



Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de la personne autrice de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'autrice ou l'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et
Université de Sherbrooke

**La gestion de la douleur chronique en soins primaires :
explorer l'implication du personnel infirmier en Groupe de médecine familiale**

Par
Andréanne Bernier, inf., M. Sc.
Programme recherche en sciences de la santé

Thèse présentée au Département des sciences de la santé de
l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et à la Faculté de médecine et des
sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de
philosophiae doctor (Ph. D.) en sciences de la santé

Rouyn-Noranda, Québec, Canada
Octobre 2025

Membres du jury d'évaluation

Pre Abir El-Haouly, inf, Ph. D., présidente du jury, Département des sciences de la santé,
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Pre Anaïs Lacasse, Ph.D., directrice de recherche, Département des sciences de la santé,
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Pre Marie-Eve Poitras, inf., Ph.D., codirectrice de recherche, Département de médecine de
famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke
Pre Patricia Poulin, C.Psych., Ph.D., évaluatrice, Département d'anesthésiologie et de
médecine de la douleur, Université d'Ottawa
Pre Céline Gélinas, inf, Ph.D., évaluatrice, École des sciences infirmières Ingram,
Université McGill

SOMMAIRE

La gestion de la douleur chronique en soins primaires : explorer l'implication du personnel infirmier en Groupe de médecine familiale

Par

Andréanne Bernier, inf.

Programme recherche en sciences de la santé

Thèse présentée au Département des sciences de la santé de
l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et à la Faculté de médecine et des
sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke en vue de l'obtention du grade de
philosophiae doctor (Ph. D.) en sciences de la santé,
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue,
Rouyn-Noranda, Québec, Canada, J9X 5E4

Contexte : La douleur chronique (DC) touche plus d'une personne sur cinq au Canada, représentant un enjeu de santé majeur. Son fardeau économique est estimé entre 38,3 et 40,4 milliards de dollars par an. Malgré son importance, l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires demeure limitée, nécessitant des efforts concertés pour optimiser son implantation. **Objectifs** : Cette thèse par articles visait à : 1) Identifier les activités infirmières prioritaires pour soutenir la gestion de la DC en soins primaires, selon la perspective du personnel infirmier et des personnes vivant avec la DC; 2) Décrire les obstacles et les leviers à l'implantation de ces activités, du point de vue du personnel infirmier; 3) Déterminer les stratégies d'implantation adaptées pour favoriser l'intégration des activités infirmières, en tenant compte des réalités de la pratique et des besoins des personnes soignées. **Méthode** : En collaboration avec deux patientes partenaires vivant avec la DC, une étude mixte séquentielle explicative a été menée selon une approche QUAN-qual : 1) *Méthode Delphi* (trois rondes grâce à un questionnaire en ligne) impliquant du personnel infirmier (n=48) et des personnes vivant avec la DC (n=122) afin d'identifier les activités prioritaires. Une échelle de Likert à 9 points a été utilisée (1 = « absolument pas important »; 9 = « extrêmement important »), et les activités considérées comme prioritaires étaient celles ayant obtenu un score de 7, 8 ou 9 auprès d'au moins 75 % des participants. Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées; 2) *Approche qualitative descriptive* (21 personnes infirmières en quatre groupes de discussion) permettant d'explorer les barrières et leviers perçus par le personnel infirmier, à l'aide d'une analyse thématique déductive-inductive basée sur le cadre i-PARIHS; 3) *Intégration des résultats mixtes* grâce à un tableau conjoint mettant en parallèle les données quantitatives et qualitatives afin d'identifier les similitudes, divergences et complémentarités, et ainsi proposer des stratégies d'implantation pertinentes. **Résultats** : 1) Sur 47 activités infirmières identifiées à partir de 1167 suggestions, 41 ont été priorisées lors de la dernière ronde, réparties en quatre domaines : évaluation globale (n=15, 36,6 % de toutes les activités), gestion des soins (n=10, 24,4 %), promotion de la santé (n=7, 17,1 %) et collaboration interprofessionnelle (n=9, 22,0 %); 2) Plusieurs facteurs influencent l'implantation des activités infirmières, notamment l'intégration de la DC dans le rôle infirmier, les caractéristiques du personnel infirmier en

soins primaires, les besoins des personnes vivant avec la DC, ainsi que la structure des soins primaires et du système de santé; 3) L'écart entre les activités prioritaires et la pratique actuelle suggère que le rôle infirmier dans la gestion de la DC se situe au stade initial de diffusion d'une innovation (connaissance), selon la théorie de Rogers (2003). Deux axes prioritaires se dégagent de nos résultats : 1) Renforcer les capacités du personnel infirmier pour intégrer les activités liées à la gestion de la DC en soins primaires, en mettant à leur disposition des outils et guides cliniques, ainsi que de la formation, adaptés à la pratique infirmière, et 2) Sensibiliser et mobiliser les autres acteurs du système de santé (personnes vivant avec de la DC, prestataires de soins et gestionnaires) afin de favoriser l'adoption des nouvelles activités infirmières en DC et créer un environnement favorable au changement.

Conclusion : Les stratégies issues de cette thèse jettent les bases pour guider une implantation des activités infirmières en gestion de la DC. En promouvant une pratique infirmière active, ces recommandations visent à maximiser leur contribution à la gestion de la DC en soins primaires en misant sur le plein déploiement des compétences infirmières.

MOTS-CLÉS : douleur chronique, gestion, infirmière, rôle infirmier, soins primaires, recherche axée sur le patient, transfert des connaissances intégré, delphi, méthodes mixtes.

SUMMARY

Chronic Pain Management in Primary Care: Exploring the Involvement of Nurses in Family Medicine Groups

By

Andréanne Bernier, RN
Health sciences Program

A thesis presented to the Health Sciences Department of University of Quebec in Abitibi-Temiscamingue and to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of
Doctor of Philosophy in Health sciences,
University of Quebec in Abitibi-Temiscamingue,
Rouyn-Noranda, Quebec, Canada, J9X 5E4

Context: Chronic pain (CP) affects more than one in five people in Canada, representing a major health issue. Its economic burden is estimated between \$38.3 and \$40.4 billion per year. Despite its significance, the integration of nurses in the management of CP in primary care remains limited, requiring concerted efforts to optimize its implementation. **Objectives:** This study aims to 1) Identify priority nursing activities to support CP management in primary care, from the perspective of nurses and patients living with CP; 2) Describe the barriers and facilitators to implementing these activities, from the nurses' point of view; and 3) Determine implementation strategies to promote the integration of nursing activities, taking into account nursing practice realities and patient needs. **Method:** In collaboration with two patient partners living with CP, a sequential explanatory mixed-methods study was conducted using a QUAN-qual approach: 1) A *Delphi method* (three online rounds) involving nurses (n=48) and patients living with CP (n=122) to identify priority activities. A 9-point Likert scale was used (1 = "absolutely unimportant"; 9 = "extremely important"), and activities considered priorities were those scoring 7, 8, or 9 by at least 75% of participants. Descriptive statistical analyses were conducted; 2) A *descriptive qualitative approach* (21 nurses in four focus groups) was used to explore perceived barriers and facilitators from the nurses' perspective, through a deductive-inductive thematic analysis based on the i-PARIHS framework; and 3) *Integration of results* through a joint display comparing quantitative and qualitative data to identify similarities, differences, and complementarities, thereby proposing relevant implementation strategies. **Results:** 1) Out of 47 nursing activities identified from 1,167 suggestions, 41 were prioritized in the final round, categorized into four domains: holistic assessment (n=15, 36.6% of all activities), care management (n=10, 24.4%), health promotion (n=7, 17.1%), and interprofessional collaboration (n=9, 22.0%); 2) Several factors influence the implementation of nursing activities, including the integration of CP into the nursing role, characteristics of nurses in primary care, needs of patients living with CP, and the structure of primary care and the healthcare system; 3) The gap between prioritized activities and current practice suggests that the nursing role in CP management is at the early stage of innovation diffusion (knowledge), according to Rogers' theory (2003). Two priority directions emerge: 1) Strengthening nurses' capacities to integrate CP-related activities by providing them with appropriate tools and clinical guidance

tailored to nursing practice, as well as training, 2) Raising awareness and mobilizing other healthcare system stakeholders (individuals living with CP, healthcare providers, and managers) to support the adoption of new nursing activities in CP and create an environment conducive to change. **Conclusion:** The strategies developed from this study lay the foundation for guiding the implementation of nursing activities in CP management. By promoting autonomous nursing practice, these recommendations aim to maximize nurses' contribution to CP management in primary care through the full deployment of their competencies.

KEYWORDS: chronic pain, management, nurses, nursing role, primary care, patient-oriented research, knowledge translation, delphi, mixed methods.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
1. INTRODUCTION.....	3
1.1 Problématique.....	3
1.2 Recension des écrits	6
1.2.1 La douleur chronique	7
1.2.2 La fréquence et les facteurs associés à la douleur chronique.....	8
1.2.3 L'impact biopsychosocial et sociétal de la douleur chronique	9
1.2.4 La gestion de la douleur chronique.....	11
1.2.5 Article 1 (review) Optimiser la gestion de la douleur chronique : explorer la contribution essentielle du personnel infirmier en soins primaires	15
1.2.6 Activités infirmières, rôle et pratique professionnelle.....	44
1.2.7 Études disponibles dans la littérature internationale.....	46
1.2.8 Synthèse et pertinence de la recherche doctorale	49
1.3 Objectifs de recherche.....	51
2. MÉTHODOLOGIE	52
2.1 Cadres et approches de recherche	52
2.1.1 Cadre Knowledge-to-Action.....	52
2.1.2 Recherche axée sur le patient.....	56
2.1.3 Autres cadres de référence	57
2.2 Posture épistémologique de l'étudiante-chercheuse	58
2.3 Devis de recherche	60
2.4 Phase 1 Étude quantitative.....	65
2.4.1 Cadre de référence spécifique au volet quantitatif.....	65
2.4.2 Méthodes de collecte de données quantitative.....	67
2.5 Phase 2 Étude qualitative.....	68
2.5.1 Cadre de référence spécifique au volet qualitatif.....	69
2.5.2 Méthodes de collecte de données qualitative.....	71
2.6 Intégration des données : connexion entre la phase quantitative et la phase qualitative	72
2.7 Intégration des résultats du devis mixte séquentiel explicatif.....	73
2.6.1 Comparaison des résultats quantitatifs et des résultats qualitatifs	73

2.6.2 Cadres de référence pour l'interprétation de l'intégration mixte.....	76
3. RÉSULTATS	79
3.1 Article 2 Unleashing the Potential of Primary Care Nurses in Chronic Pain Management: A Delphi Study to Identify Priority Activities	80
3.2 Article 3 Integrating Primary Care Nurses in Chronic Pain Management: Barriers, Opportunities, and Insights from a Qualitative Focus Group Study	135
3.3 Intégration mixte	168
3.3.1 Stratégies d'implantation selon les domaines de la pratique infirmière .	168
3.3.2 Stade d'adoption de l'innovation	183
3.3.3 Ensemble des stratégies d'implantation pour soutenir l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires.....	184
4. DISCUSSION	187
4.1 Discussion de l'intégration mixte.....	187
4.1.1 Méconnaissance du rôle infirmier en douleur chronique.....	188
4.1.2 Autonomie professionnelle et amélioration de la pratique professionnelle	191
4.1.3 Variabilité selon les domaines de soins	193
4.1.4 Cohérence des stratégies d'implantation	196
4.2 Contributions théoriques et conceptuelles de la thèse.....	198
4.3 Avantages et limites de la thèse	202
4.3.1 Forces méthodologiques de la thèse	202
4.3.2 Rigueur scientifique de la méthode mixte	204
4.3.3 Limites de la thèse	208
4.4 Plan de transfert des connaissances.....	210
4.5 Retombées de la recherche pour les sciences infirmières	212
4.5.1 Pratique clinique	212
4.5.2 Enseignement.....	213
4.6 Piste de recherches futures	216
5. CONCLUSION	219
6. LISTE DES RÉFÉRENCES	221
7. ANNEXES	240
Annexe 1 - Approbation du Comité d'éthique de la recherche.....	240
Annexe 2 – Phase 1 : Courriel de recrutement Personnel infirmier et personnes vivant avec de la DC	242

Annexe 3 – Phase 1 : Affiche de recrutement sur les réseaux sociaux	246
Annexe 4 – Phase 1 : Formulaire d'informations et de consentement	247
Annexe 5 – Phase 1 : Questionnaire Ronde 1	250
Annexe 6 – Phase 1 : Questionnaire Ronde 2	266
Annexe 7 – Phase 1 : Questionnaire Ronde 3	279
Annexe 8 – Phase 2 : Permission d'utilisation des images du i-PARIHS.....	289
Annexe 9 – Liste d'activités infirmières en gestion de la douleur chronique en soins primaires.....	291
Annexe 10 – Phase 2 : Courriel de recrutement.....	292
Annexe 11 – Phase 2 : Formulaire d'informations et de consentement.....	293
Annexe 12 – Phase 2 : Présentation powerpoint et guide d'entrevue	296

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRÉSENCE DE DOULEUR CHRONIQUE	9
TABLEAU 2 : CADRES DE RÉFÉRENCE DE LA RECHERCHE DOCTORALE.....	58
TABLEAU 3 : RÉSUMÉ DE LA MÉTHODOLOGIE MIXTE, QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE L'ÉTUDE	63
TABLEAU 4 : STADES D'ADOPTION SELON ROGERS (2003).....	77
TABLEAU 5 : ANALYSE COMPARATIVE DES RÉSULTATS RELATIFS AU DOMAINE DE L'ÉVALUATION GLOBALE	169
TABLEAU 6 : ANALYSE COMPARATIVE DES RÉSULTATS RELATIFS AU DOMAINE DE LA GESTION DES SOINS	173
TABLEAU 7 : ANALYSE COMPARATIVE DES RÉSULTATS RELATIFS AU DOMAINE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ.....	176
TABLEAU 8 : ANALYSE COMPARATIVE DES RÉSULTATS RELATIFS AU DOMAINE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	179
TABLEAU 9 : STRATÉGIES D'IMPLANTATION POUR SOUTENIR L'INTÉGRATION DU PERSONNEL INFIRMIER DANS LA GESTION DE LA DC EN SOINS PRIMAIRES.....	186
TABLEAU 10 : PLAN DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES	210

Les tableaux inclus dans les trois articles de cette thèse suivent une numérotation indépendante des tableaux de la thèse et, par conséquent, ils ne sont pas inclus dans cette liste de tableaux.

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : SCHÉMATISATION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	45
FIGURE 2 : CADRE KNOWLEDGE-TO-ACTION	53
FIGURE 3 : SCHÉMATISATION DU PROCESSUS DE RECHERCHE.....	61
FIGURE 4 : DOMAINES D’ACTIVITÉS INFIRMIÈRES POUR LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES EN SOINS PRIMAIRES DE POITRAS, CHOUINARD, FORTIN, GIRARD, ET AL. (2016).....	66
FIGURE 5 : OPÉRATIONNALISATION DE LA MÉTHODE DELPHI	68
FIGURE 6 : INTEGRATED-PROMOTING ACTION ON RESEARCH IMPLEMENTATION IN HEALTH SERVICES	70
FIGURE 7 : SCHÉMATISATION DE L’INTÉGRATION DU I-PARIHS ET DE LA THÉORIE DE LA DIFFUSION DES INNOVATIONS POUR L’ÉLABORATION DES AXES D’IMPLANTATION .	200
FIGURE 8 : DOMAINES D’ACTIVITÉS INFIRMIÈRES POUR LA GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE EN SOINS PRIMAIRES	201

Les figures incluses dans les trois articles de cette thèse suivent une numérotation indépendante des figures de la thèse et, par conséquent, elles ne sont pas incluses dans cette liste de figures.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CFPNA : *Canadian Family Practice Nurses Association*

CP : *Chronic pain*

DC : Douleur chronique

FMG : *Family medicine group*

GMF : Groupe de médecine de famille

IASP : *International Association for the Study of Pain*

IMMPACT : *Initiative on Methods, Measurement, and Assessment of Pain in Clinical Trials*

i-PARIHS : *integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework*

KTA : *Knowledge-To-Action framework*

MMAT : *Mixed Methods Appraisal Tool*

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la Santé

À Alex, Louis-Raphaël, Félix-Antoine et Charles-Olivier
On peut réaliser nos ambitions, avec du courage, de la persévérance...
et beaucoup de soutien.
Je serai là pour soutenir les vôtres, comme vous l'avez été pour moi.

"Dans la vie, rien n'est à craindre, tout est à comprendre. Maintenant, il est temps de comprendre davantage, afin que nous puissions craindre moins."

- Marie Curie, première femme à recevoir un prix Nobel

REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance à Anaïs et Marie-Eve, deux femmes exceptionnelles qui ont marqué ce parcours doctoral. Anaïs, ton accompagnement, ta bienveillance et la richesse de tes conseils ont été précieux à chaque étape de cette aventure. Ta vision, ta rigueur scientifique et la confiance que tu m'as accordée ont été pour moi des sources de motivation et de dépassement. Marie-Eve, ton expertise dans le développement de la pratique infirmière et ta passion pour l'amélioration des soins primaires ont rendu chaque échange à la fois stimulant et formateur. Ta capacité à créer des ponts entre la recherche et la pratique a grandement enrichi cette thèse, mais a aussi profondément influencé l'infirmière chercheuse que je deviens.

Je remercie chaleureusement les patientes partenaires qui ont contribué à cette recherche. Marie-Dominique et Sylvie, votre implication généreuse, votre savoir expérientiel et votre engagement ont grandement enrichi cette thèse et lui ont donné tout son sens humain et concret. Marie-Dominique, ton regard attentif, tes commentaires toujours pertinents et ta façon de remettre les besoins des personnes vivant avec la douleur au centre ont vraiment aidé à améliorer cette thèse. Sylvie, ton énergie, ton écoute et ta générosité dans le partage de ton expérience ont apporté une touche humaine au travail. Merci d'avoir accepté de faire ce long chemin avec moi. J'ai beaucoup appris à vos côtés sur l'importance d'inclure les personnes concernées pour vraiment améliorer les soins.

Je tiens à remercier sincèrement tout le personnel infirmier et les personnes vivant avec la douleur chronique qui ont participé à cette recherche. Votre temps, votre générosité et vos partages ont été essentiels pour faire avancer cette thèse. Merci d'avoir contribué avec autant d'ouverture et d'engagement.

Je souhaite également remercier les instances qui ont soutenu financièrement mes études, notamment le ministère de l'Enseignement supérieur pour des bourses pour la relève professorale en sciences infirmières totalisant 117 000\$ et ainsi que l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, qui m'a accordé des libérations de temps essentielles à la réalisation de cette recherche. Une mention de reconnaissance à mes collègues du Département des sciences de la santé qui ont supporté mes demandes de dégrèvement. Un merci également pour les bourses reçues au cours de mon parcours d'études par le Regroupement intersectoriel de recherche en santé de l'Université du Québec (RISUQ) (bourse doctorale de 5000\$) et le Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD) (deux bourses de congrès *Je M'affiche* pour un total de 2000\$).

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance envers les membres des équipes de recherche avec qui j'ai eu le privilège de collaborer : l'équipe de la Chaire de recherche institutionnelle en épidémiologie de la douleur chronique dirigée par la Pre Lacasse et celle des Pratiques Professionnelles Optimales en Soins Primaires dirigée par Pre Poitras. Une pensée toute particulière à un quatuor remarquable : au-delà de votre soutien, c'est la complicité, les échanges sincères et les liens de confiance qui se sont tissés au fil du temps qui ont marqué ce parcours. Votre écoute, votre humour et votre bienveillance ont apporté une légèreté précieuse dans les moments plus intenses. Vous avez fait une réelle différence!

Enfin, à mes amies et à ma famille, un immense merci. Votre présence, vos encouragements, et votre amour inconditionnel m'ont soutenue dans les moments de doute comme dans les moments de joie. On dit qu'il faut tout un village pour élever un enfant... il en faut aussi un pour mener à terme une thèse quand on est maman, professeure, étudiante et infirmière à la fois ! Alex, mes trois amours, votre écoute, vos petits gestes du quotidien et votre confiance ont fait toute la différence. Vous avez été ma plus belle source de motivation et de réconfort. Cette thèse est aussi un peu la vôtre !

AVANT-PROPOS

Cette thèse doctorale combinant des approches quantitatives et qualitatives avait pour but d'explorer l'implication potentielle du personnel infirmier en soins primaires en gestion de la douleur chronique (DC) sous la direction des Pres Anaïs Lacasse (UQAT) et Marie-Eve Poitras (Université de Sherbrooke), en partenariat avec Mmes Marie-Dominique Poirier et Sylvie Beaudoin qui ont une expérience vécue de DC.

La présente thèse est structurée en quatre chapitres. Le **premier chapitre** introduit la problématique de recherche, en précisant les objectifs poursuivis. Il propose également une recension des écrits sur les concepts clés de la thèse, notamment la gestion de la DC en soins primaires et le rôle du personnel infirmier. Cette section comprend également un article de synthèse narrative publié.

- Article 1 : Bernier, A., Poitras, M. E., & Lacasse, A. (2024). Optimiser la gestion de la douleur chronique : explorer la contribution essentielle du personnel infirmier en soins primaires. *Canadian Journal of Pain*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/24740527.2024.2394207>

Le **deuxième chapitre** présente l'approche dans laquelle s'inscrit la démarche la thèse, ainsi que la méthodologie du devis mixte séquentiel explicatif comportant deux phases distinctes (quantitative-qualitative) et la méthodologie de l'intégration mixte. Une section méthodologie n'est normalement pas exigée dans les thèses par articles des programmes recherche en sciences de la santé, mais il s'avérerait pertinent de mettre la table avec la méthodologie générale du projet qui comporte plusieurs phases.

Dans le **troisième chapitre** sont exposés les résultats sous forme de deux articles scientifiques (un accepté pour publication, l'autre soumis – en révision) :

- Article 2 : Bernier, A., Poitras, M. E., Poirier, M. D., Beaudoin, S., & Lacasse, A. (2025). Unleashing the Potential of Primary Care Nurses in Chronic Pain Management: A Delphi Study to Identify Priority Activities. *Pain Management Nursing*, S1524-9042(25)00191-2. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2025.05.007>

- Article 3 : Bernier, A., Poitras, M. E., Poirier, M. D., Beaudoin, S., & Lacasse, A. (2025). Integrating Primary Care Nurses in Chronic Pain Management: Barriers, Opportunities, and Insights from a Qualitative Focus Group Study. *Pain Management Nursing*. [Soumis – en révision]

Ces deux articles sont suivis d'une section de résultats complémentaires découlant de l'intégration de la méthode mixte, qui sera soumis pour publication ultérieurement.

Enfin, le **quatrième chapitre** de cette thèse propose une discussion générale allant au-delà des discussions individuelles des deux articles présentés précédemment. Il met en lumière les contributions théoriques et méthodologiques de l'étude. Ce chapitre présente également une réflexion sur les forces et les limites de cette approche méthodologique. Il se conclut par des recommandations concrètes, ainsi que par une discussion sur les retombées des résultats l'enseignement, la recherche et la pratique infirmière en soins primaires en matière de gestion de la DC.

1. INTRODUCTION

Dans ce premier chapitre, la problématique de recherche sera décrite en mettant en lumière le rationnel de la thèse. Ensuite, une recension des écrits sera présentée afin de situer la pertinence de la thèse au sein des travaux scientifiques existants, tout en définissant les concepts clés sur lesquels s'appuie cette thèse. Finalement, la dernière section présentera les objectifs de la thèse.

1.1 Problématique

L'*International Association for the Study of Pain* (IASP) définit la douleur comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (Raja et al., 2020). Cette douleur peut être de courte durée (douleur aiguë) ou perdurer dans le temps. La douleur chronique (DC) est ainsi une douleur persistante depuis plus de trois mois (Treede et al., 2019). Selon la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la DC peut être classifiée en deux catégories distinctes : la DC primaire (considérée comme une maladie à part entière) et la DC secondaire (considérée comme découlant d'une autre maladie) (Treede et al., 2019). Son impact sur la qualité de vie des personnes est majeur, puisqu'elle entraîne des répercussions importantes sur la santé physique (ex. limitations fonctionnelles, trouble du sommeil), la santé psychologique (ex. dépression, anxiété, idées suicidaires), ainsi que sur le fonctionnement social (ex. isolement social, altération des relations familiales, etc.) (Dueñas et al., 2016). Au Canada et dans plusieurs pays du monde, plus d'une personne sur cinq vit avec de la DC (Health Canada, 2020; Mental Health Research Canada, 2024; Rometsch et al., 2025; Zimmer et al., 2022). Par ailleurs, le fardeau économique de la DC est considérable, atteignant entre 38,3 et 40,4 milliards de dollars par an en raison des dépenses de santé et de la perte de productivité au Canada (Health Canada, 2020).

En raison de la complexité de cette maladie, la gestion de la DC repose sur une approche multimodale combinant des interventions pharmacologiques, physiques et psychosociales

pour optimiser la qualité de vie des personnes (Cohen et al., 2021). Cette approche intégrée implique également la collaboration de divers prestataires de soins, tels que les médecins, le personnel infirmier, les physiothérapeutes, les psychologues, ainsi que les pharmaciens et les pharmaciennes (Gatchel et al., 2014; Gauthier et al., 2019; Kress et al., 2015). En particulier, les soins primaires doivent jouer un rôle central dans le suivi des personnes vivant avec une maladie chronique, en assurant une gestion continue et coordonnée pour une meilleure gestion à long terme (Organisation mondiale de la Santé, 2022). En revanche, plusieurs défis persistent quant à la gestion de la DC en soins primaires, notamment le manque de formation spécialisée et d'outils cliniques, l'accessibilité aux services spécialisés, la collaboration interprofessionnelle insuffisante, la variabilité des pratiques cliniques et la surcharge de travail du personnel clinique (Lalonde et al., 2015; McEwen et al., 2022).

Dans les équipes de soins primaires, le personnel infirmier joue un rôle central en tant que partenaire principal des médecins de famille dans la coordination et la prestation des soins (Norful et al., 2017; Saint-Pierre et al., 2018; Smolowitz et al., 2015). Généralement nommées « infirmières en soins primaires » (*primary care nurses*) (Canadian Family Practice Nurses Association [CFPNA], 2019) et détenant un diplôme universitaire de premier cycle, elles sont reconnues comme des généralistes répondant à un large éventail de problématiques de santé aiguës ou chroniques (Norful et al., 2017; Smolowitz et al., 2015). Au Québec, les soins primaires sont principalement dispensés au sein des Groupes de médecine de famille (GMF) (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022a), où le personnel infirmier collabore étroitement avec les médecins de famille et d'autres prestataires de soins, tels que les travailleurs sociaux, les pharmaciens et pharmaciennes, ainsi que les nutritionnistes, pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins (MSSS, 2022b). Parmi les activités professionnelles du personnel infirmier, on y retrouve le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes dans lequel la promotion de la santé, l'éducation au patient, la coordination des soins et le soutien à l'autogestion sont étroitement liés (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2016). Cependant, les personnes vivant avec de la DC et consultant dans ces GMF sont majoritairement accompagnées par les médecins de famille, tandis que leur suivi par le personnel infirmier reste absent (MSSS, 2021). Les raisons de cette accessibilité limitée ne

sont pas documentées dans la littérature actuelle (ex. manque de références par les médecins, méconnaissance du rôle infirmier, contraintes organisationnelles, etc.) (MSSS, 2021). Pourtant, le personnel infirmier a une place importante dans la gestion d'autres maladies chroniques, telles que le diabète et l'hypertension, où il joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé, la gestion de la maladie et le suivi longitudinal de la patientèle (CFPNA, 2019; Matthys et al., 2017; Norful et al., 2017; Stephen et al., 2018). Or, ces maladies chroniques fréquemment suivies par le personnel infirmier sont souvent associées à la DC dans un contexte maladie chroniques multiples (Aldossari et al., 2020; Ferguson et al., 2020; McQueenie et al., 2021). Ainsi, on peut se demander pourquoi le personnel infirmier n'est pas davantage impliqué dans la gestion de la DC.

Le rôle du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires reste largement sous-exploré (Benes et al., 2022; Williams, 2017). Bien que des recherches aient mis en évidence l'efficacité et la satisfaction par les personnes soignées des soins infirmiers en gestion de la DC en soins primaires, notamment pour le soutien à la gestion pharmacologique, l'accompagnement psychologique, le soutien à l'autogestion et la coordination des soins (Assefa et al., 2023; Becker et al., 2018; Connell et al., 2022; Damush et al., 2016; Gannon et al., 2019; Hadi et al., 2016; Huttunen et al., 2024; Joypaul et al., 2019; Kroenke et al., 2019; Matthias et al., 2010; Matthias et al., 2012; Rutledge et al., 2018), il persiste un écart concernant leur implication réelle en contexte de soins primaires. En effet, le personnel infirmier en soins primaires participe encore peu aux soins offerts en gestion de la DC (Bergeron et al., 2015a; Lewis et al., 2019; Lukewich et al., 2015). L'un des obstacles majeurs à cette intégration est, entre autres, la méconnaissance des interventions infirmières adaptées pour soulager les symptômes de la DC (Bergeron et al., 2015b).

Selon le *Expanded Chronic Care Model* (Barr et al., 2003), une gestion optimale des maladies chroniques repose sur une définition claire et structurée des pratiques professionnelles. Il est donc essentiel d'identifier précisément les activités des prestataires de soins, c'est-à-dire les actions entreprises pour influencer l'état de santé des personnes soignées (M. E. Poitras et al., 2018). En outre, cette clarification facilite la reconnaissance du rôle infirmier, oriente la formation et la pratique clinique, favorise une meilleure

organisation des soins et contribue à l'amélioration continue de la qualité des services offerts (Déry et al., 2017; Dubois et al., 2013; Lukewich et al., 2019). Pourtant, la littérature internationale actuelle ne permet pas d'opérationnaliser de manière précise et globale les activités infirmières en soins primaires pour la gestion de la DC. Tandis que des revues de la littérature soulignent ce manque (Becker et al., 2018; Connell et al., 2022; Joypaul et al., 2019), des guides de pratique ainsi que les écrits en soins primaires infirmiers abordent peu, voire pas, la DC (MSSS, 2019; Norful et al., 2017; M.-E. Poitras et al., 2018). Certaines études et recommandations sur la pratique infirmière traitent de la gestion de la douleur, mais sans distinction claire entre douleur aiguë (symptôme) et douleur chronique (maladie chronique), ce qui limite l'applicabilité des résultats en soins primaires (Courtenay et Carey, 2008; IASP, 2018; Registered Nurses' Association of Ontario, 2025; Royal College of Nursing, 2023). Lorsqu'il existe des écrits destinés aux soins infirmiers, ils concernent principalement les milieux spécialisés (cliniques de douleur; soins tertiaires) (Bech et al., 2020; de Thurah et al., 2017). Enfin, bien que des guides de pratique en douleur (Korownyk et al., 2022; Mills et Smith, 2022; Van Cauwenbergh et al., 2024) soient disponibles un peu partout dans le monde (Canada, États-Unis, Europe), ils sont majoritairement conçus pour la pratique médicale ou la pratique multidisciplinaire.

En somme, on peut affirmer que l'implication du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires reste insuffisamment étudiée et peu documentée, notamment en ce qui concerne l'opérationnalisation des activités infirmières en matière de gestion de la DC. **C'est dans ce contexte que cette recherche doctorale prend toute son importance, visant à explorer plus en profondeur l'implication du personnel infirmier en soins primaires dans la gestion de la DC.** Les objectifs spécifiques étaient ainsi d'identifier les activités infirmières jugées essentielles et d'examiner les facteurs influençant leur intégration dans la pratique, ainsi que de formuler des recommandations pour faciliter le développement du rôle du personnel infirmier dans la gestion de la DC.

1.2 Recension des écrits

Cette recension des écrits est structurée en plusieurs sections abordant différents aspects de la DC. Elle traite de la définition de la DC, des caractéristiques des personnes vivant avec

cette condition, ainsi que des stratégies de gestion qui y sont associées. Une section est également dédiée à l'organisation des services pour la gestion de la DC (article publié), avec un accent particulier sur la pratique infirmière dans le cadre des soins primaires. Enfin, des précisions sont apportées sur les études visant à décrire les activités infirmières spécifiques à la gestion de la DC.

1.2.1 La douleur chronique

L'*International Association for the Study of Pain* (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle provoquée par une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (Raja et al., 2020, p. 1977). Basé sur sa durée, on peut ensuite qualifier la douleur d'aiguë (symptôme) ou de chronique (maladie) (Treede et al., 2019). Pendant longtemps, la DC a été décrite de manière globale comme une douleur ou un inconfort prolongé, mais avec des définitions variables en termes de durée (ex. 3 ou 6 mois) et d'intensité (Andrew et al., 2014). Selon l'IASP et la 11^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'OMS, la DC a été plus récemment définie comme une douleur récurrente ou persistant depuis plus de trois mois (Treede et al., 2019). Selon la CIM-11, la DC peut être classifiée en deux catégories distinctes : la DC primaire (considérée comme une maladie à part entière) et la DC secondaire (considérée comme découlant d'une autre maladie) (Treede et al., 2019). Plus précisément, le diagnostic de la DC primaire s'applique aux personnes qui : 1) souffrent de douleur depuis plus de trois mois, 2) présentent une détresse émotionnelle marquée ou une incapacité fonctionnelle significative, et 3) dont aucun autre diagnostic ne permet d'expliquer l'état de santé (Nicholas et al., 2019). À l'inverse, la DC secondaire est reconnue comme découlant d'une autre pathologie sous-jacente, pouvant persister après la guérison ou le traitement de la condition initiale, comme un cancer, un diabète, une intervention chirurgicale, un choc post-traumatique ou une DC secondaire d'origine viscérale ou musculosquelettique (Nicholas et al., 2019). Il est également reconnu que chez certaines personnes, une douleur qui commence comme **secondaire** à une autre maladie peut, avec le temps, devenir une douleur considérée comme **primaire**, c'est-à-dire qu'elle persiste indépendamment de la maladie initiale (Treede et al., 2019). Cela illustre comment la DC peut évoluer et devenir une maladie à part entière. Étant donné la diversité des conditions de santé rencontrées par

le personnel infirmier en GMF et le fait que la DC n'est pas systématiquement diagnostiquée à ce jour, le terme **douleur chronique (DC)**, dans le cadre de cette thèse, fait référence à toute condition pour laquelle la douleur persiste depuis plus de trois mois, qu'elle soit primaire ou secondaire aux maladies précédemment décrites. La recherche porte ainsi sur la gestion de la DC, indépendamment de son contexte d'apparition ou de son étiologie.

1.2.2 La fréquence et les facteurs associés à la douleur chronique

Au Canada, on estime que la DC touche désormais plus d'une personne sur cinq (Health Canada, 2020; Mental Health Research Canada, 2024), ce qui représente plus de 10,8 millions de Canadiens. En général, la DC présente une intensité modérée dans 52 % des cas et sévère dans 14 % des cas, et elle persiste depuis plus de 10 ans chez 50 % des personnes concernées (Schopflocher et al., 2011). La DC est plus fréquente dans certaines populations : elle touche plus d'un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus (Andrew et al., 2014; Schopflocher et al., 2011), entre 11 % et 38 % des enfants et des adolescents (King et al., 2011), ainsi que davantage de femmes que d'hommes (Andrew et al., 2014; Schopflocher et al., 2011). Elle est également plus présente chez les peuples autochtones (Allan et Smylie, 2015), les personnes vétérans et les personnes qui consomment des drogues (Alford et al., 2016; Heimer et al., 2015). On souligne les inégalités de santé liées à la DC, qui affecte de manière disproportionnée les populations vulnérables, à faible niveau socioéconomique ou discriminées (Allan et Smylie, 2015; Health Canada, 2020).

La DC est désormais reconnue comme une condition distincte, bien qu'elle demeure un phénomène sensoriel subjectif, multidimensionnel et propre à chaque individu (Health Canada, 2019). Plusieurs facteurs biologiques, psychologiques, sociodémographiques, et liés aux habitudes de vie peuvent conduire à la chronicité de la douleur ou en favoriser l'apparition. Le Tableau 1 présente un ensemble de facteurs associés à la présence de DC (Mills et al., 2019; Oliver van Hecke et al., 2013; O. van Hecke et al., 2013).

Tableau 1 : Facteurs associés à la présence de douleur chronique

Facteurs sociodémographiques	- Âge (les personnes âgées) - Sexe (les personnes de sexe féminin) et identité de genre (les femmes) - Origine ethnique et culturelle - Contexte socioéconomique (pauvreté, faible scolarité, emploi, etc.) - Marginalisation - Attitudes et croyances envers la douleur
Facteurs associés aux habitudes de vie	- Tabagisme - Consommation excessive d'alcool - Sédentarité - Absence d'un régime alimentaire pour la prévention cardiovasculaire - Manque d'heures d'ensoleillement et de vitamine D
Antécédents de santé	- Douleur aiguë - Comorbidités physiques (ex. diabète) et mentales (ex. anxiété, dépression) - Surpoids - Troubles de sommeil - Chirurgies - Composantes génétiques - Violences physiques et abus

1.2.3 L'impact biopsychosocial et sociétal de la douleur chronique

La DC représente un fardeau considérable, non seulement pour les personnes qui en sont atteintes, mais également pour leurs familles (Dueñas et al., 2016). Les symptômes associés à la DC varient, pouvant affecter les domaines sensoriels, affectifs, cognitifs et moteurs, et perturber tous les aspects de la vie quotidienne (O. van Hecke et al., 2013). En effet, ces atteintes affectent le fonctionnement physique des individus, notamment à travers des incapacités à réaliser les activités de la vie quotidienne et domestique (ex. : s'habiller, faire des achats, etc.), entraînant ainsi une inactivité (Dueñas et al., 2016). Sur le plan psychologique, elles engendrent des troubles tels que le stress, l'anxiété, la tristesse, la dépression et la colère. Les liens entre la douleur chronique et la santé mentale sont souvent bidirectionnels (Dueñas et al., 2016). La qualité du sommeil, les fonctions cognitives (notamment l'attention et la mémoire), la vie de famille ou de couple, ainsi que la capacité d'avoir des loisirs ou de participer à des activités sociales sont également affectées (Dueñas et al., 2016). De plus, ces symptômes compromettent la performance scolaire ou

professionnelle, notamment en ce qui concerne l'employabilité et la productivité, et altèrent la perception de la qualité de vie (Andrew et al., 2014; Dueñas et al., 2016). Lorsque la gestion de la DC est insuffisante, elle peut conduire à des conséquences graves, telles que la pauvreté, l'itinérance, voire le suicide (Racine, 2018).

En outre, la DC est rarement une condition isolée. En effet, les personnes qui en souffrent présentent souvent plusieurs autres maladies chroniques, ce qui complexifie leur prise en charge et leur suivi médical (Andrew et al., 2014; Grant et al., 2020). Il est rapporté que 90% des personnes soignées en soins primaires vivent avec au moins deux maladies chroniques, et 50% en cumulent jusqu'à cinq (Fortin et al., 2005). Certaines conditions, comme la lombalgie, les douleurs abdominales et l'arthrite, comptent parmi les motifs de consultation les plus fréquents en soins primaires (Finley et al., 2018). D'autres conditions chroniques courantes en soins primaires, notamment l'hypertension, le diabète, la dépression et l'anxiété, sont également très répandues chez les personnes vivant avec de la DC (Aldossari et al., 2020; Ferguson et al., 2020; Liberman et al., 2014; Mann et al., 2016; McQueenie et al., 2021).

En plus de ses impacts humains, la DC génère également des coûts économiques importants pour les sociétés. Aux États-Unis, le fardeau économique annuel associé à la DC, incluant les coûts des soins de santé et les pertes financières dues à l'absentéisme au travail, est estimé à 560 milliards de dollars (Gaskin et Richard, 2012). En Australie, ce montant atteint 73,2 milliards de dollars par an (Painaustralia, 2019), tandis qu'au Canada, les coûts directs liés aux soins de santé et à la perte de productivité varient entre 38,3 et 40,3 milliards de dollars par an (Health Canada, 2020). Comparé à d'autres maladies chroniques bien connues, telles que les maladies cardiovasculaires (309 milliards de dollars), le diabète (188 milliards de dollars) ou le cancer (243 milliards de dollars), la DC s'avère encore plus coûteuse (Gaskin et Richard, 2012). Bien que les coûts individuels soient généralement plus faibles, le fardeau économique global de la DC est proportionnellement plus élevé, car cette condition touche un plus grand nombre de personnes, ce qui en fait un enjeu majeur pour la santé publique et l'économie.

En raison de la complexité de leur état de santé, les personnes vivant avec de la DC et des comorbidités sont parmi les plus grands utilisateurs de soins médicaux (Andrew et al., 2014; Grant et al., 2020). Une étude pancanadienne récente, réalisée auprès de 1649 personnes vivant avec de la DC, a révélé que 96,7 % des personnes vivant avec de la DC font face à des décisions difficiles tout au long de leur parcours de soins (Naye et al., 2024). Ces décisions touchent quatre domaines majeurs : la consultation (Quel prestataire de soins ou service de santé est le plus adapté pour mon problème ou ma condition ?), le diagnostic (Faut-il effectuer des tests supplémentaires pour identifier la cause de la douleur ?), le traitement (Quel traitement ou quelle approche est le plus approprié pour mon problème ou ma condition ?) et la vie quotidienne (Est-ce que je peux maintenir mes activités quotidiennes ?) (Naye et al., 2024). La décision la plus difficile concernait le choix de prendre de la médication. Près de la moitié des répondants ont pris cette décision avec un médecin de soins primaires, 16,1 % avec un spécialiste (ex. rhumatologue), 10,3 % avec un prestataire de soins en réadaptation, 9,8 % avec une personne chirurgienne, 6,9 % avec un prestataire en santé alternative, et 6,2 % avec un autre prestataire de soins primaires (ex. personnel infirmier) (Naye et al., 2024). Enfin, 1,5 % des répondants ont mentionné qu'ils n'avaient consulté aucun prestataire de soins pour prendre cette décision, ou qu'ils l'avaient faite seuls ou avec plusieurs prestataires de soins (Naye et al., 2024).

1.2.4 La gestion de la douleur chronique

Le modèle biopsychosocial de la douleur proposé par Gatchel et al. (2007) reconnaît la douleur comme un phénomène multidimensionnel. Selon ce modèle, chaque individu évolue sous l'influence de facteurs biologiques (par exemple, la génétique ou le sexe biologique), psychologiques (tels que les émotions) et sociaux (comme les attitudes et croyances familiales ou le genre) (Gatchel et al., 2007). Cette combinaison unique de facteurs influence le système nerveux et module ainsi l'expérience et le développement de la douleur (Gatchel et al., 2007). Dans cette optique, la gestion de la DC doit aller au-delà de la simple quantification du degré de douleur et comprendre l'individu dans son ensemble, en tenant compte de son expérience subjective de la douleur (Health Canada, 2019). Une évaluation complète de la DC devrait inclure l'historique de la douleur et des symptômes associés (par exemple, la mesure de l'intensité de la douleur), mais aussi décrire l'état fonctionnel de la

personne, comme l'expérience de la souffrance, et prendre en compte les déterminants sociaux de la santé (Health Canada, 2019). En effet, chez certaines personnes, l'intensité de la douleur peut rester élevée et stable, tandis que leur capacité à fonctionner et leur qualité de vie peuvent s'améliorer et demeurent satisfaisantes à leurs yeux (Ballantyne et Sullivan, 2015).

L'approche multimodale et multidisciplinaire est largement reconnue comme étant la plus efficace pour la gestion de la DC (IASP, 2009). En réalité, les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques (approches physiques et psychosociales) se renforcent mutuellement lorsqu'ils agissent sur les dimensions physiques, psychologiques et sociales de la douleur (Hylands-White et al., 2017; Kaiser et al., 2017; Kerns et al., 2018). Dès lors, les personnes vivant avec la DC doivent être soutenues par différents prestataires de soins (Gauthier et al., 2019) et doivent apprendre à explorer et adopter diverses stratégies pour identifier celles qui répondent le mieux à leurs besoins individuels (Health Canada, 2019). Chaque option présente des avantages et des inconvénients, et certaines approches exigent un engagement actif de la personne (ex. autogestion), notamment en modifiant ses habitudes environnementales, sociales, comportementales ou psychologiques (Health Canada, 2019).

1.2.4.1 Les approches pharmacologiques

Les approches pharmacologiques de soulagement de la douleur reposent principalement sur trois grandes catégories de médicaments : les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les opioïdes et les médicaments agissant sur le système nerveux central, tels que les anticonvulsivants et les antidépresseurs (Marcianò et al., 2023). D'autres médicaments, comme l'acétaminophène, les myorelaxants, les anesthésiques locaux, et les cannabinoïdes sont également utilisés pour soulager la douleur (Marcianò et al., 2023). Cependant, les bénéfices de ces traitements restent limités : leur efficacité se situe généralement entre un soulagement léger et modéré, et leur effet varie considérablement en fonction de la nature de la DC et du médicament employé (Korownyk et al., 2022; McDonagh et al., 2020). En outre, les données scientifiques actuelles ne démontrent pas clairement une amélioration significative de la qualité de vie des personnes sous traitement pharmacologique, que ce soit à court ou à long terme (McDonagh et al., 2020).

L'utilisation de ces médicaments s'accompagne souvent d'effets secondaires notables, incluant des troubles gastro-intestinaux, hépatiques ou cardiovasculaires, qui figurent parmi les principales causes d'échec ou d'abandon du traitement (McDonagh et al., 2020). Par ailleurs, les études comparant les opioïdes aux traitements non opioïdes ne montrent aucun avantage significatif en termes de soulagement de la douleur, d'amélioration du fonctionnement quotidien, du bien-être psychologique, du sommeil ou de la gestion de la dépression (Chou et al., 2020). Leur efficacité à long terme demeure également non démontrée (Chou et al., 2020). En revanche, leur usage est associé à un risque élevé d'effets indésirables graves, tels que des troubles respiratoires et neurologiques pouvant entraîner des conséquences fatales (Chou et al., 2020). Malgré cette efficacité modeste et les risques importants, une majorité de personnes vivant avec de la DC (62 à 84 %) ont recours à ces médicaments (Andersson et al., 1999; Choinière et al., 2010; Toblin et al., 2011). Or, ces personnes s'attendent souvent à une disparition complète de la douleur, une attente irréaliste qui est rarement discutée avec les prestataires de soins pour définir des objectifs thérapeutiques plus réalistes (Wiering et al., 2018). Cette inadéquation entre attentes et réalité contribue probablement au fait qu'une proportion importante de ces personnes perçoivent leur traitement comme insatisfaisant (37 à 64 %) (Breivik et al., 2006; Cheung et al., 2019).

1.2.4.2 Les approches physiques et psychologiques

Les approches physiques et psychologiques de soulagement de la douleur sont variées et peuvent agir sur différentes composantes de la DC : physique, cognitive et comportementale. Leur objectif va du soulagement de la douleur à l'amélioration de l'adaptation et de la qualité de vie des personnes vivant avec de la DC (Health Canada, 2019).

Si certaines approches manquent encore de preuves scientifiques solides quant à leur efficacité, plusieurs, telles que la thérapie cognitivo-comportementale, la méditation de pleine conscience et surtout l'exercice physique, sont bien reconnus pour la gestion de la DC (Becker et al., 2018; Korownyk et al., 2022). Globalement, leur efficacité varie selon les individus, tout comme les traitements pharmacologiques (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health [CADTH], 2020a). Toutefois, elles présentent l'avantage

d'améliorer le fonctionnement et la qualité de vie, tout en comportant peu de risques d'effets indésirables (CADTH, 2020a). Néanmoins, certaines approches, en particulier psychologiques, peuvent ne pas convenir à tous : par exemple, la méditation de pleine conscience peut accentuer les symptômes chez des personnes ayant des antécédents de traumatisme ou de dépression (CADTH, 2020b). De plus, les données disponibles indiquent que, bien que des effets indésirables rapportés avec de telles approches demeurent rares, ils peuvent inclure une aggravation des symptômes ou un abandon lié à une déception quant au rythme ou à l'étendue des progrès (Williams et al., 2020).

Bien que le Canada offre une couverture de santé universelle, l'accès aux traitements non pharmacologiques reste limité et inégal (Ndegwa et al., 2018). En d'autres mots, les soins essentiels sont offerts dans le système de santé public, mais les traitements non pharmacologiques sont en majorité offerts dans le secteur privé et accessibles uniquement aux personnes qui bénéficient d'une assurance privée (ex. via leur employeur ou l'employeur de leur partenaire) ou par des indemnisations pour travailleurs et travailleuses (Ndegwa et al., 2018). L'intégration des soins physiques et psychologiques dans le réseau public demeure insuffisante, entraînant de longs délais d'attente pour ces services (Choinière et al., 2020). Notons que le recours limité aux approches non pharmacologiques s'explique également par le fait que les médecins en parlent peu avec leurs patients et leurs patientes, mais aussi par la difficulté à accéder à ces services à cause du manque de disponibilité, ce qui limite davantage les possibilités de référence (Ndegwa et al., 2018). Parmi les obstacles à la gestion de la DC identifiés par les prestataires de soins figurent les délais d'attente, l'offre de services limitée selon les régions, les coûts, le scepticisme quant à leur efficacité, la réticence des personnes soignées et les difficultés d'adaptation aux nouvelles technologies (Giannitrapani, Ahluwalia, McCaa, et al., 2018).

1.2.5 Article 1 (review) | Optimiser la gestion de la douleur chronique : explorer la contribution essentielle du personnel infirmier en soins primaires

Auteurs de l'article : Andréanne Bernier, RN, M. Sc.^a, Marie-Eve Poitras, RN, Ph.D.^b, and Anaïs Lacasse, Ph.D.^c

^aDépartement des sciences de la santé, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, (UQAT), Rouyn-Noranda, Québec, Canada

^bDépartement de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke, Campus Saguenay, Sherbrooke, Québec, Canada

^cDépartement des sciences de la santé, UQAT, Rouyn-Noranda, Québec, Canada

Statut de l'article : Publié

Bernier, A., Poitras, M. E., & Lacasse, A. (2024). Optimiser la gestion de la douleur chronique : explorer la contribution essentielle du personnel infirmier en soins primaires. *Canadian Journal of Pain*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/24740527.2024.2394207>

Contribution de la candidate

L'étudiante-chercheuse est première auteure de cet article de synthèse narrative qui découle de travaux réalisés dans le cadre de son examen général. La question initiale a été proposée par les directrices de recherche. L'étudiante-chercheuse a ensuite effectué la recherche documentaire complète, la lecture intégrale des articles et l'analyse de l'ensemble des écrits. Elle a décidé du cadre d'analyse retenu pour l'organisation des données. Elle a rédigé la première version de l'article, et les directrices de recherche en ont assuré la révision critique.

Avant-propos de l'article

En 2021, tant au niveau canadien que québécois, des plans d'action ont été publiés pour améliorer les services et le soutien destinés aux personnes vivant avec la douleur (Health Canada, 2021; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021). Ces plans comportent des recommandations et des objectifs visant à améliorer les soins de santé à tous les niveaux, à promouvoir une meilleure qualité de vie pour les personnes, à soutenir la recherche et à accroître la sensibilisation à la DC. Une revue narrative de la littérature a été menée afin

d'analyser l'adéquation du récent Plan d'action québécois en DC avec les modèles de soins reconnus pour la gestion des maladies chroniques. Cette revue visait spécifiquement à explorer le rôle potentiel du personnel infirmier dans sa mise en œuvre. Cet article a été inclus à la thèse puisqu'il permet de couvrir plusieurs éléments de la recension des écrits, tels que :

- L'organisation des soins pour la gestion des maladies chroniques telles que la DC sous le prisme du *Chronic Care Model*.
- Les obstacles documentés à la gestion de la DC en soins primaires.
- L'étendue de la pratique infirmière en soins primaires, et en particulier dans les Groupes de médecine familiale au Québec.
- Les opportunités professionnellement cohérentes du personnel infirmier à l'amélioration de la gestion de la DC en soins primaires.

Les références de l'article sont présentées à la fin de celui-ci. La mise en forme des références a été conservée telle que publiée.

RÉSUMÉ

Introduction : L'expertise infirmière en soins primaires est cruciale pour répondre aux besoins des patients vivant avec une maladie chronique. Au Canada, une personne sur cinq vit avec de la douleur chronique (DC), créant ainsi un fardeau socioéconomique majeur. Cependant, le rôle du personnel infirmier en soins primaires en DC reste sous-développé.

Objectifs : Cette revue narrative analyse l'adéquation du récent Plan d'action québécois en DC avec les modèles de soins reconnus pour la gestion des maladies chroniques et examine le rôle potentiel du personnel infirmier dans la mise en œuvre de ce plan.

Méthode : La synthèse de la littérature a été menée à partir de diverses bases de données (CINAHL, PubMed) et sources documentaires en français et en anglais. Les résultats ont été interprétés à travers le prisme du *Chronic Care Model*, un cadre reconnu pour améliorer les soins.

Résultats : Bien que le Plan d'action québécois en DC soit aligné sur les objectifs visés, sa mise en œuvre devra surmonter divers défis. Les constats indiquent des opportunités efficaces dans la gestion de la DC, comme le montrent des études sur la pratique infirmière en soins primaires. Elles révèlent que le personnel infirmier exerce déjà des activités de gestion des maladies chroniques applicables à la DC.

Conclusion : Il est important de reconnaître l'apport de l'expertise infirmière en soins primaires pour réévaluer les modèles d'organisation des soins, promouvoir un partage de responsabilités fondé sur les données probantes, et soutenir la recherche future ainsi que l'innovation clinique dans la gestion de la DC.

MOTS-CLÉS

douleur chronique, rôle infirmier, activités infirmières, soins primaires, *Chronic Care Model*

Titre en anglais

Enhancing Chronic Pain Management: Exploring the Essential Contribution of Primary Care Nurses

ABSTRACT

Introduction: Primary care nursing expertise is crucial in meeting the needs of patients living with chronic disease. In Canada, one in five individuals lives with chronic pain (CP), creating a major socioeconomic burden. However, the role of primary care nurses in CP remains underdeveloped. **Objectives:** This narrative review analyzes the alignment of the recent Quebec Action Plan on CP with recognized chronic disease management models and examines the potential role of nurses in implementing this plan. **Method:** A literature synthesis was conducted using various databases (CINAHL, PubMed) and documentary sources in both French and English. Results were interpreted through the lens of the Chronic Care Model, a recognized framework for improving chronic disease care. **Results:** Although the Quebec Action Plan on CP aligns with its intended goals, its implementation will need to overcome various challenges. Findings indicate effective professional opportunities in CP management, as evidenced in studies of primary care nursing practice. They reveal that nursing staff already engage in chronic disease management activities applicable to CP. **Conclusion:** We recognize that the contribution of primary care nursing expertise is crucial for reassessing care organization models, promoting evidence-based shared responsibilities, and supporting future research and clinical innovation in CP management.

KEYWORDS

Chronic pain, nurse role, nursing activities, primary care, *Chronic Care Model*

Introduction

Depuis des décennies, le système de santé du Québec, comme ailleurs dans le monde, cherche à répondre aux besoins croissants de soins liés au vieillissement de la population et à l'augmentation significative du fardeau des maladies chroniques.^{1,2} On sait qu'une organisation efficace des soins primaires, favorisée par une meilleure accessibilité et une coordination accrue entre les professionnels de la santé, permet d'améliorer la santé de la population tout en optimisant les ressources.³ Plusieurs études reconnaissent que l'utilisation du plein potentiel de la pratique infirmière peut contribuer à l'efficacité et à l'efficience des systèmes de soins de santé, notamment pour mieux répondre aux besoins complexes des personnes soignées ainsi que pour assurer la coordination, l'accessibilité et la prestation de soins sécuritaires et de qualité.⁴⁻⁷

Au Canada, la douleur chronique (DC) touche une personne sur cinq.⁸ Son fardeau économique en termes de soins de santé et de perte de productivité atteint 38.3–40.4 milliards de \$ CAN par année.⁹ Par ailleurs, aux États-Unis, il a été estimé que le fardeau économique de la DC est plus important que celui des maladies cardiaques, du diabète ou du cancer.¹⁰ Force de constater, les travaux découlant du Plan d'action canadien en matière de DC stipulent qu'à l'heure actuelle, les personnes vivant avec de la DC ne sont pas toujours traitées de façon optimale.^{9,11} Dans la même foulée au Québec, le nouveau Plan d'action en DC du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souligne l'importance de passer à l'action pour une meilleure gestion de la DC. Il est entre autres suggéré d'établir une trajectoire de soins qui s'étend sur un continuum en incluant les trois paliers de services, débutant par les soins primaires, mettant de l'avant une organisation des soins qui repose sur la collaboration interprofessionnelle et qui est centrée sur les personnes.¹²

On peut ainsi se demander comment la profession infirmière pourrait contribuer au Plan d'action québécois en DC¹² et améliorer la qualité et l'accessibilité des soins. Le rôle infirmier en soins primaires dans la gestion de la DC est cependant peu développé, tant au Québec, au Canada que dans le monde.¹³⁻¹⁵ Une façon de mieux situer ce rôle est de le positionner grâce aux modèles d'organisation des soins reconnus pour la gestion des maladies chroniques. Une revue de la littérature récente s'avérerait donc pertinente pour

répondre à deux questions de recherche: 1) Dans quelle mesure le Plan d'action québécois en DC est-il en adéquation avec les modèles d'organisation des soins reconnus? et 2) Comment le personnel infirmier peut-il contribuer à la mise en œuvre de ce plan d'action dans le contexte actuel du système de santé? La présente revue narrative visait donc à analyser, à travers le prisme de modèles d'organisation des soins reconnus pour la gestion des maladies chroniques, la contribution potentielle du personnel infirmier dans la mise en œuvre du Plan d'action québécois en DC.

Méthodologie

Une revue narrative a été menée pour nous permettre de répondre à nos deux questions de recherche. Cette revue inclut un examen rigoureux de la littérature récente, sans toutefois prétendre avoir identifié toutes les études sur le sujet, et sans évaluation de la qualité des études. Les résultats ont été synthétisés de manière narrative.^{16,17} Bien que les revues systématiques soient généralement privilégiées pour la pratique fondée sur les données probantes, nos questions n'étaient pas suffisamment spécifiques pour justifier une méthodologie systématique. De plus, l'intention était de trouver de la littérature pour soutenir notre analyse du Plan d'action québécois en DC, plutôt que d'évaluer la portée ou la qualité des études disponibles.

Pour assurer une compréhension approfondie du sujet, cette revue narrative, réalisée en septembre 2023, a adopté une stratégie de recherche sans restriction de temps à partir des bases de données CINAHL (EBSCOhost) et MEDLINE (PubMed), couvrant ainsi les domaines des sciences infirmières et de la santé. Les critères d'inclusion comprenaient tous types d'études (quantitatives, qualitatives, mixtes) publiées en anglais ou en français. Ces études devaient porter sur le rôle et les activités du personnel infirmier dans la gestion des maladies chroniques et de la DC, ainsi que celles portant sur le contexte de la prise en charge de la DC en contexte de soins primaires. Les études portant sur la pratique infirmière avancée ou le rôle infirmier en clinique spécialisée de la douleur ont été exclues afin de tenter d'isoler la plus-value de la pratique infirmière dite généraliste.¹⁸ Les mots-clés ont été choisis en fonction de l'expérience et de l'expertise de l'équipe de recherche pour maximiser la portée de la recherche, incluant des termes tels que *nurse*, *nurse role*, *nursing activities*, *primary*

care nurse, primary care, family medicine, general practice et *chronic pain*. Les résultats de la recherche ont été gérés dans un logiciel de gestion de références (EndNote®). Une recension de la littérature grise a également été incluse dans notre analyse. En effet, la revue narrative offre une flexibilité méthodologique qui permet d'inclure un large éventail de sources de données nécessaires à l'analyse d'un plan d'action complexe, dont la portée et les implications sont multidimensionnelles.¹⁶ En intégrant divers types de littérature, cette méthode facilite la compréhension des interactions complexes entre les parties prenantes du système de santé, ainsi qu'une exploration approfondie des contextes historiques, politiques et sociaux influençant l'élaboration du plan d'action.¹⁶ Les sources consultées comprenaient les sites, entre autres, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), de l'Institut national en santé publique du Québec (INSPQ), de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), ainsi que les répertoires de mémoires et de thèses. Les textes de loi ont également été consultés à partir des sites gouvernementaux. Les titres et résumés des documents ont été examinés par AB pour une première sélection basée sur les critères d'inclusion. AL et MEP ont supervisé ce processus. Étant donné la nature de cette revue narrative visant à synthétiser l'état actuel des connaissances utiles à l'analyse du Plan d'action québécois en DC, aucune évaluation de la qualité des articles n'a été effectuée.¹⁷ Les résultats ont été inclus s'ils mettaient en lumière la contribution du personnel infirmier en soins primaires, que ce soit sur la santé physique, sociale, cognitive ou mentale, les compétences d'autogestion, ou les résultats mesurés ou autorapportés, ainsi que les résultats sur le système de santé, comme la charge de travail, l'utilisation des services et les coûts. Pour répondre à nos deux questions de recherche, nous avons interprété les résultats en utilisant le cadre du *Chronic Care Model*,¹⁹ en classifiant les données extraites selon ses différentes composantes. La *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* a guidé la rédaction de cet article.²⁰

Assises théoriques

Il existe un nombre considérable de modèles d'organisation des soins, y compris des approches telles que le *Chronic Care Model*,¹⁹ le *Stepped Care 2.0*,²¹ le *Patient-Centered Medical Home*^{22,23} ou le *Collaborative Care Model*,^{24,25} chacun offrant des cadres uniques

pour améliorer l'organisation des soins. Pour nourrir notre démarche réflexive, le *Chronic Care Model*¹⁹ a été retenu comme cadre pour structurer l'ensemble des angles d'analyse en raison de son approche spécifique de la gestion des maladies chroniques, mettant l'accent sur une prise en charge coordonnée, intégrée et préventive. Par sa vision systémique et globale, ce cadre conceptuel permet de guider l'orientation des meilleures pratiques pour la gestion optimale des maladies chroniques dans un système de santé,^{26,27} facilitant ainsi leur mise en œuvre. Développé aux États-Unis par le *MacColl Center for Health Care Innovation*,¹⁹ il est régulièrement utilisé dans l'analyse et la restructuration d'activités clinico-administratives en maladies chroniques au Québec.²⁸

Brièvement, les six composantes de ce modèle sont: 1) l'organisation du système de santé; 2) la communauté, les ressources et les politiques; 3) le soutien à l'autogestion; 4) la conception du système de prestation des services; 5) le soutien à la prise de décision; et 6) le système d'information clinique.^{26,27} Les deux premières composantes concernent plus largement « le système de santé entourant les services de santé », soit: 1) l'organisation des soins de santé qui réfère à une organisation offrant des soins sécuritaires et de haute qualité par le soutien à l'amélioration continue à tous les niveaux (de la gouvernance aux prestataires de soins) et 2) la communauté, les ressources et les politiques qui réfère à la mobilisation de toutes les ressources disponibles (collaboration intersectorielle avec les organisations communautaires et politiques) pour soutenir le système de santé afin de répondre aux besoins des personnes et favoriser leur participation active.²⁷ Les quatre autres composantes du modèle touchent plus spécifiquement « la prestation des soins auprès des personnes soignées ». Le soutien à l'autogestion place la personne au centre des soins et englobe les activités d'éducation thérapeutique et les activités de développement des compétences d'autogestion pour aider les personnes à mieux vivre au quotidien avec leur condition (autonomisation).²⁷ La conception du système de prestation des services réfère aux pratiques collaboratives, à la coordination des soins, à la continuité des soins, à la gestion de cas et aux soins culturellement sécuritaires.²⁷ Le soutien à la prise de décision réfère à des soins basés sur des données probantes et orientés sur les besoins des personnes en rendant accessibles des outils de dépistage et d'évaluation, des outils cliniques et des lignes directrices à jour ainsi qu'à la formation, au perfectionnement des prestataires de soins et au partage

d'expertise (soins primaires et soins spécialisés).²⁷ Finalement, le système d'information clinique réfère aux ressources technologiques pour soutenir la communication efficace et le partage des informations permettant le suivi des personnes vivant avec une maladie chronique.²⁷ C'est donc basé sur ces deux angles d'analyse (les services de santé et la prestation des soins), que le *Chronic Care Model* a guidé la réflexion sur la publication récente du Plan d'action en DC du MSSS du Québec¹² et l'implication possible du personnel infirmier en soins primaires auprès des personnes vivant avec de la DC.

Organisation des soins pour la gestion des maladies chroniques telles que la douleur chronique

Avant de se plonger dans l'analyse des orientations québécoises en matière de gestion de la DC selon le *Chronic Care Model*, il importe de comprendre les différents modèles d'organisation de soins en maladies chroniques et la trajectoire de soins pour la patientèle vivant avec de la DC.

Tout d'abord, la hiérarchisation des services est la base de l'organisation des soins auprès des personnes vivant avec une maladie chronique,²⁹ incluant la DC.³⁰ La hiérarchisation implique une intégration des services de soins de première (soins primaires), de deuxième et de troisième ligne tant au niveau local, régional que national.^{29,30} Pour assurer une offre de services efficace et efficiente, les services du continuum de soins doivent donc être complémentaires et coordonnés, et les trajectoires de soins doivent être clarifiées et appuyées par des mécanismes de référence limitant les délais et les complications pour les personnes.^{29,30} Au cœur de cette hiérarchisation, la communication des informations sur les soins de santé des personnes est un élément phare.^{29,30}

Plus précisément, dans une approche de « soins par paliers », les soins primaires sont responsables d'offrir une variété de soins qui portent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des maladies chroniques (incluant l'autonomisation et le soutien au développement des compétences d'autogestion des personnes).³ Les principales cibles d'activités des soins primaires en ce qui a trait à la gestion des maladies chroniques sont l'évaluation complète de la condition de santé et du bien-être de la personne, le

diagnostic et l'initiation du traitement.^{29,30} Par la suite, les prestataires de soins primaires assurent le suivi et l'accompagnement de la personne, le soutien à l'autogestion, l'identification des objectifs de santé et l'élaboration d'un plan de soins.^{29,30} Selon le *Kaiser Permanente* aux États-Unis et le *National Health Service* en Angleterre, ce niveau de soins devrait pouvoir répondre aux besoins de 70 à 80 % des personnes vivant avec une maladie chronique.³¹

À l'heure actuelle, le réseau de soins primaires offrant des soins dédiés à la gestion des maladies chroniques est formé d'une gamme d'organisations de services publics et privés. Le modèle privilégié d'organisation publique de soins primaires au Québec qui assume principalement cette responsabilité sont le Groupe de médecine familiale (GMF) et le Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U); 382 regroupements (au 30 juin 2023).³² Un GMF est composé d'un groupe de médecins de famille travaillant avec d'autres professionnels de la santé issus, par exemple, des soins infirmiers, du travail social, de la pharmacie, etc.,³³ et qui peut être un milieu d'enseignement pour la médecine (GMF-U). De façon parallèle, il existe des services par le biais de cliniques médicales privées. Il est également possible de recevoir certains services en matière de maladies chroniques par le centre local de services communautaires (CLSC) sous forme de programmes de soutien,³⁴ sans nécessairement être accompagnés de soins médicaux.³⁵ Enfin, plusieurs cliniques publiques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) voient le jour.³⁶

Les services spécialisés et ultraspecialisés (2^e et 3^e ligne), requérant des expertises professionnelles ainsi que des infrastructures et des technologies de pointe, devraient donc être utilisés pour venir en support aux besoins des prestataires de soins primaires selon la complexité de la condition des personnes (qui représente respectivement les besoins de 15 % et 5 % des personnes vivant avec une maladie chronique).^{29,30} Ces milieux sont aussi responsables des activités d'enseignement et de formation dans le réseau de la santé.^{29,30} Enfin, il importe de comprendre que compte tenu du caractère chronique, ponctué de périodes d'exacerbation aiguë de la maladie et de détérioration de la condition de santé, la trajectoire de soins des personnes vivant avec une maladie chronique comme la DC n'est pas exclusivement linéaire.

En matière de services spécialisés en DC au Québec, la 2^e et 3^e ligne sont assurée respectivement par des centres régionaux en gestion de la douleur chronique à travers la province, chacun associé à l'un des quatre centres d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) de chacun des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) de la province. En 2^e ligne, on retrouve des professionnels issus de diverses expertises dans le domaine de la médecine et de la réadaptation situés dans les hôpitaux et les cliniques externes (ex. anesthésistes, physiatres, psychologues, ergothérapeutes, etc.) pour faire des évaluations plus approfondies pour déterminer les causes sous-jacentes de la DC et offrir une gamme de traitements plus spécialisés. Pour la 3^e ligne, situés dans les grands centres urbains (deux à Montréal, un à Québec et un à Sherbrooke), les CEGDC offrent une expertise multidisciplinaire en douleur pour élaborer des plans de traitement personnalisés et complets pour les patients avec de la DC grave et complexe qui visent à améliorer leur qualité de vie.³⁷

Un autre élément phare des modèles d'organisation de soins en maladie chronique est la collaboration interprofessionnelle.^{29,30} Dans la littérature et les documents, « multidisciplinarité » et « interdisciplinarité » sont souvent utilisées de manière interchangeable. Toutefois, il est plus juste de parler de « collaboration interprofessionnelle » qui réfère plutôt à un continuum de collaboration entre les prestataires de soins.³⁸ Selon la complexité de la situation de soins, la personne peut être amenée à travailler avec plusieurs prestataires de soins en parallèle (multidisciplinaire) ou à établir un plan de soins coordonné et partagé avec une équipe travaillant ensemble (interdisciplinarité) pour répondre aux besoins de la personne qui sont multiples et qui touchent tous les aspects de sa vie quotidienne avec la maladie.³⁸ D'ailleurs, les personnes vivant avec de la DC sont reconnues parmi les conditions chroniques pour avoir un des plus grands niveaux de complexité de soins.³⁹ En grande majorité, les personnes vivant avec une maladie chronique comme la DC devraient pouvoir compter en soins primaires sur un médecin de famille et le personnel infirmier pour assurer leur suivi, mais les pharmaciens, les nutritionnistes, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux peuvent être interpellés selon les besoins biopsychosociaux.^{40,41}

Pourquoi un nouveau plan d'action québécois en DC?

Au début des années 2000, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)³⁰ soulignait le besoin criant pour le système de santé de développer une trajectoire de soins optimale pour la gestion de la DC, notamment en s'inspirant de l'approche d'offre de services par paliers (hiérarchique) de façon intégrée et coordonnée. Il était aussi précisé que l'interdisciplinarité est essentielle à la gestion de la douleur et que le personnel infirmier pouvait contribuer davantage à la gestion de celle-ci. Or, après plus de 15 ans, le MSSS¹² publiait des orientations et lignes directrices pour soutenir les milieux de soins dans l'optimisation des soins en DC (nouveau plan d'action). Force de constater que des besoins persistent dans la gestion de la DC, le ministère souligne le manque d'accessibilité des services en DC, le manque de coordination entre les paliers (soins primaires vs cliniques spécialisées) et le besoin d'une approche centrée sur la personne.¹² Au niveau des soins primaires, tels que les GMF, il est mentionné que les personnes vivant avec de la DC ont peu accès au personnel infirmier, en travail social ou en pharmacie¹² et sont seulement pris en charge majoritairement par des médecins de famille.^{9,42} Enfin, les centres secondaires de 2^e ligne sont déployés de façon variable sur le territoire occasionnant plusieurs références vers la 3^e ligne des centres surspécialisés, sans trajectoire de soins établis pour assurer un suivi en soins primaires.¹²

En théorie, mais en pratique ?

C'est à partir d'ici qu'il est intéressant d'analyser l'adéquation du Plan d'action québécois en DC à travers les différentes composantes du *Chronic Care Model* afin de voir son potentiel pour l'amélioration des soins pour les personnes vivant avec de la DC. Brièvement, le Tableau 1 présente les trois principaux axes d'interventions du Plan d'action québécois en DC ainsi que les grands objectifs associés, en plus de faire le parallèle avec les six composantes du *Chronic Care Model*. En revanche, les grands objectifs du Plan d'action se divisent en plusieurs objectifs spécifiques qui peuvent être catégorisés dans plus d'une composante du *Chronic Care Model*, puisqu'ils sont interdépendantes et que le concept de gestion d'une maladie chronique est dynamique et multifactoriel. En théorie, notre analyse nous permet de voir que le Plan d'action québécois en DC semble être aligné avec les recommandations présentées précédemment et être cohérent avec un modèle reconnu pour

la gestion exemplaire des maladies chroniques. Le Plan d'action en DC se positionne judicieusement pour promouvoir des soins centrés sur le patient, une coordination efficace des soins, l'autogestion, l'utilisation des technologies en santé et l'intégration du système de santé apprenant.

Tableau 1. Plan d'Action en douleur chronique 2021–2026 classifié avec les composantes du *Chronic Care Model*.

Plan d'action en douleur chronique 2021-2026 ¹²	<i>Chronic care model</i> ^{26,27}
Axe sur l'accessibilité	
- OBJECTIF 1 : Améliorer la prise en charge de la douleur chronique à tous les niveaux de soins en favorisant une approche interdisciplinaire et biopsychosociale, et ce, pour l'ensemble de la population pédiatrique, adolescente, adulte et gériatrique - OBJECTIF 2 : Améliorer les mécanismes d'accès entre les différents niveaux de soins et de services	- L'organisation du système de soins de santé - La conception du système de prestation des services
Axe sur le rôle du patient	
OBJECTIF : Favoriser l'autonomie et la prise de décision partagée entre le patient et le professionnel de la santé	- La communauté, les ressources et les politiques - Le soutien à l'autogestion
Axe sur le transfert de connaissances	
- OBJECTIF : Soutenir les cliniciens (médecins et professionnels de la santé) dans les meilleures approches en gestion de la douleur et du travail en interdisciplinarité par des activités de formation, de mentorat et de consultation	- La communauté, les ressources et les politiques - Le soutien à la prise de décision
Axe sur l'évaluation et l'amélioration de la qualité	
- OBJECTIF : Instaurer une culture de l'amélioration continue et de la pratique réflexive sur le plan de la pratique clinique et organisationnelle en gestion de la douleur chronique, ancrée sur les besoins des patients	- L'organisation du système de soins de santé - Le système d'information clinique
Axe sur la gouvernance	
- OBJECTIF : Assurer un suivi au plan stratégique	- L'organisation du système de soins de santé - Le système d'information clinique

En pratique, il importe cependant d'analyser les moyens ou les actions à prendre pour atteindre ces objectifs pour en évaluer la faisabilité, dans la mesure des ressources de

l'organisation. En ce sens, issus des sciences infirmières, Dubois et al.⁴³ proposent trois concepts à considérer comme des leviers de transformation de l'organisation des soins pour assurer la qualité et la sécurité des soins, en plus de favoriser la satisfaction et le bien-être professionnel, soit: 1) l'acquisition, le déploiement et le maintien des ressources (ex. caractéristiques propres de l'organisation des effectifs/composition des équipes et caractéristiques des personnes soignées), 2) l'environnement de travail (incluant la capacité d'innovation en utilisant les technologies pour répondre aux besoins de santé de manière efficiente et l'environnement en soutien à la pratique professionnelle), et 3) l'optimisation des processus (éventail des responsabilités et des fonctions assumées par le prestataire de soins pour répondre aux besoins de santé) (Figure 1). Ce modèle, complémentaire au *Chronic Care Model*, retient notre attention puisqu'il permet « d'illustrer les liens entre les leviers et d'analyser comment la structure des ressources et des processus contribue à l'obtention de résultats spécifiques dans un contexte donné » (traduction libre),⁴³ et donc, d'opérationnaliser les moyens et les actions possibles pour mettre en œuvre un plan d'action. Le Tableau 2 apparaît donc pertinent pour présenter les obstacles les plus identifiés dans la littérature du domaine de la DC et classifiés selon le modèle de Dubois et al.⁴³ afin d'approfondir notre analyse.

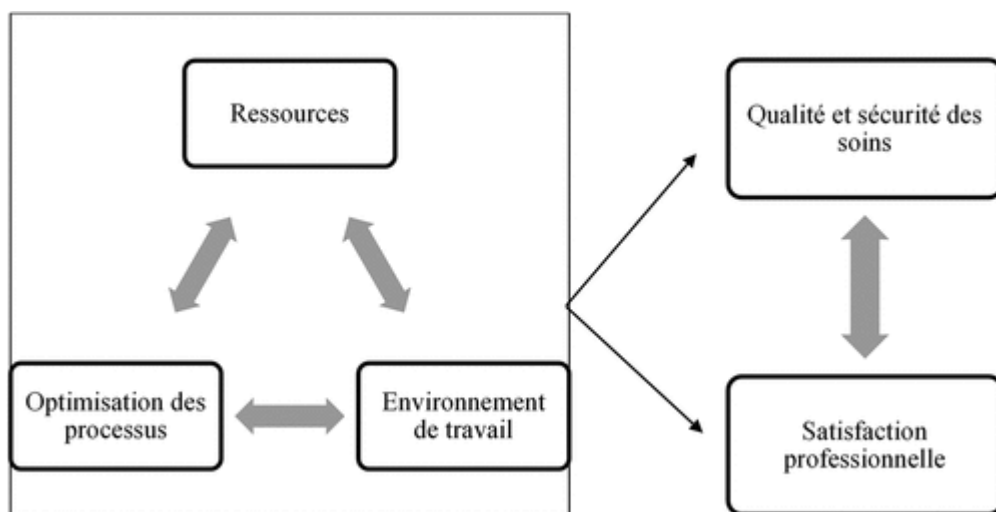


Figure 1. Modèle d'organisation des soins adapté de Dubois et al.⁴³

Tableau 2. Obstacles documentés à la gestion de la douleur chronique en soins primaires^{9,11,41,72,73,81} classifiés selon le modèle de Dubois et al.⁴³

Acquisition, déploiement et maintien des ressources
- Diversité de la composition des équipes des prestataires de soins primaires - Charge de travail élevée en soins primaires en lien avec l'adéquation des effectifs en place
Optimisation des processus de soins
- Difficulté à établir le diagnostic (subjectivité de la DC et multifactorielle) - Formation et développement professionnel en spécifique DC limité - Échelles validées, outils cliniques et lignes directrices peu connus et/ou peu utilisés - Besoin d'outil pour le dépistage et pour déterminer le niveau de pratique collaborative requise (profil biopsychosocial et complexité de la condition; comorbidités) - Peu de gestionnaires de cas pour les personnes ayant des besoins complexes - Connaissances limitées à l'égard des traitements pharmacologiques et de leurs effets indésirables ainsi que la gestion de la polypharmacie - Recours aux approches « non pharmacologiques » limité et/ou peuvent être coûteuses (en particulier si absence d'assurance santé adéquate).
Environnement de travail
- Approche médico-centrique prédominante et besoin de favoriser le travail en équipe (formation en collaboration interprofessionnelle) - Accès limité aux spécialistes (davantage en milieu rural ou défavorisé), souvent centralisé et longues listes d'attente pour les services spécialisés - Absence de systèmes d'information partagés et problèmes de coordination avec les prestataires en pratique privés et les autres paliers de services

En somme, en comparant la liste des grands objectifs du Plan d'action en DC (Tableau 1) et la liste d'obstacles (Tableau 2), on peut constater que presque tous les grands objectifs et les obstacles se recoupent. C'est donc dire que le Plan d'action doit trouver des stratégies de mise en œuvre pour déconstruire les modèles de soins traditionnels en place, valoriser la place centrale de la personne soignée, maximiser le travail de collaboration interprofessionnelle, arrimer le partenariat communautaire et potentialiser l'utilisation des technologies.⁴⁴ Bref, bien que ce Plan d'action québécois en DC soit porteur de bonnes pratiques reconnues, la mobilisation des moyens et des actions à prendre pour atteindre ses objectifs devra être importante compte tenu des ressources déjà limitées du système de santé au risque de compromettre la faisabilité de ce plan d'action. C'est donc dans cette perspective qu'on peut se questionner sur l'apport d'une masse critique de nos intervenants de santé qu'est le personnel infirmier.

La contribution infirmière à la gestion de la douleur chronique

L'étendue de la pratique infirmière consiste en un ensemble de fonctions et de responsabilités professionnelles légalement confiées à la profession infirmière en lien avec les compétences, les connaissances et les habiletés pour les exercer.^{45,46} Spécifiquement au Québec, l'adoption de la Loi 90 et la Loi 21 a accordé 17 activités réservées au champ d'exercice infirmier, lui conférant l'un des plus vastes champs d'exercice professionnels autonomes pour contribuer aux services de santé.⁴⁷ Plus précisément, l'activité réservée « effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes » positionne le personnel infirmier comme un pilier pour assurer la continuité des soins auprès des personnes à risque de complications, qui nécessitent des soins coordonnés avec différents prestataires de soins et/ou vivant avec une maladie chronique nécessitant un suivi longitudinal.⁴⁷ Concrètement, il peut évaluer les besoins biopsychosociaux des personnes, dépister des situations à risque, décider d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques ainsi que d'administrer et d'ajuster des médicaments selon une ordonnance, communiquer des résultats de santé, planifier un congé, faire de l'éducation en matière de santé, assurer le suivi téléphonique et orienter les personnes soignées vers les ressources adéquates.⁴⁷

L'évaluation de la contribution de la profession infirmière à la qualité, à l'efficience et la performance du système de santé (*system outcomes*) est nécessaire pour démontrer l'importance de la main-d'œuvre infirmière et pour éclairer les décideurs, les gestionnaires et les prestataires de soins concernant la mise en œuvre de la pratique infirmière.^{7,48} Or, de nombreuses études ont démontré l'efficacité des interventions infirmières dans la gestion des maladies chroniques,⁴⁹⁻⁵² notamment dans la DC.⁵³⁻⁵⁶ En effet, lorsque les personnes parviennent à mieux gérer leurs maladies chroniques, elles ont plus de chances d'améliorer leur condition de santé et d'adopter de meilleures habitudes de vie, ce qui conduit à une utilisation plus efficace des ressources de santé.^{7,49} De plus, étant donné leur champ d'exercice, le personnel infirmier est l'un des rares prestataires de soins à favoriser l'intégration et la coordination des soins physiques et psychologique qui sont très prévalents chez les personnes vivant une multimorbidité (co-occurrence de plusieurs maladies chroniques).⁵⁷ L'effectif infirmier (*workforce*) représente également le type de prestataire de soins le plus présent dans les milieux de soins primaires,^{58,59} en plus de représenter un rapport

coût-efficacité avantageux pour les systèmes de santé.^{7,52} Les études soulignent aussi la satisfaction élevée des personnes soignées et de leur famille pour les soins reçus, un accès accru aux services de santé et une meilleure perception de la santé générale (déclaré par les patients).^{4,60,61} Au Québec, on dénombre plus de 800 infirmières et infirmiers œuvrant dans un GMF.

Afin de mesurer cette performance, la pratique infirmière s'opérationnalise par la mise en œuvre d'activités de soins (actions) dans la pratique clinique.⁶² Tandis que l'étendue de la pratique infirmière pleinement déployée représente l'occupation maximale du champ d'exercice professionnel par la mise en œuvre complète des activités pour lesquelles le personnel infirmier a été formé et est autorisé à exercer (« *full nursing potential* »),⁶³ l'étendue *effective* de la pratique infirmière fait référence à l'éventail des activités, des fonctions et des responsabilités réellement déployées par le personnel infirmier.^{45,46}

Grâce à l'approche systémique du *Chronic Care Model*, la revue systématique de Reynolds et al.⁶⁴ a identifié les activités en soins primaires ayant le plus d'effets positifs pour les personnes soignées, les prestataires de soins et le système de santé dans 157 études. Les composantes contenant ces activités (dont plusieurs réalisables par le personnel infirmier) étaient le *soutien à l'autogestion* (45,8 %), la *conception du système de prestation des services* (22,6 %), le *soutien à la prise de décision* (21,3 %) et le *système d'information clinique* (8,9 %).⁶⁴ Plus précisément encore, la revue de Dufour⁶⁵ visait à recenser les activités infirmières qui contribuent à la gestion optimale des maladies chroniques en contexte de soins primaires. La revue a permis, entre autres, d'identifier les activités infirmières en gestion de maladies chroniques en soins primaires présentant des résultats significativement favorables pour la santé ou pour l'utilisation des services chez les personnes vivant avec au moins une maladie chronique dans trois composantes majeures du *Chronic Care Model*, soit 1) le soutien à l'autogestion, 2) la conception du système de prestation des services et 3) le soutien à la prise de décision.⁶⁵

Et si l'infirmière en Groupe de médecine familiale faisait partie de la solution pour la gestion de la DC?

Au Québec, les maladies chroniques les plus couramment prises en charge par le personnel infirmier en soins primaires sont le diabète (98 %), l'hypertension artérielle (96 %), la dyslipidémie (83 %), l'obésité (58 %), la dépression/l'anxiété (39%), la maladie pulmonaire obstructive chronique (31%), l'hypo/hyperthyroïdisme (29 %), l'asthme (19 %), les maladies cardiovasculaires (19 %) et l'arthrite (13 %).⁶⁶ Considérant qu'il a été démontré qu'il existe une forte prévalence de DC chez les personnes vivant avec ces maladies chroniques,⁶⁷⁻⁶⁹ c'est donc dire que les personnes vivant avec de la DC sont déjà en contact avec le personnel infirmier en soins primaires au Québec. Toutefois, dans l'étude de Bergeron et al.¹³ sur les pratiques en matière de gestion de la DC dans les GMF au Québec, 56 % du personnel infirmier (n = 53) a rapporté n'être aucunement impliqué dans la gestion de la DC. Les trois activités infirmières en DC les plus fréquemment réalisées ne l'étaient qu'entre 54 % et 62 % et l'évaluation de la douleur arrivait au septième rang.¹³ Pour cause, le principal obstacle identifié était la méconnaissance des activités infirmières possibles pour soulager la DC à 72 %.⁷⁰

En s'appuyant sur les résultats de Dufour,⁶⁵ trois composantes du *Chronic Care Model* apparaissent pertinentes et transférables pour décrire les éléments en faveur d'un rôle infirmier en DC contribuant à l'efficacité du système de santé à l'intérieur du Plan d'action québécois en DC. Dans la composante du système de prestation des services, il y a l'omniprésence de la profession infirmière dans les différentes sphères du système de la santé qui représente un positionnement stratégique pour dépister les personnes qui vivent de la douleur, pour évaluer la condition de santé de celles-ci ainsi que pour les guider vers les approches qui visent à soulager la douleur et évaluer leur efficacité.⁷¹ En effet, des études ont ressorti que le personnel infirmier jouait un rôle significativement positif en DC dans la collaboration interprofessionnelle à travers les activités d'évaluation de la condition de santé, la continuité des soins et les activités de gestion de cas.⁵³⁻⁵⁶ Puis, pour la composante soutien à l'autogestion, il y a le fait que les personnes vivant avec de la DC ont accès à du soutien pour apprendre à gérer leur condition souvent en 2^e et 3^e ligne, alors que cela pourrait être offert par des prestataires en soins primaires, dont principalement le personnel

infirmier.^{72,73} Pourtant, les interventions en soutien à l'autogestion sont fortement recommandées pour ces personnes puisqu'elles ont de meilleurs résultats de santé à long terme comme la réduction de l'intensité de leur douleur et de l'impact fonctionnel ainsi que l'amélioration de leur qualité de vie.⁷⁴⁻⁷⁷ Dès lors, plusieurs revues de la littérature permettent d'affirmer que les interventions infirmières en matière de soutien à l'autogestion auprès des personnes vivant avec de la DC sont efficaces pour augmenter le sentiment d'auto-efficacité de celles-ci.^{50,78,79} Enfin, dans la composante soutien à la prise de décision, plusieurs études sont d'avis que le personnel infirmier pourrait favoriser une meilleure utilisation de la pharmacothérapie en DC et réduire l'utilisation des opioïdes à long terme.^{54,55,80-82}

Ultimement, pour situer le rôle potentiel du personnel infirmier dans la mise en œuvre du Plan d'action québécois en DC, rappelons également que leur rôle professionnel se définit comme « une fonction assumée par l'infirmière, modulée par des normes professionnelles, un cadre législatif, un champ d'exercice et un système social ». ⁶² Ainsi, pour faciliter une vue d'ensemble de la proposition, le Tableau 3 juxtapose certains objectifs du Plan d'action québécois en DC aux activités infirmières reconnues efficaces pour le système de santé en gestion des maladies chroniques selon le *Chronic Care Model*,⁶⁵ ainsi qu'au champ d'exercice infirmier québécois.⁴⁷ Selon Lukewich et al.,¹⁴ la mise en lumière des activités transversales de la pratique infirmière en maladies chroniques a un grand potentiel facilitant la transférabilité de la démarche de soins auprès des personnes vivant avec de la DC. En effet, cette revue narrative a mis en lumière que le personnel infirmier réalise déjà des activités en gestion des maladies chroniques qui sont transférables au contexte de la DC où l'évaluation en est l'activité centrale (ex. évaluer la condition de santé, la douleur et ses répercussions, évaluer les besoins pour guider les personnes vers les ressources et les approches qui visent à soulager la douleur et évaluer leur efficacité).

Tableau 3. Cohérence du rôle potentiel du personnel infirmier en soins primaires dans le cadre du Plan d'action en douleur chronique québécois.

Plan d'action québécois en DC ¹²	Activités infirmières efficaces en soins primaires selon le <i>Chronic Care Model</i> ⁶⁵	Champ d'exercice infirmier ⁴⁷	
Axe sur l'accessibilité	Composante <i>conception du système de prestation des services</i> - Évaluation individualisée : Réfère à l'évaluation globale du patient et à l'identification des besoins et des risques de façon à partir desquelles est élaboré un plan de soins adapté au patient et partagé à l'ensemble des professionnels de l'équipe - Gestion de cas : Englobe les activités où l'infirmière assure la coordination des soins d'un patient avec les autres professionnels et autres structures de soins. Comporte un volet de suivi clinique du patient, afin d'ajuster l'intensité des soins et services en fonction de l'évolution de ses besoins - Continuité : La continuité réfère à la relation entre un intervenant et le patient et aux aspects de communication et de lien de confiance (rôle pivot), à la disponibilité et à l'utilisation des antécédents du patient afin de planifier des soins personnalisés et/ou à l'importance d'une dispensation de soins au moment opportun et adaptée aux besoins changeants du patient (suivi en présentiel ou téléphonique). Composante <i>soutien à la prise de décision</i> - Englobe les outils d'aide à la décision et protocoles utilisés par l'infirmière pour prescrire des traitements et des tests diagnostiques	Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique	
OBJECTIF : Améliorer la prise en charge de la douleur chronique à tous les niveaux de soins en favorisant une approche interdisciplinaire et biopsychosociale			Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques
Objectifs spécifiques : Améliorer l'évaluation du patient de façon à ce que le diagnostic et le traitement de la douleur chronique puissent être établis adéquatement, dans le respect des valeurs et des besoins des patients - Établir une offre de service interdisciplinaire pour la gestion de la douleur chronique à tous les paliers de soins et de services - Mettre en place la fonction de gestion de cas en douleur chronique ayant pour rôle d'intégrer et de coordonner les interventions de l'équipe interdisciplinaire intra et interétablissement			Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques , selon une ordonnance
Axe sur le rôle du patient	Composante <i>soutien à l'autogestion</i> Englobe les activités éducatives qui soutiennent la capacité de l'individu à gérer ses symptômes, son traitement ou sa médication, les conséquences physiques, psychologiques et psychosociales en lien avec sa maladie chronique. Inclut fréquemment des stratégies d'élaboration d'objectifs et de planification des actions avec le patient.	Administrar et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance	
OBJECTIF : Favoriser l'autonomie et la prise de décision partagée entre le patient et le professionnel de la santé			Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
Objectifs spécifiques : Outiller la personne souffrant de douleur chronique en matière d'autogestion appropriée à sa culture, à son genre, à son âge et à sa condition de santé Améliorer les connaissances dans la population, l'entourage et les proches aidants quant à la douleur chronique et à sa gestion			

Limites

Ce travail de synthèse non systématique présente certaines limites. Tout d'abord, la recherche a été effectuée dans deux bases de données, ce qui pourrait avoir restreint la gamme d'articles examinés. Cependant, cette recherche a permis de recenser une documentation riche, décrivant en profondeur les composantes, les résultats et les défis de la mise en œuvre du rôle infirmier en soins primaires dans le cadre du Plan d'action québécois en DC. Visant à faire valoir la contribution de l'expertise infirmière, notre revue narrative, davantage pragmatique, est sujette à un biais dans les conclusions tirées, où les études avec des résultats positifs ou significatifs sont plus susceptibles d'être incluses. Malgré cela, l'utilisation structurée et transversale du *Chronic Care Model* pour l'extraction et l'analyse des données a permis d'identifier rigoureusement les opportunités pour la pratique infirmière. En revanche, notre revue narrative n'offre qu'un aperçu succinct des facteurs influençant la pratique professionnelle et l'organisation des soins. Enfin, d'autres éléments doivent être pris en compte dans l'interprétation de nos conclusions, tels que la variabilité des contextes en soins primaires, les besoins des personnes soignées vivant avec des comorbidités, et la collaboration interprofessionnelle.

Conclusion

En somme, la gestion des maladies chroniques demeure un défi pour les systèmes de santé. L'enrichissement de l'actuelle réflexion sur le Plan d'action québécois en DC à partir du *Chronic Care Model* a permis de prendre conscience des multiples enjeux que représente la mise en œuvre d'un plan d'action dans le système de santé. Ainsi, cette analyse a permis de documenter et de cibler, à l'égard de quelles composantes du système de santé, la pratique infirmière peut contribuer à son efficacité et son efficience. En effet, cette analyse a mis en lumière que le personnel infirmier réalise déjà des activités en gestion des maladies chroniques qui sont transférables au contexte de la DC. Cette étape était primordiale pour influencer un partage des rôles et des responsabilités entre les prestataires de soins impliqués dans la gestion de la DC afin de repenser des modèles d'organisation de soins plus innovants et à la hauteur des expertises de chacun, mais surtout basés sur les évidences favorisant la santé des personnes soignées. Dans ce continuum, les prestataires de soins primaires ont un rôle important à jouer puisqu'ils sont les piliers de cette approche d'organisation des soins.

Le personnel infirmier en soins primaires représente un acteur clé pour la mise en œuvre de ce Plan d'action québécois en DC et il sera important d'investir des ressources pour faciliter leur positionnement.

Déclaration des conflits d'intérêts

Les auteurs (AB, AL, MEP) déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts ni d'intérêts financiers liés à cette étude.

Financement

La réalisation de la présente revue narrative n'a pas fait l'objet d'un financement spécifique, outre les frais de diffusion des résultats qui couverts via les fonds de fonctionnement de la Chaire de recherche institutionnelle en épidémiologie de la douleur chronique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue dirigée par AL.

Remerciements

L'auteure principale (AB) est récipiendaire de bourses d'études du programme du ministère de l'Enseignement supérieur (MES) en partenariat avec les Universités québécoises, du Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD) et du Regroupement intersectoriel de recherche en santé de l'Université du Québec (RISUQ).

Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services. 2023. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf.
2. Organisation mondiale de la Santé. Maladies non transmissibles. 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
3. Aggarwal M, Hutchison B. Toward a primary care strategy for Canada Canadian Foundation for healthcare improvement. Canada; 2012.
4. Smolowitz J, Speakman E, Wojnar D, Whelan E-M, Ulrich S, Hayes C, Wood L. Role of the registered nurse in primary health care: meeting health care needs in the 21st century. Nurs Outlook. 2015;63(2):130–13. doi: 10.1016/j.outlook.2014.08.004.
5. Déry J, D'Amour D, Roy C. L'étendue optimale de la pratique infirmière. Une contribution essentielle à la performance du système de santé. Persp Infirmière. 2017;14:51–55.
6. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review. Int J Nurs Stud. 2015;52(6):1121–1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.
7. Lukewich J, Asghari S, Marshall EG, Mathews M, Swab M, Tranmer J, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Norful AA, Ryan D, et al. Effectiveness of registered nurses on system outcomes in primary care: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):440. doi:10.1186/s12913-022-07662-7.
8. Steingrimsdóttir ÓA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. Pain. 2017;158(11):2092–2107. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001009.
9. Health Canada. Chronic pain in Canada: laying a foundation for action. 2019. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2019/canadian-pain-task-force-june-2019-report-en.pdf>.
10. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. J Pain. 2012;13(8):715–724. doi: 10.1016/j.jpain.2012.03.009.
11. Health Canada. Working together to better understand, prevent and, manage chronic pain: what we heard. 2020. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2020-rapport/report-2020.pdf>.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. Continuum de soins et de services en douleur chronique - Orientations et lignes directrices 2021-2026. 2021. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003204/>.
13. Bergeron DA, Bourgault P, Gallagher F. Nursing activities in family medicine groups for patients with chronic pain. Pain Res Manag. 2015;20(2):101–06. doi:10.1155/2015/501616.

14. Lukewich J, Mann E, VanDenKerkhof E, Tranmer J. Self-management support for chronic pain in primary care: a cross-sectional study of patient experiences and nursing roles. *J Adv Nurs*. 2015;71(11):2551–2562. doi:10.1111/jan.12717.
15. Benes LL, Keefe FJ, DeBar LL. Treating persistent pain: a nurse co-led, interdisciplinary model for primary care. *Pain Manag Nurs*. 2022;23(6):728–736. doi:10.1016/j.pmn.2022.07.004.
16. Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. Les revues narratives: fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels. 2021. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf.
17. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Inf Libraries J*. 2009;26(2):91–108. doi:10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.
18. Canadian Family Practice Nurses Association [CFPNA]. National competencies for registered nurses in primary care; 2019. <https://www.cfpna.ca/national-core-competencies>.
19. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1).
20. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4(1):5. doi:10.1186/s41073-019-0064-8.
21. Cornish PA, Berry G, Benton S, Barros-Gomes P, Johnson D, Ginsburg R, Whelan B, Fawcett E, Romano V. Meeting the mental health needs of today's college student: reinventing services through Stepped Care 2.0. *Psychol Serv*. 2017;14(4):428–442. doi:10.1037/ser0000158.
22. Stange KC, Nutting PA, Miller WL, Jaén CR, Crabtree BF, Flocke SA, Gill JM. Defining and measuring the patient-centered medical home. *J Gen Intern Med*. 2010;25(6):601–612. doi:10.1007/s11606-010-1291-3.
23. Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics*. 2004;113(5 Suppl):1493–98. doi:10.1542/peds.113.S4.1493.
24. Katon W, Unützer J, Wells K, Jones L. Collaborative depression care: history, evolution and ways to enhance dissemination and sustainability. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(5):456–464. doi:10.1016/j.genhosppsy.2010.04.001.
25. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, Robinson P, Russo J. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA*. 1995;273(13):1026–1031. doi:10.1001/jama.1995.03520370068039.
26. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288(14):1775–1779. doi:10.1001/jama.288.14.1775.

27. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(6):64–78. doi:10.1377/hlthaff.20.6.64.
28. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]. Systèmes apprenants et maladies chroniques; 2019, 63. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Systemes-apprenants.pdf.
29. Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. 2012. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-942-01F.pdf>.
30. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [AETMIS]. Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse); 2006.
31. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324(7330):135–141. doi:10.1136/bmj.324.7330.135.
32. Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. Accès aux services médicaux de première ligne; 2024. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/>.
33. Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF accès-réseau); 2022. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupe-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>.
34. Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. Centre local de services communautaires (CLSC); 2023. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/clsc>.
35. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Hogg W. Primary care reform: can Quebec's Family Medicine Group model benefit from the experience of Ontario's Family Health Teams? *Healthc Policy*. 2011;7:e122–135.
36. Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. Clinique publique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS); 2023. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/infirmieres-praticiennes-specialisees/clinique-publique-infirmieres-praticiennes-specialisees-ips#c241340>.
37. Pagé MG, Ziemianski D, Shir Y. Triage processes at multidisciplinary chronic pain clinics: an international review of current procedures. *Can J Pain*. 2017;1(1):94–105. doi:10.1080/24740527.2017.1331115.
38. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Vincent C, Swaine B. Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability Rehabil*. 2015;37(4):372–378. doi:10.3109/09638288.2014.918193.

39. Grant RW, McCloskey J, Hatfield M, Uratsu C, Ralston JD, Bayliss E, Kennedy CJ. Use of latent class analysis and k-means clustering to identify complex patient profiles. *JAMA Network Open*. 2020;3(12):e2029068–e. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.29068.
40. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol*. 2014;69(2):119–130. doi:10.1037/a0035514.
41. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397(10289):2082–2097. doi:10.1016/S0140-6736(21)00393-7.
42. Choinière M, Peng P, Gilron I, Buckley N, Williamson O, Janelle-Montcalm A, Baerg K, Boulanger A, Di Renna T, Finley GA, et al. Accessing care in multidisciplinary pain treatment facilities continues to be a challenge in Canada. *Reg Anesth Pain Med*. 2020;45(12):943–948. doi:10.1136/rapm-2020-101935.
43. Dubois C-A, D'Amour D, Tchouaket E, Rivard M, Clarke S, Blais R. A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):286. doi:10.1186/1472-6963-12-286.
44. Consortium InterS4 et Comité d'orientation. Sommaire des propositions pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne: oser l'autonomisation et l'intégration à l'ère numérique; 2022, 42. https://consortiuminters4.uqar.ca/wp-content/uploads/2022/11/InterS4_Novembre2022_MC_Sommaire.pdf.
45. D'Amour D, Dubois CA, Déry J, Clarke S, Tchouaket E, Blais R, Rivard M. Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *J Nurs Adm*. 2012;42(5):248–255. doi:10.1097/NNA.0b013e31824337f4.
46. Déry J. L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie: ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle [Thèse de doctorat]. Montreal: Université de Montréal; 2013. <http://hdl.handle.net/1866/10843>
47. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers; 2016, 3e. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>.
48. Dubois CA, D'Amour D, Pomey MP, Girard F, Brault I. Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nurs*. 2013;12(1):7. doi:10.1186/1472-6955-12-7.
49. Massimi A, De Vito C, Brufola I, Corsaro A, Marzuillo C, Migliara G, Rega ML, Ricciardi W, Villari P, Damiani G. Are community-based nurse-led self-management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2017;12(3):e0173617. doi: 10.1371/journal.pone.0173617.
50. Lukewich J, Martin-Misener R, Norful AA, Poitras M-E, Bryant-Lukosius D, Asghari S, Marshall EG, Mathews M, Swab M, Ryan D, et al. Effectiveness of registered nurses on patient outcomes in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):740. doi:10.1186/s12913-022-07866-x.

51. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: a systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLOS ONE*. 2019;14(8):e0220116. doi: 10.1371/journal.pone.0220116.
52. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochr Database Syst Rev*. 2018;7(7):CD001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.
53. Connell NB, Prathivadi P, Lorenz KA, Zupanc SN, Singer SJ, Krebs EE, Yano EM, Wong HN, Giannitrapani KF. Teaming in interdisciplinary chronic pain management interventions in primary care: a systematic review of randomized controlled trials. *J Gen Intern Med*. 2022;37(6):1501–1512. doi:10.1007/s11606-021-07255-w.
54. Kroenke K, Baye F, Lourens SG, Evans E, Weitlauf S, McCalley S, Porter B, Matthias MS, Bair MJ. Automated self-management (ASM) vs. ASM-enhanced collaborative care for chronic pain and mood symptoms: the CAMMPS randomized clinical trial. *J Gen Intern Med*. 2019;34(9):1806–1814. doi:10.1007/s11606-019-05121-4.
55. Kroenke K, Krebs EE, Wu J, Yu Z, Chumbler NR, Bair MJ. Telecare collaborative management of chronic pain in primary care: a randomized clinical trial. *Jama*. 2014;312(3):240–248. doi:10.1001/jama.2014.7689.
56. Becker WC, Bair MJ, Picchioni M, Starrels JL, Frank JW. Pain management for primary care providers: a narrative review of high-impact studies, 2014-2016. *Pain Med*. 2018;19(1):40–49. doi:10.1093/pm/pnx146.
57. Beaudin J, Chouinard M-C, Girard A, Houle J, É E, Hudon C. Integrated self-management support provided by primary care nurses to persons with chronic diseases and common mental disorders: a scoping review. *BMC Nurs*. 2022;21(1):1–19. doi:10.1186/s12912-022-01000-2.
58. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne AJ. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: a scoping review. *Nurs Open*. 2020;7(4):1197–1207. doi:10.1002/nop2.496.
59. Ammi M, Ambrose S, Hogg B, Wong S. The influence of registered nurses and nurse practitioners on patient experience with primary care: results from the Canadian QUALICO-PC study. *Health Policy*. 2017;121(12):1215–1224. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.09.019.
60. Borgès Da Silva R, Brault I, Pineault R, Chouinard MC, Prud'homme A, D'Amour D. Nursing practice in primary care and patients. *Exp Care J Prim Care Commun Health*. 2018;9:2150131917747186.
61. Randall S, Crawford T, Currie J, River J, Betihavas V. Impact of community-based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2017;73:24–33. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008.
62. Poitras M-E, Chouinard M-C, Fortin M, Gallagher F. How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nurs*. 2016;15(1):31. doi:10.1186/s12912-016-0154-6.
63. Aroke EN. Full nursing potential: a concept clarification. *Nurs Forum*. 2014;49(4):278–287. doi:10.1111/nuf.12096.

64. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, Bobba S, Zwar N. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):11. doi:10.1186/s12875-017-0692-3.
65. Dufour E. Mesure et analyse des pratiques infirmières en soins de première ligne en contexte de gestion des maladies chroniques; 2022. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ressources_humaines/Stage/Soins_infirmiers_maladies_chroniques.pdf.
66. Poitras M-E, Chouinard M-C, Gallagher F, Fortin M. Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: a practice analysis. *Nurs Res.* 2018;67(1):35–42. doi:10.1097/NNR.0000000000000253.
67. Aldossari KK, Shubair MM, Al-Zahrani J, Alduraywish AA, AlAhmary K, Bahkali S, Aloudah SM, Almustanyir S, Al-Rizqi L, El-Zahaby SA, et al. Association between chronic pain and diabetes/prediabetes: a population-based cross-sectional survey in Saudi Arabia. *Pain Res Manag.* 2020;2020(8239474):1–6. doi:10.1155/2020/8239474.
68. Ferguson M, Svendrovski A, Katz J. Association between multimorbid disease patterns and pain outcomes among a complex chronic care population in Canada. *J Pain Res.* 2020;13:3045–3057. doi:10.2147/JPR.S269648.
69. McQueenie R, Jani BD, Siebert S, McLoone P, McCowan C, Macdonald S, Mair FS, Nicholl BI. Prevalence of chronic pain in LTCs and multimorbidity: a cross-sectional study using UK Biobank. *J Multimorb Comorb.* 2021;11:26335565211005870. doi:10.1177/26335565211005870.
70. Bergeron DA, Bourgault P, Gallagher F. Knowledge and beliefs about chronic non cancer pain management for family medicine group nurses. *Pain Manag Nurs.* 2015;16(6):951–958. doi: 10.1016/j.pmn.2015.09.001.
71. International Association for the Study of Pain [IASP]. IASP curriculum outline on pain for nursing; 2018. <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-nursing/>.
72. Stanos S, Brodsky M, Argoff C, Clauw DJ, D’Arcy Y, Donevan S, Gebke KB, Jensen MP, Lewis Clark E, McCarberg B, et al. Rethinking chronic pain in a primary care setting. *Postgrad Med.* 2016;128(5):502–515. doi:10.1080/00325481.2016.1188319.
73. Matthias MS, Henry SG. Reducing frustration and improving management of chronic pain in primary care: is shared decision-making sufficient? *J Gen Intern Med.* 2021;37(1): 227–228. doi:10.1007/s11606-021-06967-3.
74. Devan H, Hale L, Hempel D, Saipé B, Perry MA. What works and does not work in a self-management intervention for people with chronic pain? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Phys Ther.* 2018;98(5):381–397. doi:10.1093/ptj/pzy029.
75. Hernon MJ, Hall AM, O’Mahony JF, Normand C, Hurley DA. Systematic review of costs and effects of self-management interventions for chronic musculoskeletal pain: spotlight on analytic perspective and outcomes assessment. *Phys Ther.* 2017;97(10):998–1019. doi:10.1093/ptj/pzx073.

76. Gauthier K, Dulong C, Arg  ez C. Multidisciplinary treatment programs for patients with chronic non-malignant pain: a review of clinical effectiveness, costeffectiveness, and guidelines – an update. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019.
77. Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Chen X, Jin S, Zhang H, Yin H. Self-management program for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2017;100(1):37–49. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.029.
78. Damush TM, Kroenke K, Bair MJ, Wu J, Tu W, Krebs EE, Poleshuck E. Pain self-management training increases self-efficacy, self-management behaviours and pain and depression outcomes. *Eur J Pain*. 2016;20(7):1070–1078. doi:10.1002/ejp.830.
79. de Thurah A, Esbensen BA, Roelsgaard IK, Frandsen TF, Primdahl J. Efficacy of embedded nurse-led versus conventional physician-led follow-up in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *RMD Open*. 2017;3(2):e000481. doi:10.1136/rmdopen-2017-000481.
80. Assefa M, LeClerc I, Muggah E, Deonandan R, Godbout C, Finestone HM. Chronic noncancer pain management. Integration of a nurse-led program in primary care. *Can Family Phys Med de Famille Can*. 2023;69(3):e52–e60. doi:10.46747/cfp.6903e52.
81. McEwen V, Esterlis M, Lorello GR, Sud A, Englesakis MF, Bhatia A. A scoping review of gaps identified by primary care providers in caring for patients with chronic non-cancer pain. *Can J Pain*. 2022;7(1):2145940. doi:10.1080/24740527.2145940.
82. Bair MJ, Ang D, Wu J, Outcalt SD, Sargent C, Kempf C, Froman A, Schmid AA, Damush TM, Yu Z, et al. Evaluation of stepped care for chronic pain (ESCAPE) in veterans of the Iraq and Afghanistan conflicts: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):682–689. doi:10.1001/jamainternmed.2015.97.

1.2.6 Activités infirmières, rôle et pratique professionnelle

Au cours de la recension des écrits, il a été constaté que l'implication du personnel infirmier dans la gestion de la DC est souvent décrite de manière générale et ne permet pas d'opérationnaliser de manière précise les activités concrètes effectuées en pratique clinique par le personnel infirmier.

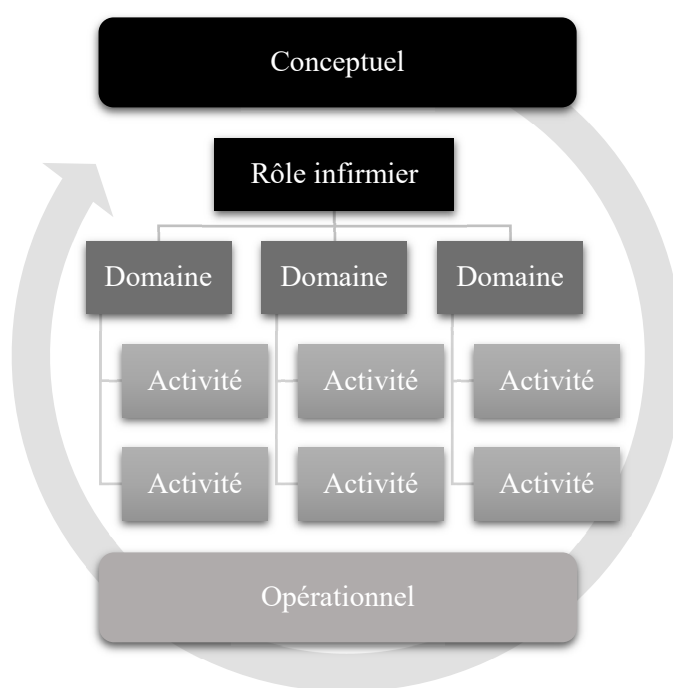
Pour la pratique, une description détaillée et opérationnelle des activités infirmières contribue à clarifier le rôle infirmier, facilite la reconnaissance du travail infirmier, guide la formation et la pratique clinique, soutient une meilleure organisation des soins et permet d'améliorer la qualité des soins (Déry et al., 2017; Dubois et al., 2013; Lukewich et al., 2019). Actuellement, le rôle du personnel infirmier en soins primaires, de façon générale, n'est pas clairement connu parmi les autres prestataires de soins, ce qui rend floue la compréhension de leur contribution (Lukewich et al., 2021). En effet, l'absence d'une nomenclature universellement acceptée rend difficile la définition précise de leurs responsabilités et compétences (Barrett et al., 2021). Alors, si l'on souhaite explorer la contribution potentielle du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires, l'absence d'une description claire de leurs activités constitue un obstacle majeur (Williams, 2017). Ne pas savoir précisément ce que le personnel infirmier doit faire rend difficile l'implantation concrète de son rôle en DC en soins primaires, limite la complémentarité avec les autres prestataires de soins déjà impliqués en DC (redondance ou confusion entre ce que ferait le personnel infirmier et ce que font les médecins, physiothérapeutes, les pharmaciens et pharmaciennes, les psychologues, etc.) et rend difficile l'évaluation de l'impact de sa contribution sur la qualité des soins en DC (Connell et al., 2022; Giannitrapani, Ahluwalia, Day, et al., 2018; Giannitrapani et al., 2021; Huttunen et al., 2024).

Dans le cadre de cette thèse, la revue de portée de Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher (2016) qui avait pour objectif de décrire les méthodes de description de la pratique professionnelle en sciences infirmières, est apparue pertinente. Les résultats de cette revue ont révélé qu'il existe une ambiguïté persistante autour de la définition du rôle infirmier dans la littérature scientifique, en raison d'une confusion fréquente entre les notions de rôle et de tâches (Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher, 2016). Pour clarifier cette distinction, une

schématisation de la pratique professionnelle a été proposée (Figure 1). Cette approche repose sur une nomenclature permettant de définir précisément le rôle infirmier selon trois niveaux :

- Rôle professionnel : fonction assumée par le personnel infirmier dans le cadre de sa pratique, influencée par les normes professionnelles, un cadre législatif, le champ de pratique et le système social.
- Domaine : regroupe les activités de soins de même nature, nécessitant des connaissances et une expertise spécifique.
- Activité (utilisé de façon interchangeable avec tâche ou intervention dans la littérature) : correspond aux actions spécifiques entreprises par le personnel infirmier auprès du patient pour le soutenir dans la gestion de sa santé.

Figure 1 : Schématisation de la pratique professionnelle



Adaptation de Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher (2016)

Cette structuration du rôle infirmier tient compte de plusieurs éléments influençant la pratique, notamment les normes professionnelles, le cadre législatif, l'étendue de la pratique, ainsi que les attentes sociales (Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher, 2016). Elle intègre

également des composantes clés comme les connaissances, les responsabilités, les attitudes, les habiletés et le contexte de pratique (Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher, 2016).

D'ailleurs, la formation infirmière en matière de DC constitue un facteur d'influence majeur dans le développement de la pratique professionnelle. Des recommandations claires existent quant aux contenus de formation à enseigner au personnel infirmier (International Association for the Study of Pain [IASP], 2018; Royal College of Nursing, 2023). Pourtant, la recherche démontre que les contenus de formation initiale à l'égard de la DC spécifiquement demeurent souvent limités (Thompson et al., 2018; Watt-Watson et al., 2009), privilégiant davantage la gestion et le soulagement de la douleur aiguë (Hroch et al., 2019). Cette lacune se traduit par un manque de connaissances et la persistance de préjugés négatifs chez les futures infirmières à faire face aux enjeux complexes de la douleur, tant sur le plan de l'évaluation que de l'accompagnement à long terme des personnes vivant avec cette condition (Cousins et al., 2022; Hroch et al., 2019). En conséquence, le rôle infirmier dans le domaine de la DC reste mécompris des futures infirmières, ce qui limite la mise en œuvre d'activités en pratique clinique (Ortiz et al., 2022), créant ainsi un cercle vicieux qui freine le développement de la pratique professionnelle. En somme, la schématisation proposée par Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher (2016) aide à mieux comprendre la pratique professionnelle du personnel infirmier et les facteurs qui l'influencent, tout en fournissant un langage précis pour décrire et évaluer leur rôle à travers les différentes activités. L'utilisation de cette nomenclature apparaît donc comme une approche pertinente pour structurer et mieux définir le rôle infirmier en soins primaires en matière de domaines et d'activités infirmières pour la gestion de la DC.

1.2.7 Études disponibles dans la littérature internationale

Parmi les études recensées, peu d'études aident à mieux cibler et décrire les activités du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires. À notre connaissance, seules deux études transversales, toutes deux réalisées au Canada, avaient comme objectif de décrire les activités infirmières en soins primaires en matière de DC (Bergeron et al., 2015a, 2015b; Lukewich et al., 2015).

L'étude canadienne de Lukewich et al. (2015) avait pour objectif de décrire les pratiques d'autogestion de la DC, du point de vue des personnes vivant avec cette condition, et d'explorer comment le personnel infirmier en soins primaires pourrait soutenir l'autogestion de la douleur. Pour ce faire, les auteurs ont mené deux enquêtes transversales. La première, réalisée en 2011-2012 auprès de 340 personnes vivant en Ontario, a montré que, bien que les médecins soient identifiés comme les principaux prestataires de soins impliqués, le personnel infirmier était rarement perçu comme le « plus utile » pour aider à la gestion de la douleur. La deuxième enquête, menée auprès de 354 infirmières et infirmiers en soins primaires en Ontario, visait à décrire les activités infirmières en matière de gestion des maladies chroniques, y compris la gestion de la DC. Il a été constaté que seulement 5 % du personnel infirmier ($n = 11/226$) rapportait offrir des soins spécifiques pour la DC. Les activités infirmières associées au soutien à l'autogestion de la douleur incluaient l'évaluation du réseau social (76 %), les suivis téléphoniques (73 %), les conseils sur les habitudes de vie (61 %), l'enseignement sur les maladies chroniques (58 %) et le soutien en santé mentale (41 %). Bien que cette méthodologie ait permis de décrire des activités du personnel infirmier pouvant soutenir l'autogestion de la DC, il demeure que l'étude n'aborde pas l'ensemble du rôle infirmier en soins primaires dans la gestion globale des maladies chroniques, notamment en ce qui concerne les activités liées à l'évaluation de la santé globale, à la coordination des soins ou à la collaboration interprofessionnelle. En résumé, cette étude donne un aperçu limité des activités que le personnel infirmier peut assumer auprès des personnes vivant avec de la DC et ne permet pas de comprendre pleinement l'étendue de leur rôle dans les soins primaires. Notons que ces enquêtes, conduites il y a plus de dix ans, ne reflètent pas nécessairement la pratique d'aujourd'hui.

L'étude canadienne de Bergeron et al. (2015a) portait sur la description de la gestion de la DC par le personnel infirmier dans les GMF, en 2010 au Québec. L'étude descriptive corrélationnelle transversale comprenait quatre objectifs spécifiques, soit : 1) identifier les activités infirmières en rapport avec la gestion de la douleur chez la clientèle atteinte de DC, 2) décrire leurs connaissances et croyances face à la gestion de la DC, 3) décrire les barrières dans la réalisation des activités en gestion de la DC et 4) identifier les facteurs associés aux activités en gestion de la douleur. À l'aide d'un questionnaire postal, 195 personnes

infirmières membres de l'OIIQ et ayant déclaré travailler en GMF ont été sollicitées et 53 d'entre elles ont retourné les questionnaires (pourcentage de réponse de 30 %). Deux instruments de mesure ont été utilisés pour la collecte de données : le Questionnaire sur les activités infirmières en gestion de la douleur (Dalton et al., 1995) [version française du *Pain Management Activities Questionnaire* (PMAQ) traduit par Bergeron et al. (2014)] pour répondre aux objectifs 1-3-4 et le Questionnaire Toronto sur la gestion de la douleur (Watt-Watson, 1997) [version française et adaptée au contexte des soins primaires du *Toronto Pain Management Index* (TPMI)]. L'étude a montré que 56 % du personnel infirmier a rapporté n'être aucunement impliqué dans la gestion de la DC. Les cinq activités qui ont été le plus souvent réalisées sont respectivement : 1) la relation thérapeutique avec la patientèle (62,2 %), 2) la discussion avec le médecin sur l'efficacité des mesures thérapeutiques (59 %), 3) l'enseignement personnalisé (57,1 %), 4) l'évaluation de l'adhésion du client aux mesures thérapeutiques (54,8 %) et 5) l'évaluation de la satisfaction du client face aux mesures thérapeutiques (53,7 %) (Bergeron et al., 2015a). De plus, leurs connaissances sur la gestion de la douleur étaient limitées (résultat moyen pondéré de 61,5 %). Les cinq principales barrières perçues quant à la gestion de la DC sont : 1) la méconnaissance des interventions possibles pour soulager la douleur (71,7 %), 2) la non-disponibilité de l'information sur la gestion de la douleur (52,8 %), 3) le manque de temps ou la charge de travail trop lourde (45,3 %), 4) le manque de soutien ou d'encouragement de la part des médecins (34,0 %) et 5) l'assistance nécessaire d'autres prestataires de soins dans la réalisation de leurs interventions en gestion de la douleur (30,2 %) (Bergeron et al., 2015b). En outre, il est ressorti que le personnel infirmier a rapporté avoir rencontré très peu de personnes vivant avec de la DC au cours des cinq derniers jours (nombre moyen de 2,68 personnes). Il a été supposé par l'auteur que le personnel infirmier ait considéré seulement les personnes ayant consulté spécifiquement pour de la DC, alors que la majorité de leurs patients et patientes vivent avec des maladies chroniques souvent associées à de la DC (ex. diabète). Le caractère novateur de l'étude de Bergeron et al. (2015a) constituait l'un de ses principaux atouts, étant la première à documenter les activités infirmières dans la gestion de la DC en GMF. Aucune étude n'a été répertoriée depuis. Cependant, malgré le respect des recommandations relatives aux bonnes pratiques en matière d'enquête, le taux de réponse de 30 % limite la portée des résultats. De plus, l'étude était réduite en termes de taille d'échantillon pour une enquête

provinciale (soit 6,3 % de la population totale du personnel infirmier en GMF pour l'année 2014-2015; n = 848). En l'absence de données sur la répartition géographique du personnel infirmier (ex. zones rurales ou éloignées), il est difficile d'évaluer la représentativité de l'échantillon pour une enquête provinciale. Par ailleurs, l'utilisation d'un questionnaire regroupant seulement 19 activités infirmières ne permet pas, une fois de plus, de comprendre pleinement l'étendue du rôle infirmier dans les soins primaires et n'offre qu'un aperçu limité des activités que le personnel infirmier peut assumer auprès des personnes vivant avec de la DC.

Enfin, au-delà du fait que seulement deux études ont été identifiées, il est important de souligner que celles-ci datent de plus de dix ans (Bergeron et al., 2015a; Lukewich et al., 2015). Durant cette période, la structure des soins primaires, notamment les GMF au Québec, ainsi que le rôle infirmier, ont considérablement évolué. Les travaux de Bergeron et al. (2015a) et Lukewich et al. (2015) ne reflètent probablement donc pas pleinement la contribution potentielle du personnel infirmier en soins primaires pour la gestion de la DC, ni le niveau de mise en œuvre. Compte tenu des attentes contemporaines envers le rôle infirmier en soins primaires tel que décrit précédemment, il apparaît essentiel que davantage d'études explorent et documentent cette contribution.

1.2.8 Synthèse et pertinence de la recherche doctorale

Cette recension des écrits sur la gestion de la DC en soins primaires met en lumière plusieurs constats importants, mais aussi des lacunes notables dans l'état actuel des connaissances, qui justifient pleinement la pertinence du présent projet doctoral.

Tout d'abord, bien que la littérature québécoise, canadienne et internationale souligne régulièrement l'importance d'intégrer le personnel infirmier dans la gestion de la DC, elle n'examine pas de manière concrète comment cela pourrait se traduire dans la pratique clinique. Bien que les plans d'action canadiens et québécois de 2021 mettent en évidence la nécessité d'optimiser la gestion de la DC en soins primaires, il manque une définition précise des activités infirmières dans ce domaine. Les rares études existantes (n = 2) réduisent souvent le rôle infirmier à des domaines d'activités spécifiques, comme l'autogestion ou le

suivi des traitements (Bergeron et al., 2015a; Lukewich et al., 2015). Cette absence de clarté sur l'opérationnalisation du rôle infirmier constitue donc un obstacle majeur à son intégration efficace dans la gestion de la DC.

D'autre part, la majorité des travaux se limitent à des recommandations générales concernant l'implication du personnel infirmier, sans explorer les conditions favorables à une intégration durable. Bien que quelques programmes ($n = 10$) aient montré des résultats positifs concernant l'implication du personnel infirmier dans la gestion de la DC, la mise en œuvre de ces programmes dédiés sur le long terme reste problématique (Assefa et al., 2023; Becker et al., 2018; Connell et al., 2022; Damush et al., 2016; Gannon et al., 2019; Hadi et al., 2016; Kroenke et al., 2019; Matthias et al., 2010; Matthias et al., 2012; Rutledge et al., 2018). En effet, la pérennité de ces initiatives est souvent menacée par la limitation des ressources humaines et le financement insuffisant en soins primaires, ce qui freine leur déploiement à grande échelle. De plus, en privilégiant des approches quantitatives, la recherche qualitative, essentielle pour comprendre les facteurs influençant la mise en œuvre de ces interventions, demeure insuffisante.

En somme, il apparaît essentiel de poursuivre les recherches sur l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC dans les soins primaires, en tenant compte de l'expérience du personnel infirmier et des personnes vivant avec de la DC. Une telle approche permet de mieux comprendre les besoins spécifiques des acteurs concernés et d'adapter les pratiques en fonction de leur réalité. Cette recherche doctorale se veut ainsi novatrice en documentant l'ensemble des activités possibles que le personnel infirmier peut réaliser en matière de gestion de la DC, en mettant l'accent sur la diversité de leur rôle, qui inclut l'évaluation de la santé globale, la gestion des soins et la collaboration interprofessionnelle. Cette recherche ne se contente pas de décrire les activités, elle propose également une analyse des facteurs contextuels influençant leur mise en œuvre, et propose des solutions pratiques et adaptées pour intégrer durablement ces interventions en soins primaires, tout en tenant compte des barrières organisationnelles et des contraintes systémiques.

1.3 Objectifs de recherche

À la lumière des résultats de la recension des écrits, les objectifs spécifiques de cette thèse ont été abordés selon trois objectifs complémentaires (une phase quantitative (Article 2), une phase qualitative (Article 3) et une intégration mixte des résultats) et se déclinent comme suit :

1. Phase quantitative - **Identifier** les activités infirmières prioritaires pour soutenir la gestion de la DC en soins primaires, selon la perspective du personnel infirmier et des personnes vivant avec la DC.
2. Phase qualitative - **Décrire** les obstacles et les leviers à l'implantation de ces activités, du point de vue du personnel infirmier.
3. Intégration mixte - **Déterminer** les stratégies d'implantation adaptées pour favoriser l'intégration des activités infirmières, en tenant compte des réalités de la pratique et des besoins des personnes vivant avec de la DC.

2. MÉTHODOLOGIE

Le chapitre 2 présente la méthodologie utilisée pour cette thèse. Dans un premier temps, l'approche générale de la thèse sera exposée, suivie de la posture épistémologique de la candidate au doctorat. En troisième lieu, il y aura la description du devis de recherche choisi, soit un devis mixte séquentiel explicatif. Il est à noter que les méthodes respectives des deux phases du devis mixte séquentiel explicatif sont détaillées dans deux articles, qui sont dans le chapitre 3 de cette thèse. Cependant, afin d'assurer une compréhension complète, ce chapitre présentera une justification des devis de recherche pour chaque phase, ainsi que leurs cadres de référence respectifs et quelques informations méthodologiques. Enfin, une dernière section abordera la méthodologie de l'intégration des résultats des deux phases du devis mixte séquentiel explicatif.

2.1 Cadres et approches de recherche

Dans cette étude doctorale, deux approches complémentaires ont été mobilisées pour orienter le processus de recherche : un cadre intégré de transfert des connaissances, soit le *Knowledge-to-Action*, et la recherche axée sur le patient. Leur intégration visait à guider l'exploration de l'implication du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires. Tandis que le cadre *Knowledge-to-Action* a offert une démarche structurée permettant de soutenir le développement et l'application de connaissances pertinentes pour la pratique clinique, la recherche axée sur le patient a permis de placer les besoins et les expériences des personnes soignées au cœur du processus de recherche.

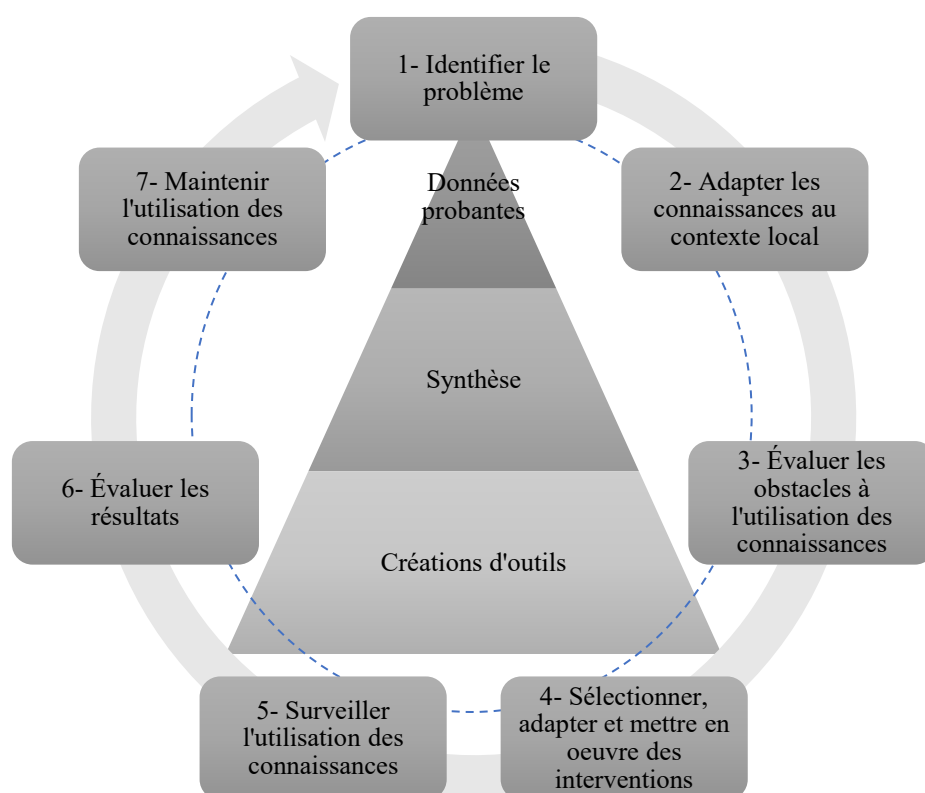
2.1.1 Cadre *Knowledge-to-Action*

Tout d'abord, la science de la mise en œuvre vise à comprendre et à faciliter l'adoption, l'application et la pérennisation des innovations issues de la recherche dans les milieux de soins (Eccles et Mittman, 2006). Dans ce domaine, le cadre *Knowledge-to-Action* (KTA), proposé par Graham et al. (2006), est un modèle orienté vers l'action : il guide concrètement les étapes nécessaires pour adapter et intégrer les connaissances dans la pratique clinique. L'utilisation du cadre KTA a été retenue pour cette recherche, puisqu'il permet d'assurer que celle-ci dépasse une approche purement descriptive, en suivant un processus structuré et

rigoureux pour transformer les connaissances en actions concrètes, tout en organisant la formulation des objectifs et l'ordre de réalisation des étapes du projet. Développé au Canada au début des années 2000 et basé sur plusieurs théories du changement, le modèle a été créé pour répondre à la problématique persistante de l'écart entre la recherche scientifique et la pratique clinique en proposant des actions concrètes (Graham et al., 2006).

Ce cadre permet d'opérationnaliser le processus de transfert des connaissances (Nilsen, 2015), en impliquant diverses parties prenantes (ex. prestataires de soins, personnes soignées, gestionnaires, décideurs) tout au long du cycle de recherche, depuis la formulation de la question de recherche jusqu'à la dissémination des résultats en fin de projet. Il stipule que : 1) la production des connaissances et 2) l'application des connaissances sont des composantes itératives, simultanées et qui s'influencent mutuellement de façon systémique; d'où l'appellation « transfert intégré de connaissances » (Figure 2).

Figure 2 : Cadre *Knowledge-to-Action*



Adaptation et traduction libre de Straus et al. (2013) p.10

La **production des connaissances** correspond aux données probantes issues de la recherche, destinées à être implantées en pratique clinique. Toutefois, pour être jugées pertinentes et applicables, ces connaissances doivent être transformées et adaptées au contexte d'utilisation. Ce processus comprend : 1) le repérage des connaissances issues de la recherche (données probantes), 2) la synthèse des connaissances et 3) les outils/produits issus des connaissances.

La **composante de l'application des connaissances**, également appelée cycle d'action, repose sur sept étapes interconnectées, qui se déroulent de manière dynamique afin de soutenir la cocréation des connaissances et le changement des pratiques cliniques. Ces étapes visent à assurer que les résultats produits soient à la fois pertinents, adaptés et utilisables dans les contextes cliniques spécifiques. Elles comprennent : 1) cerner le problème, 2) adapter les connaissances au contexte local, 3) évaluer les obstacles à l'application des connaissances, 4) choisir, adapter et mettre en œuvre les interventions, 5) surveiller l'utilisation des connaissances, 6) évaluer les résultats et 7) soutenir l'application des connaissances (Straus et al., 2013). En résumé, le cadre met de l'avant une interaction continue entre la production et l'application des connaissances, dans un processus à la fois itératif et séquentiel, où les différentes étapes se succèdent de façon dynamique pour favoriser l'intégration durable des changements dans la pratique clinique.

Le cadre KTA a été choisi pour cette thèse en raison de l'état des connaissances limité sur l'intégration du personnel infirmier en gestion de la DC. L'utilisation d'un cadre en « pré-implémentation » d'un changement permet une planification minutieuse des premières étapes du processus de mise en œuvre (Nilsen, 2015). En effet, ce type de cadre souligne l'importance de structurer les efforts de mise en œuvre des connaissances dans un domaine de la santé encore peu étudié, tout en tenant compte préalablement des facteurs locaux, organisationnels et professionnels de celui-ci (Nilsen, 2015). Ultimement, il permet d'identifier les obstacles potentiels, de planifier les actions et de s'assurer que les conditions nécessaires à l'implantation sont réunies avant de passer à l'action (Nilsen, 2015).

En raison des contraintes liées à la faisabilité de la formation doctorale, seules trois des sept étapes du cadre KTA ont été accomplies afin de répondre de manière ciblée aux objectifs de recherche. Ces étapes comprennent :

- *L'identification du problème et du changement de pratique (problématique à l'étude) :* Cette étape initiale implique la définition claire de la problématique à l'étude, en prenant soin d'identifier les défis cliniques spécifiques qui nécessitent un changement de pratiques en matière de DC.
- *L'adaptation des connaissances au contexte local (objectif 1) :* Le premier objectif de la thèse, dans une démarche collaborative, porte sur l'ajustement des connaissances disponibles aux réalités spécifiques du contexte clinique (les soins primaires), qu'il s'agisse des pratiques infirmières ou des besoins des personnes vivant avec de la DC.
- *L'évaluation des obstacles à l'application des connaissances (objectif 2) :* Ce deuxième objectif de la thèse vise à identifier et analyser les obstacles et les leviers potentiels à l'intégration des nouvelles connaissances en matière de gestion de la DC dans les pratiques quotidiennes du personnel infirmier en soins primaires.

À noter que ces trois étapes mettent bien la table pour des activités de recherche et de mise en œuvre subséquentes hors thèse, par exemple pour un parcours postdoctoral.

Dans le cadre de cette thèse, les parties prenantes impliquées étaient le personnel infirmier en GMF et les personnes vivant avec de la DC (indépendamment de son contexte d'apparition ou de son étiologie), en tant que principaux utilisateurs des résultats de cette thèse. En ce qui concerne le personnel infirmier, cette thèse touche à leur autonomie professionnelle, un concept clé qui désigne leur capacité à prendre des décisions indépendantes, en tenant compte des meilleures pratiques pour assurer le bien-être des personnes soignées, tout en assumant l'imputabilité (Kramer et Schmalenberg, 2008; Létourneau, 2017). Le personnel infirmier autonome doit être capable de prendre des décisions éclairées en utilisant les connaissances scientifiques pour guider ses pratiques, tout en restant conforme aux principes éthiques et aux normes de la profession (Létourneau, 2017).

2.1.2 Recherche axée sur le patient

Pour que les décisions sur les services de santé soient adaptées aux besoins des personnes soignées, il est également essentiel de prendre en compte leur expertise et leur vécu. C'est précisément ce que propose la recherche axée sur le patient (RAP), qui reconnaît l'expérience des personnes soignées comme un levier essentiel pour orienter les soins et la recherche (Canadian Institutes of Health Research, 2011). En raison de la nature biopsychosociale de la DC, une approche centrée sur la personne est nécessaire pour répondre adéquatement à leurs besoins (Nicholas, 2022). Cependant, ces personnes se sentent souvent incomprises par les prestataires de soins (Toye et al., 2017). Au Canada, dans le contexte des soins primaires, 96 % des personnes vivant avec de la DC font face à des décisions difficiles concernant leur condition, leurs soins et leurs traitements, sans bénéficier du soutien nécessaire (Naye et al., 2024). De plus, leurs priorités, telles que l'amélioration des compétences en gestion de la DC, l'accès aux soins et la coordination des services, sont souvent insuffisamment prises en compte dans les projets de recherche (Poulin et al., 2018). Face à ces défis, il est essentiel d'inclure le point de vue des personnes vivant avec de la DC dans les projets de recherche afin d'adapter l'organisation des soins à leurs réalités. C'est dans cette perspective que ces personnes ont été intégrées au présent projet doctoral, non seulement comme participantes à la recherche, mais aussi comme actrices clés du processus de recherche. Ainsi, l'équipe de recherche de cette thèse regroupait deux patientes partenaires vivant avec de la DC, en plus de l'étudiante au doctorat et des deux membres de l'équipe de direction. Afin d'intégrer les meilleures pratiques d'engagement des patients partenaires en recherche, l'équipe de recherche a adopté une approche fondée sur le niveau de partenariat du modèle de Montréal de Pomey et al. (2019). Ce modèle reconnaît la valeur des savoirs expérientiels des patients et leur capacité à contribuer activement à l'amélioration du système de santé (Pomey et al., 2019). Dans cette thèse, les patients partenaires ont été impliqués dès les premières étapes du processus de réflexion, à partir de l'été 2020, coïncidant avec le début des études doctorales de l'étudiante-chercheuse. Leur rôle ne s'est pas limité à une consultation, elles ont participé activement à l'élaboration de l'étude. Grâce à leur implication, leurs expériences et points de vue ont été pris en compte de façon concrète pour orienter la problématique de recherche. Elles ont également influencé le choix des méthodes et le développement des outils de recherche. En fin de compte, cette collaboration a rendu l'étude

plus adaptée à la réalité des personnes soignées, rendant ainsi les résultats plus pertinents et utiles pour l'amélioration des soins. Elles ont aidé au recrutement (vidéos promotionnels, courriel de sollicitation personnalisé), codéveloppé les outils (questionnaires et guide d'entrevue), participé aux collectes de données (groupes de discussion), à l'analyse des données ainsi qu'à l'interprétation des résultats.

L'équipe de recherche a suivi les recommandations de IMMPACT (*Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials*) pour la recherche en partenariat dans le domaine de la douleur (Haroutounian et al., 2024). Notamment, les recommandations mises en oeuvre pendant l'étude ont été de développer des relations de confiance égalitaires. Une compensation monétaire a été offerte et elles ont eu accès aux ressources nécessaires (ex. formations, plateforme d'échange Teams). Toutes deux avaient déjà des connaissances en recherche puisqu'elles agissent toutes deux comme patientes partenaires depuis plusieurs années. Bien qu'elles ont été sollicitées tout au long du processus du parcours doctoral, les rôles et le niveau d'engagement étaient flexibles. Une reconnaissance de leur contribution inclut le statut de coauteurs dans tous les articles et les présentations découlant de l'étude, suivant les recommandations de GRIPP2 (*Reporting patient and public involvement in health and social care research*) (Staniszewska et al., 2017).

2.1.3 Autres cadres de référence

En plus des deux cadres principaux ci-haut expliqués, plusieurs cadres de référence ont été mobilisés à des étapes clefs de la réalisation de cette recherche doctorale, chacun apportant un éclairage complémentaire selon les objectifs visés. Le Tableau 2 suivant en présente un aperçu pour offrir une vue d'ensemble de leurs contributions respectives. Les informations détaillées relatives à leur application concrète seront exposées dans les différents chapitres de la thèse, à mesure qu'ils ont été mobilisés dans les différentes phases de la recherche.

Tableau 2 : Cadres de référence de la recherche doctorale

Cadre de référence	But – Utilité
<i>Knowledge-to-Action</i> (KTA) de Graham et al. (2006)	Devis mixte séquentiel explicatif - Orienter le choix du devis mixte séquentiel explicatif, en cohérence avec les différentes étapes du processus de transfert des connaissances, de la création à l'application. - Sélection des devis propres à chaque phase afin de répondre adéquatement aux objectifs de recherche.
Domaines de la pratique infirmière de Poitras et al. (2016)	Phase quantitative (collecte et analyse des données) - Organiser et classer l'ensemble des activités infirmières possibles en gestion de la DC en soins primaires, en fonction du champ d'exercice infirmier.
<i>Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services</i> (i-PARIHS) de Harvey et Kitson (2016)	Phase qualitative (collecte et analyse des données) - Explorer les déterminants de la mise en œuvre (liés à l'innovation, au contexte et à la facilitation) afin de mieux comprendre les conditions favorables (ou non) au déploiement des activités infirmières en gestion de la DC.
Théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003)	Intégration des résultats mixtes (analyse des données) - Intégrer la perspective temporelle (non-couvert par le i-PARIHS) pour soutenir l'élaboration de stratégies d'implantation adaptées à l'évolution des activités infirmières en gestion de la DC.

2.2 Posture épistémologique de l'étudiante-chercheuse

La posture épistémologique est un moyen de rendre explicite la façon dont le chercheur voit le monde, comprend la réalité, et construit le savoir influencent la collecte et l'interprétation des données. En effet, la façon dont un chercheur aborde comment la connaissance peut être connue (épistémologie) et comment il perçoit ce qu'est la réalité (ontologie) vont déterminer

les méthodes et les approches qu'il choisira pour étudier une problématique. Cette étude s'inscrit dans le paradigme pragmatique. Selon les philosophes à l'origine du pragmatisme, l'ontologie de ce courant rejette l'idée d'une vérité fixe et indépendante de l'expérience humaine (Younas, 2020). Dès lors, la vérité ne réside pas dans sa correspondance avec une réalité absolue, mais dans son utilité permettant de s'adapter et de réussir dans le monde (viabilité) (Younas, 2020). Autrement dit, la vérité évolue avec le temps et les expériences humaines.

Par conséquent, l'épistémologie du courant pragmatique met l'accent sur l'utilité des connaissances produites et sur l'adéquation des méthodes choisies aux questions de recherche (Creswell et Plano Clark, 2018). Un des objectifs de cette thèse étant donc d'émettre des recommandations pratiques pour favoriser l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires, le courant pragmatique est donc parfaitement aligné avec cet objectif puisqu'il privilégie une approche appliquée qui vise des retombées utiles et viables aux yeux des utilisateurs des connaissances (personnel infirmier et personnes vivant avec de la DC) (Younas, 2020). Comme ce courant privilégie l'expérience et l'interaction avec l'environnement comme sources de la connaissance, il est également cohérent avec l'approche du KTA (Graham et al., 2006) qui favorise la co-construction des connaissances et la recherche en partenariat (Pomey et al., 2019) qui reconnaît le savoir expérientiel des personnes.

Concernant l'expérience, dans cette étude, une attention particulière a été apportée pour séparer l'expérience personnelle de la candidate au doctorat de celle du personnel infirmier participant. Ayant été infirmière en GMF pendant 10 ans, l'étudiante-chercheuse possède une connaissance approfondie des pratiques du terrain. Afin de respecter cette distinction, des méthodes de collecte de données qui privilégient le vécu des personnes participantes ont été utilisées. Un processus de réflexivité constante, grâce à des discussions fréquentes avec les membres de l'équipe de recherche (directions de recherche et patientes partenaires), était présent pour s'assurer que ses expériences personnelles ne biaisent pas les résultats et l'interprétation des données. Somme toute, l'idée que le personnel infirmier peut cibler des problématiques de recherche à partir de leurs savoirs expérientiels est en parfaite adéquation

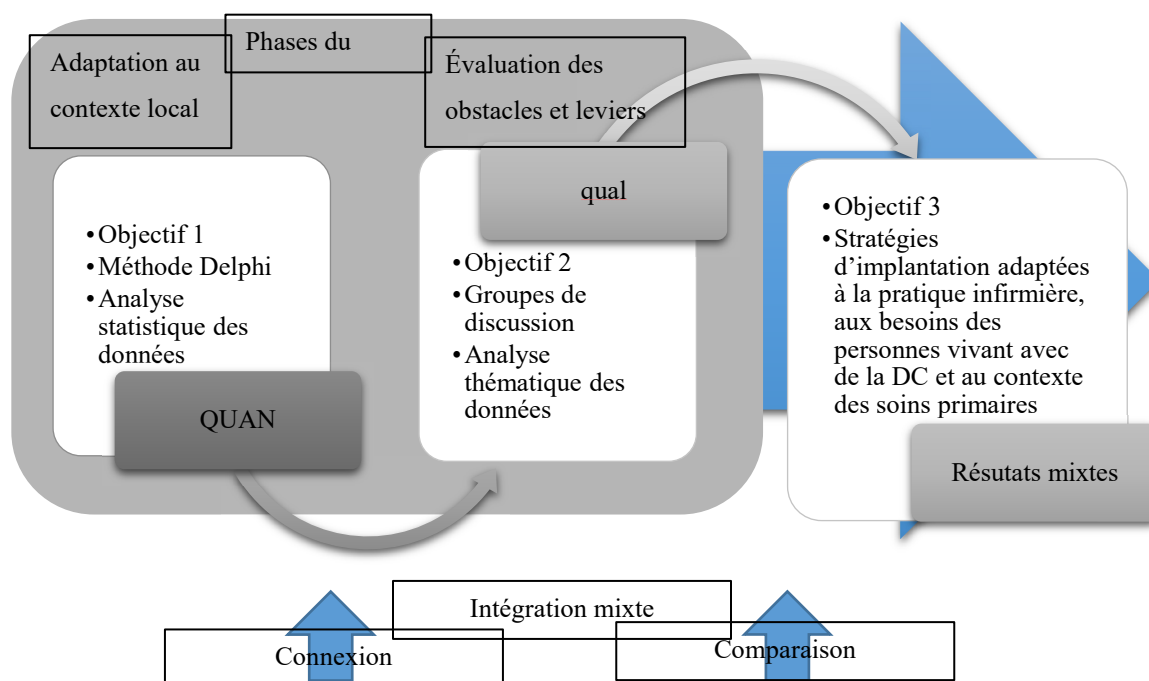
avec une approche pragmatique, car cela valorise l'expérience pratique comme source de connaissance (Younas, 2020).

Enfin, le pragmatisme s'accorde particulièrement bien avec les méthodes mixtes, car il reconnaît la complémentarité des approches quantitatives et qualitatives pour répondre à des questions complexes (Morgan, 2014). Ce courant accepte l'utilisation de différentes méthodes selon les objectifs de recherche, offrant ainsi une flexibilité méthodologique (Creswell et Plano Clark, 2018). Le pragmatisme ne cherche pas à opposer les visions objectivistes et subjectivistes, mais plutôt à les articuler de manière complémentaire afin de répondre plus efficacement aux objectifs de recherche (Morgan, 2014). Dans le cadre de notre étude, la première phase repose sur une collecte de données quantitatives (méthode Delphi), inspirée d'une approche post-positiviste, tandis que la seconde phase, de nature qualitative (groupes de discussion), adopte une perspective interprétative et constructiviste. En effet, l'étude quantitative apporte une généralisation et une standardisation des priorités, tandis que l'approche qualitative permet ensuite d'affiner la compréhension en tenant compte des réalités vécues par les acteurs impliqués. Ensemble, elles fournissent une compréhension plus complète et applicable à la pratique infirmière en matière de DC en soins primaires.

2.3 Devis de recherche

Un devis mixte séquentiel explicatif (QUAN → qual) a été utilisé pour répondre aux objectifs (Creswell et Plano Clark, 2018). Il s'agit d'une approche méthodologique dans laquelle les données sont collectées en deux étapes successives (l'une après l'autre), mais elles sont interconnectées, puisque l'objectif principal de la deuxième phase est d'expliquer, d'approfondir ou de clarifier les résultats obtenus lors de la première phase (Creswell et Plano Clark, 2018). La Figure 3 illustre le processus de recherche en intégrant l'approche globale du KTA, ainsi que le devis mixte séquentiel explicatif.

Figure 3 : Schématisation du processus de recherche



Dans notre étude, une première phase quantitative (méthode Delphi) a permis de dresser une liste des activités infirmières prioritaires pour soutenir la gestion de la DC en soins primaires, selon la perspective du personnel infirmier et des personnes vivant avec la DC. Cette étude a été suivie d'une phase qualitative (approche descriptive interprétative) qui s'est penchée sur les obstacles et les leviers à l'implantation de ces activités, du point de vue du personnel infirmier. Ultimement, l'intégration des résultats des deux phases en dernier lieu de la méthode mixte séquentielle a permis d'identifier les stratégies d'implantation adaptées pour favoriser l'intégration des activités infirmières, en tenant compte des réalités de la pratique et des besoins des personnes vivant avec de la DC.

Dans cette étude, la phase quantitative (QUAN) a été priorisée, car elle sert de base pour comprendre comment le rôle infirmier peut être mis en œuvre dans la gestion de la DC en soins primaires de façon systématique, objective et mesurable. La phase qualitative joue également un rôle essentiel, mais en complémentarité avec les résultats quantitatifs, soit en apportant des informations sur les perceptions et les défis rencontrés sur le terrain dans la mise en œuvre des activités identifiées dans la première phase. Ceci explique la nomenclature séquentielle explicative **QUAN → qual** qui permet ainsi de d'abord établir une vue

d'ensemble de la pratique professionnelle attendue avant d'explorer plus en profondeur les nuances et le contexte clinique spécifique, créant une complémentarité entre les deux phases.

Selon les principes de la méthode mixte, l'intégration de ces deux approches a permis une compréhension plus complète du phénomène étudié, en combinant la rigueur des données quantitatives avec la profondeur des données qualitatives. Le devis mixte a permis de combiner les forces des devis quantitatifs (*current large-scale practices*) et qualitatifs (*in-depth description of a practice*) afin d'étudier de façon détaillée une thématique complexe comme le changement d'une pratique professionnelle (Creswell et Plano Clark, 2018; Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher, 2016). Ainsi, l'approche mixte a permis non seulement de déterminer quelles sont les activités prioritaires, mais aussi d'explorer comment elles peuvent être adaptées et déployées efficacement dans la pratique infirmière en soins primaires. La Figure 3 met en évidence les stratégies d'intégration (connexion de phases et comparaison de résultats), soulignant la synergie entre celles-ci, conformément aux recommandations de Creswell et Plano Clark (2018).

Comme mentionné en début de chapitre, les méthodologies détaillées de chaque phase sont présentées dans les deux articles du chapitre Résultats de cette thèse. Cependant, pour faciliter la compréhension globale de l'étude, le Tableau 3 résume les principales lignes directrices méthodologiques du processus de recherche, en mettant en lumière les implications du devis mixte, quantitatif et qualitatif. Les sections suivantes viendront justifier davantage le choix des devis quantitatif et qualitatif, ainsi que des cadres de référence mobilisés à chaque phase.

La présente étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (#2023-06_Bernier, Andréanne) (certificat en Annexe 1).

Tableau 3 : Résumé de la méthodologie mixte, quantitative et qualitative de l'étude

Objectif général	Explorer l'implication potentielle du personnel infirmier en soins primaires en gestion de la DC	
Approche de recherche	<i>Knowledge-to-Action Process</i> (KTA) de Graham et al. (2006)	
	Phase 1 : Adaptation des connaissances au contexte local	Phase 2 : Évaluation des obstacles à l'application des connaissances
Objectifs spécifiques	Identifier les activités infirmières prioritaires pour soutenir la gestion de la DC en soins primaires, selon la perspective du personnel infirmier et des personnes vivant avec la DC.	Décrire les obstacles et les leviers à l'implantation de ces activités, du point de vue du personnel infirmier.
Devis de recherche	Devis mixte séquentiel explicatif (QUAN → qual) (Creswell et Plano Clark, 2018)	
	Méthode Delphi (Keeney et al., 2011)	Approche descriptive interprétative de Thorne (2016)
Cadres de référence spécifiques	Cadre sur les activités infirmières en première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques de Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al. (2016)	<i>Promoting Action on Research Implementation in Health Services</i> (i-PARiHS) de Harvey et Kitson (2016)
Population cible	Personnel infirmier en soins primaires	Personnes vivant avec de la DC, indépendamment de son contexte d'apparition ou de son étiologie.
Échantillon	De convenance - 48 infirmières et infirmiers - 122 personnes vivant avec de la DC	Par choix raisonné (issu de la phase 1) - 21 infirmières et infirmiers en GMF rencontrés en 4 sous-groupes
Méthode de collecte de données	Questionnaires autoadministrés en ligne - Ronde 1 : questions ouvertes basées sur Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al. (2016) - Rondes 2 et 3 : échelle de Likert à 9 points pour la priorisation d'une liste d'activités - Activité jugée prioritaire lorsque 75 % ont coté $\geq 7/9$	Groupes de discussion en ligne - Entrevues enregistrées d'une durée de 60 à 90 minutes - Guide d'entrevue semi-structuré basé sur i-PARiHS
Analyse des données	Statistiques descriptives - Nombres, pourcentages - Médianes, écarts interquartiles	Selon Miles et al. (2020) - Condensation des données - Présentation des données - Élaboration/vérification des conclusions
Résultats	Liste de 41 activités infirmières afin de soutenir les personnes vivant avec de la DC	Liste d'obstacles et de leviers à l'implantation des activités infirmières jugées prioritaires afin de soutenir la patientèle vivant avec de la DC

Objectif mixte	Déterminer les stratégies d'implantation adaptées pour favoriser l'intégration des activités infirmières, en tenant compte des réalités de la pratique et des besoins des personnes vivant avec de la DC.
Intégration mixte	Comparaison des résultats interdépendants (Kaur et al., 2019; Pluye et al., 2018) - Tableau conjoint selon la méthode de Fetters (2020)
Cadre de référence pour l'intégration mixte	- <i>Promoting Action on Research Implementation in Health Services</i> (i-PARiHS) de Harvey et Kitson (2016) - Théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003)
Résultats mixtes	Liste de stratégies d'implantation adaptées à la pratique infirmière, aux besoins des personnes vivant avec de la DC et au contexte des soins primaires de (axes à privilégier) : 1. Renforcer les capacités du personnel infirmier pour intégrer les activités liées à la gestion de la DC en soins primaires, en mettant à leur disposition des outils et guides cliniques, ainsi que de la formation, adaptés à la pratique infirmière. 2. Sensibiliser et mobiliser les autres acteurs du système de santé (personnes vivant avec de la DC, prestataires de soins et gestionnaires) afin de favoriser l'adoption des nouvelles activités infirmières en DC et créer un environnement favorable au changement.

2.4 Phase 1 | Étude quantitative

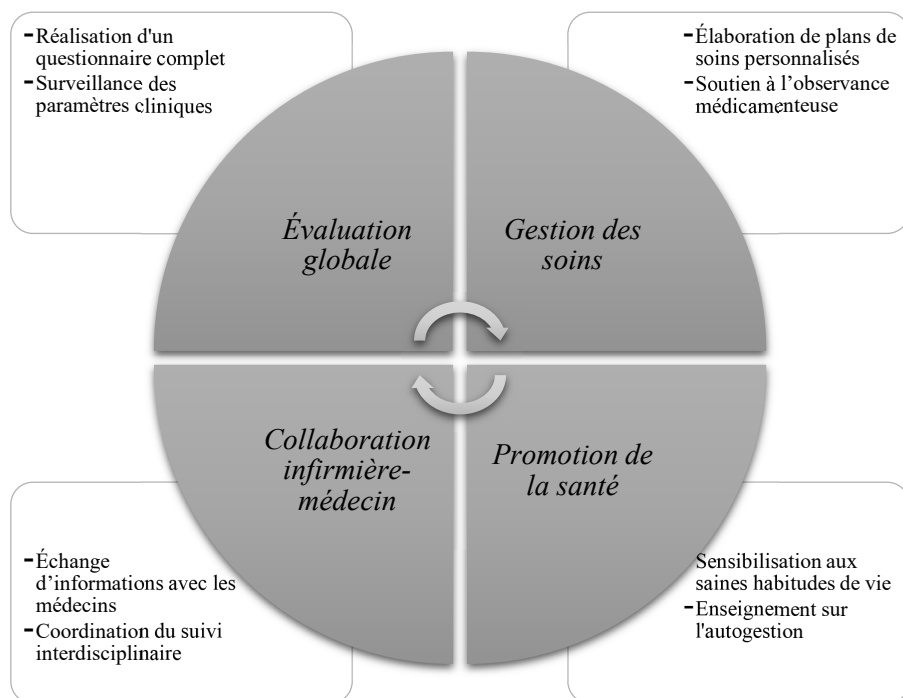
Pour répondre à notre premier objectif (**Identifier** les activités infirmières prioritaires pour soutenir la gestion de la DC en soins primaires, selon la perspective du personnel infirmier et des personnes vivant avec la DC) et procéder à l'adaptation des connaissances au contexte local (étape 2 du KTA), une méthode Delphi a été employée.

2.4.1 Cadre de référence spécifique au volet quantitatif

Dans le cadre de cette étude doctorale, les activités infirmières en soins primaires ont été définies, à partir de la recension des écrits, comme des actions concrètes réalisées par le personnel infirmier pour soutenir les personnes soignées dans la gestion de leur état de santé (Poitras, Chouinard, Fortin et Gallagher, 2016). Afin de décrire ces activités de manière structurée et de rendre compte de la portée du rôle infirmier en gestion de la DC en soins primaires, le cadre conceptuel proposé par Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al. (2016) a été retenu. Ce cadre, adapté à la pratique infirmière en soins primaires en gestion des maladies chroniques, permet à la fois d'illustrer la diversité des activités infirmières réalisées concrètement en pratique clinique et de les regrouper selon leur nature et leur finalité, en domaines d'activité (Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al., 2016). Il propose ainsi une classification claire et validée, facilitant ainsi l'opérationnalisation et l'analyse de la complexité de la pratique infirmière.

Dans sa version originale, ce cadre organise les activités infirmières en quatre grands domaines : 1) l'évaluation globale de la santé, 2) la gestion des soins, 3) la promotion de la santé et 4) la collaboration infirmière-médecin (Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al., 2016). La Figure 4 présente chacun de ces domaines accompagnés d'exemples concrets, illustrant la variété des activités réalisées par le personnel infirmier en soins primaires auprès des personnes vivant avec une condition chronique. Il est important de souligner que ces domaines ne sont pas cloisonnés. Les activités infirmières sont souvent interreliées et complémentaires. Par exemple, lorsqu'une infirmière fait de l'éducation à la santé avec une personne soignée, elle peut en même temps évaluer son état de santé et planifier les soins nécessaires. Cela montre qu'une même activité infirmière peut avoir un impact sur plusieurs domaines à la fois, ce qui reflète la nature globale et dynamique du rôle infirmier.

Figure 4 : Domaines d'activités infirmières pour la gestion des maladies chroniques en soins primaires de Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al. (2016)



À noter que depuis l'élaboration de ce modèle, l'organisation des soins primaires a évolué avec l'intégration progressive de divers prestataires au sein des GMF à partir de 2016 (MSSS, 2022b). Dans la présente étude, cette évolution du contexte clinique a été prise en compte en élargissant la notion de collaboration, qui ne se limite plus au binôme infirmière-médecin tel que représentée dans le cadran inférieur gauche de la figure. Conformément aux recommandations de la littérature sur la gestion de la DC (Gatchel et al., 2014; Kress et al., 2015), l'interaction entre l'ensemble des prestataires de soins, qu'ils œuvrent en GMF, en soins primaires ou dans des milieux spécialisés de deuxième et troisième ligne, a été considérée. L'utilisation du terme *collaboration interprofessionnelle* permet ainsi de mieux refléter les interactions entre ces divers prestataires et de mettre en évidence le rôle central du personnel infirmier dans la coordination des soins pour les personnes vivant avec de la DC.

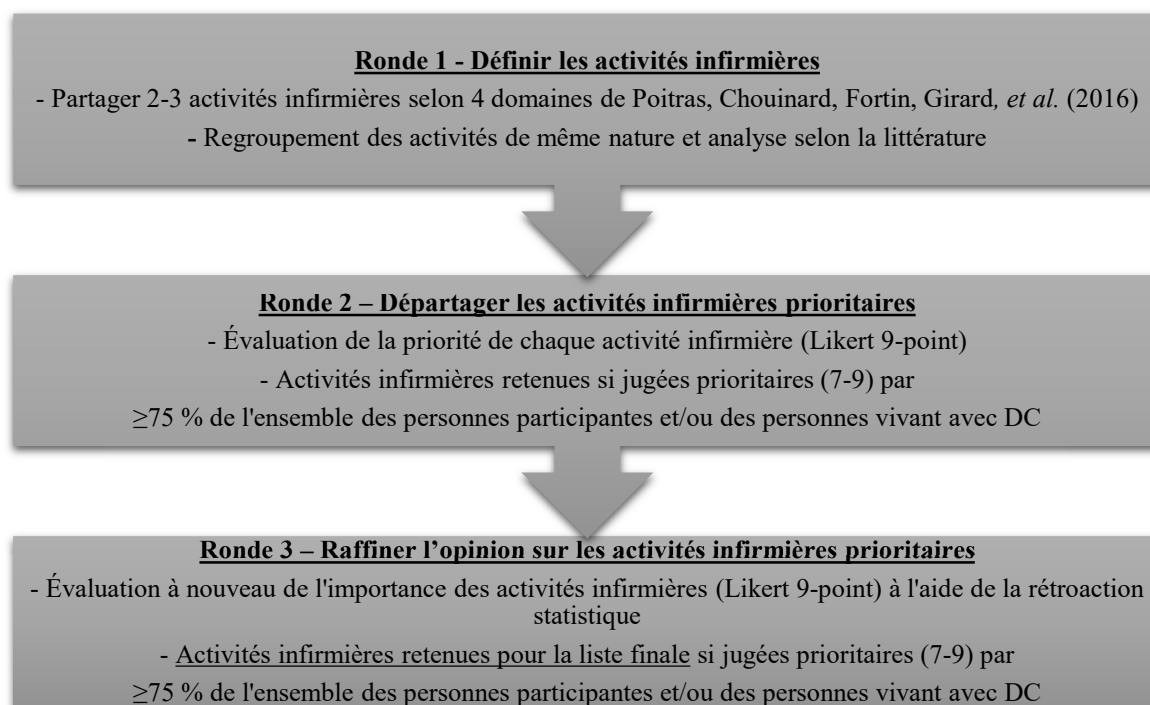
Le choix d'utiliser cette classification visait à mettre en lumière l'étendue optimale du travail du personnel infirmier en soins primaires, afin d'offrir une vision plus claire et complète de

son rôle potentiel en gestion de la DC. Ce choix avait également pour objectif d'éviter que certaines activités infirmières ou domaines d'activités soient sous-estimés ou négligés, ce qui risquerait de limiter leur contribution aux soins. Par exemple, si l'on ne considère que certains aspects du travail infirmier, le rôle pourrait se limiter à la gestion des médicaments contre la douleur. Cependant, le personnel infirmier peut jouer un rôle bien plus large en évaluant non seulement l'intensité de la douleur, mais aussi son impact sur le sommeil, l'humeur, les activités quotidiennes et la qualité de vie du patient (évaluation globale). Il participe également à la prévention des complications liées à une mauvaise gestion de la douleur, comme la détresse psychologique, l'isolement social ou la surconsommation de médicaments (promotion de la santé), tout en collaborant avec le médecin, le pharmacien, le physiothérapeute et le travailleur social (collaboration interprofessionnelle) pour adapter le plan de traitement en fonction des besoins de la personne soignée (gestion des soins). Ainsi, l'utilisation d'une classification structurée a permis de structurer les activités infirmières en prenant en compte l'ensemble du rôle infirmier dans la gestion de la DC.

2.4.2 Méthodes de collecte de données quantitative

La Figure 5 résume la méthode Delphi. Celle-ci est également décrite plus en détail dans l'article au chapitre suivant de cette thèse. Les documents associés à cette phase sont disponibles en annexe. Pour le recrutement, l'Annexe 2 (courriel de recrutement pour le personnel infirmier et les personnes vivant avec de la DC), ainsi que l'Annexe 3 (affiche de recrutement sur les réseaux sociaux pour le personnel infirmier) peuvent être consultées. Concernant les considérations éthiques, l'Annexe 4 présente la page d'information et le formulaire de consentement en ligne. Les Annexes 5, 6 et 7 présentent les questionnaires des différentes rondes de la méthode Delphi (Ronde 1, Ronde 2 et Ronde 3). De plus, les questionnaires relatifs aux profils socio-démographiques des personnes participantes sont intégrés à l'Annexe 5 (questions sur le profil du personnel infirmier et questions sur le profil des personnes vivant avec de la DC).

Figure 5 : Opérationnalisation de la méthode Delphi



2.5 Phase 2 | Étude qualitative

Pour répondre au second objectif (**Décrire** les obstacles et les leviers à l'implantation de ces activités, du point de vue du personnel infirmier) et évaluer les obstacles et les leviers à l'application des connaissances (étape 3 du modèle KTA), une approche qualitative descriptive interprétative selon Thorne (2016) a été adoptée. L'approche descriptive interprétative ne se limite pas à une simple description des caractéristiques d'un phénomène, mais vise également à en dégager le sens et la signification (Thorne, 2016). Elle permet de dépeindre un phénomène dans toute sa complexité, en explorant ses propriétés, ses composantes et leurs variations, tout en mettant en lumière les relations et les configurations sous-jacentes qui les relient (*patterns*; « donner un sens ») (Gallagher et Marceau, 2020). Dans cette perspective, elle accorde autant d'importance à l'exploration qu'à une compréhension des significations attribuées par les personnes participantes (Gallagher et Marceau, 2020). Dans le contexte de cette étude, où aucune recommandation spécifique n'existait pour guider l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires, l'approche descriptive interprétative s'est révélée particulièrement pertinente. Son

caractère exploratoire a permis de mieux saisir les enjeux entourant cette intégration et d'enrichir la réflexion sur le rôle possible, en tenant compte de l'expérience et de la perception du personnel infirmier.

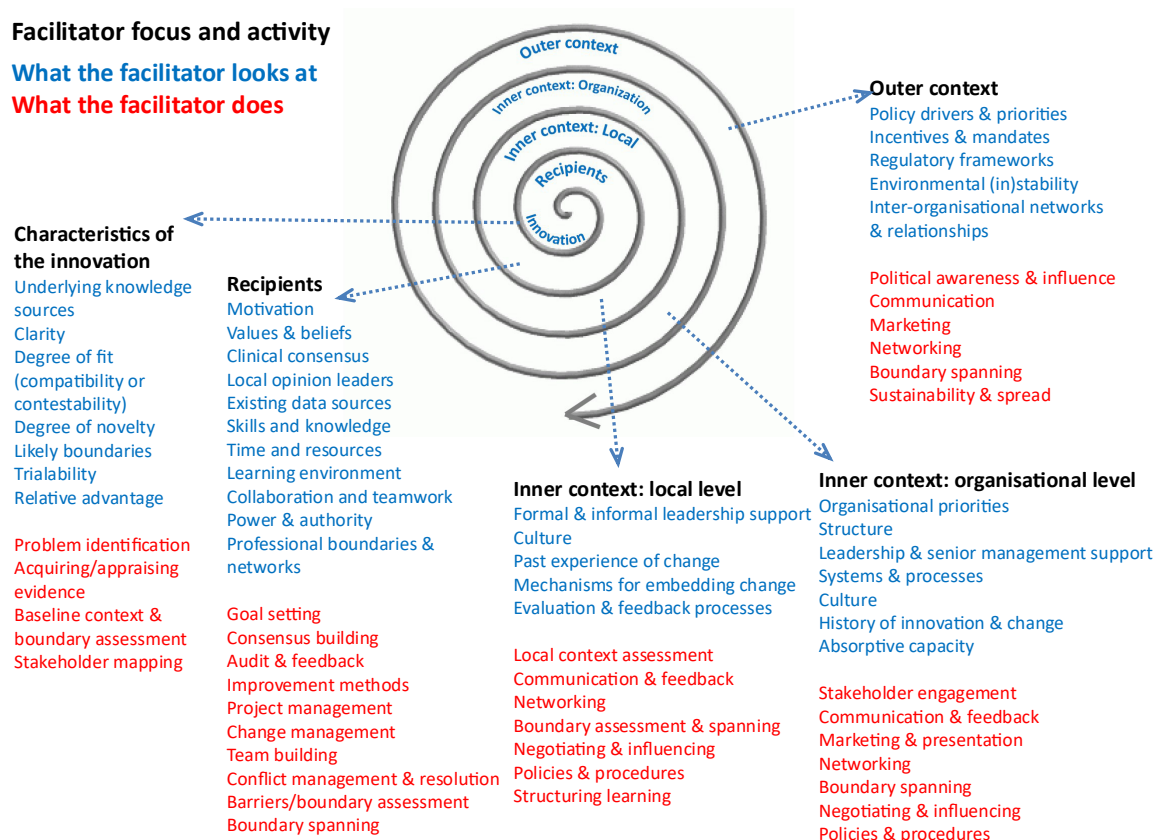
2.5.1 Cadre de référence spécifique au volet qualitatif

Le cadre qui a soutenu l'élaboration des outils de collecte de données et l'analyse des données est le *integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (i-PARIHS) (Harvey et Kitson, 2016). Ce cadre a permis de tenir compte des déterminants qui peuvent influencer le processus d'implantation des connaissances issues de la recherche aux services de santé (Nilsen, 2015), tant dans la construction de notre guide d'entrevue que dans l'analyse et l'interprétation des données.

Le modèle i-PARIHS (*integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services*) est une évolution du modèle PARIHS, développé dans les années 1990 (Harvey et Kitson, 2016). À l'origine, le PARIHS (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*) a été conçu pour expliquer pourquoi certaines pratiques fondées sur des données probantes étaient mieux implantées que d'autres dans les soins de santé (Harvey et Kitson, 2016). L'objectif était de donner aux gestionnaires de soins de santé un cadre pour évaluer et guider l'implantation d'innovations dans les contextes cliniques. À cette époque, le cadre soutenait que pour une implantation réussie, il fallait déployer des stratégies d'implantation pour rendre l'innovation la plus adaptée possible et le contexte le plus favorable possible.

En 2016, Kitson et ses collègues ont révisé le modèle PARIHS pour mieux reconnaître les interactions et le processus complexe qui se produisent lorsque des innovations ou des connaissances sont implantées (Harvey et Kitson, 2016). Selon le i-PARIHS (Figure 6), il faut anticiper l'influence des obstacles et des leviers qui détermineront la réussite de l'implantation selon trois niveaux d'analyse, soit la **nature de l'innovation** (désignée *Characteristics of the innovation* dans la figure), les **destinataires** (désignés *Recipients* dans la figure) et le **contexte** (désigné *Inner context* et *Outer context* dans la figure), afin de déployer des stratégies d'implantation qui seront adaptées (Harvey et Kitson, 2016).

Figure 6 : Integrated-Promoting Action on Research Implementation in Health Services



Source: Harvey G & Kitson A (2015) Implementing EvidenceBased Practice in Healthcare: A facilitation guide. Abingdon, Oxon: Routledge

Image utilisée avec la permission de l'auteur principale (Annexe 8)

Le cadre précise également que, dans les trois composantes clés (innovation, destinataires et contexte), plusieurs caractéristiques doivent être prises en compte. Ces caractéristiques sont mises en évidence en bleu dans la figure. Concernant l'innovation, les caractéristiques incluent, entre autres, les sources de données, la clarté, le degré de concordance avec les pratiques et les valeurs actuelles, la convivialité, etc. Pour les destinataires, on évoque la motivation, les valeurs et croyances, les habiletés et connaissances, etc. Puis, pour le contexte, on considère des éléments tels que les priorités organisationnelles, le leadership, les réseaux d'apprentissage et les relations interorganisationnelles, etc. En somme, ce cadre met en avant une vision interactive et dynamique, où l'innovation ne s'implante pas simplement parce qu'elle est fondée sur des preuves, mais parce qu'elle est adaptée aux

besoins des destinataires, intégrée dans un contexte favorable et soutenu par des stratégies adaptées (Harvey et Kitson, 2016).

Dans notre étude, l'utilisation de ce cadre était utile pour comprendre des situations données, par exemple dans le cas où une infirmière (destinataire), souhaitant intégrer la mesure de la douleur (innovation, c'est-à-dire les activités infirmières liées à la gestion de la DC en soins primaires) dans ses suivis réguliers avec des personnes ayant une maladie chronique, se trouve confrontée à la difficulté de ne pas connaître les outils validés dans ce domaine (obstacle). Ainsi, les questions du guide d'entretien ont été élaborées en s'appuyant sur le cadre i-PARIHS, structurant l'analyse des leviers et des barrières à l'implantation des activités infirmières selon les trois composantes clés du cadre (et leurs caractéristiques, voir en bleu dans la Figure 9). On se penche ainsi sur : 1) l'innovation (ex. Quel est le degré de nouveauté / changement engendré par les activités infirmières en DC ?), 2) les destinataires (ex. Le personnel infirmier a-t-il les connaissances, la formation ou les ressources pour mettre en œuvre les activités infirmières en DC ?), et 3) le contexte (ex. Quel est le processus lorsque l'on souhaite intégrer les activités infirmières en DC dans le travail au quotidien ?).

2.5.2 Méthodes de collecte de données qualitative

Des entrevues de type groupes de discussion (*focus groups*) (Krueger et Casey, 2015) ont été sélectionnés afin de permettre au personnel infirmier, à travers l'interaction entre les personnes participantes, de réfléchir collectivement et de faire émerger de manière dynamique les obstacles et les leviers potentiels à l'implantation des activités infirmières en gestion de la DC en soins primaires. Cette méthode favorise une compréhension globale du phénomène en s'appuyant sur l'expérience clinique du personnel infirmier, tout en offrant un espace d'échange et de confrontation des perspectives (Holloway et Galvin, 2017; Krueger et Casey, 2015). En cohérence avec l'objectif de décrire les obstacles et les leviers à l'implantation des activités infirmières en gestion de la DC, les groupes de discussion visaient également à l'émergence de solutions concrètes et à l'éclairage de stratégies d'implantation futures, co-construites par le personnel infirmier, qui sont ancrées dans la réalité clinique et adaptées au contexte.

2.6 Intégration des données : connexion entre la phase quantitative et la phase qualitative

Dans les méthodes mixtes, la connexion de phases fait référence à la manière dont les données quantitatives et qualitatives sont intégrées et interagissent tout au long du processus de recherche (Kaur et al., 2019; Pluye et al., 2018). Selon les principes du devis mixte séquentiel explicatif explicité dans cette thèse, le recrutement pour la phase qualitative a été effectué à partir du même groupe d'infirmières et d'infirmiers de la phase quantitative. En cohérence avec l'objectif de cette étude, il a été choisi de recruter du personnel infirmier ayant des expériences variées et venant de différentes régions pour maximiser la diversité des perspectives à travers la province (échantillon par choix raisonné).

Également, les résultats de la phase quantitative ont influencé l'élaboration du guide d'entrevue ainsi que le déroulement des groupes de discussion. Étant donné le grand nombre d'activités infirmières identifiées, il était difficile de discuter en détail les barrières et leviers spécifiques à chacune d'elles. Ainsi, plutôt que de structurer le guide d'entrevue autour de chaque activité identifiée dans la phase quantitative, le guide a été développé de façon à mieux comprendre comment ces activités pouvaient être intégrées dans la réalité du travail infirmier en soins primaires incluant les leviers et les obstacles généraux à l'intégration de la DC en soins primaires.

Concernant le déroulement des groupes de discussion, plusieurs stratégies ont été mises en place pour permettre la connexion entre les deux phases. Une présentation des activités infirmières a été réalisée par l'étudiante-chercheuse. Une présentation PowerPoint a été préparée pour les personnes participantes afin de leur donner un aperçu des activités identifiées dans une première portion des groupes de discussion. Un tableau résumé de la liste d'activités infirmières (Annexe 9) leur a également été remis pour rappeler les résultats pendant la deuxième portion des groupes de discussion. Finalement, pour amorcer les discussions, un cas clinique représentant une personne vivant avec de la DC a été introduit. Ce scénario a servi de point de départ pour la discussion, pour permettre au personnel infirmier participant de se projeter dans une situation concrète. Cette approche a favorisé une

discussion ancrée dans la réalité clinique, permettant d'explorer de manière plus pragmatique les possibilités d'intégration des activités infirmières dans leur pratique quotidienne.

Le reste de la méthodologie est détaillé dans l'article qualitatif au chapitre suivant de cette thèse. Les documents associés à cette phase sont également disponibles en annexes. Pour le recrutement, l'Annexe 10 (courriel de recrutement) peut être consultée. Concernant les considérations éthiques, l'Annexe 11 présente la page d'information et le formulaire de consentement en ligne. L'Annexe 12 présente la présentation PowerPoint, le guide d'entrevue, incluant le cas clinique, qui a guidé les groupes de discussion. Toutefois, aucun questionnaire relatif au profil socio-démographique du personnel infirmier n'a été utilisé, ces données ayant été collectées lors de la phase quantitative.

2.7 Intégration des résultats du devis mixte séquentiel explicatif

Rappelons que le but de cette thèse était d'explorer l'implication potentielle du personnel infirmier en soins primaires en gestion de la DC. L'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs avait pour objectif de **déterminer** les stratégies d'implantation adaptées pour favoriser l'intégration des activités infirmières, en tenant compte des réalités de la pratique et des besoins des personnes vivant avec de la DC. Dans cette perspective, les sections suivantes présenteront la stratégie méthodologique mixte employée pour combiner les résultats quantitatifs et qualitatifs, ainsi que les cadres conceptuels et théoriques ayant guidé l'analyse des résultats mixtes.

2.6.1 Comparaison des résultats quantitatifs et des résultats qualitatifs

Pour procéder à l'analyse combinée des résultats quantitatifs et qualitatifs, la stratégie d'intégration par « comparaison des résultats interdépendants » (Kaur et al., 2019; Pluye et al., 2018) a été employée. Après l'analyse séparée de chaque phase, la comparaison des résultats quantitatifs et qualitatifs visait à mieux comprendre l'interaction entre les obstacles et les leviers identifiés et l'adoption des activités infirmières en gestion de la DC. Cette démarche a été utilisée pour faire ressortir les éléments clés pour faciliter l'intégration du personnel infirmier, tout en identifiant les freins majeurs susceptibles de ralentir l'adoption

de certaines activités infirmières (ex. obstacles professionnels ou organisationnels importants).

L'approche méthodologique en quatre étapes de Fetters (2020) a été utilisée pour réaliser la comparaison des résultats. Voici une brève description de chacune des étapes, appuyée par un exemple concret afin de faciliter la compréhension du processus analytique.

1. *Création du tableau conjoint* : Pour faciliter la comparaison entre les résultats quantitatifs et qualitatifs, quatre tableaux croisés (*joint display*) ont été créés pour regrouper les résultats et d'avoir une vue d'ensemble claire. Les différents tableaux représentent les quatre domaines du cadre de Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al. (2016) : évaluation globale, gestion des soins, promotion de la santé et collaboration interprofessionnelle. Dans chaque tableau, les colonnes, quant à elles, présentent les obstacles et les leviers issus de la phase qualitative, organisés selon les trois composantes du cadre i-PARIHS : l'innovation (les activités infirmières liées à la gestion de la DC en soins primaires), les destinataires (le personnel infirmier en soins primaires) et le contexte (les milieux de soins primaires et le système de santé).
2. *Mise en relation des résultats* : Cette étape visait à établir des liens clairs entre les activités infirmières et les facteurs contextuels (obstacles et leviers) influençant leur mise en œuvre. L'objectif était de cartographier les interactions en identifiant, pour chaque domaine d'activité infirmière, les barrières et les leviers les plus pertinents ayant un impact sur leur adoption en pratique (c'est-à-dire *Innovation* : barrières-leviers rendant possible / freinant l'opérationnalisation des activités en pratique clinique; *Destinataires* : barrières-leviers influençant la capacité et la volonté du personnel infirmier à réaliser ces activités; *Contexte* : barrières-leviers fournissant (ou pas) les conditions structurelles pour que ces activités se déploient). La cartographie des interactions a été d'abord réalisée par l'étudiante-chercheuse, en s'appuyant sur sa connaissance du contexte clinique et son imprégnation continue dans toutes les étapes du projet. Les directrices de recherche ont ensuite procédé à une révision indépendante de cette cartographie des résultats.

Domaines de soins : Évaluation globale			
i-PARIHS	Innovation	Destinataires	Contexte
Barrières	xxx	xxx	xxx
Leviers	xxx	xxx	xxx

3. *Analyse des relations* : Pour mieux comprendre comment les résultats qualitatifs et quantitatifs se rejoignent, quatre types de relations ont été employées, selon la méthode proposée par Fetters (2020). La convergence se produit lorsque les deux types de résultats se rejoignent ou vont dans le même sens (ex. renforcer les pratiques infirmières déjà en place). La complémentarité apparaît quand un type de données enrichit ou approfondit l'autre (ex. souligner des pistes d'amélioration mutuelle pour faciliter l'intégration des activités). L'expansion désigne les cas où un type de résultats élargit la portée de l'autre (ex. mettre en lumière de nouveaux leviers pour développer davantage le rôle infirmier). Enfin, la divergence correspond aux situations où les résultats diffèrent ou se contredisent (ex. identifier des obstacles spécifiques).

Domaines de soins : Évaluation globale			
i-PARIHS	Innovation	Destinataires	Contexte
Barrières	xxx	xxx	xxx
Leviers	xxx	xxx	Xxx
Interprétation			
Points de convergence	Points de complémentarité	Points d'expansion	Points de divergences

4. *Interprétation des résultats* : Enfin, une synthèse globale a été réalisée pour extraire les éléments les plus significatifs (dégager les grands thèmes (répétitions et patterns) et cibler les priorités (impact possible, réaliste, ou déjà existant). Cette étape a permis ensuite de

regrouper ce éléments en piste d'action concrète pour orienter des stratégies d'implantation adaptées et réalistes, présentées dans le chapitre suivant.

2.6.2 Cadres de référence pour l'interprétation de l'intégration mixte

Afin de développer des stratégies d'implantation mieux adaptées à la réalité complexe de la pratique infirmière en soins primaires, cette thèse s'est appuyée sur deux cadres complémentaires dans le cadre de l'analyse mixte : le i-PARIHS (Harvey et Kitson, 2016) et la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003). Ces cadres ont été mobilisés conjointement pour guider la réflexion sur le processus d'implantation à envisager tenant compte du maximum de composantes possibles. Plus précisément, le modèle i-PARIHS a été utilisé pour structurer l'analyse autour des interactions entre l'innovation (les activités découlant du rôle infirmier en gestion de la DC), les destinataires (le personnel infirmier en soins primaires) et le contexte (les milieux de soins primaires et le système de santé), afin de soutenir l'élaboration de stratégies adaptées à la réalité du terrain. En parallèle, la théorie de Rogers a été utilisée pour enrichir cette analyse en apportant une compréhension de la dimension temporelle ainsi que des facteurs individuels qui influencent l'adoption progressive de nouvelles pratiques. L'utilisation conjointe de ces deux cadres a ainsi permis de concevoir des stratégies d'implantation multidimensionnelles, progressives et ajustées aux différents stades d'adhésion au changement. Le cadre i-PARIHS a déjà été présenté à la section 2.5.1 de cette thèse, tandis que la théorie de la diffusion des innovations de Rogers sera détaillée dans la section suivante.

2.6.2.1 La théorie de la diffusion des innovations de Rogers

Dans les sciences de la mise en oeuvre, les théories classiques, souvent issues de la sociologie ou de la psychologie, qui peuvent être utilisées afin de soutenir l'analyse de différents aspects du processus de transfert des connaissances (Nilsen, 2015). La théorie d'Everett Rogers explique comment une innovation, comme l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC, est progressivement adoptée au fil du temps (perspective de temporalité) au sein d'un système social. Ainsi, selon Rogers, le processus de diffusion n'est pas instantané : il nécessite du temps et un soutien adapté auprès des personnes concernées.

Cette théorie identifie cinq stades dans l'évolution de l'adoption d'une innovation par les personnes concernées, soit : 1) la connaissance, 2) la persuasion, 3) la décision, 4) mise en oeuvre et 5) la confirmation. Le Tableau 4 présente les cinq stades, accompagnés de leur définition ainsi que des besoins associés à chacun d'eux. Afin de faciliter la compréhension, des exemples inspirés du sujet à l'étude y sont également proposés.

Tableau 4 : Stades d'adoption selon Rogers (2003)

Connaissances (<i>Knowledge</i>)	La personne découvre l'innovation pour la première fois et cherche à comprendre son fonctionnement et son potentiel. - <i>Exemple</i> : Le personnel infirmier apprennent que leur rôle pourrait inclure la gestion de la DC, mais elles ne connaissent pas encore les détails des activités à réaliser.
Persuasion (<i>Persuasion</i>)	La personne évalue subjectivement l'innovation selon différentes caractéristiques (avantages, compatibilité, complexité, testabilité, observabilité), influencée par ses valeurs, ses croyances et son environnement. - <i>Exemple</i> : Le personnel infirmier reconnaissent les avantages potentiels de la gestion de la DC, mais s'interrogent sur leur formation et les ressources disponibles.
Décision (<i>Decision</i>)	Une décision est prise d'adopter ou de rejeter l'innovation. - <i>Exemple</i> : Le personnel infirmier participent à une formation ou commencent à expérimenter des outils spécifiques.
Mise en œuvre (<i>Implementation</i>)	L'innovation est intégrée dans la pratique quotidienne, nécessitant ajustements et soutien. - <i>Exemple</i> : Le personnel infirmier adoptent des guides de pratique et des outils de gestion de la douleur et ajustent leur pratique en fonction des retours des personnes soignées.
Confirmation (<i>Confirmation</i>)	L'adoption est consolidée ou abandonnée en fonction des résultats obtenus. - <i>Exemple</i> : Le personnel infirmier constatent des améliorations significatives auprès des personnes soignées, renforçant leur engagement envers ces pratiques.

Autrement dit, cette théorie montre que le changement commence par la valorisation de l'innovation et l'engagement des personnes concernées, tout en soulignant que des incitations systémiques et organisationnelles seront nécessaires à long terme pour assurer une intégration durable du changement (Rogers, 2003). Concrètement, dans cette thèse, ce cadre a été mobilisé pour situer où se trouve le personnel infirmier dans le processus d'adoption, en identifiant leur stade par rapport à l'intégration des activités infirmières en

gestion de la DC. Cette analyse permettait ensuite de disposer d'un repère utile pour estimer l'ampleur et la nature des stratégies à mettre en œuvre, en les adaptant aux besoins propres de chaque stade à franchir.

3. RÉSULTATS

Dans le troisième chapitre, deux articles (un accepté pour publication, l'autre soumis – en révision) et une section complémentaire sur les résultats mixtes sont présentés. L'article 1 expose les résultats de la phase quantitative, qui repose sur une méthode Delphi. L'article 2 présente quant à lui les résultats de la phase qualitative, basée sur une approche descriptive et interprétative. Enfin, la dernière section de ce chapitre présente l'intégration des résultats du devis mixte séquentiel explicatif, combinant les phases quantitative et qualitative.

3.1 Article 2 | Unleashing the Potential of Primary Care Nurses in Chronic Pain Management: A Delphi Study to Identify Priority Activities

Auteurs de l'article : Andréanne Bernier, inf., M. Sc., Marie-Eve Poitras, inf., Ph. D., Marie-Dominique Poirier, patiente partenaire, Sylvie Beaudoin, patiente partenaire, Anaïs Lacasse, Ph. D.

Statut de l'article : Accepté pour publication (mai 2025)

Bernier, A., Poitras, M. E., Poirier, M. D., Beaudoin, S., & Lacasse, A. (2025). Unleashing the Potential of Primary Care Nurses in Chronic Pain Management: A Delphi Study to Identify Priority Activities. *Pain Management Nursing*.

Contribution de la candidate

L'étudiante-chercheuse est la première auteure de cet article portant sur l'étude Delphi, soutenue par son équipe de direction et les deux patientes partenaires. Elle a rédigé le protocole de recherche, réalisé la collecte, ainsi que l'élaboration des outils nécessaires à l'étude, comme le matériel de recrutement et les questionnaires. Elle a assuré le recrutement du personnel infirmier et des personnes vivant avec de la DC. Elle a piloté les trois rondes de la méthode Delphi et a procédé à l'analyse des données de chaque ronde. Les directrices de recherche ont supervisé le processus et les patientes partenaires ont activement participé à l'ensemble des travaux. Les résultats ont été discutés et validés par l'ensemble de l'équipe (direction et patientes partenaires). La première auteure a rédigé la première version de l'article en anglais, puis a procédé à sa révision en tenant compte des commentaires de l'équipe de direction et des patientes partenaires.

RÉSUMÉ

La douleur chronique (DC) est une affection chronique des plus invalidante, avec un accès insuffisant aux soins primaires. Les activités infirmières dans ce domaine sont mal documentées, limitant l'utilisation optimale de cette expertise.

Objectif : Identifier les activités infirmières prioritaires en gestion de la DC en soins primaires.

Méthode : Une méthode Delphi en trois rondes a été menée auprès de personnel infirmier en soins primaires et de personnes vivant avec de la DC au Québec, Canada. À la première ronde ouverte, les participants ont suggéré des activités infirmières importantes pour la gestion de la DC. Lors des deux rondes suivantes, ces activités ont été évaluées à l'aide d'une échelle de Likert à 9 points, où celles évaluées à 7, 8 ou 9 par $\geq 75\%$ des participants étaient des priorités.

Résultats : Un total de 48 infirmières et infirmiers et 122 personnes vivant avec de la DC ont participé (n=170). Parmi les 47 activités infirmières issues de 1167 suggestions, 41 ont été priorisées à la dernière ronde selon quatre domaines : évaluation globale (n=15, 36,6 % de toutes les activités), gestion des soins (n=10, 24,4 %), promotion de la santé (n=7, 17,1 %) et collaboration interprofessionnelle (n=9, 22,0 %). Les trois plus prioritaires étaient : l'évaluation des dimensions de l'expérience douloureuse, le dépistage des troubles de l'humeur et l'établissement d'une alliance thérapeutique avec empathie.

Conclusion : Ces résultats pourraient orienter des directives cliniques sur la gestion de la DC axées sur les besoins des personnes et renforcer le rôle infirmier dans les soins primaires.

MOTS-CLÉS : douleur chronique, soins primaires, infirmière, soins infirmiers, partenariat-patient, personne ayant vécu l'expérience, activités, Delphi, priorités, enquête

ABSTRACT

Chronic pain (CP) is a major cause of global disability, with patients often reporting inadequate access to primary care. Relevant primary care nursing activities for CP management are poorly defined, limiting the effective use of nurses' competencies in managing chronic diseases.

Objective: This study aimed to identify and prioritize nursing activities for CP management.

Method: A three-round Delphi study was conducted among primary care nurses and individuals experiencing pain for over three months in Québec, Canada. In the first round, participants identified important nursing activities for CP management through open-ended questions. In the following two rounds, these activities were rated for importance using a 9-point Likert scale. Activities rated 7, 8, or 9 by $\geq 75\%$ of participants were considered priority activities.

Results: A total of 48 nurses and 122 patients participated ($n=170$) in the process. From 47 nursing activities derived from 1167 suggestions in the first round, 41 were prioritized by $\geq 75\%$ of participants in the final round. These activities were categorized into four domains: global assessment ($n=15$, 36.6% of all activities), care management ($n=10$, 24.4%), health promotion ($n=7$, 17.1%), and interprofessional collaboration ($n=9$, 22.0%). The top three activities were: assessing dimensions of pain experience, screening for mood disorder symptoms, and establishing a therapeutic alliance with an empathic approach.

Conclusion: Nurses and persons with lived experience identified a shared set of nursing activities for management of CP, aligning with usual care practices for chronic disease patients. These findings could inform clinical guidance on CP management and enhance the role of nurses in primary care settings.

KEYWORDS: chronic pain, primary care, nurse, nursing, patient engagement, person with lived experience, activities, Delphi, priorities, survey

BACKGROUND

Chronic pain (CP) is a significant public health concern with one in five Canadians affected (Steingrimsdóttir et al., 2017), resulting in an annual economic burden of \$38.3 to \$40.4 billion (Health Canada, 2020). Addressing CP involves a multimodal approach encompassing pharmacological, physical, and psychosocial interventions to improve the quality of life (Hylands-White et al., 2017). Primary care nurses have gained recognition for their roles in managing chronic diseases like diabetes and hypertension (Norful et al., 2017), conditions that frequently coexist with CP (Ferguson et al., 2020). This frequent comorbidity increases nurse-patient interactions, positioning nurses as pivotal in CP management.

Primary care nurses' role in CP management is under-documented despite their significant involvement in chronic disease care (Connell et al., 2022). While studies show the effectiveness of nurse-led CP programs (Becker et al., 2018; Connell et al., 2022; Courtenay & Carey, 2008), they often lack specific details on the nurses' actions, hindering their systematic implementation in clinical practice. Nurses are often inadequately equipped and left without sufficient support to integrate various CP management recommendations (International Association for the Study of Pain [IASP], 2018; Registered Nurses' Association of Ontario, 2013; Royal College of Nursing, 2023), highlighting the need for relevant and feasible clinical guidance that delineates essential nursing activities in primary care.

Few studies depict nursing practice in CP within primary care settings, with some showing low engagement in CP care. A study by Lukewich et al. (2015) revealed that only 5% of primary care nurses are actively involved in CP management activities. Similarly, research by Bergeron et al. (2015) found that a lack of knowledge and resources regarding nursing activities in CP management is a significant barrier, contributing to over 50% of primary care nurses being uninvolved in CP care. Those who do engage often limit their involvement to establishing therapeutic relationships, coordinating care with physicians, and providing patient education (Bergeron et al., 2015).

Given these challenges, this study aimed to identify and prioritize concrete nursing activities for CP management, integrating both patient and nurse perspectives. By clearly defining these activities, the study could inform clinical guidance, promote consistent CP management practices, and enhance the role of nurses in primary care settings. Ultimately, shared priorities between nurses and patients could increase the likelihood of these activities being integrated into routine practice. This is especially important in resource-limited settings, where prioritizing key activities can help optimize the use of available resources, leading to more efficient and effective responses to patient needs.

METHODS

Study Design

A Delphi method (Khodyakov et al., 2023) engaged primary care nurses and patients living with CP to identify and prioritize nursing activities for CP management, ensuring alignment with clinical practice and patient needs. This approach was particularly relevant as it allowed for structured, iterative feedback from diverse stakeholders, fostering consensus on the most important activities, while facilitating anonymous participation, systematic feedback, and opinion revision through iterative questionnaires (Dalkey & Helmer, 1963). The method facilitated collaboration among geographically dispersed participants (province-wide study), offered flexibility for busy clinicians, and minimized social pressures, promoting genuine and unbiased opinions across professional groups (Nasa et al., 2021). This article was written in accordance with the Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) (Jünger et al., 2017) and Delphi Critical Appraisal Tool (DCAT) (Khodyakov et al., 2023). The research team, including two patient partners, was involved in every step of the research, from formulating the questions to disseminating the findings (Pomey et al., 2019).

Study population and setting

Primary care nurses and patients living with CP were chosen as experts for their relevant experience. Primary care nurses typically hold a bachelor's degree and provide a range of services, including health promotion and chronic disease management (Canadian Family Practice Nurses Association [CFPNA], 2019). In Canada, primary care models vary

(Aggarwal et al., 2023), and in Quebec, Family Medicine Groups (FMGs) are the predominant structure, with 382 FMGs as of 2023 (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022, 2024). Nurse inclusion criteria for the study were (1) provincial registration and (2) employment in an FMG. This study aligns with patient-oriented research by addressing patient-identified priorities for improved outcomes (Canadian Institutes of Health Research, 2014). Inclusion criteria were (1) experiencing persistent or recurring pain for over three months (ICD-11 definition (Treede et al., 2019)) and 2) being registered in a Family Medicine Group.

Panel size and Recruitment

Before the questionnaire rounds, we established an initial participant pool. Since no standard exists for ideal Delphi sample sizes (Belton et al., 2019; Nasa et al., 2021), we aimed for a diverse panel with 50 nurses and 50 patients by the final round. Anticipating a 35% completion rate, we recruited at least 150 people per group to ensure sufficient participation across all rounds, based on expert recommendations (de Loë et al., 2016).

The initial participant pool was recruited from November 2023 to January 2024 using a multistrategy web-based method. To enhance participation, personalized invitations featuring unique graphics and multimedia, including the first author (a primary care nurse), research team members with the two patient partners were sent. Invitations for primary care nurses were sent via: 1) an email list of 1,501 registered nurses from the provincial professional association, 2) the Quebec Virtual Community of Practice for Family Medicine Group nurses (about 650 members), and 3) social media groups that agreed to share our invitation. Since we lacked exact numbers of eligible nurses, we could not calculate participation rates. For patients with CP, invitations went to 1,114 individuals from the 2019 COPE Cohort, who had consented to be contacted for future studies (Lacasse et al., 2021). This cohort is comparable to random samples of Canadians with CP regarding age, employment, education, and pain characteristics (Lacasse et al., 2021). Due to some patients not being in Family Medicine Groups, changing emails, or having passed away, we also could not determine exact participation rates for this group. Instead, we compared participants' profiles to representative samples of nurses and patients to assess external

validity. Following the initial invitation, we sent two reminders every two weeks through email and social media channels.

Ethics

The invitation included a URL to an introduction page with study objectives and selection criteria, followed by a request for electronic informed consent. Participants who agreed to be contacted by providing their email address formed the initial pool for the Delphi rounds. To increase participation, a \$100 CAD gift card was randomly awarded to participants in each round, as recommended in the literature (Belton et al., 2019). Ethics approval was obtained from the first author's university research ethics committee.

Questionnaires

We conducted a classical three-round Delphi process following the RAND Methodological Guidance for Delphi Panels (Khodyakov et al., 2023). We used REDCap® as the online platform, with questionnaires pilot-tested by two nurses, two health researchers, and two patients with CP external to the team to ensure clarity and a target completion time of 30 minutes (Dillman et al., 2014). Participants received email invitations with a link and instructions for each round, following a fixed schedule, while the same personalized design was used throughout to enhance engagement and reduce dropout rates (Dillman et al., 2014).

Delphi Round #1 - Identifying nursing activities and item generation

The initial draft of nursing activities for CP management was developed using a bottom-up approach, drawing on participants' expertise in primary care nursing and their experiences with the disease. To encompass the full scope of practice, we used Poitras et al. (2016) framework, which suggests four domains of nursing activities for the management of chronic diseases : 1) global assessment (that is assessing the patient's health status to elaborate on the nursing diagnosis), 2) care management (that is prioritizing care, coordinating follow-ups, and collaborating with patients and professionals on intervention plans), 3) health promotion (that is through education and support for self-management), and 4) interprofessional collaboration (that is the delivery of safe, high-quality care by involving patients in decision-making, addressing care-related issues with team members). Summary definitions and

examples were provided to the participants, explicitly avoiding references to hospital settings. Then, participants were asked, "What are the most important activities of Family Medicine Group nurses in helping patients manage chronic pain on a daily basis?" In free-text fields, participants were invited to suggest up to three key nursing activities for each domain. At the end of the questionnaire, participants also provided demographic information (age, gender, location, education), as well as health details for patients or primary care experience for nurses.

A content analysis, as recommended in Delphi studies (de Loë et al., 2016), was conducted to translate the participants' suggestions into specific nursing activities. All suggestions were transcribed into a single report by the first author, and each activity was coded based on nursing practice standards (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2016). These codes were then linked to relevant themes from the literature on family nursing (CFPNA, 2019; MSSS, 2019), CP management (Bergeron et al., 2014; Bova et al., 2023; Dworkin et al., 2008; Lukewich et al., 2015; Registered Nurses' Association of Ontario, 2013; Royal College of Nursing, 2023; Turk et al., 2008), chronic diseases (Lukewich et al., 2014; M.-E. Poitras et al., 2018), and interprofessional collaboration (Careau et al., 2015). The identified themes were subsequently converted into concrete nursing activities for CP management. The analysis was reviewed by a senior researcher and discussed with the research team, including the two patient partners.

Delphi Round #2 and #3 – Consensus on the importance of nursing activities

Two web-based rounds were conducted to reach consensus on nursing activities for CP management. Participants rated the activities on a 9-point Likert scale (1 = "absolutely unimportant"; 9 = "extremely important"), where scores of 7-9 were considered priority activities. An activity was excluded if less than 75% of respondents rated it ≥ 7 , either in the overall sample or specifically among patients (Diamond et al., 2014). This approach followed the RAND/UCLA method (Fitch et al., 2001) and prioritized patient-oriented research. In Round 3, participants re-rated activities based on group feedback, including mean scores and scores stratified by nurses and patients. Activities were presented by domain, ranked by overall mean importance, as suggested (Diamond et al., 2014).

Statistical Analysis

Participation proportions in each questionnaire round were shown in a flow diagram. Descriptive statistics, including means, standard deviations, and proportions, were used to characterize the nurse and patient populations. Changes in expert panel composition were also analyzed. For rounds 2 and 3, the proportion of participants rating nursing activities ≥ 7 , along with mean scores and standard deviations, were calculated and stratified by expert type. Top priority activities were identified based on highest proportions ($\geq 95\%$) and mean scores (≥ 8), stratified by gender. All analyses were conducted using SPSS® version 22.

RESULTS

Participants

Figure 1 shows participation and outputs of the questionnaire rounds in a flow diagram. The initial participant pool included 83 primary care nurses and 183 patients living with CP ($n = 266$), with 48 nurses and 122 patients ($n = 170$) participating in at least one round. The sociodemographic profiles of participants from rounds 1 and 2 are in **Supplemental digital content #1 and #2**, showing that the expert panel's characteristics remained stable across all three rounds. **Tables 1 and 2** provide the sociodemographic details of round 3 participants, who constitute the final Delphi expert panel of primary care nurses and patients living with CP. Nurses had a mean age of 42.8 ± 7.6 years (range: 28-60), mostly women (94.9%), and represented 13 of 17 administrative regions of the province. They varied in experience, pain training, and comfort with CP management. Patients had a mean age of 57.5 ± 11.1 years, mostly women (87.1%), with 77.4% holding a post-secondary diploma and 20.4% employed. The sample included patients from 13 of 17 regions of the province, most living with CP for over 10 years (74.3%), with an average pain intensity of 5.6 ± 2.0 over the last week.

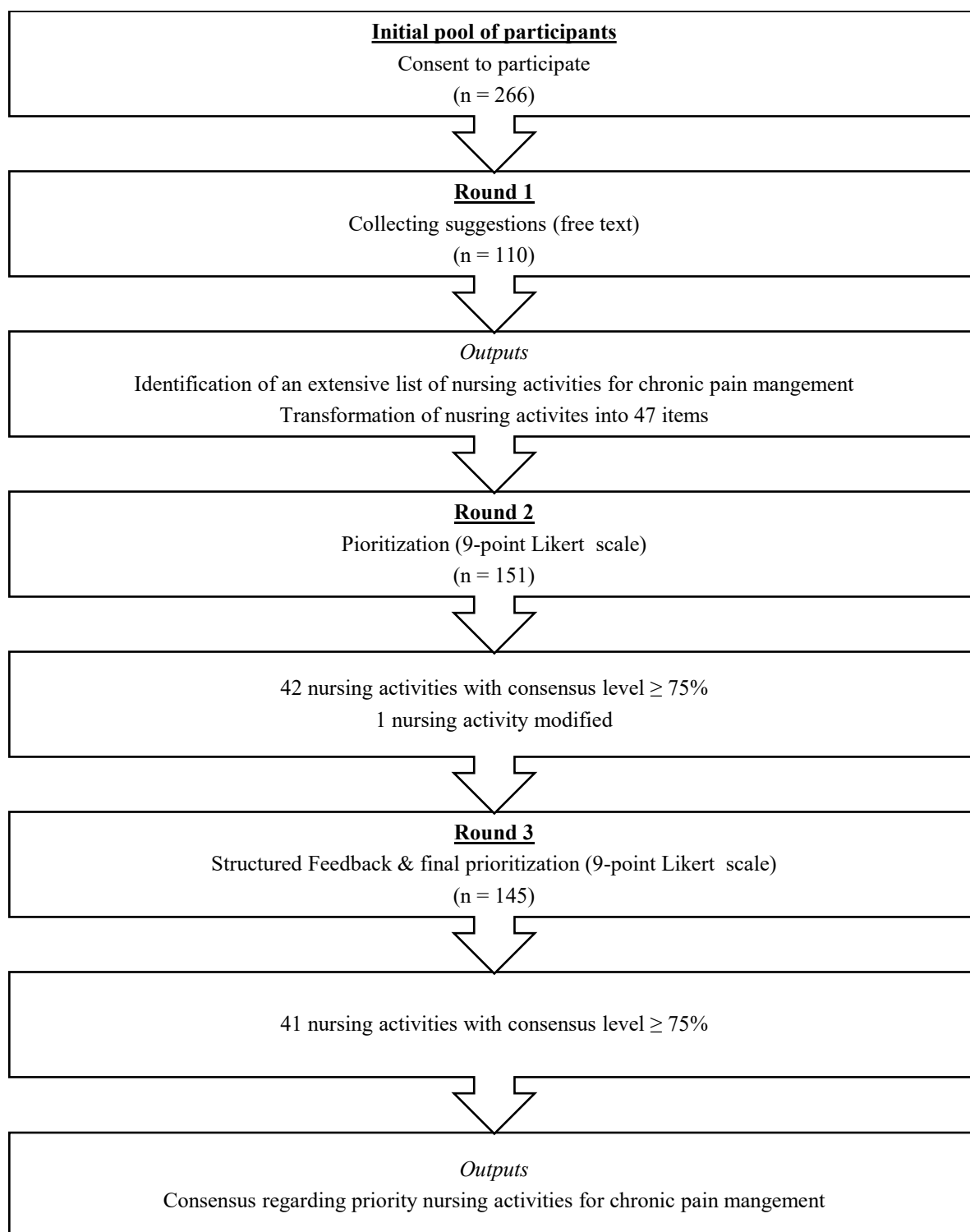


Figure 1. Delphi Flow Diagram

Supplemental digital content #1. Sociodemographic Details of the Delphi Expert Panel of Primary Care Nurses.

	Primary care nurses		
	Round 1	Round 2	Round 3
n (%)	39 (35.5)	40 (26.5)	39 (26.9)
Age (years)	<i>n</i> = 37*	<i>n</i> = 38*	<i>n</i> = 37*
mean ± SD (range)	42.2 ± 7.6 (30-60)	42.2 ± 7.7 (26-60)	42.8 ± 7.6 (28-60)
Self-identified gender, n(%)	<i>n</i> = 38*	<i>n</i> = 40	<i>n</i> = 39
Woman	37 (97.4)	38 (95)	37 (94.9)
Man	1 (2.6)	2 (5)	2 (5.1)
Nonbinary	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Region, n(%)	<i>n</i> = 38*	<i>n</i> = 40	<i>n</i> = 39
Urban	24 (63.2)	23 (57.5)	24 (61.5)
Remote	14 (36.8)	17 (42.5)	15 (38.5)
Diploma, n(%)	<i>n</i> = 38*	<i>n</i> = 40	<i>n</i> = 39
Baccalaureate	31 (81.6)	33 (82.5)	34 (87.2)
Master	7 (18.4)	7 (17.5)	5 (12.8)
Employed, n(%)	<i>n</i> = 38*	<i>n</i> = 40	<i>n</i> = 39
Full-time	29 (76.3)	32 (80.0)	31 (79.5)
Part-time	9 (23.6)	8 (20.0)	8 (20.6)
Experience (years)			
Nursing	<i>n</i> = 38*	<i>n</i> = 40	<i>n</i> = 39
mean ± SD (range)	19.5 ± 7.1 (7-37)	18.9 ± 7.1 (4-37)	19.4 ± 7.2 (6-37)
Family Medicine Group	<i>n</i> = 36*	<i>n</i> = 38*	<i>n</i> = 38*
mean ± SD (range)	9.2 ± 6.0 (1-20)	8.7 ± 5.5 (1-19)	8.8 ± 5.6 (1-20)

Chronic pain management			
Pain training undergraduate (hours) mean $\pm$ SD (range)	<i>n</i> = 23* 22.1 $\pm$ 20.5 (0-60)	<i>n</i> = 26* 21.6 $\pm$ 20.1 (0-60)	<i>n</i> = 25* 22.8 $\pm$ 19.7 (0-60)
Pain training post-graduated (hours) mean $\pm$ SD (range)	<i>n</i> = 36* 0.6 $\pm$ 2.6 (0-15)	<i>n</i> = 38* 0.7 $\pm$ 2.5 (0-15)	<i>n</i> = 38* 0.7 $\pm$ 2.5 (0-15)
% patient living with CP followed in the past 7 days, mean $\pm$ SD (range)	<i>n</i> = 34* 27.2 $\pm$ 20.2 (1-80)	<i>n</i> = 36* 30.8 $\pm$ 19.8 (5-80)	<i>n</i> = 36* 28.7 $\pm$ 19.8 (1-80)
Comfort level with CP management (0- 10), mean $\pm$ SD (range)	<i>n</i> = 34* 4.3 $\pm$ 2.1 (1-8)	<i>n</i> = 35* 4.4 $\pm$ 2.1 (1-8)	<i>n</i> = 34* 4.3 $\pm$ 2.0 (1-8)
Living personally with CP n(%)	<i>n</i> = 38* 13 (34.2)	<i>n</i> = 40 14 (35.0)	<i>n</i> = 39 14 (35.6)
Having loved ones living with CP n(%)	<i>n</i> = 38* 19 (50.0)	<i>n</i> = 40 22 (55.0)	<i>n</i> = 39 20 (51.3)

*Missing data

**Remote resource regions as defined by Revenu Quebec (i.e., the provincial revenue agency): Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Non-remote regions are near a major urban center.

CP: Chronic pain

SD: Standard deviation

Supplemental digital content #2. Sociodemographic Details of the Delphi Expert Panel of Patients Living with Chronic Pain.

	Patients living with CP		
	Round 1	Round 2	Round 3
n (%)	71 (64.5)	111 (73.5)	106 (73.1)
Age (years)	<i>n</i> = 61*	<i>n</i> = 91*	<i>n</i> = 83*
mean ± SD (range)	55.0 ± 11.5 (29-80)	56.7 ± 11.2 (31-82)	57.5 ± 11.1 (31-82)
Self-identified gender, n(%)	<i>n</i> = 70*	<i>n</i> = 102*	<i>n</i> = 93*
Woman	64 (91.4)	90 (88.2)	81 (87.1)
Man	6 (8.6)	11 (10.8)	11 (11.8)
Nonbinary	0 (0)	1 (1.0)	1 (1.0)
Region, n(%)	<i>n</i> = 70*	<i>n</i> = 102*	<i>n</i> = 93*
Urban	65 (92.9)	90 (88.2)	81 (87.1)
Remote	5 (7.1)	12 (11.8)	12 (12.9)
Diploma, n(%)	<i>n</i> = 70*	<i>n</i> = 102*	<i>n</i> = 93*
Secondary / professional	10 (14.3)	22 (21.6)	21 (22.6)
Postsecondary	60 (85.7)	80 (78.4)	72 (77.4)
Employed, n(%)	<i>n</i> = 70*	<i>n</i> = 102*	<i>n</i> = 93*
Yes	18 (25.7)	22 (21.6)	19 (20.4)
Other	52 (74.3)	80 (78.4)	74 (79.6)
Perceived health, n(%)	<i>n</i> = 70*	<i>n</i> = 101*	<i>n</i> = 92*
Very good	7 (10.0)	10 (9.9)	9 (9.8)
Good	32 (45.7)	47 (46.5)	44 (47.8)
Fair	28 (40.0)	41 (40.6)	37 (40.2)
Poor	3 (4.3)	3 (3.0)	2 (2.2)
Pain characteristics			
Pain duration >10 years n(%)	<i>n</i> = 70* 52 (74.3)	<i>n</i> = 101* 71 (70.3)	<i>n</i> = 92* 63 (68.5)

Worst pain intensity in the past 7 days (0–10), mean $\pm$ SD (range)	<i>n</i> = 70* 7.1 $\pm$ 1.7 (3-10)	<i>n</i> = 108* 6.9 $\pm$ 1.7 (3-10)	<i>n</i> = 98* 6.9 $\pm$ 1.7 (3-10)
Average pain intensity in the past 7 days (0–10), mean $\pm$ SD (range)	<i>n</i> = 69* 5.1 $\pm$ 1.7 (1-9)	<i>n</i> = 107* 5.6 $\pm$ 2.0 (1-9)	<i>n</i> = 97* 5.6 $\pm$ 2.0 (1-10)
Pain interference Brief Pain Inventory score (0–10), mean $\pm$ SD (range)	<i>n</i> = 61* 4.8 $\pm$ 2.1 (0.4-9.0)	<i>n</i> = 97* 4.9 $\pm$ 2.0 (0.4-9.0)	<i>n</i> = 88* 4.9 $\pm$ 2.0 (0.4-9.0)
Pain management			
Access to a primary care nurse n(%)	<i>n</i> = 70* 3 (4.2)	<i>n</i> = 101* 3 (3.0)	<i>n</i> = 92* 3 (3.3)
Use of prescribed pain medications n(%)	<i>n</i> = 70* 57 (81.4)	<i>n</i> = 101* 86 (85.1)	<i>n</i> = 192* 79 (85.9)
Use of over-the counter pain medications, n(%)	<i>n</i> = 70* 51 (72.9)	<i>n</i> = 101* 73 (72.3)	<i>n</i> = 92* 70 (76.1)
Use of non-pharmacological pain treatments, n(%)	<i>n</i> = 70* 70 (100)	<i>n</i> = 101* 101 (100.0)	<i>n</i> = 92* 92 (100.0)

*Missing data

**Remote resource regions as defined by Revenu Quebec (i.e., the provincial revenue agency): Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Non-remote regions are near a major urban center.

SD: Standard deviation

Table 1. Sociodemographic profile of Primary Care Nurses from Round 3 (n = 39)

Characteristics	Round 3
n (%)	39 (26.9)
Age (years) mean $\pm$ SD (range)*	42.8 $\pm$ 7.6 (28-60)
Self-identified gender, n(%) Woman Man Nonbinary	37 (94.9) 2 (5.1) 0 (0)
Region, n(%) Urban Remote**	24 (61.5) 15 (38.5)
Diploma, n(%) Baccalaureate Master	34 (87.2) 5 (12.8)
Employed, n(%) Full-time Part-time	31 (79.5) 8 (20.6)
Experience (years)	
Nursing mean $\pm$ SD (range)	19.4 $\pm$ 7.2 (6-37)
Family Medicine Group mean $\pm$ SD (range)*	8.8 $\pm$ 5.6 (1-20)
Chronic pain management	
Pain training undergraduate (hours) mean $\pm$ SD (range) <i>I don't know, n(%)</i>	22.8 $\pm$ 19.7 (0-60) 14 (35.9)
Pain training post-graduated (hours) mean $\pm$ SD (range)*	0.7 $\pm$ 2.5 (0-15)
% patient living with CP followed in the past 7 days	28.7 $\pm$ 19.8

mean $\pm$ SD (range)*	(1-80)
Comfort level with CP management (0-10)	4.3 $\pm$ 2.0
mean $\pm$ SD (range)*	(1-8)
Living personally with CP, n(%)	14 (35.6)
Having loved ones living with CP, n(%)	20 (51.3)

* For these variables, the amount of missing data n(%) ranged from 1(2.6%) and 5(12.8%).

**Remote resource regions as defined by Revenu Quebec (i.e., the provincial revenue agency): Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Non-remote regions are near a major urban center.

CP: Chronic pain

SD: Standard deviation

Table 2. Sociodemographic profile of Patients Living with Chronic Pain from Round 3 (n = 106)

Characteristics	Round 3
n (%)	106 (73.1)
Age (years)* mean $\pm$ SD (range)	57.5 $\pm$ 11.1 (31-82)
Self-identified gender, n(%)* Woman Man Nonbinary	81 (87.1) 11 (11.8) 1 (1.0)
Region, n(%) * Urban Remote**	81 (87.1) 12 (12.9)
Diploma, n(%)* Secondary / professional Postsecondary	21 (22.6) 72 (77.4)
Employed, n(%)* Yes Other	19 (20.4) 74 (79.6)
Perceived health, n(%)* Very good Good Fair Poor	9 (9.8) 44 (47.8) 37 (40.2) 2 (2.2)
Pain characteristics	
Pain duration >10 years n(%)*	63 (68.5)
Worst pain intensity in the past 7 days (0–10), mean $\pm$ SD (range)*	6.9 $\pm$ 1.7 (3-10)
Average pain intensity in the past 7 days (0–10) mean $\pm$ SD (range)*	5.6 $\pm$ 2.0 (1-10)

Pain interference Brief Pain Inventory score (0–10) mean $\pm$ SD (range)*	4.9 $\pm$ 2.0 (0.4-9.0)
Pain management	
Access to a primary care nurse, n(%)*	3 (3.3)
Use of prescribed pain medications, n(%)*	79 (85.9)
Use of over-the counter pain medications, n(%)*	70 (76.1)
Use of non-pharmacological pain treatments, n(%)*	92 (100.0)

* For these variables, the amount of missing data n(%) ranged from 8(7.5%) to 14(13.2%), except for age, which had 23(21.7%) missing values, and for Brief Pain Inventory score, which had 18(17.0%) missing values.

**Remote resource regions as defined by Revenu Quebec (i.e., the provincial revenue agency): Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Non-remote regions are near a major urban center.

SD: Standard deviation

Round 1

In the first round, 110/266 participants responded, achieving a 41.4% response rate [39/83 (47.0%) nurses; 71/183 (38.8%) patients]. This round generated 1167 nursing activity suggestions, ranging from specific CP intervention ("Asking for a rundown on how pain messes with daily life, making sure to really get what the pain's like and how it messes with the person's day-to-day stuff" [patient living with CP]) to broader chronic disease management tasks ("Refer to local community services and health centre if need help with daily activities. Work with social workers for referrals to support groups for people living with chronic diseases as needed" [primary care nurse]). Some suggestions, such as specialist referrals or prescribing analgesics, fell outside primary care nursing. Therefore, activities were adjusted to reflect nurses' roles within their scope of practice, such as discussing care plans with the family physician. After content analysis, 47 relevant nursing activities were categorized according to the four domains of the Poitras et al. (2016) framework: global assessment (n = 17, 36.2%), care management (n = 10, 21.3%), health promotion (n = 9,

19.1%), and interprofessional collaboration (n = 11, 23.4%). The full list is available (in French) in **Supplemental digital content #3**.

Supplemental digital content #3. List of nursing activities developed through round 1 (in French)

Global assessment
1. L'infirmière procède à un dépistage pour déterminer la présence de douleur chronique.
2. L'infirmière s'assure de consulter le dossier pour bien comprendre la situation de santé de la personne en commençant son évaluation.
3. L'infirmière évalue toutes les dimensions de l'expérience douloureuse : la cause ou ce qui provoque la douleur, l'intensité de la douleur en fonction des moments de la journée/de la semaine, la description des caractéristiques (ex. aspect désagréable, la fréquence) de la douleur et le ou les sites de douleur.
4. L'infirmière évalue la douleur avec des outils validés (ex. échelle 0-10, schéma corporel, échelle d'interférence avec la vie quotidienne, etc.).
5. L'infirmière effectue un examen physique de la personne.
6. L'infirmière évalue comment ça se passe dans les activités du quotidien (ex. ménage, pelleter, faire les achats, etc.).
7. L'infirmière évalue comment ça se passe au travail (ex. productivité, absences, invalidité, etc.).
8. L'infirmière évalue comment ça se passe dans les relations sociales (ex. isolement, conflits, sorties, etc.).
9. L'infirmière évalue comment ça se passe au niveau de la concentration, la mémoire, etc.
10. L'infirmière s'assure d'avoir une vision globale de la santé de la personne, incluant ses autres maladies connues tant physiques que psychologiques.
11. L'infirmière évalue la présence des signes et de symptômes associés à des troubles de l'humeur (ex. dépression, anxiété, risque de suicide, etc.).

12. L'infirmière évalue les interactions entre les habitudes de vie de la personne et la douleur (ex. alimentation, activité physique, tabagisme, alcool, drogues récréatives).
13. L'infirmière évalue comment ça se passe au niveau du sommeil (ex. insomnie, énergie, routine de sommeil, etc.).
14. L'infirmière évalue le réseau de soutien de la personne (ex. proches aidants, famille, amis, collègues, etc.).
15. L'infirmière évalue les ressources et les barrières de la personne pour sa santé (ex. niveau d'éducation, assurances privées, fardeau financier, etc.).
16. L'infirmière détaille les traitements* actuellement utilisés, leur fréquence d'utilisation et leur efficacité ou leur niveau de soulagement, ainsi que les professionnels de la santé consultés en ce moment. *Incluant les traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques.
17. L'infirmière détaille les traitements* tentés dans le passé et les raisons d'abandon, ainsi que les professionnels de la santé déjà rencontrés. *Incluant les traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques.
Care management
18. L'infirmière évalue la satisfaction de la personne à l'égard de ses soins et ses attentes envers les professionnels de la santé.
19. L'infirmière aide la personne à identifier ses besoins de gestion de la douleur et à cibler des objectifs réalistes et personnalisés tout en respectant son rythme de changement.
20. L'infirmière aide à organiser un plan de soins (interventions et moyens) à partir des objectifs de la personne.
21. L'infirmière soutient la gestion et l'ajustement des médicaments en collaboration avec la pharmacie communautaire ou en GMF, ainsi que le médecin de famille ou les spécialistes impliqués.
22. L'infirmière soutient la gestion des effets secondaires et indésirables des médicaments en collaboration avec la pharmacie communautaire ou en GMF.

23. L'infirmière fait une référence auprès d'un autre professionnel de la santé en GMF (ex. pharmacie GMF, nutrition, travail social) ou recommande un traitement alternatif de soulagement de la douleur (ex. massothérapie).
24. L'infirmière oriente la personne vers des ressources communautaires, des associations ou des outils disponibles pour la gestion de la douleur.
25. L'infirmière organise des suivis adaptés (ex. fréquence des rencontres, moyen de se parler) aux besoins ou aux capacités de la personne.
26. L'infirmière assure le suivi nécessaire auprès de la personne (ex. retour de consultation, résultats des tests, changement de prescription, etc.) et s'assure que l'information a été bien comprise et répond aux questions au besoin.
27. L'infirmière aide à la coordination des soins dans les services publics (ex. CLSC, cliniques de la douleur) et privés (ex. pharmacie communautaire, physiothérapie, psychologie).
Health promotion
28. L'infirmière discute, dans un langage accessible, du phénomène de la douleur, des symptômes associés et de la chronicité de cette condition.
29. L'infirmière discute des facteurs qui influencent ou des éléments aggravants/déclencheurs associés à la douleur.
30. L'infirmière donne des conseils sur l'éventail des traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques de soulagement de la douleur.
31. L'infirmière soutient l'intégration des traitements physiques et psychologiques dans le quotidien (ex. exercice, chaud-froid, méditation, respiration et autres stratégies d'autogestion).
32. L'infirmière aide la personne à trouver une façon ou une méthode de prendre des notes sur son bien-être ou les signes et symptômes ressentis afin de faciliter le suivi entre les rendez-vous.
33. L'infirmière donne des conseils sur les stratégies pour optimiser des habitudes de vie qui exercent une influence sur la douleur.

34. L'infirmière aide à augmenter la motivation de la personne face à sa condition pour favoriser la réussite des changements (auto-efficacité, autonomisation, empowerment [donner du pouvoir], préparation au changement).
35. L'infirmière aide la personne à verbaliser ses deuils et discute de l'identité de soi, ainsi que de l'acceptation face à sa condition chronique.
36. L'infirmière établit un plan d'action ou un plan d'urgence pour les situations où la douleur augmente pour aider la personne à "consulter au bon moment, le bon professionnel, au bon endroit".
Interprofessional collaboration
37. L'infirmière fait preuve d'empathie (écoute, bienveillance, sans jugement ni infantilisation) pour établir une alliance thérapeutique avec la personne (partenariat mutuel de confiance entre la personne et le professionnel dans le but d'accomplir les objectifs fixés).
38. L'infirmière aide la personne à occuper son rôle en tant que partenaire de soins et expert de sa condition.
39. L'infirmière s'assure d'inclure la personne dans les décisions sur ses soins en tenant compte de sa situation de vie, de ses attentes, de ses préférences culturelles et de ses valeurs.
40. L'infirmière explique son rôle professionnel et l'étendue de ce rôle dans le soutien à la gestion de la douleur.
41. L'infirmière explique le rôle des autres intervenants reconnus comme des professionnels clefs de la gestion de la douleur (médecins, physiothérapeutes, psychologues et autres intervenants psychosociaux, pharmaciens, etc.).
42. L'infirmière s'assure d'écrire les informations de santé et ses évaluations de façon claire pour les autres professionnels de la santé.
43. L'infirmière discute avec le médecin de famille en ce qui concerne des traitements prescrits (ex. médicaments, examens, etc.) ou des références médicales (ex. médecins spécialistes, clinique de la douleur).
44. L'infirmière est soucieuse de partager l'information nécessaire, sans jugement, en tenant compte du respect de la confidentialité de la personne.

45. L'infirmière contribue, avec les autres professionnels de la santé impliqués, à établir des moyens/mécanismes de partager l'information pertinente pour les soins de la personne.
46. L'infirmière contribue à soulever les problèmes pouvant entraver les soins et les services pour la personne.
47. L'infirmière participe à des activités de formation continue en matière de gestion de la douleur chronique.

Round 2

In Round 2, 151/266 participants responded, achieving a 56.8% response rate [40/83 (48.2%) nurses, 111/183 (60.7%) patients]. Stability was high, with 32/39 nurses (82.1%) and 66/71 patients (93.0%) participating again. The overall attrition rate was 10.9% (12 out of 110). Most nursing activities were rated as important (7-9) by $\geq 75\%$ of participants (**Supplemental digital content #4**). Activities without consensus included "Conducting physical exam" (61.3%), "Addressing grief, loss, self-identity, and acceptance related to CP" (74.8%), "Explaining role of key healthcare professionals in CP." (72.2%), and "Assisting in resolving care barriers" (74%). Based on feedback from patient partners regarding its perceived burden, the item "Asking to monitor pain levels and associated signs and symptoms for easier management" was revised by "Helping the person track their well-being or symptoms to guide follow-ups" due to differing ratings between nurses (77.5%) and patients (48.0%). Detailed feedback is in **Supplemental digital content #5**.

Supplemental digital content #4. Consensus on % Agreement and Mean Score Level of Importance of Nursing Activities for Chronic Pain Management.

	Round 2						Round 3					
	Nurses n = 40		Patients n = 111		Both n = 151		Nurses n = 39		Patients n = 106		Both n = 145	
	≥7 score n (%)	Mean score ± SD	≥7 score n (%)	Mean score ± SD	≥7 score n (%)	Mean score ± SD	≥7 score n (%)	Mean score ± SD	≥7 score n (%)	Mean score ± SD	≥7 score n (%)	Mean score ± SD
Global assessment												
1. Screening for CP.	23 (57.5)	7.1 ± 1.4	95 (85.6)	7.9 ± 1.4	118 (78.1)	7.6 ± 1.4	30 (76.9)	7.0 ± 0.8	79 (74.5)	7.2 ± 1.3	109 (75.2)	7.1 ± 1.2
2. Reviewing patient records to understand health status.	36 (90.0)	8.1 ± 1.1	104 (93.7)	8.3 ± 0.9	140 (92.7)	8.2 ± 1.0	38 (97.4)	8.1 ± 0.8	103 (97.2)	8.3 ± 0.8	141 (97.2)	8.2 ± 0.8
3. Assessing pain: cause, intensity, type, frequency, etc.	39 (97.5)	8.4 ± 0.7	106 (95.5)	8.2 ± 0.8	145 (96.0)	8.3 ± 0.8	39 (100.0)	8.6 ± 0.5	105 (99.1)	8.4 ± 0.7	144 (99.3)	8.4 ± 0.6
4. Using validated tools: 0-10 scale,	35 (87.5)	7.9 ± 1.4	96 (86.5)	7.8 ± 1.2	131 (86.8)	7.8 ± 1.3	33 (84.6)	7.3 ± 0.9	85 (80.2)	7.3 ± 1.1	118 (81.4)	7.3 ± 1.1

interference scale, etc.												
5. Conducting physical exam.	25 (62.5)	7.0 ± 1.4	67 (60.9)*	6.8 ± 1.9	92 (61.3)*	6.9 ± 1.8						
6. Assessing pain's impact on daily tasks: housekeeping, driving, etc.	40 (100.0)	8.3 ± 0.8	101 (91.0)	8.0 ± 0.9	141 (93.4)	8.1 ± 0.9	39 (100)	8.2 ± 0.5	102 (96.2)	8.1 ± 0.8	141 (97.2)	8.1 ± 0.7
7. Assessing pain's impact on work: productivity, disability, etc.	38 (95.0)	7.9 ± 0.9	99 (89.2)	7.8 ± 1.0	137 (90.7)	7.9 ± 1.0	37 (94.9)	7.9 ± 0.7	97 (91.5)	7.7 ± 1.0	134 (92.4)	7.7 ± 0.9
8. Assessing pain's impact on social life: isolation, outings, etc.	39 (97.5)	8.1 ± 0.8	102 (91.9)	8.2 ± 1.0	141 (93.4)	8.2 ± 0.9	39 (100)	7.8 ± 0.7	98 (92.5)	7.9 ± 1.0	137 (94.5)	7.9 ± 0.9
9. Assessing pain's impact on concentration, memory, cognitive impairment, etc.	37 (92.5)	7.7 ± 0.9	99 (89.2)	7.9 ± 1.1	136 (90.1)	7.8 ± 1.1	35 (89.7)	7.5 ± 0.9	98 (92.5)	7.7 ± 0.9	133 (91.7)	7.7 ± 0.9

10. Assessing pain's interaction with other physical / psychological conditions.	40 (100)	8.1 ± 0.8	105 (94.6)	8.2 ± 1.0	145 (96.0)	8.2 ± 0.9	38 (97.4)	7.9 ± 0.7	105 (99.1)	8.2 ± 0.7	143 (98.6)	8.1 ± 0.7
11. Screening for mood disorders: depression, anxiety, suicide risk, etc.	40 (100)	8.3 ± 0.7	105 (94.6)	8.4 ± 1.0	145 (96.0)	8.4 ± 0.9	38 (97.4)	8.2 ± 0.7	103 (97.2)	8.3 ± 0.8	141 (97.2)	8.3 ± 0.7
12. Assessing pain's interaction with lifestyle habits: diet, activity, smoking, alcohol, drugs, etc.	40 (100)	8.2 ± 0.8	101 (91)	8.0 ± 1.1	141 (93.4)	8.0 ± 1.0	37 (94.9)	7.9 ± 0.8	98 (93.3)*	7.7 ± 0.9	135 (93.8)*	7.8 ± 0.8
13. Assessing pain's impact on sleep: energy level, sleep routine, etc.	38 (95.0)	8.2 ± 0.8	101 (91.8)*	8.1 ± 1.0	139 (92.7)*	8.2 ± 1.0	38 (97.4)	8.1 ± 0.7	102 (96.2)	8.2 ± 0.7	140 (96.6)	8.2 ± 0.7
14. Assessing support network:	34 (85.0)	7.7 ± 1.0	93 (83.8)	7.6 ± 1.2	127 (84.1)	7.6 ± 1.1	34 (87.2)	7.4 ± 0.8	93 (87.7)	7.5 ± 0.9	127 (87.6)	7.4 ± 0.9

18. Identifying care satisfaction and expectations.	34 (85.0)	7.7 ± 1.2	93 (84.5)*	7.6 ± 1.2	127 (84.7)*	7.6 ± 1.2	34 (87.2)	7.2 ± 0.7	92 (86.8)	7.4 ± 0.9	126 (86.9)	7.3 ± 0.9
19. Identifying pain management needs and setting realistic goals at the individual's pace	38 (95.0)	7.9 ± 1.0	93 (84.5)*	7.8 ± 1.1	131 (87.3)*	7.8 ± 1.1	35 (89.7)	7.6 ± 1.0	101 (96.2)*	7.7 ± 0.7	136 (94.4)*	7.7 ± 0.8
20. Establishing a pain management plan based on individual goals and strategies.	34 (87.2)*	7.5 ± 1.1	90 (81.1)	7.6 ± 1.2	124 (82.7)*	7.6 ± 1.2	31 (79.5)	7.1 ± 1.0	89 (84.0)	7.4 ± 1.0	120 (82.8)	7.3 ± 1.0
21. Managing medication adjustments with pharmacies and physicians.	34 (85.0)	7.8 ± 1.0	101 (91.0)	8.0 ± 1.0	135 (89.4)	7.9 ± 1.0	32 (82.1)	7.2 ± 1.0	99 (93.4)	7.9 ± 0.8	131 (90.3)	7.7 ± 0.9
22. Managing medication side effects with	33 (82.5)	7.8 ± 1.1	97 (87.4)	7.9 ± 1.2	130 (86.1)	7.9 ± 1.2	32 (82.1)	7.3 ± 1.0	98 (92.5)	7.8 ± 0.9	130 (89.7)	7.7 ± 0.9

pharmacies and physicians.												
23. Referring to other health services or allied professionals, including non-FMG-dispensed options (e.g., social work, massage therapy).	38 (95.0)	8.0 ± 0.9	99 (89.2)	7.9 ± 1.1	137 (90.7)	7.9 ± 1.1	38 (97.4)	7.7 ± 0.8	97 (91.5)	7.7 ± 0.9	135 (93.1)	7.7 ± 0.9
24. Referring to community resources, associations, or pain management tools.	32 (80.0)	7.5 ± 1.2	82 (73.9)	7.4 ± 1.4	114 (75.5)	7.4 ± 1.3	34 (87.2)	7.3 ± 0.8	90 (84.9)	7.5 ± 1.0	124 (85.5)	7.4 ± 0.9
25. Organizing follow-ups based on pain condition: meeting frequency,	34 (85.0)	7.5 ± 1.1	98 (88.3)	7.7 ± 1.1	132 (87.4)	7.7 ± 1.1	35 (89.7)	7.4 ± 0.8	93 (87.7)	7.4 ± 0.9	128 (88.3)	7.4 ± 0.9

28. Explaining pain, its symptoms, and chronicity in simple terms.	36 (90.0)	7.9 ± 0.9	91 (82.0)	7.7 ± 1.2	127 (84.1)	7.7 ± 1.2	37 (94.9)	7.7 ± 0.8	87 (82.9)*	7.4 ± 1.0	124 (86.1)*	7.5 ± 0.9
29. Discussing pain risk factors and triggers.	37 (92.5)	8.1 ± 0.9	95 (85.6)	7.7 ± 1.2	132 (87.4)	7.8 ± 1.1	39 (100)	7.9 ± 0.6	98 (92.5)	7.7 ± 0.9	137 (94.5)	7.8 ± 0.8
30. Advising on pain relief treatments[†].	35 (89.7)*	7.8 ± 1.0	97 (87.4)	7.8 ± 1.1	132 (88.0)*	7.8 ± 1.1	35 (89.7)	7.6 ± 0.9	99 (93.4)	7.7 ± 0.8	134 (92.4)	7.7 ± 0.8
31. Teaching integration of pain relief treatments[†] into daily life.	35 (89.7)*	7.7 ± 1.0	93 (83.8)	7.8 ± 1.2	128 (85.3)*	7.8 ± 1.2	35 (92.1)*	7.5 ± 0.9	90 (84.9)	7.4 ± 1.0	125 (86.8)*	7.4 ± 1.0
32. Helping the person track their well-being or symptoms to guide follow-ups.	31 (77.5)	7.4 ± 1.3	72 (48.0)*	6.9 ± 1.5	103 (68.7)*	7.0 ± 1.5	32 (82.1)	7.2 ± 0.9	72 (68.6)*	6.8 ± 1.1	104 (72.2)*	6.9 ± 1.0
33. Advising on strategies to improve lifestyle	35 (87.5)	7.7 ± 1.0	91 (82.0)	7.5 ± 1.2	126 (83.4)	7.5 ± 1.1	37 (94.9)	7.7 ± 0.8	92 (86.8)	7.3 ± 1.0	129 (89.0)	7.4 ± 1.0

habits influencing pain.												
34. Increasing motivation for pain management to encourage changes: self-efficacy, empowerment, and readiness.	34 (85.0)	7.9 ± 1.2	83 (74.8)	7.4 ± 1.3	117 (77.5)	7.5 ±1.3	36 (92.3)	7.5 ± 0.8	90 (84.9)	7.3 ± 0.9	126 (86.9)	7.4 ± 0.8
35. Addressing grief, loss, self-identity, and acceptance related to CP.	30 (75.0)	7.4 ± 1.3	83 (74.8)	7.5 ± 1.3	113 (74.8)	7.5 ± 1.3						
36. Creating an action plan for managing uncontrolled pain (when to call or consult HCP).	32 (82.1)*	7.5 ± 1.3	99 (89.2)	7.9 ± 1.2	131 (87.3)*	7.8 ± 1.2	37 (94.9)	7.5 ± 0.8	94 (90.4) **	7.7 ± 1.0	131 (91.6) **	7.7 ± 0.9
Interprofessional collaboration												
37. Establish a therapeutic	37 (92.5)	8.3 ± 1.0	107 (96.4)	8.3 ± 0.9	144 (83.4)	8.3 ± 0.9	38 (97.4)	8.3 ± 0.8	104 (98.1)	8.4 ± 0.8	142 (97.9)	8.4 ± 0.8

alliance with an empathetic, non-judgmental approach.												
38. Empowering the patient to actively participate in their care (expert).	38 (95.0)	8.1 ± 0.9	99 (89.2)	7.9 ± 1.1	137 (90.7)	8.0 ± 1.0	38 (97.4)	7.7 ± 0.8	95 (89.6)	7.7 ± 0.9	133 (91.7)	7.7 ± 0.8
39. Involving the person in shared decision-making, considering life situation, culture, and values.	36 (90.0)	8.1 ± 1.0	97 (88.2)*	7.8 ± 1.1	133 (88.7)*	7.9 ± 1.1	39 (100)	7.9 ± 0.7	102 (96.2)	8.0 ± 0.9	141 (97.2)	8.0 ± 0.9
40. Explaining the nurse's role and activities in supporting CP.	34 (87.2)*	7.6 ± 1.1	84 (75.7)*	7.3 ± 1.2	118 (78.7)*	7.4 ± 1.2	36 (92.3)	7.3 ± 0.8	81 (84.9)	7.3 ± 1.0	127 (87.6)	7.3 ± 0.9
41. Explaining roles of key HCP in CP (e.g., physicians, physiotherapists,	35 (87.5)	7.6 ± 1.0	74 (66.7)	7.0 ± 1.4	109 (72.2)	7.2 ± 1.3						

psychologists, pharmacists).												
42. Ensuring nursing diagnoses are clearly documented for other HCP.	37 (92.5)	7.9 ± 0.9	103 (93.6)*	7.9 ± 1.0	140 (93.3)*	7.9 ± 0.9	37 (97.4)*	7.8 ± 0.8	99 (93.4)	7.9 ± 0.9	136 (94.4)*	7.9 ± 0.9
43. Discussing prescribed treatments and referrals (e.g., medications, tests, specialists) with the family physician.	30 (75.0)	7.5 ± 1.2	103 (92.8)	8.0 ± 1.0	133 (88.1)	7.9 ± 1.1	34 (87.2)	7.4 ± 1.0	101 (95.3)	7.9 ± 0.9	135 (93.1)	7.8 ± 0.9
44. Sharing patient information with other HCP respectfully and confidentially.	35 (87.5)	7.6 ± 1.0	93 (84.5)*	7.7 ± 1.1	128 (85.3)*	7.7 ± 1.2	38 (97.4)	7.8 ± 0.7	98 (92.5)	7.8 ± 1.1	136 (93.8)	7.8 ± 1.0
45. Collaborating with other HCP to	32 (80.0)	7.4 ± 1.2	90 (81.8)*	7.5 ± 1.1	122 (81.3)*	7.5 ± 1.1	36 (92.3)	7.4 ± 0.8	98 (92.5)	7.6 ± 0.9	134 (92.4)	7.5 ± 0.9

establish methods for sharing relevant patient care information.													
46. Assisting in resolving care barriers.	31 (77.5)	7.5 ± 1.2	80 (72.7)*	7.3 ± 1.3	111 (74)*	7.3 ± 1.3							
47. Participating in CP management training.	37 (94.9)*	8.3 ± 0.9	103 (93.6)*	8.4 ± 0.9	140 (93.3)*	8.4 ± 0.9	36 (92.3)	7.9 ± 0.9	103 (97.2)	8.3 ± 0.9	139 (95.9)	8.2 ± 0.9	

*One missing data; **Two missing data; †Pharmacological, physical, psychological treatments.

CP: Chronic pain; HCP: healthcare professionals; FMG: Family Medicine Group; SD: Standard deviation

Supplemental digital content #5. Examples of the structured feedback provided to participants.

Structured feedback Round 2	
The nurse assesses all aspects of the painful experience: what causes the pain, its intensity at different times of the day/week, its characteristics (such as how unpleasant it feels, how often it occurs), and the location(s) of the pain. Example of suggestion received: "First, listen to the person talk about the kind of pain they're feeling. How strong it is. The times of day when the pain is the worst. When it's the least bad. The person who is in pain is the best one to describe it." [patient]	○ 9- Extremely important ○ 8- Very important ○ 7- Important ○ 6- Fairly important ○ 5- Neutral ○ 4- Not very important ○ 3- Not important ○ 2- Not at all important ○ 1- Extremely unimportant
Structured feedback Round 3	
The nurse assesses all aspects of the painful experience: what causes the pain, its intensity at different times of the day/week, its characteristics (such as how unpleasant it feels, how often it occurs), and the location(s) of the pain. Total mean score: 8.28/9 - Nurse's mean score: 8.38/9 - Patient's mean score: 8.24/9	○ 9- Extremely important ○ 8- Very important ○ 7- Important ○ 6- Fairly important ○ 5- Neutral ○ 4- Not very important ○ 3- Not important ○ 2- Not at all important ○ 1- Extremely unimportant

Round 3

In Round 3, 145/266 participants responded, achieving a 54.5% response rate [39/83 (47.0%) nurses, 106/183 (57.9%) patients]. Stability was observed with 28/39 nurses (71.8%) and 60/71 patients (84.5%) participating in all three rounds. The overall attrition rate was 8.8%. Out of 43 nursing activities, 41 (95.3%) received ratings of 7-9 from $\geq 75\%$ of participants, with mean scores remaining stable but standard deviations narrower (**Table 3**). The results were nearly the same between groups, reflecting consensus between patients and nurses on which activities to retain or reject. Only two activities were rejected: "Screening for the CP" according to the patients-only rating (74.5%). The only activity for which a meaningful rating difference was found between nurses (82.1%) and patients (68.6%) was "Helping the person track their well-being or symptoms to guide follow-ups. **Figure 2** illustrates the top 10 prioritized activities for CP management, each rated 7-9 by $\geq 95\%$ and achieving mean scores of $\geq 8/9$. For women, the top three nursing priorities were establishing a therapeutic alliance, assessing pain, and screening for mood disorders. For men, the priorities were reviewing the patient's record, assessing pain, and evaluating the impact of pain on sleep.

Table 3. Consensus on Final % Agreement and Mean Score Level of Importance of Nursing Activities for Chronic Pain Management.

	Round 3					
	Nurses n = 39		Patients n = 106		Both n = 145	
	≥7 score n (%)	Mean score ± SD	≥7 score n (%)	Mean score ± SD	≥7 score n (%)	Mean score ± SD
Global assessment						
1. Screening for CP.	30 (76.9)	7.0 ± 0.8	79 (74.5)	7.2 ± 1.3	109 (75.2)	7.1 ± 1.2
2. Reviewing patient records to understand health status.	38 (97.4)	8.1 ± 0.8	103 (97.2)	8.3 ± 0.8	141 (97.2)	8.2 ± 0.8
3. Assessing pain: cause, intensity, type, frequency, etc.	39 (100.0)	8.6 ± 0.5	105 (99.1)	8.4 ± 0.7	144 (99.3)	8.4 ± 0.6
4. Using validated tools: 0-10 scale, interference scale, etc.	33 (84.6)	7.3 ± 0.9	85 (80.2)	7.3 ± 1.1	118 (81.4)	7.3 ± 1.1
5. Conducting physical exam.						
6. Assessing pain's impact on daily tasks: housekeeping, driving, etc.	39 (100)	8.2 ± 0.5	102 (96.2)	8.1 ± 0.8	141 (97.2)	8.1 ± 0.7

7. Assessing pain's impact on work: productivity, disability, etc.	37 (94.9)	7.9 ± 0.7	97 (91.5)	7.7 ± 1.0	134 (92.4)	7.7 ± 0.9
8. Assessing pain's impact on social life: isolation, outings, etc.	39 (100)	7.8 ± 0.7	98 (92.5)	7.9 ± 1.0	137 (94.5)	7.9 ± 0.9
9. Assessing pain's impact on concentration, memory, cognitive impairment, etc.	35 (89.7)	7.5 ± 0.9	98 (92.5)	7.7 ± 0.9	133 (91.7)	7.7 ± 0.9
10. Assessing pain's interaction with other physical / psychological conditions.	38 (97.4)	7.9 ± 0.7	105 (99.1)	8.2 ± 0.7	143 (98.6)	8.1 ± 0.7
11. Screening for mood disorders: depression, anxiety, suicide risk, etc.	38 (97.4)	8.2 ± 0.7	103 (97.2)	8.3 ± 0.8	141 (97.2)	8.3 ± 0.7
12. Assessing pain's interaction with lifestyle habits: diet, activity, smoking, alcohol, drugs, etc.	37 (94.9)	7.9 ± 0.8	98 (93.3)*	7.7 ± 0.9	135 (93.8)*	7.8 ± 0.8
13. Assessing pain's impact on sleep: energy level, sleep routine, etc.	38 (97.4)	8.1 ± 0.7	102 (96.2)	8.2 ± 0.7	140 (96.6)	8.2 ± 0.7
14. Assessing support network: caregivers, family, friends, etc.	34 (87.2)	7.4 ± 0.8	93 (87.7)	7.5 ± 0.9	127 (87.6)	7.4 ± 0.9
15. Assessing health determinants affecting CP care: education, insurance, financial factors, etc.	33 (86.8)*	7.2 ± 0.8	87 (82.1)	7.3 ± 1.0	120 (83.3)*	7.3 ± 1.0

16. Describing current treatments [†] : frequency, effectiveness and HCP consulted.	38 (97.4)	8.0 ± 0.6	104 (98.1)	8.0 ± 0.8	142 (97.9)	8.0 ± 0.7
17. Describing past treatments [†] : reasons for stopping and previous HCP involved.	37 (94.9)	7.7 ± 0.8	92 (86.8)	7.5 ± 1.0	129 (89.0)	7.5 ± 1.0
Care management						
18. Identifying care satisfaction and expectations.	34 (87.2)	7.2 ± 0.7	92 (86.8)	7.4 ± 0.9	126 (86.9)	7.3 ± 0.9
19. Identifying pain management needs and setting realistic goals at the individual's pace	35 (89.7)	7.6 ± 1.0	101 (96.2)*	7.7 ± 0.7	136 (94.4)*	7.7 ± 0.8
20. Establishing a pain management plan based on individual goals and strategies.	31 (79.5)	7.1 ± 1.0	89 (84.0)	7.4 ± 1.0	120 (82.8)	7.3 ± 1.0
21. Managing medication adjustments with pharmacies and physicians.	32 (82.1)	7.2 ± 1.0	99 (93.4)	7.9 ± 0.8	131 (90.3)	7.7 ± 0.9
22. Managing medication side effects with pharmacies and physicians.	32 (82.1)	7.3 ± 1.0	98 (92.5)	7.8 ± 0.9	130 (89.7)	7.7 ± 0.9
23. Referring to other health services or allied professionals, including non-FMG-dispensed options (e.g., social work, massage therapy).	38 (97.4)	7.7 ± 0.8	97 (91.5)	7.7 ± 0.9	135 (93.1)	7.7 ± 0.9

24. Referring to community resources, associations, or pain management tools.	34 (87.2)	7.3 ± 0.8	90 (84.9)	7.5 ± 1.0	124 (85.5)	7.4 ± 0.9
25. Organizing follow-ups based on pain condition: meeting frequency, communication (e.g. virtual).	35 (89.7)	7.4 ± 0.8	93 (87.7)	7.4 ± 0.9	128 (88.3)	7.4 ± 0.9
26. Ensuring follow-ups (e.g., feedback, test results, prescription changes), clarifying information, and addressing questions.	35 (89.7)	7.5 ± 1.0	98 (92.5)	7.9 ± 0.9	133 (91.7)	7.8 ± 1.0
27. Coordinating care across public (e.g., community health centers, pain clinics) and private (e.g., physiotherapy, psychology) services.	31 (79.5)	6.9 ± 1.1	91 (86.7)*	7.6 ± 7.0	122 (84.7)*	7.4 ± 1.1
Health promotion						
28. Explaining pain, its symptoms, and chronicity in simple terms.	37 (94.9)	7.7 ± 0.8	87 (82.9)*	7.4 ± 1.0	124 (86.1)*	7.5 ± 0.9
29. Discussing pain risk factors and triggers.	39 (100)	7.9 ± 0.6	98 (92.5)	7.7 ± 0.9	137 (94.5)	7.8 ± 0.8
30. Advising on pain relief treatments [†] .	35 (89.7)	7.6 ± 0.9	99 (93.4)	7.7 ± 0.8	134 (92.4)	7.7 ± 0.8

31. Teaching integration of pain relief treatments [†] into daily life.	35 (92.1)*	7.5 ± 0.9	90 (84.9)	7.4 ± 1.0	125 (86.8)*	7.4 ± 1.0
32. Helping the person track their well-being or symptoms to guide follow-ups.	32 (82.1)	7.2 ± 0.9	72 (68.6)*	6.8 ± 1.1	104 (72.2)*	6.9 ± 1.0
33. Advising on strategies to improve lifestyle habits influencing pain.	37 (94.9)	7.7 ± 0.8	92 (86.8)	7.3 ± 1.0	129 (89.0)	7.4 ± 1.0
34. Increasing motivation for pain management to encourage changes: self-efficacy, empowerment, and readiness.	36 (92.3)	7.5 ± 0.8	90 (84.9)	7.3 ± 0.9	126 (86.9)	7.4 ± 0.8
35. Addressing grief, loss, self-identity, and acceptance related to CP.						
36. Creating an action plan for managing uncontrolled pain (when to call or consult HCP).	37 (94.9)	7.5 ± 0.8	94 (90.4) **	7.7 ± 1.0	131 (91.6) **	7.7 ± 0.9
Interprofessional collaboration						
37. Establish a therapeutic alliance with an empathetic, non-judgmental approach.	38 (97.4)	8.3 ± 0.8	104 (98.1)	8.4 ± 0.8	142 (97.9)	8.4 ± 0.8
38. Empowering the patient to actively participate in their care (expert).	38 (97.4)	7.7 ± 0.8	95 (89.6)	7.7 ± 0.9	133 (91.7)	7.7 ± 0.8

39. Involving the person in shared decision-making, considering life situation, culture, and values.	39 (100)	7.9 ± 0.7	102 (96.2)	8.0 ± 0.9	141 (97.2)	8.0 ± 0.9
40. Explaining the nurse's role and activities in supporting CP.	36 (92.3)	7.3 ± 0.8	81 (84.9)	7.3 ± 1.0	127 (87.6)	7.3 ± 0.9
41. Explaining roles of key HCP in CP (e.g., physicians, physiotherapists, psychologists, pharmacists).						
42. Ensuring nursing diagnoses are clearly documented for other HCP.	37 (97.4)*	7.8 ± 0.8	99 (93.4)	7.9 ± 0.9	136 (94.4)*	7.9 ± 0.9
43. Discussing prescribed treatments and referrals (e.g., medications, tests, specialists) with the family physician.	34 (87.2)	7.4 ± 1.0	101 (95.3)	7.9 ± 0.9	135 (93.1)	7.8 ± 0.9
44. Sharing patient information with other HCP respectfully and confidentially.	38 (97.4)	7.8 ± 0.7	98 (92.5)	7.8 ± 1.1	136 (93.8)	7.8 ± 1.0
45. Collaborating with other HCP to establish methods for sharing relevant patient care information.	36 (92.3)	7.4 ± 0.8	98 (92.5)	7.6 ± 0.9	134 (92.4)	7.5 ± 0.9
46. Assisting in resolving care barriers.						
47. Participating in CP management training.	36 (92.3)	7.9 ± 0.9	103 (97.2)	8.3 ± 0.9	139 (95.9)	8.2 ± 0.9

*One missing data; **Two missing data; †Pharmacological, physical, psychological treatments.

CP: Chronic pain; HCP: healthcare professionals; FMG: Family Medicine Group; SD: Standard deviation

Top priorities in Nursing Activities in Chronic Pain Management
(≥95% agreement + ≥ 8 mean score)

1. Assessing pain: cause, intensity, type, frequency, etc.
2. Establish a therapeutic alliance with an empathetic, non-judgmental approach.
3. Screening for mood disorders: depression, anxiety, suicide risk, etc.
4. Assessing pain's impact on sleep: energy level, sleep routine, etc.
5. Reviewing patient records to understand health status.
6. Participating in CP management training.
7. Assessing pain's interaction with other physical / psychological conditions.
8. Assessing pain's impact on daily tasks: housekeeping, driving, etc.
9. Describing current treatments: frequency, effectiveness and HCP consulted (pharmacological, physical, psychological).
10. Involving the person in shared decision-making, considering life situation, culture, and values.

Figure 2. Prioritization of Nursing Activities in Chronic Pain Management (Rank Ordered Based on Final % Agreement and Mean Score).

DISCUSSION

The International Association for the Study of Pain (2018) recognizes nurses' crucial role in CP management, though their involvement in primary care remains underutilized (Bergeron et al., 2015; Lukewich et al., 2015). Our Delphi study identified 41 priority nursing activities aligned with Dufour's (2022) application of the *Chronic Care Model* (Barr et al., 2003), demonstrating the impact of nursing practices such as patient assessment, case management, and self-management education on patient outcomes and the healthcare system. Since nurses and patients prioritized similar activities, this highlights the value of their combined perspectives in healthcare decision-making (Foster et al., 2016). Therefore, our results provide nurses and primary care organizations with patient-centered, context-specific

clinical guidance for CP management, integrating evidence and expert consensus across four key domains of nursing practice proposed by Poitras et al. (2016): global assessment, care management, health promotion, and interprofessional collaboration.

Global assessment domain

Global patient assessment was a key focus, with nurses and patients agreeing on seven of the top ten nursing activities for CP management. This underscores the vital role of nurses in conducting comprehensive pain assessments that extend beyond simple symptom tracking (Carter et al., 2014) and include considerations of intensity, frequency, cause, location, radiation, type of sensation, and aggravating and alleviating factors. Additionally, participants prioritized assessing the broader impact of pain on daily activities, sleep, mood, cognitive function, and social interactions, aligning with the Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT) and recommendations from individuals living with CP (Bova et al., 2023; Dworkin et al., 2008; Turk et al., 2008). This multifaceted approach to CP management integrates person-centered care with both physical and mental aspects (Beaudin et al., 2024) and considers other common conditions in primary care (Fortin et al., 2005). Our findings stress the need for nurses to recognize the interplay of physical and psychological factors in CP. Our participants also prioritized the importance of assessing overall health and reviewing patient histories to understand CP's coexistence with other conditions. In resource-limited settings, incorporating these assessments into routine care, similar to assessments for diabetes and hypertension (Lukewich et al., 2015; M.-E. Poitras et al., 2018), could enhance CP management.

Care management domain

The activities identified by nurses and patients regarding the care management domain emphasize the significance of integration of nursing within a comprehensive care trajectory that goes beyond traditional medication-focused treatment. Our findings align with a recent Delphi study prioritizing nurse-led care coordination and follow-ups to improve access in primary care (Rubenstein et al., 2020). Our participants endorsed critical activities, such as ensuring follow-up information, managing medication adjustments, and setting personalized pain goals, establishing primary care nurses as key figures in case management as described

by the literature (Carter et al., 2014). Effective nurse-led case management is crucial for coordinating long-term care, facilitating provider communication, and organizing patient services (Karam et al., 2021). Despite its importance, case management remains one of the least performed activities among primary care nurses (Girard et al., 2017; Lukewich et al., 2014; M.-E. Poitras et al., 2018), indicating a need to investigate and address the barriers to its implementation (Karam et al., 2021).

Health promotion domain

Our findings underscore the importance of patient education and self-management support in health promotion, aligning with existing literature in CP (Devan et al., 2018; Nicholas & Blyth, 2016). Educating patients about their condition and treatment options is essential for empowering them in their own care (Ndengeyingoma et al., 2023), and leads to improved long-term outcomes, such as reduced pain and enhanced quality of life (Du et al., 2017). Our findings strengthen this evidence, as key activities involved discussing pain risk factors and advising on treatment options. However, aligning nursing activities with patient preferences is crucial for fostering self-management (Ndengeyingoma & Dusfrene, 2014). Discrepancies in our study revealed that nurses concentrated on symptom monitoring, while patients emphasized the need for actionable plans and timely access to care. This mismatch underscores the necessity to prioritize and integrate patient perspectives, allowing for care strategies to be tailored to their specific needs (M. E. Poitras et al., 2018).

Interprofessional collaboration domain

Our priorities identified by both nurses and patients in this domain highlight critical aspects of the nurse-patient relationship and patient-centred care, with a strong emphasis on the importance of trust and communication. Establishing a therapeutic alliance based on empathy and a non-judgmental attitude is essential for improving patient adherence to treatment and overall satisfaction with care, as is particularly desired in CP management (Kim et al., 2021). Our findings also align with recent Delphi study in primary care that emphasizes the importance of genuine listening, personalized care, and continuity in patient-practitioner relationships (Del Grande et al., 2023). Additionally, our study found that prioritizing CP management training for nurses is crucial for enhancing interprofessional

collaboration. This result reflects an ongoing need for CP education across health professions (Shipton et al., 2018; Watt-Watson et al., 2009). With better training, our results suggest that nurses could more effectively assume their role in multidisciplinary teams, as recommended for CP management (Cohen et al., 2021).

Implications for nursing education, practice and research

Our study identifies a structured set of concrete nursing activities that can support clinical practice and decision-making for better CP management. First, raising awareness among primary care nurses about these activities is important, as integrating effective pain management into routine care could improve patient outcomes across various conditions. To facilitate this integration, modifying follow-up tools to include CP-specific recommendations, aligned with our priorities, can help incorporate pain management practices into everyday care.

Also, our set of nursing activities can help align care organization with clinical expertise and patient priorities. By focusing on these priorities, clinical settings can better target their efforts while advocating for the necessary resources, training, and organizational support. The involvement of professional organizations, along with accessible dissemination of evidence such as clinical guidance and training materials, is crucial for successful implementation (Straus et al., 2013). Future research should investigate the facilitators and barriers to the implementation of these activities from the perspective of clinical settings.

Strengths and Limitations

Our methodology produced robust results according to established guidelines (Diamond et al., 2014), including stable mean rankings, reduction of standard deviations, few dropouts, and high consensus levels affirming the reliability of findings. We chose a 9-point Likert scale for its sensitivity (Khodyakov et al., 2023), but the high priority ratings for most nursing activities (ceiling effect) may reflect strong consensus or be influenced by wording, panel homogeneity, or item similarity. The diversity of our sample and the involvement of patient partners likely helped reduce bias. Since nearly all participants rated the activities as important (except two), it was difficult to identify priority differences between nurses and

patients. Future studies could consider using other criteria, such as feasibility, to better capture these differences. Exceeding the 20 participants per subgroup recommended for a Delphi study (Belton et al., 2019), our research included nurses and patients from urban, suburban, rural, remote and non-remote regions. Our nurse sample matched other Quebec Family Medicine Group studies in terms of age, gender and experience (Beaudin et al., 2024; Girard et al., 2022; M.-E. Poitras et al., 2018) and also aligned with Canadian (Lukewich et al., 2020; Lukewich et al., 2014) and international studies (Halcomb & Ashley, 2019; Halcomb et al., 2022). While generalizability may be limited due to differences in primary care practices internationally, our findings offer a solid foundation for future studies. Our patient sample was comparable to large CP cohorts in education level and pain intensity (Bouhassira et al., 2005; Boulanger et al., 2007; Breivik et al., 2006; Moulin et al., 2002; Schopflocher et al., 2011; Toth et al., 2009).

Conclusion

This study advances our understanding of the essential role of nurses in managing CP in primary care, identifying 41 key activities aligned with patient needs. Our findings reveal a strong alignment between nurse and patient priorities, emphasizing patient-centered care and integrated approaches. Nurses could expand their role by leveraging existing skills, which is crucial given the limited resources in our care settings. To support this, pain assessment, follow-up care, interprofessional collaboration, and patient education should be strengthened. As healthcare evolves, advocating for organizational changes to support nurses' expanded roles is crucial for effective CP management in primary care.

DECLARATION OF GENERATIVE AI AND AI-ASSISTED TECHNOLOGIES IN THE WRITING PROCESS

During the preparation of this work the author(s) used ChatGPT in order to review grammatical or spelling errors as our work language is French. After using this tool/service, the author(s) reviewed and edited the content as needed and take(s) full responsibility for the content of the publication.

ACKNOWLEDGMENTS

AB is a recipient of doctoral scholarships from the ministère de l'Enseignement supérieur (MES) in partnership with Quebec universities, and from the Réseau intersectoriel de recherche en santé de l'Université du Québec (RISUQ). She also received travel awards from the Quebec Pain Research Network (QPRN).

FUNDING STATEMENT

This study was co-funded by the Institutional Research Chair in Chronic Pain Epidemiology led by AL at the *Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue*, and the Research Chair on Optimal Professional Practices in Primary Care led by M-EP at the *Centre de recherche médicale de l'Université de Sherbrooke* (CRMUS).

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors declare no conflicts of interest and no financial interests related to this study.

ETHICS APPROVAL STATEMENT

Ethics approval was obtained from the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue Ethics Board (Ref #: 2023-06_Bernier, Andréanne).

REFERENCES

- Aggarwal, M., Hutchison, B., Abdelhalim, R., & Baker, G. R. (2023). Building high-performing primary care systems: After a decade of policy change, is Canada “walking the talk?”. *The Milbank Quarterly*, 101(4), 1139-1190. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1468-0009.12674>
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital quarterly*, 7(1), 73-82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
- Beaudin, J., Chouinard, M. C., Hudon, É., & Hudon, C. (2024). Integrated self-management support provided by primary care nurses to persons with chronic diseases and common mental disorders: A qualitative study. *BMC Primary Care*, 25(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02464-8>
- Becker, W. C., Bair, M. J., Picchioni, M., Starrels, J. L., & Frank, J. W. (2018). Pain management for primary care providers: A narrative review of high-impact studies, 2014-2016. *Pain Medicine*, 19(1), 40-49. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx146>
- Belton, I., MacDonald, A., Wright, G., & Hamlin, I. (2019). Improving the practical application of the Delphi method in group-based judgment: A six-step prescription for a well-founded and defensible process. *Technological Forecasting and Social Change*, 147, 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.07.002>
- Bergeron, D. A., Bourgault, P., & Gallagher, F. (2015). Gestion de la douleur chronique par les infirmières des Groupes de médecine de famille. *Pain research & management*, 20(2), 101-106. <https://doi.org/10.1155/2015/501616>
- Bergeron, D. A., Gallagher, F., & Bourgault, P. (2014). Traduction et adaptation de la version canadienne-française du Pain Management Activities Questionnaire (PMAQ). *Douleur et Analgésie*, 27(4), 226-233. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0398-4>
- Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J., Cunin, G., Fermanian, J., Ginies, P., Grun-Overdyking, A., Jafari-Schluep, H., Lantéri-Minet, M., Laurent, B., Mick, G., Serrie, A., Valade, D., & Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*, 114(1-2), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.010>
- Boulanger, A., Clark, A. J., Squire, P., Cui, E., & Horbay, G. L. (2007). Chronic pain in Canada: Have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain research & management*, 12(1), 39-47. <https://doi.org/10.1155/2007/762180>
- Bova, G., Domenichiello, A., Letzen, J. E., Rosenberger, D. C., Siddons, A., Kaiser, U., Anicich, A., Baron, R., Birch, J., Bouhassira, D., Casey, G., Golden, K., Iyengar, S., Karp, B. I., Liedgens, H., Meissner, W., Nicholson, K., Pogorzala, L., Ryan, D.,...Pogatzki-Zahn, E. M. (2023). Developing consensus on core outcome sets of domains for acute, the transition from acute to chronic, recurrent/episodic, and chronic pain: Results of the INTEGRATE-pain Delphi process. *eClinicalMedicine*, 66(102340). <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102340>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*, 10(4), 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>

- Canadian Family Practice Nurses Association [CFPNA]. (2019). *National competencies for registered nurses in primary care*. <https://www.cfpna.ca/national-core-competencies>
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Vincent, C., & Swaine, B. (2015). Interprofessional collaboration: Development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and rehabilitation*, 37(4), 372-378. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.918193>
- Carter, J. J., Watson, A. C., & Sminkey, P. V. (2014). Pain management: Screening and assessment of pain as part of a comprehensive case management process. *Professional Case Management*, 19(3), 126-136. <https://doi.org/10.1097/ncm.0000000000000029>
- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Connell, N. B., Prathivadi, P., Lorenz, K. A., Zupanc, S. N., Singer, S. J., Krebs, E. E., Yano, E. M., Wong, H. N., & Giannitrapani, K. F. (2022). Teaming in interdisciplinary chronic pain management interventions in primary care: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1501-1512. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07255-w>
- Courtenay, M., & Carey, N. (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 2001-2013. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02361.x>
- Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science*, 9(3), 458-467. <https://doi.org/10.1287/mnsc.9.3.458>
- de Loë, R. C., Melnychuk, N., Murray, D., & Plummer, R. (2016). Advancing the state of policy delphi practice: A systematic review evaluating methodological evolution, innovation, and opportunities. *Technological Forecasting & Social Change*, 104, 78-88. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2015.12.009>
- Del Grande, C., Kaczorowski, J., & Pomey, M. P. (2023). What are the top priorities of patients and clinicians for the organization of primary cardiovascular care in Quebec? A modified e-Delphi study. *PLoS One*, 18(1), e0280051. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280051>
- Devan, H., Hale, L., Hempel, D., Saïpe, B., & Perry, M. A. (2018). What works and does not work in a self-management intervention for people with chronic pain? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physical Therapy*, 98(5), 381-397. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy029>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401-409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys : the tailored design method* (4th ed.). Wiley.
- Du, S., Hu, L., Dong, J., Xu, G., Chen, X., Jin, S., Zhang, H., & Yin, H. (2017). Self-management program for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 37-49. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.029>

- Dufour, E. (2022). *Mesure et analyse des pratiques infirmières en soins de première ligne en contexte de gestion des maladies chroniques*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ressources_humaines/Stage/Soins_infirmiers_maladies_chroniques.pdf
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Wyrwich, K. W., Beaton, D., Cleeland, C. S., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Kerns, R. D., Ader, D. N., Brandenburg, N., Burke, L. B., Cella, D., Chandler, J., Cowan, P., Dimitrova, R., Dionne, R., Hertz, S., Jadad, A. R.,...Zavisic, S. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *The Journal of Pain*, 9(2), 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.005>
- Ferguson, M., Svendrovski, A., & Katz, J. (2020). Association between multimorbid disease patterns and pain outcomes among a complex chronic care population in Canada. *Journal of Pain Research*, 13, 3045-3057. <https://doi.org/10.2147/jpr.S269648>
- Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lazaro, P., van het Loo, M., McDonnell, J., Vader, J., & Kahan, J. P. (2001). *The RAND/UCLA appropriateness method user's manual*. RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A., & Lapointe, L. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *The Annals of Family Medicine*, 3(3), 223-228. <https://doi.org/10.1370/afm.272>
- Foster, F., Piggott, R., Teece, L., & Beech, R. (2016). Patients with COPD tell their stories about living with the long-term condition: An innovative and powerful way to impact primary health care professionals' attitudes and behaviour? *Education for Primary Care*, 27(4), 314-319. <https://doi.org/10.1080/14739879.2016.1181699>
- Girard, A., Carrier, J.-D., Poitras, M.-E., Cormier, C., Lesage, A., Berbiche, D., & T. Vaillancourt, V. (2022). La santé psychologique et la conciliation travail-famille des infirmières en soins ambulatoires à l'ère de la COVID-19 : résultats d'une enquête. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 5(2), 14-49. <https://sips-snahp.ojs.umontreal.ca/index.php/sips-snahp/article/view/30>
- Girard, A., Hudon, C., Poitras, M.-E., Roberge, P., & Chouinard, M.-C. (2017). Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1385-1394. <https://doi.org/10.1111/jocn.13695>
- Halcomb, E., & Ashley, C. (2019). Are Australian general practice nurses underutilised? An examination of current roles and task satisfaction. *Collegian*, 26(5), 522-527. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.02.005>
- Halcomb, E., McInnes, S., Patterson, C., Moxham, L., & Bird, S. (2022). Australian general practice nurse involvement in mental health: A descriptive survey. *Collegian*, 29(4), 448-455. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.10.011>
- Health Canada. (2020). *Working together to better understand, prevent and, manage chronic pain: What We Heard*. Canadian Pain Task Force. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2020-rapport/report-2020.pdf>

- Hylands-White, N., Duarte, R. V., & Raphael, J. H. (2017). An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatology International*, 37(1), 29-42. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). *Stratégie de recherche axée sur le patient - Cadre d'engagement des patients*. https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/spor_framework-fr.pdf
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2018). *IASP curriculum outline on pain for nursing*. <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-nursing/>
- Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative medicine*, 31(8), 684-706. <https://doi.org/10.1177/0269216317690685>
- Karam, M. n., Chouinard, M.-C., Poitras, M.-E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., & Hudon, C. (2021). Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>
- Khodyakov, D., Grant, S., Kroger, J., & Bauman, M. (2023). *RAND methodological guidance for conducting and critically appraising Delphi panels*. RAND Corporation. <https://doi.org/10.7249/TLA3082-1>
- Kim, K., Rendon, I., & Starkweather, A. (2021). Patient and provider perspectives on patient-centered chronic pain management. *Pain Management Nursing*, 22(4), 470-477. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.02.003>
- Lacasse, A., Gagnon, V., Nguena Nguetack, H. L., Gosselin, M., Pagé, M. G., Blais, L., & Guénette, L. (2021). Chronic pain patients' willingness to share personal identifiers on the web for the linkage of medico-administrative claims and patient-reported data: The chronic pain treatment cohort. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 30(8), 1012-1026. <https://doi.org/10.1002/pds.5255>
- Lukewich, J., Allard, M., Ashley, L., Aubrey-Bassler, K., Bryant-Lukosius, D., Klassen, T., Magee, T., Martin-Misener, R., Mathews, M., Poitras, M.-E., Roussel, J., Ryan, D., Schofield, R., Tranmer, J., Valaitis, R., & Wong, S. T. (2020). National competencies for registered nurses in primary care: A Delphi study. *Western Journal of Nursing Research*, 42(12), 1078-1087. <https://doi.org/10.1177/0193945920935590>
- Lukewich, J., Edge, D. S., VanDenKerkhof, E., & Tranmer, J. (2014). Nursing contributions to chronic disease management in primary care. *The journal of nursing administration*, 44(2), 103-110. <https://doi.org/10.1097/nnn.0000000000000033>
- Lukewich, J., Mann, E., VanDenKerkhof, E., & Tranmer, J. (2015). Self-management support for chronic pain in primary care: A cross-sectional study of patient experiences and nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2551-2562. <https://doi.org/10.1111/jan.12717>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2019). *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2022). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001527/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2024). *Accès aux services médicaux de première ligne*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/>
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada: Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain research & management*, 7(4), 179-184. <https://doi.org/10.1155/2002/323085>
- Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World journal of methodology*, 11(4), 116-129. <https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116>
- Ndengeyingoma, A., & Dusfrene, C. (2014). Perceptions des patients pouvant influencer l'autonomisation en lien avec l'éducation à la santé tertiaire ainsi que les stratégies potentiellement autonomisantes : analyse de synthèse interprétative critique. *Aporia. La revue en sciences infirmières*, 6, 41-53.
- Ndengeyingoma, A., Gauvin-Lepage, J., & Ledoux, I. (2023). *Interventions éducatives en santé* (2nd ed.). Presses de l'Université du Québec.
- Nicholas, M. K., & Blyth, F. M. (2016). Are self-management strategies effective in chronic pain treatment? *Pain management*, 6(1), 75-88. <https://doi.org/10.2217/pmt.15.57>
- Norful, A., Martsolf, G., de Jacq, K., & Poghosyan, L. (2017). Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 15-23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M., Girard, A., & Gallagher, F. (2016). Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 126(3), 24-37. <https://doi.org/10.3917/rsi.126.0024>
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Gallagher, F., & Fortin, M. (2018). Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: A practice analysis. *Nursing research*, 67(1), 35-42. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000253>
- Poitras, M. E., Maltais, M. E., Bestard-Denommé, L., Stewart, M., & Fortin, M. (2018). What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 446. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3213-8>
- Pomey, M.-P., Dumez, V., Boivin, A., Rouly, G., Lebel, P., Berkesse, A., Descoteaux, A., Jackson, M., Karazivan, P., & Clavel, N. (2019). The participation of patients and relatives in Quebec's health system: The Montreal model. In M.-P. Pomey, J.-L. Denis, & V. Dumez (Eds.), *Patient engagement: How patient-provider partnerships transform healthcare organizations* (pp. 17-61). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14101-1_3

- Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). *Évaluation et prise en charge de la douleur*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_13-FRE_Lowres.pdf
- Royal College of Nursing. (2023). *UK career framework for pain nurses*. <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/uk-career-framework-for-pain-nurses-uk-pub-010-750#detailTab>
- Rubenstein, L., Hempel, S., Danz, M., Rose, D., Stockdale, S., Curtis, I., & Kirsh, S. (2020). Eight priorities for improving primary care access management in healthcare organizations: Results of a modified Delphi stakeholder panel. *Journal of General Internal Medicine*, 35(2), 523-530. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05541-2>
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain research & management*, 16(6), 445-450. <https://doi.org/10.1155/2011/876306>
- Shipton, E. E., Bate, F., Garrick, R., Steketee, C., Shipton, E. A., & Visser, E. J. (2018). Systematic review of pain medicine content, teaching, and assessment in medical school curricula internationally. *Pain and therapy*, 7(2), 139-161. <https://doi.org/10.1007/s40122-018-0103-z>
- Steingrimsdóttir, Ó. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092-2107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009>
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care : Moving from evidence to practice* (2nd ed.). Wiley.
- Toth, C., Lander, J., & Wiebe, S. (2009). The prevalence and impact of chronic pain with neuropathic pain symptoms in the general population. *Pain Medicine*, 10(5), 918-929. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00655.x>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S.,...Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Revicki, D., Harding, G., Burke, L. B., Cella, D., Cleeland, C. S., Cowan, P., Farrar, J. T., Hertz, S., Max, M. B., & Rappaport, B. A. (2008). Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: An IMMPACT survey of people with pain. *Pain*, 137(2), 276-285. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.002>
- Watt-Watson, J., McGillion, M., Hunter, J., Choiniere, M., Clark, A. J., Dewar, A., Johnston, C., Lynch, M., Morley-Forster, P., Moulin, D., Thie, N., von Baeyer, C. L., & Webber, K. (2009). A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in canadian universities. *Pain research & management*, 14(6), 439-444. <https://doi.org/10.1155/2009/307932>

3.2 Article 3 | Integrating Primary Care Nurses in Chronic Pain Management: Barriers, Opportunities, and Insights from a Qualitative Focus Group Study

Auteurs de l'article : Andréanne Bernier, inf., M. Sc., Anaïs Lacasse, Ph. D., Marie-Dominique Poirier, patiente partenaire, Sylvie Beaudoin, patiente partenaire, Marie-Eve Poitras, inf., Ph. D.

Statut de l'article : Soumis – en révision (mars 2025)

Bernier, A., Lacasse, A., Poirier, M. D., Beaudoin, S., & Poitras, M. E. (2025). Integrating Primary Care Nurses in Chronic Pain Management: Barriers, Opportunities, and Insights from a Qualitative Focus Group Study. *Pain Management Nursing*.

Contribution de la candidate

L'étudiante-chercheuse est la première auteure de cet article portant sur cette étude qualitative descriptive interprétative, soutenue par son équipe de direction et les deux patientes partenaires. L'étudiante-chercheuse a rédigé le protocole de recherche, réalisé la collecte, ainsi que l'élaboration des outils nécessaires à l'étude, comme le matériel de recrutement et le guide d'entrevue. Elle a assuré le recrutement du personnel infirmier. Elle a animé les quatre groupes de discussion et a procédé à l'analyse des données. Les directrices de recherche ont supervisé le processus et les patientes partenaires ont activement participé à l'ensemble des travaux. Les résultats en français ont été discutés et validés par l'ensemble de l'équipe (direction et patientes partenaires) également. La première auteure a rédigé la première version de l'article en anglais, puis a procédé à sa révision en tenant compte des commentaires de l'équipe de direction et des patientes partenaires.

RÉSUMÉ

La douleur chronique est une condition fréquente qui affecte significativement la qualité de vie, rendant sa gestion optimale essentielle en soins primaires. Toutefois, le personnel infirmier y est peu impliqué, ce qui souligne l'importance de mieux comprendre les conditions nécessaires à l'intégration de son expertise.

Objectif : Cette étude qualitative visait à identifier les barrières et les leviers à l'implantation d'activités infirmières en gestion de la douleur chronique, et à explorer les perceptions du personnel infirmier en soins primaires concernant leur rôle.

Méthodologie : Vingt et une infirmières et infirmiers en cliniques de soins primaires au Québec (Canada) ont participé à des groupes de discussion virtuels (n=4). L'analyse des données, guidée par le cadre i-PARIHS, a combiné une approche inductive et déductive.

Résultats : Le personnel infirmier a exprimé un intérêt à intégrer la gestion de la douleur chronique dans sa pratique, mais a souligné un manque de formation spécifique à cette condition nécessaire pour se sentir compétent. Des défis ont été relevés quant à la reconnaissance de la nature chronique de la douleur, l'identification des cibles cliniques pertinentes pour le suivi, et la prise en compte des troubles de santé mentale associés. Le soutien des gestionnaires cliniques a été identifié comme un levier indispensable pour favoriser l'implantation.

Conclusion : Pour renforcer le rôle infirmier, des stratégies cohérentes doivent inclure de la formation continue, des outils cliniques adaptés, une clarification des rôles professionnels et un appui organisationnel favorisant une approche interdisciplinaire en soins primaires.

MOTS-CLÉS : douleur chronique, soins primaires, personnel infirmier, obstacles, leviers, implantation, recherche descriptive qualitative

ABSTRACT

Chronic pain is a prevalent condition that significantly affects quality of life, making its optimal management essential in primary care. However, nurses are often not involved, highlighting the need to better understand the conditions necessary for integrating their expertise before deploying implementation strategies.

Objective: This qualitative study aimed to identify barriers and facilitators to implementing nursing activities in chronic pain management and to explore primary care nurses' perceptions of their role in this regard.

Methodology: Twenty-one nurses from primary care practices in Quebec, Canada, participated in four online focus groups. The i-PARIHS framework in implementation science was used to explore the challenges and opportunities in chronic pain nursing management. Data analysis followed both inductive and deductive approaches, guided by this framework.

Results: While nurses were interested in integrating pain management into their practice, they faced challenges due to a lack of training on chronic pain. A gap was identified in their understanding of the chronic nature of pain and their ability to provide appropriate follow-up and support. Nurses also expressed concerns about addressing the mental health aspects associated with chronic pain. Additionally, they often relied on primary care managers, whose leadership is pivotal in driving change, even within nursing practices.

Conclusion: This study highlights several challenges while suggesting essential implementation strategies to strengthen nurses' capacities, including additional training and tailored tools. Promoting interdisciplinary collaboration, clarifying nursing roles, and increasing manager awareness are crucial for enhancing primary care nurses' involvement in chronic pain management.

KEYWORDS: chronic pain, primary care, nurse, barriers; facilitators; implementation qualitative descriptive research

KEY PRACTICE POINTS

1. **Targeted Training for Nurses:** Addressing the lack of training in chronic pain management is essential to enhance nurses' ability to provide appropriate follow-up care and support, particularly in addressing the mental health aspects of chronic pain.
2. **Role Definition and Collaboration:** Clarifying nursing roles and promoting interdisciplinary collaboration can empower nurses to effectively contribute to chronic pain management within primary care teams.
3. **Leadership and Organizational Support:** Engaging primary care managers as change agents is crucial to driving organizational support, enabling the integration of nursing activities into comprehensive chronic pain management strategies.

BACKGROUND

Access to primary care is a cornerstone for improving population health, reducing healthcare costs, and fostering equity within the healthcare system (Starfield et al., 2005). Common conditions encountered in primary care settings include hypertension, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, depression, and anxiety (Finley et al., 2018). These conditions are often associated with chronic pain (CP) (Ferguson et al., 2020; McQueenie et al., 2021). CP is a persistent and complex disease affecting up to one in five adults (Mental Health Research Canada, 2024; Rometsch et al., 2025; Steingrimsdóttir et al., 2017; Zimmer et al., 2022) and creates a substantial economic burden, costing Canada between \$38.2 and \$40.3 billion annually due to health care expenses and lost productivity (Health Canada, 2020).

The International Association for the Study of Pain (IASP) defines pain as "an unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage." (Raja et al., 2020) When pain persists for more than three months, it is classified as chronic (Treede et al., 2019). Effectively managing CP requires a multimodal approach that combines pharmacological treatments with physical and psychological strategies to improve quality of life (Hylands-White et al., 2017). Furthermore, management must involve interprofessional collaboration among nurses, physicians, physiotherapists, psychologists, and pharmacists (Gatchel et al., 2014). Despite the strong evidence supporting this comprehensive approach, many patients still do not receive evidence-based care for CP (Kress et al., 2015; McCalmont et al., 2018).

Primary care nurses are in a unique position to address CP in a holistic manner (Gatchel et al., 2014). Nurses' role in chronic disease management (Swanson et al., 2020) allows them to develop personalized interventions that account for the physical, emotional, and social aspects of patients' lives, utilizing their expertise in both physical and mental health (Beaudin et al., 2022). Despite these competencies, the involvement of primary care nurses in CP management remains limited (Benes et al., 2022; Bergeron et al., 2015a; Lukewich et al., 2015).

A recent review highlights key barriers faced by primary care providers in managing CP, such as insufficient training, poor communication, limited resources, patient stigma, and a lack of clear guidelines (McEwen et al., 2022). Additionally, evidence suggests that another significant obstacle is the lack of specific guidelines and knowledge regarding nursing interventions in CP management (Bergeron et al., 2015a, 2015b). However, nurse-led interventions, especially multimodal, non-pharmacologic treatments, can significantly improve CP management, offering an effective alternative to specialty care (Becker et al., 2018). Despite these promising findings, there is a lack of detailed guidance on implementing nursing practices in this area.

To address this gap, recent research has identified key primary care nursing activities that should be prioritized in CP management, incorporating insights from both nurses and patients (Bernier et al., 2025). Understanding the factors that can guide the development of targeted implementation strategies and educational programs is essential to empower nurses and help them fully utilize their skills in supporting patients with CP. This study aimed to explore the barriers and facilitators to implementing these activities in primary care settings.

METHODS

This qualitative descriptive study is part of a larger mixed-methods sequential explanatory design and follows a Delphi survey (Bernier et al., 2025) to explore the implementation of nursing activities in CP management within primary care. The overarching project was inspired by the Knowledge-to-Action (KTA) framework (Graham & Tetroe, 2011), which guides the translation of knowledge into clinical practice. The interdisciplinary research team included experts in nursing, primary care, and epidemiology, as well as patient partners who brought a lived experience perspective. Following the partnership model described by Pomey et al. (Pomey et al., 2019) and IMMPACT recommendations (Haroutounian et al., 2024), active patient involvement was incorporated at every stage of the research process. The results of the qualitative study are the focus of the present paper, adhering to the COREQ

(COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) guidelines to ensure transparency and rigour in qualitative research (Tong et al., 2007).

Study Approach

We employed an interpretive descriptive qualitative approach (Thorne, 2016), which is well-suited for exploring complex health issues from participants' perspectives. By focusing on the experiences of nurses who assess patient needs, create individualized care plans, and provide ongoing support, this approach highlighted the role of nursing autonomy in effective CP care. Focus groups served as the data collection method, fostering interactive discussions that allowed primary care nurses to share diverse experiences and insights on chronic disease management for a more comprehensive understanding. Additionally, conducting focus groups online with a geographically dispersed sample enabled a rich variation in perspectives, deepening our understanding of the unique challenges and opportunities within primary care settings.

Population and Setting

Primary care models in Canada vary (Aggarwal et al., 2023), with Family Medicine Groups being the predominant structure in Quebec, where 382 practices were operating in 2023 (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2022, 2024). Following a web-based Delphi survey prioritizing nursing activities for CP management (sample of registered primary care nurses working in primary care practices) (Bernier et al., 2025), nurses were invited to indicate if they would participate in qualitative focus groups. Initial recruitment utilized a multi-strategy web-based approach, including email lists from the provincial professional association, the Quebec Virtual Community of Practice for Family Medicine Group nurses, and social media platforms.

For the qualitative study sample, a maximum variation sampling strategy (Thorne, 2016) was used to capture diverse experiences. Demographic data from 48 potential participants from the Delphi survey were collected, considering factors like age, gender identity, region, experience, comfort with CP management, and CP patient load. To foster rich and open discussions, focus groups were regionally homogenous, given the variation in specialized

CP care access across Quebec. Sample size adequacy was determined using the "information power" concept by Malterud's et al. (2016), and three focus groups were deemed sufficient with a focused aim on a specific issue among primary care nurses in primary care practices. A fourth group was conducted to ensure data robustness and confirm no new themes, after which recruitment ceased.

A personalized invitation to one of the predetermined meetings, including videos and images of the first author (a primary care nurse), the research team, and patient partners, was emailed to potential participants identified in the Delphi Survey. Two reminder emails were sent at two-week intervals. The invitation included a URL outlining the study objectives, informed consent, and confidentiality agreements. Upon consenting to participate, participants received instructions on the platform, confidentiality, and discussion guidelines (e.g., muting microphones, using the "raise hand" feature) (Daniels et al., 2019; Willemsen et al., 2023). Ethical guidelines were emphasized at the start of each session. To encourage participation, a \$50 CAD gift card was offered as compensation. Ethics approval was obtained from the first author's university research ethics committee.

Data Collection

Data collection and analysis were guided by the *Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (i-PARIHS) framework (Harvey & Kitson, 2016) to explore the barriers and facilitators involved in implementing CP nursing management activities. The i-PARIHS framework provides a theoretically grounded approach by focusing on three core constructs: the *Innovation* being implemented, the *Recipients* of the implementation efforts, and the *Context* within which the implementation occurs (Harvey & Kitson, 2016). This framework is particularly well-suited to navigating complex healthcare environments, as it aids in identifying actionable strategies to enhance the adoption of best practices in clinical settings (Harvey & Kitson, 2016).

Focus groups were conducted via Zoom® between September and November 2024. Each session lasted 90 minutes, as recommended for traditional face-to-face focus groups (Morgan, 2019), but it was divided into two parts as the topic could not be fully covered

within a single session as suggested in the literature: presenting Delphi survey results and discussing barriers and facilitators. To maintain group interaction and manage technical challenges, group sizes ranged from four to seven participants, as recommended in the literature (Willemsen et al., 2023). AB moderated the sessions, familiar with primary care nursing and the i-PARIHS framework, ensuring focused and productive discussions. Two team members, including one of the patient partners, provided support by taking notes, observing, and resolving technical issues. A semi-structured interview guide, aligned with the i-PARIHS framework (Harvey & Kitson, 2016), addressed key implementation factors: *Innovation* (e.g., clarity, relative advantage, usability, degree of fit with existing practice), *Recipients* (e.g., knowledge, skills, motivation, values, goals), and *Context* (e.g., mechanisms for embedding change, organizational culture). The guide was pilot-tested and refined with input from researchers, health professionals, and a patient partner to ensure relevance and clarity.

Data Analysis

Focus group discussions were audio-recorded, transcribed, and anonymized to ensure confidentiality. A thematic analysis was conducted using the iterative approach described by Miles et al. (2020), to identify barriers and facilitators to primary care nurses' management of CP.

Data condensation. An initial inductive codebook (list of codes and definitions without the use of a framework) was developed from the first focus group and refined throughout the analysis. Codebook validation was achieved through team consensus (AB, AL, MEP, MDP), followed by independent coding to ensure accuracy. Field notes documenting group dynamics and contextual factors were also included in the dataset. Once established, codes were deductively organized according to the core constructs of the i-PARIHS framework. For example, comments on the perceived benefits of nursing follow-ups were categorized under *Innovation – Relative Advantage*, while references to workload or time constraints were classified under *Recipients – Time and Resources*.

Data display. To facilitate systematic comparison, summary tables were created for each focus group, organizing barriers and facilitators within the i-PARIHS constructs. Verbatim quotes were included to illustrate each theme, making it possible to identify recurring patterns as well as variations across groups, while maintaining contextual richness.

Conclusion drawing. In the final analysis stage, cross-referencing tables were used to integrate barriers and facilitators across the i-PARIHS constructs (*Innovation, Recipients, Context*). This synthesis moved beyond description to a theory-informed interpretation. By examining how factors interacted across constructs, the analysis identified key challenges and revealed potential levers for the implementation of nursing activities in CP management. Interpretation was strengthened through triangulation and co-analysis among team members, enhancing validity and trustworthiness. Transcripts were originally in French and translated into English, which is consistent with Quebec's linguistic context, where French is the primary language (Office of the Commissioner of Official Languages of Canada, 2021).

RESULTS

As shown in **Table 1**, this study involved 21 primary care nurses (20 women and one man) who participated in four focus groups. The participants, from 12 of Quebec's 17 administrative regions, had a median age of 43 ± 7.2 years and 6 ± 5.8 years of experience in primary care practices. Most (16 out of 21) were working full-time. Nurses estimated that $24.5\% \pm 18.5$ of their patients live with CP. Their comfort level in managing CP was rated at 4.5 ± 2.0 (/10), and they had an average of 10 hours of CP training, though only one nurse had completed postgraduate CP training. Additionally, 30% of the nurses experienced CP themselves, and 35% had a loved one with CP.

Table 1. Sociodemographic Profile of Primary Care Nurses (n = 21)

Characteristics	
Number of nurses	<i>n</i> = 21
Age (years) mean $\pm$ SD (range)	43 $\pm$ 7.2 (30-60)
Self-identified gender, n (%) Woman Man Nonbinary	19 (91) 2 (9) 0 (0)
Area of residence, n (%) Urban Remote**	15 (71) 6 (29)
Employed, n (%) Full-time Part-time	16 (76) 5 (24)
Work experience (years) Nursing qualification mean $\pm$ SD (range)	18 $\pm$ 6.0 (10-37)
In primary care practices mean $\pm$ SD (range)	6 $\pm$ 5.8 (1-18)
Healthcare providers in primary care practices, n (%) Pharmacist Social worker Nurse practitioner Nutritionist Kinesiologist Psychologist	20 (95) 20 (95) 12 (57) 10 (48) 8 (38) 7 (33)

Physiotherapist	4 (19)
Family physician with expertise in CP	3 (14)
Ergotherapist	2 (10)
CP management experience	
Pain training undergraduate (hours) mean $\pm$ SD (range)	10 $\pm$ 21.4 (0-60)
I don't know, n(%)	9 (43)
Pain training post-graduated (hours) mean $\pm$ SD (range)*	0 $\pm$ 3.3 (0-15)
% patient living with CP followed in the past 7 days mean $\pm$ SD (range)*	24.5 $\pm$ 18.5 (1-75)
Level of comfort with CP management (0-10) mean $\pm$ SD (range)*	4.5 $\pm$ 2.0 (1-8)
Living personally with CP n(%)*	6 (30)
Having loved ones living with CP n(%)*	7 (35)

*Missing data: 1 to 3 unanswered questions.

**Remote resource regions as defined by Revenu Quebec (i.e., the provincial revenue agency): Bas-Saint-Laurent, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Non-remote regions are near a major urban center.

CP: Chronic pain

SD: Standard deviation

Table 2 outlines the main barriers and facilitators to integrating primary care nurses into CP management. The findings, presented in Table 2 and the following sections, are organized according to the i-PARIHS framework's core constructs (*Innovation, Recipients, Context*) and their associated implementation factors.

Table 2. Barriers and Facilitators to Integrating Primary Care Nurses in Chronic Pain Management

i-PARISH constructs	Shared barriers	Potential or current facilitators
<i>Innovation: Integrating CP management into nursing primary care</i>		
<i>Useability</i>	- Activity list without clear sequencing.	- Online toolkit provide concrete guidance. - Flowcharts and visual tools make activities more applicable in daily care.
<i>Degree of fit</i>	- Sometime confined to evaluation activities.	- Naturally aligned with chronic care practices
<i>Degree of novelty</i>	- No distinction between acute vs CP. - Unfamiliar with psychosocial aspects.	- Broadens nursing scope and skills.
<i>Clarity</i>	- Unclear CP integration within medical focus.	- CP-driven integration based on patient priorities.
<i>Relative Advantage</i>		- Close nurse–patient relationships build therapeutic alliance. - Nursing follow-up strengthens education and support.
<i>Recipients: Characteristics of Nursing Staff and Professional Practice in Primary Care</i>		
<i>Motivation</i>	- Perceived pressure from patient expectations. - Low CP caseload lower relevance.	- Readiness for added responsibility. - Seeking professional recognition.
<i>Values and beliefs</i>	- Some CP activities are “not nursing”.	- Nursing identity anchored in support and education.

<i>Skills and knowledge</i>	- Lack of CP-specific training.	- Openness to further training, interest in multimodal strategies and pharmacotherapy.
<i>Learning environment</i>	- Few structured learning opportunities. - Unclear where to find CP training.	- Peer learning via virtual communities. - Informal mentorship by CP experts (physicians).
<i>Time and resources</i>	- Uneven ability to adapt consultation time. - Lack of CP nursing practical guide. - Limited awareness of community-based CP resources.	- Selected CP activities integrated in care. - Use of CP validated screening tools.
<i>Professional boundaries</i>	- Unclear scope of nursing autonomy in CP care. - Reliance on physicians and medical solutions.	- Shared agreement on nursing role boundaries.
<i>Collaboration and teamwork</i>	- Limited access to other professionals in CP. - Coordination challenges with information technology systems.	- Emphasizing teamwork as central to CP management.
<i>Context – Local et organizational: Primary care settings</i>		
<i>Organizational priorities</i>	- CP overshadowed by other priorities. - Nursing activities shaped by physician-determined priorities.	- Emerging recognition of CP into primary care.

<i>Formal and informal leadership support</i>	- Cumbersome organizational decision-making.	- Informal physician support, those managing many CP patients.
<i>Mechanisms for embedding change</i>	- Unclear pathways for nursing innovation.	- Pilot projects & structured protocols to integrate CP.
<i>Context – External: Health care network</i>		
<i>Inter-organizational network</i>	- Access barriers to pain clinics (wait times, distance). - Poor coordination with specialized care.	- Direct mentorship from pain specialists.

CP: Chronic pain

Innovation: Integrating CP management into nursing primary care

Useability

The results of the Delphi survey, which included 41 nursing activities and their prioritization, were shared with the participating nurses. Many nurses found the list of activities “*overwhelming*” and advocated for simplification. They proposed using a flowchart instead of a list to visually represent the nursing activities, aiming to clarify their role in the workflow or decision-making process. According to the nurses, this approach would reduce cognitive load, streamline intervention steps, and ultimately enhance clinical judgment in CP management. The idea of a toolkit emerged, in which information would be organized thematically and accessible online, with video clips enhancing the content. One nurse mentioned: “*It’s like medications, pharmacology. [Another link is] what resources are available... pain clinics or others... so we can quickly find the information.*” (FG2-N7) Nurses supported this, proposing that the toolkit follow a structured care model with sections for screening, follow-up, and relevant tools at each stage. As one nurse highlighted: “*It’s important to understand the definition of CP and recognize it, even if the physician hasn’t explicitly mentioned it. Standardized tools should also be better understood, and nurses should be encouraged to use them*” (FG4-N2)

Degree of Fit and Degree of Novelty

Most nurses perceived CP management as a natural extension of their competencies, drawing parallels with other chronic conditions: *“It’s all things... that make sense with what we’re used to doing... just adapted more to pain”* (FG3-R2). Some nurses described CP management as *“a nursing practice domain activity”* (FG1-N2), part of broader health monitoring, including sleep, stress, and lifestyle habits. However, one nurse pointed out that a common mistake among healthcare providers is treating CP as acute pain, which can hinder proper management (FG4-N1). Indeed, it was evident from the comments of the majority of participants that they viewed pain as an acute symptom rather than a chronic condition. One nurse admitted having no training: *“I don’t really do it at all... I know how to do the PQRST*, but for CP, I’ve had no training”* (FG2-N3). *Basic acute pain assessment skill: P-provocation/palliation, Q-quality/quantity, R-region, S-associated symptoms, T-timing

Most nurses expressed feeling unprepared and uncomfortable with long-term CP management: *“I’m afraid of... what do I do after [the initial assessment]? Once you’ve assessed it, you can’t just stop there”* (FG2-N6). Some worried their interventions could *“make things worse”* (FG2-N4). Many felt limited follow-up, with one nurse saying, *“I don’t go beyond assessing [pain]”* (FG4-N7), and another adding, *“I document it in the notes, and often it stops there”* (FG4-N5).

Finally, regarding the psychological aspects of CP, some nurses noted their discomfort: *“Personally, I confront my discomfort and explore the impact on mood, functioning, etc., but sometimes I feel like I’m opening a Pandora’s box”* (FG4-N3). Also, some felt addressing the emotional needs of CP patients is outside their role and better suited to social workers or psychologists.

Relative Advantage and Clarity

Some nurses believed they could provide valuable educational and emotional support, unlike the often-brief consultations with physicians, as one nurse explained: *“There’s definitely added value, especially since the medical staff is often overwhelmed. Instead of leaving the*

patient to manage independently, we can offer better support, adjust more effectively, and refer them to different services” (FG1-N2). Another added:

“I think it's relevant for the nurse in primary care to be involved in CP. In primary care, nurses are better connected with patients. We have a relationship with them, we see them regularly, and we can take the time needed, which adds value. You know, we're family nurses, right?” (FG1-N2).

Nurses emphasized that involving primary care nurses in CP management could enhance continuity of care: *“If the first line [primary care] does its job well, it can reduce wait times for second-line care. Sometimes there are referrals, and it can take a long time before care is provided. So that means, we have our part to play” (FG4-N2).*

However, operationalizing CP management into nursing practice remained unclear, with a divide between holistic, comorbidity-focused care and a more medicalized approach. As one nurse questioned: *“We integrate it, but how? How do we focus only on CP? The challenge is finding the right balance” (FG1-N2).* Another nurse suggested:

“We could integrate it into our routine practice without making it a separate service. Just be more alert when we have a patient in our office dealing with pain. And it would also be helpful to have the right tools because. If I'm seeing a patient for diabetes but they're struggling with pain and poor sleep or anything, their priority might not be their blood sugar, you know?” (FG3-N2)

Recipients: Characteristics of Nursing Staff and Professional Practice in Primary Care Motivation and Values and Beliefs

Nurses expressed mixed motivations for integrating CP management, citing challenges like *“burdensome, demanding, and challenging” (FG3-N1).* A few noted the lack of CP cases in their caseloads, limiting the need to develop expertise. However, most nurses were open to taking on more CP management responsibilities. Some believed that *“with training, we... could certainly do it!” (FG1-N1),* while others emphasized, *“we should be more capable of doing it than we are right now... but, without trying to be too hard on ourselves, we can't do things we haven't been trained for [laughs]” (FG4-N2).* One nurse added, *“I think we need*

to step up, be taken seriously, and develop expertise... We also need to push boundaries and show leadership in this area” (FG4-N5).

Skills and Knowledge and Learning Environment

Many nurses reported no training in pain management, or it was many years ago, with limited opportunities to improve their expertise. They stressed the need for education before engaging in CP management, as shown here:

“When I see the list of activities, like teaching meditation, breathing techniques, and other pain management strategies, I’m completely lost” (FG2-N2).

“Maybe more than just medication ... maybe there are other things, other services we can use for CP. I don’t know much, aside from physiotherapy or chiropractic care—are there other options available that we can refer patients to, to help manage the pain?” (FG3-N4)

Nurses agreed that their virtual community of practice they have in the province is the best platform for enhancing skills, as *“It’s about having a place to really discuss things, sometimes talking through case stories” (FG4-N6).* They also consulted physicians and, less frequently, relied on their professional order or nurse managers for continuing education.

Time and Resources

The lack of time to address aspects of CP was a common barrier. Depending on their care organization, nurses discussed the need to review time management to integrate CP care. One nurse shared:

“It could happen that I catch [CP] on the fly and decide to spend time on it. But doing it daily, I’d almost have to reconsider how much time I allocate to my appointments. And my appointments are already hard to get, with about a month-long wait.” (FG2-N6)

However, another nurse, who had the autonomy to create her schedule, found it easier to integrate CP into her routine:

“So often, we hesitate to open the door to another issue because we know it could spiral out of control. What I do when I see another problem is schedule another appointment just to discuss that specific issue. Once I have a complete assessment, I can refer it to the physician.” (FG4-N1)

Some suggested incorporating one or two of our priority CP nursing activities, such as assessing pain and establishing a therapeutic alliance with empathy, during consultations for other chronic conditions.

The absence of a formal nursing protocol for CP management, similar to those for conditions like diabetes or hypertension, was another challenge. Nurses felt that a structured framework would reassure them and help them feel more confident:

“Maybe we need a template, like knowing the questions beforehand. That way, the nurse can focus on what the patient is saying and where we’re going with it. I don’t think anyone could start assessing CP overnight. Honestly, I don’t feel comfortable doing that, with everything it involves—substance use, life impacts, etc.” (FG4-N6)

Otherwise, many nurses suggested using a systematic screening tool for CP as a first step to improving CP assessments.

Nurses noted a lack of familiarity with community resources, and improved knowledge of these resources would help them *“empower patients to manage their condition and provide pain management solutions”* (FG1-N1). Although some nurses had found online resources, they admitted they weren't sufficiently trained to use them effectively:

“I randomly came across a great online resource about CP, with really nice tools on physical activity and task management. Super simple stuff, and I was like, wow, I didn’t even know this existed! So yeah, there’s definitely a lack of training, resources, and knowing where to find them.” (FG2-N1)

Collaboration and Teamwork and Professional Boundaries

Many nurses highlighted the need for clearer role definitions in CP management, noting that physicians often overlook their role, leading to unclear delegation and resulting in emotional and operational overload for nurses. As one nurse put it:

“I’m pretty much on the same page as the other nurses. If pain management came as a request from the physicians, well, they’re kind of at a loss with CP. It’s like they expect us nurses to handle everything.” (FG3-N3)

Paradoxically, this lack of clarity also increased insecurity about clinical competencies, leading nurses to rely on physicians and specialists for CP care. One nurse admitted: *“I would have tended to throw it back to the physician... because they’re the boss when it comes to medication”* (FG2-N2). Another felt *“not professionally autonomous”* enough for effective follow-ups (FG3-N4), and another noted, *“we quickly fall into medical solutions”* (FG1-N2), highlighting the need for nurses to develop independent activities for CP management.

Nurses valued interdisciplinary collaboration, especially with physiotherapists and occupational therapists, for assessing pain's functional impact. Many of them regularly referred patients to kinesiologists for adapted physical exercise programs. However, limited access to these professionals and difficulties in sharing information hindered patient care. As one nurse explained, improved communication tools and structured collaboration frameworks are essential:

“Here, all professionals in primary care use the same platform, so sharing info works well. But when we bring in occupational therapists, physios, or kinesiologists from different places, they don’t always have access to our notes or know where we’re at. And vice versa—we don’t always know where they are in their process. So, the flow of information is a real issue.” (FG2-R5)

Context – Local et organizational: Primary care settings

Organizational Priorities, Formal and Informal Leadership Support and Mechanisms for Embedding Change

Nurses reported differing awareness of CP management across organizations. While some noted increased attention through new courses and interprofessional discussions, others highlighted that CP was not prioritized in certain settings. One nurse shared: *“We recently reorganized our services and considered what to keep, remove, or add. At no point did CP come up. We even asked other physicians for proposals, and it didn’t come up then either”* (FG3-N2).

Nurses often felt pressured to align with organizational priorities, usually set by physicians. As one nurse put it: *“Here it’s quite specific... [the physicians] expect us to do this, that, and*

this” (FG1-N3). Decision-making in primary care could be slow, requiring consensus from all physicians, which hampered the adoption of new practices. One nurse expressed discomfort with initiating new practices: “*Starting from scratch, like, “Okay, I’m doing CP now, look at me” [laughs]—that’s when I’d feel a bit awkward*” (FG2-N6). Some nurses believed that if physicians with heavy CP caseloads expressed a need for change, it could be more readily accepted.

To address these organizational barriers, many nurses suggested piloting CP management projects. These initiatives could help integrate CP management and foster a supportive environment, where organizational leadership backed nurses in taking on more defined roles. One nurse shared a relevant analogy:

“Before the Alzheimer’s plan [measures to improve care in primary care of Alzheimer’s disease in Quebec], physicians did most of the assessments. But after training, I became the go-to person for Alzheimer’s in the clinic. It took solid training—about three weeks! Someone came into the clinic to evaluate cases with me, correct my notes, and help me with how I was taking them, target the questions: what do you really mean?” (FG4-N4)

Context – External: Health care network

Inter-Organizational Network

Nurses highlighted major CP management gaps, including long pain clinic waiting times and geographic barriers. Another challenge was the lack of communication between primary and specialized care: “*The care team makes a referral, but after that, what happens? It feels like we don’t get any feedback*” (FG1-N2). To bridge this gap, some nurses proposed collective follow-up approaches with specialized clinics.

Nurses also expressed a strong desire for direct mentorship from specialized pain clinics to encourage inter-organizational collaboration and provide hands-on learning. One nurse noted: “*What I’d really like is to see that team in action... not just the evaluation, but the interventions, the procedures... what we do with a patient with CP beyond the basics*” (FG4-N5). This exposure would help build nurses’ confidence and practical skills for CP management.

DISCUSSION

The study aimed to explore the barriers and facilitators to integrating primary care nurses into CP management to better understand factors influencing their integration before implementing strategies. Three key findings emerged: 1) insufficient training in CP management for primary care nurses highlighted the need for ongoing education and capacity-building, 2) clarifying nursing roles and strengthening teamwork can help nurses extend care beyond pain assessment, and 3) raising awareness among primary care managers was crucial, as their leadership drives change. The following sections will delve deeper into these findings, organized according to the three core constructs of the i-PARIHS framework.

Innovation

Our study identifies a key issue in CP management by primary care nurses: the tendency to treat pain as a symptom, rather than a chronic disease requiring long-term, holistic care. Nurses in our study often relied on acute pain frameworks for assessment, despite the persistent nature of CP, which calls for comprehensive management strategies (Cohen et al., 2021). The discussions with primary care nurses also revealed a terminology centred around "acute symptoms". In the Delphi survey (Bernier et al., 2025), patients prioritized support, reassurance, and guidance for self-management, rather than the immediate resolution of pain. In contrast, nurses who participated in focus groups felt pressure to "resolve" pain, reflecting a misalignment with patient needs and goals as reported by a recent study (Naye et al., 2024).

This misalignment is consistent with chronic disease management literature (Dufour, 2022; Reynolds et al., 2018), which emphasizes the importance of nursing interventions such as self-management support and system design improvements to enhance patient outcomes. However, our study highlights a significant gap between what nurses are accustomed to doing, focusing narrowly on symptom assessment, and what is required for comprehensive CP management. Since our nursing activity recommendations were seen as complex and unclear in relation to clinical workflows, this disconnect complicates the adoption of expanded roles and responsibilities. To address this, knowledge translation research stresses the importance of developing practical, user-friendly strategies in collaboration with end

users (primary care nurses) ensuring tools are relevant and integrated into clinical workflows. (Harvey & Kitson, 2016).

Recipients

Our study highlights key facilitators among nurses, such as motivation, desire for professional recognition, and openness to collaboration, but also significant barriers to CP management. A primary challenge is the disconnect between nurses' perceived roles and actual capabilities, which may be exacerbated by medical-driven (Breton et al., 2011) and protocol-driven (Ariane Girard et al., 2021; Poitras et al., 2016) primary care culture, leaving nurses uncertain about their contributions. Role ambiguity can result in tension, conflict, reduced job satisfaction, and strained team dynamics (Katz & Kahn, 1978), which mirrors findings from previous studies on the negative impact of poorly defined nursing roles in primary care (Halcomb et al., 2018). Therefore, addressing role clarity will be essential to sustaining nurse motivation and ensuring effective implementation of CP management (Harvey & Kitson, 2016).

Additionally, our study reveals limited opportunities for interdisciplinary collaboration, mirroring challenges in CP management identified in the literature (McEwen et al., 2022). Nurses in our study reported minimal engagement with allied health professionals, such as physiotherapists and psychotherapists, and often relied on available team members rather than those with specialized CP expertise, potentially leading to suboptimal care (Cohen et al., 2021). This finding aligns with research emphasizing the importance of interprofessional collaboration for effective pain management (Connell et al., 2022). These factors highlight the need for structured collaboration, as studies show that clearly defined roles and structured communication between nurses and providers improve teamwork in CP management and reduce redundancy (Giannitrapani et al., 2018).

Finally, our findings stress the need to strengthen nursing knowledge in CP management. Many nurses lacked awareness of available resources and formal education in managing pain and its psychological dimensions (Bergeron et al., 2015b; Halcomb et al., 2019; McInnes et al., 2022; Watt-Watson et al., 2009). However, resources such as tele-mentoring programs,

online modules, and professional workshops have been identified as promising avenues to address these gaps (McEwen et al., 2022). In addition, professional organizations, seen as valuable dissemination channels by the literature (Ashcraft et al., 2022) and by our participants (e.g., *Quebec Virtual Community of Practice for Family Medicine Groups' nurses*), should be better integrated into implementation strategies to ensure accessibility and utilization in CP management.

Context

Considering the Context characteristics, integrating nurses into CP management within primary care requires a systemic shift that considers the interconnectedness of professional roles and organizational context. This need for change aligns with the implementation science in healthcare, which underscores the importance of local opinion leaders (Fontaine et al., 2024) and organizational readiness (A. Girard et al., 2021) in effectively implementing change. However, our study revealed a lack of a unified vision among stakeholders, with nurses perceiving CP as insufficiently prioritized in their primary care settings. Yet, literature emphasizes the importance of shared organizational goals (Harvey & Kitson, 2016). Furthermore, organizational culture and structure influence both the tasks of employees and the scope of practice for primary care nurses (Halcomb & Ashley, 2019; Porter-O'Grady, 2019), similar dynamics were observed in our study.

Although the Quebec and Canadian Pain Action Plans have advanced awareness and practice development (Health Canada, 2021; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2021), these frameworks were not part of the discourse among the nurses we interviewed. Despite advancements in the recognition of CP at political and societal levels, the challenge now lies in connecting national strategies with the capacities of primary care organizations. Bridging this gap requires enhancing the "absorptive capacity" of these organizations, defined as their ability to adopt, assimilate, and apply new knowledge (Godfrey et al., 2023). Therefore, our findings underscore the importance of engaging decision-makers at local, organizational, and systemic levels, ensuring that CP management becomes a priority at every level of primary care.

Recommendations

The identification of barriers and facilitators (Table 2) was a crucial first step in optimizing the integration of primary care nurses in CP management. Using the i-PARIHS framework, our findings suggest that while some aspects of the *Innovation* need further clarification, addressing challenges in the *Recipients* and *Context* components is key to facilitating CP nursing management in primary care.

Key needs for primary care nurse capacity-building include: 1) training on the distinction between acute and CP, 2) education on pain management and community resources, 3) improved collaboration with pain clinics, including internship opportunities, and 4) better use of communities of practice to promote training and best practices. This aligns with recent literature emphasizing the effectiveness of multifaceted strategies, education, mentorship, and tailored interventions, in improving outcomes and advancing nursing practice (Ashcraft et al., 2024; Ashcraft et al., 2022; Fontaine et al., 2024).

To support systemic change, establishing an advisory board with key stakeholders, including nurses, physicians, and primary care managers, is crucial for guiding strategies and aligning them with CP action plans. In parallel, fostering stronger dialogue between national and provincial strategies and frontline clinicians will be essential for effective implementation. Initiatives such as *Pain Canada*, created in response to Health Canada's 2021 *Action Plan for Pain in Canada*, illustrate how connecting people living with pain, organizations, researchers, and clinical experts can help build national capacity and keep lived experience at the center of decision-making.

Strengths and Limitations

The use of online focus groups provided flexibility and accessibility, allowing nurses from various remote and rural areas and with different practice profiles (age and experience) to participate. Small group sizes (4-7) facilitated in-depth online discussions, enhancing data richness. Active participation from three team members in each group strengthened the credibility and objectivity of the findings. This collaborative approach ensured that diverse perspectives were considered, which ultimately contributed to a more robust and reliable

analysis. Some limitations are however worth addressing. First, the variability in primary care organizations, across number of professionals, size of registered patients, delivery of services, and funding, may limit the transferability of results to all primary care settings. In terms of focus group format, the lack of in-person interaction could have affected the dynamics of discussions, but this did not appear to affect our study, as all participants engaged actively. Additionally, the digital format may have excluded nurses with limited technology access. We however experienced very few ‘no-shows’, which reflects the effectiveness of this approach. Overall, the online approach proved effective for gathering diverse insights while managing logistical challenges.

Conclusion

This study highlights significant challenges faced by nurses in primary care settings to implement CP management activities. While it is possible to identify a list of relevant nursing activities to improve CP management, their effective uptake and impact depend on their feasibility and integration into day-to-day practice. This underscores the importance of advancing research in implementation science to address this gap. Nurses are willing to integrate pain assessment into their practice but require enhanced follow-ups, support and education. Addressing these needs through continuous training and a more collaborative approach could significantly improve CP management in primary care.

DECLARATION OF GENERATIVE AI AND AI-ASSISTED TECHNOLOGIES IN THE WRITING PROCESS

During the preparation of this work the authors used ChatGPT in order to review grammatical or spelling errors as our work language is French. After using this tool/service, the authors reviewed and edited the content as needed and take full responsibility for the content of the publication.

ACKNOWLEDGMENTS

AB is a recipient of doctoral scholarships from the ministère de l'Enseignement supérieur (MES) in partnership with Quebec universities, and from the Réseau intersectoriel de recherche en santé de l'Université du Québec (RISUQ). She also received travel awards from the Quebec Pain Research Network (QPRN).

FUNDING STATEMENT

This study was co-funded by the Institutional Research Chair in Chronic Pain Epidemiology led by AL at the *Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue*, and the CRMUS Research Chair on Optimal Professional Practices in Primary Care led by M-EP at *Université de Sherbrooke*.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors declare no conflicts of interest and no financial interests related to this study.

ETHICS APPROVAL STATEMENT

Ethics approval was obtained from the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue Ethics Board (Ref #: 2023-06_Bernier, Andréanne).

REFERENCES

- Aggarwal, M., Hutchison, B., Abdelhalim, R., & Baker, G. R. (2023). Building high-performing primary care systems: After a decade of policy change, is Canada “walking the talk?”. *The Milbank Quarterly*, 101(4), 1139-1190. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1468-0009.12674>
- Ashcraft, L. E., Goodrich, D. E., Hero, J., Phares, A., Bachrach, R. L., Quinn, D. A., Qureshi, N., Ernecoff, N. C., Lederer, L. G., Scheunemann, L. P., Rogal, S. S., & Chinman, M. J. (2024). A systematic review of experimentally tested implementation strategies across health and human service settings: Evidence from 2010-2022. *Implementation Science*, 19(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01369-5>
- Ashcraft, L. E., Moon, D. J., Merlin, J. S., Eack, S. M., & Rogal, S. S. (2022). Quantifying implementation strategy and dissemination channel preferences and experiences for pain management in primary care: a novel implementer-reported outcome. *Implementation Science Communications*, 3(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00378-z>
- Beaudin, J., Chouinard, M.-C., Girard, A., Houle, J., Ellefsen, É., & Hudon, C. (2022). Integrated self-management support provided by primary care nurses to persons with chronic diseases and common mental disorders: A scoping review. *BMC nursing*, 21(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01000-2>
- Becker, W. C., Bair, M. J., Picchioni, M., Starrels, J. L., & Frank, J. W. (2018). Pain management for primary care providers: A narrative review of high-impact studies, 2014-2016. *Pain Medicine*, 19(1), 40-49. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx146>
- Benes, L. L., Keefe, F. J., & DeBar, L. L. (2022). Treating persistent pain: A nurse co-led, interdisciplinary model for primary care. *Pain Management Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.07.004>
- Bergeron, D. A., Bourgault, P., & Gallagher, F. (2015a). Gestion de la douleur chronique par les infirmières des groupes de médecine de famille. *Pain research & management*, 20(2), 101-106. <https://doi.org/10.1155/2015/501616>
- Bergeron, D. A., Bourgault, P., & Gallagher, F. (2015b). Knowledge and beliefs about chronic non cancer pain management for family medicine group nurses. *Pain Management Nursing*, 16(6), 951-958. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.09.001>
- Bernier, A., Poitras, M. E., Poirier, M. D., Beaudoin, S., & Lacasse, A. (2025). Unleashing the Potential of Primary Care Nurses in Chronic Pain Management: A Delphi Study to Identify Priority Activities. *Pain management nursing*, S1524-9042(25)00191-2. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2025.05.007>
- Breton, M., Lévesque, J. F., Pineault, R., & Hogg, W. (2011). Primary care reform: Can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? *Healthc Policy*, 7(2), e122–e135
- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, 397(10289), 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Connell, N. B., Prathivadi, P., Lorenz, K. A., Zupanc, S. N., Singer, S. J., Krebs, E. E., Yano, E. M., Wong, H. N., & Giannitrapani, K. F. (2022). Teaming in interdisciplinary chronic pain management interventions in primary care: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1501-1512. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07255-w>

- Daniels, N., Gillen, P., Casson, K., & Wilson, I. (2019). STEER: Factors to consider when designing online focus groups using audiovisual technology in health research. *International Journal of Qualitative Methods*, 18. <https://doi.org/10.1177/1609406919885786>
- Dufour, E. (2022). *Mesure et analyse des pratiques infirmières en soins de première ligne en contexte de gestion des maladies chroniques*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ressources_humaines/Stage/Soins_infirmiers_maladies_chroniques.pdf
- Ferguson, M., Svendrovski, A., & Katz, J. (2020). Association between multimorbid disease patterns and pain outcomes among a complex chronic care population in Canada. *Journal of Pain Research*, 13, 3045-3057. <https://doi.org/10.2147/jpr.S269648>
- Finley, C. R., Chan, D. S., Garrison, S., Korownyk, C., Kolber, M. R., Campbell, S., Eurich, D. T., Lindblad, A. J., Vandermeer, B., & Allan, G. M. (2018). What are the most common conditions in primary care? Systematic review. *Canadian family physician*, 64(11), 832-840.
- Fontaine, G., Vinette, B., Weight, C., Maheu-Cadotte, M.-A., Lavallée, A., Deschênes, M.-F., Lapierre, A., Castiglione, S. A., Chicoine, G., Rouleau, G., Argiropoulos, N., Konnyu, K., Mooney, M., Cassidy, C. E., Mailhot, T., Lavoie, P., Pépin, C., Cossette, S., Gagnon, M.-P.,... Middleton, S. (2024). Effects of implementation strategies on nursing practice and patient outcomes: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Implementation Science*, 19(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01398-0>
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *The American psychologist*, 69(2), 119-130. <https://doi.org/10.1037/a0035514>
- Giannitrapani, K. F., Ahluwalia, S. C., Day, R. T., Pisciotto, M., Dobscha, S., & Lorenz, K. (2018). Challenges to teaming for pain in primary care. *Healthcare*, 6(1), 23-27. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2017.06.006>
- Girard, A., Ellefsen, É., Roberge, P., Bernard-Hamel, J., & Hudon, C. (2021). Adoption of care management activities by primary care nurses for people with common mental disorders and physical conditions: A multiple case study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(5), 838-855. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12788>
- Girard, A., Roberge, P., Ellefsen, D., Bernard-Hamel, J., Carrier, J. D., & Hudon, C. (2021). The influence of contextual factors on the process of formulating strategies to improve the adoption of care manager activities by primary care nurses. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 20. <https://doi.org/10.5334/ijic.5556>
- Godfrey, C. M., Kircher, C., Ashoor, H. M., Ross-White, A., Glandon, L., Wilson, R., McSharry, J., Tricco, A. C., Zitzelsberger, L., Kaan, D., & Sears, K. (2023). Absorptive capacity in the adoption of innovations in health: A scoping review. *JBIM evidence synthesis*, 21(1), 6-32. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00436>
- Graham, I. D., & Tetroe, J. M. (2011). The Knowledge To Action framework. In J. Rycroft-Malone & T. Bucknall (Eds.), *Models and frameworks for implementing evidence-based practice : Linking evidence to action* (pp. 207-222). John Wiley & Sons.

- Halcomb, E., & Ashley, C. (2019). Are Australian general practice nurses underutilised? An examination of current roles and task satisfaction. *Collegian*, 26(5), 522-527. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.02.005>
- Halcomb, E., Smyth, E., & McInnes, S. (2018). Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: An integrative review. *BMC family practice*, 19(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0819-1>
- Halcomb, E. J., McInnes, S., Patterson, C., & Moxham, L. (2019). Nurse-delivered interventions for mental health in primary care: A systematic review of randomized controlled trials. *Family practice*, 36(1), 64-71. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz101>
- Haroutounian, S., Holzer, K. J., Kerns, R. D., Veasley, C., Dworkin, R. H., Turk, D. C., Carman, K. L., Chambers, C. T., Cowan, P., Edwards, R. R., Eisenach, J. C., Farrar, J. T., Ferguson, M., Forsythe, L. P., Freeman, R., Gewandter, J. S., Gilron, I., Goertz, C., Grol-Prokopczyk, H.,... Vollert, J. (2024). Patient engagement in designing, conducting, and disseminating clinical pain research: IMMPACT recommended considerations. *Pain*, 165(5), 1013-1028. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003121>
- Harvey, G., & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implementation Science*, 11(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
- Health Canada. (2020). *Working together to better understand, prevent and, manage chronic pain: What we heard*. Canadian Pain Task Force. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2020-rapport/report-2020.pdf>
- Health Canada. (2021). *An action plan for pain in Canada*. Canadian Pain Task Force. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>
- Hylands-White, N., Duarte, R. V., & Raphael, J. H. (2017). An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatology international*, 37(1), 29-42. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8>
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2nd ed.). J. Wiley.
- Kress, H. G., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Collett, B., Coluzzi, F., Huygen, F., Jaksch, W., Kalso, E., Kocot-Kępska, M., Mangas, A. C., Ferri, C. M., Mavrocordatos, P., Morlion, B., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Hernández, C. P., & Sichère, P. (2015). A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: Change is needed. *Current medical research and opinion*, 31(9), 1743-1754. <https://doi.org/10.1185/03007995.2015.1072088>
- Lukewich, J., Mann, E., VanDenKerkhof, E., & Tranmer, J. (2015). Self-management support for chronic pain in primary care: A cross-sectional study of patient experiences and nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2551-2562. <https://doi.org/10.1111/jan.12717>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

- McCalmont, J. C., Jones, K. D., Bennett, R. M., & Friend, R. (2018). Does familiarity with CDC guidelines, continuing education, and provider characteristics influence adherence to chronic pain management practices and opioid prescribing? *Journal of Opioid Management*, 14(2), 103-116. <https://doi.org/10.5055/jom.2018.0437>
- McEwen, V., Esterlis, M., Lorello, G. R., Sud, A., Englesakis, M. F., & Bhatia, A. (2022). A scoping review of gaps identified by primary care providers in caring for patients with chronic non-cancer pain. *Canadian Journal of Pain*, 7(1). <https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2145940>
- McInnes, S., Halcomb, E., Ashley, C., Kean, A., Moxham, L., & Patterson, C. (2022). An integrative review of primary health care nurses' mental health knowledge gaps and learning needs. *Collegian*, 29(4), 540-548. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.12.005>
- McQueenie, R., Jani, B. D., Siebert, S., McLoone, P., McCowan, C., Macdonald, S., Mair, F. S., & Nicholl, B. I. (2021). Prevalence of chronic pain in LTCs and multimorbidity: A cross-sectional study using UK biobank. *Journal of multimorbidity and comorbidity*, 11. <https://doi.org/10.1177/26335565211005870>
- Mental Health Research Canada. (2024). *Understanding the mental health of Canadians through COVID-19 and beyond: Poll #19*. Mental Health Research Canada : Toronto. <https://www.mhrc.ca/findings-of-poll-19>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook* (4th ed.). Sage.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2021). *Continuum de soins et de services en douleur chronique - Orientations et lignes directrices 2021-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003204/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2022). *Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF accès-réseau)*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupe-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2024). *Accès aux services médicaux de première ligne*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/acces-premiere-ligne/>
- Morgan, D. L. (2019). *Basic and advanced focus groups*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781071814307>
- Naye, F., Légaré, F., Cachinho, C., Gérard, T., Toupin-April, K., Sasseville, M., Paquette, J.-S., LeBlanc, A., Gaboury, I., Poitras, M.-E., Li, L. C., Hoens, A. M., Poirier, M.-D., Tousignant-Laflamme, Y., & Décary, S. (2024). People living with chronic pain in Canada face difficult decisions and decisional conflict concerning their care: Data from the national DECIDE-PAIN survey. *BMC Primary Care*, 25(1), 424. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02667-z>
- Office of the Commissioner of Official Languages of Canada. (2021). *Snapshots of official languages in Canada*. <https://www.clo-ocol.gc.ca/en/tools-resources/snapshots-official-languages-canada>
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M., Girard, A., & Gallagher, F. (2016). Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 126(3), 24-37. <https://doi.org/10.3917/rsi.126.0024>

- Pomey, M.-P., Dumez, V., Boivin, A., Rouly, G., Lebel, P., Berkesse, A., Descoteaux, A., Jackson, M., Karazivan, P., & Clavel, N. (2019). The participation of patients and relatives in Quebec's health system: The Montreal model. In M.-P. Pomey, J.-L. Denis, & V. Dumez (Eds.), *Patient engagement: How patient-provider partnerships transform healthcare organizations* (pp. 17-61). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14101-1_3
- Porter-O'Grady, T. (2019). Principles for sustaining shared/professional governance in nursing. *Nursing Management*, 50(1), 36-41. <https://doi.org/10.1097/01.Numa.0000550448.17375.28>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S., & Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC family practice*, 19(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3>
- Rometsch, C., Martin, A., Junne, F. et Cosci, F. (2025). Chronic pain in European adult populations: a systematic review of prevalence and associated clinical features *Pain*, 166(4), 719-731. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003406>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Steingrimsdóttir, Ó. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092-2107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009>
- Swanson, M., Wong, S. T., Martin-Misener, R., & Browne, A. J. (2020). The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: A scoping review. *Nursing open*, 7(4), 1197-1207. <https://doi.org/10.1002/nop2.496>
- Thorne, S. E. (2016). *Interpretive description : Qualitative research for applied practice* (2nd ed.). Routledge.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S.,...Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Watt-Watson, J., McGillion, M., Hunter, J., Choiniere, M., Clark, A. J., Dewar, A., Johnston, C., Lynch, M., Morley-Forster, P., Moulin, D., Thie, N., von Baeyer, C. L., & Webber, K. (2009). A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties

- in canadian universities. *Pain research & management*, 14(6), 439-444. <https://doi.org/10.1155/2009/307932>
- Willemsen, R. F., Aardoom, J. J., Chavannes, N. H., & Versluis, A. (2023). Online synchronous focus group interviews: Practical considerations. *Qualitative Research*, 23(6), 1810-1820. <https://doi.org/10.1177/14687941221110161>
- Zimmer, Z., Fraser, K., Grol-Prokopczyk, H. et Zajacova, A. (2022). A global study of pain prevalence across 52 countries: Examining the role of country-level contextual factors *Pain*, 163(9), 1740-1750. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002557>

3.3 Intégration mixte

Cette section présente les résultats émergents du devis mixte séquentiel explicatif qui avait pour objectif de déterminer les stratégies d'implantation à déployer pour favoriser l'intégration des activités infirmières dans la gestion de la DC en soins primaires, en tenant compte de la réalité de la pratique infirmière et des besoins des personnes vivant avec de la DC. Ils seront soumis pour publication ultérieurement (le minimum de deux articles scientifiques soumis au moment du dépôt initial étant respecté).

Tout d'abord, les stratégies à déployer issues de l'analyse des tableaux conjoints, basées sur le i-PARIHS seront exposées. Puis, l'analyse des résultats à travers la théorie de la diffusion de Rogers permettra d'identifier le stade d'adoption de l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC pour mettre en évidence les stratégies d'implantation à privilégier. Ultimement, ces résultats sont intégrés conjointement dans une proposition finale des stratégies visant à faciliter l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires.

3.3.1 Stratégies d'implantation selon les domaines de la pratique infirmière

Les stratégies d'implantation des activités infirmières pour la gestion de la DC découlant de l'analyse sont présentées dans la présente section pour chaque domaine du cadre de Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al. (2016) (évaluation globale, gestion des soins, promotion de la santé, collaboration interprofessionnelle). Il pourra être constaté, à la lecture des paragraphes subséquents, que ces stratégies d'implantation peuvent cibler une ou plusieurs des composantes du modèle i-PARIHS, à savoir l'innovation, les destinataires et le contexte, selon les besoins spécifiques de chaque domaine d'activité.

3.3.1.1 Domaine de l'évaluation globale

Le tableau 5 présente l'analyse comparative entre les activités infirmières en évaluation globale de la DC, les obstacles et leviers identifiés les plus influents sur leur implantation, en illustrant les points de convergence, de complémentarité, d'expansion et de divergence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs.

Tableau 5 : Analyse comparative des résultats relatifs au domaine de l'évaluation globale

Domaine : Évaluation globale Recueillir des données sur la DC (intensité, localisation, impacts), avec les antécédents, comorbidités, traitements et dimensions psychosociales, afin de guider le suivi.			
	Innovation (Gestion de la DC)	Destinataires (Personnel infirmier)	Contexte local (Soins primaires) Contexte externe (Système de santé)
Barrières	<u>Degré de nouveauté</u> - Manque de distinction entre la douleur aiguë et la DC - Peu familier avec les dimensions psychosociales <u>Clarté</u> - Approches de soins diversifiées (biomédicale vs intégrée)	<u>Motivation</u> - Faible cas perçu de personnes vivant avec de la DC <u>Valeurs et Croyances</u> - Certaines activités DC perçues comme « non infirmières » <u>Habiletés et connaissances</u> - Manque de formation spécifique en matière de DC <u>Temps et ressources</u> - Flexibilité de la gestion du temps de rendez-vous variable - Absence d'outils et de guides infirmiers spécifiques en DC	<u>Priorités organisationnelles</u> - Manque de reconnaissance de la DC comme priorité
Leviers actuels ou potentiels	<u>Degré de concordance</u> - Alignement avec les pratiques de soins en maladies chroniques <u>Clarté</u> - Intégration de la DC lors des consultations (priorités du patient). <u>Avantages relatifs</u> - Relation de proximité (interactions fréquentes) avec les patients	<u>Motivation</u> - Volonté d'assumer de nouvelles responsabilités <u>Temps et ressources</u> - Intégration de quelques activités clés liées à la DC lors des consultations - Utilisation d'outils spécialisés, tels que le dépistage de la DC	
Interprétation			
Points de convergence Facteurs déjà présents qui soutiennent l'adoption des activités infirmières.	Points de complémentarité Facteurs différents qui demandent de la coordination pour faciliter l'adoption.	Points d'expansion Leviers qui encouragent l'intégration de nouvelles activités infirmières.	Points de divergence Facteurs en opposition qui freinent l'adoption des activités infirmières.
Alignement avec les compétences existantes : Les activités proposées (ex. évaluation globale, usage d'outils validés) s'arriment bien avec les rôles et responsabilités infirmiers déjà en place, notamment dans la gestion des maladies chroniques. Approche centrée sur le suivi global : Le personnel infirmier est habitué à évaluer la personne dans sa globalité, ce qui inclut l'aspect biopsychosocial. Relations de proximité avec les personnes vivant avec de la DC : Les suivis fréquents permettent une évaluation en continu, facilitant l'intégration progressive de nouvelles activités liées à la DC.	Diversité des approches de soins : Une approche plus biomédicale vs intégrée influence l'aisance à aborder les aspects sociaux et psychologiques de la douleur. Perception variable de la fréquence des cas : Le nombre perçu de personnes vivant avec de la DC peut influencer la priorité donnée à ces interventions.	Intégration progressive d'activités clés : Commencer par quelques activités connues pour favoriser l'appropriation (ex. évaluer les habitudes de vie en lien avec la douleur). Formations continues ciblées : Offrir du développement professionnel spécifique sur la DC pour renforcer les connaissances et la confiance. Outils adaptés à la pratique infirmière : Favoriser l'usage de guides cliniques, grilles d'évaluation et d'outils de mesure validés dans les rendez-vous.	Manque de distinction entre douleur aiguë et DC : Peut entraîner une mauvaise évaluation des besoins ou une sous-reconnaissance de la DC. Inconfort face aux dimensions psychosociales : Le personnel infirmier se sent peu outillé pour intervenir sur ces aspects et croyance que certaines activités relèvent d'autres professions. Absence d'outils infirmiers spécifiques en DC : Rend difficile une évaluation structurée et complète, insécurité face à la qualité de soins. Manque de reconnaissance organisationnelle : La DC n'est pas toujours identifiée comme une priorité dans les organisations de soins, ce qui limite le potentiel de prise en charge. Temps limité pour approfondir : Les contraintes de gestion des horaires nuisent à l'intégration de nouvelles évaluations plus complexes ou plus longues.

Parmi les points de convergence, les résultats quantitatifs montrent que le personnel infirmier en soins primaires réalise déjà plusieurs activités en évaluation qui seraient transférables aux aspects de la DC (ex. consulter le dossier, utiliser des outils de mesure validés, explorer les activités quotidiennes, le sommeil, le travail ou la santé mentale). Ces résultats sont soutenus par les résultats qualitatifs, où le personnel infirmier rapporte que ces activités font naturellement partie de leur suivi global des personnes vivant avec des maladies chroniques. Il souligne aussi que sa proximité et la fréquence des rencontres lui permettent de créer des relations de confiance qui facilitent les évaluations.

Pour les points de complémentarité, si les résultats quantitatifs montrent que le personnel infirmier pourrait évaluer la douleur et ses différentes dimensions, les résultats qualitatifs révèlent que la manière de faire ces évaluations pourrait varier grandement. Tandis que certaines personnes infirmières adoptent une approche centrée sur le modèle biomédical, d'autres incluent les dimensions psychosociales. Cette distinction souligne l'importance de clarifier l'approche à préconiser dans la gestion de la DC, afin de favoriser une approche plus intégrée. Par ailleurs, certaines personnes infirmières croient aussi qu'elles voient peu de personnes vivant avec de la DC, ce qui peut limiter la capacité à bien reconnaître et évaluer la douleur.

Les résultats mettent également en lumière des points d'expansion, soit des leviers concrets pour favoriser l'adoption des activités d'évaluation de la DC. Du côté qualitatif, le personnel infirmier mentionne qu'il serait réaliste d'intégrer progressivement certaines activités dans les suivis existants (ex. évaluer l'intensité et l'interférence de la douleur, soutenir la gestion des effets secondaires de la médication). Il exprime aussi une motivation à développer des compétences et à assumer davantage de responsabilités dans ce domaine. Les résultats quantitatifs montrent l'importance des outils de mesure validés (ex. le *Brief Pain Inventory*) pour évaluer la douleur et ses dimensions pour enrichir les évaluations de la DC par le personnel infirmier. La mise en place de formations ciblées sur la DC apparaît également comme un levier essentiel pour renforcer les compétences et élargir la portée des activités infirmières dans les deux études.

Enfin, parmi les points de divergence, les résultats quantitatifs suggèrent une pratique déjà bien implantée en matière d'évaluation, les résultats qualitatifs montrent que le personnel infirmier manque de formation spécifique sur la DC, se sent moins à l'aise avec les aspects psychologiques ou sociaux, ou croient que certaines activités relèvent d'autres prestataires de soins. Il y a également un flou entre la douleur aiguë et la DC, ce qui peut nuire à l'évaluation. De plus, plusieurs barrières organisationnelles sont mentionnées, comme l'absence d'outils (c'est-à-dire des instruments concrets pour évaluer, suivre, documenter ou intervenir dans une situation clinique) et de guides (c'est-à-dire des documents de référence regroupant des recommandations et des références structurées fondées sur des données probantes, pour orienter la prise de décision) cliniques adaptés à la pratique infirmière, un manque de temps lors des rendez-vous, et le fait que la DC n'est pas toujours perçue comme une priorité par leur milieu.

Stratégies à déployer pour faciliter l'intégration de l'évaluation globale :

- Formations ciblées sur l'évaluation de la DC : Proposer de la formation continue spécifiquement axées sur la gestion de la DC et ces dimensions psychosociales et. (Innovation et Destinataires)
- Élaboration de guide d'évaluation : Développer des guides cliniques pour l'évaluation des dimensions de la DC afin d'assurer une gestion optimale. (Innovation et Destinataires)
- Utilisation systématique d'outils de mesure validés : Promouvoir l'utilisation d'outils de mesure validés, afin d'assurer des mesures reconnues. (Innovation et Destinataires)
- Amélioration de la gestion du temps : Revoir la gestion du temps pour permettre de consacrer suffisamment de temps à une évaluation globale personnes vivant avec de la DC, notamment en prenant en compte leurs besoins psychosociaux. (Innovation et Destinataires)
- Sensibilisation aux dimensions psychosociales de la douleur : Sensibiliser le personnel infirmier et offrir du soutien pour les aider à mieux gérer l'aspect émotionnel de la DC, et ainsi à se sentir plus à l'aise dans l'évaluation. (Innovation et Destinataires)

- Clarification des rôles : Mettre en place des initiatives pour clarifier les rôles du personnel infirmier dans l'évaluation de la DC, notamment pour les aspects psychologiques et psychosociaux. (Destinataires et Contexte)

3.3.1.2 Domaine de la gestion des soins

Le tableau 6 présente l'analyse comparative entre les activités infirmières en gestion des soins de la DC, les obstacles et leviers identifiés les plus influents sur leur implantation, en illustrant les points de convergence, de complémentarité, d'expansion et de divergence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs.

Tableau 6 : Analyse comparative des résultats relatifs au domaine de la gestion des soins

Domaine : Gestion de soins			
Organiser et coordonner les soins, ajuster les ressources en lien avec le plan de traitement, afin d'assurer une prise en charge continue, sécuritaire et adaptée à l'évolution de la DC.			
	Innovation (Gestion de la DC)	Destinataires (Personnel infirmier)	Contexte local (Soins primaires) Contexte externe (Système de santé)
Barrières	<u>Degré de concordance</u> - Parfois limité aux activités d'évaluation <u>Degré de nouveauté</u> - Manque de distinction entre la douleur aiguë et la DC - Peu familier avec les dimensions psychosociales. <u>Clarté</u> - Approches de soins diversifiées (biomédicale vs intégrée)	<u>Motivation</u> - Pression perçue liée aux attentes des patients <u>Habiletés et connaissances</u> - Manque de formation spécifique en matière de DC <u>Temps et ressources</u> - Absence d'outils et de guides infirmiers spécifiques pour la DC - Méconnaissance des ressources communautaires en DC <u>Frontières professionnelles</u> - Incertitude quant à l'autonomie infirmière en gestion de la DC - Forte dépendance aux médecins et aux solutions médicales <u>Collaboration et travail d'équipe</u> - Accès limité à d'autres professionnels impliqués en DC - Défis de coordination liés aux systèmes d'information	<u>Priorités organisationnelles</u> - Manque de reconnaissance de la DC comme priorité <u>Mécanismes pour intégrer le changement</u> - Mécanismes flous pour initier des pratiques infirmières innovantes <u>Réseaux et relations interorganisationnelles</u> - Accès aux cliniques de la douleur est limité (délais d'attente, éloignement géographique) - Peu de coordination entre les soins primaires et les cliniques spécialisées
Leviers actuels ou potentiels	<u>Degré de concordance</u> - Alignement avec les pratiques de soins en maladies chroniques <u>Degré de nouveauté</u> - Possibilité d'élargir les compétences en soins infirmiers <u>Clarté</u> - Intégration de la DC lors des consultations (priorités du patient) <u>Avantages relatifs</u> - Relation de proximité (interactions fréquentes) avec les patients	<u>Motivation</u> - Volonté d'assumer de nouvelles responsabilités <u>Valeurs et Croyances</u> - Identité infirmière ancrée dans le soutien et l'éducation <u>Habiletés et connaissances</u> - Intérêt pour les stratégies multimodales de traitement de la douleur et la pharmacothérapie	<u>Priorités organisationnelles</u> - Émergence de la gestion de la DC dans certaines organisations de soins primaires <u>Mécanismes pour intégrer le changement</u> - Mise en œuvre de projets pilotes et d'outils structurés pour intégrer la gestion de la DC
Interprétation			
Points de convergence Facteurs déjà présents qui soutiennent l'adoption des activités infirmières.	Points de complémentarité Facteurs différents qui demandent de la coordination pour faciliter l'adoption.	Points d'expansion Leviers qui encouragent l'intégration de nouvelles activités infirmières.	Points de divergence Facteurs en opposition qui freinent l'adoption des activités infirmières.
Rôle clé dans l'accompagnement personnalisé : Les activités infirmières, telles que l'identification des besoins des personnes vivant avec de la DC et la coordination des soins, s'alignent avec les valeurs infirmières (écoute, accompagnement) et la gestion des maladies chroniques.	Plans de soins personnalisés : L'élaboration de soins individualisés est essentielle, mais nécessite des formations spécifiques pour intégrer des ressources communautaires et répondre aux besoins variés des personnes vivant avec de la DC. Accès aux autres prestataires de soins : La collaboration est souhaitée, mais il y a un accès limité aux autres prestataires de soins, aux services spécialisés et une méconnaissance des ressources communautaires. Amélioration de la coordination : L'optimisation des projets pilotes et une meilleure collaboration interprofessionnelle permettent de faciliter les suivis, mais la coordination interorganisationnelle est encore limitée.	Structuration de la gestion : Un guide clinique pour la gestion infirmière de la DC renforcerait la cohérence et l'efficacité des suivis infirmiers tout au long du parcours de soins. Formation ciblée : Des formations continues spécifiques permettraient au personnel infirmier de mieux utiliser les ressources locales et de maîtriser les approches multimodales. Leadership infirmier : La mise en œuvre de projets pilotes, le mentorat et un soutien organisationnel accru faciliteraient l'ouverture à élargir les responsabilités infirmières.	Incertitude autour du rôle autonome : Le manque de clarté sur l'autonomie du personnel infirmier dans la gestion de la DC (notamment en ce qui concerne les traitements médicamenteux et les alternatives thérapeutiques) et la dépendance envers les médecins limitent leur capacité à intervenir de manière proactive. Attentes des personnes vivant avec de la DC : Les attentes parfois élevées des personnes vivant avec de la DC envers le personnel infirmier peuvent générer de l'inconfort.

Parmi les points de convergence, les résultats quantitatifs montrent que le personnel infirmier en soins primaires réalise déjà plusieurs activités directement transférables à la gestion de la DC, notamment l'accompagnement personnalisé et l'organisation de suivis. Ces activités s'inscrivent dans une approche de soins déjà bien ancrée dans les pratiques infirmières auprès des personnes vivant avec des maladies chroniques. De plus, les résultats qualitatifs corroborent cet alignement avec les valeurs infirmières pour offrir un soutien continu et adapté aux besoins variés tout au long du processus de soins.

Du côté des points de complémentarité, certains résultats montrent que des activités infirmières, comme la gestion de l'approche multimodale de soulagement ou la référence vers d'autres prestataires de soins, pourraient être renforcées par une meilleure formation et un soutien organisationnel plus structuré. Par exemple, bien que le personnel infirmier puisse soutenir l'élaboration de plans de soins, les résultats qualitatifs révèlent des difficultés d'accès à d'autres prestataires de soins, tels que les physiothérapeutes ou les psychologues, tant dans le secteur public que privé.. De plus, la référence à des ressources communautaires reste dépendante du manque de connaissances à ce sujet. Ces éléments ne freinent pas directement l'adoption des activités, mais nécessitent une meilleure coordination des pratiques et un soutien institutionnel pour maximiser leur impact.

Les points d'expansion mettent en évidence des leviers prometteurs pour favoriser l'adoption des activités infirmières en gestion de la DC. Les résultats qualitatifs soulignent la motivation du personnel infirmier à élargir leurs responsabilités, notamment en ce qui concerne le suivi des soins et les approches multimodales, surtout si des outils et guides cliniques adaptés à la pratique infirmière ou des projets pilotes soutiennent ce développement. Ces constats sont corroborés du côté quantitatif où des activités autonomes comme l'orientation vers les ressources communautaires ou la coordination avec les services publics et privés ont été priorisées. L'adoption de ces activités pourrait être facilitée par une meilleure formation sur la DC, du mentorat clinique et un soutien organisationnel.

Enfin, des points de divergence sont présents alors que les résultats quantitatifs donnent une image favorable à une plus grande implication infirmière, les résultats qualitatifs suggèrent

plusieurs limites sur le plan professionnel et organisationnel, comme des attentes élevées des personnes soignées envers le personnel infirmier, un manque d'autonomie perçu de la pratique infirmière et une approche biomédicale dominante qui rend plus difficile l'adoption des activités de gestion des soins.

Stratégies à déployer pour faciliter l'intégration de la gestion des soins :

- Formations ciblées sur l'approche multimodale : Développer des formations continues centrées sur l'approche multimodale de gestion de la DC, permettant au personnel infirmier d'acquérir des compétences spécifiques pour développer des plans de soins individualisés. (Innovation et Destinataires)
- Accompagnement aux attentes des personnes soignées : Aider le personnel infirmier à mieux comprendre et gérer les attentes des personnes vivant avec de la DC, notamment sur les aspects psychosociaux, afin de renforcer leur confiance et leur capacité à répondre aux besoins exprimés. (Destinataires et Contexte)
- Participation active aux parcours de soins : Développer des guides cliniques pour structurer les suivis infirmiers, permettant ainsi l'optimisation des trajectoires et de la continuité des soins. (Destinataires et Contexte)
- Renforcement de l'autonomie du personnel infirmier : Offrir davantage de responsabilités (déléguer des soins) au personnel infirmier dans la gestion de la DC, afin de renforcer leur rôle de coordination. (Destinataires et Contexte)
- Collaboration interorganisationnelle : Mettre en place des mécanismes de collaboration et de mentorat plus étroite entre le personnel infirmier en soins primaires et les services spécialisés (ex. cliniques de douleur) pour favoriser le développement des compétences. (Destinataires et Contexte)

3.3.1.3 Domaine de la promotion de la santé

Le tableau 7 présente l'analyse comparative entre les activités infirmières en promotion de la santé en contexte de DC, les obstacles et leviers identifiés les plus influents sur leur implantation, en illustrant les points de convergence, de complémentarité, d'expansion et de divergence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs.

Tableau 7 : Analyse comparative des résultats relatifs au domaine de la promotion de la santé

Domaine : Promotion de la santé			
Informers sur la physiologie et les options de traitement, soutenir l'amélioration des habitudes de vie et l'autogestion, afin de renforcer la capacité d'adaptation en lien avec la DC.			
	Innovation (Gestion de la DC)	Destinataires (Personnel infirmier)	Contexte local (Soins primaires) Contexte externe (Système de santé)
Barrières	<u>Degré de concordance</u> - Parfois limité aux activités d'évaluation. <u>Degré de nouveauté</u> - Peu familier avec les dimensions psychosociales.	<u>Motivation</u> - Pression perçue liée aux attentes des patients <u>Habiletés et connaissances</u> - Manque de formation spécifique en matière de DC <u>Temps et ressources</u> - Absence d'outils et de guides infirmiers spécifiques infirmiers spécifique pour la DC - Méconnaissance des ressources communautaires en DC <u>Frontières professionnelles</u> - Forte dépendance aux médecins et aux solutions médicales	
Leviers actuels ou	<u>Degré de concordance</u> - Alignement avec les compétences générales (suivi global de la santé) et les pratiques liées aux maladies chroniques <u>Clarté</u> - Intégration de la DC lors des consultations (priorités du patient) <u>Avantages relatifs</u> - Relation de proximité (interactions fréquentes) avec les patients - Valeur ajoutée reconnue des soins infirmiers pour le soutien éducatif	<u>Valeurs et Croyances</u> - Identité infirmière ancrée dans le soutien et l'éducation <u>Habiletés et connaissances</u> - Intérêt pour les stratégies multimodales et la pharmacothérapie <u>Temps et ressources</u> - Intégration de quelques activités clés liées à la DC lors des consultations	
Interprétation			
Points de convergence	Points de complémentarité	Points d'expansion	Points de divergence
Facteurs déjà présents qui soutiennent l'adoption des activités infirmières.	Facteurs différents qui demandent de la coordination pour faciliter l'adoption.	Leviers qui encouragent l'intégration de nouvelles activités infirmières.	Facteurs en opposition qui freinent l'adoption des activités infirmières.
Rôle central dans l'éducation et le soutien : Le personnel infirmier joue un rôle clé dans l'intégration de stratégies d'autogestion de la douleur et les saines habitudes de vie, tout en promouvant la santé globale des personnes vivant avec de la DC. Motivation et empowerment : Leur engagement à augmenter la motivation et à encourager l'autonomie des personnes dans la gestion de leur douleur est parfaitement aligné avec les valeurs infirmières.	Accès aux ressources soutenant l'autogestion : Certaines activités (ex. intégration de certaines stratégies d'autogestion, plan d'urgence) sont possibles, mais nécessitent des ressources disponibles dans le réseau de la santé et la communauté.	Formation ciblée sur la DC : Des formations spécifiques permettraient de personnaliser les recommandations sur les habitudes de vie (comme l'alimentation ou l'exercice physique) et de mieux répondre aux besoins individuels des personnes vivant avec de la DC. Connaissance des ressources communautaires : Développer l'accès de personnel infirmier à des ressources locales renforcerait leur capacité à orienter les personnes vivant avec de la DC vers des solutions complémentaires et adaptées.	Attentes élevées des personnes vivant avec de la DC : Les personnes vivant avec de la DC pourraient privilégier des solutions médicales ou pharmacologiques, créant des attentes irréalistes si le personnel infirmier ne dispose pas de ressources pour répondre à ces attentes. Gestion des dimensions psychosociales : Un inconfort persistant chez certaines personnes infirmières face aux dimensions psychosociales de la douleur limite leur efficacité dans ces dimensions.

Parmi les points de convergence, les phases quantitative et qualitative mettent en avant le rôle central du personnel infirmier dans la promotion de la santé, l'éducation et le soutien à l'autogestion de la DC, notamment pour discuter de la douleur et de ses déclencheurs, conseiller sur les traitements disponibles ou encore encourager l'adoption de saines habitudes de vie. Cette convergence suggère que, grâce à leurs compétences, le personnel infirmier jouer un rôle central dans l'accompagnement des personnes vivant avec de la DC vers une gestion autonome de la douleur et moins dépendante du réseau de la santé. De plus, du côté qualitatif, ces activités sont perçues comme alignées avec les valeurs fondamentales de la profession, notamment l'accompagnement, l'écoute et la promotion de l'autonomie de la personne vivant avec de la DC (*empowerment*).

Sur le plan des points de complémentarité, certaines activités mentionnées dans les résultats quantitatifs, comme l'intégration de stratégies physiques et psychologiques dans le quotidien ou l'élaboration de plans d'urgence, sont jugées prioritaires, mais leur réalisation dépend de facteurs externes. Les résultats qualitatifs soulignent, par exemple, que l'accès aux services de soutien psychologique est inégal dans le réseau de la santé, ce qui limite la capacité du personnel infirmier à référer ou à soutenir les personnes vivant avec de la DC.

Les points d'expansion mettent en lumière plusieurs leviers pouvant faciliter l'intégration des activités infirmières ciblant la promotion de la santé. Les résultats qualitatifs soulignent l'importance de formations spécifiques sur la DC, qui permettraient d'améliorer la personnalisation des conseils liés aux habitudes de vie (ex. alimentation, exercice, sommeil) et d'augmenter la confiance du personnel infirmier dans le soutien de cette condition. Une meilleure connaissance des ressources communautaires disponibles serait également un levier important pour faciliter l'orientation des personnes vivant avec de la DC vers ces services.

Les points de divergence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs mettent en lumière des perspectives différentes sur la gestion de la DC. Les résultats quantitatifs soulignent l'importance de la diversité des approches de soulagement de la DC. Du côté qualitatif, des attentes élevées de la part des personnes vivant avec de la DC envers les solutions médicales

ou pharmacologiques créent un inconfort chez le personnel infirmier, surtout lorsqu'il ne dispose pas des ressources. De plus, un autre inconfort persistant exprimé est la gestion des dimensions psychosociales de la douleur, notamment en lien avec la santé mentale, le stress ou les facteurs sociaux. Ces divergences soulignent la nécessité de concilier les attentes des personnes vivant avec de la DC avec le champ d'exercice possibles du personnel infirmier.

Stratégies à déployer pour faciliter l'intégration de la promotion de la santé :

- Formations ciblées sur les habitudes de vie et l'autogestion : Développer des formations continues spécifiques sur la gestion de la DC et sur l'intégration sur les facteurs psychosociaux dans les soins. (Innovation et Destinataires)
- Accès amélioré aux ressources communautaires : Augmenter la connaissance du personnel infirmier sur les ressources communautaires disponibles auxquels les personnes peuvent être dirigées. (Destinataires et Contexte)
- Approche équilibrée de la gestion de la douleur : Outiller et accompagner le personnel infirmier à intégrer des approches non pharmacologiques, comme l'éducation, l'autogestion et les techniques de relaxation, afin de mieux répondre aux attentes des personnes soignées tout en diversifiant les stratégies de gestion. (Innovation et Destinataires)

3.3.1.4 Domaine de la collaboration interprofessionnelle

Le tableau 8 présente l'analyse comparative entre les activités infirmières de collaboration interprofessionnelle en DC, les obstacles et leviers identifiés les plus influents sur leur implantation, en illustrant les points de convergence, de complémentarité, d'expansion et de divergence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs.

Tableau 8 : Analyse comparative des résultats relatifs au domaine de la collaboration interprofessionnelle

Domaine : Collaboration interprofessionnelle			
Occuper le rôle infirmier, partager l'information et se concerter avec les autres prestataires de soins afin d'assurer une approche intégrée et centrée sur les besoins de la personne.			
	Innovation (Gestion de la DC)	Destinataires (Personnel infirmier)	Contexte local (Soins primaires) Contexte externe (Système de santé)
Barrières	<u>Degré de concordance</u> - Parfois limité aux activités d'évaluation <u>Degré de nouveauté</u> - Peu familier avec les dimensions psychosociales	<u>Motivation</u> - Pression perçue liée aux attentes des patients <u>Valeurs et Croyances</u> - Certaines activités DC perçues comme « non infirmières » <u>Habiletés et connaissances</u> - Manque de formation spécifique en matière de DC <u>Environnement d'apprentissage</u> - Peu d'occasions structurées de formation <u>Frontières professionnelles</u> - Incertitude quant à l'autonomie infirmière en gestion de la DC - Forte dépendance aux médecins et aux solutions médicales <u>Collaboration et travail d'équipe</u> - Accès limité aux autres prestataires de soins - Défis de coordination liés aux systèmes d'informations	<u>Priorités organisationnelles</u> - Activités infirmières sont orientées selon les priorités établies par les médecins. <u>Soutien (leadership) formel et informel</u> - Processus décisionnel organisationnel lourd. <u>Mécanismes pour intégrer le changement</u> - Mécanismes flous pour initier des pratiques infirmières innovantes <u>Réseaux et relations interorganisationnelles</u> - Accès aux cliniques de la douleur est limité (délais d'attente, éloignement géographique) - Peu de coordination entre les soins primaires et les cliniques spécialisées
	Leviers actuels ou potentiels	<u>Clarté</u> - Intégration de la DC lors des consultations (priorités du patient) <u>Degré de nouveauté</u> - Possibilité d'élargir les compétences en soins infirmiers <u>Avantages relatifs</u> - Relation de proximité (interactions fréquentes) avec les patients	<u>Motivation</u> - Volonté d'assumer de nouvelles responsabilités - Recherche de reconnaissance professionnelle <u>Valeurs et Croyances</u> - Identité infirmière ancrée dans le soutien et l'éducation <u>Habiletés et connaissances</u> - Ouverture à de nouvelles formations <u>Environnement d'apprentissage</u> - Apprentissage entre pairs par le biais de communautés virtuelles - Accès informel à des médecins experts en DC <u>Frontières professionnelles</u> - Compréhension partagée du rôle infirmier <u>Collaboration et travail d'équipe</u> - Valorisation du travail d'équipe comme central dans la DC
Interprétation			
Points de convergence	Points de complémentarité	Points d'expansion	Points de divergence
Facteurs déjà présents qui soutiennent l'adoption des activités infirmières.	Facteurs différents qui demandent de la coordination pour faciliter l'adoption.	Leviers qui encouragent l'intégration de nouvelles activités infirmières.	Facteurs en opposition qui freinent l'adoption des activités infirmières.
Alliance thérapeutique : Les valeurs d'écoute et d'empathie propres au personnel infirmier facilitent l'établissement de relations de confiance avec les personnes vivant avec de la DC. Partenariat avec les personnes vivant avec de la DC : L'implication active des personnes vivant avec de la DC dans une approche collaborative et renforce	Clarification des rôles : Une définition claire du rôle du personnel infirmier dans la gestion de la DC améliore la compréhension mutuelle et réduit les tensions au sein des équipes interprofessionnelles. Leadership infirmier : En soutenant activement l'implication des personnes vivant avec de la DC dans leur parcours de soins, le personnel infirmier	Collaboration élargie : Développer des outils et mécanismes tels que des réunions d'équipe ou des protocoles communs faciliterait la collaboration avec d'autres professionnels, notamment dans les soins primaires et spécialisés. Pratiques innovantes : Les projets pilotes et les approches innovantes en gestion de la douleur offrent au personnel infirmier l'opportunité de jouer un rôle	Perception des rôles : La croyance que certains aspects de la gestion de la douleur relèvent uniquement d'autres professions limite l'implication infirmière. Systèmes d'information fragmentés : La fragmentation des systèmes d'informations freine la coordination interprofessionnelle et rend difficile la communication.

la relation entre le personnel infirmier et les personnes vivant avec de la DC.	peut assumer un rôle de leader, augmentant leur influence et renforçant leur intégration dans l'équipe.	accru, particulièrement dans l'intégration d'interventions multimodales. Formation continue et innovation : Renforcer les compétences du personnel infirmier par des formations régulières et encourager leur participation à des pratiques novatrices favorisent leur contribution dans les équipes interprofessionnelles. Optimisation des contraintes organisationnelles : Aborder les limitations temporelles et organisationnelles permettrait d'intégrer des pratiques infirmières innovantes, favorisant une collaboration plus efficace.	Défis organisationnels : L'accès restreint aux décisions cliniques, des mécanismes flous pour initier des pratiques innovantes, et un manque de soutien organisationnel compliquent l'intégration des activités infirmières.

Dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle, les points de convergence entre les résultats quantitatifs et qualitatifs mettent en évidence l'importance de l'écoute empathique et de la capacité du personnel infirmier à établir des alliances thérapeutiques, renforçant ainsi leur partenariat avec les personnes vivant avec de la DC. Les résultats quantitatifs soulignent l'importance de cette approche dans le cadre des soins en DC, tandis que les résultats qualitatifs mettent en avant l'effet positif sur la relation de confiance entre les personnes soignées et le personnel infirmier en soins primaires.

Les points de complémentarité révèlent que l'amélioration de la cohésion et la communication dans tout l'écosystème de santé (soins primaires et spécialisés, publics et privés) pourraient faciliter l'intégration du personnel infirmier dans l'équipe soignante. En effet, tandis que les résultats qualitatifs insistent sur le rôle pivot du personnel infirmier dans la collaboration par des activités facilitant la coordination des soins, les résultats qualitatifs soulignent que la clarification des responsabilités infirmières dans la gestion de la DC favoriserait la compréhension mutuelle au sein des équipes et réduirait les tensions professionnelles. De plus, le développement du leadership infirmier, exprimé dans les résultats qualitatifs, permettrait d'influencer les décisions cliniques en matière de DC au bénéfice des personnes vivant avec de la DC, tels que véhiculés dans les activités jugées prioritaires dans ce domaine.

Du côté des points d'expansion, plusieurs leviers concrets ont été identifiés pour renforcer l'adoption des activités infirmières. La collaboration élargie avec d'autres prestataires de soins, par le biais d'outils partagés, faciliterait une gestion cohérente et efficace de la DC. Par ailleurs, les projets pilotes ou les approches innovantes en gestion de la douleur (déjà amorcés dans certains milieux) représentent une opportunité importante pour positionner le personnel infirmier dans l'équipe de soins.

Les points de divergence révèlent des freins tels que les perceptions limitées du rôle infirmier, les systèmes d'information fragmentés et les défis organisationnels. Les résultats quantitatifs soulignent la nécessité d'une meilleure cohésion d'équipe pour les soins en DC, avec le personnel infirmier perçu comme un acteur central de cette équipe. À l'inverse, les

résultats qualitatifs insistent sur le besoin d'impliquer davantage le personnel infirmier dans les processus décisionnels et de clarifier les mécanismes pour les innovations, afin qu'il puisse influencer positivement le travail d'équipe et affirmer pleinement son rôle professionnel. Cela requiert un soutien, tant interne qu'externe, pour favoriser son développement et renforcer la collaboration interprofessionnelle.

Stratégies à déployer pour faciliter l'intégration de la collaboration interprofessionnelle :

- Clarification des frontières professionnelles : Clarifier et formaliser les rôles de chaque prestataire de soins (soins primaires et spécialisés, publics et privés) pour mieux structurer la collaboration et garantir une gestion cohérente de la DC. (Destinataires et Contexte)
- Renforcement du leadership infirmier : Encourager le mentorat avec les cliniques de douleur et le coaching entre le personnel infirmier expérimenté et le personnel infirmier novice en soins primaires, ainsi que de permettre le réseautage professionnel pour valoriser les bonnes pratiques infirmières (ex. Communauté de pratique infirmière en GMF). (Destinataires et Contexte)
- Participation active dans les décisions interprofessionnelles : Favoriser l'expression et la valorisation des compétences infirmières dans l'élaboration de parcours de soins. (Destinataires et Contexte)
- Soutien aux initiatives pilotes : Permettre au personnel infirmier de proposer et piloter des projets d'amélioration des soins en offrant un meilleur soutien logistique et un environnement propice au changement. (Destinataires et Contexte)
- Utilisation d'outils collaboratifs : Développer et mettre en place des outils collaboratifs adaptés pour faciliter la communication et la collaboration entre les prestataires de soins. (Destinataires et Contexte)
- Formations continues interprofessionnelles : Mettre en place des formations continues pour améliorer la compréhension des rôles respectifs des prestataires de soins et promouvoir une collaboration plus étroite entre les équipes. (Destinataires et Contexte)

3.3.2 Stade d'adoption de l'innovation

Un des résultats prioritaires de cette combinaison mixte réside dans la mise en évidence de l'écart important entre la pratique actuelle du personnel infirmier en soins primaires et l'intégration des activités infirmières dans la gestion de la DC. Les résultats de cette thèse montrent que, selon la théorie de Rogers (2003), qui se compose de cinq stades (connaissance, persuasion, décision, mise en œuvre, et confirmation), la majorité du personnel infirmier se situe principalement au stade de la connaissance en ce qui concerne l'intégration de la DC en soins primaires, c'est-à-dire le premier des cinq stades où la personne découvre l'innovation. En effet, la grande majorité du personnel infirmier rencontré a exprimé une méconnaissance totale de son rôle spécifique auprès des personnes vivant avec de la DC, soulignant que les activités liées à la gestion de la DC lui étaient inconnues. De plus, très peu rapportent avoir eu l'occasion de soigner une personne vivant avec de la DC. Si certaines ont exprimé un intérêt pour la gestion de la DC, elles manquent encore d'informations précises ou de formation approfondie pour être convaincues de son efficacité et de son utilité dans leur pratique. Par ailleurs, les ressources disponibles et le soutien institutionnel apparaissent inégaux, ce qui semble freiner la transition vers les étapes suivantes du processus, telles que la persuasion et la mise en œuvre.

Peu de personnes infirmières rencontrées avaient commencé à s'investir dans des activités liées à la gestion de la DC (stade de la mise en œuvre), leur pratique restant encore limitée et nécessitant davantage de structuration pour occuper pleinement leur champ d'exercice. Bien qu'elles aient été exposées aux outils de mesure validés de la DC et aux approches multimodales de gestion, la mise en œuvre effective de ces pratiques reste variable et est souvent occasionnée par des contraintes organisationnelles, telles que le manque de temps et la pression des tâches quotidiennes. Ces personnes ont exprimé également une forme d'ambivalence concernant leur engagement à poursuivre l'adoption des activités de gestion de la DC. Cette ambivalence souligne la nécessité d'un accompagnement plus structuré pour encourager une transition réussie vers la confirmation (positive) du processus d'adoption.

3.3.2.1 Axes à privilégier

Les résultats mixtes de cette thèse suggèrent qu'une approche progressive est nécessaire pour favoriser l'évolution des compétences et la compréhension du rôle du personnel infirmier en matière de DC. En effet, l'écart important entre la pratique actuelle du personnel infirmier en soins primaires et l'intégration des activités infirmières dans la gestion de la DC révèle que la mise en œuvre immédiate de toutes les activités infirmières souhaitées, simultanément, est irréaliste. Certains éléments doivent d'abord être mis en place comme conditions préalables à l'adoption d'autres activités (perspective temporelle). Par exemple, la formation initiale et le développement des compétences spécifiques en gestion de la DC sont des étapes essentielles avant d'élargir les responsabilités du personnel infirmier, notamment en matière de coordination des soins. De plus, considérant la variabilité des contextes organisationnels et des nombreux facteurs qui influencent l'organisation de soins, il apparaît essentiel de favoriser d'abord les besoins du personnel infirmier. Ainsi, les résultats mixtes permettent d'identifier deux axes clés à privilégier dans l'ordre suivant :

- 1- **Renforcer les capacités du personnel infirmier** pour intégrer les activités liées à la gestion de la DC en soins primaires, en mettant à leur disposition des outils et guides cliniques, ainsi que de la formation et du soutien professionnel adapté à la pratique infirmière.
- 2- **Sensibiliser et mobiliser les autres acteurs du système de santé** (personnes vivant avec de la DC, prestataires de soins et gestionnaires) afin de favoriser l'adoption des nouvelles activités infirmières en DC et créer un environnement favorable au changement.

3.3.3 Ensemble des stratégies d'implantation pour soutenir l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires

Cette section finale présente l'ensemble des stratégies d'implantation visant à soutenir l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires. Ces stratégies découlent d'une synthèse des résultats obtenus à partir de la combinaison du cadre i-PARIHS et de la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003), assurant ainsi une progression cohérente de l'adoption des activités infirmières en gestion de la DC et adaptée à la réalité du terrain des soins primaires.

Enfin, afin de mieux organiser cette proposition finale (Tableau 9), les stratégies d'implantation qui ont émergé des quatre domaines de soins identifiés (évaluation globale, gestion des soins, promotion de la santé, collaboration interprofessionnelle) ont été regroupées selon leur similarité (ex. formation sur la DC et formation sur l'autogestion de la DC). Une classification en quatre niveaux a été élaborée pour présenter les stratégies d'implantation. Elle vise à préciser à qui elles s'adressent, quels éléments elles ciblent et à rendre plus tangible la portée des résultats. Cette structuration favorise ainsi leur compréhension et leur utilisation concrète.

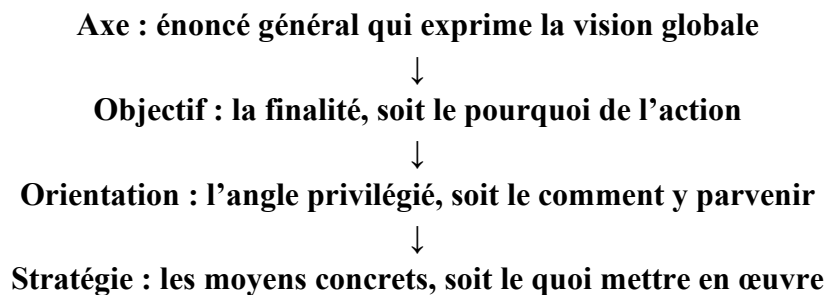


Tableau 9 : Stratégies d'implantation pour soutenir l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires

Axe 1 : Renforcer les capacités du personnel infirmier pour adopter les activités liées à la gestion de la DC en soins primaires.	Axe 2 : Sensibiliser et mobiliser les acteurs du système de santé (personnes soignées, prestataires, gestionnaires) afin de créer un environnement favorable à l'adoption des activités infirmières en gestion de la DC en soins primaires.
Objectif 1.1 : Faciliter l'adoption des activités infirmières en gestion de la DC en soins primaires	Objectif 2.1 : Assurer une compréhension partagée du rôle infirmier et des activités en gestion de la DC en soins primaires
Orientation: Accès à des ressources adaptées à la pratique infirmière pour gestion de la DC • Développer des outils cliniques : Aider à intervenir, évaluer ou suivre la DC dans la pratique quotidienne avec, par exemple, des grilles simples d'évaluation et suivi, des mini-fiches pratiques d'approches physiques et psychologiques, un formulaire à remplir avec la personne de gestion de la douleur (objectifs et stratégies). • Élaborer des guides cliniques : Offrir des références structurées et appuyées sur les données probantes pour guider les décisions avec, par exemple, un recueil d'outils validés pour la mesure de la DC et ses répercussions biopsychosociales, un arbre décisionnel sur les interventions possibles (quand référer, quelles ressources mobiliser, etc.), un guide de communication thérapeutique en DC.	Orientation: Promouvoir la reconnaissance du rôle infirmier auprès des équipes et des personnes soignées • Clarification des rôles interprofessionnels : Rédiger des descriptions claires des responsabilités de chaque professionnel, incluant les activités infirmières spécifiques à la gestion de la DC, pour éviter chevauchements et ambiguïtés et renforcer la coordination, notamment sur les dimensions psychologiques et sociales. • Structurer la trajectoire de soins : Développer un guide clinique clair, appuyé sur des données probantes, afin de baliser l'intégration et la contribution infirmière tout au long du parcours de soins en soins primaires. • Sensibiliser les personnes vivant avec de la DC : Diffuser des outils d'information accessibles (ex. brochures, vidéos) pour mettre en valeur le rôle infirmier (et clarifier ses activités), favoriser son acceptation par les personnes soignées et encourager leur demande de soins infirmiers.
Objectif 1.2 : Soutenir le développement professionnel individuel et collectif du personnel infirmier afin de favoriser l'adoption des activités de gestion de la DC en soins primaires	Objectif 2.2 : Renforcer l'engagement organisationnel en faveur de l'adoption des activités infirmières en gestion de la DC en soins primaires
Orientation: Développer les connaissances en matière de gestion de la DC • Former au phénomène de la DC : Offrir des formations accessibles (ex. en ligne, boîte à outils) et continues sur les fondements de la DC, son évaluation, son approche multimodale et son autogestion. • Intégrer les dimensions biopsychosociales : Sensibiliser aux facteurs culturels, sociaux et psychologiques influençant la DC et son accompagnement. Orientation: Favoriser l'engagement et la motivation du personnel infirmier • Renforcer l'autonomie professionnelle : Accroître les responsabilités du personnel infirmier en déléguant certaines activités liées à la gestion de la DC pour favoriser une implication accrue. • Valoriser le rôle infirmier : Mettre en lumière leur impact positif (ex. : témoignages, études) sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec de la DC. Orientation: Renforcer le soutien professionnel au personnel infirmier en matière de gestion de la DC • Développer le leadership infirmier : Identifier et mobiliser des infirmières et infirmiers expérimentés et/ou motivés (champions cliniques) comme modèles pour soutenir leurs pairs. • Mettre en place ou solliciter des communautés de pratique : S'appuyer sur des plateformes existantes (ex. Communauté virtuelle de pratique des infirmières en GMF) pour favoriser l'échange de pratiques et le soutien clinique entre pairs. • Mettre en place un système de mentorat et de supervision : Établir des liens entre le personnel infirmier de soins primaires et équipes spécialisées (ex. : cliniques de douleur) pour accompagner l'appropriation des pratiques en DC.	Orientation: Promouvoir la DC et le rôle infirmier dans les orientations cliniques • Reconnaître la DC comme une priorité clinique en soins primaires : Présenter, dans les comités de direction ou autres instances décisionnelles, les besoins liés à la DC et la contribution concrète du personnel infirmier à leur prise en charge. • Permettre l'implication dans les décisions : Encourager la participation des gestionnaires et du personnel infirmier à la planification des services intégrant les activités infirmières en gestion de la DC. Orientation: Mettre en place des conditions organisationnelles favorables • Allouer les ressources nécessaires : Fournir un environnement propice, incluant des ressources humaines, matérielles et organisationnelles (ex. : temps de rendez-vous dédié) pour soutenir le personnel infirmier dans la gestion de la DC. • Soutenir les initiatives pilotes : Participer à des projets pilotes intégrant le rôle infirmier dans la gestion de la DC, afin d'expérimenter et d'adapter de nouveaux modèles de soins.



4. DISCUSSION

Cette thèse doctorale visait à explorer l'implication potentielle du personnel infirmier en soins primaires en gestion de la DC suivant un devis mixte séquentiel explicatif. Pour ce faire, une première phase quantitative (méthode Delphi) a permis de dresser une liste des activités infirmières prioritaires pour soutenir la gestion de la DC en soins primaires, selon la perspective du personnel infirmier et des personnes vivant avec la DC. Puis, une deuxième phase qualitative (approche descriptive interprétative) s'est penchée sur les obstacles et les leviers à l'implantation de ces activités, du point de vue du personnel infirmier. Ultimement, l'intégration mixte des résultats des deux phases a permis d'identifier les stratégies d'implantation adaptées pour favoriser l'intégration des activités infirmières, en tenant compte des réalités de la pratique et des besoins des personnes vivant avec de la DC.

Ce dernier chapitre a pour objectif de faire l'interprétation globale des résultats découlant de l'étude mixte séquentielle explicative. La présente discussion est complémentaire aux discussions des articles présentées dans le chapitre de résultats. Dans un premier temps, ce chapitre présentera une discussion de l'intégration mixte des deux phases de cette thèse et de ses contributions sous le prisme de la pratique infirmière. Ensuite, les contributions méthodologiques, ainsi que les contributions conceptuelles et théoriques de cette thèse seront discutées. Puis, la section suivante portera sur la rigueur de la méthode mixte et les limites de la thèse. Les dernières sections de la discussion aborderont successivement les retombées de cette thèse pour la pratique clinique et l'enseignement en sciences infirmières, ainsi que les perspectives de recherche futures à considérer.

4.1 Discussion de l'intégration mixte

À la lumière des résultats obtenus, deux grands axes d'implantation sont proposés afin de soutenir l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires. Le premier vise à renforcer les capacités du personnel infirmier en leur fournissant des outils (ex. grilles simples avec les cibles clés de la gestion de la DC, mini-fiches pratiques présentant les approches pharmacologiques, physiques et psychologiques, plan d'action à

remplir avec les objectifs ciblés et les stratégies préférées de la personne vivant avec de la DC) et des guides cliniques (ex. recueil d'outils validés pour la mesure de la DC et ses répercussions biopsychosociales, arbre décisionnel sur les interventions possibles découlant de l'évaluation (incluant quand référer, quelles ressources mobiliser, etc.), guide de stratégies pour créer une alliance thérapeutique, renforcer la motivation, éviter la stigmatisation, et soutenir la gestion émotionnelle) adaptés à leur pratique, ainsi que de la formation continue. Le second consiste à sensibiliser et mobiliser l'ensemble des acteurs du système de santé, incluant les personnes vivant avec de la DC, les prestataires de soins et les gestionnaires, afin de favoriser l'adoption des nouvelles activités infirmières et de créer un environnement propice au changement. Pour soutenir ces recommandations et enrichir la réflexion, quatre dimensions principales seront explorées dans cette discussion.

Tout d'abord, le constat sur la **méconnaissance du rôle infirmier** en gestion de la DC sera exploré afin de mieux comprendre comment elle peut constituer un frein à l'intégration des activités infirmières en la gestion de la DC en soins primaires et d'identifier des pistes pour y remédier. Ensuite, l'**autonomie professionnelle** du personnel infirmier sera abordée comme un levier stratégique permettant de développer et de consolider leur rôle dans la gestion de la DC. La discussion explorera également comment l'intégration du personnel infirmier en gestion de la DC peut **varier selon les domaines de pratique infirmière**, en fonction du degré d'autonomie dans la réalisation des soins. Enfin, des **stratégies d'implantation** seront proposées pour soutenir l'intégration du personnel infirmier en gestion de la DC en soins primaires, en les comparant aux cadres reconnus en science de la mise en œuvre afin d'en évaluer la cohérence.

4.1.1 Méconnaissance du rôle infirmier en douleur chronique

Tandis que les résultats de la méthode Delphi mettaient en évidence que le personnel infirmier pourrait jouer un rôle central dans la gestion de la DC, en raison de sa proximité avec les personnes soignées et de son expertise en gestion des maladies chroniques, l'analyse des groupes de discussion a révélé qu'une très grande majorité n'est toujours pas impliquée dans le suivi des personnes vivant avec de la DC en soins primaires au Québec. Il est surprenant que cette situation n'ait pas évolué depuis l'étude de Bergeron et al. (2015a), il y

a maintenant 10 ans. En effet, les travaux de Bergeron ont révélé que le personnel infirmier en GMF était très peu impliqué dans la gestion de la DC, et que les soins prodigués se limitaient principalement à trois activités infirmières. Ainsi, dans le cadre de cette thèse, il a été décrit que non seulement le personnel infirmier ne participe pas activement aux soins des personnes vivant avec de la DC, mais les résultats soulignent également un manque de connaissances, de la part même du personnel infirmier, du rôle qu'il pourrait jouer à cet égard. Pourtant, le suivi des personnes vivant avec des problèmes de santé complexes fait partie intégrante du champ d'exercice infirmier (OIIQ, 2016).

En effet, l'interprétation des résultats met en évidence un écart important entre ce que l'on pourrait nommer le *rôle attendu*, le *rôle joué* et le *rôle souhaité* du personnel infirmier dans la gestion de la DC. Cette disparité peut en partie être expliquée par la méconnaissance du rôle infirmier, un élément ressortant de cette thèse et analysé à travers la théorie de Katz et Kahn (1978). Selon cette théorie, le *rôle attendu* correspond aux attentes institutionnelles et professionnelles, telles que définies par les cadres réglementaires et les besoins organisationnels (Katz et Kahn, 1978). En théorie, comme mentionné précédemment, la gestion de la DC fait pleinement partie du champ d'exercice infirmier et le personnel infirmier a clairement un rôle à jouer selon l'*International Association for the Study of Pain* [IASP] (2018). Cependant, en pratique, comme l'indiquent les écrits recensés dans le texte de cette thèse, il existe une absence de directives claires concernant les activités infirmières à accomplir en matière de DC. Ainsi, en raison de cette absence de clarté, le rôle infirmier demeure flou aux yeux du personnel infirmier et même pour les autres acteurs du système de santé. Par ailleurs, il est documenté que la gestion de la DC est largement sous-enseignée dans la formation infirmière (Cousins et al., 2022; Hroch et al., 2019; Watt-Watson et al., 2009), ce qui contribue à la méconnaissance du rôle infirmier en matière de DC et à une intégration difficile dans la pratique quotidienne. En conséquence, à partir de cette théorie, il n'est pas surprenant que nos résultats montrent que le *rôle joué* par le personnel infirmier reste limité, voire inexistant, en soins primaires.

Toujours selon la théorie de Katz et Kahn (1978), la notion de *rôle souhaité* reflète la perception du personnel infirmier quant à ses propres capacités et aspirations

professionnelles. Cependant, comme démontré dans cette thèse, cette perception est à nouveau freinée par la méconnaissance du rôle infirmier, ce qui limite l'engagement et la motivation du personnel à s'investir pleinement dans ce changement de pratique. En effet, nos résultats ont mis en lumière que la faible connaissance du rôle infirmier en matière de DC contribue directement à une hésitation de la part du personnel infirmier à assumer des responsabilités accrues dans l'évaluation et la gestion de la DC. Grâce à l'interprétation globale de nos résultats sous cet angle, il est possible de mieux comprendre pourquoi le personnel infirmier demeure en retrait dans la gestion de la DC. En effet, en l'absence d'une compréhension claire de leur rôle potentiel, le personnel infirmier ne cherche pas à s'outiller de manière adéquate pour mettre en pratique ses responsabilités. L'étude Delphi, en identifiant précisément les activités du rôle infirmier dans la gestion de la DC, offre désormais une base structurante pour réduire cet écart. En explicitant les tâches et responsabilités du personnel infirmier, l'étude permet non seulement de clarifier les attentes, mais aussi de favoriser une prise de conscience quant aux contributions potentielles des infirmières et infirmiers dans la gestion de la DC.

Ainsi, pour que le *rôle joué* et *souhaité* par le personnel infirmier corresponde davantage aux attentes du système de santé et de la profession infirmière, il est primordial que ce personnel prenne d'abord conscience de ce rôle et des activités pouvant y être associées. Cette prise de conscience constitue une étape fondamentale dans le changement de pratique, puisque selon la théorie de Rogers (2003), l'adoption de nouvelles pratiques se fait plus efficacement lorsque les personnes sont d'abord sensibilisées et préparées à ces changements. C'est pourquoi cette thèse recommande, en premier axe prioritaire, le renforcement des capacités du personnel infirmier. Cette orientation repose sur des stratégies telles que la mise en place de formations ciblées pour le personnel infirmier, adaptées à la réalité de leur pratique, ainsi que sur l'élaboration d'outils et de guides cliniques facilitant l'exercice quotidien. Ces mesures visent à soutenir une meilleure compréhension et une appropriation du rôle infirmier.

4.1.2 Autonomie professionnelle et amélioration de la pratique professionnelle

Les résultats de cette thèse révèlent que l'autonomie professionnelle et l'engagement du personnel infirmier dans l'amélioration de leur pratique professionnelle constitueraient des leviers essentiels pour transformer la pratique infirmière et développer leur rôle dans la gestion de la DC. L'autonomie professionnelle est définie comme la capacité du personnel infirmier à prendre des décisions cliniques indépendantes et à ajuster les activités de soins en fonction des besoins des personnes soignées (Kramer et Schmalenberg, 2008; Létourneau, 2017). Plus encore, la douleur constitue un besoin humain au cœur des fondements de la pratique infirmière (Astle et al., 2024). Ainsi, la prise en charge de la douleur par le personnel infirmier est une responsabilité qui s'inscrit dans les principes de bienfaisance et de non-malfaisance, qui visent respectivement à promouvoir le bien-être des personnes, soulager la douleur et prévenir toute souffrance évitable (Astle et al., 2024). Elle est également en adéquation avec la Déclaration de Montréal (Cousins et Lynch, 2011), qui affirme que l'accès au traitement de la douleur est un droit humain fondamental et souligne l'importance de reconnaître, informer et soigner les personnes vivant avec de la douleur. Toutefois, cette autonomie professionnelle ne peut être pleinement exercée sans l'acquisition de compétences spécifiques en gestion de la DC, car il est de la responsabilité professionnelle du personnel infirmier de maintenir ses connaissances à jour pour offrir des soins de qualité (OIIQ, 2016).

L'interprétation globale des résultats montre que l'engagement du personnel infirmier dans l'amélioration de sa pratique professionnelle, notamment dans la gestion de la DC, demeure insuffisant. L'absence de formation continue spécifique à la DC parmi le personnel infirmier participant de cette recherche souligne également une certaine inertie dans l'adaptation de la pratique infirmière face aux évolutions des besoins cliniques. Pourtant, ce personnel offre déjà des soins à une patientèle largement touchée par la DC (Ferguson et al., 2020; McQueenie et al., 2021), notamment des personnes vivant avec le diabète, des maladies cardiovasculaires, des maladies pulmonaires obstructives, des troubles cognitifs ou des troubles de santé mentale comme la dépression et l'anxiété (Girard et al., 2017; M.-E. Poitras et al., 2018). Plus largement, le domaine des soins primaires demeure encore peu intégré aux programmes de formation initiaux pour la pratique infirmière, ce qui rend la formation continue essentielle pour permettre au personnel infirmier d'y exercer efficacement et de

développer les compétences spécifiques requises (Barrett et al., 2021; Lukewich et al., 2023; Lukewich, Myles, et al., 2025; Sanders et al., 2024).

Dans ce contexte, les résultats de cette thèse soulignent l'importance de renforcer les capacités du personnel infirmier en soutenant son développement professionnel continu. Plus encore, il ne suffira pas seulement d'offrir une formation unique et/ou ponctuelle au personnel infirmier pour intégrer les activités de gestion de la DC dans la pratique quotidienne. Un accompagnement longitudinal sera indispensable, tel qu'expérimenté par Poitras et al. (2025), pour permettre au personnel infirmier d'échanger sur leurs expériences et de transformer leurs connaissances en compétences concrètes et durables. Selon notre proposition, ce soutien pourrait notamment se concrétiser par un mentorat clinique assuré par des spécialistes de la douleur, dont la mission inclut l'accompagnement des équipes de soins primaires, ainsi que par l'intégration à une communauté de pratique, telle que celle dédiée au personnel infirmier en soins primaires au Québec.

Par ailleurs, les stratégies d'implantation proposées dans cette thèse soulignent que l'engagement du personnel infirmier ne peut se limiter à des initiatives individuelles, telles que la formation continue. L'implantation durable d'innovations en pratique infirmière doit également s'appuyer sur le développement de mécanismes de soutien structurés pour créer un environnement propice au changement au quotidien. Comme le souligne Poitras et al. (2025), le changement de pratique ne peut se concrétiser sans un soutien tangible des gestionnaires, qui passe par des actions concrètes comme la communication formelle à l'ensemble de l'équipe, la mise sur pied de comités d'implantation ou encore l'allocation d'heures rémunérées pour la formation. La réussite d'un changement de pratique infirmière en soins primaires repose également sur l'adhésion et la vision des équipes médicales dans ces organisations, qui voient une plus-value à la mise en place d'une offre de soins en DC par le personnel infirmier en GMF (Bernier et al., 2020). À cela s'ajoute la nécessité de reconnaître le rôle du leadership infirmier dans les décisions organisationnelles, qui à l'heure actuelle, est peu reconnu et développé en soins primaires (De Brún et al., 2019; Lukewich et al., 2021; Lukewich, Ryan, et al., 2025). L'inclusion active du personnel infirmier en soins primaires dans les décisions sur les orientations cliniques et dans l'élaboration de guides

cliniques permet non seulement d'améliorer les réponses aux besoins (Lukewich, Ryan, et al., 2025), mais aussi de soutenir leur rôle en tant que vecteurs de changement. En effet, leur leadership contribue à développer des programmes de promotion et prévention de la santé efficace, à une meilleure coordination des soins, à mettre de l'avant les intérêts des personnes soignées et une utilisation efficace des ressources en santé (Lukewich et al., 2021; Smolowitz et al., 2015). Ajoutons finalement, l'optimisation du rôle infirmier en soins primaires ne dépend pas uniquement des initiatives internes à la profession et à l'organisation, mais repose également sur l'engagement actif des personnes soignées. La collaboration étroite entre personnes soignées et le personnel infirmier contribue l'amélioration des pratiques et joue un rôle important pour atteindre les changements souhaités (Leamon et Poirier, 2025). En fin de compte, tous ces mécanismes sont donc essentiels pour favoriser le développement, la pérennité et la consolidation du rôle infirmier en gestion de la DC dans la pratique clinique en soins primaires.

4.1.3 Variabilité selon les domaines de soins

L'interprétation globale des résultats met en évidence une variabilité dans la façon de concevoir l'intégration du personnel infirmier en gestion de la DC selon les différents domaines de la pratique infirmière, en mettant en évidence l'influence du degré d'indépendance dans la réalisation des activités de soins.

Les activités relevant des domaines de l'évaluation globale (ex. évaluer les dimensions de l'expérience douloureuse) et de la promotion de la santé (ex. expliquer la physiopathologie de la douleur chronique) sont principalement perçues comme des initiatives individuelles du personnel infirmier, ce qui facilite potentiellement leur intégration dans la pratique clinique quotidienne. En effet, les résultats de la méthode Delphi ont permis d'identifier 15 activités infirmières en matière d'évaluation, dont sept ont été reconnues comme prioritaires (ex. dépister les signes et symptômes des troubles de l'humeur, évaluer l'impact de la DC sur le sommeil et les activités de la vie quotidienne, évaluer les autres conditions de santé chroniques). Parallèlement, les groupes de discussion ont souligné que ces activités sont perçues comme une extension naturelle du rôle infirmier, déjà bien ancré dans les soins primaires.

Quant aux activités de promotion de la santé (ex. soutenir le changement des habitudes de vie qui influencent la DC, discuter des facteurs de risque ou des éléments déclencheurs de la douleur), bien qu'elles ne figurent pas parmi les dix priorités selon la méthode Delphi, elles ont été reconnues en groupe de discussion comme faisant partie intégrante du rôle autonome infirmier. Il a également été suggéré que, grâce à une formation adaptée, le personnel infirmier pourrait facilement les intégrer dans leur pratique quotidienne. Cette divergence entre les deux phases pourrait s'expliquer par le fait que ces activités, orientées vers le changement de comportement et l'autonomisation des personnes soignées, ont des effets à plus long terme, ce qui les rend peut-être moins « urgentes » dans une méthode axée sur la priorisation. Néanmoins, l'analyse intégrée des résultats quantitatifs et qualitatifs met en évidence que les activités d'évaluation globale et de promotion de la santé s'inscrivent pleinement dans le rôle autonome du personnel infirmier, tel que défini dans la littérature : un rôle dans lequel les interventions sont initiées et réalisées sans ordonnance médicale (Lukewich et al., 2019).

À l'inverse, les domaines de la gestion des soins et de la collaboration interprofessionnelle nécessitent un soutien organisationnel plus structuré afin que les activités qui s'y rattachent puissent être intégrées dans la pratique infirmière au quotidien. La méthode Delphi a permis d'identifier 19 activités pertinentes dans ces domaines, dont trois figurent parmi les dix priorités principales : établir une alliance thérapeutique avec empathie, suivre une formation sur la DC et favoriser la prise de décisions partagées concernant les soins en DC. Toutefois, les groupes de discussion ont mis en évidence plusieurs obstacles à leur mise en œuvre. Par exemple, bien que l'accompagnement et le suivi des personnes soignées soient considérés comme des responsabilités centrales de la profession, le personnel infirmier ne bénéficie pas toujours de la latitude nécessaire pour planifier et organiser ces suivis pour les personnes vivant avec de la DC (ex. temps alloué aux rendez-vous, référence préalable d'un médecin, rôle infirmier non intégré aux parcours de soins actuels). Par ailleurs, la fluidité des communications et la disponibilité des autres prestataires de soins ont été identifiées comme des enjeux majeurs dans la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la DC.

Ces résultats, découlant de notre intégration mixte, illustrent que, contrairement aux domaines relevant du rôle autonome, l'intégration des activités associées à la gestion des soins et à la collaboration repose davantage sur la coordination entre les différents acteurs du système de santé. Cette conception de la mise en œuvre du rôle infirmier est cohérente avec les constats de la littérature qui indiquent que les activités dans ces domaines s'inscrivent souvent dans un rôle dit dépendant, c'est-à-dire des activités initiées suivant des ordonnances médicales en utilisant le jugement clinique du personnel infirmier, ou un rôle interdépendant, c'est-à-dire des activités réalisées par le personnel infirmier en collaboration avec d'autres prestataires de soins, chaque prestataire ayant une contribution unique à l'activité (Lukewich et al., 2019).

La variabilité observée dans les modes de réalisation des activités (dépendance, interdépendance, indépendance) selon les domaines de soins indique que l'intégration du personnel infirmier dans la gestion de la DC doit s'adapter aux caractéristiques propres à chaque domaine. Cette variabilité souligne également la nécessité de développer des stratégies adaptées afin de favoriser l'intégration du rôle infirmier dans chaque domaine de soins. Les activités touchant des domaines dits « indépendants », tels que l'évaluation et la promotion de la santé, apparaissent comme des leviers importants pour renforcer l'autonomie du personnel infirmier. Ces domaines peuvent être soutenus, comme le souligne cette thèse, par des formations ciblées et des outils et des guides cliniques adaptés à la pratique infirmière qui permettent de renforcer l'initiative individuelle et de faciliter leur intégration dans la pratique clinique quotidienne. En revanche, les domaines « dépendants » ou « interdépendants », comme les activités identifiées dans cette thèse découlant de la gestion des soins et de la collaboration interprofessionnelle, nécessitent un soutien organisationnel plus structuré, un désir collectif d'agir selon un objectif commun et une coopération étroite avec d'autres prestataires de soins. Cela est essentiel pour garantir leur implantation efficace dans la pratique quotidienne, puisque la mise en œuvre de la pratique infirmière en soins primaires est en partie indissociable de son milieu clinique (Girard et al., 2021) et de l'administration de l'organisation elle-même (Poitras et al., 2025).

4.1.4 Cohérence des stratégies d'implantation

Selon le *National Institutes of Health*, la science de la mise en œuvre étudie les stratégies permettant d'intégrer des interventions de santé basées sur des preuves afin d'améliorer les soins (National Institutes of Health). Ces stratégies visent à favoriser l'adoption et la pérennisation des interventions fondées sur des données probantes dans divers contextes (Proctor et al., 2013). Les stratégies d'implantation proposées dans cette thèse s'inscrivent dans la classification de Leeman et al. (2024), fondée sur la taxonomie *Expert Recommendations for Implementing Change* comprenant 73 stratégies reconnues (Powell et al., 2015), qui sont réparties en trois grandes catégories de stratégies d'implantation : les **processus d'implantation**, les **stratégies de renforcement des capacités** et les **stratégies d'intégration**. Cette classification permet de situer les stratégies présentées dans cette thèse en lien avec la littérature en science de la mise en œuvre, montrant ainsi leur pertinence pour l'intégration du personnel infirmier de la gestion de la DC en soins primaires.

Tout d'abord, plusieurs stratégies touchent à la catégorie du **processus d'implantation**, qui inclut les activités et les infrastructures nécessaires pour planifier, exécuter et évaluer l'implantation des interventions fondées sur des données probantes. Parmi les stratégies de cette catégorie proposées dans la thèse figurent l'identification des barrières et des facilitateurs, la préparation de champions, l'information des leaders d'opinion locaux et l'implication des personnes soignées et de leurs familles. Ces stratégies s'alignent avec les recommandations de Leeman et al. (2024), qui mettent l'accent sur des évaluations structurées pour préparer les milieux à l'implantation, mobiliser les acteurs clés et impliquer activement les personnes soignées. Toutefois, dans un contexte de soins primaires où coexistent diverses structures et organisations, des processus d'implantation plus détaillés seront nécessaires. Étant donné que cette thèse se concentrait principalement sur la profession infirmière, des études spécifiques seront essentielles pour mieux adapter ces stratégies aux particularités organisationnelles du terrain. Somme toute, la littérature souligne l'importance de définir en amont un cadre opérationnel structuré pour favoriser une implantation efficace (Poitras et al., 2025). Ce cadre pourrait inclure, entre autres, des directives précises sur la séquence de formation continue à suivre par le personnel infirmier, ainsi que des informations clés à utiliser afin de faciliter les échanges avec les acteurs clés

du changement (comme les gestionnaires en soins primaires dans notre situation) (Poitras et al., 2025).

Un des axes principaux est aussi le **renforcement des capacités** du personnel infirmier, une priorité soulignée par la classification de Leeman et al. (2024), qui vise à améliorer les compétences et les connaissances des individus pour sélectionner, adapter et mettre en œuvre des interventions fondées sur des données probantes. Parmi ces stratégies, cette thèse en propose plusieurs qui ciblent le développement de compétences infirmières nécessaires à la gestion de la DC. Selon cette classification, on retrouve des initiatives comme l'organisation de formations, l'organisation de perfectionnement professionnel, l'adhésion à une communauté de pratique, le développement de supports éducatifs et l'utilisation de stratégies de type « train-the-trainer ». Ces approches permettent de répondre à un écart significatif entre la pratique attendue et la pratique actuelle, notamment en matière de mise à jour des compétences dans un contexte clinique en constante évolution. Ainsi, la thèse propose des solutions pratiques adaptées aux défis immédiats rencontrés par le personnel infirmier en soins primaires.

Enfin, les **stratégies d'intégration** visent à faciliter l'intégration optimale des interventions fondées sur des données probantes dans la pratique clinique (Leeman et al., 2024). Ces stratégies visent à faciliter l'intégration de telles interventions en prenant en compte les facteurs organisationnels et comportementaux qui peuvent soit soutenir, soit entraver cette intégration (Leeman et al., 2024). L'utilisation du cadre i-PARIHS (Harvey et Kitson, 2016) et de la théorie de Rogers (2003) a été pertinente pour cibler ces facteurs. Parmi les stratégies proposées de cette thèse, on trouve des actions telles que l'adaptation des ressources, la priorisation du changement dans l'organisation, l'inclusion des personnes soignées dans le changement, la supervision clinique et la clarification des rôles professionnels. Cela inclut également des efforts pour sensibiliser les personnes soignées, les autres prestataires de soins et les gestionnaires à l'importance des interventions fondées sur des données probantes et de leur implantation dans les pratiques de soins. Néanmoins, certaines dimensions essentielles, telles que le financement ou les réglementations, dépassent le cadre de cette recherche

doctorale et devraient être abordées dans de futures études pour compléter l'éventail des stratégies d'implantation.

En somme, l'ensemble des stratégies d'implantation proposées dans cette thèse est aligné avec la classification de Leeman et al. (2024). Bien que la thèse apporte des contributions importantes en termes de thématiques pour le renforcement des capacités individuelles et de stratégies spécifiques pour le personnel infirmier, certains aspects pourraient être approfondis. Par exemple, l'acceptabilité des autres prestataires de soins, en particulier des médecins, reste un élément crucial pour réussir l'implantation du rôle infirmier élargi. De plus, bien que des stratégies spécifiques à la gestion de la DC aient été identifiées, il faudra porter davantage attention à la manière dont les structures organisationnelles et les processus cliniques peuvent influencer l'implantation du rôle infirmier dans le système de soins.

4.2 Contributions théoriques et conceptuelles de la thèse

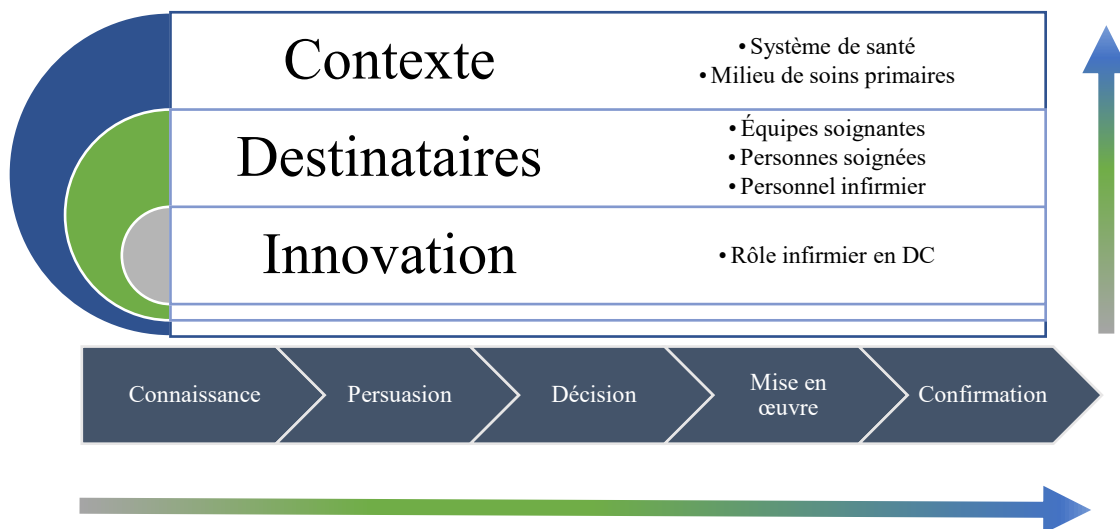
L'analyse fondée sur le *Chronic Care Model* dans l'article de la recension des écrits de cette thèse à propos de la contribution potentielle du personnel infirmier au Plan d'action provincial en DC constitue une contribution essentielle dans la littérature en situant théoriquement le rôle infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires. Développé par Wagner (1998), le *Chronic Care Model* est un cadre de référence visant à optimiser la prise en charge des maladies chroniques à travers six composantes clés : l'organisation des soins de santé, l'appui à l'autogestion, la prise en charge clinique, la conception du système de prestation des soins, les systèmes d'information clinique et les ressources communautaires. L'intégration du *Chronic Care Model* a permis de situer l'efficacité des activités infirmières en DC et de justifier leur rôle central pour cette patientèle, malgré les limites des connaissances actuelles sur le sujet. Plus spécifiquement, cette approche conceptuelle a permis de souligner la contribution essentielle du personnel infirmier dans trois dimensions clés de la gestion de la DC : le soutien à l'autogestion et à l'éducation, la prise en charge clinique (évaluation et suivi), ainsi que la collaboration interprofessionnelle et la collaboration avec les ressources communautaires. La mobilisation de ce cadre renforce ainsi la pertinence de cette thèse en contribuant à la reconnaissance et à la légitimation du rôle infirmier dans la gestion des DC en soins primaires, tout en démontrant conceptuellement sa

place essentielle dans le système de soins (Tableau 3 de l'Article 1 de la thèse). L'article a été publié en français, maximisant les chances de mobilisation des connaissances auprès des décisionnaires du Québec.

Une autre des contributions théoriques de cette thèse réside dans la combinaison des trois cadres qui soutiennent notre démarche scientifique : le KTA de Graham et al. (2006), le i-PARIHS de Harvey et Kitson (2016) et de la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003). Cette intégration offre une approche globale et cohérente pour étudier le changement des pratiques professionnelles, en couvrant trois dimensions essentielles : le processus de transfert des connaissances (KTA), les déterminants du changement (i-PARIHS) et la diffusion de l'innovation (théorie de Rogers). En combinant ces trois cadres, cette thèse propose une approche multidimensionnelle du changement, qui permet non seulement d'identifier les pratiques fondées sur des données probantes, mais aussi d'anticiper les obstacles, de trouver les leviers nécessaires et de structurer la diffusion de ces résultats de manière à favoriser l'adhésion des acteurs ciblés par le changement à implanter.

En particulier, la combinaison du cadre i-PARIHS et de la théorie de la diffusion des innovations s'est révélée particulièrement pertinente lors de l'intégration mixte des résultats pour élaborer des axes d'implantation réalistes et concrets. D'ailleurs, la complémentarité de ces deux cadres a fait l'objet d'une schématisation intégratrice par l'étudiante chercheuse afin de visualiser comment les concepts clés de chaque cadre s'articulent et se renforcent. Cette schématisation (Figure 7) vise à rendre l'approche pragmatique et accessible à la communauté de recherche, renforçant ainsi son utilité ultérieure pour analyser une situation de changement de pratique professionnelle.

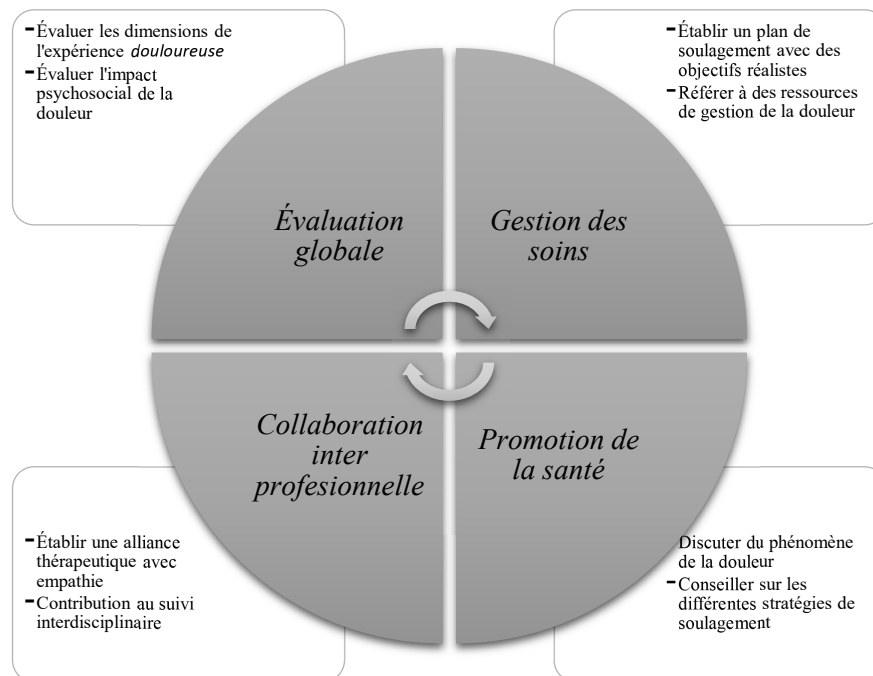
Figure 7 : Schématisation de l'intégration du i-PARIHS et de la théorie de la diffusion des innovations pour l'élaboration des axes d'implantation



Enfin, cette thèse a permis de mettre à jour le cadre de Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al. (2016) sur la pratique infirmière en soins primaires en élargissant et en approfondissant certaines de ses dimensions. Publié il y a presque dix ans, ce cadre visait à structurer et définir la pleine étendue du rôle du personnel infirmier dans la gestion des maladies chroniques en tenant compte des différents domaines de leur pratique (Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al., 2016). L'un des ajustements conceptuels à ce modèle réside dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle, qui, initialement centré sur la relation infirmière-médecin, a été élargi pour inclure l'ensemble des prestataires de soins, qu'ils soient issus des soins primaires, des soins spécialisés ou encore des ressources communautaires. Cette évolution marque un tournant vers une approche plus intégrée et collaborative de la gestion des maladies chroniques comme la DC, favorisant ainsi une meilleure continuité des soins entre différents niveaux de soins où le personnel infirmier a son rôle important à jouer. Une autre mise à jour essentielle concerne l'inclusion du partenariat avec la personne soignée, désormais perçue comme experte de ses propres soins dans le domaine de la collaboration. Ce changement met l'accent sur l'importance de l'engagement des personnes soignées dans la gestion de leur santé, tout en valorisant leur rôle actif dans les décisions sur les soins. Ainsi, cette nouvelle inclusion rejoint une vision plus participative et centrée sur la personne, contribuant à une prise en charge plus personnalisée et respectueuse des besoins et attentes des personnes soignées.

La Figure 8 représente une mise à jour de ce cadre, en y incorporant des exemples concrets d'activités infirmières en gestion de la DC découlant de cette thèse pour chacun des domaines de la pratique infirmière en soins primaires. L'ajout de ces exemples vise à souligner comment ce cadre soutient l'opérationnalisation de la pratique clinique, en illustrant concrètement comment les différents domaines de soins peuvent se traduire dans le quotidien du personnel infirmier en gestion de la DC.

Figure 8 : Domaines d'activités infirmières pour la gestion de la douleur chronique en soins primaires



Ensemble, les contributions théoriques et conceptuelles de cette thèse permettent non seulement de structurer et d'enrichir la compréhension du rôle infirmier et de l'implantation des pratiques basées sur des données probantes, mais aussi de préciser et de clarifier les concepts fondamentaux qui sous-tendent la pratique infirmière.

4.3 Avantages et limites de la thèse

La présente section met en lumière les avantages et les limites de cette thèse en abordant trois aspects complémentaires : les forces méthodologiques qui renforcent la pertinence et l'originalité de cette recherche doctorale, la rigueur de la méthode mixte en lien avec la qualité de l'exécution du processus de recherche et les principales limites de la thèse.

4.3.1 Forces méthodologiques de la thèse

Tout d'abord, cette recherche doctorale, utilisant un devis mixte séquentiel explicatif selon Creswell et Plano Clark (2018), a permis de démontrer la faisabilité et la pertinence de combiner les forces des approches quantitatives et qualitatives pour analyser les enjeux clés du changement des pratiques professionnelles en phase de pré-implantation, notamment dans le domaine de la pratique infirmière en soins primaires. La phase quantitative a permis d'identifier la pratique attendue pour le personnel infirmier en gestion de la DC, tandis que la phase qualitative a exploré en profondeur les défis et les perceptions spécifiques au contexte de pratique en soins primaires. Cette approche intégrée a ainsi permis de mieux cerner les obstacles et leviers à l'adoption de nouvelles activités professionnelles. Au-delà de la simple description des pratiques souhaitées, ce devis mixte s'est avéré particulièrement pertinent en phase de pré-implantation. Il permet non seulement d'évaluer la préparation au changement, mais aussi de concevoir des stratégies adaptées, grâce à l'intégration des résultats des deux phases d'analyse.

Ensuite, l'approche de co-crédation des connaissances, soutenue par le modèle KTA de Graham et al. (2006) et opérationnalisée dans cette thèse à travers un devis mixte séquentiel explicatif, constitue une contribution méthodologique innovante pour le développement de la pratique infirmière et la gestion de la DC en soins primaires. Cette méthodologie a permis d'impliquer activement le personnel infirmier et les personnes vivant avec de la DC dans l'évolution des pratiques professionnelles en intégrant leurs expériences et leurs besoins dès la phase de pré-implantation. En adoptant une perspective centrée sur l'autonomie professionnelle du personnel infirmier et une approche de transfert de connaissances intégrée, cette thèse valorise leur expertise et leur rôle dans le changement de leur pratique professionnelle. Plutôt que de se limiter à une simple consultation, cette recherche doctorale

s'inscrit dans une logique *bottom-up* (avec et pour le personnel infirmier), faisant du personnel infirmier des acteurs clés du processus d'implantation. Cette démarche participative a ainsi permis de co-construire des recommandations adaptées à leur réalité clinique, plutôt que d'imposer des changements venant de « l'extérieur ».

Un apport méthodologique significatif de cette étude doctorale réside aussi dans l'intégration des personnes vivant avec de la DC, à deux niveaux complémentaires. D'une part, deux patientes partenaires ont été activement engagées tout au long du processus de recherche. Leur participation, ancrée dans une perspective de partenariat, a contribué à orienter les choix méthodologiques, à valider la pertinence et la compréhension des questionnaires de la méthode Delphi et à interpréter les résultats à la lumière de leur expérience vécue. Cette implication a enrichi la démarche globale, en assurant que l'étude doctorale soit pertinente et en cohérence avec la réalité des besoins de santé des personnes vivant avec de la DC.

D'autre part, des personnes vivant avec de la DC ont été impliquées en tant que participantes et participants à la première phase de l'étude (Delphi), qui visait à identifier les principaux besoins en matière de soins infirmiers pour la gestion de la DC. Leur contribution a permis de dresser un portrait des attentes envers la pratique infirmière en soins primaires, tout en mettant en lumière la complexité et la nature multifactorielle de DC, ainsi que la diversité des défis quotidiens de sa gestion. Comme la recherche dans ce domaine est en constante évolution, il demeure essentiel de recourir à des approches de recherche inclusives, telles que celle adoptée dans cette recherche doctorale, afin de mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec de la DC. En intégrant ces perspectives à l'expertise infirmière, il a ainsi été possible de construire une liste d'activités cliniques adaptées, mieux alignées sur les besoins exprimés par l'ensemble des personnes concernées.

Il n'est pas toujours évident de mobiliser les prestataires de soins comme participantes et participants à la recherche, une implication qui s'ajoute à un horaire déjà surchargé (Bruneau et al., 2021). Cette thèse a démontré la faisabilité d'une recherche à l'échelle provinciale pour planifier un changement de la pratique infirmière. Le recrutement conjoint à l'aide de bases de données professionnelles (ordre professionnel provincial), ainsi que de réseaux

sociaux et professionnels (Communauté virtuelle des infirmières en GMF) a non seulement permis le recrutement d'un échantillonnage diversifié de 13 des 17 régions du Québec et d'une bonne taille d'échantillon, témoignant de l'intérêt du personnel infirmier pour l'intégration de la DC en soins primaires. Un autre élément clé ayant probablement favorisé cette mobilisation est le souci apporté à la personnalisation des invitations ainsi que l'engagement soutenu de l'étudiante-chercheuse à toutes les étapes de la recherche. La conception graphique des outils de recrutement et de collecte de données, la production de vidéos promotionnelles et les communications personnalisées ont potentiellement contribué à établir un lien de confiance avec le personnel infirmier. Cet engagement s'est également traduit par des échanges positifs dans les questionnaires Delphi et les groupes de discussion, renforcés par des retours encourageants reçus par courriel. Enfin, le soutien institutionnel de l'OIIQ illustre l'intérêt pour la recherche en sciences infirmières et l'importance d'un appui structuré pour favoriser des avancées scientifiques en soins primaires. Dans le souci de faire profiter la communauté scientifique, toute équipe intéressée à reproduire notre méthodologie pourra nous contacter pour avoir accès à nos procédures, au-delà des instruments de collecte des données présentés en Annexe.

4.3.2 Rigueur scientifique de la méthode mixte

Les chercheurs utilisant des devis mixtes doivent intégrer et analyser les données de manière cohérente, en justifiant leur démarche selon les critères de rigueur propres aux devis mixtes (Creswell et Plano Clark, 2018). Ces critères s'ajoutent à ceux des méthodes quantitatives et qualitatives, maximisant ainsi la rigueur de l'étude dans son ensemble (Creswell et Plano Clark, 2018). L'outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études qualitatives, quantitatives et mixtes *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Hong et al., 2018) peut aider à jeter un regard critique sur notre approche mixte. Cet outil propose des critères spécifiques tels que : 1) la justification du choix d'un devis mixte pour répondre à la question de recherche, 2) la pertinence des différentes composantes de l'étude pour cette question et les objectifs qui en découlent, 3) l'intégration adéquate des résultats qualitatifs et quantitatifs, 4) l'adéquation entre l'interprétation des résultats et la conclusion mixte, y compris l'explication des limites, et 5) le respect des critères de qualité propres aux approches méthodologiques respectives (Hong et al., 2018).

Tout d'abord, la justification de l'utilisation d'une approche mixte dans cette thèse a été clairement expliquée. Il a été précisé que cette méthode permettait de répondre efficacement à l'objectif principal de l'étude, qui était d'explorer l'implication potentielle du personnel infirmier en soins primaires dans la gestion de la DC. Le devis séquentiel explicatif a été choisi, dans un premier temps, pour identifier les activités infirmières prioritaires en gestion de la DC (le quoi à intégrer), et, dans un second temps, pour décrire comment celles-ci pouvaient être intégrées de manière cohérente à la pratique infirmière et au contexte des soins primaires (le comment l'intégrer). Cette approche séquentielle explicative s'inscrivait également parfaitement dans l'approche générale de la recherche, basée sur le KTA Graham et al. (2006). En effet, ce cadre définit les étapes par lesquelles les connaissances doivent être adaptées et transformées afin d'être mises en pratique clinique, en précisant que le processus est à la fois séquentiel, itératif et que les phases sont mutuellement influencées. Dans le cadre de cette thèse, ce cadre intégrateur a permis une conception cohérente des différentes phases de devis séquentiel explicatif (quantitative, qualitative et mixte). Finalement, une figure (Figure 3) détaillée de la méthodologie a été réalisée afin de démontrer la cohérence du processus, tel que recommandé par Creswell et Plano Clark (2018) pour justifier le recours à un devis mixte.

Ensuite, pour le deuxième critère sur la pertinence des différentes composantes, l'enrichissement des résultats quantitatifs par des données qualitatives a permis d'approfondir la compréhension de l'implication potentielle du personnel infirmier dans la gestion de la DC. Bien que la méthode Delphi ait permis de dégager un consensus sur les activités prioritaires en l'absence de recommandations cliniques pour la pratique infirmière, elle ne permet pas de saisir la complexité des réalités cliniques vécues sur le terrain. C'est là que les groupes de discussion ont joué un rôle clé, en apportant un éclairage complémentaire essentiel pour comprendre les enjeux pratiques et contextuels. Sans cette approche qualitative, il aurait été difficile de déterminer précisément les stratégies à déployer, les objectifs à atteindre, les groupes de professionnels concernés, ainsi que les conditions dans lesquelles ces stratégies devaient être mises en place. De plus, les objectifs de la recherche ont été clairement définis, justifiant le recours à chaque phase de l'étude (quantitative, qualitative et mixte). Ces objectifs ont été soigneusement opérationnalisés en collaboration

avec l'ensemble de l'équipe de recherche, qui incluait non seulement les deux directrices de recherche, mais aussi deux patientes participantes. Cette collaboration est en cohérence avec les recommandations de Creswell et Plano Clark (2018), qui suggèrent d'inclure diverses parties prenantes dans la conceptualisation et la mise en œuvre d'une recherche utilisant des méthodes mixtes, permettant de tirer parti de l'expertise conjointe d'expériences et des compétences diversifiées sur des thématiques complexes. Dans le contexte de cette thèse, chaque membre de l'équipe de direction apportait des expertises complémentaires dans des domaines variés (douleur chronique, profession infirmière, soins primaires), ainsi que des compétences méthodologiques diverses (recherche quantitative, qualitative et mixte), sans oublier le savoir expérientiel des patientes partenaires, qui a enrichi la conception de cette recherche doctorale.

Troisièmement, l'intégration mixte, définie comme l'interrelation explicite des composantes quantitatives et qualitatives (Pluye et al., 2018), a été réalisée adéquatement par la connexion entre les phases quantitative (méthode Delphi) et qualitative (descriptive interprétative), ainsi que par la comparaison des résultats à la fin du processus de recherche, en suivant les recommandations du devis séquentiel explicatif QUAN-qual de Creswell et Plano Clark (2018) et des méthodes mixtes de Pluye et al. (2018). La méthode Delphi a d'abord été menée de manière indépendante, suivie de l'analyse des données à l'aide de statistiques descriptives. Ces résultats quantitatifs ont ensuite servi de base pour la collecte de données qualitatives, en étant intégrés sous forme de présentations qui ont orienté les groupes de discussion. Ces discussions ont été analysées de manière indépendante suivant une analyse thématique. L'intégration s'est poursuivie par la comparaison des résultats, qui a permis de formuler des constats mixtes interprétatifs, utilisant des tableaux conjoints suivant les recommandations de Fetters (2020). Ces tableaux illustrent la transparence du processus interprétatif. En somme, l'intégration des résultats met en évidence la valeur ajoutée de cette approche mixte, qui va bien au-delà de deux études distinctes selon les principes de méta-inférences (Fetters, 2020), en permettant une compréhension plus approfondie et nuancée de l'implication potentielle du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires.

Quatrièmement, en ce qui concerne les limites potentielles de l'intégration mixte, il était déjà anticipé après la phase quantitative que les activités infirmières jugées prioritaires n'étaient pas nécessairement faciles à intégrer en pratique clinique. Bien que la liste des 41 activités ait offert une vision détaillée de l'éventail de possibilités d'intégration du personnel infirmier en gestion de la DC, elle n'a pas permis une analyse exhaustive des liens entre chaque activité, individuellement, avec l'ensemble des obstacles et leviers identifiés. Pour pallier cette limite, les activités ont été regroupées par domaine de soins (évaluation globale de la santé, gestion des soins, promotion de la santé, collaboration interprofessionnelle), selon le cadre de la pratique infirmière en soins primaires adapté de Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al. (2016), et présentées dans quatre tableaux conjoints distincts. Cette structuration a permis de distinguer les domaines de soins et a permis de constater que certains domaines de soins où les activités relèvent d'une plus grande autonomie infirmière vs ceux nécessitant une approche plus collaborative et qui dépendent de l'organisation. Cela a donc conduit à l'élaboration de deux axes d'implantation dans le cadre de cette thèse, d'abord centrés sur l'autonomie du personnel infirmier, puis sur la collaboration avec les autres prestataires et organisations de soins primaires. Enfin, les deux phases de l'étude doctorale portaient sur des objets distincts (activités infirmières dans la phase quantitative vs obstacles et leviers dans la phase qualitative), ce qui prétendait plutôt à une complémentarité des résultats plutôt qu'une recherche de confirmation ou infirmation des résultats entre les deux phases. Ainsi, aucune des activités identifiées ne dépasse le cadre des soins primaires, rendant leur implantation non seulement pertinente, mais réaliste. En d'autres mots, aucune des activités identifiées ne se situait en dehors du cadre de la pratique infirmière ou du cadre des soins primaires, ce qui aurait rendu l'implantation impossible par exemple.

Enfin, concernant le cinquième critère, la qualité méthodologique a été assurée en appliquant les critères de rigueur spécifiques à chaque phase de l'étude. Les critères de validité interne et externe pour la phase quantitative et ceux de rigueur pour la phase qualitative ont été détaillés dans chacun des articles présentés au Chapitre 3.

4.3.3 Limites de la thèse

Une limite importante de cette thèse concerne le contexte dans lequel elle a été réalisée. En effet, la gestion de la DC par le personnel infirmier en soins primaires n'est que très peu implantée. Les personnes participantes (personnel infirmier et personne vivant avec de la DC) ne disposaient donc pas d'une expérience concrète de la mise en œuvre des activités infirmières dans le contexte spécifique des soins primaires. Les suggestions recueillies auprès du personnel infirmier lors de la méthode Delphi s'appuyaient ainsi davantage sur des perceptions ou des attentes à l'égard de ce que pourrait ou devrait être la pratique infirmière. L'inclusion de personnes vivant avec la DC dans la méthode Delphi a donc été instrumentale dans la mise sur pied de la liste d'activités qui peuvent répondre aux besoins dans la communauté. Cette limite quant au personnel infirmier interrogé se retrouve également dans la phase qualitative, où l'identification des obstacles et des leviers reposait en grande partie sur des perceptions anticipées, et non sur des observations concernant une pratique clinique déjà en place. Toutefois, il faut nuancer cette limite puisque les infirmières et les infirmiers ont eu recours à leur expérience clinique actuelle pour illustrer certains enjeux jugés transférables au développement de nouvelles activités infirmières, comme en ce qui concerne la DC. Cette situation pourrait donc influencer la portée des résultats, notamment en ce qui concerne leur applicabilité dans la réalité des milieux cliniques.

L'échantillon des groupes de discussion était composé exclusivement d'infirmières et d'infirmiers, sans la participation de médecins ou de gestionnaires de GMF. Cette absence limite la diversité des points de vue recueillis sur l'organisation des soins et sur les conditions systémiques entourant la mise en œuvre de la DC. Bien que cette approche ait permis de documenter en profondeur la perspective infirmière, ce qui correspondait à l'objectif principal de la thèse et constitue une première étape, elle ne permet pas d'explorer de manière complète les dynamiques interprofessionnelles ou les enjeux liés à la gouvernance en soins primaires.

Plus spécifiquement, en ce qui concerne les limites liées aux résultats mixtes, il est évident que la grande quantité de données recueillies a nécessité des choix méthodologiques qui ont influencé la portée des conclusions. Tout d'abord, en ce qui concerne la connexion entre la

phase quantitative et la phase qualitative, le nombre important d'activités infirmières identifiées par la méthode Delphi (n=41) a limité la possibilité d'approfondir, dans le temps prévu aux groupes de discussion, les barrières et leviers spécifiques à chacune. Bien que l'ensemble de ces 41 activités ait été présenté en introduction à chaque groupe, le guide d'entretien encourageait plutôt une réflexion sur leur implantation de manière globale, en tant qu'ensemble intégré à la pratique infirmière en soins primaires. Par conséquent, il n'a donc pas été possible d'explorer de manière approfondie comment chaque activité, considérée individuellement, pouvait être influencée par des conditions organisationnelles ou interprofessionnelles spécifiques. Par exemple, il aurait pu être intéressant de distinguer une barrière de type global (ex. la méconnaissance des dimensions à évaluer dans la douleur) d'un obstacle plus technique (ex. la difficulté à utiliser une échelle validée telle que le *Brief Pain Inventory (BPI)*).

Ensuite, en ce qui concerne l'intégration mixte des résultats à la toute fin de l'étude, le croisement des données issues des deux phases quantitatives (activités infirmières) et qualitatives (obstacles et leviers) a nécessité un angle d'analyse permettant d'élaborer des stratégies d'implantation réalistes, en tenant compte de l'importante quantité d'informations générées par ce devis séquentiel explicatif. Il a été décidé de reprendre la classification des domaines d'activités infirmières utilisée lors de la méthode Delphi, selon l'adaptation de Poitras, Chouinard, Fortin, Girard, et al. (2016) (évaluation globale de la santé, gestion des soins, promotion de la santé, collaboration interprofessionnelle). Cet angle a permis de créer des sous-groupes de données facilitant la mise en lumière des enjeux liés à la pratique infirmière en soins primaires, contribuant à formuler des stratégies d'implantation ciblées et réalistes pour la gestion de la DC. Toutefois, cette segmentation pourrait donner une impression de cloisonnement de la pratique infirmière, alors qu'en contexte clinique, le personnel infirmier est souvent amené à réaliser des activités issues de plusieurs domaines au cours d'un même rendez-vous. Ainsi, bien que cette approche ait permis une organisation efficace des résultats, elle pourrait ne pas rendre pleinement compte de la complexité du travail infirmier en soins primaires.

4.4 Plan de transfert des connaissances

Dans le cadre de cette thèse, il est souhaité de maximiser le transfert de connaissances en développant différents outils de diffusion des résultats, tels que des résumés vulgarisés, des présentations destinées au grand public (webinaires, cours en ligne ouverts) et des articles/communications scientifiques. L'objectif est de rendre ces résultats accessibles à un large éventail d'utilisateurs de connaissances, afin de favoriser la diffusion, dissémination et l'adoption (Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2012) des activités infirmières en DC et leur intégration dans la pratique clinique en soins primaires.

Le Tableau 10 présente plusieurs organisations qui ont été ou qui seront ciblées par les différents efforts de transfert des connaissances.

Tableau 10 : Plan de transfert des connaissances

Public cible	Activités de diffusion prévues	Canaux
Personnel infirmier en GMF	- Webinaires interactifs. - Diffusion de fiches pratiques via les infolettres et courriels. - Article vulgarisé.	- Communauté virtuelle de pratique des infirmières GMF (regroupement de personnel infirmier en GMF) - Société québécoise de la douleur (SQD; regroupement interdisciplinaire de prestataires de soins en douleur) - <i>Perspective infirmière</i> (revue de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec)
Personnes vivant avec de la DC	- Webinaires interactifs coanimés avec les patientes partenaires. - Diffusion de fiches conseils via les infolettres et courriels.	- Association québécoise de la douleur chronique (AQDC; regroupement de personnes vivant avec de la douleur) - Pain Canada (regroupement multi-partenaires pancanadien) - Pain BC
Chercheurs	- Articles scientifiques en libre accès. - Présentations dans des congrès provinciaux, nationaux, internationaux. - Webinaires de diffusion.	- Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD ; regroupement québécois en douleur) - Canadian Pain Society (CPS; regroupement canadien en douleur) - Réseau-1 Qc (regroupement québécois en soins primaires)

		- Canadian Primary Care Research Consortium (CPCRC; regroupement international en soins primaires) - North American Primary Care Research Group (NAPCRG; regroupement international en soins primaires) - Pain Canada (regroupement multi-partenaires pancanadien)
Décideurs et gestionnaires en santé	- Diffusion de notes de politique.	- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec (interlocutrice du plan d'action) - Pain Canada (regroupement multi-partenaires pancanadien)

Notons qu'à ce jour, en plus des trois articles découlant de ce projet doctoral (ainsi qu'un autre en cours de finalisation), plusieurs communications (plus de 10) par affiche et orales ont été réalisées depuis 2023 dans des congrès scientifiques provinciaux, nationaux ou internationaux, dans des webinaires d'organisations professionnelles.

Par ailleurs, un objectif important sera d'élaborer des recommandations pratiques et pertinentes, présentées sous forme d'une annexe au *Guide pratique à l'intention des infirmières en GMF*, qui, à ce jour, ne propose aucune directive concernant les soins infirmiers spécifiques pour les personnes vivant avec de la DC dans les GMF (MSSS, 2019). En complément, une autre initiative souhaitée consisterait à développer une boîte à outils pratique et accessible pour soutenir le développement des compétences infirmières en matière de DC. Cette boîte regrouperait des ressources cliniques et éducatives spécifiquement adaptées aux contextes des soins primaires, dans le but de faciliter l'intégration des meilleures pratiques en DC, d'encourager la prise de décision autonome et de valoriser le rôle essentiel du personnel infirmier auprès de cette population. Pour le moment, trois outils de transfert de connaissances de type document infographique sont en cours de rédaction (deux destinés au personnel infirmier sur les activités en gestion de la DC (phase quantitative) et sur les obstacles et leviers à leur implantation (phase qualitative)); un destiné aux personnes vivant avec de la DC sur les activités infirmières en gestion de la DC (phase quantitative)).

4.5 Retombées de la recherche pour les sciences infirmières

4.5.1 *Pratique clinique*

Les retombées de cette étude soutiennent l'évolution de la pratique infirmière en soins primaires en mettant en lumière l'étendue des activités que le personnel infirmier peut réaliser auprès des personnes vivant avec de la DC. En démontrant son rôle clé dans l'évaluation, l'éducation thérapeutique, le soutien à l'autogestion et la coordination des soins, elle contribue à une meilleure reconnaissance de son expertise sur la trajectoire de soins de cette patientèle. En ayant regroupé les activités infirmières en gestion de la DC en domaines, elle permet de voir plus clairement ce qui est déjà fait et ce qui pourrait être amélioré aux yeux du personnel infirmier, des équipes de soins et des gestionnaires en soins primaires. De plus, cette façon d'avoir structuré les activités infirmières en gestion de la DC aide à identifier les compétences importantes à développer et à mieux cibler les besoins en formation, pour soutenir une pratique infirmière autonome et adaptée à la réalité du terrain.

Par ailleurs, en examinant les facteurs organisationnels, interprofessionnels et contextuels influençant la pratique infirmière, cette recherche doctorale oriente le développement de conditions favorables à une intégration du rôle infirmier dans la gestion de la DC. Elle met en évidence la nécessité de renforcer la collaboration interprofessionnelle en positionnant le personnel infirmier comme un acteur clé de la continuité des soins, facilitant la coordination entre soins primaires, services spécialisés et ressources communautaires. En mettant en évidence les défis rencontrés par les équipes infirmières, elle contribue également à une meilleure estimation des ressources nécessaires (ex. temps, personnel, matériel), tout en favorisant une préparation efficace au changement dans les milieux. Dans un contexte de ressources limitées et d'une province étendue géographiquement comme le Québec, la mise en place de soins virtuels en soins primaires apparaît comme une piste pertinente pour répondre aux défis actuels de l'offre de soins en DC (Lemire et Sisler, 2020). Cette recherche met également en lumière l'importance d'une approche centrée sur la personne, où les personnes soignées sont reconnues comme des partenaires actifs dans la gestion de leur douleur, avec l'accompagnement du personnel infirmier. Elle insiste sur la nécessité de mieux comprendre leurs besoins et attentes afin d'adapter les pratiques infirmières en conséquence. En identifiant les défis rencontrés par les équipes infirmières et les ressources

nécessaires à leur intégration, cette thèse propose des stratégies d'implantation adaptées aux soins primaires, offrant ainsi des pistes concrètes pour soutenir l'adoption de pratiques infirmières en DC fondées sur les données probantes.

4.5.2 Enseignement

Les retombées de cette étude soulignent l'importance de renforcer la formation du personnel infirmier en soins primaires afin d'améliorer la prise en charge des personnes vivant avec de la DC. Plus encore, telle que discutée précédemment, il existe un besoin criant de formation pour les soins primaires à l'intérieur des programmes de formation infirmière, mais également une absence de formation continue adéquate actuellement disponible pour développer les compétences nécessaires à ce domaine de soins (Lukewich et al., 2023; Lukewich, Myles, et al., 2025).

Or, en pédagogie, il est reconnu que le développement de compétences, défini comme « *un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* », nécessite la mobilisation et la combinaison de trois types de savoirs : les savoirs (connaissances théoriques et scientifiques), le savoir-faire (habiletés techniques) et le savoir-être (attitudes et comportements) (Tardif et al., 2006). Ensemble, ces trois types de savoirs soutiennent une vision globale de l'expertise infirmière, qui va bien au-delà de la simple exécution de gestes techniques de soins. C'est dans cette vision que les recommandations spécifiques à la pratique infirmière en soins primaires pour la DC découlant de cette thèse seront présentées dans les lignes suivantes, en structurant les suggestions selon les trois types de savoirs. Notons également que notre proposition s'accordent avec le curriculum proposé par l'IASP pour la pratique infirmière (International Association on the Study of Pain, 2018). Premièrement, en s'appuyant sur la taxonomie de Bloom (un cadre pédagogique permettant de classifier les apprentissages cognitifs), la formation devrait permettre aux futurs infirmières et infirmiers, ainsi qu'au personnel infirmier en soins primaires, d'acquérir les **connaissances** fondamentales suivantes :

- Différencier la douleur aiguë de la DC, en comprenant les mécanismes neurophysiologiques propres à chaque type de douleur ;

- Mesurer l'expérience douloureuse à l'aide des outils de mesure validés, en incluant ses différentes dimensions (ex. : intensité, interférence, impact fonctionnel) ;
- Incorporer des approches combinées pour le soulagement de la DC, incluant des interventions pharmacologiques, physiques (ex. : physiothérapie) et psychologiques (ex. : thérapie cognitivo-comportementale, pleine conscience) ;
- Comprendre le rôle des différents prestataires de soins dans la gestion interprofessionnelle de la douleur (ex. : pharmacie, médecine, psychologie, physiothérapie, travail social) ;
- Considérer les enjeux éthiques, sociaux et systémiques liés à la reconnaissance de la DC dans le réseau de la santé.

Deuxièmement, en s'appuyant sur la taxonomie de Jewett (un cadre pédagogique permettant de classer les apprentissages techniques), la formation devrait permettre aux futurs infirmières et infirmiers, ainsi qu'au personnel infirmier en soins primaires, de développer les **habiletés** suivantes :

- Employer les outils de mesure validés de la douleur de manière rigoureuse et contextualisée, afin de mieux comprendre les besoins spécifiques de chaque personne;
- Élaborer et ajuster un plan de soins infirmiers individualisé, en prenant en compte les objectifs de la personne vivant avec de la DC;
- Coordonner des plans de soulagement de la douleur en collaboration avec les membres de l'équipe interprofessionnelle;
- Enseigner des stratégies concrètes d'autogestion de la douleur et la planification d'objectifs personnalisés (SMART) pour favoriser l'autonomie de la personne.

Troisièmement, en s'appuyant sur la taxonomie de Krathwohl (un cadre pédagogique permettant de classer les apprentissages comportementaux), la formation devrait permettre aux futurs infirmières et infirmiers, ainsi qu'au personnel infirmier en soins primaires, de développer une **approche** centrée sur la personne et éthique :

- Adopter une communication respectueuse et empathique, reconnaissant l'expérience subjective de la douleur sans jugement ni stigmatisation ;

- Construire une alliance thérapeutique fondée sur la confiance, l'écoute et la reconnaissance du vécu de la personne avec de la DC;
- Faire preuve de réflexivité et d'ouverture face aux situations cliniques complexes, en échangeant seulement les informations nécessaires avec les autres prestataires de soins pour assurer une approche éthique ;
- Partager efficacement avec les autres prestataires de soins les constats infirmiers afin de contribuer au leadership infirmier en matière de soins centrés sur la DC.

Notons également que les recommandations de formation proposées dans cette thèse s'alignent étroitement avec les 47 compétences infirmières en soins primaires identifiées par Lukewich et al. (2020) dans leur étude *National Competencies for Registered Nurses in Primary Care*, lesquelles sont regroupées en six domaines : 1) le professionnalisme, 2) la pratique clinique, 3) la communication, 4) la collaboration interprofessionnelle, 5) la qualité des soins, l'évaluation et la recherche, et 6) le leadership. En les complétant, les résultats de cette thèse illustrent comment ces domaines peuvent être concrètement opérationnalisés en contenus de formation adaptés au contexte de la DC. Par exemple, le domaine de la pratique clinique est représenté par l'utilisation d'outils de mesure validés pour évaluer la DC. La communication est abordée à travers l'approche empathique qui vise à mieux reconnaître la DC et éviter la stigmatisation. La collaboration interprofessionnelle est mise de l'avant par l'importance du travail en équipe dans la gestion de la DC, tant avec les différents prestataires de soins que les personnes elles-mêmes. Le leadership infirmier se reflète dans la capacité du personnel infirmier à s'engager activement dans les soins offerts aux personnes vivant avec de la DC à travers le partage de constats infirmiers. Enfin, le professionnalisme et la qualité des soins reposent sur la valorisation de soins éthiques et réflexifs, ainsi que l'apprentissage en continu et une approche centrée sur la personne.

Par ailleurs, pour permettre aux infirmières et infirmiers d'adopter une approche proactive et centrée sur la personne en matière de DC, il sera nécessaire d'agir à tous les niveaux de formation : la formation initiale (collégiale et universitaire), ainsi que la formation continue tout au long de la carrière. Pour soutenir ces apprentissages, les programmes de formation collégiale et universitaire devraient inclure différentes stratégies pédagogiques actives pour

favoriser ultérieurement l'utilisation des compétences en contexte réel, telles que des études de cas complexes, des simulations cliniques, des travaux interprofessionnels et des situations réflexives favorisant le raisonnement clinique, la pensée critique et le jugement clinique. Compte tenu du manque de connaissances en regard de la DC (Bergeron et al., 2015b; Hroch et al., 2019) et du risque que le sujet soit peu ou mal couvert dans certains cours, des contenus dédiés offerts par des ressources enseignantes œuvrant dans le domaine de la DC seraient recommandés (ex. cours obligatoire complet au baccalauréat en sciences infirmières), en plus de l'enseignement transversal de la douleur dans les programmes d'études.

Du côté de la formation continue, il est recommandé à la lumière de cette thèse que des modules ciblés devraient être conçus pour répondre aux besoins du personnel infirmier déjà en pratique, en tenant compte des obstacles identifiés dans la phase qualitative (ex. temps, ressources, soutien institutionnel). Une approche flexible et hybride, combinant des contenus théoriques en ligne (ex. autoformation, capsules vidéo, quiz interactifs) et des sessions pratiques en présentiel (ex. ateliers, simulations, mentorat), pourrait être une avenue intéressante et actuelle, telle que démontré dans l'étude de Poitras et al. (2023). Ces formations permettraient le développement et la mise à jour des compétences infirmières en DC, mais aussi renforcer l'autonomie professionnelle et la collaboration interprofessionnelle.

4.6 Piste de recherches futures

Les pistes de recherches futures découlant de cette thèse s'ouvrent sur plusieurs avenues intéressantes pour approfondir les connaissances et améliorer l'accompagnement des personnes vivant avec de la DC par le personnel infirmier en soins primaires.

Une première direction serait de poursuivre l'intégration des activités en gestion de la DC auprès du personnel infirmier en se basant sur les sept étapes du KTA de Graham et al. (2006). Après les trois premières étapes du KTA réalisées dans cette thèse, les étapes suivantes sont : 4) choisir, adapter et mettre en œuvre les interventions, 5) surveiller l'utilisation des connaissances, 6) évaluer les résultats et 7) soutenir l'application des connaissances. Par exemple, une recherche future pourrait reprendre la liste de nos 10

activités infirmières prioritaires pour tester leur implantation. Avec une évaluation continue, inspirée du système apprenant, cela permettrait de valider la pertinence et l'applicabilité de ces activités de soins.

Des études approfondies de l'efficacité de la pratique infirmière sur la gestion de la DC pourraient s'avérer essentielles pour mieux comprendre les retombées des activités infirmières sur la santé des personnes vivant avec de la DC et identifier des domaines d'amélioration. Cette recherche pourrait inclure l'évaluation des compétences spécifiques du personnel infirmier, l'analyse de leurs expériences de soins en gestion de la DC, ainsi que le développement de nouvelles approches ou d'outils et guides cliniques pour améliorer les résultats de santé des personnes vivant avec de la DC. Ces pistes de recherche contribueraient non seulement à enrichir les connaissances dans le domaine de la gestion de la DC, mais aussi à offrir des solutions concrètes pour améliorer l'efficacité de la pratique infirmière en soins primaires.

Cette étude s'est centrée exclusivement sur la perspective du personnel infirmier comme mentionné dans les limites de la thèse. Si cette approche a permis de dégager des recommandations ancrées dans la pratique infirmière, elle ouvre également la voie à une prochaine étape essentielle : l'intégration des points de vue des gestionnaires et des décideurs. En effet, certaines stratégies d'implantation identifiées pourraient se heurter à des priorités organisationnelles et administratives non explorées dans cette recherche. L'absence de consultation des gestionnaires limite ainsi l'évaluation de l'acceptabilité et de la faisabilité des recommandations en fonction des contraintes structurelles et des politiques internes de chaque milieu. D'ailleurs, l'analyse des stratégies à l'aide de la classification de Leeman et al. (2024) a mis en évidence cette limite, révélant que plusieurs stratégies impliquent des changements organisationnels nécessitant l'adhésion des gestionnaires et des décideurs. Bien que cette étude valorise la voix du personnel infirmier, l'absence actuelle de ces perspectives représente une opportunité pour des recherches futures afin de renforcer l'arrimage entre les pratiques infirmières et les structures décisionnelles en soins primaires.

Une autre perspective qui mérite d'être approfondie concerne l'influence du sexe et du genre sur les priorités perçues ainsi que les soins offerts aux personnes vivant avec de la DC en soins primaires. Tel que souligné dans la recension des écrits, la DC touche de manière disproportionnée certains groupes, notamment les femmes. Dans le cadre de ce projet doctoral, seule une stratification des résultats selon le genre a été effectuée lors de la méthode Delphi. Cette analyse ne constituait pas l'objectif principal de cette phase, mais elle a mis en lumière des différences de priorités entre les femmes et les hommes. La littérature montre déjà que des différences liées au sexe et au genre influencent la douleur (Keogh, 2025) et les préférences en matière de traitements pharmacologiques (Barr et Eilat-Tsanani, 2022), d'approches physiques et psychologiques de soulagement (Godbout-Parent et al., 2024), ainsi que dans l'utilisation des soins de santé (Lacasse et al., 2023). Pour le développement de la pratique infirmière en gestion de la DC en soins primaires, ces constats soulignent la nécessité d'obtenir davantage des données pour mieux personnaliser les activités infirmières en fonction des préférences, des identités et des réalités des personnes soignées. Ultimement, il pourrait être pertinent de développer des contenus de formation et des outils cliniques intégrant explicitement ces dimensions afin de soutenir une gestion de la DC plus équitable et adaptée.

Enfin, une autre avenue de recherche importante consisterait à évaluer l'efficacité des différentes stratégies d'implantation proposées dans cette thèse pour renforcer le rôle du personnel infirmier en soins primaires. Bien que les stratégies d'implantation suggérées dans cette thèse reposent sur une analyse rigoureuse, intégrant des cadres conceptuels et théoriques solides, elles n'ont pas fait l'objet d'une évaluation spécifique. En effet, elles découlent d'une synthèse des données recueillies pour cette thèse plutôt que de preuves empiriques directement associées à leur application individuelle. En particulier, il serait pertinent d'examiner l'impact de ces stratégies sur la qualité de la pratique infirmière en soins primaires.

5. CONCLUSION

Cette thèse a exploré l'implication du personnel infirmier en soins primaires dans la gestion de la DC, en mettant en évidence l'ampleur de son rôle potentiel. L'étude a permis de dévoiler la diversité des activités que le personnel infirmier peut réaliser auprès des personnes vivant avec de la DC, allant de l'évaluation de la douleur au soutien à l'autogestion, et l'éducation thérapeutique, en passant par la coordination des soins, la collaboration de soins et le partenariat-patient. Un grand nombre d'activités ont été priorisées d'un commun accord, ce qui est très positif. L'exploration des barrières et des leviers à l'implantation de telles activités positionne désormais pour la prochaine étape, soit l'implantation.

Les retombées de cette thèse mettent en lumière le potentiel du personnel infirmier à jouer un rôle central dans la gestion de la DC en soins primaires, tout en identifiant les facteurs contextuels, organisationnels et interprofessionnels qui influencent l'élaboration des stratégies d'implantation. Cette recherche a permis de dégager des pistes concrètes et de mettre en lumière les compétences nécessaires pour que le personnel infirmier puisse exercer son rôle de manière optimale, telles que la distinction entre la douleur aiguë et chronique, l'utilisation des outils de mesure validés, la gestion de la pharmacothérapie, l'intégration des approches physiques et psychologiques, ainsi que le développement de stratégies d'autonomisation des personnes soignées. En outre, elle a révélé l'importance de renforcer la collaboration interprofessionnelle, de développer des formations adaptées, et d'inclure le personnel infirmier dans les processus décisionnels et organisationnels pour soutenir le développement de leurs pratiques cliniques en gestion de la DC.

En conclusion, cette thèse contribue à une meilleure reconnaissance du rôle potentiel du personnel infirmier dans la gestion de la DC en soins primaires, tout en mettant en lumière les défis à surmonter pour assurer une intégration réussie et durable de ce rôle dans la pratique quotidienne. Les recommandations de cette thèse, très orientées vers le renforcement des capacités, soulignent les besoins immédiats du personnel infirmier dans la gestion de la DC. Bien que cette thèse propose des solutions pratiques et adaptées, elle ouvre également des pistes pour des recherches futures et des stratégies d'implantation à plus

grande échelle. Enfin, avec la publication récente de plan d'action en douleur du Québec et du Canada, il existe un « momentum » pour justifier la pertinence d'agir auprès du personnel infirmier, des personnes soignées, des autres prestataires de soins, des gestionnaires et des décideurs en soins primaires.

6. LISTE DES RÉFÉRENCES

- Aldossari, K. K., Shubair, M. M., Al-Zahrani, J., Alduraywish, A. A., AlAhmary, K., Bahkali, S., Aloudah, S. M., Almustanyir, S., Al-Rizqi, L., El-Zahaby, S. A., Toivola, P. et El-Metwally, A. (2020). Association between chronic pain and diabetes/prediabetes: A population-based cross-sectional survey in Saudi Arabia *Pain research & management*, 2020, 8239474-8239474. <https://doi.org/10.1155/2020/8239474>
- Alford, D. P., German, J. S., Samet, J. H., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C. A. et Saitz, R. (2016). Primary care patients with drug use report chronic pain and self-medicate with alcohol and other drugs *Journal of General Internal Medicine*, 31(5), 486-491. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3586-5>
- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous Peoples in Canada*. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Andersson, H. I., Ejlertsson, G., Leden, I. et Scherstén, B. (1999). Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication: Results from a population-based Swedish study *Journal of epidemiology and community health*, 53(8), 503-509. <https://doi.org/10.1136/jech.53.8.503>
- Andrew, R., Derry, S., Taylor, R. S., Straube, S. et Phillips, C. J. (2014). The costs and consequences of adequately managed chronic non-cancer pain and chronic neuropathic pain *Pain Practice*, 14(1), 79-94. <https://doi.org/10.1111/papr.12050>
- Assefa, M., LeClerc, I., Muggah, E., Deonandan, R., Godbout, C. et Finestone, H. M. (2023). Chronic noncancer pain management: Integration of a nurse-led program in primary care *Canadian family physician*, 69(3), e52-e60. <https://doi.org/10.46747/cfp.6903e52>
- Astle, B. J., Duggleby, W., Perry, A. G., Potter, P. A. et Stockert, P. A. (2024). *Canadian fundamentals of nursing* (7^e éd.). Elsevier Canada.
- Ballantyne, J. C. et Sullivan, M. D. (2015). Intensity of chronic pain: The wrong metric? *The New England journal of medicine*, 373(22), 2098-2099. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1507136>
- Barr, A. et Eilat-Tsanani, S. (2022). Prescribing Analgesics for Low Back Pain: Is There a Gender Difference? *J Womens Health (Larchmt)*, 31(1), 79-83. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0039>

- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. et Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model *Hospital quarterly*, 7(1), 73-82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
- Barrett, C., Mathews, M., Poitras, M.-E., Norful, A. A., Martin-Misener, R., Tranmer, J., Ryan, D. et Lukewich, J. (2021). Job titles and education requirements of registered nurses in primary care: An international document analysis *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100044. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100044>
- Bech, B., Primdahl, J., van Tubergen, A., Voshaar, M., Zangi, H. A., Barbosa, L., Boström, C., Boteva, B., Carubbi, F., Fayet, F., Ferreira, R. J. O., Hoepfer, K., Kocher, A., Kukkurainen, M. L., Lion, V., Minnock, P., Moretti, A., Ndosi, M., Pavic Nikolic, M.,... van Eijk-Hustings, Y. (2020). 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis *Annals of the rheumatic diseases*, 79(1), 61-68. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215458>
- Becker, W. C., Bair, M. J., Picchioni, M., Starrels, J. L. et Frank, J. W. (2018). Pain management for primary care providers: A narrative review of high-impact studies, 2014-2016 *Pain Medicine*, 19(1), 40-49. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx146>
- Benes, L. L., Keefe, F. J. et DeBar, L. L. (2022). Treating persistent pain: A nurse co-led, interdisciplinary model for primary care *Pain Management Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.07.004>
- Bergeron, D. A., Bourgault, P. et Gallagher, F. (2015a). Gestion de la douleur chronique par les infirmières des groupes de médecine de famille. *Pain research & management*, 20(2), 101-106. <https://doi.org/10.1155/2015/501616>
- Bergeron, D. A., Bourgault, P. et Gallagher, F. (2015b). Knowledge and beliefs about chronic non cancer pain management for family medicine group nurses *Pain Management Nursing*, 16(6), 951-958. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.09.001>
- Bergeron, D. A., Gallagher, F. et Bourgault, P. (2014). Traduction et adaptation de la version canadienne-française du Pain Management Activities Questionnaire (PMAQ) *Douleur et Analgésie*, 27(4), 226-233. <https://doi.org/10.1007/s11724-014-0398-4>
- Bernier, A., Champagne, M., Lacroix, M. et Poitras, M.-E. (2020). The expected, enacted and desired role of family practice nurses in family medicine groups as perceived by nurses and family physicians *Science of Nursing and Health Practices - Science infirmière et pratiques en santé*, 3(2). <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1072>

- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. et Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment *European journal of pain*, 10(4), 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Bruneau, J., Moralejo, D., Donovan, C. et Parsons, K. (2021). Recruitment of healthcare providers into research studies *The Canadian journal of nursing research*, 53(4), 426-432. <https://doi.org/10.1177/0844562120974911>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2020a). *Non-drug ways to manage chronic pain*. <https://www.cadth.ca/chronicpain>
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2020b). *Non-pharmacological methods for managing chronic pain: Psychological methods*.
- Canadian Family Practice Nurses Association [CFPNA]. (2019). *National competencies for registered nurses in primary care*. <https://www.cfpna.ca/national-core-competencies>
- Canadian Institutes of Health Research. (2011). *Canada's strategy for patient oriented research: improving health outcomes through evidence-informed care*. https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/P-O_Research_Strategy-eng.pdf
- Cheung, C. W., Choo, C. Y., Kim, Y.-C., Lin, F. S., Moon, S.-H., Osio-Salido, E., Pan, S.-F., Singh, V. A., Yoon, S. H., Moon, H. et Hadjiat, Y. (2019). Inadequate management of chronic non-cancer pain and treatment-related adverse events in Asia: Perspectives from patients from 10 countries/regions *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 1(6), 442-450. <https://doi.org/10.1007/s42399-019-00060-x>
- Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A., Clark, A. J., Gordon, A. S., Guerriere, D. N., Guertin, M. C., Intrater, H. M., Lefort, S. M., Lynch, M. E., Moulin, D. E., Ong-Lam, M., Racine, M., Rashiq, S., Shir, Y., Taenzer, P. et Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian journal of anaesthesia*, 57(6), 539-548. <https://doi.org/10.1007/s12630-010-9305-5>
- Choinière, M., Peng, P., Gilron, I., Buckley, N., Williamson, O., Janelle-Montcalm, A., Baerg, K., Boulanger, A., Di Renna, T., Finley, G. A., Intrater, H., Lau, B. et Pereira, J. (2020). Accessing care in multidisciplinary pain treatment facilities continues to be a challenge in Canada *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 45(12), 943-948. <https://doi.org/10.1136/rapm-2020-101935>
- Chou, R., Hartung, D., Turner, J., Blazina, I., Chan, B., Levander, X., McDonagh, M., Selph, S., Fu, R. et Pappas, M. (2020). *Opioid treatments for chronic pain*. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 20-EHC011. <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER229>

- Cohen, S. P., Vase, L. et Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances *The Lancet*, 397(10289), 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Connell, N. B., Prathivadi, P., Lorenz, K. A., Zupanc, S. N., Singer, S. J., Krebs, E. E., Yano, E. M., Wong, H. N. et Giannitrapani, K. F. (2022). Teaming in interdisciplinary chronic pain management interventions in primary care: A systematic review of randomized controlled trials *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1501-1512. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07255-w>
- Courtenay, M. et Carey, N. (2008). The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: A review of the literature *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), 2001-2013. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02361.x>
- Cousins, M., Lane-Krebs, K., Matthews, J. et Johnston-Devin, C. (2022). Student nurses' pain knowledge and attitudes towards pain management over the last 20 years: A systematic review *Nurse Education Today*, 108, 105169. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105169>
- Cousins, M. J. et Lynch, M. E. (2011). The Declaration Montreal: Access to pain management is a fundamental human right *Pain*, 152(12), 2673-2674. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.012>
- Creswell, J. W. et Plano Clark, V. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3^e éd.). Sage.
- Dalkey, N. et Helmer, O. (1963). An experimental application of the Delphi method to the use of experts *Management Science*, 9(3), 458-467. <https://doi.org/10.1287/mnsc.9.3.458>
- Damush, T. M., Kroenke, K., Bair, M. J., Wu, J., Tu, W., Krebs, E. E. et Poleshuck, E. (2016). Pain self-management training increases self-efficacy, self-management behaviours and pain and depression outcomes *European journal of pain*, 20(7), 1070-1078. <https://doi.org/10.1002/ejp.830>
- De Brún, A., O'Donovan, R. et McAuliffe, E. (2019). Interventions to develop collectivistic leadership in healthcare settings: A systematic review *BMC Health Services Research*, 19(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3883-x>
- de Thurah, A., Esbensen, B. A., Roelsgaard, I. K., Frandsen, T. F. et Primdahl, J. (2017). Efficacy of embedded nurse-led versus conventional physician-led follow-up in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis *RMD Open*, 3(2), e000481. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2017-000481>

- Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. Une contribution essentielle à la performance du système de santé *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.
- Dubois, C. A., D'Amour, D., Pomey, M. P., Girard, F. et Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: A systematic and interpretive review *BMC nursing*, 12, 7. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-7>
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A. et Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system *Journal of Pain Research*, 9, 457-467. <https://doi.org/10.2147/JPR.S105892>
- Eccles, M. P. et Mittman, B. S. (2006). Welcome to Implementation Science *Implementation Science*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Ferguson, M., Svendrovski, A. et Katz, J. (2020). Association between multimorbid disease patterns and pain outcomes among a complex chronic care population in Canada *Journal of Pain Research*, 13, 3045-3057. <https://doi.org/10.2147/jpr.S269648>
- Fetters, M. D. (2020). *The mixed methods research workbook : Activities for designing, implementing, and publishing projects*. SAGE.
- Finley, C. R., Chan, D. S., Garrison, S., Korownyk, C., Kolber, M. R., Campbell, S., Eurich, D. T., Lindblad, A. J., Vandermeer, B. et Allan, G. M. (2018). What are the most common conditions in primary care? Systematic review *Canadian family physician*, 64(11), 832-840.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A. et Lapointe, L. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice *The Annals of Family Medicine*, 3(3), 223-228. <https://doi.org/10.1370/afm.272>
- Gallagher, F. et Marceau, M. (2020). La recherche descriptive interprétative: exploration du concept de la validité en tant qu'impératif social dans le contexte de l'évaluation des apprentissages en pédagogie des sciences de la santé. Dans N. Larivière et M. Corbière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Gannon, J., Atkinson, J. H., Chircop-Rollick, T., D'Andrea, J., Garfin, S., Patel, S., Penzien, D. B., Wallace, M., Weickgenant, A. L., Slater, M., Holloway, R. et Rutledge, T. (2019). Telehealth therapy effects of nurses and mental health professionals from 2 randomized controlled trials for chronic back pain *The Clinical Journal of Pain*, 35(4), 295-303. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000678>

- Gaskin, D. J. et Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States *The Journal of Pain*, 13(8), 715-724. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.03.009>
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A. et Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future *The American psychologist*, 69(2), 119-130. <https://doi.org/10.1037/a0035514>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. et Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gauthier, K., Dulong, C. et Arg  ez, C. (2019). *Multidisciplinary treatment programs for patients with chronic non-malignant pain: A review of clinical effectiveness, costeffectiveness, and guidelines – An update*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2019/RC1110%20Multidcp%20Program%20Chronic%20Pain_Final.pdf
- Giannitrapani, K. F., Ahluwalia, S. C., Day, R. T., Pisciotta, M., Dobscha, S. et Lorenz, K. (2018). Challenges to teaming for pain in primary care *Healthcare*, 6(1), 23-27. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2017.06.006>
- Giannitrapani, K. F., Ahluwalia, S. C., McCaa, M., Pisciotta, M., Dobscha, S. et Lorenz, K. A. (2018). Barriers to using nonpharmacologic approaches and reducing opioid use in primary care *Pain Medicine*, 19(7), 1357-1364. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx220>
- Giannitrapani, K. F., Connell, N., Prathivadi, P., Zupanc, S., Wong, H.-N. et Lorenz, K. (2021). Identifying Teaming in Chronic Pain Management Interventions in Primary Care: A Systematic Review *Academy of Management Proceedings*, 2021(1), 11391. <https://doi.org/10.5465/AMBPP.2021.11391abstract>
- Girard, A., Hudon, C., Poitras, M.-E., Roberge, P. et Chouinard, M.-C. (2017). Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: A qualitative descriptive study *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1385-1394. <https://doi.org/10.1111/jocn.13695>
- Girard, A., Roberge, P., Ellefsen, D., Bernard-Hamel, J., Carrier, J. D. et Hudon, C. (2021). The influence of contextual factors on the process of formulating strategies to improve the adoption of care manager activities by primary care nurses *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 20. <https://doi.org/10.5334/ijic.5556>

- Godbout-Parent, M., Julien, N., Nguena Nguefack, H. L., Pagé, M. G., Guénette, L., Blais, L., Beaudoin, S., Bertrand, C. et Lacasse, A. (2024). Changing society, changing research: integrating gender to better understand physical and psychological treatments use in chronic pain management *Pain*, 165(3), 674-684. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003072>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Grant, R. W., McCloskey, J., Hatfield, M., Uratsu, C., Ralston, J. D., Bayliss, E. et Kennedy, C. J. (2020). Use of latent class analysis and k-means clustering to identify complex patient profiles *JAMA Network Open*, 3(12), e2029068-e2029068. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29068>
- Hadi, M. A., Alldred, D. P., Briggs, M., Marczewski, K. et Closs, S. J. (2016). Effectiveness of a community based nurse-pharmacist managed pain clinic: A mixed-methods study *International Journal of Nursing Studies*, 53, 219-227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.003>
- Haroutounian, S., Holzer, K. J., Kerns, R. D., Veasley, C., Dworkin, R. H., Turk, D. C., Carman, K. L., Chambers, C. T., Cowan, P., Edwards, R. R., Eisenach, J. C., Farrar, J. T., Ferguson, M., Forsythe, L. P., Freeman, R., Gewandter, J. S., Gilron, I., Goertz, C., Grol-Prokopczyk, H.,... Vollert, J. (2024). Patient engagement in designing, conducting, and disseminating clinical pain research: IMMPACT recommended considerations *Pain*, 165(5), 1013-1028. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003121>
- Harvey, G. et Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice *Implementation Science*, 11(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0398-2>
- Hasson, F., Keeney, S. et McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Health Canada. (2019). *Chronic pain in Canada: Laying a foundation for action*. Report by the Canadian Pain Task Force. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2019/canadian-pain-task-force-June-2019-report-en.pdf>
- Health Canada. (2020). *Working together to better understand, prevent and, manage chronic pain: What we heard*. Canadian Pain Task Force.

<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2020-rapport/report-2020.pdf>

Health Canada. (2021). *An action plan for pain in Canada*. Canadian Pain Task Force. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>

Heimer, R., Zhan, W. et Grau, L. E. (2015). Prevalence and experience of chronic pain in suburban drug injectors *Drug and alcohol dependence*, 151, 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.03.007>

Holloway, I. et Galvin, K. M. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4^e éd.). John Wiley & Sons Inc.

Hong, Q. N., Gonzalez-Reyes, A. et Pluye, P. (2018). Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(3), 459-467. <https://doi.org/10.1111/jep.12884>

Hroch, J., VanDenKerkhof, E. G., Sawhney, M., Sears, N. et Gedcke-Kerr, L. (2019). Knowledge and attitudes about pain management among canadian nursing students *Pain Management Nursing*, 20(4), 382-389. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.12.005>

Huttunen, M. H., Paananen, M., Miettunen, J., Kalso, E. et Marttinen, M. K. (2024). Multidisciplinary management of persistent pain in primary care—A systematic review *European journal of pain*, 28(6), 886-900. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ejp.2240>

Hylands-White, N., Duarte, R. V. et Raphael, J. H. (2017). An overview of treatment approaches for chronic pain management *Rheumatology international*, 37(1), 29-42. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8>

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2012). *Guide de planification de l'application des connaissances aux IRSC : approches intégrées et de fin de subvention*. https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/kt_lm_ktplan-fr.pdf

International Association for the Study of Pain. (2009). *Pain treatment services*. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1381>

- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2018). *IASP curriculum outline on pain for nursing*. <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-nursing/>
- International Association on the Study of Pain. (2018). *IASP Interprofessional Pain Curriculum Outline*. <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-interprofessional-pain-curriculum-outline/?ItemNumber=2057>
- Joypaul, S., Kelly, F., McMillan, S. S. et King, M. A. (2019). Multi-disciplinary interventions for chronic pain involving education: A systematic review *PLoS One*, 14(10), e0223306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223306>
- Kaiser, U., Treede, R. D. et Sabatowski, R. (2017). Multimodal pain therapy in chronic noncancer pain-gold standard or need for further clarification? *Pain*, 158(10), 1853-1859. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000902>
- Katz, D. et Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2^e éd.). J. Wiley.
- Kaur, N., Vedel, I., El Sherif, R. et Pluye, P. (2019). Practical mixed methods strategies used to integrate qualitative and quantitative methods in community-based primary health care research *Family practice*, 36(5), 666-671. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz010>
- Keeney, S., Hasson, F. et McKenna, H. P. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. Wiley-Blackwell.
- Keogh, E. (2025). Sex, gender, and pain: Evidence and knowledge gaps *Curr Opin Psychol*, 63, 102006. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2025.102006>
- Kerns, R. D., Krebs, E. E. et Atkins, D. (2018). Making integrated multimodal pain care a reality: A path forward *Journal of general internal medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4361-6>
- King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L. et MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain*, 152(12), 2729-2738. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.016>
- Korownyk, C. S., Montgomery, L., Young, J., Moore, S., Singer, A. G., MacDougall, P., Darling, S., Ellis, K., Myers, J., Rochford, C., Taillefer, M.-C., Allan, G. M., Perry, D., Moe, S. S., Ton, J., Kolber, M. R., Kirkwood, J., Thomas, B., Garrison, S.,... Lindblad, A. J. (2022). PEER simplified chronic pain guideline *Management of*

- chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care*, 68(3), 179-190. <https://doi.org/10.46747/cfp.6803179>
- Kramer, M. et Schmalenberg, C. (2008). The practice of clinical autonomy in hospitals: 20 000 nurses tell their story *Critical Care Nurse*, 28(6), 58-71.
- Kress, H. G., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Collett, B., Coluzzi, F., Huygen, F., Jaksch, W., Kalso, E., Kocot-Kępska, M., Mangas, A. C., Ferri, C. M., Mavrocordatos, P., Morlion, B., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Hernández, C. P. et Sichère, P. (2015). A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: Change is needed *Current medical research and opinion*, 31(9), 1743-1754. <https://doi.org/10.1185/03007995.2015.1072088>
- Kroenke, K., Baye, F., Lourens, S. G., Evans, E., Weitlauf, S., McCalley, S., Porter, B., Matthias, M. S. et Bair, M. J. (2019). Automated self-management (ASM) vs. ASM-enhanced collaborative care for chronic pain and mood symptoms: The CAMMPS randomized clinical trial *Journal of General Internal Medicine*, 34(9), 1806-1814. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05121-4>
- Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2015). *Focus groups : A practical guide for applied research* (5^e éd.). SAGE.
- Lacasse, A., Nguena Nguefack, H. L., Page, G., Choinière, M., Samb, O. M., Katz, J., Ménard, N., Vissandjée, B. et Zerriouh, M. (2023). Sex and gender differences in healthcare utilisation trajectories: a cohort study among Quebec workers living with chronic pain *BMJ Open*, 13(7), e070509. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070509>
- Lalonde, L., Choinière, M., Martin, E., Lévesque, L., Hudon, E., Bélanger, D., Perreault, S., Lacasse, A. et Laliberté, M. C. (2015). Priority interventions to improve the management of chronic non-cancer pain in primary care: A participatory research of the ACCORD program *Journal of Pain Research*, 8, 203-215. <https://doi.org/10.2147/jpr.S78177>
- Leamon, T. et Poirier, M. D. (2025). The future of registered nurses in primary care: The patients' perspectives *Nursing Leadership*, 37(Sp), 125-132. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2025.27548>
- Leeman, J., Rohweder, C., Lafata, J. E., Wangen, M., Ferrari, R., Shea, C. M., Brenner, A., Roth, I., Fleming, O. et Toles, M. (2024). A streamlined approach to classifying and tailoring implementation strategies: Recommendations to speed the translation of research to practice *Implementation Science Communications*, 5(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s43058-024-00606-8>

- Lemire, F. et Sisler, J. (2020). L'intégration des soins virtuels en médecine de famille *Can Fam Physician*, 66(2), 151.
- Létourneau, J. (2017). *Utilisation des outils d'évaluation dans la pratique infirmière*. <https://www.oiq.org/utilisation-des-outils-d-evaluation-dans-la-pratique-infirmiere>
- Lewis, G. N., Bean, D. et Mowat, R. (2019). How Have Chronic Pain Management Programs Progressed? A Mapping Review *Pain Pract*, 19(7), 767-784. <https://doi.org/10.1111/papr.12805>
- Liberman, O., Peleg, R. et Shvartzman, P. (2014). Chronic pain in type 2 diabetic patients: A cross-sectional study in primary care setting *The European Journal of General Practice*, 20(4), 260-267. <https://doi.org/10.3109/13814788.2014.887674>
- Lukewich, J., Allard, M., Ashley, L., Aubrey-Bassler, K., Bryant-Lukosius, D., Klassen, T., Magee, T., Martin-Misener, R., Mathews, M., Poitras, M.-E., Roussel, J., Ryan, D., Schofield, R., Tranmer, J., Valaitis, R. et Wong, S. T. (2020). National competencies for registered nurses in primary care: A Delphi study *Western Journal of Nursing Research*, 42(12), 1078-1087. <https://doi.org/10.1177/0193945920935590>
- Lukewich, J., Mann, E., VanDenKerkhof, E. et Tranmer, J. (2015). Self-management support for chronic pain in primary care: A cross-sectional study of patient experiences and nursing roles *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2551-2562. <https://doi.org/10.1111/jan.12717>
- Lukewich, J., Mathews, M., Poitras, M. E., Tranmer, J., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Aubrey-Bassler, K., Klassen, T., Curnew, D., Bulman, D., Leamon, T. et Ryan, D. (2023). Primary care nursing competencies in Canadian undergraduate nursing programs: A national cross-sectional survey *Nurse Education in Practice*, 71, 103738. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103738>
- Lukewich, J., Myles, M., Ryan, D., Braithwaite, S., Poitras, M.-E., Curnew, D. et Mathews, M. (2025). Education for registered nurses in primary care: Current and future trends *Nursing Leadership*, 37(SP), 27-40. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2025.27554>
- Lukewich, J., Poitras, M.-E. et Mathews, M. (2021). Unseen, unheard, undervalued: Advancing research on registered nurses in primary care *Practice Nursing*, 32, 158-162. <https://doi.org/10.12968/pnur.2021.32.4.158>
- Lukewich, J., Ryan, D., Mathews, M., Hedden, L., Marshall, E. G., Vaughan, C., Idrees, S., Bulman, D., Renaud, L. R., Cusack, C., Martin-Misener, R., Bruneau, J., Wickett, J., Asghari, S., Meredith, L., Spencer, S. et Young, G. (2025). Nurses leading the way: A qualitative study of nursing leadership, innovation and opportunity in primary care

- during a public health crisis *Nursing Leadership*, 37(Sp), 77-95.
<https://doi.org/10.12927/cjnl.2025.27551>
- Lukewich, J. A., Tranmer, J. E., Kirkland, M. C. et Walsh, A. J. (2019). Exploring the utility of the nursing role effectiveness model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review *Nursing open*, 6(3), 685-697.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.281>
- Mann, E. G., Johnson, A. et VanDenKerkhof, E. G. (2016). Frequency and characteristics of healthcare visits associated with chronic pain: Results from a population-based Canadian study *Canadian journal of anaesthesia*, 63(4), 411-441.
<https://doi.org/10.1007/s12630-015-0578-6>
- Marcianò, G., Vocca, C., Evangelista, M., Palleria, C., Muraca, L., Galati, C., Monea, F., Sportiello, L., De Sarro, G., Capuano, A. et Gallelli, L. (2023). The pharmacological treatment of chronic pain: From guidelines to daily clinical practice *Pharmaceutics*, 15(4). <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics15041165>
- Matthias, M. S., Bair, M. J., Nyland, K. A., Huffman, M. A., Stubbs, D. L., Damush, T. M. et Kroenke, K. (2010). Self-management support and communication from nurse care managers compared with primary care physicians: A focus group study of patients with chronic musculoskeletal pain *Pain Management Nursing*, 11(1), 26-34.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.12.003>
- Matthias, M. S., Miech, E. J., Myers, L. J., Sargent, C. et Bair, M. J. (2012). An expanded view of self-management: Patients' perceptions of education and support in an intervention for chronic musculoskeletal pain *Pain Medicine*, 13(8), 1018-1028.
<https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01433.x>
- Matthys, E., Remmen, R. et Van Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: What can we learn in primary care? *BMC family practice*, 18(1), 110.
<https://doi.org/10.1186/s12875-017-0698-x>
- McDonagh, M. S., Selph, S. S., Buckley, D. I., Holmes, R. S., Mauer, K., Ramirez, S., Hsu, F. C., Dana, T., Fu, R. et Chou, R. (2020). *Nonopioid pharmacologic treatments for chronic pain*. Agency for Healthcare Research and Quality.
<https://doi.org/10.23970/AHRQEPCCER228>
- McEwen, V., Esterlis, M., Lorello, G. R., Sud, A., Englesakis, M. F. et Bhatia, A. (2022). A scoping review of gaps identified by primary care providers in caring for patients with chronic non-cancer pain *Canadian Journal of Pain*, 7(1).
<https://doi.org/10.1080/24740527.2022.2145940>

- McQueenie, R., Jani, B. D., Siebert, S., McLoone, P., McCowan, C., Macdonald, S., Mair, F. S. et Nicholl, B. I. (2021). Prevalence of chronic pain in LTCs and multimorbidity: A cross-sectional study using UK biobank *Journal of multimorbidity and comorbidity*, 11. <https://doi.org/10.1177/26335565211005870>
- Mental Health Research Canada. (2024). *Understanding the mental health of Canadians through COVID-19 and beyond: Poll #19*. Mental Health Research Canada : Toronto. <https://www.mhrc.ca/findings-of-poll-19>
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook* (4^e éd.). Sage.
- Mills, S. E. E., Nicolson, K. P. et Smith, B. H. (2019). Chronic pain: A review of its epidemiology and associated factors in population-based studies *British journal of anaesthesia*, 123(2), e273-e283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Mills, S. E. E. et Smith, B. H. (2022). Managing chronic pain in primary care. Dans *Clinical Pain Management* (p. 138-146). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781119701170.ch13>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Continuum de soins et de services en douleur chronique - Orientations et lignes directrices 2021-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003204/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2019). *Guide pratique à l'intention des infirmières cliniciennes qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2021). *Continuum de soins et de services en douleur chronique - Orientations et lignes directrices 2021-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003204/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2022a). *Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique (GMF accès-réseau)*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupe-de-medecine-de-famille-gmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2022b). *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (GMF)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001527/>

- Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a paradigm for social research *Qualitative Inquiry*, 20(8), 1045-1053. <https://doi.org/10.1177/1077800413513733>
- National Institutes of Health. *Implementation Science*. <https://cancercontrol.cancer.gov/is>
- Naye, F., Légaré, F., Cachinho, C., Gérard, T., Toupin-April, K., Sasseville, M., Paquette, J.-S., LeBlanc, A., Gaboury, I., Poitras, M.-E., Li, L. C., Hoens, A. M., Poirier, M.-D., Tousignant-Laflamme, Y. et Décary, S. (2024). People living with chronic pain in Canada face difficult decisions and decisional conflict concerning their care: Data from the national DECIDE-PAIN survey *BMC Primary Care*, 25(1), 424. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02667-z>
- Ndegwa, S., Dolcine, B., Frey, N. et Quay, T. (2018). *Access to and Availability of Non-Pharmacological Treatments for Chronic Non-Cancer Pain in Canada: An Environmental Scan*. Canadian agency for drugs and technologies in health. https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/es0313_access-to-non-pharmacological-treatment-of-pain.pdf
- Nicholas, M., Vlaeyen, J. W. S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. J. et Treede, R. D. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain *Pain*, 160(1), 28-37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
- Nicholas, M. K. (2022). The biopsychosocial model of pain 40 years on: Time for a reappraisal? *Pain*, 163(Suppl 1), S3-s14. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002654>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks *Implementation Science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Norful, A., Martsolf, G., de Jacq, K. et Poghosyan, L. (2017). Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review *International Journal of Nursing Studies*, 74, 15-23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Maladies non transmissibles*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- Ortiz, M. I., Cuevas-Suárez, C. E., Cariño-Cortés, R., Navarrete-Hernández, J. J. et González-Montiel, C. A. (2022). Nurses knowledge and attitude regarding pain: A systematic review and meta-analysis *Nurse Educ Pract*, 63, 103390. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103390>
- Painaustralia. (2019). *The cost of pain in Australia*. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/au/Documents/Economics/deloitte-au-economics-cost-pain-australia-040419.pdf>
- Pluye, P., Bengoechea, E., Granikov, V., Kaur, N. et Tang, D. (2018). A world of possibilities in mixed methods: Review of the combinations of strategies used to integrate the phases, results and quantitative and qualitative data (Invited paper). *International Journal of Multiple Research Approaches*, 10(1), 41-56. <https://doi.org/10.29034/ijmra.v10n1a3>
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M. et Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review *BMC Nurs*, 15, 31. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0154-6>
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M., Girard, A. et Gallagher, F. (2016). Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature *Recherche en soins infirmiers*, 126(3), 24-37. <https://doi.org/10.3917/rsi.126.0024>
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Gallagher, F. et Fortin, M. (2018). Nursing activities for patients with chronic disease in primary care settings: A practice analysis *Nursing research*, 67(1), 35-42. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000253>
- Poitras, M.-E., Hudon, C., Pluye, P., Vaillancourt, V. T., Poirier, A., Bernier, A. et Legare, F. (2023). Shared decision-making toolkit: An effective strategy for the continuous professional development of primary care nurses *The Annals of Family Medicine*, 21(Supplement 1), 3941. <https://doi.org/10.1370/afm.21.s1.3941>
- Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Fortin, M., Girard, A., Crossman, S. et Gallagher, F. (2018). Nursing activities for patients with chronic disease in family medicine groups: A multiple-case study *Nursing Inquiry*, 25(4), e12250. <https://doi.org/10.1111/nin.12250>
- Poitras, M. E., Couturier, Y., Morin, A., Poirier, M. D., Vaillancourt, V. T., Pépin, M., Massé, S. et Doucet, E. (2025). Key elements for implementing a train-the-trainer intervention for registered nurses and social workers in primary care *Nursing Leadership*, 37(Sp), 41-58. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2025.27553>

- Pomey, M.-P., Dumez, V., Boivin, A., Rouly, G., Lebel, P., Berkesse, A., Descoteaux, A., Jackson, M., Karazivan, P. et Clavel, N. (2019). The participation of patients and relatives in Quebec's health system: The Montreal model. Dans M.-P. Pomey, J.-L. Denis et V. Dumez (dir.), *Patient engagement: How patient-provider partnerships transform healthcare organizations* (p. 17-61). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14101-1_3
- Poulin, P., Shergill, Y., Romanow, H., Busse, J. W., Chambers, C. T., Cooper, L., Forgeron, P. A., Olsen Harper, A., Hudspith, M., Iorio, A., Lalloo, C., Ouellette, C., Robertson, R., Smeenk, S., Stevens, B. et Stinson, J. (2018). Researching what matters to improve chronic pain care in Canada: A priority-setting partnership process to support patient-oriented research *Canadian Journal of Pain*, 2(1), 191-204. <https://doi.org/10.1080/24740527.2018.1433959>
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K. et Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project *Implementation Science*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- Proctor, E. K., Powell, B. J. et McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: Recommendations for specifying and reporting *Implementation Science*, 8(1), 139. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139>
- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 87(Pt B), 269-280. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.020>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T. et Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2025). *Pain: Prevention, assessment and management*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5^e éd.). Free Press.
- Rometsch, C., Martin, A., Junne, F. et Cosci, F. (2025). Chronic pain in European adult populations: a systematic review of prevalence and associated clinical features *Pain*, 166(4), 719-731. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003406>

- Royal College of Nursing. (2023). *UK career framework for pain nurses*. <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/publications/uk-career-framework-for-pain-nurses-uk-pub-010-750#detailTab>
- Rutledge, T., Atkinson, J. H., Holloway, R., Chircop-Rollick, T., D'Andrea, J., Garfin, S. R., Patel, S., Penzien, D. B., Wallace, M., Weickgenant, A. L. et Slater, M. (2018). Randomized controlled trial of nurse-delivered cognitive-behavioral therapy versus supportive psychotherapy telehealth interventions for chronic back pain *The Journal of Pain*, 19(9), 1033-1039. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.03.017>
- Saint-Pierre, C., Herskovic, V. et Sepúlveda, M. (2018). Multidisciplinary collaboration in primary care: A systematic review *Family practice*, 35(2), 132-141. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz085>
- Sanders, T., Avanthay Swtrus, J., Chyzzy, B., Chircop, A., Currie, G., Fillion, F., Riselli, D., Miller, C.-A., Schofield, R. et Daalen-Smith, C. (2024). Understanding the current state of community health nursing education in Canada: An exploration of the erosion and devaluation of community health theoretical and practice education in canadian nursing programs *Quality Advancement in Nursing Education*, 10(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.17483/2368-6669.1447>
- Schopfloch, D., Taenzer, P. et Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada *Pain research & management*, 16(6), 445-450. <https://doi.org/10.1155/2011/876306>
- Smolowitz, J., Speakman, E., Wojnar, D., Whelan, E.-M., Ulrich, S., Hayes, C. et Wood, L. (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century *Nursing Outlook*, 63(2), 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.08.004>
- Staniszewska, S., Brett, J., Simera, I., Seers, K., Mockford, C., Goodlad, S., Altman, D. G., Moher, D., Barber, R., Denegri, S., Entwistle, A., Littlejohns, P., Morris, C., Suleman, R., Thomas, V. et Tysall, C. (2017). GRIPP2 reporting checklists: Tools to improve reporting of patient and public involvement in research *BMJ*, 358, j3453. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3453>
- Stephen, C., McInnes, S. et Halcomb, E. (2018). The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 279-288. <https://doi.org/10.1111/jan.13450>
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care : Moving from evidence to practice* (2^e éd.). Wiley.
- Tardif, J. C., Fortier, G. et Préfontaine, C. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Chenelière Didactique.

- Thompson, K., Johnson, M. I., Milligan, J. et Briggs, M. (2018). Twenty-five years of pain education research-what have we learned? Findings from a comprehensive scoping review of research into pre-registration pain education for health professionals *Pain*, 159(11), 2146-2158. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001352>
- Thorne, S. E. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice* (2^e éd.). Routledge.
- Toblin, R. L., Mack, K. A., Perveen, G. et Paulozzi, L. J. (2011). A population-based survey of chronic pain and its treatment with prescription drugs *Pain*, 152(6), 1249-1255. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.12.036>
- Toye, F., Seers, K., Hannink, E. et Barker, K. (2017). A mega-ethnography of eleven qualitative evidence syntheses exploring the experience of living with chronic non-malignant pain *BMC Medical Research Methodology*, 17(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0392-7>
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S.,... Wang, S. J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11) *Pain*, 160(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Van Cauwenbergh, S., De Coninck, L., Cordyn, S., Excelmans, E., Stukken, L., Goossens, M., Nijs, J., Morlion, B., Janssen, A., Vermeulen, L., Durieux, N., Mortier, N., Jonckheer, P., Munneke, W. et Van Royen, P. (2024). *Guide de pratique clinique - Prise en charge multimodale de la douleur chronique primaire (DCP)*. WOREL. <https://www.worel.be/worel/document?parameters=%7B%22PublicationId%22%3A%220896C694-CFB9-4F23-8C67-B24800A32E0A%22%7D>
- van Hecke, O., Torrance, N. et Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology - where do lifestyle factors fit in? *British journal of pain*, 7(4), 209-217. <https://doi.org/10.1177/2049463713493264>
- van Hecke, O., Torrance, N. et Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology and its clinical relevance *British journal of anaesthesia*, 111(1), 13-18. <https://doi.org/10.1093/bja/aet123>
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective clinical practice*, 1(1).
- Watt-Watson, J., McGillion, M., Hunter, J., Choiniere, M., Clark, A. J., Dewar, A., Johnston, C., Lynch, M., Morley-Forster, P., Moulin, D., Thie, N., von Baeyer, C. L. et Webber,

- K. (2009). A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in canadian universities *Pain research & management*, 14(6), 439-444. <https://doi.org/10.1155/2009/307932>
- Wiering, B., de Boer, D., Krol, M., Wieberneit-Tolman, H. et Delnoij, D. (2018). Entertaining accurate treatment expectations while suffering from chronic pain: An exploration of treatment expectations and the relationship with patient- provider communication *BMC Health Services Research*, 18(1), 706. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3497-8>
- Williams, A. C. d. C., Fisher, E., Hearn, L. et Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub4>
- Williams, H. (2017). The unspoken importance of the nurse in the 2016 National Pain Strategy *Pain Management Nursing*, 18(3), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.007>
- Younas, A. (2020). Operationalist and inferentialist pragmatism: Implications for nursing knowledge development and practice *Nursing Philosophy*, 21(4), e12323. <https://doi.org/10.1111/nup.12323>
- Zimmer, Z., Fraser, K., Grol-Prokopczyk, H. et Zajacova, A. (2022). A global study of pain prevalence across 52 countries: Examining the role of country-level contextual factors *Pain*, 163(9), 1740-1750. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002557>

7. ANNEXES

Annexe 1 - Approbation du Comité d'éthique de la recherche



Rouyn-Noranda, le 15 août 2023

Mme Andréanne Bernier
UER des sciences de la santé
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Objet : Évaluation éthique - Projet « Le soutien à l'autogestion de la douleur chronique en soins primaires : explorer l'implication de l'infirmière en Groupe de médecine familiale »

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (CER-UQAT) a eu recours le 21 juin 2023 à la procédure d'évaluation déléguée du projet cité en rubrique, par trois de ses membres, conformément à la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAT (article 5.5.2).

Le CER-UQAT a évalué les modifications apportées au projet à la suite de l'évaluation éthique. Comme toutes les modifications ont été faites à notre satisfaction, nous sommes heureux de vous délivrer une approbation éthique, qui vient attester du respect des normes éthiques.

Je vous invite également à nous faire part de tout changement important qui pourrait être apporté en cours de recherche aux procédures décrites dans le formulaire de demande d'évaluation éthique ou dans tout autre document destiné aux personnes participantes.

En vous souhaitant tout le succès dans la réalisation de votre projet, je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Serigne Touba Mbacké Gueye, Ph. D.
Président du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

STMG/bg

p. j. Approbation éthique

Référence : 2023-06_Bernier, Andréanne



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue atteste avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique du projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

Mme Andréanne Bernier

Objet : Évaluation éthique - Projet « Le soutien à l'autogestion de la douleur chronique en soins primaires : explorer l'implication de l'infirmière en Groupe de médecine familiale »

Décision

☒ Accepté

☐ Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

☐ Autre :

Surveillance éthique continue

Date de dépôt du rapport annuel : 2024-08-15

Date de dépôt rapport final : À la fin du projet

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site web de l'UQAT : <https://www.uqat.ca/recherche/ethique/etres-humains/>

Date : 15 août 2023

Serigne Touba Mbacké Gueye, président du CÉR-UQAT

Pour toute question : cer@uqat.ca

Annexe 2 – Phase 1 : Courriel de recrutement | Personnel infirmier et personnes vivant avec de la DC



NOUS AVONS BESOIN DE VOTRE EXPERTISE !

Vous travaillez comme infirmière ou infirmier en GMF ?

Pour participer à un projet sur **le rôle infirmier en GMF pour la douleur de nos patients et patientes avec une maladie chronique** !

Le personnel infirmier en GMF est appelé à prendre une **place majeure dans la gestion des maladies chroniques** (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.) et une grande proportion de cette patientèle vit avec de la douleur chronique également.

Peu importe si vous travaillez auprès de personnes qui ont de la douleur ou non, votre apport est vraiment important pour la réussite de ce projet en sciences infirmières !

⇒ https://redcap.link/infirmiereGMF_douleurchronique

Quoi ?
Laisser mon adresse courriel maintenant !

Pour ?
Remplir **3 questionnaires de 20-30 minutes** entre janvier et avril 2024 !



Tirage de 3 cartes-cadeaux de 100 \$

Votre participation est très précieuse pour la réussite du projet !

Aidez-nous à faire une différence !

Je veux recevoir le premier questionnaire vers la mi-janvier 2024
Cliquer ICI!



En savoir plus sur cette recherche !
Avec Andréanne Bernier, étudiante responsable.

[Voir la capsule vidéo](#)



Comment l'infirmière m'a aidée !
Avec Marie-Dominique Poirier, patiente partenaire.

[Voir la capsule vidéo](#)

Qu'est-ce que devrez faire?

Vous aurez à suggérer et à voter afin d'identifier ce qui est le plus important à vos yeux, de ce que le personnel infirmier en GMF peut faire pour aider les personnes à mieux gérer la douleur chronique au quotidien.

But de la recherche

Identifier ce que l'infirmière en GMF peut faire pour aider les personnes à mieux gérer la douleur chronique au quotidien.

Participation attendue

- Remplir 3 questionnaires en ligne
- Environ 20-30 minutes par questionnaire entre janvier 2024 et avril 2024

Pour confirmer votre intérêt, cliquer sur le lien suivant :

Laissez-nous votre adresse courriel [C] pour recevoir le premier questionnaire à l'hiver 2024!

Plus tard, nous allons faire des groupes de discussion pour parler des résultats !

Merci de votre participation et recevez l'expression de mes meilleurs sentiments.

Andréanne Bernier, inf., étudiante au doctorat

Pour obtenir plus d'informations : andreanne.bernier3@uqat.ca

Approuvé par le CER-UQAT : 2023-06_Bernier, Andréanne



CHAIRES RECHERCHE
RECHERCHES EN TRAITEMENTS
DE LA DOULEUR CHRONIQUE



CHAIRE CHAIRS SUR LES
PRATIQUES PROFESSIONNELLES
OPTIMALES EN SOINS PRIMAIRES

Courriel envoyé à : EMAIL

UQAT, Andréanne Bernier - (Anaïs Lacasse)
445 Bd de l'Université |
Rouyn-Noranda (Québec) | J9X 5E4 | Canada |
(819) 762-0871 | andreanne.bernier3@uqat.ca

[Politique anti-spam](#) | [Rapporter un abus](#) | [Vous désabonner](#)



NOUS AVONS BESOIN DE VOTRE EXPERTISE !



Identifier ce que l'infirmière en GMF peut faire pour aider les personnes à mieux gérer la douleur chronique.

Implication de l'infirmière(er) pour soutenir la gestion de la douleur chronique



Bonjour à vous,

Je me présente, Andréanne Bernier, étudiante au doctorat en sciences de la santé à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) avec Anaïs Lacasse, PhD et Marie-Eve Poitras, inf., PhD. Je suis également infirmière et je travaille depuis plus de 10 ans dans les Groupes de médecine familiale (GMF).

Dans le cadre de mes études doctorales, je désire explorer dans quelle mesure le personnel infirmier en GMF peut contribuer à améliorer les soins des personnes qui vivent avec la douleur chronique. Les infirmières(ers) en GMF sont appelées à prendre une place majeure dans la gestion des maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.) et une grande proportion de cette patientèle vit avec de la douleur chronique également.



Faites de votre expérience une connaissance pour la pratique infirmière !

Suggérer des activités et voter afin d'identifier ce qui est le plus important à vos yeux, de ce que l'infirmière(er) en GMF peut faire pour aider les personnes à mieux gérer la douleur chronique.

Trois (3) questionnaires sont à remplir entre janvier et avril

2024 de 20 à 30 minutes chacun.



Comment participer?



Pour confirmer votre intérêt, **laissez-nous votre adresse courriel pour recevoir le premier questionnaire à l'hiver 2024**
Cliquez ici : https://redcap.link/infirmiereGMF_douleurchronique



Tirage de cartes-cadeaux prépayées de 100 \$ parmi les participantes et les participants à l'étude



En savoir plus sur cette recherche !

Avec Andréanne Bernier, étudiante responsable.

[Cliquez ICI](#)



Comment l'infirmière m'a aidée !

Avec Marie-Dominique Poirier, patiente partenaire.

[Cliquer ICI](#)



Participation attendue

- Remplir 3 questionnaires en ligne
- Environ 20-30 minutes par questionnaire entre janvier 2024 et avril 2024

Laissez-nous votre adresse courriel pour recevoir le premier questionnaire à l'hiver 2024!

Cliquer ici : https://redcap.link/infirmiereGMF_douleurchronique

Vous remerciant à l'avance pour votre participation!

Plus tard, nous allons faire des groupes de discussion pour parler des résultats ! Rester à l'affût !

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)
Toute question concernant le projet pourra être adressée à :
Andréanne Bernier, infirmière, M.Sc.
Étudiante au doctorat recherche en sciences de la santé
Département des sciences de la santé, UQAT
andreanne.bernier3@uqat.ca

UQAT

CHAIRE DE RECHERCHE
INSTITUTIONNELLE EN ÉPIDÉMIOLOGIE
DE LA DOULEUR CHRONIQUE



CHAIRE CRIMUS SUR LES
PRATIQUES PROFESSIONNELLES
OPTIMALES EN SOINS PRIMAIRES

Pour plus d'information sur la Chaire douleur de l'UQAT :

<https://www.uqat.ca/recherche/laboratoire-epidemiologie-douleur-chronique/>

Annexe 3 – Phase 1 : Affiche de recrutement sur les réseaux sociaux

VOUS TRAVAILLEZ COMME INFIRMIÈRE/INFIRMIER OU IPS EN GMF?

NOUS AVONS BESOIN DE VOTRE EXPERTISE!

**Une personne vous exprime
vivre de la douleur depuis
longtemps...**

- **Quoi évaluer** ?
- **Quelles seraient
vos interventions** ?
- **Quoi lui conseiller** ?

*Expert(e) ou non, partagez
votre expérience en douleur
chronique!*

But de la recherche
*Identifier ce que le personnel infirmier en
GMF peut faire pour aider les personnes à
mieux gérer la douleur au quotidien.*

Participation attendue

- Remplir 3 questionnaires en ligne
- Environ 20-30 minutes par questionnaire
- Entre janvier 2024 et avril 2024

**Donnez votre nom pour
recevoir le premier
questionnaire à l'hiver 2024!**

**Pour participer, suivez le lien
dans le texte de la publication!**

Approuvé par le CER-UQAT : 2023-06_Bernier, Andréanne

Compensation

Tirage de **cartes-cadeaux de 100 \$**
pour chaque questionnaire

Pour obtenir plus d'informations :
andreeanne.bernier3@uqat.ca

UQAT

CHAIRE DE RECHERCHE
INSTITUTIONNELLE EN ÉPIDÉMIOLOGIE
DE LA DOULEUR CHRONIQUE

CHAIRE CRIMUS SUR LES
PRATIQUES PROFESSIONNELLES
OPTIMALES EN SOINS PRIMAIRES

Annexe 4 – Phase 1 : Formulaire d'informations et de consentement

Recherche sur la contribution de l'infirmière en Groupe de médecine familiale (GMF) dans le soutien à la gestion de la douleur chronique

Page 1

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous manifestez à cette étude qui porte sur la contribution de l'infirmière en Groupe de médecine familiale (GMF) dans le soutien à la gestion de la douleur chronique. Votre participation est importante, pour nous, pour vous et tous ceux qui vivent avec la douleur chronique!

Étudiante responsable

Andréanne Bernier, infirmière, M. Sc.

Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Équipe de recherche

Anaïs Lacasse, Ph.D., chercheuse

Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Marie-Eve Poitras, infirmière, Ph.D., chercheuse

Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke - Campus Saguenay

Sylvie Beaudoin et Marie-Dominique Poirier

Patientes partenaires

Afin de confirmer votre intérêt à la participation de cette étude en nous laissant votre adresse courriel pour recevoir le premier questionnaire vers la mi-janvier 2024, veuillez lire le formulaire d'information et de consentement à la page suivante. Tirage de cartes-cadeaux de 100 \$ pour chaque questionnaire rempli !

Merci !

**Formulaire d'informations et de consentement Recherche sur la contribution de
l'infirmière en Groupe de médecine familiale (GMF) dans le soutien à la gestion de la douleur
chronique**

Avant de consentir à participer à cette recherche, veuillez lire les informations suivantes.

Commanditaire ou source de financement :

Bourse d'études doctorales pour la relève professorale en sciences infirmières du ministère de l'Enseignement supérieur (MES)-Universités Bourses d'études du Regroupement intersectoriel de recherche en santé de l'Université du Québec (RISUQ) Date de début du projet : Hiver 2024

Date de fin du projet : Hiver 2025

Certificat d'éthique délivré par le Comité d'éthique de la recherche (CER)-UQAT le : 2023-06_Bernier, Andréanne

Le présent projet de recherche vise à explorer la contribution possible de l'infirmière en GMF dans l'amélioration des soins auprès des personnes vivant avec de la douleur chronique. Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT).

Nous sollicitons votre participation à cette étude à titre d'infirmière en GMF ou de personne vivant avec de la douleur chronique. Cependant, avant de remplir ce questionnaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à participer à cette étude qui vise à identifier ce qui est le plus important à vos yeux de ce que l'infirmière en GMF peut faire pour aider les personnes à mieux gérer la douleur chronique au quotidien. Pour ce faire, trois (3) questionnaires en ligne, en français, d'environ 20-30 minutes, entre janvier 2024 et avril 2024 seront utilisés. Ces questionnaires seront remplis par près de cent cinquante (150) infirmières en GMF et cent cinquante (150) personnes vivant avec de la douleur chronique. Pour le questionnaire #1, vous aurez à suggérer deux à trois (2 à 3) activités que l'infirmière en GMF peut faire pendant un rendez-vous pour aider les personnes vivant avec de la douleur chronique à mieux gérer leur douleur. Il existe quatre (4) domaines (ou catégories) de soins pour lesquels vous pouvez suggérer des activités qui font partie du travail de l'infirmière : 1) Évaluation globale de la personne atteinte d'une maladie chronique, 2) Gestion des soins, 3) Promotion de la santé et 4) Collaboration interprofessionnelle. Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses et tous les points de vue sont pertinents, c'est votre opinion qui compte. Enfin, vous pourrez répondre aux questions sur le profil des personnes répondantes qui servira à décrire les caractéristiques des personnes participantes à cette recherche (ex. âge, sexe, identité de genre). Veuillez y répondre du mieux que vous pouvez et en tout temps, vous pouvez sauter certaines questions ou arrêter de remplir notre questionnaire en ligne.

Après avoir rassemblé toutes les réponses du questionnaire #1 (environ un (1) mois), vous serez sollicités de nouveau pour répondre au questionnaire #2 qui vous présentera ce que les personnes participantes ont suggéré lors du questionnaire #1 en ce qui concerne ce que l'infirmière en GMF peut faire pour aider à la gestion de la douleur chronique. Au questionnaire #2, nous vous demandons d'évaluer la priorité de chaque suggestion d'activité sur une échelle de 1 à 9, où 1-3 signifie pas prioritaire, 4-6 signifie important, mais pas prioritaire et 7-9 signifie prioritaire. Environ un (1) mois plus tard, au questionnaire #3, vous devrez voter à nouveau pour trouver les activités de l'infirmière en soutien à la gestion de la douleur chronique les plus importantes à vos yeux en regardant la note donnée lors du questionnaire #2 par toutes les personnes participantes (infirmières et personnes vivant avec de la douleur chronique). Vous aurez le droit de donner la même note ou de la changer. Seules les activités qui obtiennent la note de 7 à 9 par 75% des personnes participantes ou des personnes vivant avec de la douleur chronique seront gardées à chaque questionnaire. Pendant que vous remplissez le questionnaire, vous pouvez prendre une pause, mais il faut laisser votre navigateur web ouvert afin de ne pas perdre les réponses déjà entrées. Dans le cas contraire, l'équipe de recherche recevra vos réponses, mais elles seront incomplètes si vous fermez votre navigateur. Si vous souhaitez avoir de l'aide, veuillez nous contacter afin que nous puissions nous assurer que vos questionnaires sont complets en envoyant un courriel à Andréanne Bernier (andreanne.bernier3@uqat.ca). Pour chaque questionnaire, vous aurez trois (3) semaines pour répondre. Si vous ne terminez pas les questionnaires avant la date limite, vos réponses ne seront pas intégrées à la comptabilisation des votes. À tout moment, vous pouvez demander la destruction des données. Les résultats de cette recherche contribueront à connaître de quelles façons les infirmières œuvrant en GMF peuvent contribuer à améliorer les soins des patients et des patientes qui vivent avec la douleur chronique. Excepté le temps que vous prendrez à remplir ces questionnaires, les risques et les inconvénients découlant de votre participation ne sont pas plus grands que ceux qui sont associés à votre vie quotidienne. Tous les renseignements personnels obtenus sur vous dans le cadre de ce projet de recherche seront dénominalisés et demeureront confidentiels. Les données des questionnaires en ligne seront stockées sur la plateforme REDCap®, qui est hébergée à l'UQAT au Canada. Pour éviter tout risque lié à la sécurité de vos données, prière d'éviter de répondre aux questionnaires sur un réseau sans fil (Wi-Fi) public (ex. dans un café, aéroport, bibliothèque, etc.). Si vous travaillez sur un ordinateur partagé, il est aussi suggéré d'effacer votre historique de navigation. Tout le traitement des données recueillies sera gardé dans les dossiers électroniques protégés par un mot de passe sur le serveur de l'UQAT. Aucun renseignement personnel permettant de vous identifier ne sera publié. Les données qui permettront de décrire l'ensemble des personnes participantes seront présentées dans les publications sous forme de données regroupées (ex. moyenne de l'âge des personnes participantes). En vertu du calendrier d'archivage en vigueur dans les établissements universitaires, les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin du projet. Notre équipe de recherche ainsi que l'UQAT, affirment ne pas être en conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents avec le présent projet. L'équipe de recherche s'engage à ne faire aucune commercialisation des résultats. Pour votre participation, vous aurez la possibilité de gagner une carte-cadeau d'une valeur de 100 dollars, afin de compenser pour le temps personnel utilisé pour répondre aux questionnaires. Des cartes-cadeaux seront offertes parmi toutes les infirmières en GMF participantes (x 1) et parmi toutes les personnes participantes vivant avec de la douleur chronique (x 1) à chaque ronde de questionnaire (total de six cartes-cadeaux). Tous les questionnaires complétés à au moins 80% et plus seront éligibles au tirage. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez l'équipe de recherche de sa responsabilité.

REDCap

et l'UQAT de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard. Nous tenons à vous assurer que votre participation à cette étude est volontaire. En tout temps, vous pourrez voir vos réponses individuelles des questionnaires en téléchargeant un PDF à la fin de chaque questionnaire. De plus, après l'analyse des réponses du troisième questionnaire, vous pourrez recevoir la liste de ce qui a été jugé le plus important à faire par l'infirmière en GMF, afin de soutenir la gestion des personnes vivant avec de la douleur chronique, si vous cochez la case prévue à la fin du troisième questionnaire. Un délai d'au moins huit semaines est à prévoir. Toute question concernant le projet pourra être adressée à Andréanne Bernier : andreanne.bernier3@uqat.ca Vous voulez revoir la vidéo explicative de la recherche, cliquez ici ! Pour tout renseignement supplémentaire concernant les droits des personnes participantes ou tout autre élément relatif à la participation à une recherche, vous pouvez vous adresser au : Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Vice-rectorat à l'enseignement, à la recherche et à la création

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

445, boulevard de l'Université

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4

1 877-870-8728, poste 2252

cer@uqat.ca

J'accepte de participer au sondage et je confirme être âgé(e) de 18 ans et plus et habiter au Québec.

- ☐ Je consens
☐ Je refuse

Inscrire l'adresse courriel de préférence pour recevoir le premier questionnaire vers la mi-janvier 2024.

Veuillez choisir une des options suivantes. Êtes-vous ...

- ☐ Infirmière ou infirmier travaillant en GMF (poste ou remplacement)
☐ Personne vivant avec une douleur persistante ou récurrente depuis plus de trois mois et qui est inscrit dans un GMF

Merci quand même pour votre intérêt !
Voulez-vous nous laisser un commentaire ?

Lorsque les trois (3) questionnaires seront remplis vers le début du printemps, seriez-vous intéressé(e) à faire une discussion de groupe avec d'autres infirmières en GMF? Nous souhaitons savoir quels sont les facteurs qui peuvent faciliter et/ou nuire à l'intégration des activités en soutien à la gestion de la douleur chronique dans votre quotidien dans la gestion des maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.) sachant qu'une grande proportion de cette clientèle vit avec de la douleur chronique également. Le groupe de discussion d'une durée de 60 à 90 minutes se déroulera en compagnie de six autres infirmières en GMF qui auront rempli les questionnaires comme vous. Il sera planifié en fonction de votre horaire dans les semaines suivant la complétion du questionnaire #3. Une compensation de 50\$ sera offerte. Votre avis est important! Nous avons besoin de votre expertise!

- ☐ J'accepte de participer à un groupe de discussion et je confirme être âgé(e) de 18 ans et plus et habiter au Québec
☐ Non, je vous remercie

Annexe 5 – Phase 1 : Questionnaire Ronde 1

Recherche sur la contribution du personnel infirmier en Groupe de médecine familiale (GMF) dans le soutien à la gestion de la douleur chronique

Page 1

Étudiante-chercheuse

Andréanne Bernier, inf., M. Sc. inf, étudiante au doctorat

Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Équipe de recherche

Anaïs Lacasse, Ph.D., chercheuse

Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Marie-Eve Poitras, inf., Ph.D., chercheuse

Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke - Campus Saguenay

Sylvie Beaudoin et Marie-Dominique Poirier

Patientes partenaires

Merci pour votre intérêt à participer à cette recherche !

Voulez-vous participer au tirage d'une carte-cadeau
Visa prépayée de 100\$ en répondant à ce
questionnaire ?

☐ Oui
☐ Non

Contexte Le personnel infirmier en Groupe de médecine familiale (GMF) peut contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec la douleur chronique considérant leur rôle dans la gestion des maladies chroniques.

La douleur chronique touche 1 personne sur 5 au Canada. Une douleur qui persiste au-delà de 3 mois est une maladie chronique, au même titre que le diabète ou l'hypertension artérielle. La douleur chronique peut être une maladie seule (ex. fibromyalgie) ou secondaire à une autre maladie (ex. diabète, cancer, etc.).

Le soutien à la gestion aide les personnes à mieux vivre avec la douleur et ses différents symptômes dans leur quotidien.

Le soutien offert par le personnel infirmier permet de faciliter l'intégration des approches pharmacologiques, psychologiques et physiques de soulagement de la douleur, d'améliorer les habitudes de vie et d'augmenter les capacités d'autogestion.

Le personnel infirmier est aussi en mesure de coordonner les différents soins et d'orienter les personnes vers les autres professionnels de santé quand l'état de santé le requiert.

Pour aider le personnel infirmier à offrir du soutien de qualité, il devient important d'identifier les activités les plus pertinentes pour répondre aux besoins des personnes qui vivent avec de la douleur.

Le travail du personnel infirmier inclut plusieurs activités, c'est-à-dire des actions (soins) entreprises pour influencer l'état de santé de la personne soignée.

Avant de commencer, vous pouvez revoir la vidéo explicative du projet présentée par Andréanne Bernier.

Instructions pour remplir le questionnaire L'objectif de cette étude vise à identifier ce qui est le plus important à vos yeux, de ce que le personnel infirmier en Groupe de médecine familiale (GMF) peut faire pour aider les personnes à mieux gérer la douleur au quotidien.

Ce questionnaire est le premier (1/3) d'une série de trois (3) questionnaires.

Vous aurez la possibilité de suggérer deux à trois (2 à 3) activités que le personnel infirmier en GMF peut faire pendant un rendez-vous, pour aider les personnes vivant avec de la douleur chronique à mieux gérer leur douleur.

Il existe quatre (4) domaines (ou catégories) de soins pour lesquels pour vous pouvez suggérer des activités et qui font partie du travail du personnel infirmier (voir l'image plus haut) : Évaluation globale de la personne atteinte de maladie chronique Gestion des soins Promotion de la santé Collaboration interprofessionnelle Une description de chaque domaine et des exemples sont offerts pour vous aider à répondre.

Pour le personnel infirmier en GMF

Inspirez-vous de vos rendez-vous auprès de personnes vivant avec une maladie chronique en général. Qu'évaluez-vous ? Quelles sont vos interventions ? Quels sont vos conseils ?

Pour les personnes vivant avec de la douleur chronique

Exprimez vos besoins sur les soins en contexte de GMF qui vous aideraient à vivre avec votre douleur tous les jours. Des connaissances sur la douleur ? Accompagnement personnalisé quant aux différents soins ? Un travail d'équipe entre les professionnels qui vous soignent ?

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce questionnaire, veuillez contacter Andréanne Bernier (andreeanne.bernier3@uqat.ca).

Votre contribution pour l'amélioration de la pratique infirmière en GMF auprès des personnes vivant avec de la douleur chronique est très précieuse !

Domaine de la pratique infirmière : Évaluation de la condition de santé globale de la personne vivant avec de la douleur chronique

Description : Activités liées à la collecte/obtention d'informations sur la santé de la personne en vue d'établir les besoins de soins.

Lorsqu'une infirmière rencontre une personne vivant avec de la douleur chronique au GMF, quelles questions devrait-elle poser pour obtenir les informations qui lui permettront de bien comprendre la condition de santé de la personne, sa situation de vie et bien cibler ses besoins de soins ?

Exemples :

Évaluer l'intensité de la douleur de la personne et ses symptômes associés Évaluer les effets secondaires associés à la médication

Suggestion 1

Suggestion 2

Suggestion 3

Domaine de la pratique infirmière : Gestion des soins

Description : Activités liées à la planification et la coordination des soins, des traitements ainsi que des services internes et externes (ex. clinique, hôpital, etc.)

Lorsqu'une infirmière rencontre une personne vivant avec de la douleur chronique au GMF, que pourrait-elle faire pour aider la personne à organiser ses traitements et son suivi? Ou pour coordonner les consultations et naviguer dans le système de santé ?

Exemples :

Organiser un plan d'intervention (ex. soutenir dans l'ajustement des médicaments)
Orienter la personne vers d'autres professionnels de santé, des ressources ou organismes disponibles pour aider en gestion de la douleur

Suggestion 1

Suggestion 2

Suggestion 3

Domaine de la pratique infirmière : Promotion de la santé

Description : Activités liées à l'enseignement sur la condition de santé, les symptômes et les traitements ainsi qu'à l'autogestion des soins et l'amélioration des comportements de santé.

Lorsqu'une infirmière rencontre une personne vivant avec de la douleur chronique au GMF, que devrait-elle transmettre comme informations concernant la douleur chronique, les différentes stratégies de soulagement ? Que devrait-elle faire pour aider la personne à changer ses comportements de santé ?

Exemples :

Discuter avec la personne sur le phénomène de la douleur chronique et des répercussions associées sur la santé
Aider la personne à établir des objectifs de santé

Suggestion 1

Suggestion 2

Suggestion 3

Domaine de la pratique infirmière : Collaboration interprofessionnelle

Description : Activités liées au partage d'informations entre les différents professionnels de la santé impliqués et la personne soignée et à l'élaboration d'un plan de soins coordonnés au profit de la santé globale de cette dernière.

Lorsqu'une infirmière rencontre une personne vivant avec de la douleur chronique au GMF, que pourrait-elle faire pour faciliter la coordination des soins entre les différents professionnels de la santé et la personne ?

Exemples :

Assurer le partage de l'information entre les divers professionnels de la santé contribuant à la prise en charge de la condition de la personne
Communiquer avec la personne de la suite du suivi, d'une décision, d'un résultat ou d'un changement

Suggestion 1

Suggestion 2

Suggestion 3

Enfin, veuillez écrire tout commentaire que vous jugez pertinent que nous sachions, concernant la contribution du personnel infirmier à la prise en charge de la douleur chronique.

Questions sur votre profil

Vous êtes invité(e)s à répondre à ces questions afin que l'équipe de recherche soit en mesure de décrire les personnes participantes à cette recherche. Veuillez y répondre au meilleur de votre connaissance.

Toutes les informations écrites dans ce questionnaire seront conservées de manière sécuritaire et confidentielle.

Veuillez choisir votre profil

- ☐ Je suis infirmière clinicienne/infirmier clinicien ou IPSPL en GMF
- ☐ Je suis une personne vivant avec de la douleur chronique

Quel âge avez-vous ?

- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ 21
- ☐ 22
- ☐ 23
- ☐ 24
- ☐ 25
- ☐ 26
- ☐ 27
- ☐ 28
- ☐ 29
- ☐ 30
- ☐ 31
- ☐ 32
- ☐ 33
- ☐ 34
- ☐ 35
- ☐ 36
- ☐ 37
- ☐ 38
- ☐ 39
- ☐ 40
- ☐ 41
- ☐ 42
- ☐ 43
- ☐ 44
- ☐ 45
- ☐ 46
- ☐ 47
- ☐ 48
- ☐ 49
- ☐ 50
- ☐ 51
- ☐ 52
- ☐ 53
- ☐ 54
- ☐ 55
- ☐ 56
- ☐ 57
- ☐ 58
- ☐ 59
- ☐ 60
- ☐ 61
- ☐ 62
- ☐ 63
- ☐ 64
- ☐ 65
- ☐ 66
- ☐ 67
- ☐ 68
- ☐ 69
- ☐ 70
- ☐ 71
- ☐ 72
- ☐ 73
- ☐ 74
- ☐ 75
- ☐ 76
- ☐ 77
- ☐ 78
- ☐ 79
- ☐ 80
- ☐ 81
- ☐ 82
- ☐ 83
- ☐ 84
- ☐ 85
- ☐ 86

- ☐ 87
- ☐ 88
- ☐ 89
- ☐ 90
- ☐ 91
- ☐ 92
- ☐ 93
- ☐ 94
- ☐ 95
- ☐ 96
- ☐ 97
- ☐ 98
- ☐ 99
- ☐ 100
- ☐ 101
- ☐ 102
- ☐ 103
- ☐ 104
- ☐ 105

(ans)

Quel est votre sexe à la naissance ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Intersexe

À quelle identité de genre vous identifiez-vous ?
(le genre actuel peut différer du sexe attribué à la naissance ou de celui inscrit dans les documents légaux)

- ☐ Femme
- ☐ Genderqueer
- ☐ Non binaire
- ☐ Homme
- ☐ Transgenre
- ☐ Bispirituelle / bispirituel (two-spirit)
- ☐ En questionnement
- ☐ Je ne m'identifie à aucune option proposée
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Autre

Si vous répondez > identité, veuillez préciser

Dans quelle région pratiquez-vous ?

- ☐ Abitibi-Témiscamingue
- ☐ Bas-Saint-Laurent
- ☐ Capitale-Nationale
- ☐ Centre-du-Québec
- ☐ Chaudière-Appalaches
- ☐ Côte-Nord
- ☐ Estrie
- ☐ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- ☐ Lanaudière
- ☐ Laurentides
- ☐ Laval
- ☐ Mauricie
- ☐ Montérégie
- ☐ Montréal
- ☐ Nord-du-Québec
- ☐ Outaouais
- ☐ Saguenay-Lac-Saint-Jean
- ☐ Autre

Si vous répondez > région, veuillez préciser

Quel est votre dernier niveau de scolarité ? (sélectionnez le plus haut niveau complété)	☐ Diplôme d'études collégiales ☐ Programme universitaire de 1er cycle (ex. baccalauréat, certificat) ☐ Programme universitaire de 2e cycle (ex. maîtrise, D.E.S.S., microprogramme de 2e cycle) ☐ Doctorat
Quel est votre statut d'emploi actuel ?	☐ Temps plein ☐ Temps partiel ☐ Remplacement temps plein ☐ Remplacement temps partiel ☐ Occasionnel ☐ Autre
Si vous répondez > statut d'emploi, veuillez préciser	
Quel est votre titre d'emploi ?	☐ Infirmière clinicienne / infirmier clinicien ☐ Infirmière praticienne spécialisée / infirmier praticien spécialisé
Depuis combien d'années travaillez-vous comme infirmière/infirmier ?	{an(s)}
Depuis combien d'années travaillez-vous comme infirmière praticienne spécialisée / infirmier praticien spécialisé ?	{an(s)}
Depuis combien d'années travaillez-vous en GMF ?	{an(s)}
Dans votre GMF, retrouve-t-on les professionnels de la santé suivants : (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)	☐ Pharmacien / Pharmacienne ☐ Infirmière praticienne spécialisée / infirmier praticien spécialisé ☐ Infirmière / infirmier ☐ Nutritionniste ☐ Psychologue ☐ Physiothérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Travailleur social / Travailleuse sociale ☐ Kinésiologue ☐ Médecin de famille avec une expertise en douleur ☐ Autre
Si vous avez répondu > professionnels de la santé en GMF ci-haut, veuillez préciser	
De toutes les personnes rencontrées durant votre dernière semaine de travail, quelle proportion vivait avec de la douleur depuis au moins 3 mois selon vous ?	Aucune personne Toutes les personnes 0% 50% 100% (Place a mark on the scale above)
Dans le cadre de votre formation initiale (collégiale ou universitaire), quel est le nombre d'heures de formation suivies dans le domaine de la douleur ?	{heure(s)}

Dans le cadre de formations continues dans les 12 derniers mois, quel est le nombre d'heures de formation suivies dans le domaine de la douleur ?

{heure(s)}

Actuellement, quel est votre degré de confort dans le soutien à la gestion de la douleur ?

(Très
inconfortable) 0 5 (Très
confortable) 10



(Place a mark on the scale above)

Est-ce que vous ressentez vous-même de la douleur tous les jours ou de manière répétée depuis plus de trois mois ?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que l'un de vos proches vit avec de la douleur tous les jours ou de manière répétée depuis plus de trois mois ?

☐ Oui ☐ Non

Quel âge avez-vous ?

- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ 21
- ☐ 22
- ☐ 23
- ☐ 24
- ☐ 25
- ☐ 26
- ☐ 27
- ☐ 28
- ☐ 29
- ☐ 30
- ☐ 31
- ☐ 32
- ☐ 33
- ☐ 34
- ☐ 35
- ☐ 36
- ☐ 37
- ☐ 38
- ☐ 39
- ☐ 40
- ☐ 41
- ☐ 42
- ☐ 43
- ☐ 44
- ☐ 45
- ☐ 46
- ☐ 47
- ☐ 48
- ☐ 49
- ☐ 50
- ☐ 51
- ☐ 52
- ☐ 53
- ☐ 54
- ☐ 55
- ☐ 56
- ☐ 57
- ☐ 58
- ☐ 59
- ☐ 60
- ☐ 61
- ☐ 62
- ☐ 63
- ☐ 64
- ☐ 65
- ☐ 66
- ☐ 67
- ☐ 68
- ☐ 69
- ☐ 70
- ☐ 71
- ☐ 72
- ☐ 73
- ☐ 74
- ☐ 75
- ☐ 76
- ☐ 77
- ☐ 78
- ☐ 79
- ☐ 80
- ☐ 81
- ☐ 82
- ☐ 83
- ☐ 84
- ☐ 85
- ☐ 86

- ☐ 87
☐ 88
☐ 89
☐ 90
☐ 91
☐ 92
☐ 93
☐ 94
☐ 95
☐ 96
☐ 97
☐ 98
☐ 99
☐ 100
☐ 101
☐ 102
☐ 103
☐ 104
☐ 105
 (ans)

Quel est votre sexe à la naissance ?

- ☐ Féminin
☐ Masculin
☐ Intersexe

À quelle identité de genre vous identifiez-vous ?
 (le genre actuel peut différer du sexe attribué à
 la naissance ou de celui inscrit dans les documents
 légaux)

- ☐ Femme
☐ Genderqueer
☐ Non binaire
☐ Homme
☐ Transgenre
☐ Bispirituelle / bispirituel (two-spirit)
☐ En questionnement
☐ Je ne m'identifie à aucune option proposée
☐ Je préfère ne pas répondre
☐ Autre

Si vous répondez > identité de genre, veuillez préciser

Dans quelle région habitez-vous ?

- ☐ Abitibi-Témiscamingue
☐ Bas-Saint-Laurent
☐ Capitale-Nationale
☐ Centre-du-Québec
☐ Chaudière-Appalaches
☐ Côte-Nord
☐ Estrie
☐ Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
☐ Lanaudière
☐ Laurentides
☐ Laval
☐ Mauricie
☐ Montérégie
☐ Montréal
☐ Nord-du-Québec
☐ Outaouais
☐ Saguenay-Lac-Saint-Jean
☐ Autre

Si vous répondez > région, veuillez préciser

Quel statut d'emploi représente le mieux votre situation ?

- ☐ En emploi
- ☐ À la recherche d'emploi / sans emploi
- ☐ Congé de maladie
- ☐ Congé parental
- ☐ Invalidité temporaire ou permanente en raison de votre douleur
- ☐ Invalidité pour d'autres raisons que la douleur
- ☐ Personne étudiante
- ☐ Mise à pied temporaire (chômage planifié)
- ☐ Retraité(e)
- ☐ Au foyer
- ☐ Inconnu
- ☐ Autre

Si vous répondez > statut d'emploi, veuillez préciser

Quel est votre dernier niveau de scolarité ?
(sélectionnez le plus haut niveau atteint)

- ☐ Ayant complété partiellement des études primaires ou secondaires
- ☐ Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent
- ☐ Certificat ou diplôme d'apprenti inscrit, d'une école de métiers ou d'un centre de formation professionnelle (ex. coiffure, cuisine, électricien, charpenterie)
- ☐ Certificat ou diplôme d'études collégiales, d'un CÉGEP ou d'un autre établissement non universitaire (ex. technique de comptabilité, technique de génie industriel, adjoint juridique, DEC préuniversitaire, etc.)
- ☐ Programme universitaire de 1er cycle (ex. baccalauréat, certificat)
- ☐ Programme universitaire de 2e cycle (ex. maîtrise, D.E.S.S., microprogramme de 2e cycle)
- ☐ Doctorat (ex. MD, PharmD, Ph.D., D.Psy., D.Ed.)

En général, diriez-vous que votre santé est :

- ☐ Excellente
- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Passable
- ☐ Mauvaise

Dans quelle(s) région(s) du corps ressentez-vous de la douleur ?
(cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Douleurs généralisées dans tout le corps (ou presque)
☐ Tête
☐ Visage
☐ Cou
☐ Épaule(s)
☐ Bras
☐ Coudes(s)
☐ Poignet(s)
☐ Main(s)
☐ Haut du dos
☐ Bas du dos
☐ Poitrine
☐ Abdomen / Estomac
☐ Hanche(s)
☐ Fesse(s)
☐ Région anale
☐ Région génitale
☐ Jambe(s)
☐ Genou(x)
☐ Cheville(s)
☐ Pied(s)
☐ Autre

Si vous avez répondu > région du corps ci-haut, veuillez préciser

Est-ce que votre douleur est :
 *Si vous souffrez de douleur dans plus d'une région du corps, veuillez répondre en tenant compte de l'endroit qui fait le plus mal.

- ☐ Présente continuellement
☐ Présente occasionnellement

Depuis combien de temps ressentez-vous votre douleur ?
 *Si vous souffrez de douleur dans plus d'une région du corps, veuillez répondre en tenant compte de l'endroit qui fait le plus mal.

- ☐ Plus de 3 mois, mais moins de 1 an
☐ 1 à 5 ans
☐ 6 à 10 ans
☐ Plus de 10 ans

Intensité de la douleur

	Aucune douleur 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	La pire douleur possible 10
Veuillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux la pire douleur que vous avez ressentie au cours des 7 derniers jours	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Veuillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux la douleur que vous avez ressentie en moyenne ou en général au cours des 7 derniers jours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Interférence de la douleur

N.B. si vous n'avez ressenti aucune douleur au cours des 7 derniers jours, veuillez choisir > sur les échelles ci-dessous.

Veuillez choisir sur les échelles suivantes le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours des 7 derniers jours, la douleur a gêné votre :

	Ne gêne pas 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Gêne complètement 10
Activité générale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Humeur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Capacité à marcher	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travail habituel (y compris le travail à l'extérieur de la maison et la travaux domestiques)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Relation avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sommeil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Goût de vivre (si vous vivez des difficultés, n'hésitez pas à contacter la ligne Info-Social au 811, un service de consultation téléphonique gratuit et confidentiel avec un professionnel en intervention psychosociale)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Pour le traitement de votre douleur, utilisez-vous actuellement des médicaments prescrits ?
(qui nécessitent une ordonnance de la part d'un médecin, d'un pharmacien ou d'une infirmière praticienne)

☐ Oui
☐ Non

Pour le traitement de votre douleur, utilisez-vous actuellement des médicaments en vente libre ?
(qui ne nécessitent pas d'ordonnance, par exemple: Robax®, Tylenol®, ou Advil®)

☐ Oui
☐ Non

Mis à part des médicaments, utilisez-vous actuellement d'autres approches de soulagement pour votre douleur?
(cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- ☐ Acupuncture /Acupression
- ☐ Aquathérapie/Hydrothérapie (ex. bain, aquaforme)
- ☐ Aromathérapie (ex. extraits de plantes, huiles essentielles)
- ☐ Biofeedback
- ☐ Chaud et/ou froid
- ☐ Chiropratique
- ☐ Ergothérapie
- ☐ Exercice/activité physique
- ☐ Groupes de soutien/d'entraide (qui regroupe seulement des patients)
- ☐ Hypnose
- ☐ Implant d'un neurostimulateur
- ☐ Intervention de groupe (ex. école du dos)
- ☐ Massothérapie / Massage
- ☐ Méditation
- ☐ Musicothérapie (thérapie par la musique)
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Physiothérapie
- ☐ Psychothérapie
- ☐ Réalité virtuelle ou augmentée
- ☐ Réflexologie
- ☐ Reiki
- ☐ Stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS)
- ☐ Tai Chi
- ☐ Taping (bandes élastiques)
- ☐ Techniques de relaxation/respiration
- ☐ Thérapie cognitivo-comportementale
- ☐ Thérapie comportementale
- ☐ Yoga
- ☐ Zoothérapie (thérapie grâce aux animaux)
- ☐ Autre
- ☐ Je n'utilise pas d'autres approches de soulagement non-pharmacologiques

Si vous avez répondu > approche de soulagement, veuillez préciser

Dans l'ensemble, jusqu'à quel point les approches de soulagement ou les médicaments utilisés actuellement pour votre douleur ont-elles été efficaces en regard de :

	Pas du tout efficace	Peu efficace	Moyennement efficace	Assez efficace	Très efficace
Réduction de l'intensité de la douleur	☐	☐	☐	☐	☐
Réduction de l'aspect désagréable de la douleur	☐	☐	☐	☐	☐
Amélioration de la qualité de vie	☐	☐	☐	☐	☐

Pour vous accompagner dans le traitement de votre douleur, avez-vous accès aux professionnels de la santé suivants ?

- ☐ Médecin de famille
- ☐ Médecin spécialiste
- ☐ Pharmacien / Pharmacienne
- ☐ Infirmière praticienne spécialisée / infirmier praticien spécialisé
- ☐ Infirmier / Infirmière
- ☐ Psychologue
- ☐ Physiothérapeute
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Travailleur social / Travailleuse sociale
- ☐ Chiropraticien / Chiropraticienne
- ☐ Autre

Si vous répondez > professionnel de la santé pour m'accompagner, veuillez préciser

En général, les professionnels de la santé ont une attitude positive en regard de ma douleur ?

- ☐ Oui
☐ Non

Actuellement, avez-vous accès à une assurance privée vous permettant de couvrir certains frais associés aux soins de santé (ex. physiothérapie, psychothérapie) ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez-vous du soutien de votre entourage (proches, amis) en regard de votre douleur ?

- ☐ Oui
☐ Non

En général, mon entourage a une attitude positive en regard de ma douleur ?

- ☐ Oui
☐ Non

Connaissez-vous des outils (ex. programme en ligne) ou des ressources dans votre région pour vous aider avec la douleur ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si vous avez répondu > ci-haut, veuillez préciser les ressources ou les outils pour la douleur

Annexe 6 – Phase 1 : Questionnaire Ronde 2

Recherche sur la contribution du personnel infirmier en Groupe de médecine familiale (GMF) dans le soutien à la gestion de la douleur chronique

Page 1

Étudiante-chercheuse

Andréanne Bernier, inf., M. Sc. inf, étudiante au doctorat

Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Équipe de recherche

Anaïs Lacasse, Ph.D., chercheuse

Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Marie-Eve Poitras, inf., Ph.D., chercheuse

Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke - Campus Saguenay

Sylvie Beaudoin et Marie-Dominique Poirier

Patientes partenaires

Merci pour votre intérêt à participer à cette recherche !

Rappel du contexte En janvier dernier, vous avez été invité(e) à remplir notre questionnaire en ligne sur les activités qui peuvent être faites par le personnel infirmier en Groupe de médecine familiale (GMF).

39 infirmières et 71 personnes vivant avec de la douleur chronique nous ont répondu!

Un grand merci!

1167 suggestions ont été reçues !

Après regroupement, 47 activités infirmières ont été trouvées.

La prochaine étape est de prioriser les nombreuses activités qui nous ont été proposées.

Instructions pour remplir le questionnaire #2 Identifier ce qui est le plus important à vos

14-04-2023 2:17 pm

projectredcap.org

REDCap

yeux, de ce que le personnel infirmier en Groupe de médecine familiale (GMF) peut faire dans un suivi pour aider les personnes à mieux gérer la douleur au quotidien.

Ce questionnaire est le deuxième (2/3) d'une série de trois (3) questionnaires.

Pour chaque activité infirmière, vous pourrez voter sur une échelle comme suit : Cette activité infirmière est [XXX] à réaliser dans le suivi d'une personne vivant avec de la douleur chronique. Au besoin, il y a des suggestions reçues au questionnaire #1 pour aider à comprendre le sens de l'activité infirmière. Extrêmement importante Très importante Importante Assez importante Neutre Pas très importante Peu importante Pas du tout importante Absolument pas importante

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce questionnaire, veuillez contacter Andréanne Bernier (andreanne.bernier3@uqat.ca).

Comprendre la douleur chronique de la personne : l'évaluer, la mesurer et la communiquer (5 activités infirmières)

1- L'infirmière procède à un dépistage pour déterminer la présence de douleur chronique. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

Déjà, lors de la prise de rendez-vous, le personnel devrait poser cette question : Souffrez-vous de douleurs chroniques ? Si oui, lever un drapeau rouge.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

2- L'infirmière s'assure de consulter le dossier pour bien comprendre la situation de santé de la personne en commençant son évaluation. Suggestion d'une infirmière :

Lire les notes des autres professionnels avant chaque suivi.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

3- L'infirmière évalue toutes les dimensions de l'expérience douloureuse : la cause ou ce qui provoque la douleur, l'intensité de la douleur en fonction des moments de la journée/de la semaine, la description des caractéristiques (ex. aspect désagréable, la fréquence) de la douleur et le ou les sites de douleur. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

Tout d'abord écouter la personne expliquer le type de douleur qu'elle ressent. L'intensité. Les moments de la journée où la douleur est le plus intense. Le moins intense. C'est la personne souffrante qui est le plus en mesure de décrire sa douleur.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

4- L'infirmière évalue la douleur avec des outils validés (ex. échelle 0-10, schéma corporel, échelle d'interférence avec la vie quotidienne, etc.). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

Déterminer ensemble avec le patient de la meilleure façon d'évaluer la douleur. L'échelle de 1 à 10 peut ne pas être la meilleure option. Il faut aussi convenir des paramètres pour chacun. Si on détermine ça ensemble et qu'on a un suivi avec cette infirmière, on sera sur la même longueur d'onde.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

5- L'infirmière effectue un examen physique de la personne. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

On va toucher où que tu as beaucoup de douleurs pour comprendre les points sensibles.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

Voir les impacts de la douleur sur la vie de la personne : les aspects biopsychosociaux (4 activités)

1- L'infirmière évalue comment ça se passe dans les activités du quotidien (ex. ménage, pelleter, faire les achats, etc.). Suggestion d'une infirmière :

Quelles sont vos activités quotidiennes que vous êtes en mesure de faire? (ex: activités de la vie quotidienne, activités de la vie domestique, travail ou cessé?) Avez-vous réduit ou cessé certaines activités en raison de votre douleur?

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

2- L'infirmière évalue comment ça se passe au travail (ex. productivité, absences, invalidité, etc.). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

Est-ce que ça se passe bien à la maison ou au travail en ce qui concerne l'adaptation ? Avez-vous certains outils pour vous aider (accessoires pour se sentir mieux malgré la douleur ?

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

3- L'infirmière évalue comment ça se passe dans les relations sociales (ex. isolement, conflits, sorties, etc.). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

Évaluer les répercussions qu'a la douleur sur la santé mentale, est-ce que le patient a dû arrêter certaines activités, est-ce qu'il a perdu certains contacts sociaux, a-t-il peur de bouger, est-ce que sa famille comprend ?

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

4- L'infirmière évalue comment ça se passe au niveau de la concentration, la mémoire, etc. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : J'ai été capable de dire que ma douleur m'empêchait d'écouter un film, ou faire une autre activité (lire, manger avec des amis) sans que je sois constamment dérangée. Que ma concentration était difficile.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
Avoir une vue d'ensemble de la santé de la personne : les antécédents, les habitudes de vie et l'entourage (6 activités)	
1- L'infirmière s'assure d'avoir une vision globale de la santé de la personne, incluant ses autres maladies connues tant physiques que psychologiques. Suggestion d'une infirmière : Évaluer la globalité des antécédents du patient, incluant la problématique de douleur, mais aussi tous les autres diagnostics.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
2- L'infirmière évalue la présence des signes et de symptômes associés à des troubles de l'humeur (ex. dépression, stress, anxiété, risque de suicide, épuisement, etc.). Suggestion d'une infirmière : Évaluer les impacts de la douleur sur le bien-être et la santé mentale.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
3- L'infirmière évalue les interactions entre les habitudes de vie de la personne et la douleur (ex. alimentation, activité physique, tabagisme, alcool, drogues récréatives). Suggestions d'infirmières : Quels sont les impacts de la douleur SUR les habitudes de vie? Y a-t-il usage de substances non prescrites (produits naturels, alcool, drogue) de façon concomitante aux traitements? Évaluer les impacts de diverses habitudes de vie SUR la douleur (sommeil, activité physique, alimentation, alcool, drogues).	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
4- L'infirmière évalue comment ça se passe au niveau du sommeil (ex. insomnie, énergie, routine de sommeil, etc.). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Valider la qualité de son sommeil, a-t-il de bonnes nuits de sommeil, est-il reposé au réveil? La fatigue va souvent rendre la douleur ingérable.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important

5- L'infirmière évalue le réseau de soutien de la personne (ex. proches aidants, famille, amis, collègues, etc.). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

Questionner le réseau de soutien du patient afin de s'assurer qu'il n'est pas seul vu l'impact psychologique que la douleur chronique amène. Suggestion d'une infirmière :

Impliquer la famille ou des personnes significatives pour aider la personne à travers les interventions appliquées. Valoriser le soutien dans le but d'encourager la personne souffrante à participer au traitement.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

6- L'infirmière évalue les ressources et les barrières de la personne pour sa santé (ex. niveau d'éducation, assurances privées, fardeau financier, etc.). Suggestion d'une infirmière :

Évaluation des capacités de la personne sur ce qu'il est capable de faire et comprendre (éducation, moyen financier, condition physique).

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

Explorer les différentes stratégies pour améliorer et maintenir le fonctionnement de la personne (6 activités)

1- L'infirmière détaille les traitements* actuellement utilisés, leur fréquence d'utilisation et leur efficacité ou leur niveau de soulagement, ainsi que les professionnels de la santé consultés en ce moment. *Incluant les traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques

Suggestion d'une infirmière :

Évaluer quelles stratégies elle utilise en ce moment pour tenter de mieux vivre avec la douleur. Évaluer la prise de la médication contre la douleur, la fréquence de la prise de la médication, s'il y a utilisation d'entredoses. Évaluer si la personne utilise de la médication en vente libre/produits naturels/homéopathiques ou si elle consulte des professionnels autres comme massothérapie/ostéopathie.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

2- L'infirmière détaille les traitements* tentés dans le passé et les raisons d'abandon, ainsi que les professionnels de la santé déjà rencontrés. *Incluant les traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques Suggestions d'infirmières : Je demande quels sont les suivis passés (avec quels types de professionnels ? fréquence ?) en regard de leur douleur et les traitements essayés. Quelles sont les barrières qui empêchent la personne de gérer sa douleur chronique selon les conseils donnés précédemment par les professionnels ou selon les méthodes éprouvées pour la réduire ?	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
3- L'infirmière donne des conseils sur l'éventail des traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques de soulagement de la douleur. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Après avoir évalué ce que le patient connaît et a déjà tenté, enseigner diverses techniques de gestion de la douleur non-pharmaceutiques, comme utiliser la chaleur ou le froid, la relaxation, le TENS, etc.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
4- L'infirmière soutient la gestion et l'ajustement des médicaments en collaboration avec la pharmacie communautaire ou en GMF, ainsi que le médecin de famille ou les spécialistes impliqués. Suggestions d'infirmières : Soutenir la personne dans la prise de sa médication; bon médicament au bon moment ainsi que dans l'ajustement de la dose. Collaborer avec la pharmacienne en GMF pour évaluer la polypharmacie (souvent fréquente) afin que la personne comprenne bien la médication prescrite et s'assurer qu'elle la prend de façon adéquate à des doses optimales. Celle-ci pourra également évaluer la présence d'effets indésirables et faire des suggestions/recommandations au besoin.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
5- L'infirmière soutient la gestion des effets secondaires et indésirables des médicaments en collaboration avec la pharmacie communautaire ou en GMF. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Discuter/ évaluer la médication et surtout les effets secondaires possibles et les interactions médicamenteuses pouvant être désagréables et contre-productives pour réduire la douleur.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important

6- L'infirmière soutient l'intégration des traitements physiques et psychologiques dans le quotidien (ex. exercice, chaud-froid, méditation, respiration et autres stratégies d'autogestion). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Établir des stratégies avec la personne pour qu'elle prenne soin d'elle d'une autre façon, qu'elle apprenne à accepter sa condition et qu'elle développe des stratégies de gestion du stress puisque le stress augmente les symptômes de douleur chronique.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
Contribuer à la gestion et à la coordination des soins, des traitements et des services de santé de la personne (9 activités)	
1- L'infirmière évalue la satisfaction de la personne à l'égard de ses soins et ses attentes envers les professionnels de la santé. Suggestion d'une infirmière : Réviser avec la personne quelles sont les attentes réalistes à avoir vis-à-vis les divers professionnels de la santé (qui s'occupe de gérer quoi pour éviter frustrations et impression d'être invalidé(e) dans sa douleur).	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
2- L'infirmière aide la personne à identifier ses besoins de gestion de la douleur et à cibler des objectifs réalistes et personnalisés tout en respectant son rythme de changement. Suggestion d'une infirmière : Cibler un objectif réaliste de soulagement de la douleur qui lui permettrait d'être plus fonctionnel et qui serait un niveau de douleur acceptable pour lui.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
3- L'infirmière aide à organiser un plan de soins (interventions et moyens) à partir des objectifs de la personne. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Un plan réaliste qui me donnera une certaine satisfaction, une victoire et quelque chose que j'ai envie de répéter à long terme, mais surtout d'avoir une routine et être encouragée à me tenir dans la routine.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important

4- L'infirmière discute avec le médecin de famille en ce qui concerne des traitements prescrits (ex. médicaments, examens, etc.) ou des références médicales (ex. médecins spécialistes, clinique de la douleur). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

Parfois on veut trop faire de traitements ou examens. Voilà une autre raison pour centraliser le tout pour ne pas sauter d'étape dans le processus de diagnostic ou de traitement. Suggestion d'une infirmière :

Voir si la personne a été bien évaluée au niveau de sa douleur chronique, peut-être voir à instaurer une consultation en clinique de douleur chronique.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

5- L'infirmière fait une référence auprès d'un autre professionnel de la santé en GMF (ex. pharmacie GMF, nutrition, travail social) ou recommande un traitement alternatif de soulagement de la douleur (ex. massothérapie). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

Inciter à consulter soit en physiothérapie, acupuncture, kinésithérapie, psychologie, si la personne en douleur chronique en a les moyens ou la référer au public [ou en GMF]. Suggestions d'infirmières :

Référer en travail social également pour ressource communautaire en lien avec la problématique. Référence au CLSC si besoin d'assistance avec les activités de la vie quotidienne.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

6- L'infirmière oriente la personne vers des ressources communautaires, des associations ou des outils disponibles pour la gestion de la douleur. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

De valider avec la personne le genre d'activités qui lui conviennent et qui la motivent (conférence Zoom, groupe d'entraide, livre, site Web, etc.) et lui en suggérer quelques-unes. Suggérer à la personne un site pour l'autogestion de la douleur chronique. Parfois, on ne sait pas par où commencer et quoi faire exactement.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

7- L'infirmière organise des suivis adaptés (ex. fréquence des rencontres, moyen de se parler) aux besoins ou aux capacités de la personne. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Offrir un suivi de qualité de vie du patient et offrir un suivi téléphonique puisque le déplacement est parfois très difficile. Suggestion d'une infirmière : Faire des suivis pour assurer la progression des changements à faire. Faire des suivis plus rapprochés selon les besoins identifiés.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
8- L'infirmière aide à la coordination des soins dans les services publics (ex. CLSC, cliniques de la douleur) et privés (ex. pharmacie communautaire, physiothérapie, psychologie). Suggestion d'une infirmière : Contacteur un des professionnels au besoin pour expliquer la situation si besoin plus rapide de rendez-vous [dans la mesure du possible].	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
9- L'infirmière assure le suivi nécessaire auprès de la personne (ex. retour de consultation, résultats des tests, changement de prescription, etc.) et s'assure que l'information a été bien comprise et répond aux questions au besoin. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique: Donner des explications suite à des tests et autres, pouvoir discuter avec l'infirmière des rencontres avec les spécialistes.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
Renforcer les capacités d'autogestion de la personne (7 activités)	
1- L'infirmière discute, dans un langage accessible, du phénomène de la douleur, des symptômes associés et de la chronicité de cette condition. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Faire comprendre que la douleur est un phénomène qui influe sur toutes les sphères de la vie ... Et que le patient peut avoir un certain contrôle sur l'intensité.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
2- L'infirmière discute des facteurs qui influencent ou des éléments aggravants/déclencheurs associés à la douleur. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Expliquer les facteurs influençant la douleur, notamment, le stress, les émotions, l'activité physique. En ayant une compréhension, le patient pourra prendre des décisions éclairées et certainement aura une meilleure adhérence au(x) traitement(s).	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important

3- L'infirmière recommande de tenir un journal pour mesurer la douleur et reconnaître les signes et symptômes associés afin d'en faciliter la gestion. Suggestion d'une infirmière : Tenir un journal des symptômes en indiquant l'intensité de douleur versus les facteurs qui pourraient l'influencer (stress/ activité physique/ alimentation) afin de mieux comprendre les facteurs d'influence de la douleur.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
4- L'infirmière établit un plan d'action ou un plan d'urgence pour les situations où la douleur augmente pour aider la personne à "consulter au bon moment, le bon professionnel, au bon endroit". Suggestion d'une infirmière : Remettre à la personne une liste de ressources en gestion de la douleur chronique facilement accessibles en cas de crise, de découragement pour qu'elle puisse être soutenue.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
5- L'infirmière donne des conseils sur les stratégies pour optimiser des habitudes de vie qui exercent une influence sur la douleur. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Donner des ressources accessibles pour aider la personne à savoir où et qui consulter. Suggestion d'une infirmière : Expliquer les mécanismes neurobiologiques derrière les saines habitudes de vie pour en comprendre l'impact et augmenter l'adhérence à de telles mesures (c.-à-d. : activité physique : augmente la sécrétion d'endorphines pour optimiser le soulagement de la douleur et augmente la libération sérotonine pour humeur, diminue la sécrétion de cortisol).	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
6- L'infirmière aide à augmenter la motivation de la personne face à sa condition pour favoriser la réussite des changements (auto-efficacité, autonomisation, empowerment [donner du pouvoir], préparation au changement). Suggestion d'une infirmière : Favoriser une approche d'empowerment [donner le pouvoir] du patient dans la gestion de sa douleur chronique. Etablir et faire le suivi des stratégies tentées en gestion de la douleur, avoir une approche motivationnelle pour encourager la mise en place et la continuité des stratégies.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important

7- L'infirmière aide la personne à verbaliser ses deuils et discute de l'identité de soi, ainsi que de l'acceptation face à sa condition chronique.
Suggestion d'une infirmière :

Indiquer à la personne qu'un sain équilibre vise à mettre de l'avant la personne et non la maladie, donc qu'elle n'est pas la maladie, mais qu'elle avance avec celle-ci, pour maintenir une identité solide et confiante malgré la douleur.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

Collaborer avec la personne et les professionnels de la santé impliqués (10 activités)

1- L'infirmière fait preuve d'empathie (écoute, bienveillance, sans jugement ni infantilisation) pour établir une alliance thérapeutique avec la personne (partenariat mutuel de confiance entre la personne et le professionnel dans le but d'accomplir les objectifs fixés). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique :

Avoir de la patience, respecter le niveau et la vitesse d'apprentissage et les difficultés que vit le patient. Avoir beaucoup d'empathie et surtout faire sentir au patient qu'on le croit. Suggestion d'une infirmière:

Avoir une ouverture dans le comportement du patient, sans jugement pour l'accompagner où il est rendu.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

2- L'infirmière aide la personne à occuper son rôle en tant que partenaire de soins et expert de sa condition. Suggestion d'une infirmière :

Considérer la personne comme partenaire dans la prise en charge de la problématique. Demander à la personne l'autorisation de partage des informations avec les professionnels hors établissement. Idéalement : plan d'intervention interdisciplinaire incluant tous les professionnels au dossier et surtout la personne.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

3- L'infirmière explique son rôle professionnel et l'étendue de ce rôle dans le soutien à la gestion de la douleur. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique:

L'infirmière doit faire comprendre à son patient qu'elle est là pour l'aider à mieux gérer sa douleur afin de lui permettre d'avoir une vie active et sociale.

- ☐ Extrêmement important
- ☐ Très important
- ☐ Important
- ☐ Assez important
- ☐ Neutre
- ☐ Pas très important
- ☐ Peu important
- ☐ Pas du tout important
- ☐ Absolument pas important

4- L'infirmière explique le rôle des autres intervenants reconnus comme des professionnels clefs de la gestion de la douleur (médecins, physiothérapeutes, psychologues et autres intervenants psychosociaux, pharmaciens, etc.). Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique: Expliquer brièvement le rôle de chaque intervenant et les limites de son rôle. Par exemple le rôle de chaque intervenant au dossier : l'infirmière, médecin, physiatre, physiothérapeute, psychologue, chiro, etc.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
5- L'infirmière s'assure d'inclure la personne dans les décisions sur ses soins en tenant compte de sa situation de vie, de ses attentes, de ses préférences culturelles et de ses valeurs. Suggestion d'une infirmière : Travailler en collaboration avec les professionnels de la santé impliqués et établir un plan qui satisfait le patient et les professionnels de la santé.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
6- L'infirmière s'assure d'écrire les informations de santé et ses évaluations de façon claire pour les autres professionnels de la santé. Suggestion d'une infirmière : Rôle de l'infirmière est très important pour bien documenter les impacts fonctionnels et les écarts entre la situation vécue et la situation souhaitée auprès de l'équipe traitante.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
7- L'infirmière est soucieuse de partager l'information nécessaire, sans jugement, en tenant compte du respect de la confidentialité de la personne. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Considérer que la personne peut avoir de réelles craintes à savoir que les informations s'échangent sur son comportement face à la gestion de sa douleur et d'une possible "fermeture" ensuite à vouloir collaborer et recevoir de l'aide de l'infirmier.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important

8- L'infirmière contribue, avec les autres professionnels de la santé impliqués, à établir des moyens/mécanismes de partager l'information pertinente pour les soins de la personne. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Être créatif et instituer des approches qui faciliteraient la communication entre les divers professionnels de la santé. Suggestion d'une infirmière : On pourrait prévoir des discussions de cas, pour mieux travailler en interdisciplinarité. Plusieurs idées et pistes de solutions pourraient être proposées.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
9- L'infirmière contribue à soulever les problèmes pouvant entraver les soins et les services pour la personne. Suggestion d'une personne vivant avec de la douleur chronique : Expliquer au besoin le sens des décisions prises au sujet du patient ainsi que les recours accessibles pour ce dernier en cas de désaccord.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
10- L'infirmière participe à des activités de formation continue en matière de gestion de la douleur chronique. Suggestions d'infirmières : Je crois qu'on devrait avoir, comme infirmière, plus de formations sur la douleur chronique pour devenir les ambassadrices des patients et de leur support. Parfois, je me sens impuissante, quand je ne peux pas aider, car je crois devoir trouver une solution. Les patients, souvent, se sentent un peu soulagés seulement par notre écoute et la compréhension. Je remarque qu'il n'y a pas beaucoup d'informations sur la gestion de la douleur chronique pour les infirmières en GMF et les offres de services disponibles pour cette clientèle. Malheureusement, je remarque que cette facette de l'évaluation de la personne est souvent mise de côté, tout comme l'aspect de la santé mentale.	☐ Extrêmement important ☐ Très important ☐ Important ☐ Assez important ☐ Neutre ☐ Pas très important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important ☐ Absolument pas important
Avez-vous des commentaires pour l'équipe de recherche ?	
Merci d'avoir voté pour les activités infirmières en gestion de la douleur chronique ! En terminant, veuillez choisir votre profil	☐ Je suis infirmière clinicienne/infirmier clinicien ou IPSPL en GMF ☐ Je suis une personne vivant avec de la douleur chronique
J'ai participé au questionnaire #1 de cette recherche en janvier 2024.	☐ Oui ☐ Non
J'ai participé au questionnaire #1 de cette recherche en janvier 2024.	☐ Oui ☐ Non

Annexe 7 – Phase 1 : Questionnaire Ronde 3

Recherche sur la contribution du personnel infirmier en Groupe de médecine familiale (GMF) dans le soutien à la gestion de la douleur chronique

Page 1

Étudiante-chercheuse

Andréanne Bernier, inf., M. Sc. inf, étudiante au doctorat

Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Équipe de recherche

Anaïs Lacasse, Ph.D., chercheuse

Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Marie-Eve Poitras, inf., Ph.D., chercheuse

Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke - Campus Saguenay

Sylvie Beaudoin et Marie-Dominique Poirier

Patientes partenaires

Merci pour votre intérêt à participer à cette recherche !

Instructions pour remplir le questionnaire #3 Identifier ce qui est le plus important à vos yeux, de ce que le personnel infirmier en Groupe de médecine familiale (GMF) peut faire dans un suivi pour aider les personnes à mieux gérer la douleur au quotidien.

Ce questionnaire est le troisième (3/3) ET dernier questionnaire de l'étude. Dans la méthode de recherche employée, il faut vous demander deux fois votre vote. Cela peut sembler redondant ou répétitif avec la dernière fois, mais cette fois-ci deux nouvelles choses :

Des 47 activités trouvées la dernière fois, 43 ont été jugées très importantes (note de 7-8-9) pour passer à ce 3e questionnaire. En donnant votre 2e vote, tenter de vous demander > , c'est-à-dire les activités qui sont réellement essentielles, celles qui sont importantes ou celles qui sont seulement intéressantes. Pour vous aider à donner votre 2e vote, la note moyenne obtenue à chaque activité au dernier questionnaire vous est présentée et les activités sont classées en ordre de note pour chaque catégorie d'activités (+ forte vers - forte). Vous pouvez être en accord ou non avec la note du 2e questionnaire. Vous pouvez voter entre 1 et 9, on veut VOTRE opinion ! Comme pour la ronde précédente, pour chaque activité infirmière, vous pourrez voter sur une échelle comme suit : Cette activité infirmière est [XXX] à réaliser

14-04-2025 2:17 pm

projectredcap.org

REDCap

dans le suivi d'une personne vivant avec de la douleur chronique. La note totale obtenue au 2e questionnaire

Note du personnel infirmier Note des personnes vivant avec de la douleur 9- Extrêmement importante 8- Très importante 7- Importante 6- Assez importante 5- Neutre 4- Pas très importante 3- Peu importante 2- Pas du tout importante 1- Absolument pas importante

Merci à l'avance pour votre temps précieux !

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce questionnaire, veuillez contacter Andréanne Bernier (andreanne.bernier3@uqat.ca).

Comprendre la douleur chronique de la personne : l'évaluer, la mesurer et la communiquer (4 activités infirmières)

1- L'infirmière évalue toutes les dimensions de l'expérience douloureuse : la cause ou ce qui provoque la douleur, l'intensité de la douleur en fonction des moments de la journée/de la semaine, la description des caractéristiques (ex. aspect désagréable, la fréquence) de la douleur et le ou les sites de douleur. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.28/9

Note personnel infirmier : 8.38/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.24/9

- ☐ 9- Extrêmement important
- ☐ 8- Très important
- ☐ 7- Important
- ☐ 6- Assez important
- ☐ 5- Neutre
- ☐ 4- Pas très important
- ☐ 3- Peu important
- ☐ 2- Pas du tout important
- ☐ 1- Absolument pas important

2- L'infirmière s'assure de consulter le dossier pour bien comprendre la situation de santé de la personne en commençant son évaluation. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.23/9

Note personnel infirmier : 8.07/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.29/9

- ☐ 9- Extrêmement important
- ☐ 8- Très important
- ☐ 7- Important
- ☐ 6- Assez important
- ☐ 5- Neutre
- ☐ 4- Pas très important
- ☐ 3- Peu important
- ☐ 2- Pas du tout important
- ☐ 1- Absolument pas important

3- L'infirmière évalue la douleur avec des outils validés (ex. échelle 0-10, schéma corporel, échelle d'interférence avec la vie quotidienne, etc.). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.80/9

Note personnel infirmier : 7.90/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.77/9

- ☐ 9- Extrêmement important
- ☐ 8- Très important
- ☐ 7- Important
- ☐ 6- Assez important
- ☐ 5- Neutre
- ☐ 4- Pas très important
- ☐ 3- Peu important
- ☐ 2- Pas du tout important
- ☐ 1- Absolument pas important

4- L'infirmière procède à un dépistage pour déterminer la présence de douleur chronique. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.64/9

Note personnel infirmier : 7.05/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.86/9

- ☐ 9- Extrêmement important
- ☐ 8- Très important
- ☐ 7- Important
- ☐ 6- Assez important
- ☐ 5- Neutre
- ☐ 4- Pas très important
- ☐ 3- Peu important
- ☐ 2- Pas du tout important
- ☐ 1- Absolument pas important

Voir les impacts de la douleur sur la vie de la personne : les aspects biopsychosociaux (4 activités)

1- L'infirmière évalue comment ça se passe dans les relations sociales (ex. isolement, conflits, sorties, etc.). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.15/9 Note personnel infirmier : 8.10/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.16/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
2- L'infirmière évalue comment ça se passe dans les activités du quotidien (ex. ménage, pelleter, faire les achats, etc.). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.08/9 Note personnel infirmier : 8.28/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.01/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
3- L'infirmière évalue comment ça se passe au travail (ex. productivité, absences, invalidité, etc.). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.85/9 Note personnel infirmier : 7.90/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.83/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
4- L'infirmière évalue comment ça se passe au niveau de la concentration, la mémoire, etc. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.81/9 Note personnel infirmier : 7.70/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.86/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
Avoir une vue d'ensemble de la santé de la personne : les antécédents, les habitudes de vie et l'entourage (6 activités)	
1- L'infirmière évalue la présence des signes et de symptômes associés à des troubles de l'humeur (ex. dépression, stress, anxiété, risque de suicide, épuisement, etc.). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.36/9 Note personnel infirmier : 8.32/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.37/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important

2- L'infirmière s'assure d'avoir une vision globale de la santé de la personne, incluant ses autres maladies connues tant physiques que psychologiques. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.19/9 Note personnel infirmier : 8.07/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.23/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
3- L'infirmière évalue comment ça se passe au niveau du sommeil (ex. insomnie, énergie, routine de sommeil, etc.). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.15/9 Note personnel infirmier : 8.17/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.14/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
4- L'infirmière évalue les interactions entre les habitudes de vie de la personne et la douleur (ex. alimentation, activité physique, tabagisme, alcool, drogues récréatives). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.01/9 Note personnel infirmier : 8.18/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.95/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
5- L'infirmière évalue le réseau de soutien de la personne (ex. proches aidants, famille, amis, collègues, etc.). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.63/9 Note personnel infirmier : 7.70/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.60/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
6- L'infirmière évalue les ressources et les barrières de la personne pour sa santé (ex. niveau d'éducation, assurances privées, fardeau financier, etc.). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.56/9 Note personnel infirmier : 7.50/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.60/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important

Explorer les différentes stratégies pour améliorer et maintenir le fonctionnement de la personne (6 activités)

1- L'infirmière détaille les traitements* actuellement utilisés, leur fréquence d'utilisation et leur efficacité ou leur niveau de soulagement, ainsi que les professionnels de la santé consultés en ce moment. *Incluant les traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.07/9 Note personnel infirmier : 8.12/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.05/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
2- L'infirmière détaille les traitements* tentés dans le passé et les raisons d'abandon, ainsi que les professionnels de la santé déjà rencontrés. *Incluant les traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.91/9 Note personnel infirmier : 7.93/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.90/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
3- L'infirmière soutient la gestion et l'ajustement des médicaments en collaboration avec la pharmacie communautaire ou en GMF, ainsi que le médecin de famille ou les spécialistes impliqués. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.91/9 Note personnel infirmier : 7.78/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.95/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
4- L'infirmière soutient la gestion des effets secondaires et indésirables des médicaments en collaboration avec la pharmacie communautaire ou en GMF. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.88/9 Note personnel infirmier : 7.78/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.92/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
5- L'infirmière donne des conseils sur l'éventail des traitements pharmacologiques, physiques et psychologiques de soulagement de la douleur. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.79/9 Note personnel infirmier : 7.77/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.79/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important

6- L'infirmière soutient l'intégration des traitements physiques et psychologiques dans le quotidien (ex. exercice, chaud-froid, méditation, respiration et autres stratégies d'autogestion). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.76/9 Note personnel infirmier : 7.72/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.77/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
Contribuer à la gestion et à la coordination des soins, des traitements et des services de santé de la personne (9 activités)	
1- L'infirmière fait une référence auprès d'un autre professionnel de la santé en GMF (ex. pharmacie GMF, nutrition, travail social) ou recommande un traitement alternatif de soulagement de la douleur (ex. massothérapie). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.92/9 Note personnel infirmier : 7.98/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.90/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
2- L'infirmière discute avec le médecin de famille en ce qui concerne des traitements prescrits (ex. médicaments, examens, etc.) ou des références médicales (ex. médecins spécialistes, clinique de la douleur). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.85/9 Note personnel infirmier : 7.45/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.00/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
3- L'infirmière aide la personne à identifier ses besoins de gestion de la douleur et à cibler des objectifs réalistes et personnalisés tout en respectant son rythme de changement. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.81/9 Note personnel infirmier : 7.93/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.76/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
4- L'infirmière assure le suivi nécessaire auprès de la personne (ex. retour de consultation, résultats des tests, changement de prescription, etc.) et s'assure que l'information a été bien comprise et répond aux questions au besoin. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.69/9 Note personnel infirmier : 7.48/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.76/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important

5- L'infirmière organise des suivis adaptés (ex. fréquence des rencontres, moyen de se parler) aux besoins ou aux capacités de la personne. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.67/9 Note personnel infirmier : 7.53/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.72/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
6- L'infirmière aide à la coordination des soins dans les services publics (ex. CLSC, cliniques de la douleur) et privés (ex. pharmacie communautaire, physiothérapie, psychologie). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.61/9 Note personnel infirmier : 7.15/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.77/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
7- L'infirmière aide à organiser un plan de soins (interventions et moyens) à partir des objectifs de la personne. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.60/9 Note personnel infirmier : 7.51/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.63/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
8- L'infirmière évalue la satisfaction de la personne à l'égard de ses soins et ses attentes envers les professionnels de la santé. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.59/9 Note personnel infirmier : 7.65/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.56/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
9- L'infirmière oriente la personne vers des ressources communautaires, des associations ou des outils disponibles pour la gestion de la douleur. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.40/9 Note personnel infirmier : 7.45/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.38/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important

Renforcer les capacités d'autogestion de la personne (6 activités)

1- L'infirmière discute des facteurs qui influencent ou des éléments aggravants/déclencheurs associés à la douleur. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.80/9 Note personnel infirmier : 8.05/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.71/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
2- L'infirmière établit un plan d'action ou un plan d'urgence pour les situations où la douleur augmente pour aider la personne à "consulter au bon moment, le bon professionnel, au bon endroit". Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.77/9 Note personnel infirmier : 7.54/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.85/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
3- L'infirmière discute, dans un langage accessible, du phénomène de la douleur, des symptômes associés et de la chronicité de cette condition. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.73/9 Note personnel infirmier : 7.85/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.68/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
4- L'infirmière donne des conseils sur les stratégies pour optimiser des habitudes de vie qui exercent une influence sur la douleur. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.53/9 Note personnel infirmier : 7.70/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.47/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
5- L'infirmière aide à augmenter la motivation de la personne face à sa condition pour favoriser la réussite des changements (auto-efficacité, autonomisation, empowerment [donner du pouvoir], préparation au changement). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.50/9 Note personnel infirmier : 7.85/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.38/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
6- L'infirmière aide la personne à trouver une façon ou une méthode de prendre des notes sur son bien-être ou les signes et symptômes ressentis afin de faciliter le suivi entre les rendez-vous. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.35/9 Note personnel infirmier : 7.35/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 6.88/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
Collaborer avec la personne et les professionnels de la santé impliqués (8 activités)	

1- L'infirmière fait preuve d'empathie (écoute, bienveillance, sans jugement ni infantilisation) pour établir une alliance thérapeutique avec la personne (partenariat mutuel de confiance entre la personne et le professionnel dans le but d'accomplir les objectifs fixés). Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.27/9 Note personnel infirmier : 8.25/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.28/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
2- L'infirmière participe à des activités de formation continue en matière de gestion de la douleur chronique. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 8.26/9 Note personnel infirmier : 8.38/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 8.35/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
3- L'infirmière aide la personne à occuper son rôle en tant que partenaire de soins et expert de sa condition. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.99/9 Note personnel infirmier : 8.12/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.94/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
4- L'infirmière s'assure d'écrire les informations de santé et ses évaluations de façon claire pour les autres professionnels de la santé. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.92/9 Note personnel infirmier : 7.93/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.92/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
5- L'infirmière s'assure d'inclure la personne dans les décisions sur ses soins en tenant compte de sa situation de vie, de ses attentes, de ses préférences culturelles et de ses valeurs. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.87/9 Note personnel infirmier : 8.05/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.80/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
6- L'infirmière est soucieuse de partager l'information nécessaire, sans jugement, en tenant compte du respect de la confidentialité de la personne. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.67/9 Note personnel infirmier : 7.63/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.69/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important

7- L'infirmière contribue, avec les autres professionnels de la santé impliqués, à établir des moyens/mécanismes de partager l'information pertinente pour les soins de la personne. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.43/9 Note personnel infirmier : 7.54/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.51/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
8- L'infirmière explique son rôle professionnel et l'étendue de ce rôle dans le soutien à la gestion de la douleur. Note totale obtenue au 2e questionnaire : 7.39/9 Note personnel infirmier : 7.59/9 Note personnes vivant avec de la douleur : 7.32/9	☐ 9- Extrêmement important ☐ 8- Très important ☐ 7- Important ☐ 6- Assez important ☐ 5- Neutre ☐ 4- Pas très important ☐ 3- Peu important ☐ 2- Pas du tout important ☐ 1- Absolument pas important
Avez-vous des commentaires pour l'équipe de recherche ?	
Merci d'avoir voté pour les activités infirmières en gestion de la douleur chronique ! En terminant, veuillez choisir votre profil	☐ Je suis infirmière clinicienne/infirmier clinicien ou IPSPL en GMF ☐ Je suis une personne vivant avec de la douleur chronique
J'ai participé au questionnaire #1 ou #2 de cette recherche depuis janvier 2024.	☐ Oui ☐ Non
J'ai participé au questionnaire #1 ou #2 de cette recherche depuis janvier 2024.	☐ Oui ☐ Non

Questions sur votre profil

Vous êtes invité(e)s à répondre à ces questions afin que l'équipe de recherche soit en mesure de décrire les personnes participantes à cette recherche. Veuillez y répondre au meilleur de votre connaissance.

Toutes les informations écrites dans ce questionnaire seront conservées de manière sécuritaire et confidentielle.

Annexe 8 – Phase 2 : Permission d'utilisation des images du i-PARIHS

De Gillian Harvey <gillian.harvey@flinders.edu.au>
Date Jeu 2024-07-11 19:24
À Bernier, Andréanne <Andreanne.Bernier@ugat.ca>

EXTERNE :

Dear Andréanne
Very happy for you to use the figures relating to the i-PARIHS framework. Best wishes with your doctoral studies.
Kind regards
Gill

Professor Gillian Harvey
PhD BNurs
Matthew Flinders Professor
Deputy Director – Knowledge Translation, Caring Futures Institute
Co-Director, Aged Care Partnering Program, Aged Care Research
and Industry Innovation Australia (ARIA)
College of Nursing and Health Sciences
+61 424 006186 +61 8 7421 9422
www.flinders.edu.au/people/gillian.harvey



Sturt Road, Bedford Park flinders.edu.au
SA 5042
GPO Box 2100 Adelaide
SA 5001

Flinders University acknowledges the Traditional Owners and Custodians of the lands on which its campuses are located, these are the Traditional Lands of the Arrernte, Dagoman, First Nations of the South-East, First Peoples of the River Murray & Mallee region, Jawoyin, Kaurna, Larrakia, Ngadjuri, Ngarrindjeri, Ramindjerr, Warumungu, Wardaman and Yolngu people. We honour their Elders past, present and emerging.

CRICOS Provider Number: 00114A This email and any attachments may be confidential. If you are not the intended recipient, please inform the sender by reply email and delete all copies of this message.

Please consider the environment before printing this email.

From: Bernier, Andr  anne <Andreeanne.Bernier@uqat.ca>
Sent: Friday, July 12, 2024 12:47 AM
To: Gillian Harvey <gillian.harvey@flinders.edu.au>
Subject: Request - Permission to use the "i-PARIHS framework"

CAUTION: Only open links and attachments you're expecting.

Dear Dr Harvey,

My name is Andréanne Bernier (under the supervision of Dr Anaïs Lacasse and Dr Marie-Eve Poitras), and I am writing to you from the University of Quebec in Abitibi-Témiscamique, located at 445 Bd de l'Université, Rouyn-Noranda, Quebec, Canada. J9X 5E4.

For my doctoral project, I have chosen to use your i-PARIHS framework to structure my research. The emphasis on facilitation in your work is particularly relevant to a pre-implementation project focused on chronic pain management activities by nurses in primary care settings.

As your framework is central to my doctoral project, I would like to request your permission to use the i-PARIHS figures as presented in your publications.

1- <https://www.routledge.com/Implementing-Evidence-Based-Practice-in-Healthcare-A-Facilitation-Guide/Harvey-Kitson/p/book/9780415821926>



And

2- <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-10116-3/figures/1>

The figures would be used and clearly credited in the thesis as well as in the planned open access paper that will result from it.

Thank you for considering this request.

Best regards,

Andréanne Bernier, Inf., M. Sc. Inf., candidate PhD

Unité d'enseignement et de recherche en sciences de la santé

1 877 870-8728 | uqat.ca



Message de confidentialité : L'information contenue dans ce message, ainsi que tout fichier joint, est envoyée à l'intention exclusive de son ou de ses destinataires et peut contenir de l'information privilégiée et confidentielle. Toute divulgation, distribution ou copie de ces contenus sans le consentement de l'expéditeur est strictement prohibée. Le destinataire autorisé s'engage à protéger, par des moyens raisonnables, l'information qu'il contient contre la perte, la divulgation, le vol ou l'exposition à tout risque. Si vous avez reçu ce message par erreur, veuillez nous aviser en répondant immédiatement à l'expéditeur et détruire toutes les copies du message en votre possession. Nous avertissons toute personne autre que le destinataire prévu que tout examen, réacheminement, impression, copie, distribution ou autre utilisation de ce message ainsi que tout fichier y étant joint est strictement interdit.

ATTENTION : Courriel d'un expéditeur externe

Assurez-vous de valider l'adresse courriel de l'expéditeur avant d'ouvrir une pièce jointe ou de cliquer sur un lien inclus dans le courriel.

En cas de doute, contactez le Service des technologies de l'information au 2525@uqat.ca.

Annexe 9 – Liste d'activités infirmières en gestion de la douleur chronique en soins primaires

Top priorités Les activités infirmières en gestion de la douleur chronique en soins primaires.				
1. Évaluer toutes les dimensions de l'expérience douloureuse. 2. Établir une alliance thérapeutique avec une approche empathique (sans jugement et en évitant l'infantilisation). 3. Dépister des signes et symptômes des troubles de l'humeur : dépression, anxiété, risque suicidaire, etc. 4. Évaluer l'impact de la douleur sur les habitudes de sommeil : insomnie, niveau d'énergie, routine de sommeil, etc. 5. Examiner le dossier du patient pour comprendre son état de santé. 6. Participer à des activités de formation liées à la gestion de la douleur chronique. 7. Évaluer l'état de santé général, en tenant compte de la manière dont la douleur interagit avec d'autres conditions physiques et psychologiques. 8. Évaluer l'impact de la douleur sur les tâches quotidiennes : ménage, conduite automobile, courses, etc. 9. Décrire les traitements actuels : fréquence, efficacité et professionnels de santé consultés. *Traitements pharmacologiques, physiques, psychologiques. 10. Inclure la personne dans les décisions en matière de soins, en tenant compte de sa situation de vie, de ses attentes, de ses préférences culturelles et de ses valeurs.				
De plus, l'infirmière infirmier peut réaliser ces activités suivantes au moment de son évaluation initiale ou des suivis subséquents, selon les besoins :				
Evaluation de la santé	Coordination des soins	Promotion de la santé	Collaboration interprofessionnelle	
1. Utiliser des outils validés : échelle 0-10, diagramme corporel, échelle d'interférence, etc. 2. Évaluer l'impact de la douleur sur les interactions sociales : isolement, conflits, sorties, etc. 3. Évaluer les interactions entre les habitudes de vie et la douleur : alimentation, activité physique, tabagisme, alcool, drogues récréatives, etc. 4. Évaluer l'impact de la douleur sur les facteurs liés au travail : productivité, absences, handicap. 5. Évaluer l'impact de la douleur sur la concentration, la mémoire, les troubles cognitifs, etc. 6. Évaluer le réseau de soutien : soignants, famille, amis, collègues, etc. 7. Évaluer les déterminants de la santé pouvant affecter les soins : éducation, assurance, facteurs financiers, etc. 8. Décrire les traitements passés, les raisons d'arrêt et les professionnels de santé précédemment consultés. *Traitements pharmacologiques, physiques, psychologiques.	1. Identifier le niveau de satisfaction des soins et les attentes envers les professionnels de santé. 2. Identifier les besoins en matière de gestion de la douleur et fixer des objectifs réalistes et personnalisés. 3. Établir un plan de gestion de la douleur (interventions et stratégies) basé sur les objectifs personnalisés. 4. Gérer l'ajustement des médicaments avec la pharmacie communautaire, le médecin de famille ou les spécialistes. 5. Gérer les effets secondaires des médicaments en pharmacie communautaire ou en GME. 6. Référer à d'autres services de santé (ex. travail social) ou approches complémentaires (ex. massothérapie), y compris ceux hors du GME. 7. Référer à des ressources communautaires, des associations ou des outils de gestion de la douleur. 8. Organiser des suivis personnalisés en fonction de l'état de la douleur : fréquence des réunions, modes de communication (ex. virtuel). 9. Assurer le suivi (par exemple, commentaires de consultation, résultats de tests, modifications de prescription), clarifier les informations et répondre aux questions. 10. Contribuer à la coordination des soins entre les services publics (p. ex. centres de services de santé communautaires, cliniques de la douleur) et privés (p. ex. physiothérapie, psychologie).	1. Discuter du phénomène de la douleur, des symptômes associés et de la chronicité. 2. Discuter des facteurs de risque influençant la douleur ou des éléments déclencheurs qui y sont associés. 3. Conseiller, sur les traitements disponibles pour soulager la douleur pharmacologique, physique et psychologique. 4. Enseigner l'intégration des traitements physiques et psychologiques dans la vie quotidienne : exercices physiques, thérapie chaud/froid, méditation, respiration, etc. 5. Conseiller sur les stratégies visant à optimiser les habitudes de vie influençant la douleur. 6. Augmenter la motivation envers la gestion de la douleur pour promouvoir des changements réussis, améliorer l'auto-efficacité, l'autonomisation et la préparation au changement. 7. Établir un plan d'action pour gérer la douleur incontrôlée (moment où appeler ou consulter les services de santé).	1. Aider le patient à devenir un partenaire actif des soins en tant qu'expert de sa condition. Expliquer le rôle de l'infirmière / infirmier et la portée des activités de soutien aux soins de gestion de la douleur. 2. Contribuer à la planification des soins interprofessionnels avec les autres professionnels de la santé et les services concernés. 3. Communiquer les constats infirmiers aux autres professionnels de la santé. 4. Communiquer les informations sur les patients aux autres professionnels de la santé de manière respectueuse et confidentielle. 5. Discuter des traitements prescrits (p. ex. médicaments, tests) et des références (p. ex. spécialistes, clinique de la douleur) avec le médecin de famille.	

Bernier A, Poltas ME, Poirier M-D, Beaudon S, et Laessle A. (2024). Explorer la contribution du personnel infirmier en groupe de médecine familiale: une étude Delphi sur les activités infirmières prioritaires partagées par le personnel infirmier et les personnes vivant avec de la douleur chronique. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Andréanne.Bernier3@uqat.ca

UQAT
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAINGUE



CHARGE DE RECHERCHE
SUR LES PRATIQUE
PROFESSIONNELLES OPTIMALES
EN SOINS PRIMAIRES



Annexe 10 – Phase 2 : Courriel de recrutement



Bonjour,

Je me présente, Andréanne Bernier. Je suis infirmière et professeure à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. J'ai également travaillé comme infirmière en GMEF pendant plusieurs années.

Je me permets de vous écrire aujourd'hui, car vous avez répondu à une enquête l'hiver dernier sur l'intégration de la prise en charge de la douleur chronique en GMEF. Cette enquête était la première phase de mon projet de doctorat, et je vous remercie de votre contribution.

Je suis à une étape cruciale, où je réalise des groupes de discussion avec des infirmières et infirmiers afin de mieux comprendre vos besoins en pratique clinique, ainsi que les défis et les opportunités liés à la gestion de la douleur chronique.

Jusqu'à présent, les résultats des discussions soulignent que l'évaluation de la douleur peut être intégrée dans le questionnaire de santé et que le personnel infirmier est intéressé à le faire. Toutefois, l'aspect « chronique » de la douleur demeure méconnu et pose un défi en termes de cibles de suivi et d'accompagnement dans les stratégies de soulagement non pharmacologique.

Pour réussir le projet, j'ai besoin de réaliser un autre groupe de discussion visant à explorer des pistes pour optimiser les soins et mieux vous outiller dans votre pratique. J'aimerais donc avoir le privilège de vous compter parmi les participants. Votre expérience et vos idées sont précieuses.

Seriez-vous disponible?

- Date : 12 novembre 2024

- Durée : 12h05 - 12h50

- Lieu : En ligne sur Zoom (lien à venir)

- Compensation : 50\$ en carte-cadeau prépayée

Si vous êtes intéressés.es ou si vous souhaitez obtenir plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter directement en répondant à ce courriel andreanne.bernier3@uqat.ca.

J'espère vivement que nous aurons la chance d'échanger prochainement.

À bientôt,

Andréanne

Andréanne Bernier Inf, M. Sc., candidate au doctorat

Membre étudiante, Chaire de recherche institutionnelle en épidémiologie de la douleur chronique
Département des sciences de la santé | Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue



Annexe 11 – Phase 2 : Formulaire d'informations et de consentement**Inf GMF x douleur chronique : Formulaire de
consentement pour les groupes de discussion**

Page 1

Étudiante-chercheuse**Andréanne Bernier, inf., M. Sc. inf, étudiante au doctorat****Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
(UQAT)****Équipe de recherche****Anais Lacasse, Ph.D., chercheure****Département des sciences de la santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
(UQAT)****Marie-Eve Poitras, inf., Ph.D., chercheure****Département de médecine de famille et médecine d'urgence, Faculté de médecine et des
sciences de la santé****Université de Sherbrooke - Campus Saguenay (UdeS)****Marie-Dominique Poirier****Patiente partenaire****Date de début du projet : Automne 2024****Date de fin du projet : Hiver 2025****Certificat d'éthique délivré par le CER-UQAT le : 2023-06_Bernier, Andréanne**

Formulaire d'informations et de consentement

Avant de consentir à participer à cette recherche, veuillez lire les informations suivantes.

Le présent projet de recherche vise à explorer l'implication possible du personnel infirmier en GMF dans la prise en charge des personnes vivant avec de la douleur chronique (DC). Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT).

Nous sollicitons votre participation à cette étude à titre d'infirmières-ers en GMF. Cependant, avant de participer au groupe de discussion, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à participer à cette étude qui vise à décrire les obstacles et les leviers susceptibles d'influencer l'implantation d'activités par le personnel infirmier visant à soutenir la gestion de la DC en GMF. Pour ce faire, des groupes de discussion seront composés d'environ six (6) infirmières-ers travaillant en GMF à travers le Québec.

Votre participation à un groupe de discussion consiste à consacrer environ 60 à 90 minutes au total de votre temps en deux rencontres en ligne sur Zoom® en présence de l'étudiante-chercheuse et des membres de l'équipe de recherche. Lors de la première rencontre, une liste d'activités que le personnel infirmier en GMF peut faire pendant un rendez-vous pour aider les personnes vivant avec de la DC à gérer leur douleur sera présentée. Ces activités infirmières ont été jugées prioritaires selon des personnes vivant avec de la DC et du personnel infirmier en GMF dans le cadre d'une phase précédente de cette étude à laquelle vous avez participé. Dans la deuxième rencontre, les questions abordées porteront sur les facteurs à prendre en considération avant de penser à implanter ces activités dans la pratique infirmière en GMF (ex. degré de changement à réaliser dans l'organisation du travail du personnel infirmier, niveau d'habileté des infirmières-ers à réaliser ces activités, etc.).

Une liste de stratégies facilitant l'implantation des activités en gestion de la DC adaptée à la pratique infirmière en GMF sera élaborée à l'aide de vos réponses.

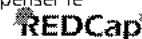
Excepté le temps que vous prendrez à participer aux deux rencontres, les risques et les inconvénients découlant de votre participation ne sont pas plus grands que ceux qui sont associés à votre vie quotidienne. Toutefois, il est possible que les discussions génèrent de l'inconfort sur des aspects touchant votre identité professionnelle ou vos relations de travail. Il serait possible que votre participation à ce projet mette en lumière certaines divergences d'opinions qui pourraient conduire à des conflits entre professionnels. Chaque professionnel possède une vision relative à son rôle teintée par ses besoins, ses désirs, ses préjugés et ses objectifs professionnels. Les conflits entre professionnels peuvent survenir lorsque des professionnels ont une divergence de perceptions par rapport à une question relative au travail (ex. en désaccord quant à la meilleure façon d'agir) nuisant à l'établissement d'une relation de collaboration et pouvant occasionner de l'insatisfaction. Vous êtes encouragées à consulter votre Programme d'aide aux employés (PAE) afin de discuter de cet inconfort face à votre travail. Notez que vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions posées lors de la discussion. De plus, il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses et tous les points de vue sont considérés comme pertinents. Une attention particulière sera accordée pendant la discussion à veiller à l'absence de jugements, au respect des opinions et au respect de la parole entre les personnes participantes. Vous pouvez vous retirer à tout moment de la discussion ou vous pouvez demander que vos propos ne soient pas utilisés pour les fins de la recherche.

Tous les renseignements personnels obtenus sur vous dans le cadre de ce projet de recherche seront dénominalisés et demeureront confidentiels. La discussion sera enregistrée en mode audionumérique afin de permettre l'analyse des données. Les enregistrements audionumériques, ils seront effacés à la suite de leur transcription. Une fois la transcription des discussions réalisée, seules l'étudiante-chercheuse et les membres de l'équipe de recherche auront accès aux transcriptions. Des codes numériques seront utilisés dans les verbatims que seule l'étudiante-chercheuse en connaîtra l'association. Il vous sera demandé de garder l'anonymat des personnes participantes à votre groupe de discussion. Les données seront stockées sur la plateforme Zoom®, qui est hébergée à l'UQAT au Canada. Pour éviter tout risque lié à la sécurité de vos données, prière d'éviter de répondre à aux questionnaires sur un réseau sans fil (Wi-Fi) public (ex. dans un café, aéroport, bibliothèque, etc.). Si vous travaillez sur un ordinateur partagé, il est aussi suggéré d'effacer votre historique de navigation. Tout le traitement des données recueillies sera gardé dans les dossiers électroniques protégés par un mot de passe sur le serveur de l'UQAT. Aucun renseignement personnel permettant de vous identifier ne sera publié. Les données qui permettront de décrire l'ensemble des personnes participantes seront présentées dans les publications sous forme de données regroupées (ex. moyenne de l'âge des personnes participantes). En vertu du calendrier d'archivage en vigueur dans les établissements universitaires, les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin du projet.

Notre équipe de recherche ainsi que l'UQAT affirment ne pas être en conflits d'intérêts réels, potentiels ou apparents avec le présent projet. L'équipe de recherche s'engage à aucune commercialisation des résultats.

Aucun avantage immédiat n'est relié à votre participation à cette étude. Toutefois, nos résultats contribueront à l'avancement de la pratique infirmière en GMF et à l'optimisation des soins auprès des personnes vivant avec de la DC. Pour votre participation, vous obtiendrez une carte-cadeau d'une valeur de 50 dollars afin de compenser le temps personnel utilisé pour participer aux deux rencontres du groupe de discussion.

projectredcap.org



En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'équipe de recherche et l'UQAT de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard. Nous tenons à vous assurer que votre participation à cette étude est volontaire.

Si vous en faites la demande à la fin du questionnaire, il vous sera possible de recevoir un résumé des résultats par courriel.

Toute question concernant le projet pourra être adressée à Andréanne Bernier :
1-877-870-8728, poste 2717
andreanne.bernier3@uqat.ca

Pour tout renseignement supplémentaire concernant les droits des personnes participantes ou tout autre élément relatif à la participation à une recherche, vous pouvez vous adresser au :

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
Vice-rectorat à l'enseignement, à la recherche et à la création
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5E4
1 877-870-8728, poste 2252
cer@uqat.ca

Nous vous conseillons de conserver un exemplaire de cette page pour vos dossiers.

J'accepte de participer au groupe de discussion et je confirme être âgé(e) de 18 ans et plus et habiter au Québec.

☐ Oui
☐ Non

Si vous souhaitez recevoir une carte-cadeau de 50\$ pour votre participation aux deux rencontres du groupe de discussion en ligne. Veuillez inscrire votre adresse postale ici.

Formulaire d'engagement à la confidentialité pour la participation à un groupe de discussion

Considérant que la confidentialité de l'identité des personnes participantes et des données recueillies durant le groupe de discussion dépend également de la collaboration de toutes les personnes participantes à cet égard, je m'engage à :

Réaliser le groupe de discussion dans un environnement physique assurant la confidentialité des personnes participantes et des propos de ceux-ci ; Ne pas divulguer à quiconque le lien et le mot de passe pour le déroulement du groupe de discussion dans l'environnement électronique sécurisé prévu à cet effet ; Ne pas divulguer à quiconque les renseignements confidentiels qui me seront partagés dans le cadre de cette recherche, soit à ne pas divulguer l'identité des personnes participantes ou tout autres données permettant d'identifier une personne participante ; Ne pas conserver de copie de documents contenant des données confidentielles concernant la présente recherche et les personnes participantes. Nous vous conseillons de conserver un exemplaire de cette page pour vos dossiers.

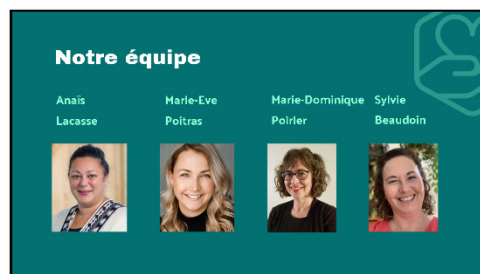
J'ai pris connaissance des modalités de l'entente ci-dessus et accepte les conditions qui y sont précisées.

☐ Oui
☐ Non

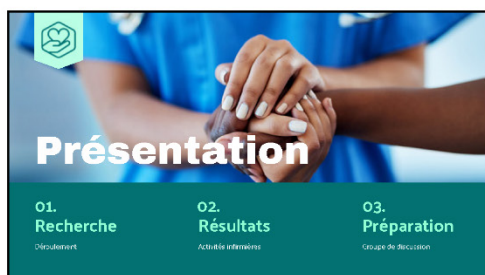
Annexe 12 – Phase 2 : Présentation powerpoint et guide d’entrevue



1



2



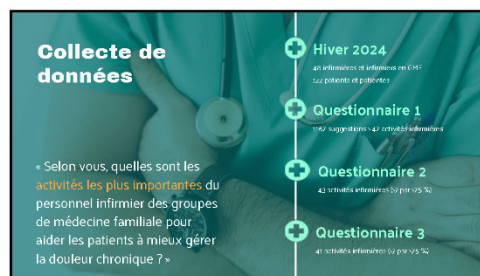
3



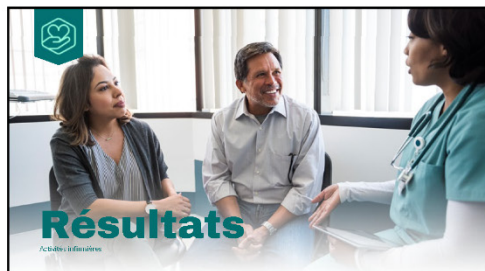
4



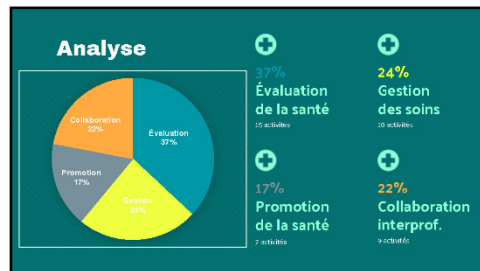
5



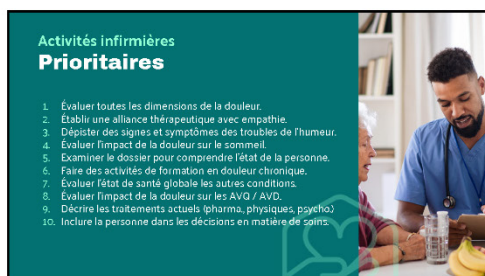
6



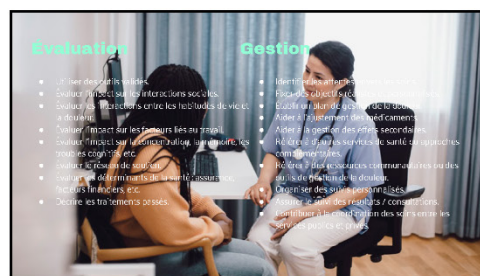
7



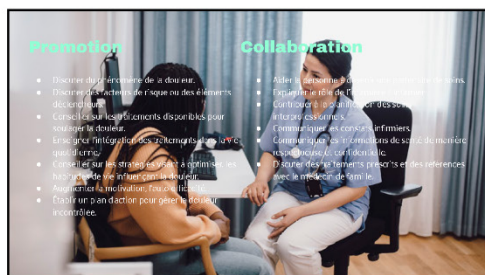
8



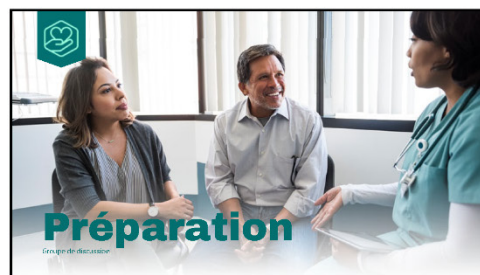
9



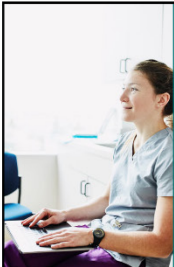
10



11



12

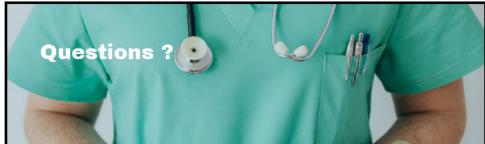


Activités infirmières
Implantation

Quels sont les **facteurs facilitants** et les **barrières** à la faisabilité de l'**implantation** de ces activités **dans le travail** du personnel infirmier ?



13



Questions ?

Contact



Email

Andromore.henri@uqat.qc.ca




14

Préambule

- Mot de bienvenue
 - Tout d'abord, nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce groupe de discussion malgré vos horaires chargés.
- Présentation de l'étudiante-chercheuse et son rôle à titre de modératrice
 - Nom, rôle
 - Assure le déroulement de la rencontre et pose les questions visant à recueillir les points de vue.
 - Encourage la participation de chacune des personnes, gestion du tour de parole au besoin.
- Présentation de/des personnes observatrices par la modératrice
 - Nom, rôle
 - Prise de notes sur le déroulement de la rencontre pour aider à l'analyse des données.
 - Vérification si les éléments importants ont tous été abordés pendant la discussion.
 - Possibilité de questions de précision au besoin.
- Vous avez déjà assisté à la présentation de résultats de la phase 1 sur les activités infirmières en gestion de la DC, mais nous prendrons quelques minutes pour vous rappeler l'objectif de cette rencontre.
 - ***Présenter un visuel des activités à nouveau*** (voir à la fin)
 - Objectifs de la rencontre :
 - En tant qu'infirmière-er en première ligne, vous êtes bien placées pour nous informer et nous expliquer comment il serait possible (ou non) d'intégrer des activités des soins visant à soutenir la gestion de la DC dans votre pratique quotidienne actuelle.
 - Votre participation au groupe de discussion focalisée nous permettra de recueillir votre opinion concernant les obstacles et les leviers à l'implantation des activités.
- Règles de la rencontre :
 - L'exercice consiste en une discussion conviviale où tous les points de vue sont pertinents (absence de jugements, respect des opinions et respect de la parole).
 - Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
 - Il est important de conserver l'anonymat des personnes participantes en dehors de cet exercice, c'est -à-dire ne pas divulguer le nom des personnes ici présentes. Par respect pour tous, la nature et le contenu de la discussion doivent demeurer confidentiels également.
 - Il est possible de ne pas répondre à des questions ou de se retirer en tout temps sans risque de préjudice.
 - L'enregistrement vise à faciliter la prise de notes et servira seulement pour la transcription et l'analyse des données.
 - L'anonymat des personnes participantes sera préservé en utilisant des codes numériques dans les verbatims.

Cas clinique

Pour faciliter la discussion, j'aimerais vous proposer une mise en contexte clinique autour de laquelle nous pourrions échanger.

M. Dubois est un patient de 55 ans qui souffre de diabète de type 2 depuis 10 ans. Il suit un traitement à base de metformine et d'insuline à action prolongée. Ses dernières analyses de sang montrent un taux d'HbA1c de 8,3 %, indiquant une gestion modérément contrôlée de son diabète.

Lors de la consultation, M. Dubois mentionne qu'il souffre de douleurs au bas du dos. Il décrit cette douleur comme une sensation de brûlure et de raideur. La douleur a été intermittente dans le passé, apparaissant et disparaissant par épisodes. Cependant, au cours des dernières semaines, la douleur est devenue plus constante et intense. Il dit que la douleur l'empêche de faire plus d'activités physiques.

****Innovation (I)** :**

- Question générale : Comment évaluez-vous la **possibilité** d'inclure les activités en gestion de la DC dans votre pratique quotidienne actuelle ?
 - Quelle est la première chose qui vous vient à l'esprit quand vous lisez cette liste d'activités infirmière-ers ?
- En quoi les activités en gestion de la DC **représentent-t-elles une nouveauté dans notre pratique clinique actuelle** ? (*Degree of novelty*)
 - Quelles activités semblent nouvelles par rapport à votre pratique quotidienne actuelle ?
 - Quelles activités semblent déjà en place par rapport à votre pratique quotidienne actuelle ?

Donnez-moi des exemples
- En quoi les activités en gestion de la DC sont-elles **alignées (similitudes/divergences) avec le rôle de l'infirmière-er en gestion des maladies chroniques** selon vous ? (*Degree of fit*)
 - Quels aspects spécifiques du rôle en gestion des maladies chroniques peuvent être applicables en regard de la gestion de la DC ?
 - D'après vous, quelles sont les différences dans la façon de gérer deux types de problèmes de santé chroniques (si l'on compare avec la HTA, ou DB)?
 - Comment pensez-vous que ces activités peuvent s'intégrer / sont complémentaires dans une rencontre de gestion d'une maladie chronique concomitante?

Donnez-moi des exemples
- Selon vous, est-ce que les activités en gestion de la DC pourraient **offrir des avantages** par rapport à la façon actuelle de faire les choses dans votre pratique quotidienne ? (*Relative advantage*)
 - Les besoins et les préférences des patients?
 - L'expérience des clients ?
 - Efficacité dans la prestation de soins ?

Donnez-moi des exemples
- Comment **percevez-vous** le fait que ces activités en gestion de la DC sont une **combinaison** de la recherche ET de **perspectives** des infirmière-ers et des patients ? (*Underlying knowledge sources*)

****Destinataires / Receveurs (R)** :**

– Quelles sont les habiletés et connaissances nécessaires aux infirmière-ers pour qu’elles et ils puissent réaliser de manière autonome les activités en gestion de la DC? (<i>Ability to change - Knowledge and skills, additional training</i>) - Dans quelle mesure, le parcours de formation et/ou de développement professionnel permettent-ils de développer les compétences des infirmière-ers dans la gestion autonome de la DC? – En quoi les activités en gestion de la DC modifient-t-elles (ou non) votre pratique quotidienne actuelle en termes d’organisation? (<i>Ability to change – Time and ressources) – Rôle professionnel</i>) - Quels seraient les éléments à modifier, les stratégies ou les moyens à mettre en place (temps, ressources et soutien) nécessaires pour permettre aux infirmière-ers de jouer un rôle autonome dans le soutien à la gestion de la DC dans votre pratique quotidienne? - Quels sont les défis potentiels que vous prévoyez de rencontrer lors de l’intégration de ces activités dans votre pratique (par exemple, manque de ressources, résistance au changement, contraintes de temps) ? ***Donnez-moi des exemples*** – Selon vous, est-ce que les infirmière-ers voudraient intégrer les activités infirmière-ers en gestion de la DC? (<i>Motivation to change – Values and beliefs, opinions</i>) - Croyez-vous que les infirmière-ers de votre milieu de travail voient le besoin de modifier la façon de faire au regard de la DC ? - Quels facteurs pourraient influencer l’acceptation et l’engagement des infirmière-ers à implanter ces activités dans leur pratique quotidienne ? – D’un point de vue plus personnel, quels sont les éléments que vous aimeriez changer à votre pratique pour améliorer la prise en charge de la DC? (<i>Motivation to change – Power and authority</i>) – Pratique « personnelle » - Si vous aviez des choses à changer aujourd’hui en priorité, quelles seraient-elles? ***Donnez-moi des exemples***
Contexte (C) : – Parlez-moi de la manière dont vous procédez lorsque vous améliorer votre pratique professionnelle (développement professionnel). (<i>Past experience</i>) - Donnez-moi un exemple d’un changement de pratique qui a eu de bons résultats / dont vous êtes fière. - Quels défis ou obstacles avez-vous rencontrés ? - Suggestion d’ajout : Comment avez-vous réussi à les surmonter? - Selon votre expérience, qu’est-ce qui est doit être présent pour que le changement de pratique soit réussi ?
Facilitation (F) : – Quelles ressources et formations supplémentaires seraient nécessaires pour renforcer les compétences des infirmière-ers dans la gestion de la DC ? - Existe-t-il des instances pour vous soutenir dans votre développement professionnel en regard de la DC (par exemple, communauté de pratique)? - Quelles sont les possibilités offertes par votre employeur (ou institution/milieu de travail) pour favoriser votre développement professionnel en regard de la DC? - Quels types de ressources (par exemple, matériel éducatif, temps dédié, accès à des outils et des protocoles, soutien technologique) sont nécessaires selon vous pour renforcer votre développement professionnel en regard de la DC?

Retour sur le schéma présentant les activités infirmières en soutien à la gestion de la DC.

Nous aimerions créer un outil de transfert de connaissances qui serait utile pour soutenir la pratique infirmière ? en regard de la gestion de la DC.

- Que pensez-vous du format actuel ?
 - Quels sont vos commentaires généraux pour améliorer?
 - Qu'avez-vous le plus/le moins aimé?
- Selon vous, comment la liste des activités pourrait être présentée sous une forme accessible et facilement utilisable ?
 - Comment est-ce que les infirmière-ers seraient en mesure de voir facilement et clairement ce qui est proposé?