ont montré que, dans les mêmes contextes cliniques, les aînés avec atteintes cognitives recevaient moins d'analgésie que ceux cognitivement intacts (Feldt, Ryden et Miles, 1998; Horgas et Tsai, 1998; Morrisson et Siu, 2000; Won et al., 1999) et ce, même s'il est reconnu que la présence d'une démence ne modifie ni le seuil ni la réaction à la douleur (Hadjistavropoulos, LaChapelle, MacLeod, Snider et Craig, 2000; Scherder et al., 2003).

La détection de la douleur est un prérequis au soulagement adéquat de la douleur chez les résidents non communicants (Aubin, Savoie, Verreault et Proulx, 2006; Feldt, 2000a; Ferrell et al., 1995; Hadjistavropoulos, von Baeyer et Craig, 2001; Herr et Garand, 2001). Le rapport subjectif du patient représente la mesure la plus fiable de la douleur (McCaffery, 1979). Plusieurs instruments d'évaluation subjective de la douleur ont d'ailleurs été développés et sont utilisés tant en clinique qu'en recherche. Les échelles d'autoévaluation de la douleur (p. ex., échelle visuelle analogique) demeurent utiles chez les aînés avec une atteinte cognitive légère ou modérée

(Hadjistavropoulos et al., 2000; Herr, Spratt, Mobily et Richardson, 2004), mais elles deviennent rapidement inopérantes en présence d'atteinte cognitive plus marquée ou de démence (Ferrell et al., 1995; Kaasalainen et Crook, 2003; Krulewitch et al., 2000; Wynne, Ling et Remsburg, 2000).

Au cours des dernières années, plusieurs outils d'observation ont été développés pour détecter la présence et estimer l'intensité de la douleur chez les aînés souffrant de démence et incapables d'exprimer verbalement leur douleur. Ces échelles sont basées sur l'observation de comportements associés à la présence de douleur, généralement par un membre de l'équipe soignante en milieu de soins de longue durée. Les qualités psychométriques de ces échelles ont été revues et évaluées dans quelques publications récentes (Aubin, Giguère, Verreault et Hadjistavropoulos, 2007; Hadjistavropoulos, 2005; Herr, 2004; Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad et Berger, 2006). Il s'avère que la plupart de ces instruments n'ont été que partiellement testés, souvent auprès d'un nombre restreint de personnes, ce qui en limite la fiabilité et la validité. Une de ces échelles, le DOLOPLUS-2 (Wary, Serbouti et Collectif Doloplus, 2001), est fréquemment utilisée dans le monde francophone, mais sa validité a été critiquée en raison de son trop petit nombre d'items et de la faible spécificité de plusieurs d'entre eux relativement à la douleur (Gonthier, Vassal, Diana, Richard et Navez, 1999).

Le *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC) récemment élaboré par des chercheurs canadiens, est une échelle d'observation multidimensionnelle développée spécifiquement dans le contexte des soins de longue durée pour des résidents âgés incapables de communiquer. L'étude de validation préliminaire de l'instrument a présenté des qualités psychométriques satisfaisantes (Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos, 2004). Contrairement aux autres instruments, cet outil s'est avéré capable de discriminer entre des situations de douleur, de détresse et de calme, suggérant que le PACSLAC possède une bonne sensibilité (situation douloureuse vs calme) et une bonne spécificité (situation douloureuse vs détresse). Cette étude présente les résultats de validation de l'adaptation canadienne-française de cette grille d'observation auprès de personnes âgées non communicantes

hébergées en établissement de soins de longue durée au Québec.

Méthodologie

Sous la responsabilité de deux co-chercheurs de l'étude (MS, SL), la version originale anglaise du PACSLAC a d'abord été traduite en français, par trois infirmières bilingues et expérimentées dans les soins aux personnes âgées vivant en CHSLD. Les co-chercheurs ont comparé les différentes traductions et ont discuté des divergences avec la version originale pour arriver à une version française qui faisait consensus quant à son équivalence à la version anglaise.

Ensuite, trois autres infirmières bilingues également expérimentées en soins prolongés et n'ayant pas vu la version originale anglaise du PACSLAC ont retraduit en anglais la version française produite à la première étape. Les co-chercheurs ont à nouveau comparé les différentes traductions et réglé par consensus les divergences observées. La nouvelle version anglaise ainsi produite a été comparée à la version originale anglaise pour en vérifier le pourcentage de concordance.

Finalement, deux autres infirmières bilingues et expertes en soins prolongés ont retraduit en français cette deuxième version anglaise. Le pourcentage de concordance entre les deux versions françaises ainsi produites a été calculé et une version française finale (PACSLAC-F) a été produite pour servir aux étapes subséquentes de validation de l'instrument.

Tout comme l'instrument original, le PACSLAC-F est une grille d'observation correspondant à une liste de 60 items à cocher regroupés en quatre composantes : expressions faciales (13 items), activités/mouvements corporels (20 items), comportement/personnalité/humeur (12 items) et symptômes physiques – sommeil, appétit, émission de sons (15 items). L'addition des éléments cochés permet le calcul d'un score global de douleur.

Avant de procéder à la validation du PACSLAC-F, un prétest a été effectué dans deux CHSLD de Québec et de Montréal, afin d'en vérifier la clarté et l'acceptabilité dans le contexte des soins prolongés. L'échelle a été utilisée par 8 infirmières oeuvrant dans ces centres auprès de résidents atteints de démence et incapables d'exprimer efficacement leur douleur. Elles ont complété le PACSLAC-F lors de situations susceptibles de générer de la douleur chez ces résidents (bain, mobilisation, soins, etc.). Elles devaient également commenter la clarté, le choix, l'exhaustivité et la redondance des énoncés, en plus de noter la facilité d'utilisation de l'outil, les difficultés

rencontrées lors de son application et le temps requis pour le compléter. Cette étape a été réalisée 20 fois auprès de 18 patients et les infirmières ont, de façon unanime, perçu l'instrument utile et facile à utiliser, ne requérant que 5 minutes pour être complété.

Puis, la validation du PACSLAC-F a été effectuée en deux phases. Les différentes étapes de collecte de données se sont déroulées dans cinq CHSLD de la région de Québec et de Montréal. Des infirmières travaillant dans ces milieux de soins ont utilisé le PACSLAC-F auprès de patients atteints de démence n'ayant plus les capacités de communiquer pour exprimer leur douleur.

Phase I

La première phase de validation visait à documenter la fiabilité, la fidélité ainsi que la validité discriminante de l'outil d'observation. Dans chaque milieu de l'étude, l'infirmière-chef des unités de soins participantes a identifié les personnes âgées chez qui un diagnostic de démence avait été posé et dont l'atteinte cognitive était suffisamment grave pour empêcher l'utilisation d'une échelle d'autoévaluation de la douleur. Les mesures de fiabilité et de validité du PACSLAC-F ont été réalisées en observant de façon ponctuelle un total de 86 résidents. Vingt-cinq infirmières possédant une expérience minimale d'un an en soins de longue durée et travaillant depuis au moins un mois sur les unités de soins incluses dans l'étude ont été recrutées et elles ont signé un formulaire de consentement. Une infirmière de recherche a rencontré les participantes, à leur milieu de travail, et leur a donné une formation d'environ une heure sur l'utilisation du PACSLAC-F, afin de standardiser la collecte des données. De plus, les infirmières participant à l'étude ont pu se familiariser avec cette grille d'observation lors d'une période de rodage pendant laquelle elles ont observé les résidents atteints de démence lors de situations de calme et de douleur. Tout au long de l'étude, l'infirmière de recherche a visité de façon régulière les différentes unités de soins des milieux participants, de façon à recueillir les grilles d'observation PACSLAC-F au fur et à mesure qu'elles étaient complétées et à s'assurer que les procédures de validation du PACSLAC-F se déroulaient de façon conforme aux consignes données initialement.

Avant chaque utilisation du PACSLAC-F, les infirmières devaient indiquer, sur une échelle de 0 à 10, leur propre estimation du niveau de douleur ressenti par le patient au moment de l'observation. Le PACSLAC-F a été complété un total de 10 fois pour chaque patient, de façon à évaluer sa fiabilité intra et

interobservateurs, de même que sa validité discriminante. Dans l'ensemble, la collecte des données s'est étalée sur une période d'environ deux semaines, pour chaque patient observé.

Fiabilité test-retest

Les infirmières ont d'abord complété le PACSLAC-F en observant chaque patient en situation calme, généralement lorsqu'il était assis au fauteuil ou couché. Une deuxième observation du patient était de nouveau effectuée par la même infirmière, au moins trois heures plus tard, dans un contexte similaire. Par la suite, la même démarche a été réalisée, mais cette fois, dans un contexte de douleur probable, impliquant, la plupart du temps, une mobilisation du patient (marche, bain, etc.). Le délai retenu entre les observations est comparable à celui choisi dans d'autres études de fidélité pour des instruments apparentés (Wary, 1999). Cet intervalle de 3 heures constituait un bon compromis, d'une part, entre un délai plus court où l'effet mémoire aurait pu intervenir chez l'infirmière et d'autre part, un délai plus long où le niveau de douleur du sujet aurait pu être différent.

Fiabilité interobservateurs

Afin de vérifier la fiabilité interobservateurs de l'échelle, deux infirmières ont complété simultanément, mais de façon indépendante, le PACSLAC-F lors de l'observation d'un même patient. Effectuée d'abord en situation calme (au fauteuil ou couché), l'observation a ensuite été réalisée en situation de douleur possible (mobilisation, bain, etc.). Les infirmières avaient reçu comme consigne stricte de ne pas échanger d'information au cours des observations.

Validité discriminante

Outre les observations effectuées dans le contexte d'une situation calme et d'une situation de douleur, les infirmières devaient aussi identifier une situation de détresse pour chacun des résidents inclus dans l'étude et compléter à ce moment, le PACSLAC-F. Cette situation de détresse était définie comme un état de bouleversement psychologique sans évidence de douleur physique associée, comme par exemple, le départ d'un proche, la peur ou la crainte des autres, etc.

Phase II

La deuxième phase de validation a servi d'une part, à vérifier la validité de convergence du PACSLAC-F en comparant cette grille au DOLOPLUS-2, puisque ce dernier instrument ne pouvait être complété correctement lors de la phase 1, pendant laquelle les résidents

étaient observés de façon ponctuelle. En effet, le DOLOPLUS-2 requiert une observation prolongée du patient par un soignant qui le connaît bien, de façon à reconnaître les changements de comportement survenus chez lui comme indices potentiels de douleur. D'autre part, la phase II visait à vérifier la faisabilité d'implanter le PACSLAC-F dans la pratique quotidienne des soignants de CHSLD. Quinze infirmières travaillant de jour, sur deux unités de soins d'un CHSLD de la région de Québec ont accepté de participer à cette étape de l'étude et elles ont signé un formulaire de consentement. Elles ont complété le PACSLAC-F auprès d'un total de 26 résidents de ces unités qui avaient un diagnostic de démence et qui étaient, de l'avis de l'infirmière-chef, incapables d'utiliser une échelle d'autoévaluation de la douleur.

Pour évaluer la validité de convergence, les infirmières ont complété le PACSLAC-F lors de chaque moment passé auprès des résidents pendant leur quart de travail, en cochant les items de la grille au fur et à mesure qu'elles les ont observés durant la journée. Elles avaient reçu comme consigne d'apporter la grille d'observation PACSLAC-F dans la chambre des patients chaque fois qu'elles allaient les voir ou leur donner des soins. Puis, à la fin de la journée de travail, elles ont également complété le DOLOPLUS-2, à partir de leur connaissance de la situation des patients ainsi que de toutes les informations pertinentes contenues dans leur dossier.

L'acceptabilité du PACSLAC-F par le personnel dans leur routine de soins en CHSLD a été étudiée pendant une période de quatre semaines. Comme décrit précédemment, les infirmières travaillant de jour sur les deux unités de soins participant à l'étude ont complété le PACSLAC-F tout au long de leur quart de travail, à raison de trois jours par semaine, pour un total de 12 observations par résident. Il importe de noter que ces observations n'étaient pas nécessairement effectuées par le même soignant d'une fois à l'autre, compte tenu des mouvements de personnel et de la variation dans la distribution des tâches qui survient fréquemment sur les unités de soins. Aussi, à cette étape, les infirmières avaient reçu la consigne d'observer le patient à chaque contact et de cocher sur la grille PACSLAC-F, tous les items observés. De plus, elles devaient indiquer, à la fin de leur journée de travail, leur estimation personnelle du niveau de douleur ressentie par le patient, à partir d'une échelle de 0 à 10. Finalement, les infirmières des deux unités de soins ont été rencontrées en groupe à la fin des quatre semaines de cette phase de validation du PACSLAC-F, afin d'obtenir leur avis sur l'utilité perçue de cette grille d'observation dans leur travail clinique et les difficultés rencontrées en cours d'étude.

Tant pour les phases I et II de validation du PACSLAC-F, la consultation du dossier hospitalier a permis de recueillir des informations sur l'âge et le sexe des patients inclus dans l'étude, le nombre d'années d'hébergement, le type de démence, les diagnostics médicaux et la médication. Le *Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects* (MOSES) (Helmes, Csapo et Short, 1987) a également été complété pour chacun des patients en questionnant les infirmières responsables de leurs soins, à propos de leurs activités quotidiennes (bain, habillement, incontinence, mobilité), leur cognition (parole, orientation, perceptions), leur affect (tristesse, dépression, peurs) ainsi que leurs comportements d'isolement et de retrait (contacts sociaux, amitié, intérêt aux événements). L'obtention, pour un patient, d'un score élevé au MOSES traduisait une perte d'autonomie sévère et une importante atteinte cognitive chez cet individu. Enfin, les infirmières responsables des soins des patients participants devaient aussi compléter le Folstein.

Analyse des données

Une analyse descriptive des variables a d'abord été effectuée afin de vérifier l'étendue du score global du PACSLAC-F de même que sa moyenne et son écart-type. Le coefficient de corrélation de Spearman a permis de vérifier la fiabilité intraobservateurs (test-retest) et la validité de convergence. Ce type de coefficient de corrélation a été préféré au coefficient de Pearson compte tenu de la distribution des données qui ne respectait pas la courbe normale. La fidélité interobservateurs a été mesurée à l'aide du coefficient de corrélation intraclass alors que l'analyse de variance a permis de déterminer la validité discriminante. L'analyse de régression a servi à vérifier l'association entre le score PACSLAC-F et l'estimation préalable par le soignant de la douleur du patient. Cette estimation a été classée en trois catégories, à partir des scores indiqués par les infirmières sur une échelle de 0 à 10 : aucune douleur (score de 0), douleur légère (score de 1-2) et douleur intense (score > 2). Ces catégories ont été établies en accord avec les informations fournies par les infirmières qui considéraient qu'un score de 3 ou plus sur l'échelle de 0 à 10 indiquait la présence d'une douleur significative. Enfin, la consistance interne a été vérifiée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, lequel a été calculé pour la phase I, à partir de la fusion des résultats de toutes les mesures du PACSLAC-F réalisées en situation de calme, de douleur présumée et de détresse pendant toute la période de collecte de données dans les différents établissements de soins ($n = 873$ observations), et pour la phase II, à partir de la fusion de toutes les mesures du PACSLAC-F réalisées

durant les quatre semaines, sur les deux unités de soins du CHSLD de la région de Québec ayant participé ($n = 306$). Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS, version 8 (SAS Institute inc. Cary, NC). Le seuil de signification statistique a été établi à 0,05. Finalement, une analyse de contenu des informations obtenues lors des rencontres de groupe avec les infirmières a été effectuée afin de dégager les éléments favorables et les difficultés reliées à l'utilisation du PACSLAC-F. Cette étude avait reçu l'approbation préalable des Comités d'éthique de la recherche du Centre hospitalier universitaire affilié (CHA) de Québec et de l'Hôpital Sainte-Anne, dans la région de Montréal. Comme toutes les données relatives aux résidents ont été collectées par le personnel soignant des unités de soins, dans le cadre de leur routine régulière de travail, ces comités avaient autorisé le déroulement de l'étude sans exiger l'obtention du consentement du représentant légal ou d'un proche des aînés en observation.

Résultats

Lors des étapes de traduction du PACSLAC, la comparaison de la version originale anglaise de cette grille à celle obtenue après rétrotraduction en anglais d'une première version française a montré un niveau de concordance de 83 pour cent. Par la suite, la comparaison de la version française finale à celle obtenue initialement a révélé un niveau de concordance de 95 pour cent.

Phase I

L'échantillon de patients observés lors de la première phase de validation ($n = 86$) était principalement composé de femmes vivant en milieu d'hébergement depuis en moyenne 3,5 ans et présentant un âge moyen de plus de 80 ans (tableau 1). Parmi les patients observés, une majorité présentait une démence dégénérative (type Alzheimer) alors que les autres avaient reçu un diagnostic de démence vasculaire ou de démence mixte. Les autres problèmes médicaux notés au dossier étaient le plus souvent des maladies cardio-vasculaires (62 %) et des atteintes musculo-squelettiques (60 %). L'échelle Folstein pour juger de la sévérité de l'atteinte cognitive a présenté un score moyen de 0, l'ensemble des patients n'ayant pu répondre adéquatement à aucune des questions de cet instrument. Enfin, le résultat moyen obtenu au MOSES pour l'ensemble des échantillons était de 99,7 (échelle de 0 à 128). Ces résultats traduisent une perte grave d'autonomie et une atteinte cognitive sévère. Finalement, près des deux tiers des patients recevaient au moins un analgésique, mais le plus souvent de

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

		Phase I (n = 86) %	Phase II (n = 26) %
Sexe	féminin	62,0	69,0
	masculin	38,0	31,0
Démence	Alzheimer	71,0	42,0
	vasculaire	13,0	23,0
	mixte	16,0	15,0
	autres	—	19,0
Nb Rx analgésique	Aucun	31,0	31,0
	1	60,0	54,0
	> 1	9,0	15,0
Type de Rx analgésique	Niveau 1 (p. ex. AINS)	57,0	42,0
	Niveau 2 (p. ex. Codéine)	7,0	4,0
	Niveau 3 (p. ex. Morphine)	7,0	23,0
Âge	moyenne	84,0 ± 6,4	moyenne 75,8 ± 15,3
	Nombre d'années d'hébergement en CHSLD	3,5 ± 2,9	4,6 ± 4,8
Score Folstein (étendue : 0 à 30)		0	0
Score MOSES (étendue : 32 à 128)		99,7 ± 14,3	85,1 ± 22,6

type léger tel que l'acétaminophène ou un anti-inflammatoire (tableau 1).

Le tableau 2 présente le score global moyen du PACSLAC-F ainsi que les scores de ses sous-échelles obtenus lors des situations de calme, de douleur et de détresse. Le faible nombre de situations de détresse retrouvées dans l'étude s'explique par le fait que pour certains patients, les infirmières n'ont pu observer de telles situations durant toute la période de la phase I. La validité discriminante évaluée à partir des scores moyens pour les trois types de situations indique que l'échelle PACSLAC permet de bien différencier chacune des situations ($F = 187,2$ $p < 0,0001$). La différence de score notée entre les situations de douleur et de détresse semble plus marquée pour la sous-échelle comportements/personnalité/humeur que pour les autres sous-échelles.

Les résultats des analyses de fiabilité intra et inter-observateurs du PACSLAC-F réalisées en situation de douleur et de calme sont présentés au tableau 3. Les coefficients de corrélation intraclass (CIC) obtenus entre les différents observateurs sont élevés tant en situation de calme (CIC = 0,93) qu'en situation de douleur (CIC = 0,94) et ce, pour le score total comme pour les sous-échelles. La stabilité dans le temps du score global observé en situation calme et en situation de douleur est également satisfaisante puisque les coefficients de corrélation de Spearman sont élevés. Par contre, les coefficients de corrélation des sous-échelles sont plus faibles, en particulier en situation de calme, et le coefficient de corrélation de Spearman de la sous-échelle comportement/personnalité/humeur n'est pas significatif.

L'analyse de consistance interne présente un coefficient alpha de Cronbach de 0,74 pour le score global du PACSLAC-F suggérant que l'ensemble des items de l'échelle mesure bien le construit de douleur auprès de la clientèle observée. Enfin, l'analyse de régression indique une association significative entre l'estimation des infirmières du niveau de douleur ressenti chez les patients et le score global de l'échelle (tableau 4).

Phase II

Au cours de la deuxième phase de validation, l'échantillon de patients observés ($n = 26$) était principalement composé de femmes vivant en milieu d'hébergement depuis, en moyenne, 4,6 ans, et âgées de près de 76 ans (tableau 1). Un diagnostic de démence dégénérative (type Alzheimer) était retrouvé au dossier de près de la moitié d'entre eux, alors que les autres patients observés présentaient soit une démence vasculaire, soit une démence mixte ou tout autre diagnostic associé à une démence. Les autres problèmes médicaux notés au dossier étaient le plus souvent des maladies cardiovasculaires (50 %) et des problèmes musculosquelettiques (46 %). L'évaluation des fonctions cognitives (échelle de Folstein) indiquait, comme pour la phase I, un score moyen de 0, alors que le résultat moyen obtenu au MOSES pour l'ensemble des résidents observés était de 85,1. Enfin, seulement la moitié de l'échantillon recevait au moins un analgésique, le plus souvent de type léger, tels l'acétaminophène ou un anti-inflammatoire (tableau 1). Le score global moyen obtenu au PACSLAC-F en contexte habituel de travail était de $4,1 \pm 4,4$ ($n = 306$ observations).

Tableau 2: Scores moyens des sous-échelles et score total du PACSLAC selon les différents types de situations

PACSLAC	Moyenne \pm écart-type		
	Calme (n = 409)	Douleur (n = 403)	Détresse (n = 61)
Expressions faciales	1,9 \pm 1,6	3,5 \pm 3,9	3,4 \pm 1,9
Mouvements corporels	1,5 \pm 1,5	2,9 \pm 1,6	3,4 \pm 2,6
Comportement/personnalité/humeur	0,1 \pm 0,5	0,8 \pm 1,2	2,5 \pm 1,6
Autres	0,6 \pm 0,9	1,4 \pm 1,1	1,5 \pm 1,3
Score total ^a	4,1 \pm 3,5	8,6 \pm 3,9	10,8 \pm 4,1

^a Analyse de variance : $p < 0,0001$

Tableau 3: Coefficients de stabilité – fiabilité des sous-échelles et du score total du PACSLAC pour la Phase I

Échelle PACSLAC	Situation calme (n = 86)		Situation de douleur (n = 86)	
	CIC ^a	T-Retest ^b (Spearman)	CIC ^a	T-Retest ^b (Spearman)
Expressions faciales	0,87	0,57****	0,86	0,63****
Mouvements	0,95	0,70****	0,87	0,84****
Comportements/humeur	0,70	0,37	0,96	0,70****
Autres	0,81	0,68****	0,92	0,69****
Score total	0,93	0,75****	0,94	0,80****

^a Coefficients de corrélation intraclass obtenus lors des mesures de fiabilité interobservateurs

^b Coefficients de corrélation de Spearman obtenus lors des mesures de fiabilité intraobservateurs

**** $p < 0,0001$

Tableau 4: Variation du score total du PACSLAC-F selon l'estimation de douleur par les infirmières lors de la Phase I (échelle regroupée en 3 catégories)

Estimation de l'infirmière du niveau de douleur	N	Score total PACSLAC
Aucune douleur (0)	346	3,5 \pm 2,9
Peu de douleur (1-2)	137	6,9 \pm 3,3
Douleur significative (> 2)	183	9,7 \pm 3,8

$R^2 : 0,40$ ($p < 0,0001$)

La validité de convergence mesurée à partir du coefficient de corrélation de Pearson présente une association élevée ($r=0,80$; $p < 0,0001$) entre le score du PACSLAC-F et celui du DOLOPLUS-2. L'analyse de régression révèle, pour sa part, une association significative entre l'estimation des infirmières du niveau de douleur ressenti par les patients et le score global de l'échelle PACSLAC-F (tableau 5). Finalement, la consistance interne de l'échelle PACSLAC-F est très satisfaisante, le coefficient alpha de Cronbach étant de 0,84.

Commentaires des infirmières sur l'utilisation du PACSLAC-F

Invitées à commenter l'utilisation du PACSLAC-F, les infirmières ont d'abord relevé la clarté des différents items composant l'échelle ainsi que la pertinence de

Tableau 5: Variation du score total PACSLAC selon l'estimation de douleur par les infirmières lors de la Phase II (échelle regroupée en 3 catégories)

Estimation de l'infirmière du niveau de douleur	N	Score total PACSLAC
Aucune douleur (0)	178	2,4 \pm 3,1
Peu de douleur (1-2)	86	4,7 \pm 3,3
Douleur significative (> 2)	42	10,2 \pm 5,2

$R^2 : 0,36$ ($p < 0,0001$)

chacun d'eux à mesurer la douleur chez les personnes présentant des atteintes cognitives. Pour elles, le PACSLAC-F constitue une façon de systématiser leur observation des patients et accroît leur acuité à détecter des changements dans leur condition. De plus, les participantes considèrent que la liste des items est très exhaustive et que, même si certains d'entre eux peuvent sembler répétitifs, ils sont utiles pour préciser l'évaluation de la douleur chez des patients peu expressifs et ayant peu de moyens de communiquer. La plupart des participantes suggèrent de conserver tous les éléments pour le moment, alors que certaines évoquent la possibilité de regrouper quelques items tels que « visage renfermé/visage sans expression », « bouge sans arrêt/hyperactif », et « protège le site de la douleur/soutien le site de la douleur ».

Le personnel soignant estime que le PACSLAC-F est facile d'utilisation et que, malgré son grand nombre d'items, il ne requiert que peu de temps à compléter (± 5 minutes). Pour les infirmières interrogées, il est très simple d'observer le patient et de cocher les items du PACSLAC-F qui s'appliquent à l'observation effectuée, et ce, que l'observatrice connaisse bien le patient ou non. Toutefois, même si le PACSLAC-F s'avère un outil intéressant, certaines infirmières soulèvent le fait que son utilisation s'ajoute aux autres notes d'observation qu'elles ont à compléter. Elles suggèrent donc de restreindre son utilisation aux nouveaux patients admis, afin d'aider à mieux les connaître et à détecter chez eux la présence de douleur. Elles proposent aussi d'utiliser le PACSLAC-F chez tout patient qu'elles soupçonnent de présenter une douleur ou lorsqu'un changement survient dans la condition de ce dernier, pouvant faire suspecter l'apparition d'une douleur.

Discussion

Cette étude a mis en évidence les très bonnes qualités psychométriques de la version canadienne-française du PACSLAC. D'une part, cet instrument de mesure a présenté une validité discriminante et une validité de convergence tout à fait satisfaisantes. D'autre part, il s'est avéré fiable et reproductible, tels qu'en témoignent les résultats de fiabilité intra et interobservateurs. Le PACSLAC-F a également été bien perçu par le personnel soignant de CHSLD et il a été jugé facile à utiliser, ne demandant qu'une courte formation pour se familiariser avec cet outil. De plus, malgré son grand nombre d'items, il ne requiert que cinq minutes à compléter, ce qui n'alourdit pas de façon substantielle le travail de l'équipe soignante.

La validation de la version originale du PACSLAC avait également présenté de très bons résultats (Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos, 2004). Toutefois, les scores obtenus en situation de douleur étaient plus élevés que ceux observés dans l'étude actuelle, avec des valeurs moyennes de 17,9 à 20,3 selon l'événement douloureux considéré, comparativement à la moyenne de 8,6 notée dans cette étude. Cet écart entre les mesures peut s'expliquer par la différence de méthodologie utilisée dans les deux études. L'étude de validation initiale du PACSLAC a été effectuée à partir de données rétrospectives où les infirmières se remémoraient chez des patients sous leurs soins, deux situations au cours desquelles les patients avaient ressenti de la douleur suite à une cause clairement identifiable. Ces situations pouvaient correspondre à des chutes ou à des procédures médicales douloureuses et elles représentaient une douleur aiguë. Par contre, dans l'étude actuelle, les infirmières

observaient les patients lors de situations potentiellement douloureuses, comme lors de mobilisations ou de déplacements. Ces situations étudiées de façon prospective pouvaient ne pas provoquer une douleur aussi intense et elles représentaient davantage la manifestation d'une douleur chronique que d'une douleur aiguë, ce qui a pu contribuer à donner des scores plus faibles que ceux notés dans l'étude de validation de la version originale anglaise du PACSLAC. Les résultats combinés de notre étude de validation et de celle réalisée avec la version originale anglaise du PACSLAC, indiquent que cette grille d'observation peut être utile pour évaluer à la fois les douleurs aiguës et les douleurs chroniques. Si l'on se fie aux résultats obtenus, il est probable que les scores obtenus en situation de douleur aiguë soient supérieurs à ceux notés lors de douleur chronique.

Hormis ces différences notées en situation de douleur entre les deux études de validation du PACSLAC, il importe de souligner que les scores moyens observés en situation de détresse étaient comparables d'une étude à l'autre (12,4 dans l'étude de validation initiale vs 10,8 dans l'étude actuelle), tout comme ceux notés en situation de calme (3,4 dans l'étude de validation initiale vs 4,1 dans l'étude actuelle). Les résultats sont donc consistants entre les deux études. Les différences notées dans la comparaison des scores selon le type de situation ne sont attribuables qu'aux scores obtenus en situation de douleur, et, comme discuté précédemment, ces situations n'étaient pas de même nature. Par contre, comme certaines situations de détresse identifiées dans cette étude pouvaient également être empreintes de douleur puisqu'elles impliquaient une mobilisation (p. ex., se déshabiller, prendre un bain), il est possible que le score de PACSLAC obtenu en situation de détresse ait été amplifié. Il importe de poursuivre les études avec le PACSLAC pour confirmer les capacités discriminantes de cette grille entre la détresse sans douleur et la douleur proprement dite. De plus, comme certains comportements inclus dans le PACSLAC peuvent être observés chez des patients avec délirium, sans que ceux-ci présentent spécifiquement de la douleur, il y aurait lieu, dans des études subséquentes, d'identifier les items du PACSLAC qui s'avèrent les plus utiles pour reconnaître la douleur chez les patients avec délirium.

Malgré cette limite, le PACSLAC se compare avantageusement aux autres instruments développés jusqu'à maintenant pour évaluer la douleur chez les personnes atteintes de démence. En effet, tous les articles de revue ayant évalué ces instruments ont fait ressortir le PACSLAC comme un des outils les plus prometteurs (Hadjistavropoulos, 2005; Herr, 2004; Krulewitch et al., 2000; Zwakhalen et al., 2006). Le PACSLAC a été élaboré

spécifiquement dans le contexte des soins de longue durée pour des résidents âgés incapables de communiquer, alors que certains autres instruments visant cette clientèle ont été mis au point dans d'autres contextes comme les soins aigus (Feldt, 2000b), ou auprès d'ânés aptes à communiquer verbalement (Decker et Perry, 2003). Le PACSLAC respecte les recommandations de l'American Geriatrics Society (2002) en incluant des items dans les six catégories de signes et symptômes suggestifs de douleur, contrairement à certains instruments qui se limitent à n'évaluer que quelques aspects évocateurs de douleur (Abbey et al., 2004; Decker et Perry, 2003; Feldt, 2000b; Warden, Hurley et Volicer, 2003) ou qui incluent aussi des items non spécifiques à la douleur, mais plutôt reliés à l'autonomie fonctionnelle (Villanueva, Smith, Erickson, Lee et Singer, 2003). De tous les instruments répertoriés, le PACSLAC est l'un de ceux dont les efforts de validation sont les plus importants (Hadjistavropoulos, 2005).

La validation du PACSLAC devrait néanmoins être poursuivie avant qu'il ne soit utilisé de façon courante en milieu de soins de longue durée. En effet, la taille d'échantillon dans cette étude était insuffisante pour effectuer, de façon adéquate, une analyse factorielle des items du PACSLAC et permettre le retrait de certains d'entre eux qui apparaissaient fortement associés. La plupart des infirmières ayant participé à l'étude convenaient qu'il était préférable de conserver l'ensemble des items. De plus, même si certains items étaient rarement cochés à une phase de l'étude, il n'en était pas de même de façon systématique, en comparant les résultats d'une phase à l'autre. Il nous apparaît donc prématuré actuellement de retrancher des items. Aussi, seul le score global du PACSLAC présentait une consistance interne et une fiabilité satisfaisantes, de sorte qu'il est recommandé, pour le moment, de ne pas considérer les scores des sous-échelles pour évaluer la présence de douleur chez les résidents en CHSLD, mais de se baser sur le score global. Enfin, la taille limitée de notre échantillon ne permet pas d'établir des normes à partir des scores de PACSLAC obtenus, pour lesquels la présence de douleur peut être vraisemblablement suspectée. Il est suggéré d'utiliser le PACSLAC de façon répétée auprès des résidents pour déterminer la variation de leur score PACSLAC. Il est réaliste de penser qu'une douleur significative est présente si leur score excède un écart-type du score moyen obtenu antérieurement. D'autres études sont nécessaires pour confirmer cette approche et vérifier l'effet sur le score du PACSLAC des interventions visant à soulager la douleur. Finalement, il importe d'établir à quelle fréquence le PACSLAC devrait idéalement être complété en

pratique courante pour donner des informations utiles, sans surcharger la tâche de travail du personnel soignant. Soulignons que, malgré la facilité d'utilisation du PACSLAC et sa bonne réceptivité par le personnel, certaines participantes semblaient réticentes à l'intégrer à la routine de soins de façon systématique, à cause des autres documents à remplir et des autres activités qui constituent leur tâche qu'elles jugent déjà lourde. Cette situation fait ressortir l'importance de développer une stratégie d'implantation d'un tel instrument dans les milieux de soins, afin de s'assurer de la participation et de la collaboration de tous.

Conclusion

Le dépistage systématique de la douleur à l'aide d'un outil d'observation valide constitue la première étape pour optimiser le soulagement de la douleur chez les ânés ayant des capacités réduites à communiquer. Avec ses bonnes qualités psychométriques, le PACSLAC offre la perspective d'améliorer la prise en charge de la douleur chez cette clientèle. Toutefois, d'autres études sont nécessaires avant de pouvoir recommander l'utilisation du PACSLAC en pratique courante en CHSLD.

Références

- Abbey, J.A., Piller, N., De Billis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L. et Lowcay, B. (2004). The Abbey Pain Scale: A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(1): 6–13.
- American Geriatrics Society. (1998). The management of chronic pain in older persons: AGS panel on chronic pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46: 635–651.
- American Geriatrics Society. (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50: S205–224.
- Aubin, M., Giguère, A., Verreault, R. et Hadjistavropoulos, T. (2007). Évaluation systématique des instruments pour mesurer la douleur chez les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer. *Pain and Research Management*, 12(3): 195–203.
- Aubin, M., Savoie, M., Verreault, R. et Proulx, S. (2006). La douleur. Dans P. Voyer (Dir.), *Soins infirmiers aux ânés en perte d'autonomie. Une approche adaptée au CHSLD* (p. 287–300). St-Laurent, Qc: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Decker, S.A. et Perry, A.G. (2003). The development and testing of the PATCOA to assess pain in confused older adults. *Pain Management Nursing*, 4: 77–86.

- Desbiens, N.A. et Wu, A.W. (2000). Pain and suffering in seriously ill hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(Suppl. 5): S183–S186.
- Feldt, K.S. (2000a). Improving assessment and treatment of pain in cognitively impaired nursing home residents. *Annals of Long-Term Care*, 8(9): 36–42.
- Feldt, K.S. (2000b). The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Management Nursing*, 1(1): 13–21.
- Feldt, K.S., Ryden, M.B. et Miles, S. (1998). Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46: 1079–1085.
- Ferrell, B.A. (1995). Pain evaluation and management in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*, 123: 681–687.
- Ferrell, B.A., Ferrell, B.R. et Rivera, L. (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain Symptom Management*, 10: 591–598.
- Fox, P.L., Raina, P. et Jadad, A.R. (1999). Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: A systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 160(3): 329–333.
- Fuchs-Lacelle, S. et Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Management Nursing*, 5: 37–49.
- Gonthier, R., Vassal, P., Diana, M.C., Richard, A. et Navez, M.L. (1999). Sémiologie et évaluation de la douleur chez le sujet dément ou non communicant. *Info Kara*, 53: 12–23.
- Hadjistavropoulos, T. (2005). Assessing pain in older persons with severe limitations in ability to communicate. Dans S.J. Gibson et D. Weiner (Dirs.), *Pain in the elderly* (p. 135–151). Seattle: IASP.
- Hadjistavropoulos, T., von Baeyer, C. et Craig, K. (2001). Pain assessment in persons with limited ability to communicate. Dans: D. Turk et R. Melzack (Dirs.), *Handbook of pain assessment* (p. 134–149). New York: Guilford Press.
- Hadjistavropoulos, T., LaChapelle, D.L., MacLeod, F.K., Snider, B. et Craig, K.D. (2000). Measuring movement-exacerbated pain in cognitively impaired frail elders. *Clinical Journal of Pain*, 10: 54–63.
- Helmes, E., Csapo, K.G. et Short, J.A. (1987). Standardization and validation of the multidimensional observation scale for elderly subjects (MOSES). *Journal of Gerontology*, 42: 395–405.
- Herr, K. (2004). State of the art review of tools for assessment of pain in nonverbal older adults. Dans *City of Hope Pain and Palliative Care Resource Center Website*, sec. IV, Special Populations; art. B, Pain in the Elderly. www.cityofhope.org/prc/elderly.asp (consulté le 11 février 2008).
- Herr, K.A. et Garand, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3): 457–478.
- Herr, K.A., Spratt, K., Mobily, P.R. et Richardson, G. (2004). Pain intensity assessment in older adults: Use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clinical Journal of Pain*, 20(4): 207–219.
- Horgas, A.L. et Tsai, P.F. (1998). Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research*, 47(4): 235–242.
- Kaasalainen, S. et Crook, A. (2003). Comparison of pain-assessment tools for use with elderly long-term care residents. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4): 58–71.
- Krullewitch, H., London, M.R., Skakel, V.J., Lundstedt, G.J., Thomason, H. et Brummel-Smith, K. (2000). Assessment of pain in cognitively impaired older adults: A comparison of pain assessment tools and their use by non-professional caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12): 1607–1611.
- Marzinsky, L.R. (1991). The tragedy of dementia: Clinically assessing pain in the confused, nonverbal elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 17: 25–28.
- McCaffery, M. (1979). *Nursing management of the patient with pain* (2^e éd.). Philadelphia: Lippincott.
- Miller, S.C., Mor, V., Wu, N., Gozato, P. et Lapane, K. (2002). Does receipt of hospice care in nursing homes improve the management of pain at the end of life? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50: 507–515.
- Morrisson, R.S. et Siu, A.L. (2000). A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of Pain Symptom Management*, 19: 240–248.
- Sengstaken, E.A. et King, S.A. (1999). The problem of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41: 541–544.
- Scherder, E.J., Slaets, J., Deijen, J.B., Gorter, Y., Ooms, M.E., Ribbe, M., Vuijk, P.J., Feldt, K., van de Valk, M., Bouma, A. et Sergeant, J.A. (2003). Pain assessment in patients with possible vascular dementia. *Psychiatry*, 66(2): 133–145.
- Stein, W.M. (2001). Pain in the nursing home. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17: 575–594.
- Villanueva, M.R., Smith, T.L., Erickson, J.S., Lee, A.C. et Singer, C.M. (2003). Pain assessment for the dementing elderly (PADE): Reliability and validity of a new measure. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1): 1–8.

- Warden, V., Hurley, A.C. et Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1): 9–15.
- Wary, B. (1999). Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur. *Soins g erontologie*, 19: 25–27.
- Wary, B., Serbouti, S. et Collectif Doloplus. (2001). Doloplus 2: Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne  g ee. *Douleurs*, 2(1): 35–38.
- Wynne, C.F., Ling, S.M. et Remsburg, R. (2000). Comparison of pain assessment instruments in cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 21(1): 20–23.
- Won, A., Lapane, K., Gambassi, G., Bernabei, R., Mor, V. et Lipsitz, L.A. (1999). Correlates and management of non-malignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47: 936–942.
- Won, A.B., Lapane, K.L., Vallow, S., Schein, J., Morris, J.N. et Lipsitz, L.A. (2004). Persistent non malignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52: 867–874.
- Zwakhalen, S.M., Hamers, J.P., Abu-Saad, H.H. et Berger, M.P. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6: 3–37.