

	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000000557
	Approbateur : CHENAUD BOYER Catherine	Version n° 1.1
Evaluation de la douleur : recommandations de bonnes pratiques cliniques		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 24/04/2023

1. Définition _Objet et contexte

La définition de la douleur, revue en 2020 par l'association internationale d'étude de la douleur, afin d'y intégrer les progrès de la compréhension de celle-ci, est la suivante : **« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ».**

Cette définition est complétée par six notes clés pour un contexte plus précis:

- *La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.*
- *La douleur et la nociception* sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.*
- *À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.*
- *Le rapport d'une personne sur une expérience de douleur doit être respecté.*
- *Bien que la douleur joue généralement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.*
- *La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.*

International association for the study of pain (IASP); 2020 Raya & al. 2020 (Traduction libre)
 *La nociception désigne l'ensemble des phénomènes mis en jeu dans le système nerveux central en réaction à un stimulus douloureux qui active les nocicepteurs (récepteurs de la douleur).

Les enquêtes de satisfaction auprès des personnes hospitalisées aux HUG notent que 60% d'entre-elles expriment ressentir des douleurs durant l'hospitalisation et pour 90% de celles-ci, la douleur peut être moyenne à forte. Ces données sont similaires dans les études internationales.

2. Domaine d'application et portée

Ces recommandations de bonnes pratiques concernent le personnel médico-soignant prenant en charge les personnes hospitalisées dans tous les secteurs des Hôpitaux Universitaires de Genève.

3. Rôles et responsabilités

Toutes les professions de soins ont un rôle à jouer dans la prise en charge de la douleur des personnes soignées, tant dans l'évaluation que dans les traitements proposés. Les évaluations cliniques des médecins, des infirmières et infirmiers, des sages-femmes et hommes-sages-femmes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des techniciens et techniciennes en radiologie, des diététiciens et diététiciennes, des assistants et des assistantes en soins et santé communautaires intègrent l'évaluation de la douleur dans différents contextes. Les aides-soignantes et les aides-soignants participent à ces évaluations.

4. Définitions et descriptions

A. Dépistage de la douleur

Le premier but de l'évaluation de la douleur est de déterminer si la douleur est présente. Ainsi, en milieu hospitalier, le dépistage de la douleur est nécessaire :

- lors de l'admission
- après un changement de l'état de santé
- après une intervention chirurgicale
- lors d'un examen à visée diagnostique (par exemple en radiologie) ou d'une procédure de soin ou thérapeutique (par exemple ponction, pansement, physiothérapie) susceptible de provoquer une douleur induite. Dans ce cas, travailler en partenariat avec la personne soignée en prévoyant une communication ou un code permettant à celle-ci d'alerter le personnel soignant de l'apparition d'une douleur, à tout moment, et de l'évaluer, pendant ou après l'examen, le soin ou la thérapie.

A l'admission, le dépistage de la douleur, par une évaluation, est réalisé pour toutes les personnes soignées à J1 et J2 de l'hospitalisation deux fois par jour, une fois par douze heures.

Lors des examens, soins et thérapie en contexte ambulatoire :

- Evaluer la douleur pour toutes les personnes soignées, dont le motif de consultation est susceptible d'être en lien avec une douleur ou lors de la réalisation d'un geste pouvant provoquer une douleur induite.

B. Choix de l'outil d'évaluation

Le choix de l'outil se fait lors de l'évaluation clinique en partenariat avec la personne soignée ou en équipe pluridisciplinaire, si elle n'est pas en mesure de communiquer. Les échelles d'évaluation de la douleur utilisées dans l'institution se trouvent dans DPI, ainsi que sur le site du Réseau douleur.

- **Favoriser l'auto-évaluation** de la personne soignée : l'Echelle Numérique (EN) est la plus fréquemment utilisée, l'Echelle Verbale Simple (EVS) est une alternative utilisant des qualificatifs, l'Echelle Faciale (EF) se base sur des visages correspondant à une douleur, l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) est plutôt utilisée à des fins de recherche.
- Privilégier l'utilisation du même outil lors des évaluations ultérieures
- Utiliser une échelle d'hétéro-évaluation adaptée auprès de la personne soignée avec des **difficultés de la communication** (troubles cognitifs, polyhandicap, troubles mentaux ou de la vigilance, nouveau-nés et enfants ne pouvant s'exprimer par la parole),
- Auprès des personnes soignées souffrant de **douleurs chroniques**, compléter l'évaluation par d'autres échelles, telles que le questionnaire de Saint-Antoine par exemple.
- Favoriser l'échelle d'évaluation systématique des symptômes (ESAS) dans le contexte **palliatif**. Elle permet l'évaluation de la douleur en même temps que d'autres symptômes.
- Dépister les suspicions de **douleur neuropathique** avec le questionnaire DN4.

Les échelles recommandées se trouvent sur le site du Réseau douleur

<https://www.hug-ge.ch/reseau-douleur/evaluer-douleur-0>

C. Modalités d'évaluation

Chaque échelle est validée selon un modèle d'utilisation précis, il est nécessaire de suivre les consignes, permettant une évaluation pertinente.

- Respecter les modalités d'application de l'outil choisi, se référer au guide d'utilisation sur le site du Réseau douleur et via les échelles cliniques DPI.
<https://www.hug.ch/reseau-douleur/choisir-bon-outil>
- Informer la personne soignée sur les modalités d'utilisation de l'outil et sur l'importance du partenariat pour le suivi, permettant d'adapter rapidement les traitements mis en place. Rester vigilant avec la personne soignée, s'exprimant peu en s'assurant de l'importance de ce qu'elle ressent.
- Respecter la cotation de la personne soignée, être à l'écoute et explorer avec celle-ci ce que représente son niveau de douleur ainsi que ses attentes. Corréler l'échelle numérique à une échelle verbale lors de la première évaluation peut permettre de mieux se représenter le niveau de douleur.
- Déterminer avec la personne soignée le seuil d'intervention (seuil à partir duquel elle attend que le personnel soignant agisse) ainsi que les objectifs spécifiques des soins (définir des critères d'évaluation mesurables, acceptables, réalistes et redéfinis dans le temps).
- Evaluer la douleur non seulement au repos mais également à la mobilisation active ou passive, en particulier lors des soins/examens ou lors de la toux ou de la déglutition par exemple. Ces évaluations permettent l'anticipation des moments les plus douloureux pour la personne soignée par l'administration d'une réserve d'antalgique une heure avant le soin, l'examen ou la mobilisation.
- Evaluer la douleur tout au long d'un traitement antalgique et particulièrement après l'administration d'un antalgique en réserve, tel qu'un opiacé, afin de connaître l'efficacité ou non du traitement. Cette évaluation permet d'analyser l'éventuelle modification du traitement de fond et/ou celle des réserves antalgiques.
- Evaluer les fonctionnalités perturbées ou empêchées par la douleur. Une amélioration de la fonctionnalité est parfois perçue par la personne soignée avant l'amélioration de l'intensité elle-même, ce qui peut lui redonner espoir.

D. Fréquence de l'évaluation

La fréquence d'évaluation doit être ajustée au contexte clinique, notamment aux caractéristiques de la douleur (contexte de survenue, descripteurs utilisés par la personne soignée), à la cinétique attendue de la réponse clinique (type de traitements physiques ou pharmacologiques appliqués), aux effets secondaires avérés ou potentiels de la douleur et des traitements appliqués, ainsi qu'aux aspects psychologiques et cognitifs individuels du patient.

Le minimal requis est défini ainsi :

- A l'admission, pour toutes les personnes soignées à J1 et J2: évaluation de la douleur 1x/ 12 heures au minimum.
- Si présence de douleur : évaluation au minimum 1x/12 heures jusqu'à atteindre une douleur inférieure au seuil d'intervention décrit par la personne soignée pendant 48 heures (au moins
- 48 heures d'évaluation pour les douleurs chroniques qui nécessitent également d'autres formes d'évaluation).

- Lors d'une douleur et particulièrement lors d'une douleur sévère, ayant nécessité une thérapeutique et notamment la prise d'un antalgique en réserve, une réévaluation est nécessaire dans un laps de temps de maximum 90 minutes.
- Lors de la mise en place ou de l'adaptation de toute mesure antalgique : évaluations régulières en fonction du contexte et des délais d'action des mesures prises.
- Si absence de douleur ou si douleur contrôlée : évaluation 2x/jour, 1 jour/semaine au minimum
- Le jour de la sortie de l'hôpital, une évaluation de la douleur à la mobilisation est recommandée.

Les cellules douleur définissent les modalités d'évaluation de la douleur et notamment la fréquence d'évaluation dans leur département/services et les valident avec les hiérarchies médico-soignantes concernées.

E. Documentation:

La documentation fait partie du soin, elle permet la traçabilité et la continuité des soins.

- Le score de douleur est documenté dans le dossier de la personne soignée en précisant au minimum le contexte de l'évaluation (douleur au repos, à la mobilisation, lors d'un soin ou autre contexte). Exemples « Autre contexte » à documenter dans « Commentaires » : toux, déglutition, allaitement, accouchement... La case « Commentaires » peut aussi être documentée pour un complément lors d'un contexte *repos, mobilisation, soin*.
- Un score à 0 douleur est à documenter aussi bien qu'un score plus élevé.
- La documentation correspond à la réponse de la personne soignée lorsqu'il peut s'auto-évaluer ou à la mesure observée par le soignant, lorsqu'elle ne peut pas communiquer.
- Si une douleur est présente à l'admission, compléter une anamnèse douleur (micro formulaire douleur dans les données partagées du Cockpit de DPI) et ouvrir une cible douleur dans le domaine Cognition/perception, permettant de suivre l'efficacité des actions menées. Le micro-formulaire peut/doit être complété lors de nouvelle douleur, nouvelle hospitalisation.
- Pour toute douleur supérieure au seuil d'intervention décrit par le patient et au minimum si une auto-évaluation ≥ 4 : ouvrir une cible douleur (DPI) en précisant la localisation, les caractéristiques, l'intensité et l'évolution de la douleur (PQRSTU), y compris les éventuelles barrières à la prise en charge telles que la culture/langue. Documenter les mesures prises ainsi que l'évolution de la douleur.
- Lorsqu'une personne soignée dort, une auto-évaluation de la douleur ne peut être documentée.

5. Personnes rédactrices

KUPFERSCHMID Sarah, infirmière responsable d'équipe, pôle pratiques professionnelles
REHBERG-KLUG Benno, médecin adjoint agrégé responsable d'unité, service d'anesthésiologie

6. Personnes relectrices

VAYNE-BOSSERT Petra, médecin adjointe, service de médecine palliative
DECOSTERD Sandy, infirmière responsable de soins, DONCO
MARQUE Anne-Sophie, infirmière spécialisée, DMA
RAË Anne-Claire, infirmière recherche et qualité, DS
MEYNET GAUTHIER Romain, physiothérapeute responsable, DRG
ROLET Sylvie, diététicienne responsable, DS
DELIEUVIN SCHMITT Nathalie, infirmière chargée d'études économique, DS
FORTIS Christine, patiente-partenaire
Les membres du Réseau douleur

7. Liens / Annexes

<https://www.hug-ge.ch/reseau-douleur/evaluer-douleur-0>

8. Bibliographie

- Raja, Srinivasa, Carr, Daniel, Cohen, Milton, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):19761982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- RNAO. Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires. Evaluation et prise en charge de la douleur. Ontario. 2013
- ANA Center for Ethics and Human Rights. The Ethical Responsibility to Manage Pain and the suffering it causes 2019
- Hjermstad MJ, et al.: Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. J Pain Symptom Manage. 2011 Jun; 41(6):1073-93.
- Cabot et al. Revue critique des outils d'évaluation de la douleur chez une clientèle adulte souffrant de cancer. ARSI. 2007
- Muller et al. Soins infirmiers et douleur, 4^{ème} ed. Elsevier Masson. 2012
- Chauffour-Ader, Daydé. Comprendre et soulager la douleur. Lamarre. 2016
- Joint Commission R3 Report. 2017

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.