

IFSI DE DIGNE LES BAINS

Diplôme d'État en Soins Infirmiers

Promotion : 2010 - 2013

L'infirmier dans le processus d'évaluation de la douleur.

Mémoire soutenu par : Jana NEMCOVA MARCEL

Guidants du mémoire : Geneviève Chacourou, Cadre de Santé Formateur
Sylvette Briançon, Cadre de Santé Formateur

IFSI DE DIGNE LES BAINS

Diplôme d'État en Soins Infirmiers

Promotion : 2010 - 2013

L'infirmier dans le processus d'évaluation de la douleur.

Mémoire soutenu par : Jana NEMCOVA MARCEL

Guidants du mémoire : Geneviève Chacourou, Cadre de Santé Formateur
Sylvette Briançon, Cadre de Santé Formateur

Note aux lecteurs :

« IL s'agit d'un travail personnel, ne comportant aucun plagiat, effectué dans le cadre d'une scolarité à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Digne les Bains. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI. »

Remerciements :

Je souhaite remercier Madame Geneviève Chacourou et Madame Sylvette Briançon, Cadres de Santé Formateurs, qui m'ont apporté leur aide et leurs conseils précieux dans le cadre de mon Travail de Fin d'Études. Je tiens aussi à remercier toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire afin de me permettre de réaliser ce travail de recherche.

Sommaire

1. Introduction	1
2. Cadre conceptuel	2
2.1 L'évolution de la perception de la douleur	2
2.2 Reconnaître la douleur	3
2.2.1 Définition de la douleur	3
2.2.2 Les composantes de la douleur	3
2.2.3 Différents types de douleur	4
2.2.4 La douleur aiguë	4
2.2.5 La douleur chronique	5
2.3 Évaluation de la douleur	5
2.3.1 Démarche d'évaluation	5
2.3.2 L'évaluation de l'intensité de la douleur	6
2.3.3 Les échelles unidimensionnelles	6
2.3.4 Les échelles multidimensionnelles	7
3. Cadre contextuel	8
3.1 Contexte législatif et réglementaire	8
3.2 La certification des établissements	9
4. Partie empirique	9
4.1 Hypothèses de la recherche	9
4.2 Interprétation des données et validation des hypothèses	10
4.2.1 Hypothèses 1 et 2	11
4.2.2 Hypothèse 3	17
4.2.3 Hypothèse 4	18
4.3 Recommandations	20
5. Conclusion	20
Annexes	22
Bibliographie	

1. Introduction

Dans notre profession d'infirmière, nous nous trouvons face au phénomène de la douleur chaque jour et dans tous les services de soins. Il s'avère tellement difficile de donner une définition précise, de décrire notre ressenti face aux phénomènes douloureux. La douleur est un phénomène à la fois universel et totalement inhérent à chaque individu. Dans le cadre de notre rôle propre, nous cherchons à objectiver la douleur et par ce moyen donner des repères à l'équipe soignante et au médecin pour comprendre son origine afin d'instaurer, d'ajuster et de réajuster le traitement. Les infirmiers sont confrontés à des situations complexes où la plupart des échecs sont étroitement liés à un manque de compréhension de ce phénomène. Sur les multiples lieux de soins dont je faisais partie, je pouvais observer étroitement les pratiques d'évaluation de la douleur. Celles-ci ne présentent pas les mêmes difficultés dans la douleur aiguë et dans la douleur chronique. L'évaluation de la douleur attend du soignant un abord global du patient douloureux où toutes ses composantes sont prises en considération. J'ai pu observer que certains soignants réduisaient l'évaluation de la douleur au résultat d'une « cotation », sans être attentif ni à l'écoute, sans éprouver d'empathie et sans être dans une relation d'aide. Les valeurs éthiques du soignant ont simplement été bafouées. Ces dernières nous conduisent à considérer que l'être humain qui ressent et exprime la douleur mérite toute notre considération et que la réalité de la douleur passe toujours par la relation thérapeutique, c'est-à-dire la relation soignant soigné. Dans le cadre de cette relation de confiance et sur l'utilisation des outils validés repose l'évaluation de la douleur par l'infirmier. Aborder un patient douloureux demande au soignant une neutralité bienveillante qui est une attitude indispensable pour parvenir à une évaluation saine de la douleur. L'implication du soignant dans le choix de l'outil d'évaluation est un « pas » aidant à une meilleure intégration de l'évaluation de la douleur dans le projet de soins. Evaluer la douleur est un composant essentiel de la première étape de la prise en charge du patient. La prise en charge de la douleur doit être une des préoccupations quotidiennes des équipes soignantes. Cette démarche repose sur le travail d'une équipe formée sachant utiliser les outils d'évaluation de la douleur. Une utilisation systématique des outils d'auto évaluation, sans prise en charge globale pourrait faire de la douleur une constante biologique comme les autres : risque d'objectiver la douleur, d'abolir le lien irréductible entre douleur et personne. Une évaluation qui laisse une trop grande place à la spécificité de la douleur du patient annule la codification de l'évaluation mais une évaluation trop stricte passe à côté de la spécificité

de la douleur du patient et perd toute valeur clinique. Les compétences de l'infirmier dans l'évaluation de la douleur sont-elles à la hauteur face à ladite douleur?

2. Cadre conceptuel

2.1 L'évolution de la perception de la douleur.

Au fil de l'histoire, la douleur était observée comme un simple symptôme. Le corpus hippocratique, comme plus tard Galien, inventeur de la médecine occidentale, considère la douleur essentiellement comme un symptôme et elle doit être observée comme telle par le médecin. Le stoïcisme nous renvoie à une philosophie selon laquelle la douleur doit être maîtrisée par l'Homme. Le galiénisme va influencer pendant de nombreuses années, voire des siècles, la compréhension de la douleur et son concept ainsi restera inchangé. L'invention de la clinique moderne par Michel Foucault où une pensée scientifique se substitue à une pensée magique est une phase importante. Ce changement fondamental n'a cependant pas modifié la perception de la douleur en tant que symptôme, et ainsi reste au centre de la conception cartésienne.

Dans les années 50, l'anesthésiste américain John J. Bonica préconisa de ne plus porter d'intérêt sur la cause de la douleur, mais sur la douleur en elle-même. L'idée est que le médecin ne puisse accéder véritablement à la souffrance du patient qu'en parlant avec lui et en prenant au sérieux tout ce qu'il dit. Son travail apporte des résultats en 1973 par la création de l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP ; International Association for the Study of Pain) au congrès d'Issaquah-Seattle. Le nouveau concept de la légitimité de la douleur sans lésion est reconnu et la notion d'une douleur chronique se construit. Celle-ci n'apparaît plus comme un simple signal d'alarme, mais un système de régulation naturel qui varie selon son intensité et sa qualité, en lien avec le physique et le psychologique par le docteur Roland Melzack.

De nos jours, de telles idées influencent la lutte contre la douleur. Nous pouvons ici nommer : le centre antidouleur, l'unité antidouleur, les consultations antidouleur, et la création d'un Diplôme Universitaire ou Inter Universitaire de prise en charge de la douleur.

2.2 Reconnaître la douleur

2.2.1 Définition de la douleur

Le mot douleur venu de mot latin «dolor», sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps. (Le Petit Larousse grand format 2006, page 379)

« *DOULEUR n. f. XI^e siècle. Du latin dolor,-oris, « douleur, souffrance physique ou morale », dérivé de dolere. 1. Sensation physique anormale et pénible ressentie dans une partie du corps, provoquée par le mauvais fonctionnement d'un organe ou par une agression extérieure. »* (Dictionnaire de l'Académie Française, neuvième édition, consulté le 20/02/2012)

La douleur est définie comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrit en termes d'un tel dommage* » par l'International Association for the Study of Pain. (CHAUFFOUR-ADER Claire, DAYDÈ Marie, 2008, page 22) Cette définition nous montre bien la subjectivité et la complexité de la douleur. Elle admet la réalité d'une douleur sans causes lésionnelles et nous aide à comprendre les notions classiques de discordance anatomo-clinique.

2.2.2 Les composants de la douleur

Nous distinguons :

- Le composant sensori-discriminatif qui correspond aux mécanismes neurophysiologiques. Il permet le décodage de la qualité, de la durée, de l'évolution, de l'intensité et de la localisation de la douleur avec plus ou moins de précision pour la douleur viscérale et la douleur projetée. Le décodage nociceptif n'est pas strictement proportionnel au stimulus et varie selon l'individu et le contexte.
- Le composant affectivo-émotionnel où le composant affectif donne à la douleur sa coloration désagréable, pénible, insupportable et agressive. Il peut être à l'origine des états émotionnels comme l'anxiété ou la dépression. La capacité d'atténuer le composant affectif de la douleur représente un pas important dans le traitement de la douleur.

- Le composant cognitif où l'ensemble des processus mentaux accompagne la perception de la douleur. Celle-ci, à la base innée, est modifiée tout au long de notre vie. La modification de la perception, immédiate mais aussi future face à la douleur, est influencée par les facteurs sociaux et environnementaux (selon la race, la culture et l'ethnie). L'implication de la mémoire sémantique (le savoir et le langage) et la mémoire épisodique (l'expérience antérieure de la douleur) ont une influence importante sur la perception de la douleur en adaptent les réactions comportementales.
- La composante comportementale est l'ensemble des manifestations verbales et non verbales présentes, que nous pouvons observer chez la personne souffrante.

2.2.3 Différents types de douleur

Nous pouvons classer les douleurs selon :

- Le mécanisme psychopathologique :
 - excès de nociception lié à une stimulation des fibres nociceptives où le cheminement du message nociceptif est normal, le plus souvent ceci est l'origine de la douleur aiguë.
 - neuropathique venu du mécanisme de lésion nerveuse ou de la compression d'un tronc, d'une racine, d'un plexus ou survenu sur un tableau séquellaire.
 - psychogène « douleur sine materia » L'origine psychogène de la douleur est toujours difficile à reconnaître et nécessite une attention particulière pour la rechercher. Une douleur peut se rencontrer dans des pathologies psychiatriques bien définies qu'elles soient du registre de la névrose ou de la psychose. Peuvent lui être associés des symptômes du registre de l'anxiété ou de la dépression.
- La durée d'évolution : les douleurs aiguë et chronique où l'importance de la notion de temps est mise en avant.
- Le type de pathologie en cause : la douleur d'origine cancéreuse et non cancéreuse.

2.2.4 La douleur aiguë

La douleur aiguë a une installation rapide et récente dont le début est facile à dater. Elle peut être considérée comme « un signal d'alarme » utile et protecteur. Elle relève d'un

mécanisme unique. Son intensité est souvent élevée. Le composant affectif, l'anxiété intervient dans son expression. Elle est le point de départ d'une démarche diagnostique pour permettre de préciser son origine, somatique ou non. Sa réponse à la monothérapie est bonne. Les modèles de douleur aiguë sont nombreux : post-traumatique, post-opératoire, la douleur de l'accouchement, douleur induite par les soins, signe d'appel de maladie.

2.2.5 La douleur chronique

Une douleur qui persiste au-delà de trois à six mois est considérée comme une douleur chronique. Son début est la plupart du temps difficile à déterminer. La douleur chronique peut être persistante ou récurrente. Elle relève d'un mécanisme plurifactoriel selon un modèle biopsychosocial. Son retentissement sur la vie de la personne est significatif. Elle est considérée comme inutile et perd toute sa valeur protectrice. Nous parlons alors de « syndrome douloureux chronique » et de cette notion émerge la nécessité d'une évaluation multifactorielle. Le syndrome douloureux chronique ou douleur maladie selon Lérique est différent de la douleur chronique au sens strict du terme et ne concerne pas les patients pouvant vivre « normalement » avec elle, s'adaptant à elle. Les modèles de la douleur chronique sont très variés, la douleur non maligne liée à une pathologie séquellaire comme la lombalgie et la douleur neuropathique, la douleur liée à la pathologie évolutive maligne, douleur cancéreuse. La douleur chronique concernerait 15 à 25% de la population selon Inserm¹. Le coût socio-économique est élevé de par son impact sur la qualité de vie et les recours au système de soins qu'elle induit.

2.3. Évaluation de la douleur

2.3.1 Démarche d'évaluation

Une démarche pluridisciplinaire qui doit nous donner les réponses sur les questions essentielles :

- Le type de douleur – aiguë ou chronique

¹ Inserm - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

- Le mécanisme générateur de la douleur – c'est-à-dire son origine
- L'intensité – où la sévérité de la douleur est évaluée et le traitement peut être apprécié.

2.3.2 L'évaluation de l'intensité de la douleur

Nous nous appuyons sur les échelles validées et standardisées qui répondent à des critères rigoureux. À partir d'une auto-évaluation par le patient en utilisant les échelles unidimensionnelles ou multidimensionnelles, nous quantifions l'intensité de la douleur. L'utilisation des méthodes ci-dessous demande une personne capable de communiquer.

2.3.3 Les échelles unidimensionnelles

L'estimation globale de l'intensité de la douleur est possible par trois différentes échelles :

- L'Échelle Numérique (EN) est un outil facilement compréhensible et validé dans la situation de douleur aiguë ainsi que dans la douleur chronique. Elle permet au patient de donner une note de 0 à 10 (ou 100). La note 0 signifie une douleur absente et la note 10 la douleur maximale imaginable. Elle peut être présentée sous la forme écrite ou, la plupart du temps, orale.
- Échelle Verbale Analogique (EVA) se présente sous la forme d'un réglet de 100 millimètres orienté de gauche à droite. La face présentée au patient contient une ligne droite avec le curseur. Le patient positionne le curseur en fonction de l'intensité de la douleur sachant que l'extrémité gauche représente une douleur absente et l'extrémité droite la douleur maximale imaginable. La face graduée du réglet côté soignant permet de chiffrer la valeur de l'intensité de la douleur au millimètre près. L'utilisation de cette échelle nécessite une certaine capacité de compréhension et d'abstraction qui limite son utilisation chez les personnes âgées et les enfants de moins de six ans. Elle évalue l'intensité de la douleur aiguë ainsi que celle de la douleur chronique.
- L'Échelle Verbale Simple (EVS) est utilisée pour les douleurs aiguë et chronique. La représentation la plus utilisée contient cinq qualificatifs ordonnés : douleur absente, faible, modérée, intense et extrêmement intense (insupportable). Elle est

généralement réservée aux personnes ayant des difficultés (faible capacité d'abstraction) à utiliser les deux types d'échelles précédents.

«Un point critique essentiel concerne la validité des échelles unidimensionnelles. Mesurent-elles ce qu'elles sont censées mesurer ? Une importante critique adressée aux échelles unidimensionnelles est qu'elles portent à considérer la douleur comme un phénomène simple. Elles sont, en fait, l'intégration de facteurs variés et méconnaissent l'aspect multidimensionnel.» (BROCARD Eric Dr, DEYMIER Valeri, 2006, page 48)

2.3.4 Les échelles multidimensionnelles

Le Questionnaire Douleur Saint- Antoine (QDSA) est une adaptation française du Mac Gill Pain Questionnaire – description verbale de la douleur. Il propose au patient seize groupes de mots pour lesquels il choisit le mot le plus exact et le quantifie ensuite de 0 à 4. Ceci permet d'évaluer les dimensions sensorielles et émotionnelles de la douleur. L'intérêt de ce questionnaire est surtout dans l'évaluation de la douleur chronique et en particulier neuropathique. Le vocabulaire de la douleur a une certaine valeur d'orientation diagnostique. Son inconvénient est la nécessité d'un certain niveau de compréhension et la maîtrise du langage ainsi que la bonne adhésion du patient. Il existe également sous une forme abrégée.

Nous pouvons ici citer les autres échelles multidimensionnelles très peu utilisées:

- Le Brief Pain Inventory, BPI traduit en français - Questionnaire Concis sur les Douleurs, QCD – utilisé pour l'évaluation de la douleur cancéreuse.
- Le Multidimensional Pain Inventory, MPI – l'évaluation de la douleur chronique.
- Le Dallas Pain Questionnaire, DPQ – pour des patients souffrant de lombalgie chronique.

3. Cadre contextuel

3.1 Contexte législatif et réglementaire

Depuis 1998 le programme de lutte contre la douleur est mis en place par le gouvernement français. Ce programme considère le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de la personne. Le droit des malades, reconnu par la loi du 4 mars 2002, à bénéficier des traitements appropriés visant à soulager leur douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, initie la mise en place d'un Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.

Article R. 4311-5 du Code de Santé Publique (Décret N° 2004-802 du 29.07.2004), 19° Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière doit désormais « *évaluer la douleur* » sans prescription médicale. (Code de la Santé Publique)

Article R. 4311-8 du Code de la Santé Publique (Décret N° 2004-802 du 29.07.2004). « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.* » (ibid.)

Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. Article L.1110-5 du code de la santé publique (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* » (www.santé.gouv.fr)

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Article 2, 5° « *De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage* ». (Code de la Santé Publique)

3.2 La certification des établissements

La procédure de certification des établissements est instaurée au sein des établissements de santé en France. Elle a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement. Parmi la sélection de pratiques éligibles prioritaires fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS² et les experts nationaux et internationaux, nous trouvons sous le critère n°12a la Prise en charge de la douleur. L'indicateur de la traçabilité de l'évaluation de la douleur – TRD³, évalue la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient. Selon cet indicateur, au moins un résultat de mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique et au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique doivent être inscrits.

4. Partie empirique

4.1 Hypothèses de la recherche

L'évaluation de la douleur est un indicateur important de la qualité des soins. Au regard de cette problématique, je m'interroge dans un premier temps sur la connaissance du phénomène de douleur par les infirmiers. Je m'interroge ensuite sur la connaissance et l'utilisation des différentes méthodes d'auto-évaluation de la douleur par les infirmières ainsi que sur la méthode prépondérante utilisée. La souplesse d'utilisation des outils d'auto-évaluation, c'est-à-dire le choix de l'échelle utilisée, est étroitement lié à la bonne connaissance de celle-ci ainsi qu'à la connaissance du type de douleur évaluée. La quantification de la douleur n'est pas suffisamment sensible pour évaluer toutes les composantes présentes dans la douleur. Est-ce que l'utilisation d'un seul outil de mesure réduit considérablement la valeur de cette évaluation ? Accordons-nous à cet outil la crédibilité suffisante ? Je veux orienter mes recherches sur la pratique de l'auto-évaluation

² HAS – Haute Autorité de la Santé

³ TRD – Traçabilité de l'évaluation de la douleur

de la douleur, hormis en cas d'urgence, chez les personnes capables de communiquer. La personne qui exprime sa douleur a une position singulière et active dans la retranscription de la subjectivité de la douleur.

La dernière question porte sur le côté institutionnel de la prise en charge de la douleur : la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier du patient. La connaissance de l'indicateur de qualité des soins dans le milieu du personnel soignant pourrait influencer positivement certains résultats dans le contexte de la recherche entreprise. D'une manière opposée, une faible connaissance de cet indicateur fera émerger la nécessité de son introduction.

Grille des hypothèses

1. Je suppose que 70% des infirmiers savent définir la douleur et différencier la douleur aiguë de la douleur chronique.
2. J'imagine pouvoir démontrer que la plupart des infirmières ont la connaissance des méthodes d'auto-évaluation.
3. Je suppose pouvoir identifier la prépondérance de l'une échelle d'auto-évaluation de la douleur utilisée.
4. Il est possible que l'utilisation d'un seul outil de mesure réduise considérablement la valeur de l'évaluation.

4.2. Interprétation des données et validation des hypothèses

Je choisis la méthode expérimentale, les hypothèses sont formées par un raisonnement déductif. La phase quantitative de l'enquête de recherche est assurée à l'aide d'un questionnaire. Quatre-vingt-un exemplaires de questionnaires ont été distribués dans deux secteurs de soins, chirurgie viscérale et médecine interne de trois établissements auprès des infirmières pour une durée de deux semaines. Le nombre de questionnaires distribués correspond au nombre total d'infirmier travaillant sur les lieux de recherche. Le retour de trente-sept questionnaires représente 45% et constitue notre échantillon de 100%. Un seul critère, le nombre d'années d'exercice professionnel, a été appliqué. Le questionnaire contient en majorité des questions fermées, ce qui a facilité le traitement des données mais a comporté le risque d'une réponse fautive de la part de l'enquêtée. Il faut

mentionner que les questions ouvertes apportant des précisions nous ont exposé aux possibles erreurs d'interprétation. Le traitement des données a été fait par des tableaux statistiques ainsi que des représentations graphiques nous dressant l'état des lieux. Les résultats confrontés aux hypothèses les valideront peu ou prou.

4.2.1 Hypothèses 1 et 2

Les quinze questions étaient destinées à démontrer les hypothèses 1 et 2. En analysant les réponses concernant l'hypothèse 1 nous pouvons observer que 48.9% des infirmiers savent définir et différencier la douleur aiguë de la douleur chronique. On observe un résultat légèrement meilleur au service de chirurgie viscérale (51.2%) par rapport à la médecine interne (45.2%). Selon le critère du nombre d'années d'exercice professionnel, les catégories moins de cinq ans et plus que dix ans affichent des résultats très proche (46.4% et 46.1%) et la catégorie de plus de cinq ans a obtenu un résultat de 41,3%. L'hypothèse 1 n'a pas été validée.

Dans la cadre de l'hypothèse 2 nous avons traité les résultats des connaissances en matière d'évaluation de la douleur en séparant les résultats de la connaissance des échelles unidimensionnelles de ceux de la connaissance des échelles multidimensionnelles représentées par le QDSA. Nous considérons que cette séparation est nécessaire car 100% des participants exprimaient de ne pas utiliser le QDSA, ce qui certainement avait accru le taux de réponses fausses aux questions le concernant avec un résultat atteignant 59.5%. Contrairement aux échelles unidimensionnelles, le QDSA présente l'avantage d'une évaluation à la fois quantitative et qualitative, ainsi son non utilisation nous indique un manque d'aptitude au choix d'un outil adapté pour un certain nombre de syndromes douloureux.

Nous pouvons mettre en évidence que 74.8% des infirmiers connaissent les échelles unidimensionnelles, décomposés en 78.6% au service de médecine interne et 72.5% au service de chirurgie viscérale. Selon le nombre d'années d'exercice professionnel la catégorie de moins de cinq ans avait un résultat de 80.4% qui montre des résultats nettement supérieurs aux groupes plus de cinq ans (76.2%) et plus de dix ans (66,6%). Nous pouvons supposer que le résultat supérieur des infirmiers ayant de moins de cinq ans d'exercice professionnels est dû à l'enseignement plus important de la matière

et à l'importance croissante du programme de lutte contre la douleur. Grâce à ce résultat relativement important l'hypothèse deux est validée.

La représentation des connaissances dans le domaine de la douleur et de son évaluation selon le nombre d'années d'exercice professionnel n'apporte pas un écart que nous considérons important et pertinent.

La connaissance de la recommandation de la HAS sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier de soins du patient a été vérifiée par la dernière question du questionnaire qui nous a montré une faible connaissance avec un taux de 24%. L'intérêt de retrouver dans un dossier de soins des cotations et les traitements mis en place a tout son sens et assure la continuité des soins. Le résultat de cette question supplémentaire a attiré notre attention et suscite une réflexion car l'importance de la connaissance de la recommandation de la HAS contribue à une prise en charge de qualité du patient.

Tableau 1. Représentation des connaissances dans le domaine de la douleur et de son évaluation.

	Résultat total
Connaissances de la douleur aiguë et chronique	48.9%
Échelles unidimensionnelles	74.8%
QDSA	40.5% / 100% non utilisé
Recommandation de la HAS	24,3%

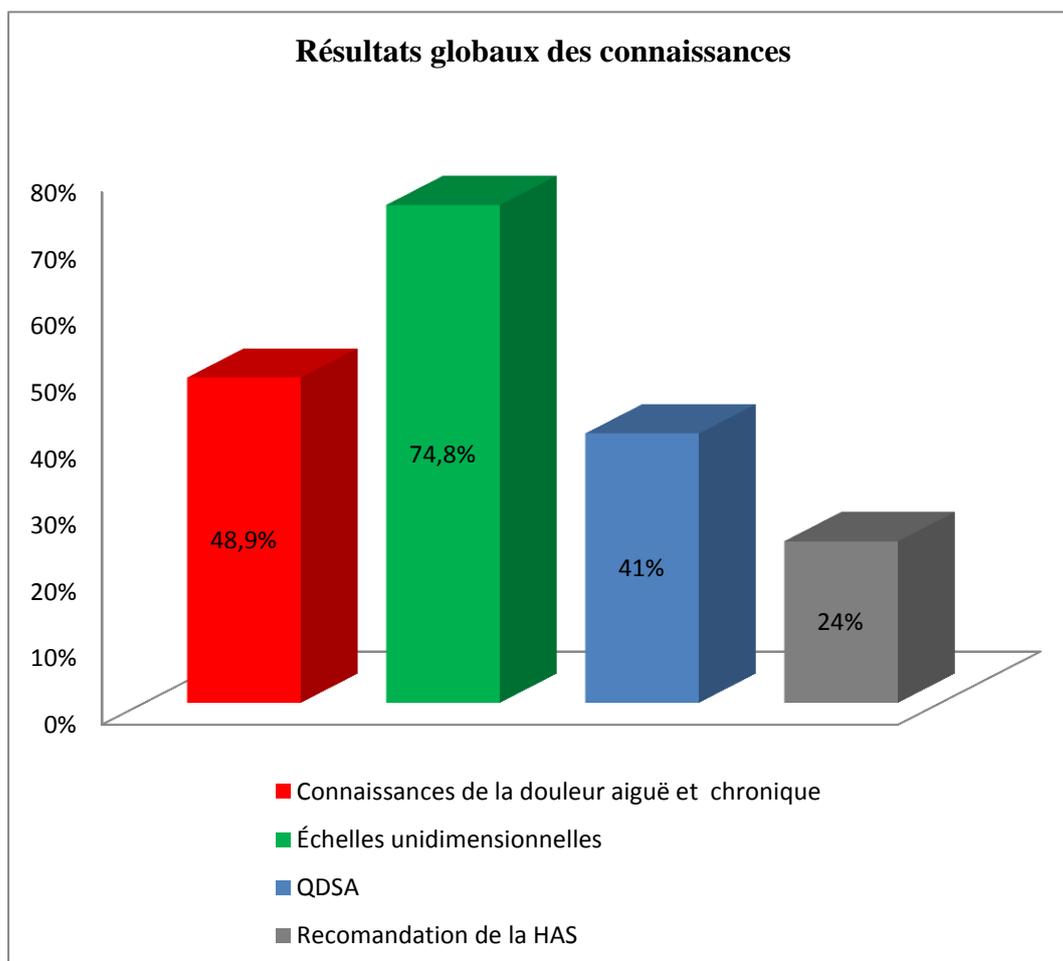


Tableau 2. Comparatif des résultats du service de chirurgie viscérale et de médecine interne.

	Chirurgie viscérale	Médecine interne
Connaissances de la douleur aiguë et chronique	51.2%	45.2%
Échelles unidimensionnelles	72,5%	78.6%
QDSA	45,7%	32.1%
Recommandation de la HAS	21.7%	28.6%

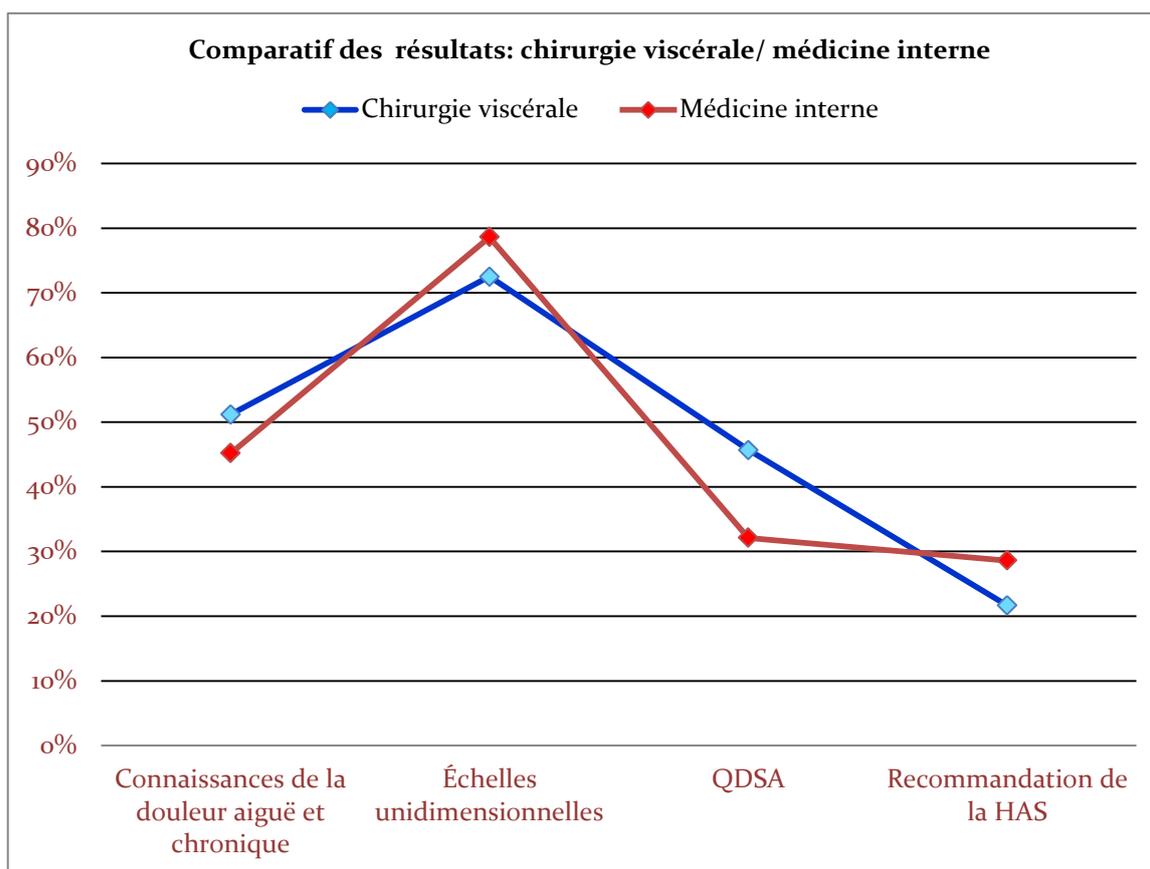


Tableau 3. Répartition des résultats selon la problématique et le critère du nombre d'années d'exercice professionnels.

	Moins de 5 ans	Plus de 5 ans	Plus de 10 ans
Connaissances de la douleur aiguë et chronique	46,4%	41,3%	46,1%
Echelles unidimensionnelles	80,4%	76,2%	66,6%
QDSA	38,2%	35,7%	46,2%
Recommandation de la HAS	23,5%	28,6%	23,1%

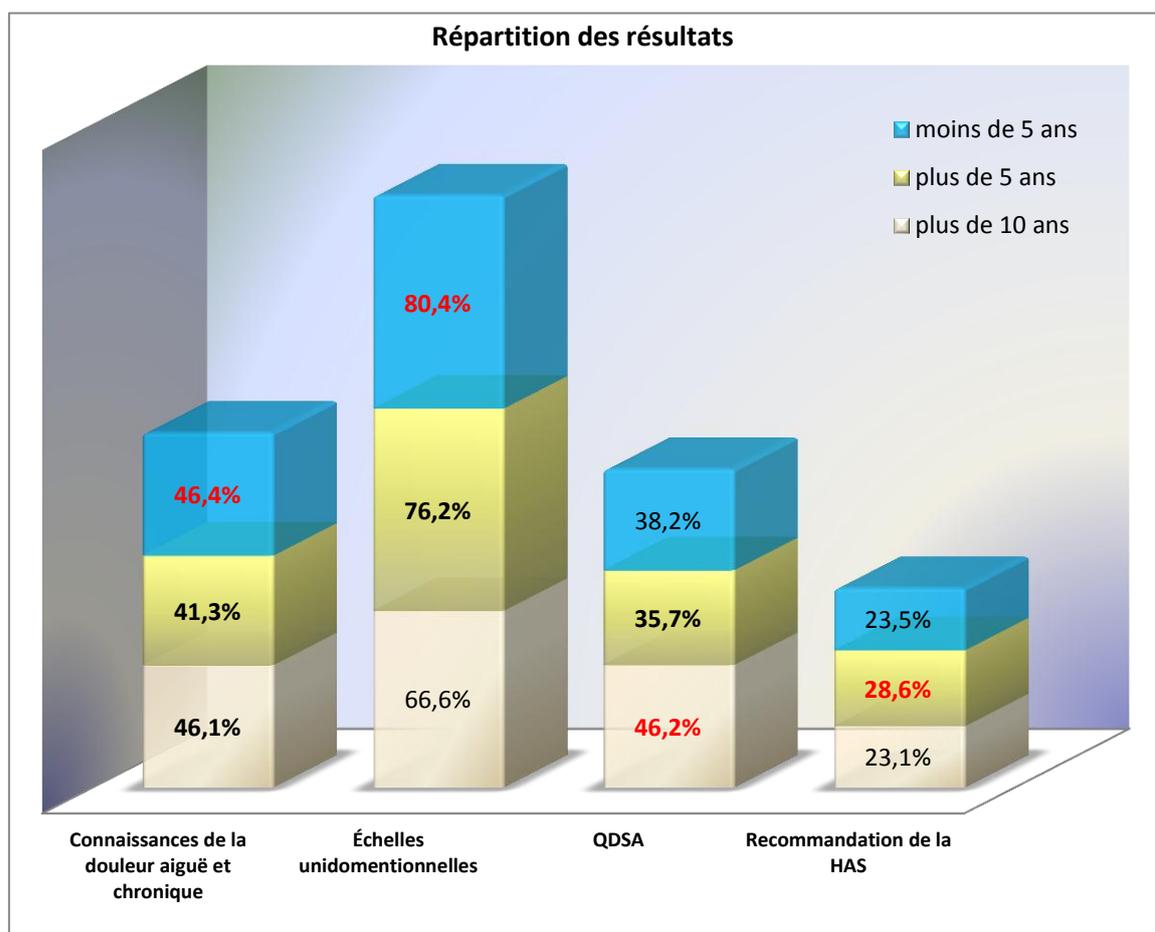
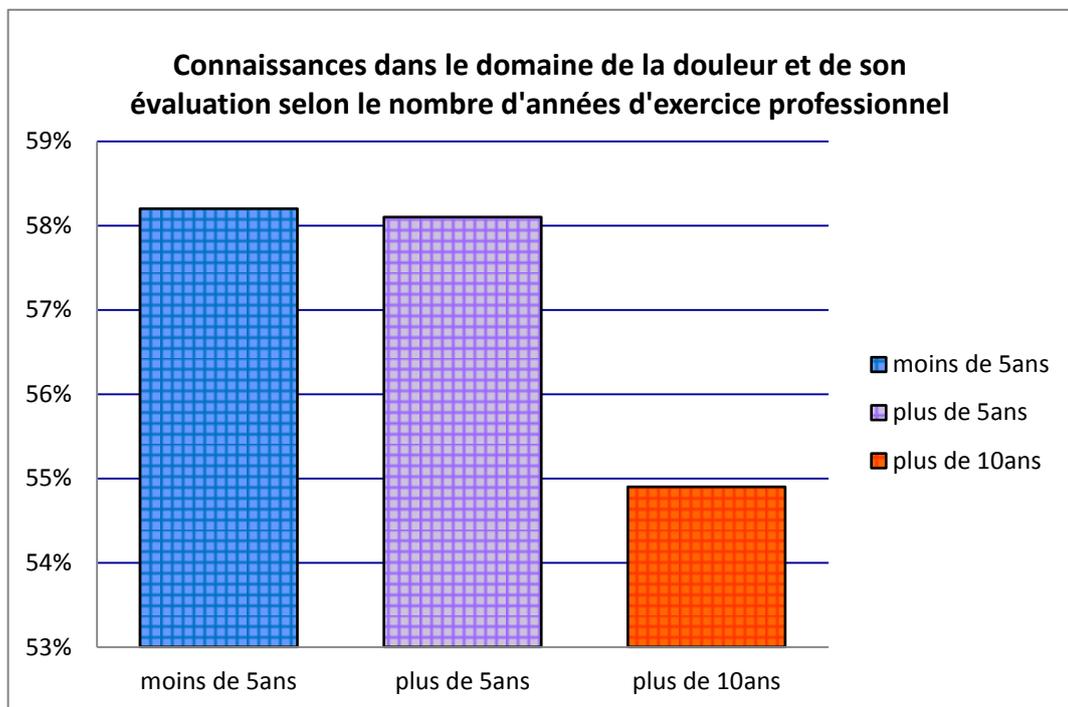


Tableau 4. Représentation des connaissances dans le domaine de la douleur et de son évaluation selon le nombre d'années d'exercice professionnel.

	Moins de 5ans	Plus de 5ans	Plus de 10ans
% de réponses justes	58.2	58,1	54.9

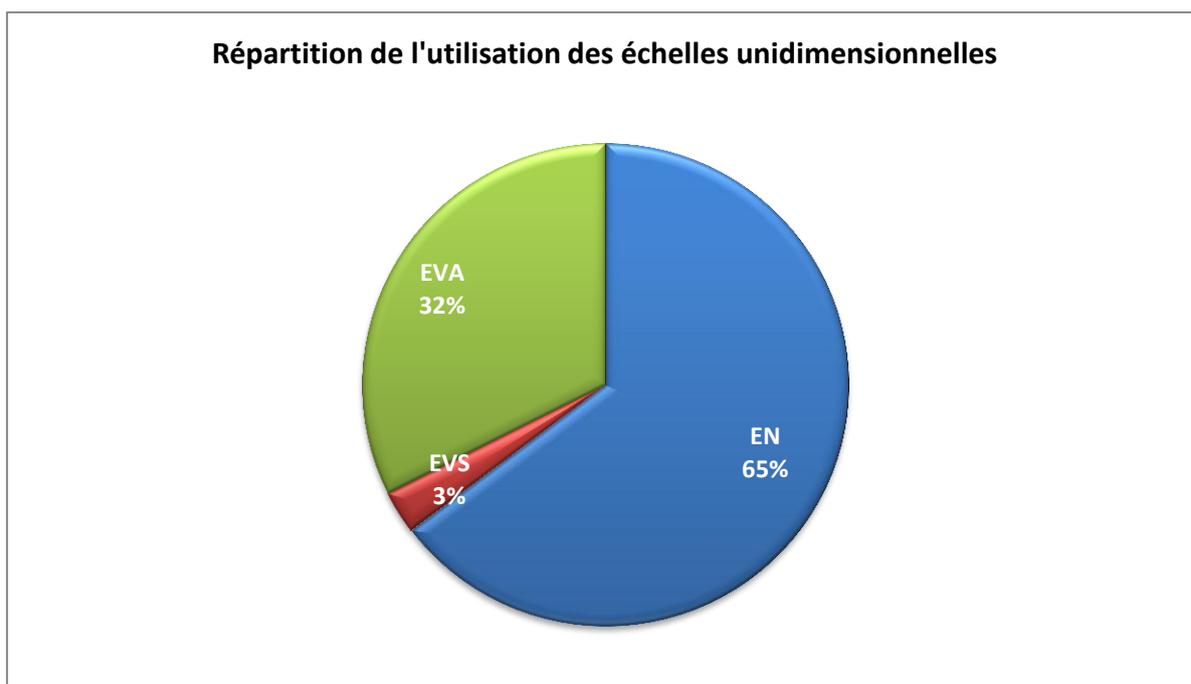


4.2.2 Hypothèse 3

L'hypothèse 3 de notre recherche a permis au travers de la question 13 du questionnaire de mettre en évidence que l'Échelle Numérique est la plus utilisée, avec un résultat de 65%. Nous pouvons expliquer ce résultat par une facilité de compréhension et d'utilisation de l'Échelle Numérique. Par conséquent l'hypothèse 3 a été validée.

Tableau 5. Répartition de l'utilisation des échelles unidimensionnelles utilisées :

	Chirurgie viscérale			Médecine interne			Répartition		
	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA
Établissement N°1	8			4			64,7 %	2.9 %	32.4 %
Établissement N°2	3		1	3	1				
Établissement N°3	4		7			3			
Total (les 3 établissements)	15		8	7	1	3			



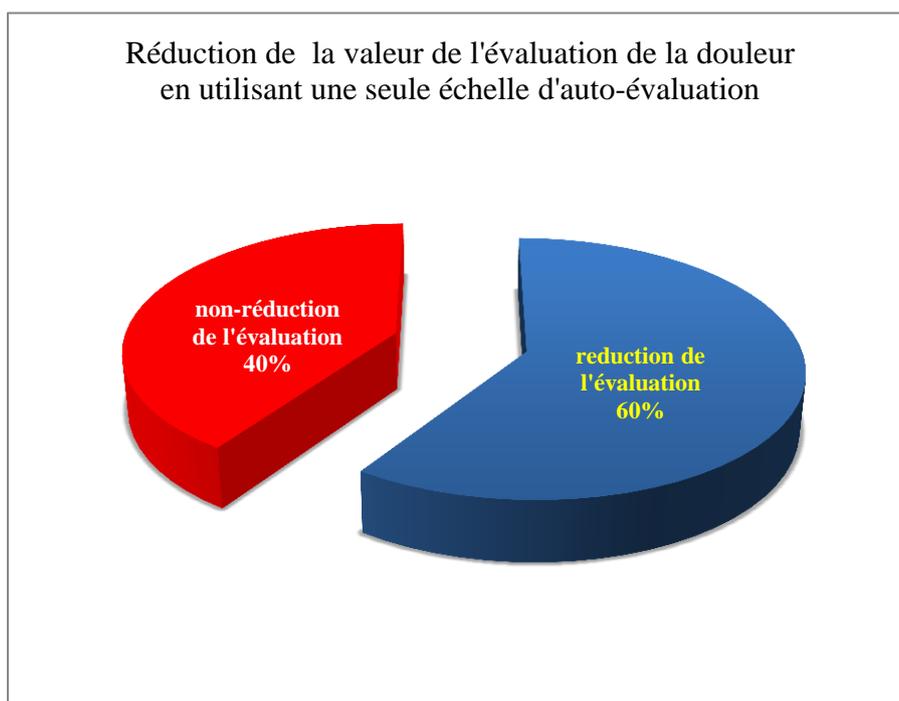
4.2.3 Hypothèse 4

« Décrire la douleur simplement en terme d'intensité est comme définir le monde visuel simplement en terme de flux lumineux sans tenir compte de l'aspect des couleurs, de la texture et des autres dimensions de l'expérience visuelle. » (Melzack R, Torgerson WS., On the language of pain. Anesthesiology 1971, 34.1, page 50)

Nous avons construit l'hypothèse 4 sur la subtilité de la quantification de l'intensité de la douleur retrouvée dans plusieurs ouvrages. L'hypothèse 4 vise à démontrer qu'il est possible que l'utilisation d'un seul outil de mesure réduise considérablement la valeur de l'évaluation. 59.5% des participants ont répondu « oui ». En analysant et en interprétant les réponses nous trouvons que la moitié des participants de ce groupe exprime que la valeur de l'évaluation de la douleur est considérablement réduite par les capacités individuelles des patients. La plupart des participants restant n'exprime pas son point de vue. La réponse « non » a été obtenue dans 40.5% des cas. Environ un tiers des participants de ce groupe exprime que la valeur de l'évaluation n'est pas considérablement réduite par l'utilisation d'une seule échelle mais pointe néanmoins l'importance de toutes les échelles. Le reste du groupe se montre en majorité sans opinion. Les résultats obtenus nous ont permis de valider l'hypothèse 4.

Tableau 6. Représentation de l'enquête de la réduction de la valeur de l'évaluation de la douleur en utilisant une seule échelle d'auto-évaluation.

Oui 59.5%	Non 40.5%
<i>Différentes capacités individuelles des patients: 11</i> <i>Différents composants non pris en compte : 3</i> <i>Sans : 8</i> Représentation <i>Les participants affirment que la valeur de l'évaluation de la douleur est considérablement réduite par les capacités individuelles des patients.</i>	<i>Pas considérablement mais néanmoins nous avons besoin de toutes les échelles : 6</i> <i>L'utilisation d'une seule échelle serait mieux : 2</i> <i>Sans : 7</i> Représentation <i>Les participants affirment que la valeur de l'évaluation n'est pas considérablement réduite par utilisation d'une seule échelle mais pointent néanmoins l'importance de toutes les échelles.</i>



4.3 Recommandations

Les recommandations qui sont issues de ce travail nous serviront dans le réajustement de l'enquête de recherche. Après notre recherche il s'avère important que :

- L'échantillon de la recherche soit réajusté: « La limite » de notre étude se trouve dans la taille de l'échantillon qui ne se constitue que de trente-sept d'infirmiers, il est donc possible que nos résultats ne contiennent pas une vérité absolue. Dans le but d'assurer la représentativité de l'échantillon dans une étude quantitative il sera nécessaire d'ajuster sa taille et de s'assurer de sa qualité par la vérification de la bonne compréhension de chaque question. Les remarques ont montré que 19% des participants ont trouvé le questionnaire très compliqué et difficile. L'utilisation de termes très techniques et précis a été mise en avant. Le critère du nombre d'année d'exercice professionnel ne semble pas avoir une influence suffisante sur les résultats et par conséquent il perd son importance dans la recherche menée.
- Par les résultats obtenus nous découvrons un important écart, voire une inéquation entre la connaissance du phénomène de douleur et la connaissance des échelles d'autoévaluation. La complexité du choix de l'outil d'évaluation reste à explorer. Comment l'infirmier définit-il le choix de son outil d'auto-évaluation de la douleur ? Quels sont les critères principaux influençant son choix ? Où résident les difficultés dans l'utilisation du QDSA et de sa recherche qualitative des différentes dimensions de la douleur, sensorielle et affective notamment ? Le résultat faible de la connaissance de la recommandation de la HAS en matière de traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier de soins du patient a attiré notre attention. La connaissance de la recommandation de la HAS peut-elle améliorer les pratiques d'évaluation de la douleur ?

5. Conclusion

À la lumière des résultats de la recherche dressée nous nous trouvons face à un défi que nous devons tenter de relever. Même si la douleur n'est pas chiffrable de façon absolue et que nous disposons de méthodes relativement fiables pour son évaluation nous devons évaluer la douleur en utilisant au mieux nos connaissances. Notre rôle de

professionnel de santé nous engage à accroître les connaissances des mécanismes physiologiques de la douleur, du cheminement du message douloureux, des différents types de sensations douloureuses et de l'identification de son origine afin d'obtenir une évaluation saine et ainsi de participer à l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Ce travail de recherche nous montre clairement la complexité de la problématique de la lutte contre la douleur. Malgré les indéniables avancées nous devons mettre de notre côté tous les moyens permettant de vaincre la douleur.

Par ailleurs, la réalisation de ce travail m'a permis d'expérimenter et de développer mes aptitudes dans le domaine du travail de recherche empirique, et ainsi d'accroître mes capacités de méthodologie rigoureuse.

Annexes

- I. Indicateur « Évaluation de la douleur », campagne 2010 et 2011.
- II. Affiche du questionnaire, questionnaire.
- III. Tableaux de tri à plat des données.

Annexe I

Indicateur « Évaluation de la douleur »

Description et mode d'évaluation

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique. La traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle est un préalable nécessaire à une bonne qualité de la prise en charge de la douleur. Elle doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (article L.1110-5 du CSP).

L'indicateur, présenté sous la forme de taux, correspond à la proportion de séjours pour lesquels il existe au moins un résultat de mesure de la douleur, avec une échelle, dans le dossier du patient non algique, ou au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique. Dans le cas d'un patient algique, la première mesure réalisée avec une échelle, diagnostique une douleur ; et la deuxième mesure est alors une mesure de suivi, réalisée également avec une échelle.

Cet indicateur est intégré dans le manuel de certification V2010, au niveau du critère 12a : « Prise en charge de la douleur ».

Analyse nationale

Tableau 8. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Statistiques descriptives (en %)

Campagne	Nb d'ES	Nb de dossiers	Moyenne	Médiane	Min	Max
2011	1 206	96 236	73	79	0	100
2010	1 212	96 765	61	66	0	100

Seuls les ES avec plus de trente dossiers inclus sont pris en compte pour calculer la moyenne nationale. La médiane représente le seuil au-delà duquel la moitié des ES se situent.

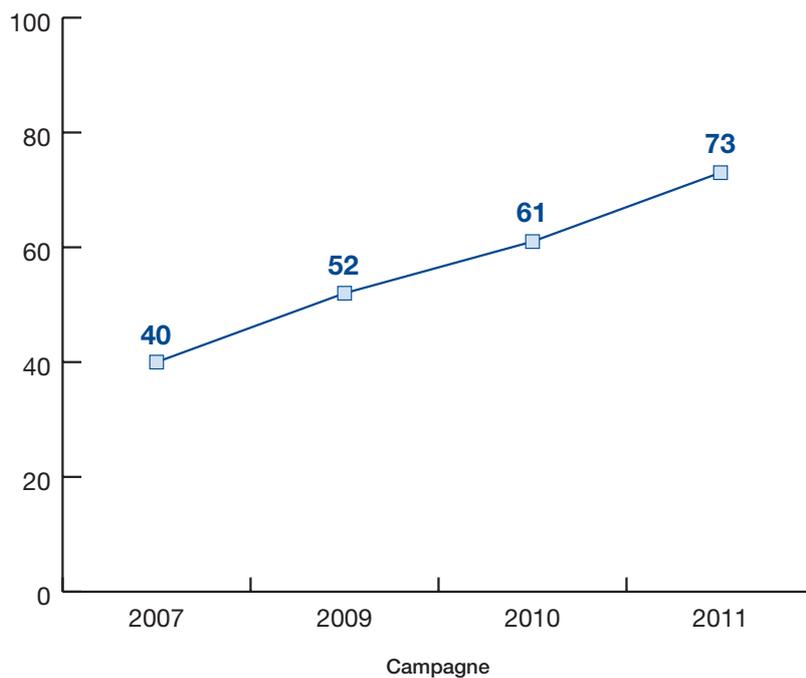
Tableau 9 : Indicateur « Évaluation de la douleur » - Causes de non conformités (en %)

Pas de mesure	1 ^{re} mesure sans échelle	2 ^e mesure sans échelle	Pas de 2 ^e mesure
50	34	6	10

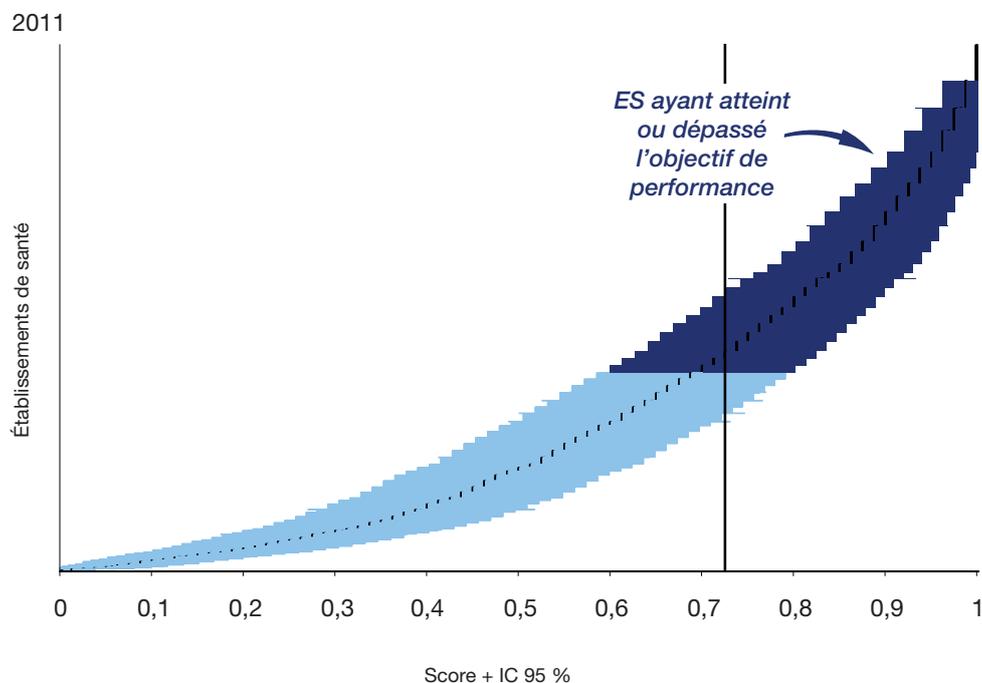
La non conformité est le plus souvent liée à l'absence de mesure de la douleur (avec ou sans échelle : 50 %) qu'à l'absence d'utilisation d'une échelle (40 %).

Graphique 7. Indicateur « Évaluation de la douleur »

Tendance de l'évolution de la moyenne nationale



Graphique 8. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Variabilité nationale



Chaque barre horizontale représente le score d'un ES et son intervalle de confiance à 95 %. La barre verticale est la moyenne nationale. Les ES ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance sont représentés en bleu.

Au vu du graphique, la variabilité inter-établissements existe, ce qui est confirmé par le classement par rapport à la moyenne nationale (Cf. [Annexe II, tableau 35](#)).

Objectif de performance

L'objectif de performance fixé à 80 % correspond à une exigence de qualité. En 2011, 60 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B).

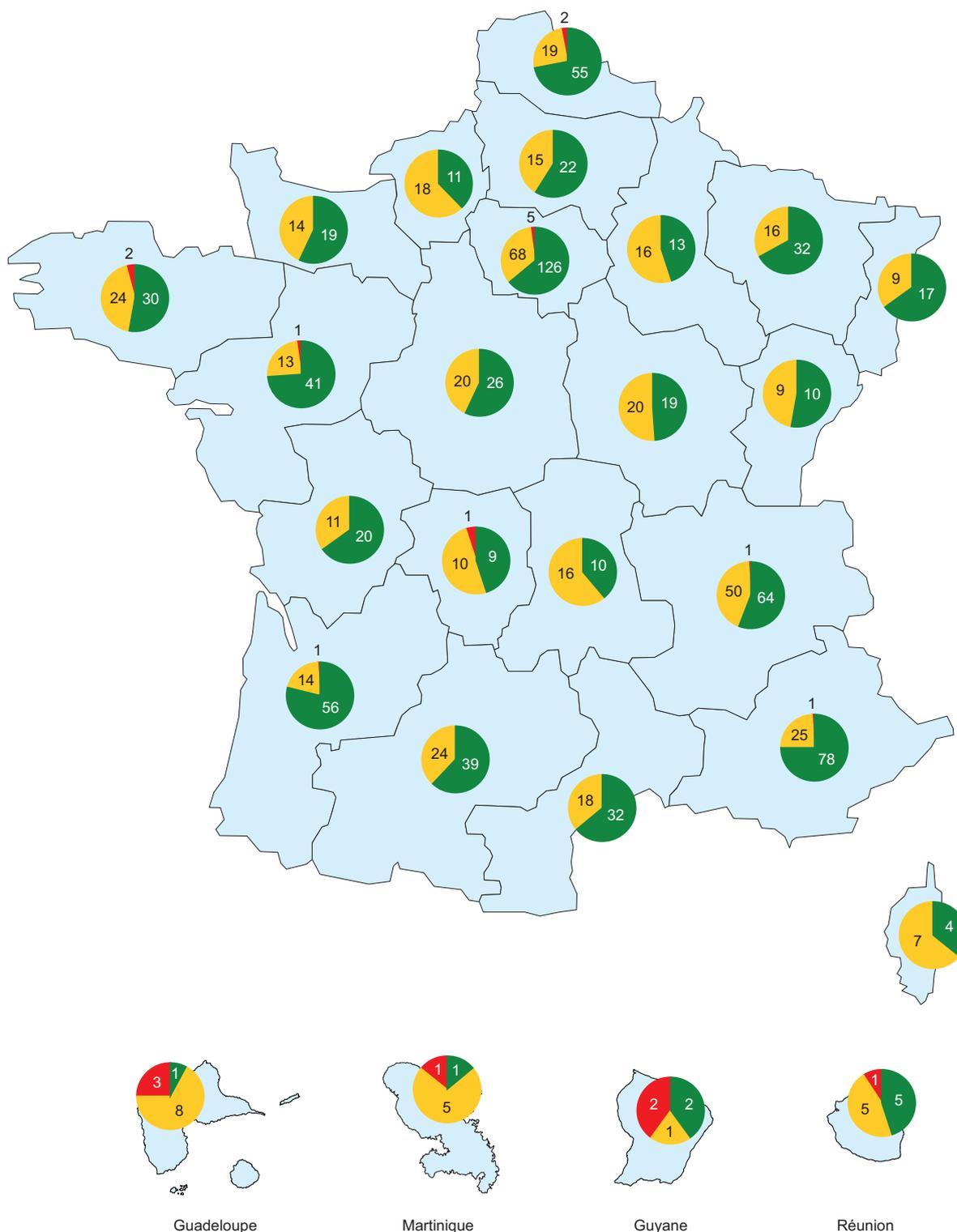
Tableau 10. Indicateur « Évaluation de la douleur »
Distribution par rapport à l'objectif de performance de 80 %

Année	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
2011	450	37	301	25	455	37	21	2	1 227
2010	306	25	265	21	641	52	28	2	1 240

La classe A contient les ES qui ont dépassé l'objectif de performance. Dans la classe B se trouvent ceux qui ont atteint cet objectif, et ceux qui ont un score inférieur se trouvent dans la classe C. Les ES qui avaient l'obligation de recueil mais qui n'ont pas participé constituent la classe D.

Cartographie 3. Indicateur « Évaluation de la douleur »

Analyse régionale – Distribution par rapport à l'objectif de performance



Le descriptif des moyennes régionales se trouve en [Annexe II, tableau 38](#). La proportion d'ES en classe A et B varie de 8 % (Guadeloupe) à 79 % (Aquitaine).

Évolution

Tableau 11. Indicateur « Évaluation de la douleur » - Évolution des classes des ES entre 2010 et 2011

	Nb (%) d'ES ayant perdu au moins 1 classe	Nb (%) d'ES n'ayant pas changé de classe	Nb (%) d'ES ayant gagné au moins 1 classe	Total
Entre 2010 et 2011	56 5 %	764 65 %	347 30 %	1 167

Parmi les 1 239 établissements comparables à l'objectif de performance de 80 %, 1 167 avaient des données en 2010, ce qui a permis de calculer l'évolution des résultats (pour 72 ES, il n'était pas possible de calculer d'évolution⁶).

347 ES ont gagné au moins une classe, parmi lesquels 126 (36 %) sont passés de la classe B à la classe A, 169 (49 %) de la classe C à B, et 52 (15 %) de la classe C à A.

Parmi les 764 ES (65 %) qui n'ont pas changé de classe, 35 % étaient déjà dans la classe A en 2010.

Parmi les 56 ES qui ont perdu au moins une classe, 27(48 %) sont passés de la classe A à C.

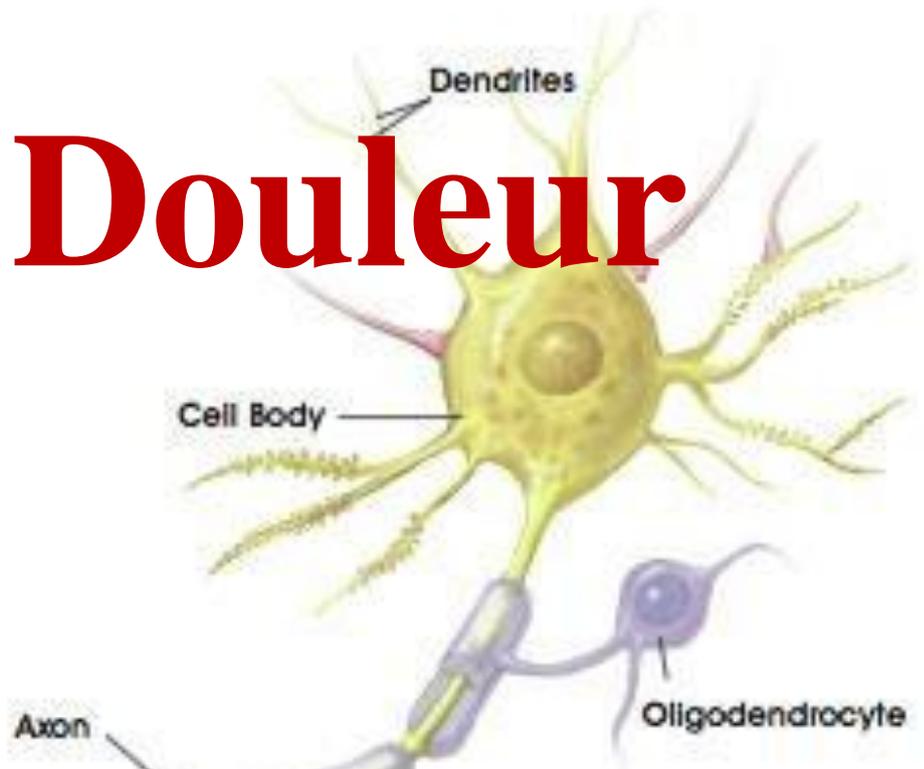
Constats principaux sur les résultats de l'indicateur « Évaluation de la douleur »

- La moyenne nationale de l'indicateur « Évaluation de la douleur » est de 73 %, soit une augmentation de 12 points par rapport à la campagne 2010.
- La variabilité nationale (0-100 %) est retrouvée en région, allant de 31 % (Guadeloupe) à 82 % (Aquitaine).
- Au niveau national, 60 % des ES ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80 % (classe A et B). La proportion d'ES par région ayant atteint ou dépassé cet objectif varie de 8 % (Guadeloupe) à 79 % (Aquitaine).

6. Établissements ayant moins de 30 dossiers inclus ou sans données l'année précédente.

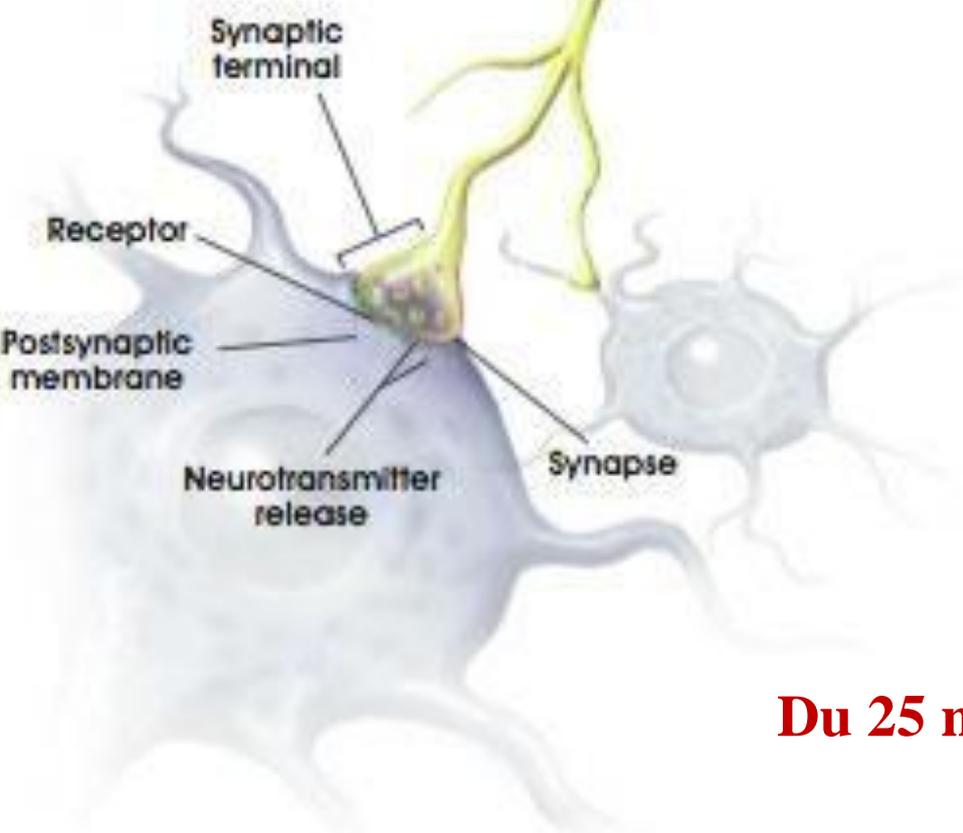
Annexe II

La Douleur



Questionnaire IDE réalisé pour le mémoire de fin d'études.

Pourriez-vous remplir ce questionnaire, SVP ?



Du 25 mars au 05 avril 2013.

Dans l'objectif de la réalisation d'un mémoire infirmier (Travail de Fin d'Etudes) conduisant au diplôme d'État d'Infirmière, je souhaite vous présenter ce questionnaire portant sur le sujet de **la douleur et de son évaluation**. Je garantis un traitement déontologique des données recueillies, l'anonymat des personnes et la confidentialité dans l'usage des données.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous consacrerez à répondre à ce questionnaire.

Jana NEMCOVA
Etudiante Infirmière, 3^{ième} année
IFSI CH Digne les Bains

Questionnaire IDE

Secteur de soins :

- Chirurgie viscérale Médecine interne

Nombre d'années d'exercice professionnel :

- moins de 5ans plus de 5ans plus de 10ans

1. « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrit en termes d'un tel dommage » est une définition de la douleur par :
 - OMS (Organisation mondiale de la Santé)
 - IASP (International Association for the Study of Pain)
2. La douleur aiguë est considérée comme un « signal alarme » utile.
 - Vrai Faux
3. Le mécanisme générateur de la douleur aiguë est :
 - Unifactoriel Plurifactoriel
4. Quel composant affectif est inhérent à la douleur aiguë ?
 - Dépression Tristesse Anxiété
5. L'excès de nociception est le plus souvent l'origine de la douleur :
 - Chronique Neuropathique Aiguë
6. La douleur chronique est une douleur persistante au-delà :
 - de 2 mois de 3 à 6 mois de 6 mois
7. La douleur chronique est :
 - inutile/destructrice utile/destructrice
8. Le mécanisme générateur de la douleur chronique est plurifactoriel selon le modèle :
 - Biopsychosocial Psychosocial
9. Quel est l'objectif thérapeutique de la douleur chronique ?
 - Curatif Réadaptatif

10. Les trois échelles unidimensionnelles d'auto-évaluation de la douleur EN, EVS et EVA évaluent :

- Intensité de la douleur Dimension de la douleur

11. EN, EVS et EVA sont utilisées pour évaluer la douleur :

- Chronique Aiguë Aiguë et Chronique

12. L'utilisation de l'EVA est-elle limitée chez les personnes âgées et les enfants de moins de six ans ?

- Oui Non

13. Dans votre unité de soins, **laquelle** de ces 3 échelles utilisez-vous le plus ?

14. L'échelle multidimensionnelle, Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA), est utilisée pour évaluer la douleur :

- Aiguë Aiguë et Chronique Chronique

15. Le Questionnaire Douleur Saint-Antoine permet d'évaluer la dimension de la douleur :

- Émotionnelle Sensorielle Émotionnelle et Sensorielle

16. Avez-vous déjà utilisé le QDSA ?

- Oui Non

17. Pensez-vous que l'utilisation d'une seule échelle d'auto-évaluation pourrait réduire considérablement la valeur de l'évaluation de la douleur ?

- Oui Non

Pourquoi ?

18. Parmi les Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS), l'indicateur de « traçabilité d'évaluation de la douleur » est présenté sous forme de taux et correspond à la proportion de séjours pour lesquels il existe :

Au moins un résultat de mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique et au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient algique

Au moins deux résultats de mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique ou algique

Vos remarques :

Annexe III

Médecine interne, établissement N°1

Nombre de questionnaires distribués : 10

Retour : 5

	Moins de 5ans			Plus de 5ans			Plus de 10ans		
	2			2					
	juste	fausse		juste	fausse		juste	fausse	
	Douleur aiguë								
Q.1		2			2				
Q.2	2			1	1				
Q.3	2				2				
Q.4	1	1		2					
Q.5	1	1		2					
	Douleur chronique								
Q.6	1	1			2				
Q.7		2			2				
Q.8	2			1	1				
Q.9	2			1	1				
	Évaluation de la douleur - échelles unidimensionnelles								
Q.10	2			1	1				
Q.11	2			2					
Q.12	1	1			2				
Q.13	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA
	2			2					
	QDSA								
Q.14		2			2				
Q.15	2			2					
Q.16	utilisé	non utilisé 2		utilisé	non utilisé 2		utilisé	non utilisé	
Q.17	Oui 1	Non 1		Oui	Non 2		Oui	Non	
Q.18	1	1		1	1				

Légende :

<i>Douleur aiguë</i>
<i>Douleur chronique</i>
<i>Echelles unidimensionnelles</i>
<i>QDSA</i>
<i>Prévalence d'une échelle</i>
<i>Connaissance de la recommandation de la HAS</i>
<i>Réduction de la valeur de l'évaluation</i>
<i>Nombre d'années d'exercice professionnel</i>

Chirurgie viscérale, établissement N°1

Nombre de questionnaires distribués : 13

Retour : 8

(N - non répondu, traiter comme une réponse fausses)

	Moins de 5ans		Plus de 5ans		Plus de 10ans				
	7		1						
	juste	fausse	juste	fausse	juste	fausse			
Douleur aiguë									
Q.1	1	6		1					
Q.2	7		1						
Q.3		7		1					
Q.4	6	1		1					
Q.5	1	6		1					
Douleur chronique									
Q.6	4	3		1					
Q.7	2	5		1					
Q.8	4	3	1						
Q.9	5	2	1						
Évaluation de la douleur - échelles unidimensionnelles									
Q.10	7		1						
Q.11	5	2		1					
Q.12	2	5	1						
Q.13	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA
	7			1					
QDSA									
Q.14	3	2+1 N		1N					
Q.15	4	1+2 N		1N					
Q.16	utilisé	non utilisé 7	utilisé	non utilisé 1	utilisé	non utilisé			
Q.17	Oui 6	Non 1	Oui	Non 1	Oui	Non			
Q.18	2	5		1					

Légende :

<i>Douleur aiguë</i>
<i>Douleur chronique</i>
<i>Echelles unidimensionnelles</i>
<i>QDSA</i>
<i>Prévalence d'une échelle</i>
<i>Connaissance de la recommandation de la HAS</i>
<i>Réduction de la valeur de l'évaluation</i>
<i>Nombre d'années d'exercice professionnel</i>

Médecine interne, établissement N°2

Nombre de questionnaires distribués : 10

Retour : 4

(N - non répondu, traiter comme une réponse fausses)

	Moins de 5ans		Plus de 5ans		Plus de 10ans				
	2				2				
	juste	fausse	juste	fausse	juste	fausse			
Douleur aiguë									
Q.1		2				2			
Q.2	2				2				
Q.3		2				2			
Q.4	1	1				2			
Q.5		2			1	1			
Douleur chronique									
Q.6	1	1				2			
Q.7	1	1			2				
Q.8		2			1	1			
Q.9	1	1			1	1			
Évaluation de la douleur - échelles unidimensionnelles									
Q.10	2				2				
Q.11	2				2				
Q.12	2				2				
Q.13	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA
	2						1	1	
QDSA									
Q.14		2 N			1	1 N			
Q.15		2 N			1	1 N			
Q.16	utilisé	non utilisé	utilisé	non utilisé	utilisé	non utilisé			
		2			2				
Q.17	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non			
	2				1	1			
Q.18		2				2			

Légende :

<i>Douleur aiguë</i>
<i>Douleur chronique</i>
<i>Echelles unidimensionnelles</i>
<i>QDSA</i>
<i>Prévalence d'une échelle</i>
<i>Connaissance de la recommandation de la HAS</i>
<i>Réduction de la valeur de l'évaluation</i>
<i>Nombre d'années d'exercice professionnel</i>

Chirurgie viscérale, établissement N°2

Nombre de questionnaires distribués : 9

Retour : 4

	Moins de 5ans		Plus de 5ans		Plus de 10ans				
	juste	fausse	juste	fausse	juste	fausse			
	4								
	Douleur aiguë								
Q.1					2	2			
Q.2					4				
Q.3					1	3			
Q.4					4				
Q.5						4			
	Douleur chronique								
Q.6					2	2			
Q.7					2	2			
Q.8					4				
Q.9					4				
	Évaluation de la douleur – échelles unidimensionnelles								
Q.10					4				
Q.11					4				
Q.12						4			
Q.13	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA
							3		1
	QDSA								
Q.14					2	2			
Q.15					4				
Q.16	utilisé	non utilisé	utilisé	non utilisé	utilisé	non utilisé	4		
Q.17	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	2	2	
Q.18								4	

Légende :

<i>Douleur aiguë</i>
<i>Douleur chronique</i>
<i>Echelles unidimensionnelles</i>
<i>QDSA</i>
<i>Prévalence d'une échelle</i>
<i>Connaissance de la recommandation de la HAS</i>
<i>Réduction de la valeur de l'évaluation</i>
<i>Nombre d'années d'exercice professionnel</i>

Chirurgie viscérale, établissement N°3

Nombre de questionnaires distribués : 18

Retour : 11

(N - non répondu traiter, comme une réponse fausses)

	Moins de 5ans		Plus de 5ans		Plus de 10ans				
	4		3		4				
	juste	fausse	juste	fausse	juste	fausse			
Douleur aiguë									
Q.1	1	3		3		4			
Q.2	4		3		4				
Q.3		4		3		4			
Q.4	3	1	1	2	2	2			
Q.5		4	2	1	3	1			
Douleur chronique									
Q.6	1	3		3	3	1			
Q.7	1	3	2	1	3	1			
Q.8	3	1	2	1	4				
Q.9	4		2	1	2	2			
Évaluation de la douleur - échelles unidimensionnelles									
Q.10	4		3		4				
Q.11	4		3			4			
Q.12	4		2	1	2	2			
Q.13	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA
	2		2	2		1			4
QDSA									
Q.14	2	2	1	1+1N	2	2N			
Q.15		4	2	1N	1	1+2N			
Q.16	utilisé	non utilisé 4	utilisé	non utilisé 3	utilisé	non utilisé 4			
Q.17	Oui 3	Non 1	Oui 3	Non	Oui 1	Non 3			
Q.18	1	3		3	2	2			

Légende :

<i>Douleur aiguë</i>
<i>Douleur chronique</i>
<i>Echelles unidimensionnelles</i>
<i>QDSA</i>
<i>Prévalence d'une échelle</i>
<i>Connaissance de la recommandation de la HAS</i>
<i>Réduction de la valeur de l'évaluation</i>
<i>Nombre d'années d'exercice professionnel</i>

Médecine interne, établissement N°3

Nombre de questionnaires distribués : 21

Retour : 6

(N - non répondu traiter comme une réponse fausses)

	Moins de 5ans		Plus de 5ans		Plus de 10ans				
	2		1		3				
	juste	fausse	juste	fausse	juste	fausse			
	Douleur aiguë								
Q.1		2	1			3			
Q.2	2		1		3				
Q.3	1	1		1		3			
Q.4		2		1	3				
Q.5		2		1	1	2			
	Douleur chronique								
Q.6	1	1		1	2	1			
Q.7	1	1		1	2	1			
Q.8	1	1	1		2	1			
Q.9	1	1	1		2	1			
	Évaluation de la douleur - échelles unidimensionnelles								
Q.10	2		1		3				
Q.11	1	1	1		1	2			
Q.12	1	1	1		2	1			
Q.13	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA	EN	EVS	EVA
	2 non indiquées					1	1 non indiquée		2
	QDSA								
Q.14		2			1N				1 +2N
Q.15	2				1N		1		2N
Q.16	utilisé	non utilisé		utilisé	non utilisé		utilisé	non utilisé	
		2			1			3	
Q.17	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
	1	1		1			1	2	
Q.18		2		1			1		2

Légende :

<i>Douleur aiguë</i>
<i>Douleur chronique</i>
<i>Echelles unidimensionnelles</i>
<i>QDSA</i>
<i>Prévalence d'une échelle</i>
<i>Connaissance de la recommandation de la HAS</i>
<i>Réduction de la valeur de l'évaluation</i>
<i>Nombre d'années d'exercice professionnel</i>

Bibliographie

BÉROUD Françoise Coordinateur, Douleur et évaluation des pratiques professionnelles, Institut UPSA de la douleur, dépôt légal 4^{ième} trimestre 2011.

BESSON Jean-Marie, La douleur, éditions Odile Jacob, dépôt légal septembre 1992.

BROCARD Eric Dr, DEYMIER Valérie, Coordinateurs, Pratique du traitement de la douleur, Institut UPSA de la douleur, dépôt légal 1^{ier} trimestre 2006.

CHAUFFOUR-ADER Claire, DAYDÉ Marie-Claude, Comprendre et soulager la douleur, éditions LAMARRE, 2008.

DUMAS Nathalie, Evaluation de la douleur et projet de soins, La revue de référence infirmière, Soins N°759, octobre 2011, pages 18 à 20

FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana, Les Concepts en Sciences Infirmières, 2^{ième} édition AR.S.I, éditions Mallet Conseil.

MARCHAND Serge, Le phénomène de la douleur, éditions MASSON, dépôt légal 3^{ième} trimestre 1998.

MELZACK R, TORGERSON WS., On the language of pain. Anesthesiology 1971, 34.1, page 50.

MEYRAN Régis, entretien avec BASZANGER Isabelle, « La douleur est devenue une cause nationale en France », Science Humaines, Hors-Série N°48, mars, avril, mai 2005, pages 92 à 94.

MEYRAN Régis, La douleur : émergence et transformations d'un concept, Science Humaines, Hors-Série N°48, mars, avril, mai 2005, pages 92 à 94.

POINDESSOUS Jean- Luc et ses collaborateurs, Un carnet d'évaluation de la douleur, La revue de l'infirmière, décembre 2011, N°176, pages 40 à 42.

Sites d'internet :

Code de la santé publique, consulté 22 février 2013, sur :

- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006913888&idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130222>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=&categorieLien=id>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte=&categorieLien=id>

Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002, consulté 22 février 2013, sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_266_300402.pdf

Douleurs aiguë/chronique, consulté le 21 février 2013, sur :

<http://imm.univ-lyon1.fr/internat/download/item65b.pdf>

Evaluation de la douleur, consulté le 20 février 2013, sur :

http://www.antalvite.fr/prise_en_charge.php,

HAS, Indicateurs de qualité généralisés en MCO, Campagne 201, Juin 2011 consulté le 27 février 2013 sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/ipaqss_rapport_mco_v4.pdf

La 9^{ème} édition du dictionnaire de l'Académie en ligne, consulté le 21 février 2013, sur :

<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/generic/cherche.exe?37;s=2439926955;>

Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS, consulté le 24 février 2013, sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf

Résumé

Comment de ne pas réduire l'évaluation de la douleur à une simple « cotation » ? Comment abolir l'uniformité de son évaluation ? L'évolution de la théorie grâce aux connaissances de la physiologie et de la psychologie nous engage. L'utilisation des bons outils d'auto-évaluation de la douleur réside dans l'interaction des connaissances dans le domaine de la douleur avec notre capacité à poser des questions pertinentes, à instaurer la confiance, à écouter et à soustraire notre propre représentation de la douleur qui peut, à notre insu, nous influencer. Une inéquation entre nos connaissances de la douleur et celles des outils d'auto-évaluation est mise en avant dans notre recherche. La réduction considérable de la valeur de l'évaluation en utilisant une seule échelle d'auto-évaluation implique une stratégie d'évaluation face à la polymorphie de la douleur.

Abstract

How not to reduce a pain assessment in a simple "rating"? How to abolish the uniformity of its evaluation? The evolution of theory thanks to the knowledge of physiology and psychology commits us. The use of good self-assessment tools of pain lies in the interaction of knowledge in the field of pain with our ability to ask pertinent questions, to build trust, to listen and to subtract our own representation of pain that may, without our knowledge, influence us. An inequation between our knowledge regarding pain and those of self-assessment scales is highlighted in our research. The considerable reduction in the value of the evaluation using only a single self-rating scale involves an evaluation strategy against the polymorphism of pain.

Mots clés:

Douleur, évaluation, savoir, échelles, inéquation, réduction.

Keywords:

Pain, assessment, knowledge, scales, inequation, reduction.