



congres-sidiief.org

● L'AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR : ● TOUT EST DANS LE JUGEMENT ?

● MARDI 5 JUIN 2018

● Joëlle Tischhauser (MScSI) 1

&

Assunta Fiorentino (MScSI) 2

Sous la direction du Pr. Ramelet(PhD) 3 & la co-direction du Dr. Roulin (PhD) 4

1. HeDS Fribourg HES-SO; Suisse. Contact Mail: joelle.tischhauser@hefr.ch
2. Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Suisse
3. Institut universitaire de formation et de recherche en soins- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Suisse
4. Hôpitaux Universitaire de Genève, Suisse



PLAN DE LA PRÉSENTATION

- ❖ Introduction
- ❖ Méthode, but et questions de recherche
- ❖ Modèle théorique
- ❖ Résultats
- ❖ Discussion
- ❖ Recommandations pour la pratique clinique
- ❖ Recommandations pour la formation
- ❖ Take-Home message



yvesroychiro.ca



INTRODUCTION

- ❖ Gestion de la douleur: préoccupation quotidienne particulièrement en milieux aigus (SI/SSPI/Urgences)
- ❖ Prévalence: 41 à 80,4 %, surtout services de soins aigus (Wadensten et al., 2011; Sommer et al., 2008)
- ❖ Evaluation de référence = **l'autoévaluation avec l'Echelle Numérique Verbale (ENV)**
- ❖ Le mécanisme de la douleur et son expression sont complexes. McCaffery mentionne que la douleur est « **ce que le patient dit qu'elle est** » (1968, p. 95) [traduction libre]
- ❖ **Subjectivité** de la douleur complique la compréhension de l'expérience douloureuse par autrui. **Transaction complexe** entre l'émetteur (le patient) et le récepteur (le soignant) (Schiavenato & Craig, 2010)



MÉTHODE, BUTS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

METHODE : 2 études prospectives (devis corrélationnels descriptifs) menées conjointement en SSPI et aux SI d'un hôpital universitaire ont été réalisées pour comparer l'auto-évaluation et l'hétéro-évaluation, lors d'interactions patient-soignant (N=80)

BUT:

Décrire

le processus

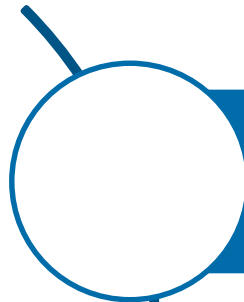
d'hétéro-

évaluation

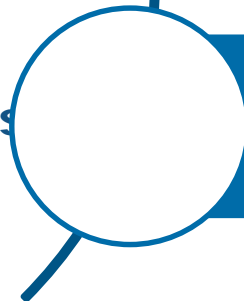
de la douleur dans

un service de SI

et une SSPI



Existe-t-il une corrélation et/ou un accord entre l'auto-évaluation de la douleur du patient et celle réalisée par l'infirmière (hétéro-évaluation) du SSPI ?



Quels sont les indicateurs physiologiques, comportementaux et verbaux ou éléments contextuels les plus souvent utilisés par l'infirmière en charge d'un patient, pour évaluer la douleur ?



MODÈLE THÉORIQUE: L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR EN TANT QUE TRANSACTION SOCIALE (SCHIAVENATO ET CRAIG, 2010)

❖ Dans le cadre de cette étude, un modèle théorique a été utilisé pour définir et clarifier le processus complexe de l'évaluation de la douleur.

Il s'agit de « **Pain Assessment as Social Transaction** » de **Schiavenato et Craig (2010)**.

Ce modèle présente l'évaluation de la douleur comme **une transaction complexe patient–soignant**, impliquant les processus physiologiques, cognitifs et comportementaux autant pour l'émetteur du message (le patient), que pour le récepteur (l'infirmière).



MODÈLE THÉORIQUE: L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR EN TANT QUE TRANSACTION SOCIALE (SCHIAVENATO ET CRAIG, 2010)

Les différentes étapes

1. Expérience
2. Expression (verbale/non verbale; exagération/suppression)
3. Evaluation, décodage, interprétation => consensus/dissonance?
4. Jugement clinique
5. Intervention
6. Résultat



Innombrables facteurs intra et extra personnel dans ces étapes



MODÈLE THÉORIQUE: L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR EN TANT QUE TRANSACTION SOCIALE (SCHIAVENATO ET CRAIG, 2010)

- ❖ Patient et soignant liés par la «**présomption de mutualité**» malgré une signification intrinsèquement différente de la douleur pour chacun d'eux.
- ❖ L'essence même de cette transaction consiste à passer un **message** et son succès dépend du **niveau de consensus** atteint entre le patient et le soignant.

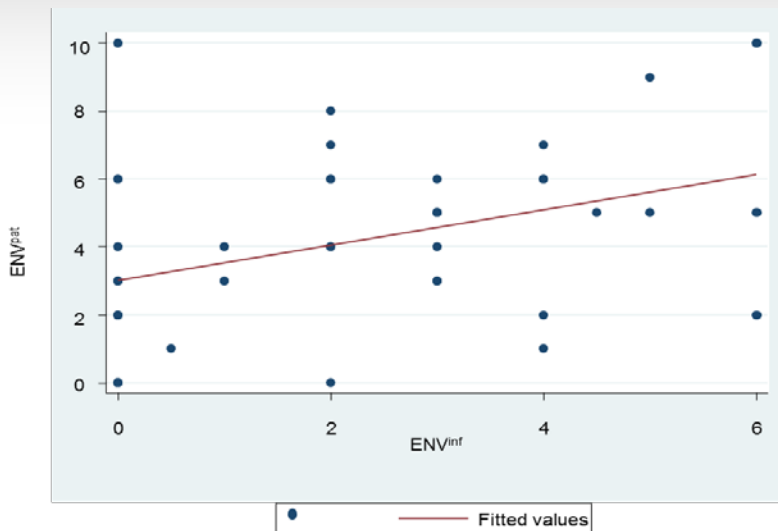




RÉSULTATS

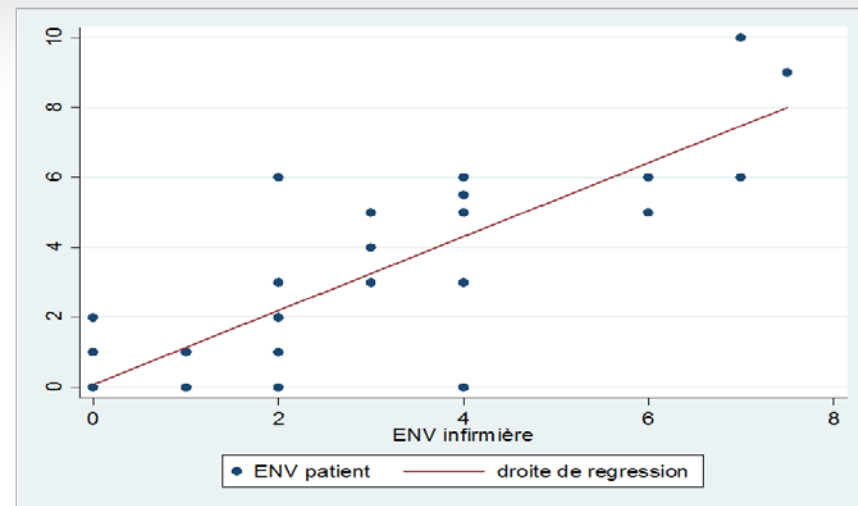
SI

$r = 0,38, p = 0,00$ (corrélation modérée)



SSPI

$r = 0,86, p < 0,05$ (corrélation forte)



*Corrélations modérée à forte mais par contre **faibles niveaux de concordance** selon la méthode de Bland-Altman, selon le critère de lafrati situé à +/- 1 point de différence (lafrati, 1986).*



RÉSULTATS EN SOINS INTENSIFS

Score **ENV**^{inf} = 2,20

Score **ENV**^{pat} = 4,15



Presque 2 points de sous-évaluation de la part des infirmières
Signification clinique importante car:

les moyennes des scores infirmières et patients sont situés de part et d'autre du seuil de traitement antalgique situé à 4/10.

➡ Il existe donc un risque de sous-traiter la douleur quand les infirmières privilégient leur jugement clinique à l'auto-évaluation.

Indicateurs: ce sont les expressions faciales qui sont le plus citées par les infirmières



DISCUSSION L'INFIRMIÈRE PRÉSENTE 24H/24H

La *présence constante de l'infirmière ne garantit pas une meilleure connaissance du patient ni une meilleure prise en charge* de sa douleur



Support Pixabay, [seringue-pilule-bouteille-morphine-1884784.htm](https://www.pixabay.com/seringue-pilule-bouteille-morphine-1884784.htm)



DISCUSSION, LA CRÉDIBILITÉ DES PATIENTS MISE EN DOUTE LORS DE L'AUTO-ÉVALUATION?

«Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department»
(Vuille et al., 2017)

- ❖ «Malgré les progrès considérables effectués dans la compréhension des mécanismes de la douleur et de son management, **la crédibilité des patients exprimant cette douleur continue à poser problème aux infirmières.**» Les infirmières au tri sont plus particulièrement concernées (Duignan & Dunn, 2008; Modanloo et al., 2010; Puntillo et al., 2003).
- ❖ Harper et al., (2007) évoquaient déjà la difficulté des infirmières à suspendre leur propre jugement et accepter sans réserve l'auto-évaluation des patients. Elles auraient **le besoin d'obtenir une évaluation «précise»** de la douleur.» «Elles croient **que leur travail les rend particulièrement compétentes pour cela: quantifier la douleur (...).**» (traductions libres)



DISCUSSION

L'EXPOSITION A LA DOULEUR D'AUTRUI AFFECTE LA CAPACITÉ DES INFIRMIÈRES À IDENTIFIER ET À ÉVALUER LA DOULEUR

“Repeated exposure to others’ pain reduces vicarious pain intensity estimation» (Gregoire et al., 2016)



Pixabay, seul-être-seul-archétype-archétypes-513525

❖ *L'exposition répétée à la douleur d'autrui*

a été identifié comme un élément clinique important qui peut moduler l'évaluation de la douleur (Prkachin et al., 2004, 2007; Prkachin et

Rocha, 2010).



DISCUSSION, LA LIMITE DU "CUT-OFF" À 4/10

- ❖ Certains patients considèrent leur douleur **comme intolérable avec des valeurs inférieures à 4** et inversement d'autres patients ont des **douleurs acceptables avec des valeurs ENV au-delà de 7**, leur permettant de continuer leur activité (Van Boekel et al. 2017; Maroney et al. 2004)
- ❖ Les différences entre la valeur numérique énoncée par le patient et l'hétéroévaluation de la douleur par le soignant devraient être **systematiquement investiguées par le soignant avant d'administrer un antalgique** (Van Dijk et al. 2016).



DISCUSSION, fin du 5^{ème} signe vital? ECHELLES MULTI-DIMENSIONNELLES

- ❖ Certains préconisent l'utilisation d'autres échelles multidimensionnelles qui investiguent plusieurs items (douleurs chroniques) (Scher et al., 2018; Arnstein et Herr, 2017; Van Boekel et al. 2017)

Douleur
Physique
Psychologique
Spirituelle
Socio-émotionnelle
Impact sur le statut fonctionnel
Impact sur la qualité de vie



voixdes patients.fr



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

- ❖ Respecter l'auto-évaluation du patient, le croire! (Mc Caffery, 1968)
- ❖ Préférer l'autoévaluation à l'utilisation d'échelles comportementales chez les patients capables de communiquer (Barr, 2013; Herr et al., 2011)



infirmiers.com



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE



gita.be

- ❖ Thématiser la problématique du sous-traitement (oligo-analgésie), de l'habitude à la douleur (Gregoire et al. 2016; Hatherley et al, 2016) et du fait que le patient est en droit d'attendre un soulagement complet de sa douleur (Pretorius et al.,2015; CII, 2012)
- ❖ Suivre des formations continues sur les opioïdes, (Pretorius et al.,2015), les techniques d'évaluation, la pharmacologie (Aubrun et al., 2016; Schug et al., 2016)
- ❖ Mettre en place des protocoles d'antalgie que les infirmières peuvent initier (Searle et al. 2015; Hatherley et al., 2016; Barr et al., 2013)

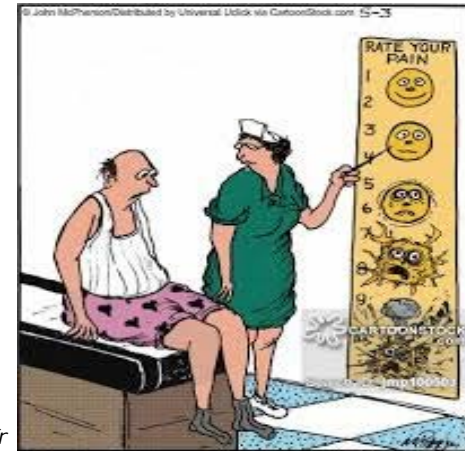


RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

- ❖ Désigner un «Champion» au sein de l'unité (Gelinas, Chanques et al. 2014; Pretorius et al., 2015)
- ❖ Ne pas se baser uniquement sur les signes vitaux (SI) pour évaluer la douleur mais les utiliser comme signal d'alerte pour approfondir l'évaluation (Barr et al. 2013)
- ❖ ENV: Etre attentif au descriptif: «pire douleur imaginable» et non «pire douleur vécue», explications au patient (Vuille et al., 2017)



Polemil.net



pinterest.fr



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

- ❖ Déterminer avec le patient son propre niveau de tolérance (cut-off) (Van Boeckl et al., 2017)
- ❖ Être attentif à ses propres biais (Facteurs intra-personnels, notions multi-dimensionnelles => modèles théoriques!)



bienpublic.com

- ❖ «Suspendre son propre jugement» (Vuille et al., 2017)



RECOMMANDATIONS POUR LA FORMATION

Améliorer les connaissances liées à la gestion de la douleur et son évaluation

- ❖ Aborder la réalité de la problématique du **sous-traitement de la douleur** (lecture articles de recherche, témoignages, situations emblématiques, ...) (Pretorius et al., 2014)
- ❖ Accent sur la **formation en antalgie**; cours et mises en situations des étudiants par rapport aux **opioïdes** (Verloo et al., 2012).
Par ex: patients simulés, expérimentation, analyse de pratiques, serious games, etc.
- ❖ Apprentissage du **modèle théorique** de Schiavenato et Craig (2010) ou d'autres modèles permettant l'inclusion de **facteurs multi-dimensionnels** dans l'évaluation de la douleur
- ❖ **Le jugement clinique oui! Mais au service du patient!**



TAKE-HOME MESSAGE

«La douleur est
ce que la personne dit qu'elle est,
et existe quand
elle dit qu'elle existe».

(McCaffery, 1968) [traduction libre]



congres-sidiief.org

Merci pour votre attention multidimensionnelle



dreamstime.com



RÉFÉRENCES 1/2

- Aubrun F, Nouette Gaulain K, Fletcher D, et al (2016) Réactualisation de la recommandation sur la douleur postopératoire. *Anesth Reanim* 2: 421-30
- Arnstein, P., & Herr, K. (2017). Persistent pain management in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 43, 20–31.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306
- 210.1097/CCM Iafrati NS (1986) Pain on the burn unit: patient vs nurse perceptions. *J Burn Care Rehabil* 7: 413-6
- CII (2012). Conseil International des infirmières: Code déontologique du CII pour la profession infirmière, repéré à http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf
- Fishman, SM, Young HM, Lucas Arwood E., et al (2013) Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit. *Pain Med* 14: 971–81
- Gelinas C., Chanques G., et Puntillo K., (2014). "In pursuit of pain: recent advances and future directions in pain assessment in the ICU." *Intensive Care Med* **40**(7): 1009-1014.
- Gregoire, M., et al. (2016). "Repeated exposure to others' pain reduces vicarious pain intensity estimation." *Eur J Pain* **20**(10): 1644-1652.
- Hatherley, C., et al. (2016). "Time to analgesia and pain score documentation best practice standards for the Emergency Department - A literature review." *Australas Emerg Nurs J* **19**(1): 26-36.
- Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, et al (2011) Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs* 12: 230–50



congres-sidiief.org

RÉFÉRENCES 2/2

- Maroney, C. L., et al. (2004). "Acceptability of severe pain among hospitalized adults. J Palliat Med **7**(3): 443-450.
- McCaffery M. (1968) Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. University of California at Los Angeles, Los Angeles, pp 95
- Pretorius, A., et al. (2015). "Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain." Pain Manag Nurs **16**(3): 372-379.
- Prkachin KM, Rocha EM (2010) High levels of vicarious exposure bias pain judgments. J Pain **11**:904-9
- Scher, C., et al. (2018). "Moving Beyond Pain as the Fifth Vital Sign and Patient Satisfaction Scores to Improve Pain Care in the 21st Century." Pain Manag Nurs **19**(2): 125-129.
- Schiavenato M., Craig KD (2010) Pain assessment as a social transaction: beyond the "gold standard". Clin J Pain **26**:667-76
- Schug S., Palmer GM, Scott DA, et al (2015) Acute pain management: scientific evidence. Australian and New Zealand College of Anaesthetists & Faculty of Pain Medicine, Melbourne, pp 43-4
- Sommer M., de Rijke JM, van Kleef M., et al (2008) The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical in patients. Eur J Anaesthesiol **25**:267-7
- Van Boekel, R., et al. (2017). Moving beyond pain scores: Multidimensional pain assessment is essential for adequate pain management after surgery.
- Verloo, H., et al. (2012). "Delirium among Home-Dwelling Elderly after a Recent Hospitalization: An Urgent Need for Effective Nursing Interventions." Dement Geriatr Cogn Dis Extra **2**: 187-189.
- Wadensten B, Frojd C, Swenne CL, et al (2011) Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. J Clin Nurs **20**:624-34