



service public fédéral

**SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

Recommandation de bonnes pratiques en art infirmier :

« Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients adultes souffrant de douleur chronique »

Projet E.B.N. – Project E.B.N.

Subsidisé :

Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Projet subsidié par le SPF santé publique
Direction générale des soins de santé primaires:
AR 28 novembre 2008.
MB 2 janvier 2009

Coordinateur du projet : Putzeys Dominique.

Chargés de recherche : Collins Sabine - Heirstrate Luc – Lambert Véronique

Project Management Team (PMT):

Bossuyt C.: Service Public Fédéral (SPF) santé publique : Direction générale des soins de santé primaire et gestion de crise DG 2.

Collins S. : MSc-RN ,Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S),

Glorieux M.: Service Public Fédéral (SPF) santé publique : Direction générale des soins de santé primaires et gestion de crise DG 2.

Heirstrate L. : RN, Wit-Gele Kruis – Antwerpen et membre de la CIPIQ-S

Labalue J.: RN , Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S),

Lambert V : MSc-RN, Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S)

Putzeys D. : MSc-RN, Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S),

Quinet M. : Service Public Fédéral (SPF) santé publique : Direction générale des soins de santé primaire et gestion de crise DG 2.

Telemans M. : Service Public Fédéral (SPF) santé publique : Direction générale des soins de santé primaires et gestion de crise DG 2.

Thirifay D. : Cellule stratégique, Cabinet Ministre Onkelinx.

Van Loon H. : RN, Wit-Gele Kruis – Antwerpen et membre de la CIPIQ-S

Comité d'accompagnement de la CIPIQ-S :

Heirstrate L. : RN, Wit-Gele Kruis – Antwerpen et membre de la CIPIQ-S

Jacquery A. : PhD-MSc-RN, Expert CIPIQ-S (Université Libre de Bruxelles (ULB) - Belgique).

Labalue J. : RN, Coordinateur belge du projet (Coordinateur cellule qualité au CHR Citadelle Liège - Belgique)

Lair ML : MSc-RN, Expert – CIPIQ-S (Centre de Recherche Public (CRP) - Luxembourg).

Leruth S. : MSc-RN, Expert – CIPIQ-S (Clinique et maternité Sainte-Elisabeth – Namur)

Morlot D. : MSc-RN, Expert CIPIQ-S (Centre Hospitalier Luxembourgeois - Luxembourg)

Mullender D. : MSc-RN, Expert CIPIQ-S (Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz (IFAC) - Belgique)

Pechon S. MSc, RN, Président de la CIPIQ-S - Expert (Centre Hospitalier Luxembourgeois - Luxembourg).

Putzeys D. : MSc-RN, Chargé de recherche pour la CIPIQ-S et rédacteur (CHR Citadelle Liège - Belgique)

Rae A.C. : RN, chargée de recherche et qualité, Expert CIPIQ-S (Hôpital Universitaire de Genève - Suisse)

Van Loon H. : RN, Wit-Gele Kruis – Antwerpen et membre de la CIPIQ-S

Groupe d'experts pour la recommandation

Broekmans S. : PhD-MSc-RN, Katholieke Universiteit Leuven (BPS)

Chard'homme N. : RN, cadre paramédical hospitalier, formation en algologie, Clinique Universitaire de St Luc – Bruxelles (BPS)

Gilbert C. : RN, cadre hospitalier, coordinatrice des soins continus et prise en charge de la douleur chronique, formation en soins palliatifs, Hôpital Universitaire ERASME - Bruxelles (BPS)

Pr Hans Guy : PhD-MD Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Maes P. : RN, Infirmier soins à domicile - NVKVV (BPS)

Groupe d'experts pour la validation des outils

Pr Berquin Anne : PhD-MD, Centre de la douleur chronique, Cliniques Universitaires Saint-Luc – Bruxelles (BPS)

Chard'homme N. : RN, cadre paramédical hospitalier, formation en algologie, Clinique Universitaire de St Luc – Bruxelles (BPS)

Pr Faymonville M-E : PhD-MD, Clinique de la douleur, Centre Hospitalier Universitaire (CHU)- Liège

Gilbert C. : RN, cadre hospitalier, coordinatrice des soins continus et prise en charge de la douleur chronique, formation en soins palliatifs, Hôpital Universitaire ERASME - Bruxelles (BPS)

Maes P. : RN, Infirmier soins à domicile - NVKVV (BPS)

Groupe de résonance :

Dr. Avonts M. : Domus Medica

Bodeux S. : Aide et Soins à Domicile (ASD) – Verviers

De Busser T. : Wit-Gele Kruis – Antwerpen

Claessen H. : Wit-Gele Kruis – Antwerpen

Clinckx K. : Wit-Gele Kruis – Vlaams-Brabant

Cordyn S. : Wit-Gele Kruis - Vlaanderen

Delcroix L. : SISD de Montigny le Tilleul.

Deltour G.: Présidente de l'association des infirmières indépendantes de Belgique (avec collaboration de membres de l'A.I.I.B.)

Emonts Myriam : Gelb-Weisses Kreuz – Eupen Amel

Fernandez E.: Mederi

Dr. Leysen P.: Domus Medica

Mercenier Cl. : Infi-service – Namur

Ori Ch. : Aide et Soins à Domicile (ASD) – Liège

Van Ende S. : Wit-Gele Kruis - Limburg

Van Laere F. : Wit-Gele Kruis – West-Vlaanderen

Personne de contact :

Labalue J. : RN, Chef de projet - Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000

Putzeys D. : MSc-RN , Coordonnateur de projet - Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000

Coordinateur du projet :

Putzeys D. : MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000

Chargé de recherche et rédacteur de la recommandation :

Collins S. : MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000

Heirstrate L. : RN, Wit-Gele Kruis – Antwerpen et membre de la CIPIQ-S

Lambert V. : MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000

Putzeys D. : MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XII ème de Ligne, 1 Liège 4000

Conflit d'intérêts :

None declared – non déclarés.

Groupe cible :

Infirmier(e)s en soins à domicile et médecins généralistes.

Diffusion :

Sous la responsabilité du Service Public Fédéral (SPF) Direction Générale des Soins de Santé primaires & Gestion de crise.

Mots clés : Douleur chronique, nociceptive, neuropathique, idiopathique, évaluation, anamnèse, rôle infirmier, soins de santé, recherche, coût, efficacité, qualité.

TABLE DES MATIÈRES

RESUME.....	9
A. METHODOLOGIE DE REDACTION DE LA RECOMMANDATION	18
I. CONTEXTE DE LA THEMATIQUE	18
II. CONSTRUCTION DE LA RECOMMANDATION.....	19
<i>1. Phase 1 : Evaluation des besoins de RBP dans le domaine des soins à domicile.....</i>	<i>19</i>
1.1. Objectif.....	19
1.2. Méthode.....	19
1.3. Structure du questionnaire.....	19
1.4. La diffusion du questionnaire.....	20
1.5. Analyse des résultats	22
1.5.1.Méthodologie de l'analyse	22
1.5.2.Résultats	27
1.6. Discussion	27
<i>2. Phase 2 : Recherche de littérature et rédaction de la RBP.....</i>	<i>30</i>
2.1. Investigation de la littérature	30
2.1.1. Des recommandations internationales	30
2.1.2. De la littérature scientifique	32
2.2. Type de classification des RBP	37
2.3. Expertise de la RBP	40
2.3.1. Comité d'accompagnement de la CIPIQ-S	40
2.3.2. Groupe d'experts	40
2.3.3. Groupe de résonance	41
2.3.4. Le CEBAM.....	42
<i>3. Phase 3 : Diffusion de la RBP.....</i>	<i>42</i>

B. LA RECOMMANDATION POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE EN SOINS A DOMICILE	44
I. INTRODUCTION.....	44
II. QUESTIONS DE RECHERCHE.....	45
III. DEFINITION	46
IV. ÉPIDEMIOLOGIE.....	50
V. CLASSIFICATION DES DOULEURS CHRONIQUES	51
VI. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR CHRONIQUE.....	52
1. <i>La douleur nociceptive</i>	52
2. <i>La douleur neuropathique</i>	53
3. <i>La douleur idiopathique</i>	53
VII. ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE	55
1. <i>Prise en charge infirmière : ligne de conduite</i>	57
2. <i>Argumentaire et recommandations</i>	58
2.1. Première étape : Reconnaître la présence de douleur / Réaliser l'anamnèse.....	58
2.2. Deuxième étape : Rechercher les causes de douleur chronique	60
2.3. Troisième étape : Evaluer la douleur.....	61
2.3.1. La description de la douleur	61
2.3.2. Les patients avec peu ou sans problèmes cognitifs	64
a. Les échelles unidimensionnelles- L'évaluation quantitative	65
b. Les échelles multidimensionnelles – L'évaluation qualitative.....	66
2 .3.3. Les patients présentant des troubles cognitifs	70
2.4. Quatrième étape : Réévaluer régulièrement la douleur	76
2.5.Cinquième étape : Evaluer l'efficacité du traitement	77
3. <i>Tableau récapitulatif des recommandations</i>	80
VIII. VISION HOLISTIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS SOUFFRANT DE DOULEUR CHRONIQUE.....	83

IX. TRAITEMENT DE LA DOULEUR	85
X. BIBLIOGRAPHIE.....	88
XI. ANNEXES	91
<i>Annexe 1 : Les différents paliers du traitement de la douleur et les co-analgésiques</i>	92
<i>Annexe 2: Méthodologie de rédaction de la RBP</i>	97
<i>Annexe 3 : Les échelles d'évaluation de la douleur</i>	103
<i>Annexe 4 : Tableaux comparatifs des échelles de la douleur.....</i>	114
<i>Annexe 5 : Tableaux de preuves et analyse des recommandations avec l'outil GRADE.....</i>	119
<i>Annexe 6 : Enquête auprès des infirmier(e)s en soins à domicile.....</i>	159
<i>Annexe 7 : Analyse des résultats de l'enquête auprès des infirmier(e)s à domicile.....</i>	164
<i>Annexe 8 : Evaluation de la RBP par le groupe de résonance via la grille AGREE</i>	212

RESUME

Dans le cadre du subside octroyé par le SPF Santé publique (AR 28 novembre 2008 – MB 2 janvier 2009) et à l'initiative de Madame Laurette Onkelinx, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, l'ASBL de droit luxembourgeois CIPIQ-S a rédigé une recommandation de bonnes pratiques en art infirmier axée sur le « **Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients adultes souffrant de douleur chronique** ».

Selon les définitions retrouvées dans la littérature (OMS⁽¹¹⁾, International Association for the Study of Pain⁽¹⁰⁾ (IASP)), la douleur chronique est une expérience multidimensionnelle (sensorielle et émotionnelle), subjective, qui n'est pas nécessairement liée à une lésion et qui évolue depuis 3 à 6 mois. La douleur chronique est reconnue comme étant un syndrome clinique, induisant des phénomènes physiques/biologiques, psychologiques et sociaux pouvant avoir un retentissement majeur sur l'activité quotidienne des patients.

La douleur peut être provoquée par trois processus physiologiques différents, pouvant agir seuls ou de façon concomitante. Ces trois processus physiologiques permettent de classer la douleur en trois catégories : la douleur nociceptive, la douleur neuropathique et la douleur idiopathique.

Selon l'étude de Breivik et al. ⁽¹⁸⁾ la prévalence moyenne pondérée de la douleur chronique en Belgique est de 23% (n=2451) avec une moyenne d'âge de 48,4 ans et touchant pour 54% des femmes. La durée moyenne de la douleur chronique en Belgique est de 7,5 années.

Dès que le diagnostic de douleur chronique est posé, il est recommandé de faire bénéficier ce type de patient d'une prise en charge globale, de type multidisciplinaire (HAS 2000 et 2008, Mc Lennon 2005, NHS 2006, BPS 2007). Ce type de prise en charge implique une collaboration étroite entre le médecin généraliste, l'infirmier(e) en soins à domicile, le pharmacien, le kinésithérapeute etc. dont l'objectif ne sera pas de supprimer totalement la douleur (souvent très difficile voire impossible) mais de permettre au patient de vivre avec cette douleur et d'améliorer sa qualité de vie.

Cette recommandation s'oriente sur le rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients souffrant de douleur chronique. Cette prise en charge va être axée sur cinq points :

1. Reconnaître la présence de douleur / Anamnèse
2. Recherche des causes de douleur chronique
3. Evaluation de la douleur
4. Réévaluation régulière de la douleur
5. Evaluation de l'efficacité du traitement.

Premier axe : Reconnaître la présence de douleur / Anamnèse

L'anamnèse du patient est réalisée en employant des termes simples et en recherchant, par l'observation, des indicateurs alternatifs de la présence de douleur chronique.

L'infirmier(e) demande au patient s'il souffre de douleur et/ou reconnaît les signes de la douleur. Si le patient se trouve dans l'incapacité de s'exprimer. L'infirmier(e) est alerté(e) par la présence de douleur et reconnaît la douleur quand le patient l'exprime, même si la cause reste inconnue.

Deuxième axe : Recherche des causes de douleur chronique

Après avoir diagnostiqué la présence de douleur, l'infirmier(e) doit en informer le médecin responsable du patient. Celui-ci recherchera les causes de la douleur, en vue de la mise en œuvre d'un traitement approprié, ainsi que les processus pathologiques pouvant expliquer les symptômes (Mc Lennon 2005, NHS 2006).

L'infirmier(e) identifie les facteurs contribuant à l'exacerbation de cette douleur afin d'aider le patient à la soulager et de lui permettre de vivre avec la douleur au quotidien.

Troisième axe : Évaluation de la douleur

L'infirmier(e) doit ensuite réaliser une évaluation globale de la douleur. La British Pain Society (BPS) propose d'évaluer la douleur sur trois plans : physique, psychologique et social.

La première évaluation de la douleur est plus large et doit idéalement faire appel à une **échelle multidimensionnelle** afin d'évaluer la douleur dans ces différentes dimensions et pas uniquement en termes d'intensité. La Brief Pain inventory (BPI) et le Questionnaire Mc Gill Pain (MPQ) sont des échelles multidimensionnelles validées pour l'évaluation de la douleur chronique dans sa globalité.

Ensuite, une **échelle unidimensionnelle**, permettant une auto-évaluation de l'intensité de la douleur pourra être utilisée régulièrement. L'échelle visuelle analogique (VAS), l'échelle numérique (NRS), l'échelle verbale simple (VDS) et l'échelle des visages (FPS) sont des échelles unidimensionnelles validées. Cependant, le choix de l'échelle doit être judicieux et celle-ci doit être adaptée à l'état cognitif du patient ainsi qu'à ses capacités. La description d'une procédure concernant le choix de l'échelle en fonction de l'état du patient se trouve dans la RBP. Une fois choisi, l'infirmier(e) doit toujours utiliser le même instrument de mesure chez le patient, si celui-ci reste stable sur le plan cognitif, et doit aider le patient à l'utiliser si nécessaire.

Pour les patients présentant des troubles cognitifs sévères et/ou des problèmes majeurs de communication, une auto-évaluation de la douleur est souvent impossible à réaliser. Dans ce cas, il est recommandé d'évaluer la douleur au moyen d'échelles d'observation en collaboration avec les proches ou la famille. Cependant, parmi ces échelles, aucune ne satisfait complètement les auteurs les ayant testées,

comparées. Seule l'échelle PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) semble être considérée comme la méthode de mesure la plus utilisable en pratique.

Quatrième axe : Réévaluation régulière de la douleur

Après avoir choisi l'échelle d'évaluation de la douleur la plus appropriée, l'infirmier(e) doit réévaluer de façon régulière la douleur afin de mesurer l'efficacité du traitement (BPS 2007, HAS 2008, NHS 2006). Les effets secondaires éventuels de la thérapie doivent également être recherchés.

Cinquième axe : Évaluation de l'efficacité du traitement

L'évaluation de l'efficacité d'un traitement ne doit pas se focaliser uniquement sur les modifications de l'intensité douloureuse mais doit aussi tenir compte des différentes dimensions de la prise en charge comme l'amélioration de la qualité de vie et de l'activité quotidienne du patient.

L'objet de cette recommandation n'est pas d'aborder les différentes dimensions du traitement de la douleur chronique. Cependant, au-delà des cinq axes autour desquels s'articule la prise en charge infirmière d'un patient douloureux, le rôle de l'infirmier(e) consiste également à collaborer avec le médecin lors des phases du traitement. Cette collaboration consiste en l'administration adéquate du traitement, à l'évaluation de son efficacité et à la surveillance des effets indésirables.

SAMENVATTING

In het kader van de subsidie uitgevaardigd door de FOD Volksgezondheid (KB 28 november 2008 – BS 2 januari 2009) en op initiatief van Mevrouw Laurette Onkelinx, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, stelde de v.z.w. van Luxemburgs recht CIPIQ-S een aanbeveling voor goede verpleegkundige praktijkvoering op met betrekking tot « **De rol van de verpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn thuis bij volwassen patiënten** ».

De definities die men terugvindt in de literatuur (OMS(11), International Association for the Study of Pain (IASP)(10)) beschrijven chronische pijn als een multidimensionale ervaring (zintuigelijk en gevoelsmatig), subjectief en niet noodzakelijk gebonden aan een letsel, die sedert 3 à 6 maanden aanwezig is. Chronische pijn wordt beschouwd als een klinisch syndroom op zich dat fysieke/biologische, psychologische en sociale verschijnselen induceert die een grote impact kunnen hebben op de dagelijkse activiteiten van de patiënt.

De pijn kan worden uitgelokt door drie verschillende fysiologische processen die elk afzonderlijk of tegelijkertijd kunnen optreden. Zo kan pijn worden ingedeeld in drie categorieën : nociceptieve, neuropatische en ideopatische pijn.

Volgens een onderzoek van Breivik et al.(18) bedraagt de gewogen gemiddelde prevalentie van chronische pijn in België 23% (n=2351) bij een gemiddelde leeftijd van 48,4 jaar en voor 54% bij vrouwen. In België duurt chronische pijn gemiddeld 7,5 jaar.

Vanaf het moment dat de diagnose bij de patiënt is gesteld, wordt er aanbevolen om de chronische pijn globaal en multidisciplinair aan te pakken (HAS 2000 et 2008, Mc Lennon 2005,NHS 2006, BPS 2007). Dit vergt een nauwe samenwerking tussen de huisarts, de thuisverpleegkundige, de apotheker, de kinesist enz. De doelstelling hierbij is niet zozeer de pijn volledig terug te dringen (vaak is dit moeilijk of zelfs onmogelijk), dan wel de patiënt te leren omgaan met de pijn en zijn levenskwaliteit te verbeteren.

De richtlijn behandelt de rol van de thuisverpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn en richt zich voornamelijk op 5 punten :

1. de aanwezigheid van pijn herkennen : anamnese
2. naar de oorzaken van chronische pijn zoeken
3. het evalueren van de pijn
4. het regelmatig herevaluieren van de pijn
5. het nagaan van de doeltreffendheid van de behandeling

Eerste pijler: de aanwezigheid van pijn herkennen / anamnese

De anamnese van de patiënt gebeurt aan de hand van simpele vragen en door het opsporen, door observatie, van andere indicatoren die wijzen op chronische pijn.

De verpleegkundige vraagt aan de patiënt of hij/zij pijn heeft en/of herkent pijnignalen. Indien de patiënt zich niet kan uitdrukken dient de verpleegkundige alert te zijn voor de aanwezigheid van pijn en pijn te herkennen wanneer de patiënt die uit, zelfs indien de oorzaak onbekend blijft.

Tweede pijler: naar de oorzaken van chronische pijn zoeken

Nadat er is vastgesteld dat de patiënt pijn heeft, dient de verpleegkundige de behandelende arts in te lichten. Deze gaat met het oog op de aangewezen behandeling na wat de oorzaak van de pijn kan zijn en tevens welke pathologische processen de pijn kunnen verklaren (Mc Lennon 2005, NHS 2006).

De verpleegkundige herkent de factoren die de pijn verergeren zodat hij de patiënt kan helpen de pijn te verzachten en er mee om te gaan in het dagelijks leven.

Derde pijler : het evalueren van de pijn

Vervolgens voert de verpleegkundige een globale pijnevaluatie uit. De British Pain Society (BPS) stelt voor om te evalueren op drie vlakken : fysiek, psychologisch en sociaal.

De eerste pijnevaluatie is uitgebreider en wordt idealiter uitgevoerd aan de hand van een **multidimensionele schaal** om zo de pijn in haar verschillende dimensies te kunnen evalueren en niet enkel in termen van pijnintensiteit. De Brief Pain inventory (BPI) en de Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) zijn gevalideerde multidimensionele schalen voor de evaluatie van chronische pijn in haar globaliteit.

Vervolgens wordt op regelmatige basis een **unidimensionele schaal** gehanteerd waarmee een zelfevaluatie van de pijnintensiteit kan worden gedaan. De visueel-analoge schaal (VAS), de numerieke schaal (NRS), de eenvoudige verbale schaal (VDS) en de gezichtenschaal (FPS) zijn hiervoor de gevalideerde unidimensionele schalen. Men dient evenwel een nauwkeurige keuze te maken rekening houdend met de cognitieve mogelijkheden en de capaciteiten van de patiënt. De AGP voorziet een procedure voor de keuze van een schaal in functie van de toestand van de patiënt. Eens de keuze werd gemaakt, dient de verpleegkundige bij de patiënt steeds hetzelfde instrument te gebruiken indien deze op cognitief vlak stabiel blijft en moet de patiënt indien nodig worden bijgestaan bij het gebruik ervan.

Patiënten met ernstige cognitieve stoornissen en/of belangrijke communicatieproblemen zijn vaak niet in staat een zelfevaluatie door te voeren. In zulk geval raadt men aan de pijnevaluatie te doen aan de hand van een observationele schaal in samenwerking met de naasten of de familie. Onderzoekers die zulke schalen testen en vergelijken hebben echter nog geen volledig afdoend instrument gevonden. Enkel de PACSLAC-schaal (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) lijkt momenteel te worden beschouwd als de meest bruikbare en praktische methode.

Vierde pijler : het regelmatig herevaluieren van de pijn

Nadat de meest aangewezen evaluatieschaal werd gekozen, dient de verpleegkundige op regelmatige tijdstippen de doeltreffendheid van de behandeling na te gaan (BPS 2007, HAS 2008, NHS 2006), evenals de eventuele nevenwerkingen ervan.

Vijfde pijler : het nagaan van de doeltreffendheid van de behandeling

Het nagaan van de doeltreffendheid van een behandeling is niet enkel gefocust op wijzigingen van de pijnintensiteit maar dient ook rekening te houden met de verschillende dimensies zoals de verbetering van de levenskwaliteit en de dagelijkse activiteiten van de patiënt.

Het is niet de bedoeling van deze richtlijn om pijnbehandeling in al zijn dimensies uit te werken. Nochtans is het, naast deze vijf pijlers waarop de verpleegkundige zorg voor een chronische patiënt gericht is, eveneens de rol van de verpleegkundige om samen te werken met de huisarts in het kader van de behandeling, met name bij de adequate toediening ervan, bij het nagaan van de doeltreffendheid en bij het waken over ongewenste nevenwerkingen.

SUMMARY

Under the amount granted by the Federal Service of Public Health (RD November 17th 2009 – BS December 17th 2009) and initiated by Mrs. Laurette Onkelinx, Minister of Social Affairs and Public Health, the Luxembourg non-profit organisation CIPIQ-S has drafted a new evidence-based guideline concerning “**The nursing approach of chronic pain for adults in Home Care**”.

According to literature references, (WHO (11), International Association for the Study of Pain (IASP)(10)) chronic pain is a subjective, multidimensional experience (both sensorial and sensitive) that has been present for 3 to 6 months and is not necessarily injury-related. Chronic pain is considered a clinical syndrome inducing physiological/biological and social phenomena having a great impact on the patient's daily life.

This pain can be induced by three different physiological processes each appearing separately or simultaneously. Thus pain can be classified in three categories : nociceptive pain, neuropathic pain and ideopathic pain.

According to research by Breivik et al. (18) the weighted average chronic pain prevalence in Belgium is 23% (n=2351), the average age being 48,4 years and 54% being females. In Belgium chronic pain persists for an average of 7,5 years.

Once diagnosed, it is recommended to develop a global and multidisciplinary approach towards chronic pain. A tight collaboration between the GP, the home care nurse, the pharmacist, the physiotherapist, etc. is required. The main objective as such is not to reduce the patient's pain completely (often this is hard or even impossible), but to teach him how to cope with this pain and to improve his quality of life.

The guideline tackles the nurse's role in chronic pain treatment and mainly focuses on 5 objectives:

1. to recognize pain: history
2. to search for causes of chronic pain
3. to evaluate the pain
4. to regularly re-evaluate the pain
5. to examine the effectiveness of the treatment

First objective: to recognize pain/history

Examining the patient's history by asking simple questions and by detecting and observing alternative signs indicating chronic pain.

The nurse asks the patient whether he's in pain and recognizes pain signals. When the patient isn't able to express himself, the nurse has to be alert to the existence of

pain and has to recognize pain when expressed by the patient, even if it is of unknown origin.

Second objective: to search for causes of chronic pain

After having detected that the patient is in pain, the nurse has to report to the GP. The GP examines the potential causes and the pathological processes explaining this pain in view of a proper treatment.

The nurse recognizes the elements worsening the pain and in this way helps the patient in soothing the pain and coping with it in daily life.

Third objective : to evaluate the pain

Next the nurse carries out a global pain assessment. The British Pain Society (BPS) proposes to evaluate the physical, the psychological and the social aspects of pain.

The first assessment is a comprehensive one carried out ideally by means of a **multidimensional scale** allowing the assessor to evaluate different pain dimensions, not only in terms of pain intensity. The Brief Pain inventory (BPI) and the Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) are known as validated multidimensional pain scales used for global assessment of chronic pain.

Subsequently pain intensity self-evaluation by means of a **unidimensional scale** is carried out on a regular basis. The visual analogue scale (VAS), the numeric rating scale (NRS), the verbal descriptive scale (VDS) and the faces pain scale (FPS) are validated scales for this purpose. A precise choice has to be made considering the patient's cognitive potentials and capacities. The guideline provides a procedure by which a choice of scale can be made according to the patient's condition. After the selection being made, the nurse has to adhere to this instrument for the same patient provided the fact that his cognitive condition is stabilized. Also the nurse has to assist when necessary.

Patients who suffer from severe cognitive disorders and/or show serious communication problems are often not able to self-evaluate. In that case it is recommended to perform pain assessment by means of an observational scale assisted by relatives. At this point no valid instrument has been revealed by researchers testing and comparing such scales, except for the PACSLAC-scale (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate), which seems to be promising as a useful and practical method of measurement.

Fourth objective: to regularly re-evaluate the pain

After having chosen the most appropriate assessment scale, the nurse regularly has to re-evaluate the effectiveness of the treatment and to check for harmful side effects.

Fifth objective: to examine the effectiveness of the treatment

This examination does not only focus on changes of pain intensity but also has to take other dimensions into account such as improvement of quality of life and increase of the patient's daily activities.

This guideline can not elaborate the matter of pain management in all its aspects. However, apart from these five objectives on which the care for chronic pain patients is based, it is the nurse's role to establish a tight collaboration with the GP concerning the treatment and particularly to administer the medication properly, to examine its effectiveness and to monitor harmful side effects.

A. METHODOLOGIE DE REDACTION DE LA RECOMMANDATION

I. CONTEXTE DE LA THEMATIQUE

Afin de proposer un nouveau thème de recommandation, une évaluation des besoins en matière de recommandations de bonnes pratiques pour les soins infirmiers à domicile était nécessaire. En 2008, cette évaluation a été réalisée sur une période de trois mois.

L'évaluation avait pour objectif :

- De proposer un thème pour la prochaine recommandation ;
- De décrire une méthodologie validée et reproductible d'évaluation des besoins en matière de recommandations de bonnes pratiques pour les soins infirmiers à domicile.

En mai 2008, la CIPIQ-S a proposé au SPF Santé publique (DG2) et au cabinet de la ministre de la Santé publique – Mme Onkelinx L. - de développer une nouvelle recommandation relative au :

« Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients adultes souffrant de douleur chronique »

« Rol van de thuisverpleegkundige bij de aanpak van chronische pijn bij volwassen patiënten ».

En 2004, la SSMG¹ a rédigé une recommandation de bonne pratique pour la prise en charge de la douleur chronique par les médecins généralistes. Cette recommandation pourrait être complétée du rôle infirmier dans la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique.

¹ Société Scientifique de Médecine Générale

II. CONSTRUCTION DE LA RECOMMANDATION

L'élaboration de cette recommandation repose sur la méthodologie proposée en annexe 2, subdivisée en trois phases. Cette méthodologie est une adaptation pour les soins infirmiers à domicile du canevas pour la rédaction d'une RBP, rédigé et élaboré conjointement par Domus Médica² et la SSMG.

Les trois phases de l'élaboration de cette recommandation sont :

- Phase 1 : Evaluation des besoins de RBP dans le domaine des soins à domicile
- Phase 2 : Recherche de littérature et rédaction de la RBP
- Phase 3 : Diffusion de la RBP (au moyen de différents supports : site web, brochures, poster)

1. Phase 1 : Evaluation des besoins de RBP dans le domaine des soins à domicile.

1.1. Objectif

Évaluer les besoins et les attentes des professionnels en soins infirmiers du domicile en matière de contenu de la recommandation, relative à la prise en charge de la douleur chronique en soins à domicile.

1.2. Méthode

Cette enquête a été réalisée sur base d'un questionnaire élaboré par nos soins. Ce questionnaire a été testé auprès d'une trentaine d'infirmier(e)s relais à l'E-BN.

1.3. Structure du questionnaire (voir annexe 6):

Le questionnaire est structuré en trois parties :

- Les données sociodémographiques ;
- Les questions ouvertes permettant une approche plus qualitative des besoins et des attentes des infirmier(e)s en matière de contenu de la RBP mais nous avons également recherché des informations sur leurs pratiques ;
- Deux séries de questions fermées avec échelle de valeur afin de croiser les éléments de la pratique infirmière en matière de douleur qui sont considérés comme importants et plus ou moins maîtrisés.

² Association scientifique des médecins généralistes flamands

1.4. La diffusion du questionnaire

Le réseau des infirmier(e)s en soins à domicile

Il nous paraissait indispensable que les relais EBN (*certains ayant participé à la construction de la RBP en tant que membre du groupe de résonance*) soient impliqués dans cette enquête.

Ces derniers possèdent leurs propres canaux de distribution et d'information. C'est pourquoi nous leur avons demandé de diffuser le questionnaire à une dizaine de leurs collègues.

Les autres infirmier(e)s à domicile

Dans ce type d'enquête, il est important d'atteindre tous les infirmier(e)s à domicile, y compris ceux n'ayant pas encore été couverts par le projet.

Grâce à la collaboration de l'INAMI, il est possible de définir le profil et le nombre des prestataires susceptibles de recevoir ce questionnaire.

Le questionnaire a été envoyé, par voie postale, à une série de professionnels du domicile indépendants ou en association (voir tableau ci-dessous).

Les associations d'employeurs ont également été contactées par téléphone et des entretiens ont été organisés afin qu'ils participent à la diffusion. Une association néerlandophone d'infirmier(e)s à domicile a également diffusé le questionnaire via son site web, dans le cadre de l'envoi d'un bulletin d'information électronique.

	Cadre professionnel des infirmier(e)s interrogé(e)s	Nombre d'inf. interrogé(e)s	Total échantillon
Salariés	Croix jaune et blanche	150	
	Centrale des soins à domicile (CSD)	150	
	Wit-Gele Kruis	300	750
	Socialiste	100	
	Autres sociétés de soins à domicile	50	
Indépendants	Associations d'infirmier(e)s indépendant(e)s francophones	150	
	Associations d'infirmier(e)s indépendant(e)s néerlandophones	150	
	Envoi postal infirmier(e)s indépendantes francophones	300	950
	Envoi postal infirmier(e)s indépendantes néerlandophones	350	
Total			1700

Structure de l'échantillon

Nous avons interrogé 1700 infirmier(e)s échantillonné(e)s en clusters (cf. tableau supra) et un nombre de répondants de 665 infirmier(e)s soit un taux de participation de 38,2% - marge d'erreur de 7,5%

La taille de l'échantillon à interroger a été déterminée sur base de la loi de Bernoulli soit :

$$n = (1,96)^2 \times N / [(1,96)^2 + I^2 \times (N-1)]$$

N = population étudiée : les infirmier(e)s ayant une activité en soins à domicile soit environ 20000 prestataires

I = la marge d'erreur que l'on peut accepter.

n = le nombre de répondants.

1.5. Analyse des résultats

1.5.1. Méthodologie de l'analyse

L'analyse des questionnaires s'est organisée selon trois grands axes.

1. L'analyse quantitative des données sociodémographiques,
2. L'analyse qualitative sur base des cinq questions ouvertes concernant les pratiques quotidiennes,
3. Deux questions fermées étudiant l'importance donnée à différents points de la pratique infirmière dans la prise en charge de la douleur au domicile et la capacité estimée par ces infirmier(e)s à connaître, maîtriser, intégrer ces points dans leur pratique.

Les différents points de la partie quantitative du questionnaire ont été analysés sous forme d'histogrammes avec pour différentes questions une étude de corrélation entre la variable étudiée et le nombre de répondants (au moyen d'un test de Khi carré de Pearson).

En ce qui concerne l'analyse qualitative, nous avons mis en évidence, pour chaque question des thèmes, des catégories et des sous-catégories. Ces différents points ont émergé lors de l'analyse des questionnaires (structuration coaxiale de la grille d'analyse). Pour les questions 4B (Face aux patients souffrant de douleur chronique, quels sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés ?), 5B (Quelle est votre attitude ?) et 5C (Pourquoi pensez-vous que votre attitude est non-adaptée face à un patient souffrant de douleur chronique ?), nous avons réalisé un tableau Excel® qui reprenait l'intitulé de la question, les différents thèmes, catégories et sous-catégories. Dans ce tableau, les réponses données par les répondants ont été décomposées en trois parties :

- a) Le ou les mots clés émergeant dans le texte,
- b) Lorsque cela était possible, un bref résumé de la réponse à la question,
- c) Les « verbatims » c'est-à-dire la transcription exacte de la réponse donnée par le répondant.

En ce qui concerne les questions 4A (Quelles sont les prestations généralement réalisées auprès des patients souffrant de douleur chronique ?) et 5A (Quelles sont les outils à votre disposition ?), un relevé des fréquences d'apparition des différents actes ou outils a été réalisé. Pour plus de clarté, nous avons annexé à ce travail nos différents systèmes de classements. L'encodage a été réalisé en français pour la partie francophone et en néerlandais pour la partie néerlandophone de l'étude, selon le même tableau Excel®. Afin d'analyser les données, nous avons procédé à une analyse de la fréquence d'apparition des réponses données par thèmes, catégories et sous-catégories ainsi qu'un comptage du nombre de réponses par répondant.

Nous avons réalisé, grâce à cela des graphiques en secteur reflétant la parité des répondants/non-répondants, le pourcentage de réponses par répondant et pour terminer, des graphiques pour exprimer les pourcentages de réponses dans les différents thèmes, catégories ou sous-catégories.

Question 4A : Quelles sont les prestations généralement réalisées auprès des patients souffrant de douleur chronique ?

CATEGORIES
Soins d'hygiène
Traitement
Soins de plaies
Evaluation de la douleur
Confort/Bien-être du patient
Prise de paramètres vitaux
Appel d'autres professionnels de la santé

Question 4B : Face aux patients souffrant de douleur chronique, quels sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés ?

THEMES	CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES
Soignant	Pluridisciplinarité	Collaboration avec le médecin
		Collaboration avec autres professionnels de la santé
	Soignant	Isolement social
		Temps
		Peur
Patient	Patient	Perception/ressenti
		Moyens financiers
		Techniques alternatives
		Temps
		Non-compliance
	Complication de la douleur	Fatigue
		Troubles alimentaires
		Troubles psychologiques
		Altération État Général /Altération de l'état physique
		Isolement social
Prise en charge de la douleur	Douleur	Autres
		Évaluation de la douleur
		Maitrise de la douleur
	Traitement	Douleur
		Effets secondaires
		Inefficacité des traitements
		Inadaptation des traitements
		Gestion du traitement

Question 5A : Quelles sont les outils à votre disposition ?

CATEGORIES
Évaluation de la douleur
Techniques alternatives
Référence équipe multidisciplinaire
Traitements médicamenteux
Connaissance infirmière
Communication/Écoute
Matériel
Concertation

Question 5B : Quelle est votre attitude ?

THEMES	CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES
Soignant	Pluridisciplinarité	Collaboration avec le médecin Collaboration avec les autres infirmier(e)s Collaboration avec les autres professionnels de la santé Collaboration avec la famille/le patient
Patient	Patient	Écoute/empathie Information Prise en charge globale/Bien-être Approche individuelle
Prise en charge de la douleur	Traitement	Adaptation des traitements Gestion de la douleur Évaluation de la douleur Compréhension

Question 5C : Pourquoi pensez-vous que votre attitude est non-adaptée face à un patient souffrant de douleur chronique ?

THEME	CATEGORIES	SOUS-CATEGORIES
Soignant	Pluridisciplinarité	Collaboration avec le médecin Collaboration avec les autres infirmier(e)s Collaboration avec les autres professionnels de la santé Collaboration avec la famille/le patient Compétences limitées
	Infirmier	Sentiment d'impuissance Manque de connaissance
Patient	Patient	Psychologie du patient Type de patient
Prise en charge de la douleur	Prise en charge non-optimale de la douleur	Manque de moyens physiques Manque de moyens financiers Manque de moyens psychologiques Sous-estimation de la douleur Traitement non adéquat

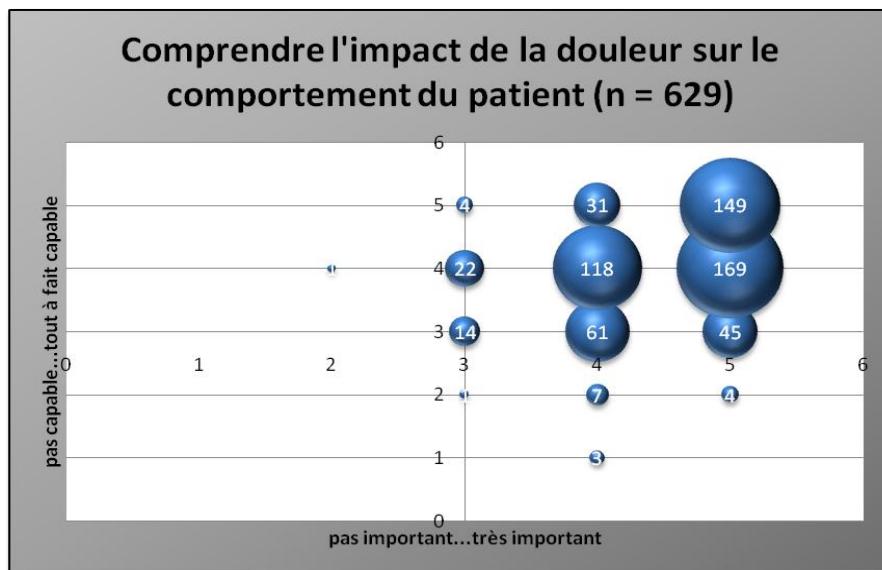
Pour terminer l'analyse des questionnaires, une étude croisée a été réalisée entre les questions n°7 (Dans quelle mesure estimez-vous que les points suivants sont importants pour votre pratique clinique quotidienne ?) et n°8 (Dans quelle mesure estimez-vous être capable d'intégrer ces affirmations dans votre pratique clinique quotidienne ?).

L'objectif de cette étude croisée était de mettre en évidence la relation entre l'importance donnée par les infirmier(e)s en soins à domicile aux actes qu'ils posent et leur maîtrise de ces mêmes actes. Des graphiques « bulles »(représentés par le schéma page suivante) ont été réalisés pour chacun des actes infirmiers proposés en question fermée. Ces graphiques mettent en relation, suivant 2 axes perpendiculaires, les niveaux d'importance accordés et les niveaux de capacités estimés. Les questions n°7 et n°8 présentent exactement les mêmes 15 points disposés dans le même ordre, afin de faciliter le parallélisme entre l'importance donnée à un acte et la capacité à le réaliser ou à y répondre.

Dans les graphiques « bulles », la zone considérée comme la plus intéressante est celle où les infirmier(e)s donnent une grande importance à l'acte mais se sentent moyennement ou faiblement capables de le réaliser/de le maîtriser. En terme de codification numérique, il s'agit du niveau 3, 4, 5 (le niveau 6 n'étant jamais attribué) pour ce qui est de l'importance donnée à l'acte (axe des X) et du niveau 1, 2 et 3 (le niveau 0 n'étant jamais attribué) pour ce qui est de la maîtrise de ce même acte (axe des Y). Pour plus de clarté, voici un exemple schématisé servant de base au graphique. La partie intéressante se situe dans le coin inférieur droit (coloré en jaune). Il s'agit des compétences infirmières qu'il serait intéressant d'améliorer.

Pas capable → tout à fait capable	Se sent capable de réaliser l'acte mais ne trouve pas l'acte important pour la pratique			6	Se sent tout à fait capable de réaliser l'acte et trouve l'acte très important pour la pratique		
	5			4			
	0	1	2	3	4	5	6
	Se sent peu ou pas capable de réaliser l'acte et ne trouve pas l'acte important pour la pratique			2	Se sent peu ou pas capable de réaliser l'acte mais trouve l'acte important pour la pratique		
				1			
				0			
	Pas important → très important						

Exemple :



Il est important de noter que la partie gauche du graphique regroupe une faible quantité de réponses au travers des 15 points abordés dans les questions n°7 et 8. Nous avons choisi de ne pas développer cette zone pouvant être considérée comme négligeable (maximum 3% de l'échantillon) dans les commentaires pour ne pas alourdir le travail. Cela signifie que 97% des infirmier(e)s interrogés considèrent tous les éléments comme importants pour leur pratique.

1.5.2.Résultats

Les résultats sont disponibles en annexe 7.

1.6. Discussion

Ce chapitre concentre les éléments les plus interpellants de l'enquête. L'intégralité de l'analyse des résultats se trouve en annexe 7.

Dans le cadre de l'analyse quantitative, une description de l'échantillon étudié a été réalisée et a mis en évidence un ratio de presque deux infirmier(e)s indépendants pour un(e) infirmier(e) salarié(e). Pour ce qui est de la distribution francophone/néerlandophone, l'échantillon des répondants néerlandophones (84%) est nettement supérieure (plus de 5 fois) à l'échantillon des répondants francophones (16%).

La majorité de l'échantillon étudié (60,1%) s'occupe de un à cinq patients douloureux par semaine.

En ce qui concerne l'analyse qualitative de l'étude, plusieurs éléments de réponses intéressants ont pu être mis en évidence. Les prestations les plus souvent réalisées par les infirmier(e)s à domicile auprès des patients souffrant de douleur chronique ont trait aux soins d'hygiène (41,5%), au traitement (33,1%) c'est-à-dire la vérification et l'administration de celui-ci et aux soins de plaies (22,4%). Les prestations reprises sous les catégories « évaluation de la douleur, confort/bien-être, prise de paramètres et appel aux autres professionnels de la santé » sont très peu citées (<3%).

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez les patients souffrant de douleur chronique, ont pour 60,7% un rapport direct avec le patient. Plus précisément, les troubles psychologiques (19%), l'altération de l'état général ou la dégradation de l'état physique (15,2%), la perception que le patient a de sa propre situation ou son ressenti face à la douleur (8,4%) constituent des complications découlant directement de la douleur chronique chez les patients pris en charge.

Pour ce qui est des outils mis à la disposition des infirmier(e)s à domicile pour la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique, l'étude réalisée met en évidence différents outils relativement intéressants. Les outils utilisés principalement par les infirmier(e)s à domicile sont le traitement médicamenteux (37,7%), le recours à du matériel (cité uniquement par les néerlandophones à raison de 15%), l'évaluation de la douleur (10,9%) et la concertation (10,3%). Les techniques alternatives, c'est-à-dire les massages, l'utilisation d'huiles essentielles, les techniques de bien-être, les positions antalgiques, de coussins, les médecines alternatives, l'utilisation de cool/hot pack, etc. sont utilisées par 8,5 % de l'échantillon étudié.

Face à un patient souffrant de douleur chronique, les infirmier(e)s à domicile présentent principalement trois attitudes, c'est-à-dire la collaboration avec le médecin traitant (31%), l'écoute/l'empathie de l'infirmier(e) pour son patient (15,6%) et la prise en charge globale du patient (10,4%).

Cependant, certains infirmier(e)s pensent que leur attitude n'est pas adaptée (37,3% de l'échantillon étudié). Les principales causes responsables d'une attitude non-adaptée face à un patient souffrant de douleur chronique sont une collaboration avec le médecin traitant de « mauvaise » qualité (21,6%), le sentiment d'impuissance de l'infirmier(e) face au patient (16,9%) et le manque de connaissance de l'infirmier(e) (11%). D'autres éléments tels que la psychologie du patient, le manque de moyens physiques, le traitement non adéquat et la collaboration difficile avec le patient et sa famille sont également cités, mais dans une moindre mesure.

Dans l'analyse comparative, certains domaines concernant la prise en charge de la douleur chronique sont perçus par les infirmier(e)s interrogé(e)s comme étant importants pour leur pratique et où leur niveau de maîtrise est bon. Ces domaines ont trait à la compréhension de l'impact de la douleur sur le comportement et la qualité de vie du patient ainsi que la collaboration avec le médecin généraliste dans la prise en charge de ce type de patient.

D'autres éléments, plus nombreux, sont cependant perçus par les infirmier(e)s interrogé(e)s comme importants pour leur pratique mais où leur niveau de maîtrise n'est pas considéré comme satisfaisant. Ces éléments sont :

1. Connaître les mécanismes physiologiques de la douleur
2. Reconnaître les différents types de douleurs
3. Etre capable d'utiliser les outils d'évaluation appropriés
4. Comprendre la démarche d'évaluation de la douleur
5. Connaître les différents outils de mesure de l'intensité douloureuse
6. Connaître les différents outils de mesure du soulagement
7. Connaître les différents traitements de la douleur chronique
8. Identifier les effets secondaires des traitements antidouleurs
9. Être capable de proposer des méthodes complémentaires au traitement médicamenteux
10. Orienter le patient vers une structure appropriée

La recommandation sur la douleur chronique aura donc pour objectif d'apporter des réponses à ces différents éléments, cités comme n'étant pas assez maîtrisés par les infirmier(e)s à domicile. La construction de l'outil de diffusion de cette recommandation, utile pour la pratique clinique, s'orientera également vers ces axes de compétences. En effet, ces résultats corroborent l'enquête réalisée par courrier électronique à plus petite échelle, concernant les souhaits exprimés par les infirmier(e)s de terrain en termes de contenu de l'outil.

En recoupant certaines données des analyses qualitative et comparative, d'autres constatations émergent. Les infirmier(e)s à domicile reconnaissent avoir un niveau de maîtrise peu satisfaisant en ce qui concerne les différents traitements de la douleur chronique et l'identification des effets secondaires de ces traitements. Or, l'administration et la vérification du traitement constitue une prestation fréquente, réalisée à raison de 33,1% par les infirmier(e)s auprès des patients souffrant de douleur chronique, juste après les soins d'hygiène. Ce point devra donc être développé prioritairement, comme cité précédemment, dans la recommandation sur la douleur chronique.

Pour ce qui est de la collaboration avec le médecin généraliste, la majorité de l'échantillon étudié (66,1%) se sent capable de collaborer avec celui-ci dans la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique. Cependant, les infirmier(e)s interrogé(e)s citent une collaboration de « mauvaise » qualité avec le médecin généraliste comme étant l'attitude non adaptée qu'ils présentent le plus souvent (21,6% des répondants). Dès lors, l'élaboration d'une recommandation sur la douleur chronique, à destination des infirmier(e)s à domicile **et** des médecins traitants, présente un intérêt non négligeable afin de concilier les pratiques de ces deux intervenants dans l'objectif d'une prise en charge optimale de la douleur chronique chez les patients.

2. Phase 2 : Recherche de littérature et rédaction de la RBP

Cette recommandation a pour objectif de mettre à disposition des infirmier(e)s et des médecins généralistes, un guide de bonnes pratiques pour le traitement à domicile, des patients adultes souffrant de douleur chronique.

La recommandation tiendra compte de l'efficacité, des aspects économiques et pratiques des modalités d'évaluation de la douleur et de la prise en charge globale de ce type de patient en reposant sur le modèle bio-psycho-social.

Cette RBP est fondée sur les connaissances scientifiques disponibles dans le domaine de la prise en charge et de l'évaluation de la douleur chronique en date du 30 juin 2009.

La démarche méthodologique utilisée pour la rédaction de cette RBP suivra la logique d'une revue de la littérature scientifique de manière systématique et à une démarche dite « snowball ».

Les littératures scientifiques, professionnelles³ ainsi que la littérature grise seront investiguées. Nous avons distingué la recherche de RBP des études scientifiques proprement dites.

Nous limiterons la recherche à la littérature en anglais, français et néerlandais.

2.1. Investigation de la littérature

2.1.1. Des recommandations internationales

L'ensemble des RBP internationales dans le domaine de la douleur chronique a été identifié, et chacune des RBP a été analysée et évaluée au moyen de l'instrument AGREE, The AGREE Collaboration (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) (www.agreecollaboration.org).

Nous avons investigué les sources suivantes:

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) ou Haute Autorité de Santé (HAS) (<http://www.anaes.fr>)
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (<http://www.cbo.nl/>)
- Royal College of Nursing / NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (<http://www.nice.org.uk/>)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (<http://www.sign.ac.uk>)
- National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/>)
- Canadian Medical Association (CMA) (<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs>)
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (<http://www.ahrq.gov/>)
- Guidelines International Network (<http://www.g-i-n.net/>)
- New Zealand Guidelines Group (<http://www.nzgg.org.nz>)

L'analyse a été effectuée conjointement par deux chercheurs.

³ La littérature scientifique se distingue de la littérature professionnelle par la présence d'une peer review avant publication.

La CIPIQ-S a récolté 29 RBP dont 23 en anglais, 5 en français et 1 en néerlandais – 4 de ces RBP divergent du sujet de la recherche.
La CIPIQ-S a dès lors retenu 25 RBP internationales.

Une première analyse a été réalisée en se focalisant sur le domaine de cette recherche et en excluant les documents et outils de diffusion ne se rapportant pas à une RBP structurée.

La grille AGREE a ensuite été utilisée pour analyser 22 RBP.

Les RBP doivent répondre aux critères suivants :

- publiées ou mises à jour récemment, au plus tôt en 1998,
- construites sur base d'une revue complète de la littérature,
- la méthodologie de recherche de la littérature doit être clairement expliquée,
- la procédure de validation doit être clairement expliquée,
- concerner les soins infirmiers e
- une équipe multidisciplinaire doit avoir participé à la rédaction,
- le domaine de la recherche doit répondre à nos questions de recherche,
- les critères de faisabilité doivent avoir été abordés,
- une procédure de mise à jour est prévue,
- les patients ont été impliqués dans une étape de la démarche.

Nous avons retenu les RBP suivantes (cependant, la plupart de ces RBP n'ont pas été adaptées aux soins à domicile). Ces RBP peuvent être utilisées pour rédiger certains chapitres.

Il s'agit des recommandations suivantes.

1. British Pain Society, *The assessment of pain in older people*; october 2007.
2. Haute Autorité de Santé, *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire* ; Février 1999.
3. Haute Autorité de Santé, *Thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale* ; Octobre 2000.
4. McLennan SM. *Persistent pain management*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug. 58 p. [174 references].
5. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, *Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 Richtlijn*; 2006.
6. National Health Service (NHS). *Management of Chronic Pain in Adult - Best Practice Statement*. NHS Quality Improvement Scotland. Feb. 2006.

Ces recommandations ont été analysées au moyen de l'outil GRADE (outil élaboré par Domus Médica et SSMG – validé par le CEBAM) pour les chapitres relatifs à l'évaluation de la douleur et ses outils ainsi que la physiologie de la douleur. Cette approche a pour objectif d'avoir une vision synoptique des différentes recommandations sur ces chapitres.

2.1.2. De la littérature scientifique

Une recherche systématique dans la littérature scientifique a été réalisée jusqu'à la date ultime du 20 février 2009.

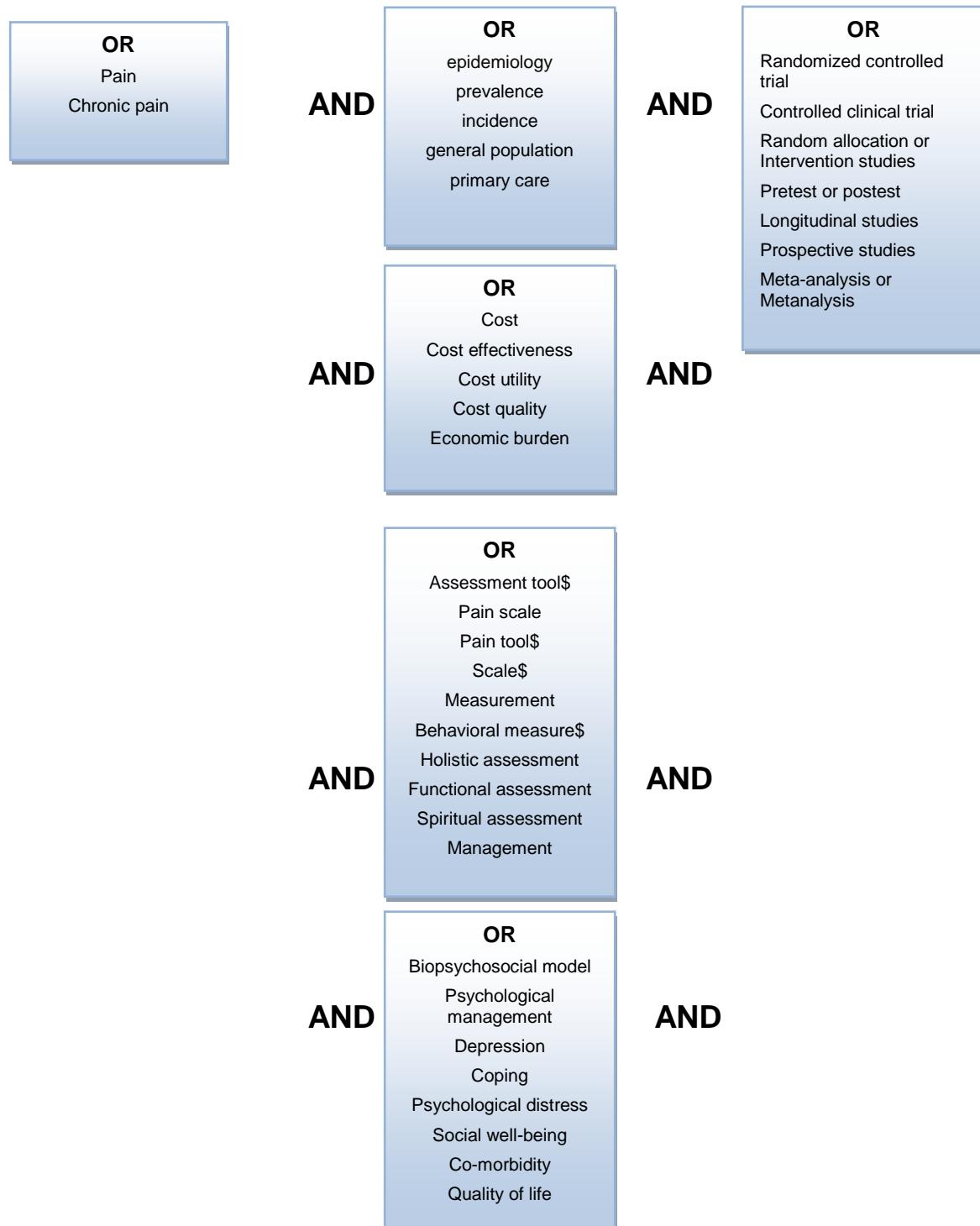
Les bases de données explorées étaient :

- a) Medline.
- b) COCHRANE : Cochrane DSR, DARE, and CCTR.
- c) Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL).
- d) British Nursing Index (BNI).

Les filtres de recherche utilisés pour cette partie de la recherche se limitaient aux clinical evidence, aux revues systématiques et méta-analyse ainsi qu'à la littérature de niveau 2 et 3 en anglais, néerlandais et français.

Les tableaux d'évidence se trouvent en annexe 5, par ordre alphabétique.

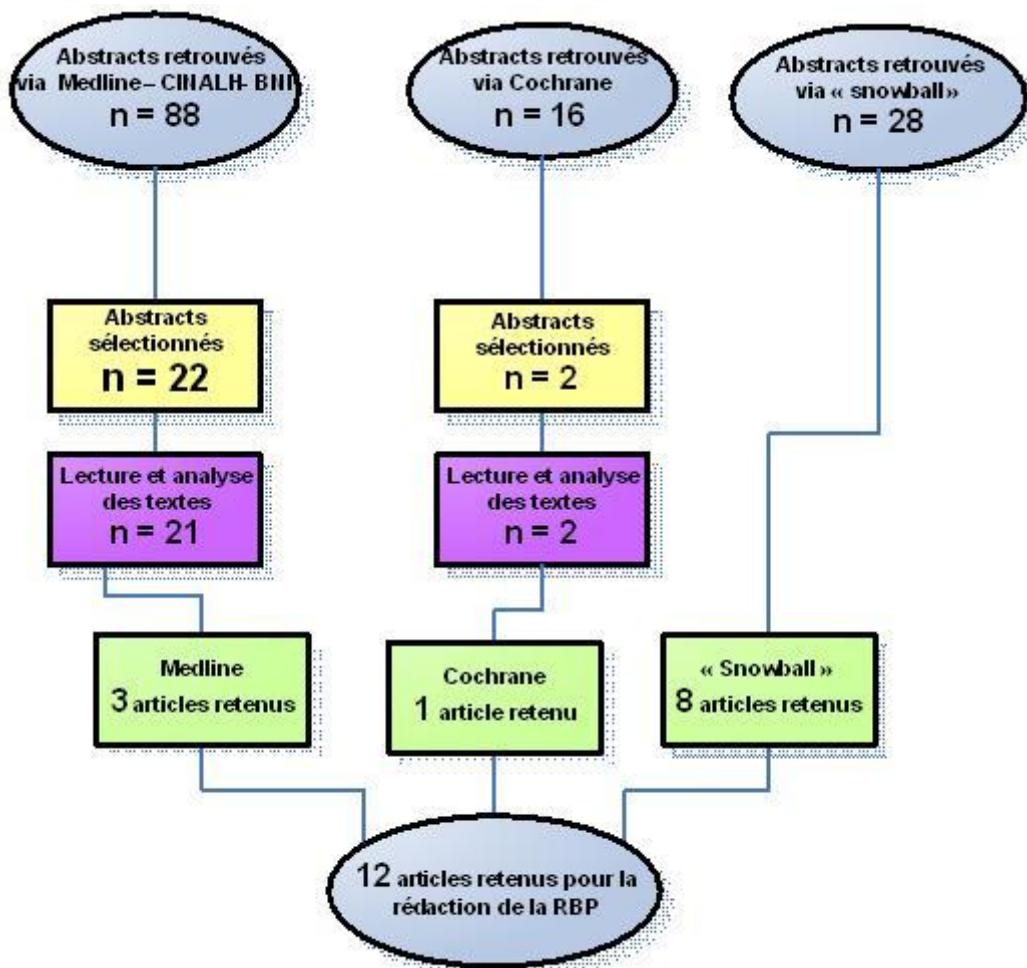
Termes MeSH utilisés pour la stratégie de recherche:



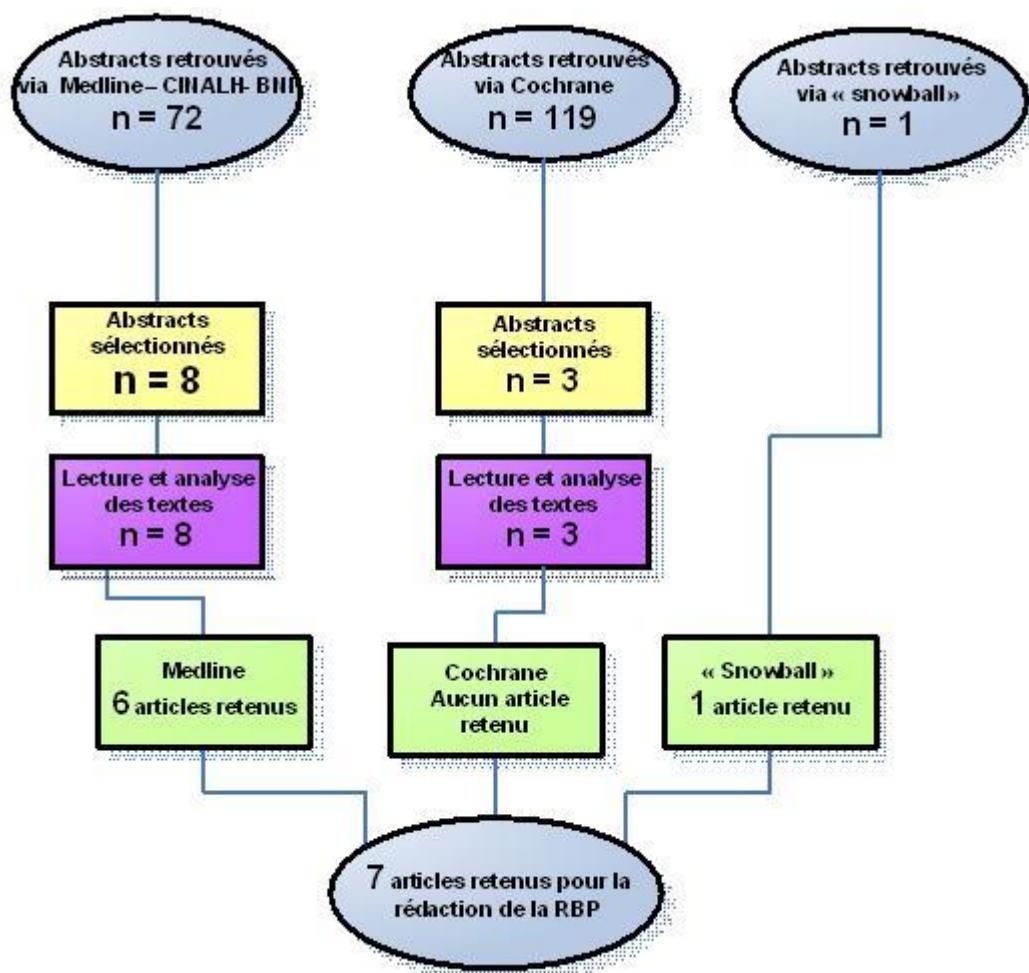
Une synthèse du nombre d'abstracts et d'articles consultés et retenus via les différentes bases de données et une méthode « snowball » est présentée ci-dessous, sous la forme de flowcharts. Cette littérature scientifique est principalement axée sur trois grands thèmes : les données épidémiologiques sur la douleur chronique, l'analyse des coûts de la douleur chronique et l'évaluation de la douleur chronique.

Pour la rédaction du thème concernant le traitement de la douleur chronique, la recommandation publiée par la SSMG a été utilisée, après validation par le comité d'experts et après avoir été complétée, dans sa mise en forme, par un outil mis à disposition par l'hôpital Erasme (Bruxelles).

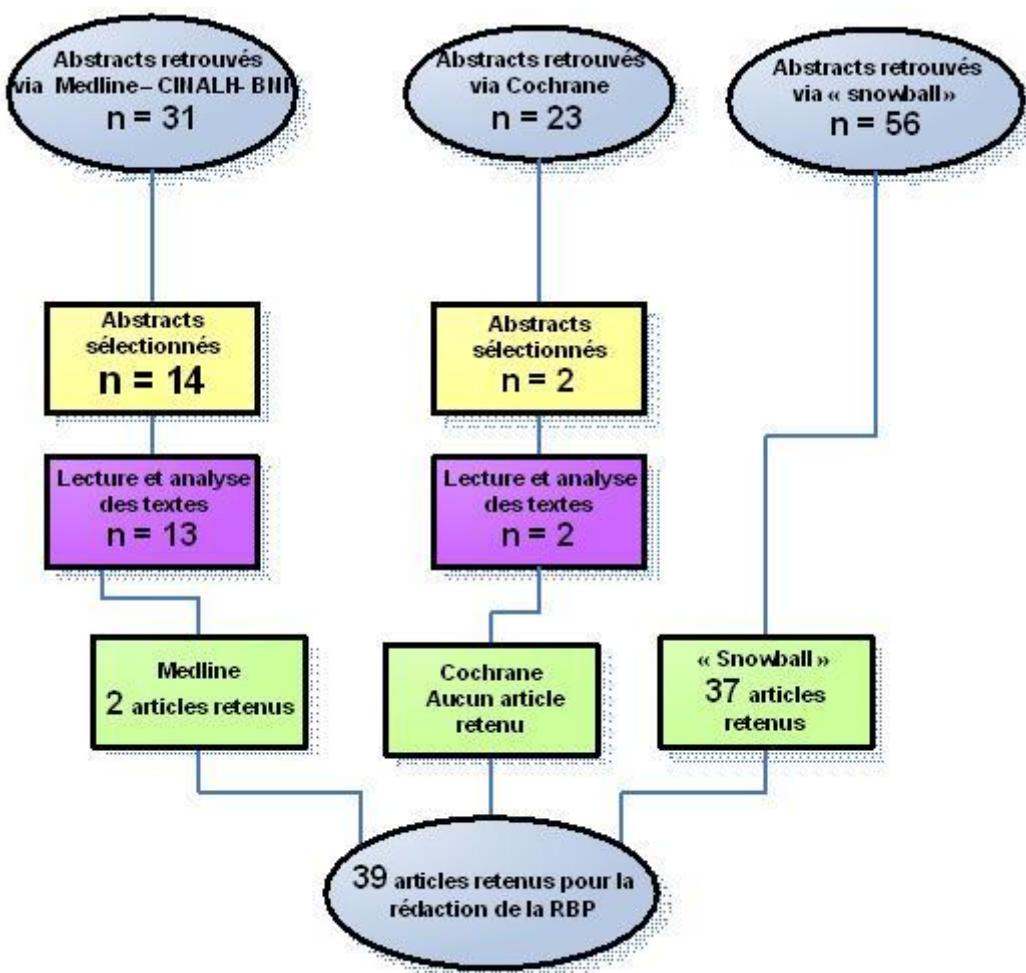
Données épidémiologiques sur la douleur



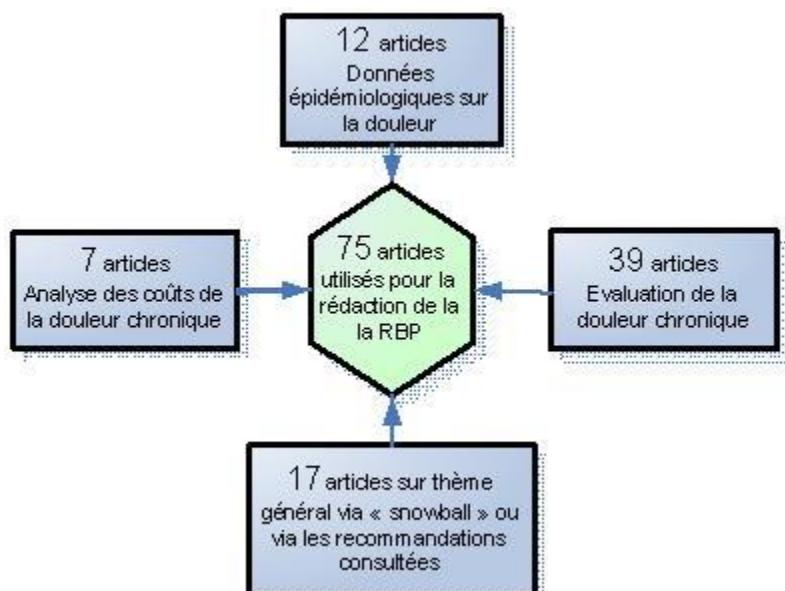
Analyse des coûts de la douleur chronique



Evaluation de la douleur chronique



De manière générale, la recherche systématique de littérature de cette recommandation peut se résumer par le schéma suivant :



2.2. Type de classification des RBP

Le système de classification GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*)⁽⁷⁶⁾ a été utilisé pour attribuer le niveau de preuve et le degré de recommandation des messages clés, véhiculés dans la littérature scientifique utilisée. Les chercheurs ont participé à des réunions organisées par Domus Médica, afin de mieux cerner la méthodologie et l'utilisation du système de classification GRADE.

Ce type de classification établit une distinction entre le niveau de preuve et la force de recommandation. En fonction de divers éléments tels que le type ou le design de l'étude (méta-analyse, RCT, essai clinique, étude de cohorte, étude d'observation), la qualité méthodologique, la cohérence et le caractère direct de preuve de l'étude, un niveau de preuve (level of evidence) est attribué à la recherche scientifique.

Ces **niveaux de preuves** sont au nombre de trois (A, B, C). Ils permettent de catégoriser les recommandations en termes de validité et d'exactitude, sur base de la qualité des preuves, le niveau A présentant le plus haut niveau de preuve. La **force ou le degré de la recommandation** (1=fortement recommandé et 2=non recommandé) représente la mesure selon laquelle il y a plus d'avantages que d'inconvénients à suivre cette recommandation. Le système de classification GRADE s'appuie donc sur une association entre les niveaux de preuves et le degré de recommandation pour donner une combinaison chiffre-lettre.

Les deux tableaux ⁽⁷⁶⁾ suivants reprennent les critères d'attribution des niveaux de preuves et les degrés de recommandation.

Critères d'attribution des niveaux de preuve (76)

Type d'étude :

- RCT sans restrictions ou preuves très convaincantes d'études d'observation = HAUT (A) ;
- RCT avec restrictions ou preuves solides d'études d'observation = MOYEN (B) ;
- Etudes d'observation / études de cas et RCT avec restrictions majeures = FAIBLE (C).

Facteurs qui influencent à la baisse la qualité méthodologique des études :

- limitations de la qualité d'étude,
- incohérence des résultats,
- caractère indirect de preuve (population, intervention et critères indirects),
- données imprécises ou non exhaustives (larges intervalles de confiance),
- risque de biais de publication.

Facteurs qui influencent à la hausse la qualité méthodologique des études :

- ampleur de l'effet ou preuve solide d'association (preuve directe, $RR>2$ ou $RR<0,5$) sans risque de facteurs confondants, ou très forte preuve d'association (preuve directe, $RR>5$ ou $RR<0,2$, validité non menacée) ;
- tous les facteurs confondants possibles auraient induit une diminution de l'effet ;
- preuve d'une relation (*gradient*) dose-réponse.

Degrés de recommandation (76)

Degrés de recommandation	Avantages versus inconvénients et risques	Qualité méthodologique des études	Implications
1 A Forte recommandation, haut degré de preuve	Nette prédominance des avantages sur les inconvénients/risques	RCT sans restrictions ou preuves très convaincantes d'études d'observation	Forte recommandation, peut s'appliquer à la plupart des patients et dans la plupart des cas
1 B Forte recommandation, degré moyen de preuve	Nette prédominance des avantages sur les inconvénients/risques.	RCT avec restrictions ou preuves solides d'études d'observation	Forte recommandation, peut s'appliquer à la plupart des patients et dans la plupart des cas
1 C Forte recommandation, degré faible ou très faible de preuve	Nette prédominance des avantages sur les inconvénients/risques	Etudes d'observation ou études de cas	Forte recommandation, mais cela peut changer moyennant preuves disponibles de degré plus élevé.
2 A Faible recommandation, haut degré de preuve	Equilibre entre avantages et inconvénients/risques	RCT sans restrictions ou preuves très convaincantes d'études d'observation	Faible recommandation, la meilleure action peut différer en fonction des circonstances, des patients ou des valeurs sociales
2 B Faible recommandation, degré moyen de preuve	Equilibre entre avantages et inconvénients/risques	RCT avec restrictions ou preuves solides d'études d'observation	Faible recommandation, la meilleure action peut différer en fonction des circonstances, des patients ou des valeurs sociales
2 C Faible recommandation, degré faible ou très faible de preuve	Incertitude quant aux avantages et inconvénients – équilibre possible entre les deux.	Etudes d'observation ou études de cas ou RCT avec restrictions majeures	Très faible recommandation, des alternatives peuvent tout autant se justifier.

Un quatrième niveau de preuve (non repris dans la classification GRADE) intitulé « **Opinion d'experts** » est utilisé dans cette recommandation. Il s'agit de recommandations émises par les experts lors des réunions de consensus, qui peuvent s'avérer très utiles pour la pratique sur le terrain. Ce niveau de preuve est donc faible et vient se positionner après le niveau C.

La classification GRADE a pour objectif de permettre aux professionnels de déterminer le niveau hiérarchique des sources scientifiques utilisées pour rédiger cette recommandation. Les niveaux de preuves sont susceptibles d'évoluer en fonction de la recherche.

Ces recommandations impliquent de la part des professionnels une remise en question régulière en vue de confronter leurs pratiques avec les recommandations représentant les meilleures informations scientifiques disponibles lors de leur création.

2.3. Expertise de la RBP

2.3.1. Comité d'accompagnement de la CIPIQ-S

Ce comité d'accompagnement est constitué d'experts dans le domaine de la qualité et gestion de projet et s'encadre des services de spécialistes de la douleur.

Il a pour mission d'accompagner le travail des chargés de recherche et de valider leurs productions avant diffusion aux autres groupes.

2.3.2. Groupe d'experts

La CIPIQ-S a constitué son groupe d'experts (spécialistes de la douleur) auprès de membres actifs de la Belgian Pain Society (BPS) (infirmier(e)s et médecins).

Ce groupe d'experts est constitué d'un médecin anesthésiste et spécialiste de la douleur et de quatre infirmier(e)s clinicien(ne)s spécialisé(e)s en algologie.

- Dans un premier temps, ce groupe d'experts a validé le périmètre de la recherche, la méthodologie de recherche de littérature et les questions de recherche proposées dans cette RBP.
- Dans un second temps, il a expertisé la RBP dans sa totalité au moyen, dans un premier temps, d'une méthode Delphi et, dans un second temps, d'une réunion de consensus.

Pour ce faire, les membres du groupe d'experts ont reçu les versions martyres aux différentes étapes de la rédaction de cette recommandation (à trois reprises – calendrier de la méthode disponible en annexe 2) et ont eu l'opportunité d'exprimer leurs remarques via un forum de discussion à accès limité aux chercheurs et aux experts sur le site web de la CIPIQ-S (très peu utilisé). Ils ont préféré exprimer leurs remarques par courrier électronique.

En août 2009, le groupe d'experts a validé la version complète de la RBP durant une réunion de consensus.

Lors de cette réunion, diverses remarques ont été émises concernant le contenu de la recommandation. Ces remarques, ainsi que d'autres remarques d'experts transmises par la suite, ont été intégrées dans la recommandation, et sont synthétisées ci-dessous :

- Les effets secondaires éventuels de la thérapie doivent être recherchés
- Lors de l'étape de réadaptation du patient, les experts ont noté que les professionnels devaient espacer l'évaluation de l'intensité de la douleur à tous les deux à trois jours afin de progressivement dissocier le patient de sa douleur
- Dans le contexte de l'approche holistique, les soignants sont des éducateurs qui permettent au patient de changer la perception de son problème douloureux
- L'écoute active est indispensable dans la prise en charge d'un patient douloureux chronique. Les thérapeutes aident le patient à mieux gérer la douleur.
- Difficultés d'utiliser les échelles multidimensionnelles dans les soins à domicile (long document à remplir, prend beaucoup de temps, non rémunéré,...)
- Dans le cas de douleurs neuropathiques, diriger rapidement le patient vers un spécialiste
- Proposition d'un 4ème type de douleur, la douleur inflammatoire (Woolf⁽⁶⁹⁾) avec discussion mais en conclusion, maintien de la classification donnée par la SSMG.
- Proposition par un expert de la méthode PQRST⁽⁷⁵⁾ pour évaluer régulièrement la douleur ou réaliser une anamnèse
- Diverses remarques concernant les traitements médicamenteux et leur utilisation (adaptations réalisées dans la recommandation)

2.3.3. Groupe de résonance

Il est constitué des infirmier(e)s relais formé(e)s à l'E-BN en 2007, 2008 et 2009 et de médecins généralistes des associations Domus Médica et SSMG.

Le recrutement des relais a été réalisé au travers de notre réseau (auprès d'infirmiers indépendants) et auprès des directions des associations de salariés.

Dans un premier temps (février 2009), ce groupe de résonance a validé les thématiques abordées et le périmètre de cette RBP pour le domicile.

Dans un second temps (septembre 2009), il a analysé la RBP sous l'angle de la faisabilité sur le terrain.

Afin de dégager un consensus sur les différents points de la recommandation, les avis du groupe de résonance ont été collectés grâce à une méthode Delphi simple (par l'intermédiaire d'un forum consacré uniquement au relais et disponible sur le site web de la CIPIQ-S et/ou de courriers électroniques), au travers la zone membre du site web de la CIPIQ-S. L'analyse finale de la RBP a été réalisée au moyen de la grille AGREE (détail en annexe 8).

Suite à cette analyse, le groupe de résonance est arrivé à la conclusion que la RBP « Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients adultes souffrant de douleur chronique » a été construite sur base d'une méthodologie solide. Elle est bien documentée et est étayée par des preuves probantes.

Cependant, elle manque d'une description précise de l'attitude du soignant, lors de l'évaluation, en vue de son applicabilité sur le terrain. Les tâches véritables de l'infirmier(e) en soins à domicile dans la prise en charge du patient souffrant de douleur chronique, en collaboration avec le médecin généraliste, ne sont pas toujours claires et l'information cruciale n'est pas assez visible.

Suite à ces remarques, la RBP a été retravaillée dans le souci d'améliorer la clarté et la visibilité de l'information cruciale.

2.3.4. Le CEBAM

Le CEBAM a pour mission de valider le contenu et la méthode d'élaboration de la recommandation.

Cette validation a eu lieu en deux temps.

- 1. Validation de la stratégie de recherche de la littérature dans le premier trimestre 2009.**
- 2. Validation de la version martyre de la recommandation dans le premier trimestre 2010.**

Cette nouvelle recommandation sera la propriété du Service public fédéral Santé publique. Un comité d'accompagnement du SPF encadre l'entièreté du projet d'implémentation de l'Evidence-Based Nursing en soins infirmiers à domicile.

Cette recommandation sera accompagnée d'outils de diffusion (de type brochure, poster) et sera diffusée au travers notre site web au moyen du prochaine subside.

3. Phase 3 : Diffusion de la RBP

Une mise à jour de la RBP intitulée « Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients adultes souffrant de douleur chronique » est programmée dans le courant de l'année 2013. Elle sera réalisée sur base de l'outil GRADE et d'une méthodologie décrite par les associations de médecins généralistes et validées par le SPF Santé Publique.

L'élaboration des outils de diffusion de la RBP (brochure et poster) a été réalisée en collaboration avec les personnes relais de terrain afin de répondre au mieux à leurs attentes et de permettre une applicabilité optimale de cette recommandation. Pour se faire, un questionnaire a été envoyé début janvier 2010 par courrier électronique au réseau (35 côté francophone et 44 côté néerlandophone) concernant leurs souhaits en termes de type d'outil et de contenu. Le taux de réponses de cette enquête est de 18,9% (6 francophones et 9 néerlandophones). Les résultats de cette enquête mettent divers points en évidence :

- Souhait d'un support de type livret ou brochure, de format de poche, maniable, résistant et facile à transporter

- Souhait d'afficher un poster dans les centres de soins à domicile qui rappellerait la démarche de prise en charge de la douleur et renverrait à l'utilisation du livret
- En terme de contenu, dans cet ordre de priorité : Ligne de conduite pour la prise en charge de la douleur, traitement de la douleur, échelles d'évaluation de la douleur, aspects théoriques.
- Souhait d'une mise à disposition des instruments recommandés sous forme téléchargeable par exemple.

En tenant compte des résultats de cette enquête, une version martyre de l'outil a été construite et diffusée en test (questionnaire d'évaluation de l'outil joint à celui-ci) auprès d'experts médecins spécialisés dans le domaine de la douleur, dans le groupe de résonance et auprès d'infirmier(e)s de terrain. Des groupes de discussion ou « focus group » étaient prévus à la fois du côté francophone et néerlandophone afin de permettre à ces personnes d'interagir et de débattre sur ces outils de diffusion. Cependant, ceux-ci ont du être annulés pour cause d'un nombre insuffisant d'inscrits. Le « focus group » réunissant les experts à quant à lui été organisé en juin 2010. Ces outils (livret et poster) seront ensuite retravaillés en fonction des remarques émises lors de la période test et du focus group réunissant les experts.

Dans le livret et la recommandation figurent les diverses échelles d'évaluation unidimensionnelles de la douleur recommandées. Les échelles multidimensionnelles (M.P.Q. et B.P.I) ne figurent pas dans le livret car il s'agit de documents à remplir, relativement long, et ne peuvent donc pas être utilisées sous cette forme au chevet du patient. Ces échelles sont cependant disponibles en annexe 3. La recherche de ces échelles et de leurs auteurs a été réalisée avec la coopération des collaborateurs du projet BeST (Belgian Screening Tools), réalisé par l'Université de Gand, à l'initiative du Service Public Fédéral de la Santé Publique, Sécurité Alimentaire et Environnement (www.best.ugent.be).

Enfin, une évaluation de la connaissance de la RBP par les infirmier(e)s et les médecins généralistes sera réalisée ainsi qu'une évaluation de l'impact de la RBP sur les pratiques de terrain, le tout sur base de déclarations des praticiens sur leurs pratiques. La méthodologie de ces évaluations est encore à définir. Elles seront réalisées dans le courant de l'année 2011.

B. LA RECOMMANDATION POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE EN SOINS A DOMICILE

I. INTRODUCTION

Patient: (Lat. **patiens**, souffrant): celui qui souffre

La douleur est un problème auquel la population est confrontée au quotidien, quelle que soit la société et/ou la culture. Cette problématique de santé publique retient de plus en plus l'attention. Aujourd'hui, une prise en charge adéquate de la douleur est considérée comme un des droits fondamentaux de l'homme⁴ (2). En Belgique, le droit à une prise en charge adéquate de sa douleur se traduit dans la Loi sur les Droits du Patient.⁵

Malgré toutes les connaissances disponibles, la prise en charge de la douleur, par un professionnel de santé, est considérée comme perfectible par ceux-ci. Considérons-nous toujours la douleur comme une partie inséparable/inévitable de la *condition humaine*?

Une douleur aigüe peut évoluer vers une douleur chronique avec parfois des conséquences dramatiques comme de la dépression, des troubles du régime alimentaire et du sommeil, la perte des fonctions vitales et la diminution des contacts sociaux, etc... (1,2).

De plus, la douleur chronique a des conséquences socio-économiques majeures. Elle est souvent liée à des incapacités de travail, une augmentation de la consommation des services de santé et l'octroi d'allocations complémentaires. La douleur chronique peut diminuer considérablement la qualité de vie des patients (1,4).

Cependant, un traitement adéquat et précoce peut avoir une influence favorable sur la qualité de vie, le maintien des fonctions vitales et les interactions sociales des patients – c'est un principe largement accepté (2). Il est clairement établi dans la littérature scientifique et professionnelle que la prise en charge de la douleur nécessite une vision holistique et multidisciplinaire pour être pleinement efficiente (1,5).

Tous les traitements n'ont pas la même efficacité face à la douleur (7). De plus en plus d'études se focalisent sur la recherche de résultats mesurés en termes de fonctionnalité ou de récupération des capacités physiques plutôt qu'en termes de diminution de l'intensité douloureuse.

⁴ En 2004 la douleur chronique était le thème central du “Global Day Against Pain” de l’European Federation of International Association for the Study of Pain (IASP) Chapters (EFIC), avec support du OMS

⁵ A.R. 22/08/2002, M.B. 26/09/2002, Art.5.

Plusieurs études ont mis en exergue que les traitements de la douleur chronique coutent cher à la communauté. Dans différents rapports au Gouvernement des États-Unis, les coûts pour le traitement de la douleur chronique sont estimés entre 100 et 150 milliard de dollars (7). Turk a cité un rapport britannique (2000, Maniadakis et al) dans lequel il évalue les coûts annuels du traitement de la douleur dorsolombaire à environ 11 à 20,6 milliards de dollars (4). Les allocations de maladie et d'invalidité, la perte de production, la diminution des rentrées liées aux taxes contribuent largement au coût de la douleur chronique pour la société. Par exemple, pour des employeurs, la douleur chronique comporte beaucoup de charges supplémentaires telles que l'absentéisme, les incapacités de travail temporaires et la diminution du rendement (9).

Des recherches récentes ont démontré que certains traitements médicamenteux coûteux étaient moins efficaces qu'estimé précédemment. Les auteurs suggèrent de combiner certains traitements (4). Des programmes de prise en charge globale du patient et le diagnostic précoce seraient plus efficaces et moins coûteux (5,6,8). Dans un même temps, les auteurs ont noté une diminution des coûts médicaux annuels de 68% après la mise en œuvre de tels programmes (6).

En 2008, la CIPIQ-S a interrogé des infirmier(e)s en soins à domicile ($n = 433$) à la recherche d'un nouveau thème de recommandations. Il leur a été demandé de classer 7 sujets par ordre croissant de priorité. La "prise en charge de la douleur" était clairement le sujet de préférence des infirmier(e)s de soins à domicile. Cela démontre probablement que ces infirmier(e)s, proches de l'activité quotidienne du patient, sont très sensibles à la problématique de la douleur. Les infirmier(e)s ne sont pas autorisé(e)s à prescrire des traitements, mais ils (elles) peuvent contribuer activement au diagnostic du médecin, à l'identification des patients souffrant de douleur chronique, à l'application du traitement⁶.

Sous cet angle, l'infirmier(e) sera un partenaire privilégié dans la triangulation patient - médecin – soignant. Dans ce cas, la douleur devient un élément identifiable, négociable et évaluable plus aisément par les professionnels. L'infirmier(e) peut permettre de fixer des objectifs de traitements et de résultats réalistes, et de cette façon, être un véritable partenaire entre les professionnels de santé et le patient (3).

II. QUESTIONS DE RECHERCHE

- Quelle est la prévalence de la douleur chronique en Belgique / en Europe ?
- Quels sont les processus physiologiques de la douleur ?
- Comment identifier les différents types de douleur ?
- Quelles sont les différentes causes de la douleur chronique ?
- Quel est l'impact, de la douleur chronique, sur la qualité de vie ?

⁶ K.B. n°.78, Art. 21 quinques, §1, a.

- Comment mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la douleur chronique ?
- Quels sont les rôles de l'infirmier(e) en soins à domicile dans la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique ?
- Quels sont les principaux traitements ?

Cette recommandation sera accompagnée d'outils de diffusion (de type brochure, poster) et sera diffusée au travers du site web de la CIPIQ-S.

III. DEFINITION

La douleur

La définition de la douleur la plus fréquemment retenue dans la littérature est celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP) :

«La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou non à des lésions réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions» (10).

Cette définition décrit les différentes caractéristiques de la douleur :

D'une part, la douleur est multidimensionnelle (sensorielle et émotionnelle), subjective et elle n'est pas nécessairement liée à une lésion.

D'autre part, l'intensité de la douleur n'est pas proportionnelle à la gravité de la lésion.

La douleur chronique

L'IASP définit la douleur chronique comme une douleur qui persiste au-delà du délai normal de guérison d'une maladie. Mais que signifie le délai normal de guérison (10) ?

La majorité des définitions relatives à la douleur chronique font principalement référence à une notion de temps. Une douleur qui dure plus de 3 à 6 mois.

Prenons en exemple la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) :
« La douleur chronique est une douleur, permanente ou récurrente et évoluant depuis plus de 6 mois» (11).

La douleur a longtemps été considérée comme un symptôme ou une complication d'une autre maladie plutôt qu'un problème médical à part entière. Il est clairement reconnu que **la douleur chronique est un syndrome clinique**. À la différence de la

douleur aigüe⁷, principalement liée à un dysfonctionnement physiologique, la douleur chronique est permanente et multidimensionnelle. Elle induit des phénomènes physiques/biologiques (lésion tissulaire (inflammation)), sensibilisation centrale (dysfonctionnement du système nerveux, mais aussi des muscles et le cerveau) mais également psychologique (anxiété, dépression, sentiments, cognitions (pensées, croyances), comportement) et sociaux (contexte familial, culturel, contexte professionnel, problèmes financiers et médico-légaux).

Elle devient donc un syndrome.

Si elle n'est pas correctement prise en charge, la douleur chronique peut avoir un retentissement majeur dans l'activité quotidienne des patients (troubles du sommeil, troubles de la concentration, incapacité à remplir ses rôles sociaux et/ou professionnels, perte d'un emploi,...etc.), avec comme conséquence, de la dépression, une altération de la qualité de vie et in fine, une plus grande incapacité à faire face à la douleur (coping)⁸. Ces conséquences sont variables d'un individu à l'autre mais le risque majeur pour le patient qui ne parvient pas à s'adapter est de développer un syndrome de douleur chronique (12-14,18).

Dans sa recommandation (27), la SSMG propose le modèle de Gatchel et Weisberg (2000).

Ce modèle explique l'évolution du symptôme de douleur aiguë en un syndrome de douleur chronique. Selon les auteurs, le modèle est composé de trois stades.

Un premier stade où la douleur aigüe s'associe à des réactions émotionnelles comme l'angoisse, la peur, l'inquiétude face aux raisons et conséquences de celle-ci. La concordance entre la sévérité des lésions entraînant de la douleur et les réactions émotionnelles est un bon facteur de pronostic pour l'évolution vers le deuxième stade.

Si la douleur persiste, on peut voir évoluer le patient vers **le deuxième stade**. Au deuxième stade apparaissent des réactions émotionnelles inappropriées comme un sentiment d'impuissance, de la dépression, de la révolte, de la colère, une somatisation. Selon les auteurs la forme des manifestations dépend de l'individu et de ses capacités à faire face ainsi que de son milieu de vie. C'est à ce stade que le patient va tenter de faire face à la douleur chronique (notion de **coping**). Il doit vivre avec. S'il n'y parvient pas, son comportement évoluera vers le troisième stade.

Ce troisième stade est le stade de la résignation où le patient adopte un rôle de malade. Comme il est malade, il va fuir une part de ses responsabilités et obligations sociales. À ce stade, le patient diminue souvent ses activités physiques ce qui

⁷ La douleur aigüe peut également recouvrir différentes dimensions et avoir un impact sur les composants psychosociaux, mais de manière moins prononcée et n'évolue pratiquement jamais vers une situation problématique

⁸Le coping désigne le processus par lequel l'individu cherche à s'adapter à une situation problématique

augmente encore son sentiment d'incapacité. Au troisième stade le patient développe un **syndrome de douleur chronique**.

Ce modèle permet de comprendre combien il est essentiel de donner une dimension holistique à la prise en charge de la douleur chronique.

La douleur chronique doit être diagnostiquée précocement. Le traitement analgésique et l'identification de la cause première de la douleur ne sont souvent pas suffisants (12).

L'infirmier(e) en soins à domicile doit pouvoir aider le médecin à identifier les patients souffrant de douleur chronique afin de permettre une prise en charge le plus précocement possible. Il est utile de signaler qu'après l'évaluation de la douleur et la mise en œuvre d'un traitement adapté, les professionnels de santé devront évaluer la nécessité d'orienter le patient vers un centre multidisciplinaire (voir chapitre consacré à ce thème).

Le modèle conceptuel des drapeaux :

Afin d'illustrer l'impact de la douleur chronique sur les différentes dimensions du patient, Main CJ et Spanswick CC (2000)⁽²⁸⁾ proposent le modèle des drapeaux. Ce modèle trouve son origine lors d'une étude sur la douleur chronique d'origine dorso-lombaire en Nouvelle-Zélande⁹, il a ensuite été généralisé à tous types de douleurs chroniques.

Ce modèle utilise des drapeaux de couleurs différentes en fonction de l'impact de la douleur sur les dimensions organiques, psychologiques, socio-économiques et occupationnelles/ métier du patient.

La classification de la douleur repose sur quatre types de drapeaux de couleur rouge, jaune, bleu et noir. Ceux-ci sont développés dans le tableau ci-dessous.

Drapeau rouge clinique	pathologie organique	Facteur biomédical
	problème médical simultané	
Drapeau jaune clinique	facteur iatrogène	Facteur psychologique et comportemental
	croyance	
	stratégie de « coping » (faire face à ...)	
	détresse	
	comportement de malade	
	bonne volonté à changer	
Drapeau bleu (métier/profession)	renforcement familial	Facteur social et économique
	statut du travail	
	avantage et assurance de santé	
	litige	
Drapeau noir (métier / social)	satisfaction du travail	Facteur occupationnel
	condition du travail	
	caractéristique du travail	
	politique sociale	

⁹ Source : http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0072/acc1038_col.pdf

Les drapeaux rouges se concentrent uniquement sur la dimension biomédicale de la douleur chronique. Leur identification induit une intervention médicale urgente.

Ce modèle insiste sur l'identification de drapeaux jaunes indiquant une douleur chronique ayant un impact sur la dimension psychosociale du patient. Ces problèmes peuvent, à long terme, augmenter le risque d'infirmité et la perte du travail.

La mise en évidence d'un drapeau jaune demande une évaluation globale du patient ainsi qu'une identification des facteurs déclenchants afin de mieux cibler les interventions spécifiques à apporter au patient. Une évaluation clinique ainsi qu'une anamnèse complète ou un questionnaire structuré (évaluation multidimensionnelle) sont les deux méthodes utilisées pour l'identification de drapeau jaune. Le choix se fera suivant l'état du patient (voir chapitres consacrés à ce thème).

Certains comportements du patient peuvent être directement marqués d'un drapeau jaune, tels que, par exemple :

- La croyance que la douleur est néfaste ou potentiellement porteuse d'infirmité sévère.
- La croyance que les traitements passifs peuvent être plus bénéfiques qu'une participation active.
- Les comportements d'évitement par crainte de douleurs (éviter un mouvement ou une activité par crainte d'avoir mal) et une réduction du niveau d'activités.
- La tendance à une baisse de moral et/ou un retrait des interactions sociales.

Les drapeaux bleus reflètent la perception du patient concernant l'impact de la douleur sur son activité, son milieu professionnel. L'identification des drapeaux bleus est faite à un niveau individuel et personnel.

La mise en évidence de drapeaux noirs concerne tous les travailleurs de façon égale contrairement aux drapeaux bleus. Ils dépendent de la politique nationale d'emploi, de la politique de prise en charge des maladies et des conditions de travail spécifiques à une organisation.

Le modèle de travail utilisant les drapeaux de couleurs a l'avantage de distinguer la clinique des facteurs occupationnels, il distingue les facteurs internes et externes au patient ce qui permet d'avoir une évaluation bio-psychosociale complète de ce dernier. Chaque patient est unique, la/les couleur(s) du/des drapeau(x) identifié(s) peuvent fortement varier d'un patient à l'autre. Ce qui constituera une mosaïque de couleurs propres à chaque personne dans sa situation personnelle et orientera de façon précise sa prise en charge.

IV. ÉPIDÉMIOLOGIE

Selon plusieurs revues de la littérature relatives aux études de prévalence de la douleur chronique, celle-ci peut varier entre 10,1% et 55,2% en fonction des pays, de la définition donnée à la douleur chronique et de la méthodologie de l'étude (15-17).

Selon une récente étude de prévalence réalisée par Breivik et al.(18) (2006) auprès de 46394 adultes (> 18 ans) dans 15 pays d'Europe ainsi qu'en Israël, la prévalence moyenne de la douleur chronique pondérée dans la population générale est estimée à 19% (de 12 à 30% en fonction des pays).

Près de deux personnes sur dix déclarent avoir présenté une douleur modérée à sévère (entre 5 et 10 sur l'échelle numérique simple (EN) de la douleur) durant les six derniers mois, avoir eu une expérience de douleur durant le mois écoulé et avoir une expérience douloureuse au moins deux fois par semaine.

La prévalence est sensiblement plus élevée chez la femme que chez l'homme (52% vs 48%). La douleur chronique est plus fréquente dans la population d'âge moyen (entre 41 et 60 ans). À la différence d'autres enquêtes de prévalence, celle-ci ne constate pas d'augmentation de la douleur chez les personnes âgées (> 75 ans).

Cependant, l'augmentation de la prévalence avec l'âge, mise en évidence dans d'autres études, doit être nuancée en fonction de la localisation et de l'origine de la douleur ainsi que de son intensité (19-22). Des indicateurs révèlent que les personnes âgées ont une perception de la douleur plus faible et/ou un seuil de résistance plus élevé (22). Cependant, ces auteurs mettent en évidence que les personnes âgées souffrent plus de maladies douloureuses et elles sont plus vulnérables par rapport au syndrome de douleur chronique.

Cette enquête de prévalence a fait l'objet d'une analyse plus précise de la prise en charge de la douleur auprès d'un échantillon de 300 personnes déclarant souffrir de douleur chronique pour chacun des pays participants.

Les auteurs déclarent que la douleur chronique a un impact considérable sur la qualité de vie des patients (dépression, troubles du sommeil, diminution de la libido, troubles de l'humeur,...etc.) et sur leurs rôles sociaux (perte d'emploi, diminution de l'activité professionnelle, difficultés à remplir ses rôles sociaux au sein de la famille,...etc.).

Près de 70% des personnes présentant une douleur chronique sont suivies par leur médecin généraliste et 40% déclarent ne pas avoir une prise en charge adéquate de leur douleur.

Les traitements sont très variables d'un pays à l'autre.

En Belgique

L'étude de Breivik et al. (18) montre que la prévalence moyenne pondérée pour la population belge (n = 2451) est de 23% avec une moyenne d'âge de 48,4 ans et

54% de femmes. La durée moyenne de la douleur chronique en Belgique est de 7,5 années.

Les douleurs les plus fréquemment rencontrées dans l'échantillon belge déclarant souffrir de douleur chronique ($n = 300$) sont :

- articulaires / ostéo-articulaires dans 48 % des cas (*Europe 34%*),
- hernies et/ou détérioration de disques vertébraux dans 25 % des cas (*Europe 15%*),
- liée à une lésion traumatique dans 13% des cas (*Europe 12%*),

et 37% de ces patients ont déclaré que leur dernière expérience douloureuse était intense (entre 8 et 10 sur l'EN).

Environ quinze personnes sur cent déclarent avoir perdu leur emploi suite à la douleur. Près de deux patients sur dix ont du changer d'emploi et/ou diminuer leurs responsabilités professionnelles. Un diagnostic de dépression a été posé chez 19% (*Europe 21%*) des belges déclarant souffrir de douleur chronique.

Auprès des 300 belges ayant fait l'objet d'une analyse plus précise de la prise en charge de la douleur, 68% déclarent que leur traitement ne permet pas de contrôler correctement leur douleur et 61% déclarent que la prise en charge de leur douleur n'est pas adéquate. Seul 10% déclarent avoir fait l'objet, à un moment donné dans leur prise en charge, d'une évaluation de l'intensité douloureuse au moyen d'une échelle de douleur.

V. CLASSIFICATION DES DOULEURS CHRONIQUES

Les origines de la douleur chronique sont multiples et liées à des affections ou des pathologies qui dans la majorité des situations ne trouvent pas d'issue⁽¹⁸⁾.

Comme nous l'avons déjà développé précédemment, les conséquences de la douleur chronique sur les individus sont souvent spécifiques et diverses.

Cette recommandation aborde la douleur chronique dans sa globalité en ne s'attachant pas à une affection particulière.

Cependant, il nous paraît opportun de proposer aux lecteurs une liste d'affections ou pathologies susceptibles de provoquer, chez le patient, des douleurs chroniques¹⁰ (18, 23-25).

- Les dysfonctionnements du système locomoteur entraînant des douleurs
 - articulaires et/ou ostéo-articulaires ;
 - rhumatismales ;
 - liée à des hernies et/ou détérioration de disques vertébraux (lombalgies, cervicalgies) (25).
- Les lésions traumatiques;
- Les céphalées ;
- Les douleurs neurologiques d'origines centrales ou périphériques ;
- La fibromyalgie ;
- L'algoneurodystrophie¹¹ ;

¹⁰ Enumération limitative

¹¹ Le terme algoneurodystrophie est souvent remplacé par "Complex Regional Pain Syndrome" (CRPS)

- Certaines pathologies viscérales (origine gastro-entérologique, gynécologique,...etc.) ;
- Les douleurs d'origine cancéreuse ;
- Les douleurs liées à une intervention chirurgicale (23).

VI. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Trois types de processus douloureux

La douleur peut être provoquée par trois processus physiologiques différents. Ces processus peuvent agir de façon concomitante.

Pour la bonne compréhension de ce chapitre, nous proposons une série de définitions de signes cliniques associés aux différents types de douleurs :

- **L'allodynie** : c'est une douleur induite par un stimulus ne provoquant, normalement pas de douleur comme par exemple une douleur induite par un contact ou un léger frottement de la zone inflammatoire ;
- **L'hyperalgésie** : elle est causée par un processus d'amplification des stimuli douloureux. La douleur inhérente à l'agression est perçue de manière amplifiée ;
- **Les douleurs spontanées** : il y a présence de douleur en l'absence de toute stimulation.

1. La douleur nociceptive (10,26,31)

Elle est causée par une réponse appropriée à un excès de stimuli nociceptifs c'est-à-dire, une stimulation douloureuse qui peut être aigüe (traumatismes, brûlures) ou chronique (arthrite, rhumatismes,...etc.).

Une agression (*thermique, chimique, mécanique*) entraîne une stimulation des récepteurs douloureux aussi appelés « nocicepteurs ». Ces nocicepteurs sont des terminaisons nerveuses libres et ramifiées disséminées dans tous les organes et tissus à l'exception du cerveau. Ils sont capables de produire des stimuli douloureux.

Ces stimuli douloureux sont conduits par les neurofibres jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière. L'influx est ensuite conduit jusqu'au thalamus, par les tractus spino-thalamiques ventraux et latéraux. Du thalamus, l'influx est relayé jusqu'au cortex où la douleur est alors perçue.

Il y existe deux types de nocicepteurs permettant des perceptions différentes des stimulations douloureuses.

Les nocicepteurs A delta (myelinisés, donc transmission plus rapide de stimuli de douleur) permettent la perception de douleurs de type piqûre très localisées.

Les nocicepteurs C (moins myelinisés, donc transmission moins rapide de stimuli de douleur) évoquent une sensation de brûlure diffuse et profonde.

Exemple de douleur chronique d'origine nociceptive : arthrite, détérioration de disques vertébraux,...etc.

Dans sa recommandation, la SSMG distingue également la douleur d'origine inflammatoire comme une variante de la douleur nociceptive.

Selon Woolfe (2004), il s'agit d'un type de douleur à part entière. La douleur inflammatoire est le résultat d'une réaction du système immunitaire (macrophage, granulocyte, neutrophile,...etc.) déclenchée par le stimulus nocif (une agression). Le processus inflammatoire (composantes chimiques et cytologiques) exacerbé le processus nociceptif et en modifie ses caractéristiques (27, 69). Cette réaction naturelle de l'organisme à une agression provoque une douleur spontanée dont les caractéristiques principales sont hyperalgesie et allodynie.

2.La douleur neuropathique (10,26,31)

Elle est causée par une lésion primaire ou un dysfonctionnement du système nerveux nociceptif, périphérique ou central. Cette douleur se manifeste souvent plusieurs semaines après l'agression. Les douleurs neuropathiques ont une manifestation clinique différente des douleurs nociceptives. La douleur est localisable mais est plutôt décrite comme une brûlure, un tiraillement ou des décharges électriques. Elle peut se manifester dans des zones où il n'y a aucun dommage tissulaire, aucun stimulus particulier, de façon spontanée et devenir permanente.

Les douleurs neuropathiques sont souvent associées à des signes cliniques d'allodynie et d'hyperalgesie.

La douleur neuropathique est fréquemment associée à des dysfonctionnements du système sympathique provoquant des troubles vasomoteurs et trophiques.

Chez de nombreux patients, nous pouvons voir coexister des douleurs inflammatoire et neuropathique.

Dans tous les cas, ce sont des douleurs invalidantes.

Exemple de douleur chronique d'origine neuropathique : neuropathie diabétique, névralgies post-herpétiques, traumatisme médullaire...etc.

3.La douleur idiopathique

Il est communément appelé douleur idiopathique toutes les douleurs que l'on ne peut pas classer dans les catégories précédentes. Il semble que ces douleurs soient liées à des phénomènes, à ce jour inexpliqués.

Dans sa recommandation pour la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte, le NHS (2006) (28) propose un tableau comparatif de la perception de la douleur nociceptive et neuropathique. Ce tableau a été adapté de la recherche réalisé par Nicholson (2003) et à l'échelle DN 4 pour les douleurs neuropathiques (26).

Douleur nociceptive	Douleur neuropathique
<ul style="list-style-type: none"> • bien localisée (<i>peut être plus diffuse si elle a une origine viscérale</i>), • élective, • en coup de poignard, • sensation de piqûre, • étreignant, <p><u>Ex.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Arthrite, ➤ Douleur traumatique, ➤ Douleur post-opératoire, ➤ Douleur dorso-lombaire, ➤ 	<ul style="list-style-type: none"> • peut être persistante, • paroxystique (<i>soudaine et intermittente</i>), • spontanée (<i>sans notion de traumatisme</i>), • sous forme de brûlures, • sensation de froid douloureux, • de décharges électriques, • allodynie, • hyperalgésie ou hypoesthésie, • dysesthésie (<i>sensation anormale désagréable</i>), • sensation de fourmillement, picotement, engourdissement, démangeaisons, <p><u>Ex.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Neuropathie diabétique, ➤ Névralgies post-herpétiques, ➤ Traumatisme médullaire, ➤ Névralgie du trijumeau. ➤

La douleur chronique peut être la cause d'un seul type de douleur mais elle est souvent la combinaison de plusieurs types de douleurs.

Il est important de pouvoir rapidement identifier le type de douleur dont souffre le patient et d'y apporter le traitement adapté. C'est pourquoi, l'évaluation (quantitative et qualitative) de la douleur est une étape essentielle dans le processus de prise en charge (29,30).

Les experts ont insisté sur la nécessité d'être particulièrement attentifs à la présence de douleurs neuropathiques.

Si elle est identifiée, elle doit faire l'objet d'une prise en charge rapide et spécialisée.

VII. ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Dans leurs pratiques professionnelles quotidiennes, les infirmier(e)s sont souvent confrontés aux plaintes liées à la douleur des patients. Ils sont donc bien placés pour détecter et évaluer cette douleur. Cependant, plusieurs études ont démontré que la douleur n'était pas toujours prise en considération par les professionnels de santé ou, du moins, certains d'entre eux, pensent que cette douleur est supportable et donc acceptable (32-35). Il est fréquemment relevé dans ces études un manque de connaissances des méthodes d'évaluation avec une approche trop peu holistique et trop intuitive d'une douleur souvent perçue comme subjective (32-34).

Nous devons rappeler que la douleur chronique n'est pas nécessairement liée à une lésion. La douleur chronique est un syndrome clinique. L'expérience de la douleur est unique, individuelle et multidimensionnelle, et qu'elle est déterminée par plusieurs composantes intriquées: physique, comportementale, sensorielle, affective, cognitive, socioculturelle et spirituelle. L'approche holistique est donc cruciale pour la prise en charge efficace de ces patients. Même si les infirmier(e)s ont un impact limité sur la prescription des traitements antalgiques, ils jouent un rôle considérable dans l'évaluation de la douleur, la prise en charge quotidienne, la recherche des facteurs sur lesquels le soignant peut agir pour soulager, l'information des patients ainsi que la participation au traitement holistique de la douleur¹² afin de permettre au patient d'apprendre à vivre avec cette douleur. Selon Dewar (2005) dans une étude réalisée auprès des professionnels du domicile, les patients attendent de l'infirmier(e) qu'il soit le « porte parole » de leur douleur auprès du médecin (36).

Il est important de noter que les personnes âgées ont souvent tendance à exprimer moins de plainte de douleur que les plus jeunes. De plus, les infirmier(e)s ont souvent tendance à sous-estimer l'intensité de leurs plaintes (36,37). Il semble que cette tendance varie en fonction des profils professionnels des infirmier(e)s et augmente avec l'ancienneté dans la profession et l'expérience clinique (36). Selon Dewar (2006), la prise en charge prolongée en soins à domicile ne semble pas favoriser une évaluation optimale de la douleur (36). De Rond et al. (2000) ont étudié la problématique de la communication entre patients – soignants de l'hôpital dans les domaines relatifs à la douleur. Ils ont démontré un écart entre l'intensité de douleur estimée par les infirmier(e)s et l'intensité de la douleur ressentie et exprimée par les patients (surestimation de la douleur modérée à légère et sous-estimation des douleurs graves de la part des soignants), et que par conséquent l'enregistrement et la prise en charge étaient mal effectués – les auteurs concluent que l'évaluation doit reposer sur des outils validés (37).

De Rond et al. ont démontré que la formation du personnel à l'évaluation et l'enregistrement quotidien de la douleur améliorent la perception et la communication entre les patients douloureux et les soignants. La douleur était mieux documentée

¹² Enquête réalisée par la CIPIQ-S auprès des infirmiers belges en soins à domicile 03-04/2009. (annexe 8)

dans le dossier infirmier des patients (intensité, localisation, durée, facteurs d'influence,...). Il est probable que la mesure quotidienne de l'intensité de la douleur contribue au diagnostic et au traitement. De plus, cette étude a démontré que les patients pris en charge par les soignants formés à l'évaluation recevaient un traitement antidouleur plus efficace (38). Aussi Alexander et al (2004) ont tiré les mêmes conclusions dans la prise en charge des patients en maison de repos (39).

Les comportements des soignants ainsi que leurs croyances et leurs connaissances des processus de la douleur ont une influence sur la qualité de la prise en charge des patients douloureux (36). Quotidiennement, les infirmier(e)s doivent rechercher l'existence d'éventuelles douleurs chez tous leurs patients. Ils doivent utiliser des outils validés et fiables afin de quantifier la douleur le mieux possible. La douleur est subjective, le fait de l'évaluer, sur base d'outils validés, permet aux différents intervenants de la santé, mais également aux patients et à leur famille, de communiquer d'une façon plus objective et univoque. Le choix de l'instrument d'évaluation dépend largement du type de soins et du type de patient, ainsi que des objectifs poursuivis par cette évaluation. Par exemple, le processus d'évaluation de la douleur est différent chez des patients âgés avec des troubles cognitifs par rapport à des patients jeunes sans trouble cognitif. Il faut noter que la convivialité de l'instrument a une influence sur l'observance. Un instrument simple à utiliser et pour lequel les soignants ont reçu une formation adéquate sera plus fréquemment employé (36).

En respectant ces conditions, l'infirmier(e) peut collaborer étroitement avec le médecin dans la prise en charge de la douleur afin de mettre en œuvre une prise en charge efficace et d'augmenter ainsi le bien-être et la qualité de vie du patient.

Afin de déterminer le rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur chronique et plus précisément dans l'évaluation, cinq recommandations internationales publiées récemment ont été retenues comme référence à la rédaction de cette recommandation.

1. Haute Autorité de Santé, *Thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*; Octobre 2000.
2. McLennan SM. *Persistent pain management*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core; Aug. 58 p, 2005.
3. National Health Service (NHS). *Management of Chronic Pain in Adult - Best Practice Statement*. NHS Quality Improvement Scotland. Feb. 2006.
4. British Pain Society, *The assessment of pain in older people*; october 2007;
5. Haute Autorité de Santé, *Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient* Décembre 2008 ;

Bien que le domaine de ces recommandations soit sensiblement différent du thème choisi, l'approche de la douleur chronique est similaire sur de nombreux points.

Ces recommandations ont été comparées grâce à l'outil GRADE proposé par Domus Médica et cela afin de déterminer les concordances pour les différents thèmes

abordés ci-dessous. Pour les thèmes où une discordance existait, les chercheurs ont réalisé une analyse exhaustive de la littérature scientifique et professionnelle (voir annexe 5).

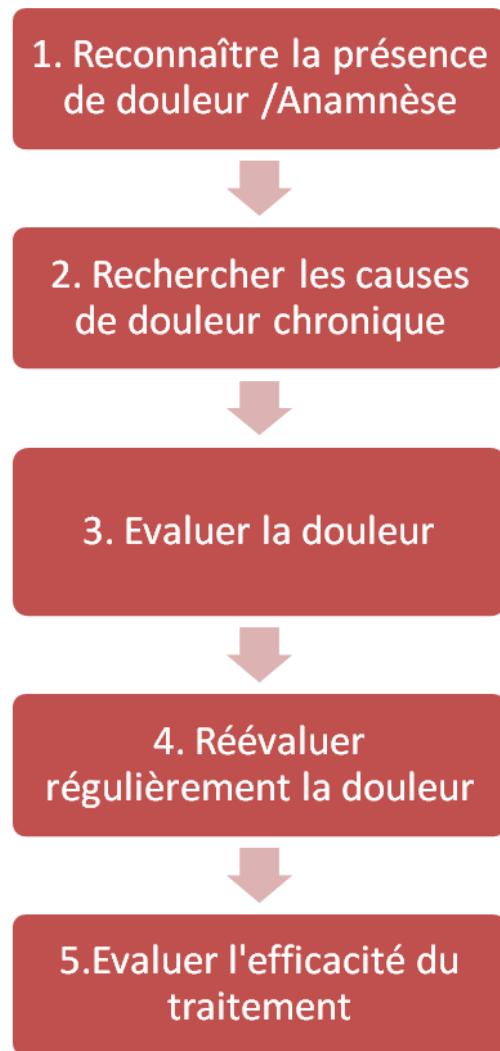
Toutes ces recommandations plaident pour une prise en charge globale du patient douloureux chronique.

Dans sa RBP, le NHS (2006) recommande que les professionnels de santé soient capables de déceler la présence de douleur chez les patients. Le NHS insiste sur la nécessité d'évaluer régulièrement cette douleur. De cette manière, les infirmier(e)s sont identifié(e)s comme les professionnels responsables de l'évaluation de la douleur afin de communiquer et de collaborer avec d'autres professionnels de santé.

Le rôle de l'infirmier(e) est d'évaluer la douleur, s'assurer de la prise correcte des antalgiques, d'éduquer les patients, de collaborer au traitement et de collationner et enregistrer les données relatives à la douleur.

1. Prise en charge infirmière : ligne de conduite

Suite à l'analyse des différentes recommandations, la prise en charge infirmière d'un patient adulte souffrant de douleur chronique peut se résumer par les cinq étapes suivantes :



Chacune de ces cinq étapes englobe une série de recommandations, dont l'argumentaire et les conclusions figurent ci-dessous. A côté de chaque recommandation figure son niveau de preuve et degré de recommandation, selon la classification GRADE (*cfr point 2.3 Type de classification des RBP*).

2. Argumentaire et recommandations

2.1. Première étape : Reconnaître la présence de douleur / Réaliser l'anamnèse

Argumentaire

Chaque professionnel de santé doit prendre la douleur en considération dès que le patient s'en plaint, même si la cause est inconnue.

De plus les professionnels de santé doivent être particulièrement alertés par :

- les plaintes de douleurs accompagnées de composantes psychopathologiques (p.ex. anxiété, dépression),
- les douleurs qui ne s'améliorent pas malgré une prise en charge conforme aux recommandations actuelles,
- les situations où règne une discordance entre la vision de la douleur du point de vue du médecin traitant et du patient (HAS, 2008).

Les personnes âgées peuvent exprimer leur douleur avec des mots comme « mal », « gêne » ou « embarras » (McLennan, 2005). Beaucoup de ces personnes âgées ont un seuil de résistance à la douleur plus élevé et/ou n'expriment pas clairement la présence de douleur. Les infirmier(e)s doivent y être attentif(-ive)s (BPS, 2007).

La première phase dans l'évaluation de la douleur est de demander au patient s'il souffre de douleurs ou de rechercher les signaux si le patient ne s'exprime pas (opinion d'experts).

Si le patient affirme qu'il souffre, l'infirmier(e) doit se demander s'il s'agit de douleur chronique (cf. Critères et définition de la douleur chronique) (Mc Lennon, 2005). Lors de l'anamnèse du patient, il est recommandé d'employer des termes simples et de rechercher des indicateurs alternatifs de la présence de douleur chronique comme la perte d'autonomie, les expressions faciales, les mouvements du corps, les expressions verbales, des problèmes de relations interpersonnelles, des troubles de l'activité, la perte de rôles sociaux,...etc. La recherche de ces signaux de syndrome de douleur chronique est plus importante encore chez les patients présentant une détérioration cognitive et/ou des troubles de la communication (BPS, 2007).

Dans sa recommandation, la BPS propose un tableau des changements/indicateurs observables chez les patients douloureux chroniques.

Recommandations :

- Le professionnel demande au patient s'il souffre de douleur (**opinion d'experts**) ;
- Le professionnel reconnaît la douleur quand le patient l'exprime (**opinion d'experts**) ;
- Le professionnel reconnaît les signaux de la douleur si le patient se trouve dans l'incapacité de s'exprimer (**opinion d'experts**) ;
- Le professionnel est alerté par la présence de douleur. (**opinion d'experts**)

2.2. Deuxième étape : Rechercher les causes de douleur chronique

Argumentaire

Après avoir diagnostiqué la présence de douleur, l'infirmier(e) doit en informer le médecin responsable du patient afin qu'il en recherche les causes sous-jacentes en vue de la mise en œuvre d'un traitement approprié (Mc Lennon, 2005) et qu'il recherche les processus pathologiques pouvant expliquer les symptômes (NHS, 2006). Les professionnels de santé doivent reconnaître la présence de douleur même si l'examen clinique est normal (BPS, 2007) (40).

Tous les facteurs sur lesquels le soignant peut agir (positions antalgiques, mode de vie, habitudes professionnelles, habitudes alimentaires,...etc.) doivent être identifiés afin de conseiller le patient dans le but final de lui permettre de vivre avec cette douleur chronique. L'objectif est d'aider le patient douloureux chronique à réadapter son mode de vie. Pour ce faire, l'anamnèse est essentielle. Il est vraiment nécessaire d'entendre l'histoire souvent très longue de ces patients, d'écouter sans juger et de reconnaître les douleurs. Il faut croire ce que le patient dit même si parfois cela peut paraître incroyable. C'est d'autant plus difficile à faire car souvent, les patients ont des bilans cliniques tout à fait négatifs. Ces éléments sont indispensables à l'évaluation d'un patient douloureux chronique.

Cette anamnèse doit permettre l'orientation du patient vers son médecin traitant qui jugera avec lui de la nécessité ou non de l'orienter dans un centre spécialisé de prise en charge de la douleur.

Recommandations :

- Le médecin examine si la douleur chronique résulte d'une pathologie sous-jacente. **(1C)**
- Le soignant identifie les facteurs contribuant à l'exacerbation de cette douleur afin d'aider le patient à la soulager et de lui permettre de vivre avec la douleur au quotidien. **(opinion d'experts)**

2.3. Troisième étape : Evaluer la douleur

2.3.1. La description de la douleur

Argumentaire

Lorsque la douleur est diagnostiquée, les professionnels doivent évaluer l'impact de la douleur sur le patient sur le plan physique et aussi psychologique et social (NHS, 2006). Une description précise de la douleur est nécessaire et doit être compréhensible par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, y compris les non médecins. Durant l'exercice de leur pratique, les infirmier(e)s peuvent apporter une contribution importante à l'évaluation de la douleur et de cette manière assister le médecin traitant (HAS, 2000).

Quand la douleur est constatée, une évaluation globale est recommandée. Dans sa recommandation, la British Pain Society (BPS) propose d'évaluer la douleur sur trois plans :

- a. La sensation de la douleur et sa nature (p.ex. aigue, brûlante,...), la localisation, la présence de douleur irradiante (au moyen d'un dessin du corps - topographie) et l'intensité (au moyen d'une échelle) ainsi que sa durée.

Localisation de la douleur :

- I. *Le patient indique sur son corps la localisation de la douleur et éventuellement dans quelle direction elle s'irradie ;*
- II. *Un dessin (topographie) peut être utilisé, sur lequel le patient pointe la localisation et décrit l'intensité de la douleur ;*

Intensité de la douleur :

- III. *L'évaluation de l'intensité de la douleur consiste en l'utilisation d'une échelle standardisée, comme une échelle numérique simple, analogique ou une échelle verbale simple (voir point suivant).*

Dans la pratique clinique quotidienne, la mesure de l'intensité de la douleur est une plus-value pour les soins de santé de première ligne (Mc Lennon, 2005).

- b. L'expérience émotionnelle de la douleur : p.ex. anxiété, agitation, dépression.
- c. L'impact de la douleur : invalidité fonctionnelle (p.ex. ADL) ou difficultés à remplir les rôles sociaux (l'emploi, les activités sociales, les relations avec les autres, le travail,...)(BPS, 2007).

Le NHS souligne que les personnes souffrant de douleur chronique présentent une problématique multiple et complexe. Il ajoute à la liste des éléments à surveiller les indicateurs suivants :

- Anamnèse de la douleur : Quand la douleur a-t-elle commencé ? Depuis combien de temps souffrez-vous de cette douleur ? Quelles sont les conditions et circonstances dans lesquelles la douleur se présente ? ...etc.
- Des facteurs soulageant/aggravant : Qu'est-ce que vous faites pour diminuer la douleur ? Qu'est-ce qui peut l'aggraver ?
- Des symptômes accompagnant la douleur : p.ex. nausée, symptômes viscéraux,
- Des troubles du sommeil : Est-ce que la douleur vous éveille, vous empêche de dormir ?
- Les conséquences sur la vie quotidienne : Y a-t-il des activités que vous ne pouvez pas faire à cause de la douleur ?
- Des traitements précédents : Qu'est-ce que vous avez déjà essayé pour soulager la douleur ? Pourquoi ce traitement a-t-il été arrêté ?

L'impact de la douleur sur les fonctions physiques et psycho-sociales ne doit pas être sous-estimé.

Selon les recommandations analysées :

Il est important que les médecins et les infirmier(e)s comprennent le caractère multidimensionnel de la douleur chronique et ses différents aspects (NHS, 2006).

Il est recommandé d'évaluer la douleur pendant une anamnèse et de se servir des échelles d'évaluation validées (HAS, 2008).

Les médecins et les infirmier(e)s doivent connaître la différence entre les douleurs nociceptives et neuropathiques afin d'adapter la prise en charge. Il est possible que la douleur chronique soit composée des 2 types de douleur (NHS, 2006)

Les professionnels doivent être attentifs aux représentations du patient par rapport à sa douleur et au traitement (Mc Lennon, 2005).

En résumé l'évaluation de la douleur doit comprendre les dimensions suivantes (40):

- Médicales : processus pathologiques, co-morbidité, effets secondaires de traitements médicamenteux, ... ;
- Fonctionnelles : quel est l'impact de la douleur sur les fonctions du patient ?
- Sociales : influence de la douleur sur les relations familiales, sociales et professionnelles et vice versa ;
- Cognitives : quelles sont les représentations du patient sur les causes, pronostics et traitements de la douleur ?
- Affectives : la douleur est-elle accompagnée de dépression, d'anxiété ou de colère, etc. ?

Breivik et al. (2008) soulignent, dans leur revue systématique, que pour évaluer correctement la douleur, les professionnels doivent utiliser une échelle de douleur validée et spécifique au groupe de patients dont ils ont la charge.

Au vu de l'impact sur les fonctions physiques, affectives et sociales de la douleur chronique, les professionnels ont besoin d'une échelle multidimensionnelle permettant d'estimer la douleur selon une approche qualitative (49).

Les experts ont insisté sur la nécessité d'espacer les phases d'évaluation de l'intensité douloureuse lors de l'étape de réadaptation du patient à la vie quotidienne (opinion d'experts). L'objectif de cette étape dite « réadaptative » est de dissocier le patient de sa douleur. Une évaluation trop fréquente de la douleur pourrait entraver cette approche (l'évaluation rappelant quotidiennement au patient, sa douleur).

Recommandations:

- Pour décrire la douleur chronique, les professionnels doivent utiliser une échelle multidimensionnelle validée ; **(1B)**
- Pour évaluer quotidiennement la douleur chronique ou l'efficacité d'un traitement, les professionnels doivent utiliser une échelle d'évaluation de l'intensité de la douleur (auto-évaluation) **(1B)**;
- Les médecins et les infirmier(e)s connaissent la différence entre la douleur nociceptive et la douleur neuropathique ; **(1B)**
- Lors de l'étape de réadaptation du patient, les experts ont noté que les professionnels devaient espacer l'évaluation de l'intensité de la douleur à tous les deux à trois jours afin de progressivement dissocier le patient de sa douleur. **(opinion d'experts)**

2.3.2. Les patients avec peu ou sans problèmes cognitifs

Argumentaire

L'auto-évaluation de la douleur par le patient est plus fiable et plus précise qu'une hétéro-évaluation (réalisée par le soignant ou par les proches). Pour cela, il faut que le patient soit capable de décrire sa douleur et qu'il dispose de capacités cognitives suffisantes. Pour les patients présentant des troubles cognitifs l'hétéro-évaluation par des échelles d'observations est recommandée. L'infirmier(e) doit estimer la capacité du patient à utiliser une échelle d'auto-évaluation – si cette méthode est réalisable, elle doit être privilégiée (Mc Lennon, 2005).

L'auto-évaluation doit se faire dans des conditions optimales (utilisation des lunettes et de l'audiophone, grandeur et épaisseur adaptées des caractères et des chiffres, éclairage suffisant,...etc.). Lorsqu'une échelle d'auto-évaluation est adaptée au patient, elle ne doit plus être changée afin que le patient s'y habitue.

Ces éléments sont très importants pour l'optimalisation de la communication entre le patient et les professionnels de santé. La fiabilité de l'évaluation est surtout importante lors de la mesure de l'efficacité du traitement antalgique (BPS, 2007) (Mc Lennon, 2005) (NHS, 2006) (41,42,52).

Dans les différentes recommandations analysées, il est relevé l'existence d'un certain nombre d'échelles validées par différentes études internationales sur de grands échantillons. Elles doivent être privilégiées. Cependant, chez certains patients et/ou dans certains types de pathologies, il peut être opportun d'utiliser une échelle de douleur validée non proposée dans la présente recommandation et qui soit plus appropriée.

Certaines échelles d'hétéro-évaluation (multidimensionnelles ou d'observation) ne peuvent pas être recommandées dans cet ouvrage car elles ne sont pas validées en français et/ou en néerlandais.¹³

Pour la mesure de l'intensité de douleur les échelles d'évaluation validées les plus appropriées chez les patients avec peu ou sans problèmes cognitifs sont les échelles d'auto-évaluation verbale simple et/ou numérique (unidimensionnelle). Les patients présentant des troubles de l'élocution et/ou des difficultés à lire ou calculer (p.ex. suite à un accident vasculaire cérébral) peuvent utiliser une échelle des visages (Mc Lennon, 2005).

La Brief Pain Inventory (BPI) et le Questionnaire McGill Pain (MPQ) sont des échelles multidimensionnelles validées pour l'évaluation de la douleur chronique. Elles sont recommandées pour une évaluation globale de la douleur, dans différentes dimensions. Ces échelles sont uniquement utilisables chez des patients disposant de capacités cognitives et de communications suffisantes.

¹³ P.e. Functional Pain Scale, Abbey Scale, NOPPAIN, PAINAD,

a. Les échelles unidimensionnelles- L'évaluation quantitative

(Mesure uniquement l'intensité de la douleur) (*Mc Lennon, 2005 et BPS, 2007*)(51)

I. L'échelle visuelle analogique (Visual Analog Scale, VAS)

Description

Le patient montre sur une petite réglette la mesure de sa douleur, de « absence de douleur » à « la pire des douleurs ».

(Huskisson, E. C. *Voir détails de l'échelle en annexe 3*)

II. L'échelle numérique (Numerical Rating Scale, NRS)

Description

Le patient choisit un chiffre de 0 à 10 qui correspond le mieux à l'intensité de la douleur ressentie (au moment même ou dans un contexte particulier). 0 correspond à « Pas de douleur » et 10 « la pire douleur qui existe».

(The North Dakota Health Care Review,(NDHCRI). *Voir détails de l'échelle en annexe 3*)

La plupart des patients préfèrent une échelle numérique ou visuelle analogique. Des personnes présentant des troubles cognitifs légers ou modérés généralement sont capables d'utiliser cette échelle, mais si elles ont des problèmes avec ces méthodes d'évaluation une échelle verbale simple est considérée valide et fiable.

III. L'échelle verbale simple (Verbal Description Scale, VDS)

Description

Le patient choisit un mot qui décrit la douleur qu'il ressent, de « pas de douleur » à « la pire douleur qui puisse exister».

(Herr, K. *Voir détails de l'échelle en annexe 3*)

IV. L'échelle des visages (Faces Pain Scale FPS)

Description

Le patient choisit un visage dessiné qui correspond le mieux au ressenti, à l'intensité de douleur vécue, d'un sourire pour « pas mal du tout» à une grimace pour « très très mal ». L'échelle FPS a été créée pour l'auto-évaluation de la douleur chez les enfants (22).

(IASP. Voir détails de l'échelle en annexe 3)

L'échelle des visages est considérée moins fiable, cependant, comme pour l'échelle verbale simple, dans certaines circonstances (p ex. un patient avec troubles cognitifs et aphasic), elle peut aider à l'évaluation de la douleur.

b. Les échelles multidimensionnelles – L'évaluation qualitative

Ces échelles sont destinées à une évaluation globale de la douleur chronique (par contre, les échelles d'auto-évaluation peuvent aussi être utilisées dans la douleur aigüe).

Même si les experts ont noté qu'en pratique ces échelles étaient peu utilisées, nous devons les recommander car elles constituent un des moyen clés (avec l'anamnèse) d'évaluer la douleur dans ces différentes dimensions et pas uniquement en termes d'intensité.

Ces échelles doivent au moins être utilisées lors de la première évaluation du patient et sont complémentaires à une anamnèse fouillée (décrise à la 3^{ème} étape).

Nous avons retenu les deux échelles les plus fiables et les plus sensibles aux variations de la douleur. Ces échelles sont largement recommandées dans les différentes recommandations analysées et sont disponibles en annexe 3.

I. Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ)

Ce questionnaire doit être utilisé en collaboration avec le patient. Il évalue l'intensité de la douleur mais également les aspects qualitatifs de la douleur chronique (sensoriel – affectif – sociaux). Le MPQ est vaste et est constitué de quatre parties :

1. La localisation de la douleur sur un dessin du corps,
2. Le Pain Rating Index, consistant en 20 échelles secondaires sur lesquelles le patient décrit la gravité de la douleur au moyen de qualificatifs de description de cette douleur,
3. L'évolution de la douleur,
4. L'intensité de la douleur au moment présent (Present Pain Intensity).

Plus le score de MPQ est élevé, plus il représente une expérience de douleur importante.

Le MPQ est généralement utilisé pour les adultes. Il existe une version courte (sf-MPQ).

(Melzack, R. Voir détails de l'échelle en annexe 3)

II. Le Brief Pain Inventory

En collaboration avec le patient, le soignant fait une évaluation de la douleur chronique au moyen de 32 items regroupés en cinq catégories:

1. L'intensité de la douleur,

2. L'impact de la douleur sur la vie quotidienne du patient,
3. La perception de la douleur par le patient (causes de la douleur),
4. Les caractéristiques de la douleur,
5. Les expériences d'une diminution de la douleur.

(Cleeland, C. S. Voir détails de l'échelle en annexe 3)

Breivik et al. (2008) soulignent que ces 2 échelles multidimensionnelles sont fiables et valides et cela dans plusieurs langues (49).

Une autre méthode d'évaluation de la douleur est également proposée (**opinion d'expert**) : la méthode PQRST(75) (Precipitating factors/Palliatives – Quality – Region – Symptoms – Timing). Cette méthode va être décrite car elle peut s'avérer utile pour les infirmier(e)s à domicile étant donné sa clarté et sa facilité d'utilisation, cependant son niveau de preuve est faible.

La méthode PQRST peut être utilisée pour une évaluation régulière de la douleur ou une anamnèse. Elle permet de rassembler de manière systématique les informations concernant les caractéristiques de la douleur, afin de pouvoir la cerner de manière globale et pertinente.

Precipitating factors/Palliatives :

Eléments provoquant la douleur : Qu'est-ce qui cause la douleur ? Comment est-elle apparue ? Quelles sont les circonstances qui ont entouré l'apparition de la douleur ? Qu'est-ce qui aggrave la douleur ? /

Actions de soulagement de la douleur : Ya-t-il une position, une activité ou un traitement qui soulage la douleur ?

Quality : **Caractéristiques et intensité** de la douleur : Quelle sensation éprouvez-vous ? Quel qualificatif peut décrire votre douleur ? Quelles ressentez-vous ? (chaleur ? Picotement ? Elancement ? Déchirement ? Battements ? Lancinante ? Crampes ? Sourde ? Oppression ? Diffuse ? Tiraillement ? etc.

Region : **Localisation** anatomique de la douleur (Où se situe votre douleur ? Montrez-moi sur votre corps l'endroit exact où se situe votre douleur ? (Epigastrique ? dorsale ? flanc ? lombaire, etc. La douleur s'étend-elle ailleurs ? (Irradiation ?)

Symptoms : **Symptômes** associés à la douleur : Faiblesse ? Engourdissement ? Nausées ? Vomissements ? Fièvre ? Pâleur ? Posture ? Anxiété ? Pleurs ? Gémissements ? etc.

Timing : Notion de la douleur dans le **temps** : Quand la douleur est-elle apparue ? Depuis combien de temps persiste-t-elle ? Quelle est sa fréquence d'apparition ? A quel moment du jour/de la nuit se présente-t-

elle le plus/le moins ? A quel intervalle la ressentez-vous ? Combien de temps dure votre douleur lorsqu'elle apparaît ?

Sur base de ce canevas de questions, les infirmier(e)s à domicile peuvent déjà se faire une idée précise de la douleur dont se plaint le patient dans l'objectif d'en assurer une prise en charge optimale.

Argumentaire sur l'utilisation de ces échelles d'évaluation de la douleur

Les échelles les plus simples sont limitées parce qu'elles mesurent seulement l'intensité de la douleur. Avec les instruments multidimensionnels, le soignant peut évaluer des aspects divers de la douleur, mais ces échelles sont longues et plus difficile à interpréter. Des exceptions sont faites pour le BPI-sf (les versions simplifiées de l'échelle Brief Pain Inventory) et le sf-MPQ (les versions simplifiées du questionnaire de Mc Gill). Les échelles multidimensionnelles sont plus appropriées dans l'évaluation globale des patients présentant des syndromes de douleurs complexes. Dans le choix de l'instrument, le professionnel de santé doit tenir compte de différents paramètres comme le niveau des connaissances, la langue, la culture et les préférences du patient. Pour obtenir des données d'évaluation représentatives dans le temps, les soignants doivent utiliser à chaque fois la même échelle¹⁴.

Les différentes recommandations internationales analysées soulignent que dans une population standard, les échelles NRS et VAS sont les instruments les plus fiables et les plus sensibles des échelles d'auto-évaluation.

L'échelle VAS a été utilisée pour mesurer l'intensité douloureuse de pathologies diverses et montre une grande corrélation avec d'autres échelles comme NRS. De plus, cette échelle permet une estimation fine de l'effet des divers traitements antalgiques sur l'intensité douloureuse (22,43).

Depuis plusieurs années, un grand nombre d'études ont été menées afin de comparer les échelles d'auto-évaluation pour la mesure de l'intensité douloureuse chez des patients présentant des troubles cognitifs et/ou des patients âgés.

Peters et al ont comparé 5 échelles (2 types de VAS, 2 types de NRS et 1 VDS) dans un groupe de 338 patients ambulants dans différentes catégories d'âge. Ils ont démontré que l'utilisation du VAS était moins fiable chez les personnes âgées. Par

¹⁴ Le choix de l'échelle dépend aussi du but recherché par l'évaluation. La première évaluation est plus large et doit idéalement faire appel à une échelle multidimensionnelle. Dans un second temps, une échelle unidimensionnelle peut être utilisée.

contre la plupart des patients âgés, même en cas de problèmes cognitifs, étaient capables d'utiliser l'échelle VDS et l'échelle NRS (44).

Pour un groupe hétérogène de patients, ils proposent l'échelle numérique (NRS) comme le meilleur choix. Ils suggèrent le VDS quand le groupe est constitué notamment de personnes âgées présentant des troubles cognitifs (44).

Mordechai et Meyer (2004) ont comparé dans une RCT double-aveugle et placebo-contrôlée, l'échelle VAS avec l'échelle VDS 5-point auprès de 98 patients souffrant d'arthrite (45). Ils ont postulé que la douleur accompagnant l'ostéo-arthrite avait les mêmes conséquences pour le patient que la douleur chronique. Les auteurs arrivent aux conclusions que les 2 échelles présentent la même valeur prédictive de l'intensité douloureuse (même sensibilité et spécificité). Il faut noter comme limite à cette étude, une grande variabilité individuelle des résultats des soignants et un petit échantillon (45).

Les résultats de Mitchell (2001) sont superposables aux études précédentes (48). Il considère l'échelle VDS comme l'échelle de douleur la plus fiable et la plus sensible pour l'évaluation de l'intensité douloureuse chez les personnes âgées et plus particulièrement chez les patients avec détérioration cognitive légère (48).

Hadjistavropoulos (2007) souligne que chez les personnes âgées, il est important de recommander un instrument de mesure unidimensionnel utile au plus grand nombre de cette population (42). De plus, ces patients présentent souvent des troubles cognitifs et/ou sensoriels légers. C'est pourquoi, l'échelle NRS (premier choix) et/ou l'échelle VDS (deuxième choix) peuvent être utilisées, quel que soit le profil cognitif des patients. Ces deux échelles sont de bonne qualité psychométrique même chez les patients très âgés. Hadjistavropoulos est réservé sur l'utilisation de l'échelle VAS chez les personnes âgées en raison d'un grand nombre de réponses qui ne sont pas mesurables par la VAS et des représentations mentales nécessaires à l'utilisation de l'échelle VAS (42).

Farrar et al. (2008) ont mesuré, chez un groupe de patients souffrant de sclérose en plaques (n=189), dans une RCT double-aveugle et placebo-contrôlée, la validité et la fiabilité de la NRS lors de la mesure de la douleur durant les phases de spasmes (*symptôme des maladies neurologiques avec comme résultat final la recherche clinique des médicaments de type antispasmodiques*). Ils concluent que l'utilisation de l'échelle NRS dans la recherche clinique sur l'efficacité des médicaments contre les douleurs spastiques améliorerait la comparabilité, la validité et l'efficience clinique de ces recherches (47).

Il faut encore noter, que l'European Federation of Neurological Societies (EFNS) propose dans sa RBP sur la douleur neuropathique (Croccu et al. 2004) l'usage d'un dessin du corps pour dresser la cartographie des différentes zones douloureuses et coupler cette cartographie avec une échelle d'auto-évaluation. En considérant tous les avantages et désavantages des échelles, ils proposent l'NRS comme un bon compromis (recommandation grade C). Pour l'évaluation de l'effet d'un traitement, ils recommandent une échelle unidimensionnelle par rapport aux échelles multidimensionnelles trop complexes (48).

En pratique, l'intensité de la douleur chez les patients douloureux chroniques est souvent maximale. Ce qui est particulièrement pertinent dans ce cas de figure, c'est de mesurer la fréquence de survenue de douleur intense au quotidien en laissant le patient noter, avec ses mots, les sensations ressenties, les mobilisations effectuées et/ou l'heure et les conditions de douleurs et de soulagements. Ces informations sont particulièrement utiles pour les professionnels de santé.

Recommandations :

Le choix de l'échelle dépend du but recherché par l'évaluation. La première évaluation est plus large et doit idéalement faire appel à une échelle multidimensionnelle. Dans un second temps, les professionnels peuvent utiliser une échelle unidimensionnelle. **(2B)**

- Si l'état du patient permet de mettre en œuvre une auto-évaluation de la douleur, elle doit être privilégiée **(1B)** ;
- L'échelle d'évaluation est adaptée aux capacités du patient et doit être utilisée dans des circonstances optimales (**opinion d'experts**) ;
- Le professionnel de santé doit toujours utiliser le même instrument de mesure **(1C)** ;
- Si nécessaire, le professionnel de santé doit aider le patient lors de l'évaluation (**opinion d'experts**).

- Pour les patients présentant une légère régression cognitive et/ou chez les patients âgés où l'utilisation de l'échelle verbale analogique est souvent difficile, il est recommandé d'utiliser une échelle numérique (premier choix) ou échelle verbale simple (second choix) **(2B)**.

- Pour les patients présentant une régression cognitive modérée et/ou des problèmes de communication, ceux-ci doivent être aidés par les professionnels lors de l'évaluation de la douleur. L'instrument utilisé doit être adapté mais il faut toujours privilégier l'auto-évaluation, si elle n'est pas réalisable, il faut alors avoir recours aux échelles d'observation **(1C)**.

2 .3.3. Les patients présentant des troubles cognitifs

Argumentaire

Les patients présentant des troubles cognitifs éprouvent souvent des difficultés à exprimer les plaintes relatives à la douleur. Cependant, il n'est pas démontré qu'ils ressentent moins la douleur. Il est possible que les dégénérescences neurologiques

entraînent une incapacité partielle ou totale à estimer et/ou à rapporter les douleurs. Il est donc difficile, voire impossible, d'effectuer une auto-évaluation chez ces patients (Mc Lennon, 2005). Les soignants qui prennent en charge des patients âgés, avec des problèmes de communication verbale, sont confrontés aux mêmes problèmes. Pour ces patients, l'évaluation de la douleur doit être adaptée. Tous les professionnels doivent en être conscients et s'impliquer dans la démarche (HAS, 2000).

Si la communication verbale est difficile, les professionnels de la santé doivent choisir des échelles d'auto-évaluation adaptées et aider le patient dans la démarche. Dans certains cas, l'auto-évaluation peut être impossible, il faut alors privilégier l'hétéro-évaluation (BPS, 2007).

Chez les personnes avec une forte régression cognitive ou avec des difficultés majeures à communiquer/s'exprimer, les professionnels doivent privilégier le recours à l'évaluation au moyen d'échelles d'observation. Le risque principal de ce type d'approche est que les professionnels sous-estiment la douleur et/ou ne la reconnaissent pas (Mc Lennon, 2005) (56).

Lors de l'observation, il est nécessaire d'impliquer les proches du patient afin d'identifier les différences individuelles de comportement par rapport à la vie quotidienne du patient. Attention, des études ont montré que les aidants naturels ont souvent tendance à surestimer la douleur (BPS, 2007)(HAS, 2008) (56). Récemment, diverses méthodes d'observation ont été développées et testées pour l'évaluation de la douleur chez des patients aux capacités cognitives fortement diminuées (démence, maladie d'Alzheimer,...etc.). Quoique prometteurs, ces instruments ne sont pas encore validés et ne peuvent donc être implémentés dans la pratique clinique quotidienne.

Cependant, la littérature nous informe sur un certain nombre d'indicateurs à suivre en cas de suspicion de douleur chez tous les patients mais surtout chez les patients dont les capacités cognitives ne permettent pas d'utiliser d'autres outils d'évaluation :

Recommandations :

Recherche de signaux de douleur

Changement de comportement (différent du comportement habituel)

Tout changement de comportement, qu'il soit spontané ou lié aux soins, doit faire suspecter un problème de douleur et entraîner une démarche d'analyse.

L'inactivité ou les patients qui restent couchés – atoniques

et/ou

Clopinier, les changements de la marche, les fluctuations du poids, les patients qui se cramponnent aux objets

et/ou

Se raidir, frotter un endroit du corps, se berger

et/ou

Les comportements ou expressions d'une gêne (p.ex. agitation, jurer, l'agressivité, errer)

et/ou

Refuser les soins, protéger l'endroit douloureux

et/ou

La perte d'appétit, l'insomnie, l'apathie

(1C)

Ces indicateurs ne sont pas spécifiques à la présence de douleur, ils peuvent être le signe d'autres processus comme la faim, la soif, l'expression de problèmes, des signes d'un processus infectieux, etc. Toutes les causes possibles doivent être examinées et prises en charge (Mc Lennon, 2005).

Argumentaire

L'American Geriatrics Society (AGS) a proposé un cadre reprenant six catégories d'indicateurs de comportement et de douleur, complétés d'exemples spécifiques de comportement observable (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons - The Management of Persistent Pain in Older Persons). (52)

American Geriatrics Society (AGS) - 2002

Expression faciale

*Froncer les sourcils ; visage triste, anxieux
Grimace, front ridé, les yeux (bien) fermés
Clignotement rapide des yeux*

Expression verbale et vocale

*Soupirer, rabâcher, gémir
Grognements, crier, hurler
Respirer fort
Appeler au secours*

Mouvements du corps

*Position rigide, tendue, sur la défensive
« Bougeotte »
Balancement, bercement
Mouvement limité
Démarche ou mobilité modifiée*

Modification dans les relations interpersonnelles

*Agressivité, combattif, refuse les soins
Interactions sociales diminuées
Comportement social inapproprié, gêne
Retrait*

Modification dans les activités quotidiennes ou de routine

*Refuse l'alimentation, perte d'appétit
Augmentation des périodes de repos
Modification du sommeil et des repos
Errer*

Modification de l'état mental

*Pleurer, présence de larmes
Plus de confusion
Irritation, stressé*

Il est recommandé de noter ces indicateurs de comportement dans une liste afin d'estimer la présence éventuelle de douleur.

Par pondération, en donnant une certaine valeur à chacun des indicateurs, les soignants obtiennent un score total.

Les limites de ce mode d'évaluation résident dans la sensibilité et la spécificité de cette pondération à cause de l'absence de marqueurs (biologiques) et du fait que la mesure ne repose pas sur des caractéristiques psychométriques.

La fiabilité et la validité de ce type d'instrument de mesure doit encore faire l'objet de recherche supplémentaire afin d'affiner l'évaluation des différents types de douleurs et en fonction du stade de régression cognitive (53).

En 2006, Herr et al. ont testé 10 instruments d'évaluation de la douleur pour patients âgés et déments, avec comme objectif de formuler des recommandations. Les chercheurs ont conclu qu'aucun instrument de mesure ne pouvait être recommandé . Ils ont constaté que les patients déments souffrant de douleurs pouvaient réagir de manière très différente et qu'aucun instrument n'était suffisamment spécifique et fiable. De plus, ces instruments ne peuvent que détecter la présence de douleur mais pas son intensité (54).

Herr et al. présentent l'échelle Doloplus-2 comme l'instrument largement le plus testé mais il manque des données, dans la littérature anglo-saxonne, sur son évaluation et sur sa traduction (54).

Le PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate) est considéré par les auteurs comme très convivial et complet. Cependant cet instrument n'a pas encore été testé pour sa fiabilité et sa validité dans de grands groupes (54).

Herr et al. proposent quelques recommandations relatives aux éléments auxquels les soignants doivent être attentifs lorsqu'ils recherchent des signes de douleur chez des patients déments (54):

- Toujours envisager que le patient puisse souffrir de douleurs provoquées par une maladie, un traumatisme, un traitement ou une opération et y répondre le plus rapidement possible ;
- Observer les comportements des personnes âgées, afin de mieux percevoir les signes de souffrance. Pour ce faire, il est recommandé d'utiliser une liste d'indicateurs de comportement. Si possible, rechercher des comportements liés à la douleur durant certaines activités comme des transferts, des mobilisations et/ou des repositionnements ;
- Chez chaque personne âgée, on peut observer des signes non-verbaux et des changements de comportement. Ne pas oublier que ceci n'est pas toujours le cas chez des personnes âgées démentes. Elles expriment parfois des comportements moins évidents comme de l'agitation ou de l'agressivité ;
- Lorsque le soignant n'est pas certain de la présence de douleurs, cela peut justifier l'administration d'antalgique afin d'en être sûr. Si le traitement permet au patient de recouvrir un comportement habituel, on peut présumer que la douleur était, en effet, présente et le traitement doit être continué (il s'agit de la responsabilité du médecin).

Zwakhalen et al. ont également publié une revue systématique relative aux instruments d'évaluation de la douleur basés sur le comportement. Les auteurs ont retenu 12 échelles. Cette revue met en exergue l'échelle Doloplus-2 et PACSLAC comme les échelles les plus appropriées actuellement. Les auteurs remettent également en cause la spécificité de l'échelle Doloplus-2. Cette échelle n'est pas toujours précise quant à la manière d'évaluer certains items et d'interpréter le score total obtenu (55). PACSLAC est un instrument prometteur récemment développé par Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos (2004) (50). La validité du contenu est très favorable car l'instrument collecte des informations spécifiques concernant la douleur des personnes âgées démentes. Les items sont cochés lorsque le comportement se présente, mais le score n'est pas interprété. Actuellement, la critique principale qui est formulée sur cet instrument est qu'il n'a été testé que sur des petits échantillons. Cette échelle doit être affinée et testée avec sur une population plus grande et dans des environnements différents (55).

Schofield (2008) (56) recommande également l'échelle Doloplus-2. Elle a été traduite en 5 langues (entre autre en néerlandais) et l'étude d'une version courte est actuellement en cours (Pautex et al, 2008) (57). L'échelle PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) est déjà connue en Australie depuis 10 ans. Elle est recommandée par l'Australian Pain Society. Sa validité a été testée dans une étude allemande (58). Elle semble être un instrument approprié pour rechercher la présence de douleur chez des patients déments.

Zwakhalen et al. ont examiné les caractéristiques psychométriques et l'utilisation pratique des versions néerlandophones du Doloplus-2, PAINAD et PACSLAC chez un groupe restreint ($n=128$) de résidents souffrant de démence (59). Cette étude a été mise en œuvre dans une situation contrôlée (mesure de douleur après une légère et brève stimulation douloureuse). Les chercheurs ont constaté qu'avec les 3 échelles, les patients souffrant de douleur pouvaient être distingués des patients sans douleur. L'échelle Doloplus-2 était moins appréciée des infirmier(e)s car ils (elles) la considéraient comme moins conviviale. Ils (elles) ont choisi l'échelle PACSLAC comme la méthode de mesure la plus utilisable et utile pour la pratique. Cependant, les auteurs concluent que la PACSLAC a besoin d'être affinée afin de devenir plus homogène (63). Une version courte a été développée et est prête à être testée dans la pratique quotidienne (60). Hadjistavropoulos, dans sa revue systématique de 2007, fait également référence à l'échelle PACSLAC, il considère qu'il s'agit de l'instrument d'évaluation par observation de la douleur chez les patients déments, pour lequel, il y a le plus de preuves (50).

Recommandations

Pour les patients présentant une régression cognitive sévère et/ou des problèmes majeurs de communication, il est recommandé d'évaluer la douleur au moyen d'échelle d'observation en collaboration avec les proches ou la famille (**2B**).

Même si les échelles citées ne peuvent être recommandées de manière univoque (car elles ne sont, à l'heure actuelle, pas toutes suffisamment spécifiques et fiables ->cfr.argumentaire), les professionnels de santé sont cependant encouragés à les utiliser sur le terrain (notamment Doloplus (Annexe 3) et PACSLAC qui sont les plus recommandées).

Les scores mesurés lors de l'évaluation de la douleur doivent être enregistrés dans le dossier infirmier (HAS, 2000).

2.4. Quatrième étape : Réévaluer régulièrement la douleur

Argumentaire

Après avoir choisi l'échelle de douleur la plus appropriée, le soignant doit réévaluer de façon régulière la douleur afin de mesurer l'efficacité du traitement (BPS, 2007)(HAS, 2008)(NHS, 2006). La littérature ne recommande pas une fréquence d'évaluation particulière.

Recommandations :

- Les professionnels de santé doivent évaluer régulièrement l'efficacité du traitement au moyen de l'échelle d'auto-évaluation choisie par le patient (**opinion d'experts**).
- Les effets secondaires éventuels de la thérapie doivent également être recherchés (**opinion d'experts**).

2.5.Cinquième étape : Evaluer l'efficacité du traitement

Argumentaire

Il est clairement établi que l'évaluation régulière de la douleur est nécessaire afin de mesurer l'efficacité d'un traitement. Ceci devrait être fait de manière routinière comme la mesure d'autres paramètres vitaux (ex. le pouls, la pression artérielle, la température corporelle,...etc.). De cette manière, tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient seront attentifs à la douleur et cela, à chaque instant, afin d'améliorer la qualité des soins.

Comme vu précédemment, il existe plusieurs échelles validées et spécifiques pour des groupes de patients particuliers (49).

Les recommandations rédigées par *The Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials* (IMMPACT), pour l'évaluation des résultats des études de recherche clinique relative au traitement de la douleur chronique sont aussi utiles, lors de l'évaluation de la douleur au quotidien. L'objectif principal d'IMMPACT (www.immpact.org/meetings.html) est d'élaborer des recommandations pour la recherche clinique afin de mesurer l'efficacité et l'efficience des traitements contre la douleur chronique.

Les participants aux réunions de consensus (quatre depuis 2003) sont issus de différentes universités, des représentants de gouvernements, des groupes d'entraide et des représentants de l'industrie pharmaceutique. Ils ont tous été sélectionnés pour leur expertise dans le domaine de la recherche, pour leur pratique clinique ou leurs compétences administratives dans le domaine de la douleur chronique (51,61).

Une réunion de consensus (63) a été organisée récemment afin de proposer des recommandations relatives à la détermination des changements cliniques importants et l'amélioration de la qualité de vie chez les patients traités pour de la douleur chronique. Cette réunion de consensus propose un cadre de référence provisoire pour la détermination des changements cliniques importants dans différents domaines spécifiques dans les recherches d'intervention de douleur chronique - IMMPACT en 2005 (51) , c'est-à-dire : l'intensité de la douleur, le fonctionnement physique, le fonctionnement sensitif et l'amélioration globale de la qualité de vie du patient.

Afin de déterminer les changements cliniques importants, IMMPACT recommande de définir l'ampleur du changement **qui est important pour le patient**.

Les soignants doivent également définir la différence de l'intensité douloureuse et de l'amélioration de la qualité de vie entre le patient et un groupe contrôle qui doit être assez grande pour être de valeur scientifique et thérapeutique suffisante.

Dans les études d'intervention pour la douleur chronique, l'efficacité d'un traitement est mesurée de prime abord par la mesure du changement de l'intensité de la douleur. Pour formuler ces recommandations les chercheurs se basent sur trois études réalisées sur un grand échantillon dans lesquelles la réduction de douleur après un traitement antalgique a été mesurée (Farrar et al., 2001; Salaffi et al., 2004;

Hanley et al., 2006). Dans ces études, les chercheurs ont comparé la description de l'évolution de l'intensité douloureuse (mesure au moyen de l'échelle NRS) ainsi que l'impact du traitement sur les modifications de la vie quotidienne du patient (au moyen d'une échelle en 7 points - l'échelle PGIC. (« Patient Global Impression of Change »).

L'échelle PGIC (« Patient Global Impression of Change ») est une échelle de plus en plus recommandée et utilisée dans les études d'intervention. Cette échelle est considérée comme le « gold standard » permettant de distinguer les différences cliniques importantes et statistiquement significatives. Cette échelle n'est cependant pas validée en français et figure dans cette recommandation à titre indicatif.

Les patients montrent sur une échelle en 7 points l'impact du traitement de douleur, sur leur activité quotidienne de « pas de changement (ou pire) » à « beaucoup d'amélioration » (74) :

- very much improved
- much improved
- minimally improved
- no change
- minimally worse
- much worse
- very much worse

Hurst et Bolton (2004) ont défini les cut off pour chaque modification du score. Ils sont ainsi capables de distinguer les patients avec une amélioration clinique importante. Ils ont demandé à 165 patients souffrant de douleurs dorso-lombaires et 100 patients souffrant de cervicalgies de remplir le « Bournemouth Questionnaire » (se composant de 7 NRS) avant et après un traitement chiropratique, et une échelle PGIC après traitement. La méthode statistique choisie permet de chercher le nombre et la proportion des patients éprouvant des changements cliniques importants. Cet outil permet de mesurer le NNT (« Number Needed to Treat »), afin de faciliter l'application des résultats des études d'intervention aux patients de façon individuelle. Ceci c'est le principe de base de l'Evidence Based Practice. (74)

Cependant, il n'existe pas d'étude de validation de l'échelle PGIC.

Ferguson et al. (2009) ont étudié l'influence d'un programme de réhabilitation chez 488 patients ambulants souffrant de douleur chronique et ont relié les changements de score avant et après au moyen de l'échelle PGIC. Les chercheurs ont mis en évidence que les changements de score – surtout sur le plan de l'intensité de

douleur (NRS) – déterminaient d'une manière significative les valeurs du PGIC, mais qu'il devait exister des facteurs confondants. (73)

En regroupant les résultats des trois études citées au-dessus, le groupe de consensus a proposé un nombre de critères pour l'évaluation du degré de changement de l'intensité de douleur en fonction des traitements (51,61,62).

Tableau récapitulatif des critères d'amélioration de la douleur en fonction de la diminution de l'intensité douloureuse exprimée sur l'échelle numérique simple.

Intensité de la douleur 0-10 NRS	Amélioration	Differences des mesures
	Peu ou pas importante	10 – 20% réduction
	Importance modérée	>= 30% réduction
	Importance substantielle	>= 50% réduction

Le groupe de consensus indique dans son rapport que des recherches supplémentaires sont nécessaires. In fine, il faut noter que la différence la plus significative de réduction de la douleur est celle attendue par le patient et les cliniciens.

Lors de la mesure de l'efficacité du traitement, il faut aussi considérer l'influence des caractéristiques inhérentes au patient, comme l'âge, le sexe et le niveau d'éducation (63). Hanley et al. (2006) soulignent que pour un même traitement, les personnes âgées déclarent une réduction plus importante de l'intensité douloureuse que les personnes plus jeunes (2.4 - 1.2 sur l'NRS) (63).¹⁵

Le groupe de consensus indique dans son rapport que des recherches supplémentaires sont nécessaires.

Recommandations :

- L'évaluation de l'efficacité du traitement ne doit pas se focaliser uniquement sur les modifications de l'intensité douloureuse mais doit aussi tenir compte des différentes dimensions de la prise en charge comme l'amélioration de la qualité de vie et de l'activité quotidienne du patient (1B).
- Pour la mesure de l'efficacité d'un traitement sur l'intensité de la douleur le NRS est l'échelle de choix, si l'état du patient le permet (1A)

¹⁵ Les experts soulignent que dans le cadre de la douleur chronique, il est rarement possible de supprimer complètement cette douleur. L'objectif principal poursuivi par le soignant est de permettre au patient de vivre avec cette douleur. Le soignant doit fixer des objectifs réalistes avec le patient afin d'améliorer sa qualité de vie.

3. Tableau récapitulatif des recommandations

1^{re} ETAPE : RECONNAÎTRE LA PRÉSENCE DE DOULEUR / ANAMNESE

- Le professionnel demande au patient s'il souffre de douleur. (**opinion d'experts**)
- Le professionnel reconnaît la douleur quand le patient l'exprime. (**opinion d'experts**)
- Le professionnel reconnaît les signaux de la douleur si le patient se trouve dans l'incapacité de s'exprimer. (**opinion d'experts**)
- Le professionnel est alerté par la présence de douleur. (**opinion d'experts**)

2^{eme} ETAPE : LA RECHERCHE DES CAUSES DE DOULEUR CHRONIQUE

- Le médecin examine si la douleur chronique résulte d'une pathologie sous-jacente. (**1C**)
- Le soignant identifie les facteurs contribuant à l'exacerbation de cette douleur afin d'aider le patient à la soulager et de lui permettre de vivre avec la douleur au quotidien. (**opinion d'experts**)

3^{eme} ETAPE : L'EVALUATION DE LA DOULEUR

° DESCRIPTION DE LA DOULEUR CHEZ TOUS LES PATIENTS

- Pour décrire la douleur chronique, les professionnels doivent utiliser une échelle multidimensionnelle validée ; (**1B**)
- Pour évaluer quotidiennement la douleur chronique ou l'efficacité d'un traitement, les professionnels doivent utiliser une échelle validée d'évaluation de l'intensité de la douleur (auto-évaluation) ;(**1B**)
- Les médecins et les infirmier(e)s connaissent la différence entre la douleur nociceptive et la douleur neuropathique ; (**1B**)
- Lors de l'étape de réadaptation du patient, les experts ont noté que les professionnels devaient espacer l'évaluation de l'intensité de la douleur à tous les deux à trois jours afin de progressivement dissocier le patient de sa douleur. (**opinion d'experts**)

° PATIENT SANS OU AVEC PEU DE TROUBLES COGNITIFS

- Le choix de l'échelle dépend aussi du but recherché par l'évaluation. La première évaluation est plus large et doit idéalement faire appel à une échelle multidimensionnelle. Dans un second temps, les professionnels peuvent utiliser une échelle unidimensionnelle. (**2B**)
- Si l'état du patient permet de mettre en œuvre une auto-évaluation de la douleur, elle doit être privilégiée ; (**1B**)
- L'échelle d'évaluation est adaptée aux capacités du patient et doit être utilisée dans des circonstances optimales ; (**opinion d'experts**)
- Le professionnel de santé doit toujours utiliser le même instrument de mesure ; (**1C**)

- Si nécessaire, le professionnel de santé doit aider le patient lors de l'évaluation ; (**opinion d'experts**)
- Pour les patients présentant une légère régression cognitive et/ou chez les patients âgés où l'utilisation de l'échelle verbale analogique est souvent difficile, il est recommandé d'utiliser une échelle numérique (premier choix) ou échelle verbale simple (second choix); (**2B**)
- Pour les patients présentant une régression cognitive modérée et/ou des problèmes de communication, ceux-ci doivent être aidés par les professionnels lors de l'évaluation de la douleur. L'instrument utilisé doit être adapté mais il faut toujours privilégier l'auto-évaluation, si elle n'est pas réalisable, il faut alors avoir recours aux échelles d'observation ; (**1C**)

• PATIENT AVEC TROUBLES COGNITIFS

- Tout changement de comportement, qu'il soit spontané ou lié aux soins, doit faire suspecter un problème de douleur et entraîner une démarche d'analyse (**1C**) :
 - L'inactivité ou les patients qui restent couchés – atoniques et/ou
 - Clopiner, les changements de la marche, les fluctuations du poids, les patients qui se cramponnent aux objets et/ou
 - Se raidir, frotter un endroit du corps, se bercer et/ou
 - Les comportements ou expressions d'une gêne (p.ex. agitation, jurer, l'agressivité, errer) et/ou
 - Refuser les soins, protéger l'endroit douloureux et/ou
 - La perte d'appétit, l'insomnie, l'apathie
- Pour les patients présentant une régression cognitive sévère et/ou des problèmes majeurs de communication, il est recommandé d'évaluer la douleur au moyen d'échelle d'observation en collaboration avec les proches ou la famille. (**2B**)

Un algorithme décisionnel pour l'évaluation de la douleur chez les patients douloureux chroniques vous est proposé en annexe 4 – « Algorithme décisionnel guidant l'évaluation de la douleur chronique»

4^{eme} ETAPE : LA REEVALUATION REGULIERE DE LA DOULEUR

- Les professionnels de santé doivent évaluer régulièrement l'efficacité du traitement au moyen de l'échelle d'auto-évaluation choisie par le patient. **(opinion d'experts)**
- Les effets secondaires éventuels de la thérapie doivent également être recherchés. **(opinion d'experts)**

5^{eme} ETAPE : L'EVALUATION DE L'EFFICACITE DU TRAITEMENT

- L'évaluation de l'efficacité du traitement ne doit pas se focaliser uniquement sur les modifications de l'intensité douloureuse mais doit aussi tenir compte des différentes dimensions de la prise en charge comme l'amélioration de la qualité de vie et de l'activité quotidienne du patient. **(1B)**
- Pour la mesure de l'efficacité d'un traitement sur l'intensité de la douleur l'échelle NRS est l'échelle de choix, si l'état du patient le permet. **(1A)**

VIII. Vision holistique de la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique

En 2008, la Haute Autorité de Santé¹⁶ dans sa recommandation pour la prise en charge de douleur chronique insiste sur la nécessité d'évaluer et de traiter la douleur chronique en reposant sur un modèle bio-psycho-social. L'objectif poursuivi lors de la prise en charge de ce type de patient n'est pas uniquement de réduire l'intensité douloureuse mais aussi d'améliorer leur qualité de vie, leur état fonctionnel physique, psychologique et social.

D'autres recommandations internationales comme (BPS, 2007) (NHS, 2006) et la recommandation de Mc Lennon de l'université de l'Iowa en 2005 plaident pour une même approche.

Cela implique que, dès le diagnostic de douleur chronique, la prise en charge de ces patients soit multidisciplinaire.

Cependant, il existe peu de preuves scientifiques que cette approche soit efficiente et ces recommandations reposent toutes sur des consensus d'experts.

Certaines pathologies comme les dorsalgies (65), les douleurs chroniques de la nuque (64) et la fibromyalgie (66) ont fait l'objet de revues systématiques de la Cochrane afin de comparer la réhabilitation des patients sur base d'une prise en charge multidimensionnelle (modèle bio-psycho-social) versus traitement conventionnel de la douleur chronique.

Les auteurs concluent que pour la dorsalgie, il existe des preuves scientifiques significatives que la réhabilitation multidisciplinaire est plus efficace que le traitement conventionnel (65). Par contre, pour les douleurs de la nuque et la fibromyalgie, les auteurs sont plus réservés et considèrent que les preuves sont faibles voir non significatives (64,68).

Il n'existe pas d'autres revues de la littérature pour d'autres sources de douleurs chroniques.

Même si certaines études démontrent que la réhabilitation interdisciplinaire est efficace, son efficience est difficile à démontrer car il existe une grande variabilité dans la prise en charge de ce type de patient. Des recherches supplémentaires sont nécessaires (67).

Selon Hadjistavropoulos, l'anxiété majeure liée à la douleur chronique est de mauvais pronostic pour le patient mais la prise en charge précoce et multidisciplinaire favorise le sentiment de contrôle, de maîtrise de la douleur et est propice à un meilleur « coping » de la part du patient (68).

La recherche, l'évaluation et le traitement de la douleur chronique doivent être le résultat d'une étroite collaboration entre le médecin généraliste et l'infirmière en soins à domicile mais aussi avec le pharmacien et le kinésithérapeute dont le but ultime n'est pas de supprimer totalement la douleur (c'est très souvent difficile voir

¹⁶ Haute Autorité de Santé, Recommandations professionnelles : Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, décembre 2008.

impossible) mais de permettre au patient de vivre avec cette douleur et améliorer sa qualité de vie.

Dans cette approche holistique, reposant sur le modèle bio-psycho-social, le patient joue un rôle actif dans sa prise en charge. La relation thérapeutique doit reposer sur la confiance entre soignants et soignés. Dès le diagnostic d'un syndrome de douleur chronique, il est recommandé d'adresser le patient, pour avis, à un centre multidisciplinaire¹⁷ surtout lorsque cette douleur prend une dimension psycho-sociale prépondérante.

La pluridisciplinarité tient mieux compte des spécificités de chaque discipline et la communication est d'autant meilleure qu'elle repose sur des outils professionnels communs (27,65).

Recommandations :

La recherche, l'évaluation et le traitement de la douleur chronique doivent être le résultat d'une étroite collaboration entre le médecin généraliste et l'infirmière en soins à domicile mais aussi avec le pharmacien et le kinésithérapeute (**opinion d'experts**);

Les différents professionnels de la santé doivent apprendre au patient à se réadAPTER dans son environnement grâce à l'accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire avec pour objectif principal une amélioration de la qualité de vie. (**opinion d'experts**)

Les experts ont également insisté sur le fait que dans cette approche holistique, les soignants sont des éducateurs qui permettent au patient de changer la perception de son problème douloureux. (**opinion d'experts**)

L'écoute active est indispensable à ce processus. Les thérapeutes aident le patient à mieux gérer la douleur. (**opinion d'experts**)

¹⁷ Les équipes multidisciplinaires sont généralement formées de plusieurs médecins spécialistes (par ex. anesthésiste, neurologue, neurochirurgien, médecin de réadaptation, psychiatre,...), ainsi que de pharmacien, psychologue, infirmière, kinésithérapeute, ergothérapeute et assistant social.

IX. Traitement de la douleur

L'objet de cette recommandation n'est pas d'aborder les différentes dimensions du traitement de la douleur chronique. La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) a largement exploré le sujet en 2004 (27). Cette recommandation est disponible sur le site <http://www.ssmg.be/new/index.php?Page=91>

Les médicaments ne sont qu'une partie du traitement. La réadaptation est essentielle avec le soutien de tous les soignants, ceux du domicile et les spécialistes. La collaboration entre tous les intervenants est indispensable.

L'infirmier(e) du domicile évaluera le patient lors du traitement multidimensionnel, ce qui nécessitera au préalable de se tenir au courant des objectifs poursuivis. Le patient apprend à se réadapter dans son environnement grâce à l'accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire

Nous tenions à proposer aux infirmier(e)s en soins à domicile un résumé des principes fondamentaux du traitement.

Pour rappel, les infirmier(e)s collaborent avec le médecin lors des phases du traitement relatives à:

- l'administration adéquate du traitement,
- l'évaluation de son efficacité,
- la surveillance des effets indésirables.

Pour ce faire, nous vous proposons, en annexe 1, un tableau récapitulatif de divers éléments utiles à l'infirmier(e) dans sa pratique.

Ce tableau propose pour chaque famille de médicaments les noms commerciaux ainsi que les indications, contre-indications et effets indésirables du produit.

Principes fondamentaux du traitement médicamenteux de la douleur chronique (27)

L'échelle analgésique de l'OMS est subdivisée en trois paliers simples. Cette échelle a été créée en 1986 et était au départ destinée au traitement de la douleur des patients cancéreux. Elle a été par la suite adaptée à tout type de douleur et a permis d'établir une adaptation progressive du traitement médicamenteux fréquemment utilisé. La gradation de la puissance analgésique a été proposée par l'OMS pour favoriser une utilisation plus rationnelle des analgésiques (opinion d'experts).

NB : Avant la prescription du traitement antalgique, il est nécessaire de tenir compte des antécédents du patient et des pathologies annexes. La prescription est la responsabilité du médecin.

LE PALIER OMS 1

Palier où la douleur est peu intense (1 à 4 sur l'échelle visuelle analogique).

Les experts soulignent que pour la douleur chronique, il n'est pas suffisant d'évaluer uniquement l'intensité de douleur. Le type de douleur est aussi très important, ainsi que les effets secondaires liés au traitement.

Les médicaments pouvant être utilisés sont :

- Paracétamol ;
- Acide acétylsalicylique ;
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

LE PALIER OMS 2

Douleur plus intense (4 à 8 sur l'échelle visuelle analogique).

Les médicaments proposés à ce stade sont :

- La codéine ;¹⁸
- Néfopam chlorydrate ;
- Le dextropropoxyphène ;
- Le tramadol ;
- La tilidine ;
- La buprenorphine.

Les médicaments du palier 1 et 2 ont des doses « plafonds » donc une dose maximum pour un effet antalgique correct

+ Paracétamol.

LE PALIER OMS 3

Intensité de la douleur forte à intense (8 à 10 sur l'échelle visuelle analogique) et/ou traitement précédent inefficace.

Les médicaments suivants peuvent être utilisés :

- La morphine injectable ou orale ;
- Le fentanyl ; (administration transdermique)
- Le chlorhydrate d'hydromorphone ;
- La méthadone ;
- L'oxycodone

Pour tous les paliers, ces médicaments peuvent être couplés à un adjuvant ou coanalgésique, mais aussi des anxiolytiques, des antidépresseurs,...etc.

¹⁸ Utilisation à long terme déconseillée - accoutumance

LE PALIER OMS 3 (DÉPASSÉ)

Intensité de la douleur forte à intense (8 à 10 sur l'échelle visuelle analogique) et où le traitement du palier 3 est insuffisant. Dans cette situation, il serait nécessaire de consulter un médecin spécialiste de la douleur.

Quelques principes d'utilisation sont à respecter :

1. La progression du palier 1 vers le palier 3 doit se faire graduellement.
2. L'association du palier 1 et du palier 2 ou 3 est logique.
3. Il faut tenir compte de la compétition possible des récepteurs en cas d'association du palier 2 et du palier 3.
4. Il faut s'assurer de l'administration correcte d'un médicament avant de passer au palier supérieur (dose adéquate et horaire régulier).

Selon opinion d'experts, les formes d'administration « retard » sont préférées pour le traitement de la douleur chronique (ex. tramadol retard, tilidine retard etc.).

Préférer la voie orale le plus longtemps possible

REGLES D'OR LORS DE L'UTILISATION DES MORPHINIQUES DE SYNTHESE

1. Choisir la voie d'administration la plus adaptée au patient (la voie orale le plus longtemps possible).
2. Ne jamais écraser ou couper les formes retard.

REGLES D'OR LORS DE L'UTILISATION DES PATCHS TRANSDERMHIQUES

- Uniquement pour la douleur chronique (de longue durée) et pas pour la douleur aigüe.
- Appliquer le patch sur une peau saine et propre (ne pas raser mais couper les poils si nécessaire).
- Douche et bain autorisés.
- La chaleur augmente l'absorption du Fentanyl. Il est donc nécessaire de surveiller la température du patient et de ne pas l'exposer au soleil.
- Si le patient demande plus de 3 fois une entre-dose en 24 heures, avant d'augmenter le patch d'abord vérifier si l'entre-dose est correcte et l'adhésion du patch sur la peau.
- L'action du Fentanyl est encore présente 12 à 18 heures après le retrait du patch.
- Si sudations importantes et décollement du patch, il y a un risque de perte d'action et donc d'inefficacité du traitement et risque de sevrage.

X. Bibliographie

1. Blair H. Smith, Jane L. Hopton, W. Alistair Chambers. **Chronic Pain in primary care.** Family Practice. 1999, 16 (5): 475 – 482.
2. Frank Brennan, Daniel B. Carr, Michael Cousins. **Pain Management : A Fundamental Human Right.** Pain Medecine. 2007, 105 (1): 205 – 221.
3. C. Mackintosh, S. Elson. **Chronic Pain: clinical features, assessment and treatment.** Nursing Standard. 2008, 23 (5): 48 – 56.
4. Dennis C. Turk. **Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Treatments for Patients with Chronic Pain.** The Clinical Journal of Pain. 2002, 18 (6): 355 – 365.
5. Daisha J. Cipher, Ephrem Fernandez, P. Andrew Clifford. **Cost-effectiveness and Health Care Utilization in a Multidisciplinary Pain Center: Comparison of Three Treatment Groups.** Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2001, 8 (4): 237 -244.
6. Robert J. Gatchel, Akiko Okifuji. **Evidence-based Scientific Data documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain.** The Journal of Pain. 2006, 7 (11): 779-793.
7. Dennis C. Turk, Tasha M. Burwinkle. **Clinical outcomes, Cost-Effectiveness, and the Role of Psychology in Treatments for Chronic Pain Sufferers.** Professional Psychology: Research and Practice. 2005, 36 (6): 602 – 610.
8. Steven E. Locke, Patricia Ford, Thomas Mc Laughlin. **A Comparative Cost Analysis of Participating versus Non-Participating Somatizing PatientsReferred to a Behavioral Medicine Group in a Health Maintenance Organization.** Dis Manage Health Outcomes. 2003, 11 (5): 327 – 335.
9. Laura T. Pizzi, Chareen T. Carter, Jamie B. Howell, Susan M. Vallow, Albert G. Crawford, Evan D. Frank. **Work Loss, Healthcare Utilisation, and Costs among US Employees with Chronic Pain.** Dis Manage Health Outcomes. 2005, 13 (3): 201 – 208.
10. Merskey H, Bogduk N. **Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.** Prepared by the Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, 2nd ed. Seattle (VA): IASP Press; 1994.
11. World Health Organization. **Cancer Pain Relief.** Second edition, WHO, 1996, Geneva.
12. Smith BH., Elliott AM., Chambers WA., Smith WC., Hannaford PC., Penny K **The impact of chronic pain in the community.** Family Practice. 2001, 18 (3): 292–299
13. Gureje O. Simon GE. Von Korff M. **A cross-national study of the course of persistent pain in primary care.** Pain. May 2001,92(1-2):195-200.
14. Dysvik E., Lindstrom T.C., Eikeland O., Natvig G K. **Health related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain.** Pain Management Nursing. 2004, 5 (2): 66–74.
15. Verhaak PF. Kerssens JJ. Dekker J. Sorbi MJ. Bensing JM. **Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature.** Pain. Sept. 1998, 77(3):231-9.
16. Ospina M, Harstall C. **Prevalence of Chronic Pain: an Overview.** Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment. Edmonton, AB: 2002; Report No. 28.
17. International Association for the Study of Pain. **How Prevalent Is Chronic Pain?** June 2003 , Vol XI N°2.
18. Breivik H. Collett B. Ventafridda V. Cohen R. Gallacher D. **Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment.** European Journal of Pain: Ejp. May 2006,10(4):287-333.
19. Cook AJ, Chastain DC. **The classification of patients with chronic pain: age and sex differences.** Pain Res Manage. 2001;6:142–151.
20. Rustoen T. Wahl AK. Hanestad BR. Lerdal A. Paul S. Miaskowski C. **Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults.** Clinical Journal of Pain. Nov – Dec 2005, 21(6):513-23.
21. Dionne CE. Dunn KM. Croft PR. **Does back pain prevalence really decrease with increasing age ? A systematic review.** Age & Ageing. May 2006, 35(3):229-34.
22. Thomas E. Peat G. Harris L. Wilkie R. Croft PR. **The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorSTOP).** Pain. Jul. 2004, 110 (1-2):361-8.
23. Perkins FM. Kehlet H. **Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors.** Anesthesiology. Oct. 2000, 93(4):1123-33.

24. Elliott AM., Smith BBH., Penny KI., Smith WC., Chambers WA. **The epidemiology of chronic pain in the community.** Lancet. 1999, 354 (9186:) 1248-1253
25. Miro J. Nieto R. Huguet A. **Predictive factors of chronic pain and disability in whiplash: a Delphi poll.** European Journal of Pain: Ejp. Jan 2008, 12(1):30-47.
26. Nicholson BD. **Diagnosis and management of neuropathic pain: a balanced approach to treatment.** Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2003, 15 (12): 3-9.
27. Van Halewyn M., Cerexhe F. **Recommandation de bonne pratique : La douleur chronique.** Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) oct. 2004.
28. National Health Service (NHS). **Management of Chronic Pain in Adult - Best Practice Statement.** NHS Quality Improvement Scotland. Feb. 2006.
29. Mackintosh C. **Appraising pain.** In Banks C, Mackrodt K Chronic Pain Management. Whurr Publishers, London, 2005, 92-112.
30. Chronic Pain Policy Coalition. A New Pain Manifesto. Chronic Pain Policy Coalition. 2007. London.
31. Wittink H, Michel TH. **Chronic Pain Management for Physical Therapists.** Butterworth-Heinemann, Boston MA. 1997.
32. Twycross, A. **Education about pain: a neglected area?** Nurse Education Today . 2000, 20: 244-253.
33. Solomon, P. **Congruence between health professionals' and patients' pain ratings: a review of the literature.** Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci. 2001, 15: 174-180.
34. Ruzicka, S., Sanchez-Reilly S., Gerety, M. **Holistic Assessment of Chronic Pain Amnong Elders.** American Journal of Hospice & Palliative Medecine. 2007 (24) 4, 291-299.
35. Bourbonnais, FF., Perreault, A., Bouvette, M. **Introduction of a pain and symptom assessment tool in the clinical setting – lessons learned.** Journal of Nursing Management. 2004, 12, 194-200.
36. Dewar, A. **Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community.** Australian Journal of Advanced Nursing. 2006 (24) 1, 33-38.
37. de Rond, M., de Wit, R., van Dam, F., Muller, J. **A Pain Monitoring Program for nurses: Effects on Communication, Assessment and Documentation of Patients' Pain.** Journal of Pain and Symptom Management. 2000 (20) 6, 424-439.
38. de Rond, M., de Wit, R., van Dam, F., Muller, J. **A Pain Monitoring Program for Nurses: effect on the administration of analgesics.** International Association for the Study of Pain. Elsevier Science. Pain, 2000 (89) 25-38.
39. Alexander, B.J., Blank, P., Carlson, M.B., Hanson, P., Picken, K., Schwebke, K. **Methods of Pain Assessment in Residents of Long-Term Care Facilities: A Pilot Study.** Journal of the American Medical Directors Association. 2005; 6: 137-143.
40. Leong, IYO., Helme, R. **Considerations in the Assessment and Management of Older People with Chronic Pain.** Annals Academy of Medecine, Singapore. 2003 (32) 6, 771-7.
41. Brunton, S. **Approach to assessment and diagnosis of chronic pain.** The Journal of Family Practice. 2004 (Oct) (53) 10, Supplement S3-S10.
42. Hadjistavropoulos, T., Fine, P. **Chronic Pain in older persons: prevalence, assessment and management.** 2007. Reviews in Clinical Gerontology. 2006; 16, 231-241.
43. McCarberg, B., Stanos, S. **Key Patient Assessment Tools and Treatment Strategies for Pain Management.** Pain Practice. 2008 (8) 6, 423-432.
44. Peters, M., Patijn, J., Lamé, I. **Pain assessment in Younger and Older Patients: Psychometric Properties and Patient Preference of Five Commonly Used Measures of Pain Intensity.** Pain Medecine. 2007 (8) 7, 601-610.
45. Mordechai, A., Meyer, K. **Assessment of Visual Analog versus Categorical Scale for Measurement of Osteoarthritis Pain.** Journal of Clinical Pharmacology. 2004, 44: 368-372.
46. Mitchell, C. **Assessment and Management of Chronic Pain in Elderly People.** British Journal of Nursing. 2001 (10) 5, 296-304.
47. Farrar, J., Troxel, A., Scott, C. Duncombe, P., Jensen, M. **Validity, Reliability, and Clinical Importance of Change in a 0-10 Numeric Rating Scale Measure of Spasticity: A Post Hoc Analysis of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial.** Clinical Therapeutics. 2008 (30) 5, 974-985.
48. Croccu, G., Anand, P., Attal, N., Garcia-Larrea, L., Haanpää, M., Jørrum, E., Serra, J., Jensen, T. **EFNS guidelines on neuropathic pain assessment.** European Journal of Neurology. 2004, 11: 153-162.

49. Breivik, H., Borchgrevink, P., Allen, M., Rosseland, L., Romundstad, L., Breivik Hals, E., Kvarstein, G., Stubhaug,A. **Assessment of Pain.** British Journal of Anaesthesia. 2008 (101) 1, 17-24.
50. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, et al. **An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons.** Clinical Journal of Pain 2007;23:S1-S43
51. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, et al. **Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations.** Pain 2005;113:9-19.
52. American Geriatrics Society (AGS). Panel on Persistent Pain in Older Persons. **The Management of Persistent Pain in Older Persons.** Clinical Practice Guideline. JAGS 2002 (June)(50) 6, Supplement S205-S224.
53. Stolee, P., Hillier,L., Esbbaugh, J., Bol, N., McKellar, L., Gauthier, N. **Instruments for the Assessment of Pain in Older Persons with Cognitive Impairment.** Journal of the American Geriatrics Society. 53(2):319-326, February 2005.
54. Herr, K., Bjoro, K., Decker, S. **Tools for assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review.** Journal of Pain and Symptom Management. 2006 (31) 2, 170-192.
55. Zwakhalen, S., Hamers, J., Abu-Saad, HH., Berger, M. **Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools.** BMC Geriatrics. 2006 (6) 3.
56. Schofield, P. **Assessment and management of pain in older adults with dementia: a review of current practice and future directions.** Current Opinin in Supportive and Palliative Care. 2008, 2: 128-132.
57. Pautex, S., Herrmann, F., Michon, A., Giannakopoulos, P., Gold, G. **Psychometric Properties of the Doloplus-2 Observational Pain assessment Scale and Comparison to Self-Assessment in Hospitalized Elderly.** Clinical Journal of Pain. 2007 Nov-Dec 23(9):774-9.
58. Schuler MS. Becker S. Kaspar R. Nikolaus T. Kruse A. Basler HD. **Psychometric properties of the German "Pain Assessment in Advanced Dementia Scale" (PAINAD-G) in nursing home residents.** Journal of the American Medical Directors Association. 2007 Jul 8(6):388-95.
59. Zwakhalen, S., Hamers, J., Berger, M. **The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia.** Pain. 2006 (126) 210-220.
60. Zwakhalen, S., Hamers, J., Berger, M. **Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia.** Journal of Advanced Nursing. 2007 (58) 5, 493-502.
61. Turk, D., Dworkin, R. et al. **Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations.** Pain. 2003(106) 337-345.
62. Farrar, J., Young, J., LaMoreaux, L., Werth J., Poole, R. **Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on a 11-point numerical rating scale.** Pain. 2001; 94: 149-58.
63. Dworkin, R., Turk, D., et al. **Interpreting the Clinical Importance of Treatment Outcomes in Chronic Pain Clinical Trials: IMMPACT Recommendations.** The Journal of Pain. 2008 (9) 2, 105-121.
64. Kaija A Karjalainen, Antti Malmivaara, Maurits W van Tulder, Risto Roine, Merja Jauhainen, Heikki Hurri, Bart W Koes . **Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults;** Cochrane Review, 2003.
65. Kaija A Karjalainen, Antti Malmivaara, Maurits W van Tulder, Risto Roine, Merja Jauhainen, Heikki Hurri, Bart W Koes. **Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults;** Cochrane Review, 2003.
66. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhainen M, Hurri H, Koes B. **Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults :** Cochrane Review 1999.
67. M Ospina, C Harstall. **Multidisciplinary pain programs for chronic pain: evidence from systematic reviews;** Health Technology Assessment Database 2008 Issue 3
68. Hadjistavropoulos HD. Hadjistavropoulos T. **The relevance of health anxiety to chronic pain: research findings and recommendations for assessment and treatment.** [Review] Current Pain & Headache Reports. 7(2):98-104, 2003 Apr.
69. Woolf J. Clifford MD. **Pain: Moving from Symptom Control toward Mechanism-Specific Pharmacologic Management;** Ann Intern Med. 2004 March;140 (6):441-451.
70. White S. **Assessment of chronic neuropathic pain and the use of pain tools;**[Review] [35 refs] [Journal Article. Review] British Journal of Nursing. 13(7):372-8, 2004 Apr 8-21.

71. Battista EM. **The assessment and management of chronic pain in the elderly. A guide for practice**; [Review] [20 refs] [Journal Article. Review] Advance for Nurse Practitioners. 10(11):28-32; quiz 32-3, 2002 Nov.
72. Kulich RJ. Mencher P. Bertrand C. Maciewicz R. **Comorbidity of post-traumatic stress disorder and chronic pain: implications for clinical and forensic assessment** ; [Review] [105 refs] [Journal Article. Review] Current Review of Pain. 4(1):36-48, 2000.
73. Ferguson,L., Scheman J. **Patient Global Impression of Change Scores within the Context of a Chronic Pain Rehabilitation Program**; The Journal of Pain. Volume 10, Issue 4, Supplement 1, April 2009, Page S73
74. Hurst H, Bolton J. **Assessing the Clinical Significance of Change Scores Recorded on Subjective Outcome Measures**; Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics. 27(1):26-35, 2004 Jan.
75. Krohn, B., **Using Pain Assessment tools**, Nurse Practitioner. 27(10):54-6, 2002 Oct.
76. Van Royen P., **Niveaus van bewijskracht : levels of evidence**. Huisarts Nu 2002 ; 31 :54-7

XI. Annexes

Annexe 1 : Les différents paliers du traitement de la douleur et les co-analgésiques (27 + adaptation document mis à disposition par l'hôpital ERASME)

Remarque : les noms commerciaux des médicaments sont cités dans ce tableau à titre indicatif. Cette liste est non-exhaustive.

Un consensus d'experts a recommandé l'utilisation de ces analgésiques (familles et molécules).

	Famille	Nom de la molécule	Nom commercial	Indications	Contre-indications	Effets indésirables
Premier palier : Non opioïdes (antalgiques non opioïdes pour les douleurs faibles à modérées)	<u>Aminophenols</u>	Paracétamol	Dafalgan®, Panadol®, Algostase mono®, Croix blanche mono®, Curpol®, Dolol-instant®, Dolprone®, Lemsip®, Paracetamol EG®, Paracetamol Teva®, Pe-tam®, Perdolan®, Sanicopryne® etc.	Antalgique, Antipyrrétique	Prudence lors d'affections hépatiques chroniques, alcoolisme et dénutrition	Essentiellement cutanés (érythème, urticaire, prurit)
	<u>Salicylés</u>	Acide acétylsalicylique.	Aspirine®, Alka seltzer®, Aspecic®, Cardegic®, Cardiphare®, Dispril®, Sedergine®, Acenterine®, Asaflow®, Cardioaspirine® etc.	Antalgique, antipyrrétique, anti-inflammatoire.	Hypersensibilité à l'aspirine (asthme), ulcère gastroduodénal évolutif avec risque hémorragique. Les doses doivent être réduites en cas d'insuffisance hépatique ou rénale.	Hémorragie
	<u>Dérivés pyrazolés</u>	Métamizole sodique.	Analgine®, novalgine® etc.	Antipyrrétique majeur, antalgique et antispasmodique.	Insuffisance cardiaque, hépatique ou rénale grave; Affections hématoLOGIQUES; pas d'utilisation chez l'enfant.	Troubles hématologiques graves (agranulocytose), crise de porphyrie, réaction allergique (choc anaphylactique), Syndrome de Lyell.
	<u>Nefopam</u>	Néfopam chlorhydrate	Acupan® etc.	Analgesique d'origine centrale ainsi que des propriétés anticholinergiques.	Pas d'utilisation chez l'enfant, ATCD de convulsions, traitement concomitant par des IMAO	Nausées, vomissements, tachycardie. Sudation, somnolence, convulsions + effet anticholinergique (sécheresse de bouche, rétention urinaire, troubles de l'accommodation)

Deuxième palier : Opioïdes faibles (antalgiques opioïdes faibles associés aux non-opioïdes pour les douleurs modérées à intenses)

<u>Codéine</u>	Phosphate de codéine ou tartare de dihydrocodéine.	Dafalgan codeine®, Panadol codeine®, Algocod®, Docparacod®, Perdolan codeine®etc.	Algésique, anti-tussif.	Déconseillé chez les insuffisants respiratoires en raison de l'effet dépresseur de la codéine sur le centre respiratoire, hypersensibilité à la codéine. Contre-indiqué lors de l'allaitement.	Sédation, euphorie, dysphorie, myosis, rétention urinaire, réaction d'hypersensibilité, nausées, vomissements, somnolence, états vertigineux, bronchospasme, dépression respiratoire, syndrome douloureux abdominal aigu de type biliaire ou pancréatique, constipation
<u>Dextropropoxyphène</u>	Chlorydrate dextropropoxyphène	Depronal®, Algophene®(!! usage à éviter pour cause de toxicité hépatique) etc.	Analgésique	Consommation d'alcool	Syndrome de sevrage possible après une utilisation longue, effet dépresseur sur le centre respiratoire, toxicité cardiaque, constipation, toxicité hépatique
<u>Tramadol</u>	Tramadol chlorydrate	Contramal®, Tramadol EG®, Doctramadol®, Doc tramadol®, Dolzam®, Tradonal®, Tramadol sandoz®, Tramadol teva®, Tramium® etc.	Analgésique	Ajustement des doses chez les patients de plus de 75 ans et en cas d'insuffisance hépatique et rénale. A éviter chez les personnes souffrant d'épilepsie.	Sédation, nausées, dépression respiratoire, constipation. Confusion, vertiges et hallucinations peuvent survenir. Possibilité de dépendance faible avec un sevrage à composante opioïde classique dans la majorité des cas, ou une composante liée à l'activité noradrénérique (agitation, attaque de panique, paresthésie des extrémités).
<u>Tilidine</u>	tilidine chlorydrate (associé à la naloxone chlorhydrate)	Tinalox®, Valtran® etc.	Analgesique	-----	Sédation, nausées, dépression respiratoire, constipation. Confusion, vertiges et hallucinations peuvent survenir.
<u>Buprénorphine</u>	Buprénorphine	Temgesic®, Transtec®, Subutex®, Suboxone® etc.	Agoniste partiel au niveau des récepteurs munalgésiques.	Attention particulière chez les patients présentant un trouble de la fonction hépatique.	Nausées, prurit et vertiges. Si sous forme transdermique : risque d'allergie-> brûlure de la peau

Troisième palier : Opioïdes forts <i>(antalgiques opioïdes pour des douleurs intenses à très intenses)</i>	<u>Morphine</u>	Chlorhydrate de morphine (solution orale ou sirop); Sulfate de morphine (comprimés à libération immédiate); Sulfate de morphine (comprimés retard)	Docmorphine®, Morphine teva®, MS contin®, MS direct®, Oramorph®, Kapanol®, Morphine HCL® (IV-IM), Stellorphine® (IV-IM)etc.	Algésique	Insuffisance respiratoire, insuffisance hépatocellulaire, déconseillé lors de l'allaitement, épilepsie non contrôlée, hypersensibilité à la morphine.	Constipation (persistante), nausées, vomissements (temporaire), somnolence, rétention urinaire. En cas de surdosage : confusion, hallucination, myoclonies, hyperalgie. Sécheresse de la bouche
	<u>Fentanyl</u>	Fentanyl	Durogesic®, Fentanyl sandoz®, Matrifén® etc.	Algésique	Insuffisance respiratoire, insuffisance hépatocellulaire, allaitement, épilepsie non contrôlée, hypersensibilité à la morphine.	Constipation (persistante), nausées, vomissements (temporaires), somnolence, rétention urinaire. En cas de surdosage : confusion, hallucination, myoclonies, hyperalgie. Sécheresse de la bouche
	<u>Hydromorphone</u>	Hydromorphone chlorydrate	Palladone® etc. Existe sous forme à action rapide et prolongée	Algésique	Insuffisance respiratoire, insuffisance hépatocellulaire, déconseillé lors de l'allaitement, épilepsie non contrôlée, hypersensibilité à la morphine.	Constipation (persistante), nausées, vomissements (temporaire), somnolence, rétention urinaire. En cas de surdosage : confusion, hallucination, myoclonies, hyperalgie. Sécheresse de la bouche
	<u>Méthadone</u>	Méthadone chlorydrate	Mephenon® etc.	Algésique	Insuffisance respiratoire, insuffisance hépatocellulaire, déconseillé lors de l'allaitement, épilepsie non contrôlée, hypersensibilité à la morphine.	Constipation (persistante), nausées, vomissements (temporaires), somnolence, rétention urinaire. En cas de surdosage : confusion, hallucination, myoclonies, hyperalgie. Sécheresse de la bouche

Type de produit	Indications	Effets indésirables	Précautions
<u>AINS</u> Font partie du premier palier	Effet analgésique grâce à leur action anti-inflammatoire. Effet sur les douleurs chroniques dans les pathologies rhumatismales.	Risque hémorragique au niveau gastro-intestinal - Rétention hydrique avec risque d'atteinte de la fonction rénale. Toxicité hépatique, hématologique et dermatologique Possibilité de bronchospasme Interaction avec les anticoagulants oraux.	Attention aux risques de co-morbidité, interactions possibles. L'utilisation des AINS doit être évitée car il n'y a pas de preuve de supériorité clinique de ce produit par rapport à d'autres.
<u>Anxiolytiques</u>	Adjuvant des traitements analgésiques. Exemple : le Clonazépam (Rivotril®) est utile en cas de douleur neuropathique mais attention lors d'une utilisation prolongée car risque de dépression et d'atteinte hépatique.	Risque de dépendance avec possibilité de syndrome de sevrage.	
<u>Antidépresseurs</u>	Adjuvants des traitements analgésiques. L'effet analgésique apparaissant plus rapidement que l'effet antidépresseur, il est donc intéressant d'initier le traitement avec des doses peu importantes et de les augmenter en cas de réponse insuffisante. Traitement de fond des douleurs neuropathiques avec des fonds douloureux permanents, de type brûlures ou arrachement de tissus.	Effet anticholinergique (sècheresse de la bouche), effet adrénolytique (hypotension orthostatique) et effets centraux (somnolence et parfois symptômes confusionnels).	Augmentation progressive des doses
<u>Antiépileptiques</u>	Efficacité intéressante en cas de douleurs neuropathiques qui répondent mal ou insuffisamment à la morphine. Leur action est liée au blocage des canaux sodiques au niveau de la membrane cellulaire des neurotransmetteurs. Utilisés dans les douleurs neuropathiques avec paroxysmes douloureux de type décharge électrique ou élancement. Exemple : Clonazépam (Rivotril®), Carbamazépine (Tégrétol®, Carbamazépine®), Lamotrigine (Lambipol®, Lamictal®), Gabapentine (Neurontin®, Gabapentine®) etc.	Syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell avec plusieurs anti-épileptiques, troubles hématologiques, électrolytiques et hépatiques fréquents. Effets gastro-intestinaux et anticholinergiques, réactions allergiques, anémie aplasique, leucopénie et thrombopénie possible. Possibilité de perturbations au niveau du SNC (sédation, ataxie, ou effet paradoxal avec excitation). Possibilité de lipothymies.	Augmentation progressive des doses.
<u>Traitements topiques</u>	La capsaicine peut avoir un effet analgésique en cas de douleur chronique en particulier neuropathique. Exemple: hansamedic emplatre® chauffant. Les patchs à la lidocaïne peuvent être utilisés en premier choix pour le traitement des neuralgies post-herpétiques.		

	<u>Neuroleptiques</u>	Réduction des effets secondaires liés à la prise de morphiniques (nausées, confusion, hallucinations,...). Exemple : Haldol®, Dipiperon®, Frenactil®, Impromen®, Dominal®, Nozinan®, Clopixol®, Fluanxol®, Etumine®, Buronil®, Orap®, Semap® etc.	Syndrome extrapyramidal, dyskinésie tardive, Diminution du seuil d'apparition des crises d'épilepsie, hyperlactémie, somnolence, hypotension orthostatique, prise de poids, effets indésirables métaboliques, allongement de l'intervalle QT, syndrome malin neuroleptique.	Choix minutieux car effets indésirables importants. Le traitement avec des neuroleptiques n'est pas indiqué dans les insomnies et l'anxiété. L'association avec des gastrocinétiques n'est pas indiquée.
	<u>Biphosphonates</u>	Hypercalcémie induites par des tumeurs (douleurs osseuses). Exemple: Aredia®, Zometa®, Actonel®, Bondronat®, Bonefos®, Bonviva®, Fosamax®, Merk-alendronate®, Osteodidronel®, Skelid® etc.	Risque de diarrhée, d'ulcères œsophagiens. En cas d'utilisation d'Etidronate®, risque d'augmentation des douleurs osseuses et des fractures.	Prise à jeun et attendre avant de manger ou de se coucher vu les risques de lésions œsophagiennes et la faible biodisponibilité du produit.
	<u>Glucocorticoïdes</u>	Effet anti-inflammatoire et effet anti-oedémateux. Rôle important dans les douleurs de compression dues à une tumeur. Action antalgique locale et périphérique. Exemple : Médrol®, Hydrocortisone®, Celstone®, Diprophos®, Budenofalk®, Entocort®etc.	Rétention hydrosodée (œdème et hypertension artérielle), symptôme du syndrome de Cushing, faiblesse musculaire et troubles du rythme cardiaque, hyperglycémie, ostéoporose, nécrose osseuse aseptique, résistance amoindrie aux agents infectieux, euphorie, agitation, insomnie, cataracte et augmentation de la pression intra-oculaire, possibilité d'une insuffisance surrénalienne.	Vu les effets indésirables des glucocorticoïdes, la posologie et les traitements doivent être les plus faibles possibles. Diminution progressive de la posologie après un traitement prolongé.

Annexe 2: Méthodologie de rédaction de la RBP

Étapes de la rédaction et diffusion d'une RBP.		Méthode.	Sources
Phase 1 : Évaluation des besoins.	Évaluation des besoins de RBP dans le domaine des soins à domicile	Recherche de littérature pour une délimitation plus précise des thèmes.	<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence des pathologies traitées au domicile. • Recherche de publication ou de rapport KCE. • Rapport de l'INAMI, Audit dans le domaine des soins à domicile.
	Avis des professionnels de terrain sur les besoins en matière de RBP.	Enquête et concertation sous forme de débat et/ou de focus groupe.	<ul style="list-style-type: none"> • Le réseau de professionnels (infirmier(e), médecins et associations professionnelles infirmières), • Les relais EB-N. • Commission Technique de l'Art Infirmier (CTAI), • Conseil National de l'Art Infirmier (CNAI), • SSMG et Domus Médica, • l'INAMI, • le SPF Santé Publique, <p>→ rédaction d'un rapport d'enquête 05/2008.</p>
	Délimitation précise du domaine de la recherche (outcome)	Synthèse des résultats de la recherche des besoins. Travail réalisé par les chargés de recherche.	Rapport d'enquête réalisé à l'étape précédente.

Phase 2 : Recherche de littérature et rédaction de la RBP.	Définition des PICO's. P: population I: intervention C: comparison O: outcomes	Sur base des résultats de la phase 1. Validation des PICO's par le CEBAM.	Méthodologie décrite par le CEBAM et par les sociétés scientifiques de médecine générale (SSMG et Domus Médica) dans leur canevas pour la rédaction d'une RBP ⁽¹⁹⁾
	Recherche et analyse de RBP internationales dans le domaine.	Analyse sur base de la grille AGREE. → Sélection des trois RBP internationales les plus pertinentes en fonction de la grille AGREE.	Le web. Site de diffusion de RBP internationales : <ul style="list-style-type: none"> • Nationale Guidelines Clearinghouse, • G.I.N. Guideline resources, • WHO, •
	Définition des mots clefs et des termes MeSH.		MeSH- medical subject heading- database
	Recherche : <ul style="list-style-type: none"> • Clinical Evidence, • des méta-analyses, • des revues systématiques 	Recherche au départ des mots clefs et/ou des termes MeSH. Analyse sur base de grilles validées.	<ul style="list-style-type: none"> • Cochrane Database of systematic reviews, • Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), • Medline, • Embase, • Center for Reviews and Dissemination (CRD), • Autres bases de données en fonction du thème.

¹⁹ Van den Brul A, Chevalier P, Vermeire E, Aertgeerts B, Buntinx F. EBM : otitis media in children : how to formulate a PICO question. Huisarts Nu 2003; 32(7): 331-35).

	<p>Recherche d'articles :</p> <ul style="list-style-type: none"> études contrôlées randomisées (RCT) et non randomisées (CT), études de cohorte (en fonction des thèmes). <p>en anglais, néerlandais, allemand et français.</p>	<p>Recherche au départ des mots clefs et/ou des termes MeSH.</p> <p>Analyse sur base de grilles validées²⁰</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cochrane Central Register Of Controlled Trials, Medline, Embase, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL). British Nursing Index (BNI) <p>Autres base de données en fonction du thème.</p>
	Validation de l'analyse de la littérature.	Validation du comité d'accompagnement CIPIQ-S puis au CEBAM.	
	Définition des différents thèmes à aborder dans la RBP. Avis des professionnels de terrain sur l'intérêt et la faisabilité des thèmes.	Focus Groupe et concertation.	<ul style="list-style-type: none"> les relais E-BN, le réseau de professionnels, SSMG et Domus Médica, le comité d'accompagnement du SPF, autres en fonction des besoins.
	Première phase de rédaction de la version martyre de RBP	Rédaction des différents chapitres par les deux chargés de recherche sur base des grilles d'analyse de la littérature.	Analyse de la littérature.

²⁰ Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. *Users guides to the medical literature. VI. How to use an overview*. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1994, **272**, 1367-1371.

Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. *Users guides to the medical literature II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid?* Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1993, **270**, 2598-2601.

Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. *Users guides to the medical literature II. How to use an article about therapy or prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients?* Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1994, **271**, 59-63.

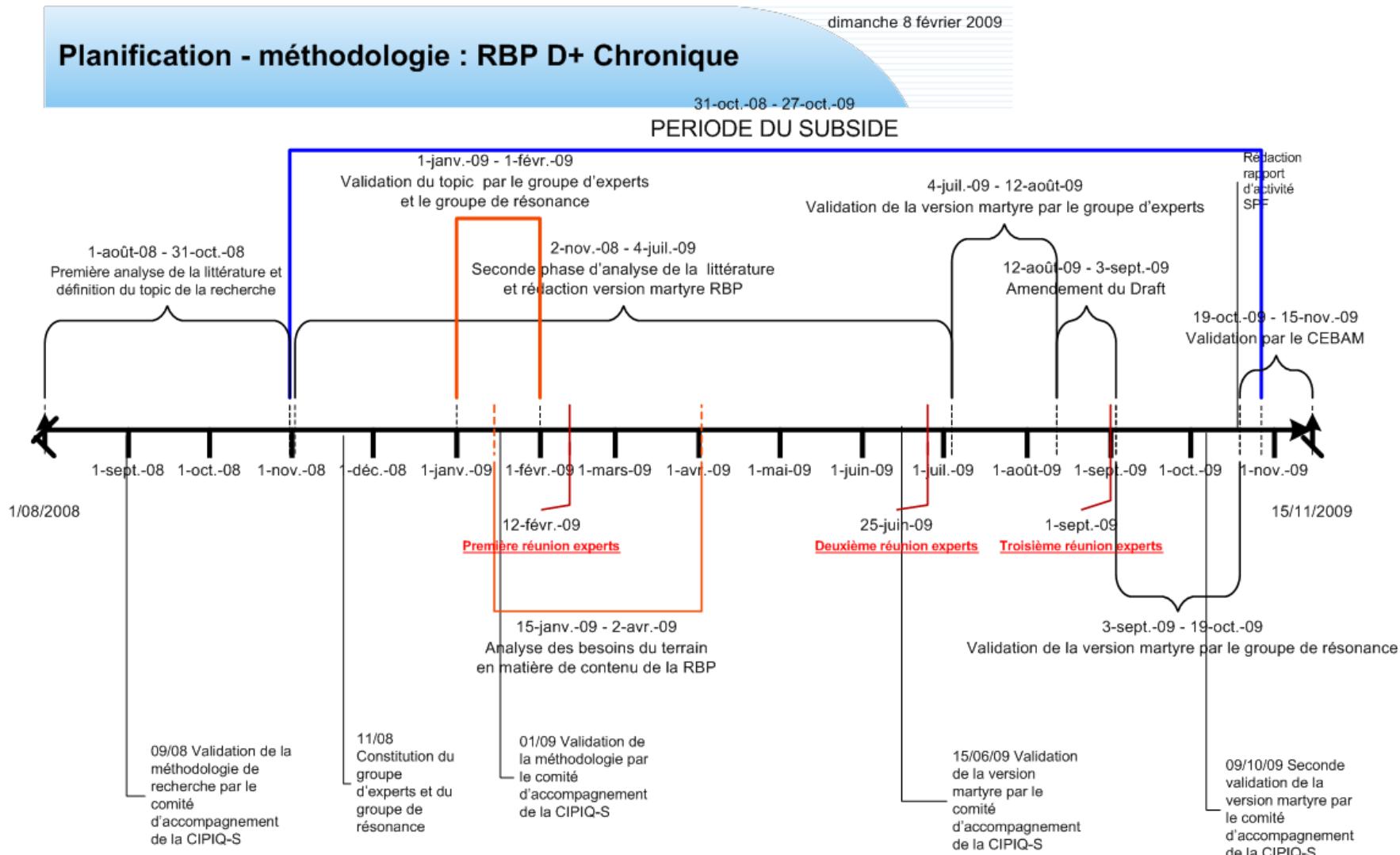
Jaeschke R., Guyatt G., Sackett DL. *Users Guides to the medical literature III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid?* Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1994, **271**, 389-391.

Jaeschke R., Guyatt G., Sackett DL. *Users Guides to the medical literature III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients ?* The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA, 1994, **271**, 703-707.

	Validation de la version martyre de RBP par le comité d'accompagnement CIPIQ-S.	Avis indépendants des différents membres du comité (appel à experts extérieurs si nécessaire).	
	Concertation avec les experts extérieurs sur le contenu de la RBP (les experts extérieurs doivent être choisis dès le début de la démarche)	Concertation / Focus groupe.	<ul style="list-style-type: none"> Experts extérieurs spécialistes du domaine de la recherche (infirmier(e)s et médecins mais il peut aussi y avoir des paramédicaux en fonction des besoins). Un avis du CEBAM peut être demandé.
	Modification de la version martyre en fonction de l'avis des experts et réévaluation par le comité d'accompagnement CIPIQ-S et SPF	Concertation.	
	Validation de la version martyre définitive par les experts extérieurs.	Méthode Delphi (via un site web) + grille AGREE. Avis anonyme.	Experts extérieurs spécialistes du domaine de la recherche
	Modification du texte en fonction de l'avis d'expertise puis validation par le groupe de résonance. Ils rendent un avis sur le contenu, la faisabilité de la RBP. Peuvent évaluer la méthode.	Méthode Delphi (via un site web) + grille AGREE. Avis Anonyme.	<p>Le groupe de résonance est constitué :</p> <ul style="list-style-type: none"> Des relais E-BN, De la SSMG et Domus Médica, Du réseau de professionnels (infirmier(e)s, médecins de terrain).
	Rédaction de la version martyre à valider par le CEBAM (membres du CEBAM n'ayant pas participé à l'encadrement de la rédaction)	Grille AGREE.	Expertise de la méthode et du contenu par deux membres du CEBAM.

	Rédaction de la version finale de la RBP		
Phase 3 : Diffusion de la RBP	La version finale de la RBP peut être diffusée au moyen de différents supports.	<u>Supports :</u> <ul style="list-style-type: none"> • un site web, • une brochure, • un poster, • 	Choix du support en fonction : <ul style="list-style-type: none"> • du thème, • des recommandations internationales pour la diffusion de RBP, • de l'avis des professionnels de terrain (relais EB-N et réseau), • des résultats de l'évaluation de la diffusion de la RBP « ulcère variqueux » • de l'avis du comité d'accompagnement CIPIQ-S et SPF.
	Construction des supports (en fonction de l'évaluation de la méthodologie de diffusion de la RBP « ulcère variqueux »).	Le support doit être une synthèse de la RBP. →Collaboration avec experts dans le domaine.	Les experts du domaine peuvent être : <ul style="list-style-type: none"> • webmasters, • graphistes, • imprimeurs, • spécialistes de la communication.
	Expertise des supports par les acteurs de terrain	Concertation / avis anonyme / enquête sur la lisibilité, la faisabilité, le contenu du support.	<ul style="list-style-type: none"> • Les relais EB-N, • Le réseau professionnel de terrain (infirmier(e)s et médecins, association professionnels), • SSMG et Domus Médica.
	Réévaluation du support et de son contenu. Construction d'un support définitif.	Concertation pour la stratégie	Avis du comité d'accompagnement de la CIPIQ-S et du SPF.

Annexe 2 :



Annexe 3 : Les échelles d'évaluation de la douleur

La recherche des échelles d'évaluation de la douleur, figurant dans la recommandation et la brochure, a été réalisée avec la coopération des collaborateurs du projet BeST (Belgian Screening Tools), réalisé par l'Université de Gand, à l'initiative du Service Public Fédéral de la Santé Publique, Sécurité Alimentaire et Environnement (www.best.ugent.be).

Échelles unidimensionnelles :

- Echelle visuelle analogique

Pas de douleur _____ La pire des douleurs

Montrez et lisez l'échelle de douleur au patient. Expliquez au patient qu'il doit indiquer sur la ligne son niveau actuel de douleur. Attendez une réponse verbale ou que le patient indique effectivement son niveau de douleur sur l'échelle. Répétez l'instruction si le patient ne semble pas avoir compris ; utilisez d'autres mots que "douleur" : mal, crampe, irritation, inconfort, courbature, engourdissement, pression, brûlure, lancement. Si le patient ne comprend toujours pas ou ne répond pas, utilisez une autre échelle. Utilisez toujours la même échelle si vous voulez suivre l'évolution du patient. Indiquez que vous avez utilisé l'Echelle Visuelle Analogique (EVA ou VAS).

Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131.

- Echelle numérique

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La pire douleur qui existe

Montrez l'échelle de douleur au patient. Expliquez l'échelle au patient et attendez sa réponse : "Sur cette échelle de la douleur de 0 à 10, 0 signifie 'pas de douleur' et 10 signifie 'la pire douleur qui existe'. Le milieu de l'échelle est à 5 et signifie 'une douleur moyenne'. Deux ou 3 devrait être une douleur légère, mais 7 et plus signifie une douleur sévère". Répétez les instructions si le patient a des difficultés, utilisez d'autres mots que "douleur" : mal, crampe, irritation, inconfort, courbature, engourdissement, pression, brûlure, lancement. Si le patient ne comprend toujours pas ou ne répond pas, utilisez une autre échelle. Utilisez toujours la même échelle si vous voulez suivre l'évolution du patient. Indiquez que vous avez utilisé l'échelle Numerical Rating Scale (NRS).

Plusieurs auteurs

- Echelle verbale simple

Demandez au patient d'entourer les mots qui correspondent au mieux à l'intensité actuelle de sa douleur. Considérez le nombre correspondant aux mots que le patient a choisi. Pour la réponse "pas de douleur" donnez la valeur 0, alors que pour "la pire douleur qui puisse exister" donnez la valeur 6. Evaluer régulièrement les mots que le patient choisi à intervalle régulier permet de déterminer si l'intensité de la douleur augmente ou diminue en regard des traitements médicamenteux ou non médicamenteux que vous mettez en œuvre.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| • Pas de douleur | 0 |
| • Douleur insignifiante | 1 |
| • Douleur légère | 2 |
| • Douleur modérée | 3 |
| • Douleur sévère | 4 |
| • Douleur extrême | 5 |
| • La pire douleur qui puisse exister | 6 |

Reproduit avec la permission du Dr K. Herr

Herr, K. A. & Mobily, P. R. (1993). Comparison of selected pain assessment tools for use with the elderly. *Appl.Nurs.Res.*, 6, 39-46. and

Herr et al. (2007). Evaluation of the Iowa Pain Thermometer and other selected pain intensity scales in younger and older adult cohorts using controlled clinical pain : a preliminary study. *Pain medicine*, vol.8, num.7, 586-600

- Echelle des visages

Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)

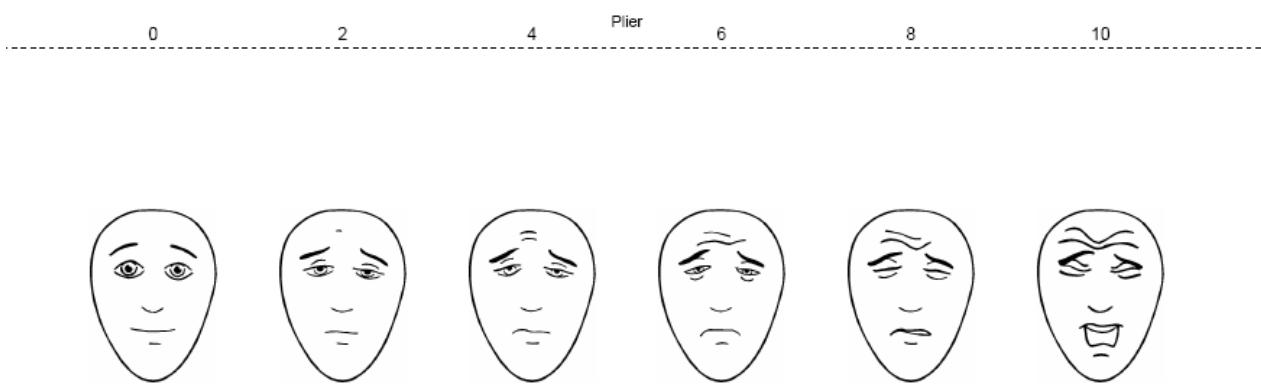
Pediatric Pain Sourcebook, www.painsourcebook.ca
Version: 7 Aug 2007 CL von Baeyer

"Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment."

Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10. 0 correspond donc à "pas mal du tout" et 10 correspond à "très très mal". Exprimez clairement les limites extrêmes : "pas mal du tout" et "très très mal". N'utilisez pas les mots "triste" ou "heureux". Précisez bien qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect affiché de leur visage.

Permission pour l'usage. Copyright International Association for the Study of Pain (IASP) © 2001. Ce matériel peut être photocopié pour une utilisation clinique ou en recherches. Pour demander la permission de l'IASP de reproduire le FPS-R dans une publication, ou pour tout usage commercial, s'adresser à iaspdesk@iasp-pain.org. Pour toute autre information concernant le FPS-R, s'adresser à Tiina.Jaaniste@sesiahs.health.nsw.gov.au (Pain Medicine Unit, Sydney Children's Hospital, Randwick NSW 2031, Australia).

Sources. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001;93:173-183. Bieri D, Reeve R, Champion GD, Addicoat L, Ziegler J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990;41:139-150.



This figure has been reproduced with permission from the International Association for the Study of Pain (IASP). The figure may not be reproduced for any other purpose without permission.

Echelle multidimensionnelles

McGill Pain questionnaire

Questionnaire de McGill sur la douleur : **version abrégée**

(SF-MPQ)

Form X

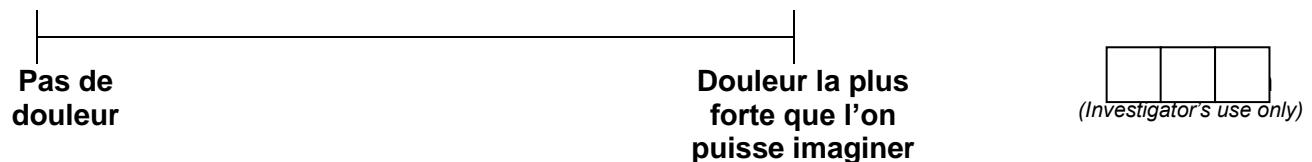
3 Not Done

A. Veuillez décrire le type de douleur que vous avez eu au cours de cette dernière semaine. (*Cochez (X) une case par ligne.*)

	Pas cet aspect de la douleur	Légère	Modérée	Forte
1. Qui élance	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Fulgurante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Comme des coups de poignard	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Vive	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Pareille à une crampe	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Qui vous ronge physiquement	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Chaude – brûlante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Sourde	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Qui pèse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Sensible au toucher	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
11. Qui vous réduit en miettes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Fatigante – épuisante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. A donner la nausée	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Angoissante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Eprouvante – cruelle	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B. Veuillez évaluer votre douleur au cours de cette dernière semaine.

La ligne ci-dessous représente l'intensité grandissante de la douleur, allant de "pas de douleur" à "douleur la plus forte que l'on puisse imaginer". Faites un trait vertical (|) sur la ligne à l'endroit qui indique le mieux la force de votre douleur **au cours de cette dernière semaine**.



C. INTENSITE ACTUELLE DE VOTRE DOULEUR.

- 0 Pas de douleur
 - 1 Légère
 - 2 Modérée
 - 3 Forte
 - 4 Très forte
 - 5 Insupportable

Questionnaire élaboré par : Ronald Melzack

Copyright R. Melzack, 19841987

Copyright R. Melzack, 1984; Reproduit avec l'autorisation du Dr. Melzack

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.

Brief Pain Inventory

NUMÉRO D'IDENTITÉ
DE L'ÉTUDE

NE PAS ÉCRIRE AU-DESSUS
DE CETTE LIGNE

NUMÉRO DE
L'HÔPITAL

Questionnaire concis sur les douleurs (Format Réduit)

Date : ____ / ____ / ____

Heure : ____

Nom : _____

Nom

Prénom

1. Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents). Avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » aujourd'hui ?

1. Oui

2. Non

2. Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin un « X » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.

3. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus intense que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer					

4. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible que vous ayez ressentie pendant les dernières 24 heures.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer					

5. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en général.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer					

6. SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur **en ce moment.**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de douleur					Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer					

Page 1 de 2

NUMÉRO D'IDENTITÉ DE L'ÉTUDE	NE PAS ÉCRIRE AU-DESSUS DE CETTE LIGNE										NUMÉRO DE L'HÔPITAL
Date : _____ / _____ / _____											Heure : _____
Nom : _____											
Nom de famille		Prénom									
7. Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?											
8. Pendant les dernières 24 heures, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté ? Pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?											
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Amélioration complète
Aucune amélioration											
9. Entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, pendant les dernières 24 heures, la douleur a gêné votre :											
A. Activité générale											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
Ne gêne pas											
B. Humeur											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
Ne gêne pas											
C. Capacité à marcher											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
Ne gêne pas											
D. Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
Ne gêne pas											
E. Relation avec les autres											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
Ne gêne pas											
F. Sommeil											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
Ne gêne pas											
G. Goût de vivre											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Gêne complètement
Ne gêne pas											
Copyright 1991 Charles S. Cleeland, PhD Pain Research Group All rights reserved											

Page 2 de 2

Reproduit avec l'autorisation du Dr Cleeland

Cleeland, C. S. & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore*, 23, 129-138.

Echelles d'hétéro-évaluation de la douleur

Doloplus

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :

Prénom :

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

			DATES			
			0	1	2	3
1• Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> • pas de plainte • plaintes uniquement à la sollicitation • plaintes spontanées occasionnelles • plaintes spontanées continues 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2• Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> • pas de position antalgique • le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle • position antalgique permanente et efficace • position antalgique permanente inefficace 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3• Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> • pas de protection • protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins • protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins • protection au repos, en l'absence de toute sollicitation 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4• Mimique	<ul style="list-style-type: none"> • mimique habituelle • mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation • mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation • mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atonie, figée, regard vide) 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5• Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • sommeil habituel • difficultés d'endormissement • réveils fréquents (agitation motrice) • insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6• Toilette et/ou habillement	<ul style="list-style-type: none"> • possibilités habituelles inchangées • possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) • possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillement étant difficiles et partiels • toilette et/ou habillement impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7• Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> • possibilités habituelles inchangées • possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) • possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) • mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8• Communication	<ul style="list-style-type: none"> • inchangée • intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) • diminuée (la personne s'isole) • absence ou refus de toute communication 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9• Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> • participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) • participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation • refus partiel de participation aux différentes activités • refus de toute vie sociale 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10• Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> • comportement habituel • troubles du comportement à la sollicitation et itératif • troubles du comportement à la sollicitation et permanent • troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) 	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

COPYRIGHT

SCORE

Reproduit avec l'autorisation du Dr Warry - WARY B., VILLARD J.F. « Spécificités de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ». Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol.4, n°3, septembre 2006.p.171-178.). Disponible sur le site : www.doloplus.com

PACSLAC

**GRILLE D'OBSERVATION DE LA DOULEUR
POUR LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES
CAPACITÉS RÉDUITES À COMMUNIQUER
PACSLAC-F ©**

Expressions faciales	Présent (✓)	Comportement/personnalité/humeur	Présent (✓)
Grimace		Agression physique (ex. pousser les autres ou les objets, griffer, frapper les autres des mains ou des pieds)	
Regard triste		Agression verbale	
Visage renfermé		Refuse d'être touché	
Regard menaçant		Ne permet pas aux autres de s'approcher	
Changements au niveau des yeux (ex. plissés, vides, brillants, augmentation du mouvement)		Fâché / mécontent	
Sourcils froncés		Lance des objets	
Expression de douleur		Augmentation de la confusion	
Visage sans expression		Anxieux	
Dents serrées		Bouleversé	
Visage crispé		Agité	
Bouche ouverte		Impatient / irritable	
Front plissé		Frustré	
nez froncé		Autres *	Présent (✓)
Activités et mouvements du corps	Présent (✓)	Pâleur du visage	
Bouge sans arrêt		Rougeurs au visage	
Se recule		Yeux larmoyants	
Nerveux		Transpiration excessive	
Hyperactif		Tremblements	
Marche sans arrêt		Peau froide et moite	
Errance		Changements au niveau du sommeil : <i>Encerclez un ou l'autre des énoncés</i>	
Tente de fuir		♦ Diminution du sommeil ou	
Refuse de bouger		♦ Augmentation du sommeil <i>durant le jour</i>	
Bouscule		Changements au niveau de l'appétit : <i>Encerclez un ou l'autre des énoncés</i>	
Diminution de l'activité		♦ Diminution de l'appétit ou	
Refuse la médication		♦ Augmentation de l'appétit	
Bouge lentement		Cris / hurlements	
Comportements impulsifs (ex. mouvements répétitifs)		Appel à l'aide	
Non coopératif / résistant aux soins		Pleure	
Protège le site de la douleur		Son spécifique ou vocalisation liée à la douleur (ex. aie, ouch)	
Touche ou soutien le site de la douleur		Gémit / se plaint	
Claudication		Marmonne	
Poings serrés		Grogne	
Prend la position fœtale		Les droits d'auteur du PACSLAC-F sont détenus par Sylvie LeMay, Maryse Savoie, Shannon Fuchs-Lacelle, Thomas Hadjistavropoulos et Michèle Aubin. Le PACSLAC-F est reproduit ici avec leur permission.	
Raideur / rigidité			

La grille PASLAC a été reproduite avec la permission de Mr T. Hadjistavropoulos et de Mme M. Aubin

La grille PACSLAC ne peut être reproduite sans permission. Pour obtenir cette permission, contacter le détenteur du copyright à l'adresse suivante : thomas.hadjistavropoulos@uregina.ca

Patients' Global Impression of Change (PGIC) scale.

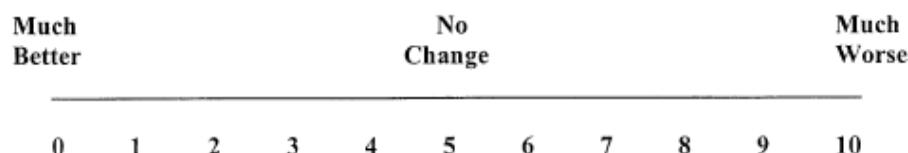
Name: _____ Date: _____ DOB: _____

Chief Complaint: _____

Since beginning treatment at this clinic, how would you describe the change (if any) in ACTIVITY LIMITATIONS, SYMPTOMS, EMOTIONS and OVERALL QUALITY OF LIFE, related to your painful condition? (tick ONE box).

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| No change (or condition has got worse) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Almost the same, hardly any change at all | <input type="checkbox"/> | 2 |
| A little better, but no noticeable change | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Somewhat better, but the change has not made any real difference | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Moderately better, and a slight but noticeable change | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Better, and a definite improvement that has made a real and worthwhile difference | <input type="checkbox"/> | 6 |
| A great deal better, and a considerable improvement that has made all the difference | <input type="checkbox"/> | 7 |

In a similar way, please circle the number below, that matches your degree of change since beginning care at this clinic:



Patient's signature: _____ Date: _____

Reference: Hurst H, Bolton J. Assessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measures. *J Manipulative Physiol Ther* 2004;27:26-35.

Annexe 4 : Tableaux comparatifs des échelles de la douleur.

Tableau récapitulatif de la validité et de la fiabilité des échelles de mesure de la douleur (50,51).

Afin de clarifier les modalités d'utilisation et les limites des différents outils proposés et de permettre ainsi aux infirmier(e)s d'adapter l'échelle au patient et à la situation, nous vous proposons le tableau récapitulatif suivant.

<u>Les échelles unidimensionnelles</u>			
	Fiabilité		Validité / applicabilité
	<u>Consistance interne</u>	<u>Test-retest fiabilité</u>	
NRS	fort (Cronbach α 0.86-0.88)	Suffisant ($r = 0.57-0.83$), mais diminué en cas de régression cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - corrélation forte avec d'autres échelles d'intensité de douleur - sensible lors des changements de l'intensité douloureuse - préférée par de nombreuses personnes âgées
VDS	Fort (Cronbach α 0.85-0.86)	Suffisant ($r = 0.52-0.83$), mais diminué en cas de régression cognitive	<p style="text-align: center;"><u>testées à domicile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - corrélation forte avec d'autres échelles d'intensité de douleur - préférée par de nombreuses personnes âgées - peu d'erreurs, même si régression cognitive
VAS	Fort (Cronbach α 0.87-0.88)	Suffisant ($r = 0.75-0.83$), mais diminué en cas de régression cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - corrélation positive forte avec d'autres échelles d'intensité de douleur - sensible pour des changements de l'intensité douloureuse
FPS	Fort (Cronbach α 0.88-0.89)	Acceptable à fort ($r = 0.44-0.94$), mais diminué en cas de régression cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - corrélation moindre avec d'autres échelles d'intensité de douleur - peu être utile chez certaines personnes âgées

Les échelles multidimensionnelles

	Fiabilité	Validité / applicabilité	
MPQ	<p>Moyen mais suffisant (Cronbach α 0.41-0.98)</p>	<p>Fort pour la plupart des scores (ICC 0.88-0.96), mais moins fort pour les scores de douleur actuels (ICC 0.75)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - convenable pour les patients à domicile mais prend du temps - fiable et valide pour utilisation chez les personnes âgées <p>- attire l'attention sur la dimension sensorielle et affective</p>
BPI	<p>fort (Cronbach α 0.82-0.97)</p>	<p>Modéré à fort (0.58-0.95)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - instrument utilisé généralement à domicile - fiable et valide pour utilisation chez les personnes âgées <p>- bonnes caractéristiques psychométriques</p> <p>- valide dans 30 langues</p> <p>- sensibilité lors des changements des dimensions de la douleur</p>

Avantages et inconvénients des échelles de mesure de la douleur (41,50)

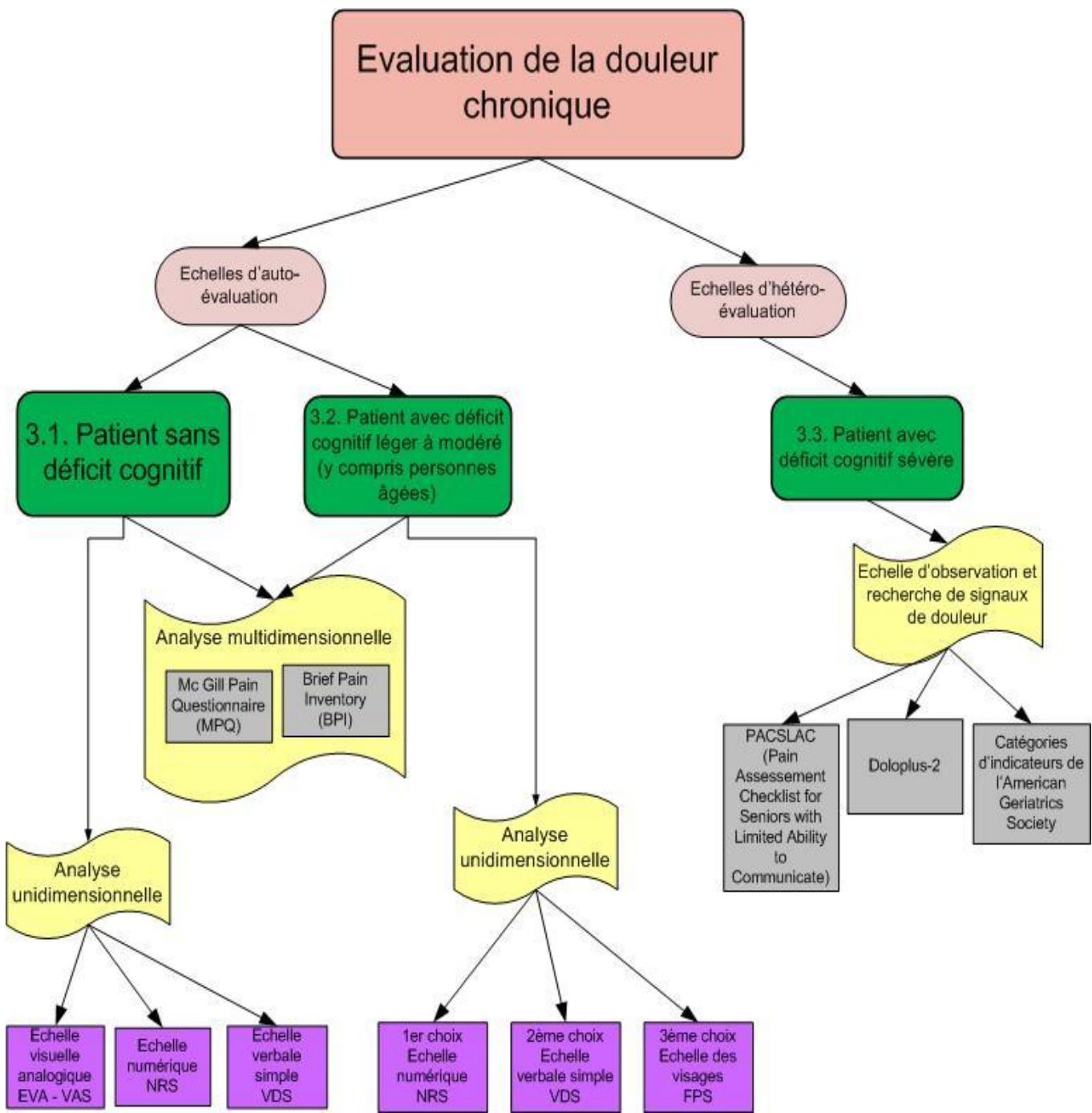
Les échelles unidimensionnelles – évaluation quantitative

	<u>Avantages</u>	<u>Inconvénients</u>
NRS	-simple	-difficile pour certaines personnes âgées avec une forte régression cognitive
VDS	<ul style="list-style-type: none"> -reproductible -sensible aux variations d'intensité douloureuses - facile à comprendre - verbale 	<ul style="list-style-type: none"> - peut être utilisée par des personnes âgées avec régression cognitive - mesure seulement l'intensité de la douleur - ne se focalise que sur l'intensité de la douleur - fait abstraction des autres dimensions de la douleur
VAS	<ul style="list-style-type: none"> -simple -peut être utilisée partout 	<ul style="list-style-type: none"> -reproductible -sensible aux variations d'intensité douloureuses - mesure seulement l'intensité de douleur - nécessite des instructions précises -difficile en cas de problèmes de troubles visuels - ne se focalise que sur l'intensité de la douleur
FPS	<ul style="list-style-type: none"> -généralement utilisable en cas de problèmes cognitifs - pas de barrières linguistiques 	<ul style="list-style-type: none"> - fait abstraction des autres dimensions de la douleur - un grand nombre de personnes âgées savent moins bien l'utiliser -difficile pour des personnes avec des troubles cognitifs - provoque plus de réponses fausses - mesure plutôt les aspects affectifs que l'intensité - variation importante entre les descripteurs - nombre limité de réponses

Les échelles multidimensionnelles – évaluation qualitative

	<u>Avantages</u>	<u>Inconvénients</u>	
MPQ	<ul style="list-style-type: none"> - combinaison de mots et des figures qui mesure la douleur dans sa globalité 	<ul style="list-style-type: none"> - Version succincte et plus applicable <ul style="list-style-type: none"> - longue - nécessite des instructions précises - difficile pour des personnes avec des troubles cognitifs 	<ul style="list-style-type: none"> - pas toujours applicable - pas recommandée pour les analphabètes ou les personnes avec des troubles cognitifs - probablement ne démontre pas les différences entre les types de douleur
BPI	<ul style="list-style-type: none"> - combine intensité de douleur et localisation - utilisation générale - simple 		<ul style="list-style-type: none"> - N'évalue pas la dimension affective ou les caractéristiques de la douleur

Algorithme décisionnel guidant l'évaluation de la douleur chronique



Annexe 5 : Tableaux de preuves et analyse des recommandations avec l'outil GRADE

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Breivik et al. (2006)	<p>Étude d'une cohorte N= 46394 adultes (> 18 ans) dans 15 pays d'Europe + Israël</p> <p>+ analyse de la prise en charge de la douleur (échantillon de 300 pers. <i>douloureuses chroniques / pays participants</i>).</p> <p>Ventilation des résultats par pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévalence de la douleur chronique pondérée dans la population générale est estimée à 19% (<i>douleur modérée à sévère sur base de l'échelle numérique</i>) - Pas d'augmentation de la douleur constatée chez les personnes âgées (> 75 ans) ; ➤ Impact de la DC sur la qualité de vie et sur les rôles sociaux ; ➤ Prévalence est sensiblement plus élevée chez la femme que chez l'homme (52% vs 48%) ; ➤ DC plus fréquente dans la population d'âge moyen (entre 41 et 60 ans) ➤ Près de 70% des patients avec DC sont suivies par leur médecin généraliste ; ➤ Environ 40% déclarent ne pas avoir une prise en charge adéquate de leur douleur. 	<p>Respect du design de l'étude dans tous les pays mais variabilité importante de l'organisation des soins de santé de première ligne entre les pays ;</p> <p>Variance importante de la prévalence entre les 16 pays ;</p> <p>La prévalence moyenne corrobore les résultats d'autres études ;</p> <p>L'impact sur la qualité de vie est très variable en fonction des pays – existence de facteurs confondants</p> <p>Grande variabilité des traitements entre les pays.</p>

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
De Rond et al. (2000)	<p>Étude observationnelle – quasi-expérimentale avec contrôle (n=703)</p> <p><u>Domaine de recherche:</u> analyse de l'attitude des médecins et des infirmier(e)s face à la prise en charge de douleur.</p> <p><u>Objectifs:</u> déterminer, dans des institutions de soins, si l'implémentation du Pain Monitoring Program (PMP) – avec l'utilisation quotidienne d'une échelle 0-10 NRS pour chaque patient - a une influence favorable sur la prise en charge de la douleur et l'administration d'antidouleurs par des infirmier(e)s.</p> <p><u>Méthode:</u> les patients de l'échantillon contrôle ont reçu les soins habituels par du personnel sans formation spécifique à la prise en charge de la douleur. Le groupe d'intervention a été soigné par des infirmier(e)s (n=216) qui avaient reçu une formation sur la prise en charge de la douleur et l'implémentation d'une démarche</p>	<p>Après l'implémentation du PMP</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ plus d'antidouleurs prescrits ont été administrés par les infirmier(e)s ($p<0.05$) ➤ plus de patients ont reçu des antidouleurs sur base PRN ($p<0.05$)²¹ ➤ les doses des antidouleurs non-opioïdes (PRN incl.) ont augmenté ($p<0.05$) ➤ plus de patients ont reçu des opioïdes faibles ($p<0.05$) ➤ l'administration des opioïdes forts n'a pas augmenté ➤ il n'y a pas de divergence significative entre les antidouleurs prescrits par les médecins et ceux administrés par les infirmier(e)s 	<p>Tout indique que les médecins hollandais prescrivent trop peu d'antidouleurs et que les infirmier(e)s administrent ces médicaments moins fréquemment que prescrit (70/100 prescrit, 50/100 administré)</p> <p>L'application d'un PMP pousse les infirmier(e)s à une meilleure administration d'antidouleurs, notamment pour les patients souffrant de douleurs modérées à graves.</p> <p>L'implémentation de la PMP n'a pas permis de démontrer une régression de la divergence entre les antidouleurs prescrits par les médecins et ceux administrés par les infirmier(e)s.</p> <p>L'engagement actif des infirmier(e)s dans la prise en charge de la douleur est au bénéfice des patients.</p>

²¹ Les infirmiers en profitent plus

	d'évaluation quotidienne de la douleur dans leur service. Tous les patients issus des 2 groupes ont été interrogés sur leurs expériences (douloureuses) à l'occasion de l'hospitalisation et à leur départ du service. Les données du traitement ont été rassemblées dans les dossiers médicaux et infirmier(e)s.		
--	---	--	--

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Dworkin et al.(2005)	<p>Élaboration de recommandations après revue systématique et consensus interdisciplinaire.</p> <p><u>Objectifs:</u> évaluation des avantages à l'utilisation d'outils de mesure pour des études cliniques sur la douleur chronique (sur base des 6 domaines essentiels de l'IMMPACT).</p> <p><u>Méthode:</u> une réunion avec 35 spécialistes en recherche, pratique clinique ou administration. Ils se sont basés sur des <u>revues systématiques</u>²² de méthodes de mesure pouvant être utilisées dans le cadre d'études cliniques, pour toutes sortes de douleurs chroniques.</p>	<p>La douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans la plupart des études, le résultat le plus important concerne une diminution de l'intensité de douleur: haute reproductibilité pour les échelles VAS, NRS et VR(D)S, ➤ Cependant cela dépend souvent des préférences et capacités des patients (peu ou pas capables d'utiliser l'échelle), de la faisabilité, de la collecte des données, etc. ➤ De plus, NRS et VAS permettent de noter le pourcentage d'amélioration ➤ La quantité d'antidouleurs utilisée en réserve peut être mesurée pour évaluer l'efficacité du traitement ➤ SF-MPQ peut être utilisé comme instrument secondaire pour évaluer les effets du traitement antidouleur sur le plan sensitif et émotionnel 	<p>A considérer comme domaines de résultats essentiels après l'élaboration d'un processus d'évaluation pour des études cliniques sur la douleur chronique.</p> <p>La douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0-10 NRS pour l'intensité de la douleur ➤ L'utilisation d'antidouleurs est réservée ➤ mesure de l'intensité de la douleur catégorique quand la mesure numérique pose problème. <p>Le fonctionnement physique (1 des 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Multidimensional Pain Inventory Interference Scale

²² www.immpact.org/meetings.html

	<p>Critères (*les plus importants) pour l'évaluation de systèmes de mesure possibles par domaine essentiel²³:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. appropriation du contenu et du concept* 2. fiabilité* 3. validité* 4. reproductibilité* 5. capacité d'interpréter les résultats 6. précision des scores 7. acceptabilité par le patient et soignant 8. effort* et faisabilité 9. disponibilité et équivalence d'alternatives 10. disponibilité et équivalence d'alternatives des versions dans les cultures et langues diverses 	<p>Le fonctionnement physique:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ mesure séparée parce qu'il y a peu de corrélation entre l'intensité de la douleur et le fonctionnement physique ➤ Important: ADL et troubles du sommeil ➤ échelle générale pour le fonctionnement physique* ou évaluation au moyen d'une échelle d'auto-évaluation chez des patients avec une affection spécifique <p>Le fonctionnement sensitif</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ l'évaluation du fonctionnement sensitif est fiable, valide et reproductible dans des situations médicales > utiliser les mêmes versions pour la douleur chronique <p>Score des participants concernant l'amélioration globale et la satisfaction avec le traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ PGIC: mesure directement interprétable de l'appréciation des participants de l'intérêt clinique d'amélioration ou d'aggravation de la douleur ➤ également utilisé comme mesure de changements importants de la qualité de vie (QOL) <p>Signes (symptômes..) et effets secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ doivent être recherchés dans des études cliniques ➤ le minimum est d'écouter passivement ou rechercher les propos rapportés 	<p>➤ Brief Pain Inventory interference items</p> <p>Le fonctionnement sensitif (au moins 1 des 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beck Depression Inventory ➤ Profile of Mood States <p>Score des participants concernant l'amélioration globale et la satisfaction avec le traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patient Global Impression of Change (P-GIC) <p>Signes et effets secondaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ au moins notés passivement ou rapportés spontanément. <p>L'attitude et les caractéristiques du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ comment les patients ont été recrutés et comment ils évoluent pendant l'étude, incl. les informations selon CONSORT guidelines. <p>Les patients souffrant de douleur chronique présentent souvent des douleurs intenses et des troubles sur les plans physique et sensitif.</p>
--	--	--	--

²³ Les échelles pour lesquelles l'information sur les critères spécifiques n'a pas été trouvée n'étaient pas recommandées; quand l'information était disponible pour 2 ou plusieurs systèmes pertinents, les recommandations étaient basées, de prime abord, sur la comparaison des 5 attributs*. Malheureusement, les données concernant un certain nombre de ces attributs sont souvent indisponibles. Ce manque de preuves est mis en exergue de manière plus significative que les limites de l'étude pour la plupart des critères relatifs à l'évaluation des résultats des études.

	<p>spontanément</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ plus sensible ou informatif: des questions ponctuelles posées périodiquement <p>L'attitude et les caractéristiques du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ cette information est indispensable pour l'évaluation adéquate des résultats et leur interprétation ainsi que pour l'élaboration des conclusions concernant l'efficacité et la sécurité (p ex. danger que l'aspect "double-aveugle" soit compromis) ➤ cfr. CONSORT-guidelines, des éléments d'information essentiels, incl. le nombre de participants retraités, lost to follow-up, et les motifs.²⁴ <p>* avantage: la comparaison avec d'autres affections est possible et est utile pour les analyses coût-bénéfice</p>	<p>Quand la douleur diminue, le fonctionnement s'améliore.</p> <p>Souvent, 1 ou 2 domaines de résultats essentiels montrent une amélioration, mais pas tous.</p> <p>Cela peut être expliqué par le rapport faible entre les domaines de résultats essentiels.</p>
--	--	---

²⁴ De préférence et si faisable cette information devrait être rassemblée et rapportée: 1) procédure de recrutement et pourcentage de participants inclus après chaque procédure 2) nombre de candidats non inclus et les motifs 3) nombre de candidats refusant de continuer et leurs motifs 4) utilisation simultanée de médicaments non-permis 5) nombre et motifs de retrait de chaque groupe de traitement, inclusion des décédés et des patients lost to follow-up 6) types, nombres et raisons d'intolérance au traitement dans chaque groupe.

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Dworkin et al. (2008)	<p>Consensus d'experts interdisciplinaire.</p> <p>Objectifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ délivrer des recommandations sur l'efficacité des traitements contre la douleur chronique – ces recommandations reposent sur le niveau de preuve le plus élevé. ➤ développer un référentiel provisoire <p>Méthode: Réunion de consensus de 40 spécialistes de la douleur qui ont analysé et discuté la méthodologie et les résultats de recherche (une revue systématique²⁵) d'études pertinentes afin de déterminer les mesures spécifiques recommandables dans 4 domaines essentiels de la douleur chronique, recommandés autrefois par IMMPACT:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'intensité de la douleur (0-10 NRS) 2. le fonctionnement physique (MPI en BPI interference scales) 3. le fonctionnement émotionnel (Beck Depression Inventory en Profile of Mood States) 	<p>L'intensité de la douleur:</p> <p>➤ <u>0-10 NRS</u></p> <p>Dans 3 études²⁶ une diminution de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 ou 15 à 20% = pas significatif - 2 ou 30 à 36% = mieux - >=4 ou >=50% = significatif <p>Le fonctionnement physique</p> <p>➤ <u>Multidimensional Pain Inventory:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - des caractéristiques psychométriques ont été démontrées pour différents types de douleurs chroniques - l'intérêt clinique des changements sur le MPI n'est pas le même pour chaque affection <p>➤ <u>Brief Pain Inventory:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - des caractéristiques psychométriques ont été démontrées pour divers types de douleurs chroniques non-cancéreuses - les différences de scores moyens sur l'Interference Scale entre les patients avec amélioration de la douleur et ceux non-satisfait se chiffrent de 1 à 32 points 	<p>Il est nécessaire de continuer les études afin d'approfondir ce que les patients considèrent comme "un changement important" par rapport à une modification de l'intensité douloureuse, de la qualité de vie et de l'amélioration globale.</p> <p>Des recherches ont démontré que des scores de 0 à 3/4 agissent moins sur le fonctionnement physique et sensitif. Cependant peu de recherches donnent un pourcentage de patients présentant une diminution de la douleur après le traitement.</p> <p>Les auteurs recommandent d'appliquer au moins deux méthodes / outils pour l'évaluation de l'impact d'un produit sur la perception de la douleur par le patient.</p> <p><u>Référence provisoire à l'interprétation des changements pour les études cliniques de la douleur chronique * :</u></p>

²⁵ www.immpact.org/meetings.html

²⁶ Farrar et al. (2001), Salaffi et al.(2004), Hanley et al.(2006)

4. le score du participant concernant l'amélioration globale de la qualité de vie (P-GIC)	<p>Le fonctionnement sensitif/émotionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Beck Depression Inventory:</u> <ul style="list-style-type: none"> - des caractéristiques psychométriques excellentes et reproductibles pour des changements de douleur - possibilités de déterminer des changements cliniques importants: score <10, transition vers un niveau moins grave sur l'échelle (arbitraire), différence de 5 points. ➤ <u>Profile of Mood States:</u> <ul style="list-style-type: none"> - consistance interne assez satisfaisante (Crohnbach $\alpha = 0.63-0.96$), mais peu de recherche de fiabilité - problèmes: différentes versions, peu de statistiques descriptives sur les mécanismes des scores, peu d'études avec contrôle, peu utilisé par les patients - l'amélioration moyenne est de 18 points au total et de 1 à 4 point pour les sous-échelles. <p>Amélioration globale de la qualité de vie (QOL)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Patient Global Impression of Pain (P-GIC):</u> <ul style="list-style-type: none"> - de plus en plus utilisé dans des études cliniques plus récentes, très reproductible, bonne interprétation de l'évaluation du 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 0-10 NRS: MiM=10-20%; MoI>=30%; S>=50% ➤ MPI: Cl>=0.6 points ➤ BPI: Mil=1 point ➤ Beck DI: Cl>= 5 points ➤ PMS-total: Cl>=10-15 points <p>PMS-sub: Cl>=2-12 points</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ P-GIC: Mil=min.improved; MoI=much improved; S=very much improved <p>*Mil=minimally important; MoI=moderately important; S=substantial; Cl=clinically important</p>
---	---	---

		patient.	
--	--	----------	--

- pierre angulaire pour la détermination de l'intérêt clinique d'améliorations en cas de mesure de douleur. L'intérêt sur les différents niveaux de cette mesure est clair.

AUTEUR – ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	REMARQUES/CONCLUSIONS
Farrar et al. (2001)	<p>Revue systématique</p> <p><u>Domaine de la recherche:</u> l'interprétation de l'importance clinique des différences de scores sur une échelle numérique NRS 0-10 (11 points).</p> <p><u>Objectifs:</u> vérifier les différences de l'intensité douloureuse sur PI-NRS, en relation avec l'échelle en 7 points Patient Global Impression of Pain (P-GIC)</p> <p><u>Données/critères de sélection:</u> des études cliniques placébo-contrôlées récentes (l'effet du pregabalin sur des maladies diverses accompagnées de douleur chronique) avec le même design de recherche et la même méthode d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluation quotidienne de la douleur avec le PI-NRS ➤ P-GIC à la fin 	<p>10 RCT sélectionnées (n = 2724)</p> <p>En général: une diminution ≥ 2 points sur PI-NRS correspond à l'item "beaucoup mieux" sur le P-GIC; une diminution ≥ 4 points correspond à l'item "vraiment beaucoup mieux" sur le P-GIC. Idem pour les pourcentages (30% et 50%)²⁷.</p> <p>Les résultats combinés: presque tous les patients évaluant la douleur comme "beaucoup mieux" jusqu'à "vraiment beaucoup mieux" avaient au moins un score plus bas sur le NRS et la plupart avaient une diminution de ≥ 2 points.</p> <p>Une diminution de 1.74 points et 27.9% correspondent le mieux avec la définition d'une « amélioration clinique importante ».</p>	<p>Ces résultats peuvent contribuer à des recherches futures pour la détermination d'un "standard" pour définir ce qu'est une "amélioration clinique importante" dans la recherche clinique des traitements pour la douleur chronique.</p> <p>L'utilisation d'un standard (outcome) peut améliorer sensiblement la comparabilité, la validité et l'applicabilité clinique.</p>

²⁷ Cette association était visible dans chacune des 10 études, indépendamment de la maladie, de la durée de l'étude et des données démographiques des patients. Le groupe contrôle avait des scores presque similaires en différence en pourcentages correspondant avec chaque niveau sur le P -GIC.

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Farrar et al. (2008)	<p>Étude randomisée, double-aveugle, placebo-contrôlée (n=189).</p> <p>Objectifs: Déterminer la validité, la fiabilité et l'intérêt clinique d'une échelle de spasticité numérique 0 – 10 (NRS) comme mesure de la spasticité vécue et évaluée par le patient même</p> <p>Méthode: Comparaison de la fiabilité et la validité des mesures de gravité de la spasticité par le patient avec le NRS 0 – 10 et le Ashworth Scale and Spasm Frequency Scale.</p> <p>On a déterminé quelle mesure de changement est significative d'une différence clinique importante (CID) ou d'une différence clinique minimum importante (MCID) en comparaison avec le PGIC.</p>	<p>Corrélation significative entre le changement sur le NRS 0 – 10 et le changement sur de SFS ($r=0.63$; $p<0.001$). Corrélation modérée entre le changement sur le NRS 0 – 10 et le PGIC ($r=0.47$; $p<0.001$).</p> <p>Une diminution de 30% de la spasticité sur le NRS 0 – 10 correspond le mieux avec le CID et un changement de 18% du MCID.</p>	<p>Ces résultats confirment la fiabilité et la validité de l'échelle de spasticité 0 – 10.</p> <p>Le pourcentage de changement après auto-évaluation sur un 0 – 10 NRS est approprié comme mesure de résultat pour des études cliniques à venir sur l'efficacité de médicaments contre la spasticité.</p> <p>L'utilisation d'un instrument uniforme pour des études sur la spasticité peut améliorer la comparabilité, la validité et l'applicabilité de telles études. En plus l'application des résultats peut contribuer à la définition d'un changement clinique important dans la recherche de l'efficacité des traitements contre la spasticité.</p>

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Ferguson, Scheman (2009) (abstract)	<p>Étude expérimentale non-randomisée (N=488)</p> <p>Domaine de recherche: les caractéristiques psychométriques de l'échelle Patient Global Impression of Change (P-GIC)</p> <p>Objectifs: déterminer quelles variables (outcome) et quelles mesures influencent le score du P-GIC</p> <p>Méthode: des patients ambulants souffrant de douleur chronique, inclus dans un programme de réhabilitation pendant 3 à 4 semaines, ont rempli avant et après la finalisation de ce programme des échelles d'évaluation de l'intensité de douleur, de leur fonctionnement et de leurs émotions, ainsi que l'échelle P-GIC après finalisation. Sur ces résultats, les chercheurs ont appliqué une analyse de régression linéaire.</p>	<p>Le score du P-GIC est influencé de façon significative par l'intensité de douleur, le PDI (Pain Disability Index) et par l'état dépressif – l'humeur du patient ($p<0.05$).</p> <p>R^2 pour le Total de ces variables = 0.314 ($F=30.62$, $p<0.01$) en ce qui concerne la valeur prédictive.</p> <p>La variance du P-GIC est influencée par l'intensité de la douleur (23,8%), PDI (5,9%) et la dépression – l'humeur (1,7%).</p>	<p>Apparemment, la plus grande partie de la variance concernant l'impression des patients, sur leurs changements après le programme de réhabilitation, ne résulte pas de changements d'intensité de douleur, d'émotions ou de fonctionnement.</p> <p>Les chercheurs postulent que ces variables sont influencées par le résultat du diagnostic, la durée de la douleur et l'existence d'autres variables psychosociales (facteurs confondants).</p>

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Hadjistavropoulos T. et al. (2007)	<p>Consensus d'experts interdisciplinaires sur l'évaluation de la douleur (auto-évaluation et observationnelle) chez les personnes âgées – analyse des revues systématiques et des recommandations existantes.</p> <p>Groupe de consensus constitué de 24 experts internationaux dans le domaine de la douleur.</p> <p>La recherche s'est focalisée dans les domaines suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. examen physique 2. histoire de la maladie 3. l'évaluation de la douleur par auto-évaluation 4. l'évaluation de la douleur chez le patient dément 5. l'évaluation fonctionnelle 6. l'évaluation du fonctionnement sensitif 7. questions concernant la douleur neuropathique et nociceptive <p>Vu que les études sur la douleur chez les personnes âgées sont peu nombreuses, certaines recommandations dans ce texte de consensus sont basées sur des observations cliniques, l'expérience et des consensus et pas nécessairement sur des preuves empiriques collectées</p>	<p>Concerne les personnes âgées avec pas ou peu de régression cognitive</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Auto-évaluation comme source d'information est considérée comme "gold standard" ➤ Une anamnèse avec des questions simples sur la recherche de douleur et d'inconfort + l'intensité de la douleur, la fréquence, la localisation, la durée et l'influence sur la vie quotidienne doit être réalisée ➤ Beaucoup de personnes âgées ne parlent pas spontanément de leur douleur, la cachent ou la nient ➤ Beaucoup de personnes âgées ne souffrent pas de douleur au repos ➤ La plupart des personnes âgées démentes sont capables de localiser la douleur sur un dessin ➤ Les échelles NRS ont des caractéristiques psychométriques satisfaisantes, demandent peu d'habiletés linguistiques et peuvent être utilisées verbalement ➤ Les échelles VDS ont des caractéristiques psychométriques satisfaisantes et sont préférées régulièrement ➤ Malgré une grande fiabilité de l'échelle VAS, elle n'est pas toujours favorable parce que certaines personnes âgées donnent fréquemment des réponses non adaptées ➤ Les échelles multidimensionnelles sont plus complètes mais demandent plus de temps 	<p>Beaucoup de personnes âgées ne reçoivent pas un traitement de la douleur adéquat à cause d'une mauvaise évaluation.</p> <p>Il est difficile de choisir une approche appropriée, complète et efficiente.</p> <p>Il existe des dysfonctionnements concernant la valeur et l'utilisation des instruments d'évaluation existants.</p> <p>Des stratégies pour l'amélioration de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées devraient être mises en œuvre dans une démarche de qualité.</p> <p>Certaines recommandations sont trop complexes et trop longues pour un grand nombre de professionnels. Le but et le contexte de l'évaluation détermineront la méthode la plus appropriée.</p>

	<p>systématiquement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le (SF-) MPQ n'est pas lié à un certain âge et beaucoup de personnes âgées souffrant de la douleur chronique sont capables de le remplir à condition qu'elles comprennent les adjectifs ➤ L'échelle MPQ est fiable pour l'évaluation de la douleur chronique chez les personnes âgées ➤ SF-MPQ est validé et peut être utilisé chez les personnes âgées <p>Les personnes âgées démentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La détérioration cognitive des patients provoque des difficultés à évaluer leur douleur ➤ Les personnes âgées avec MMSE (échelle d'évaluation de la démence du patient) $\geq 12-18$ sont capables d'utiliser certaines méthodes d'auto-évaluation ➤ L'auto-évaluation n'est plus fiable si MMSE $< 12 - 13$ ➤ Les échelles observationnelles < 10 items avec consistance interne acceptable: Abbey Scale, Doloplus-2 et DS-DAT ➤ Les échelles d'observation > 10 items: PACSLAC montre la meilleure qualité psychométrique et est préférée par les infirmier(e)s en Hollande; une validation prospective est nécessaire ➤ Plus l'instrument est étendu et complet plus il est possible de détecter les patients souffrant de douleur 	
--	-------------------------	--	--

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Herr et al. (2006)	<p>Revue systématique.</p> <p><u>Domaines de recherche:</u></p> <p>Les instruments pour l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes incapables d'exprimer leur douleur</p> <p><u>Objectifs:</u> L'évaluation des instruments existants (chacun basé sur l'observation de 6 composantes cfr. l'AGS*) pour cette population.</p> <p><u>Sources:</u></p> <p>Medline, CINAHL, PsychINFO and Health, Psychosocial instruments, National Guideline Clearinghouse.</p> <p>En plus: abstracts de conférences et des données personnelles des auteurs. De 1190 à 07/2004.</p> <p><u>Critères de sélection:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Basés sur l'observation des caractéristiques de comportement du patient douloureux 2. Développé pour l'évaluation de la douleur chez des personnes âgées démentes graves - évalué pour l'utilisation chez des personnes âgées incapables de 	<p>Les chercheurs ont retrouvé 14 instruments, 10 échelles sélectionnées (Abbey, ADD, CNPI, DS-DAT, Doloplus-2, FLACC, NOPPAIN, PACSSD-PACSLAC, PADE en PAINAD).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abbey: Fiabilité pas testée suffisamment, pas assez de preuves, des tests contrôlés sont nécessaires ➤ ADD: Bonne approche pour la détection de la douleur, mais nécessaire de faire plus de tests de fiabilité ➤ CNPI: Brève et utile pour la pratique clinique, surtout pour des soins chroniques. Il est possible de la compléter avec d'autres évaluations du comportement. Plus de tests sur la fiabilité sont nécessaires, surtout pour une utilisation par des infirmier(e)s. ➤ DS-DAT: Instrument fiable pour la détection d'inconfort, mais moins sensible pour des indicateurs de douleur plus subtils, cfr. littérature plus récente. Demande beaucoup de formation donc limité pour une utilisation quotidienne. ➤ Doloplus-2: Complet, constitué de beaucoup d'indicateurs, cfr. la littérature et la recommandation de l'AGS. Pas assez d'informations en anglais pour une évaluation approfondie de l'instrument. ➤ FLACC: A l'origine, développé pour l'évaluation de la douleur chez les enfants et incompatible avec la recommandation de l'AGS. Fiabilité et validité non déterminées. 	<p>Lors de l'élaboration d'instruments d'évaluation de la douleur chez les personnes âgées avec troubles du langage et démence, il faut tenir compte de deux éléments:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les personnes démentes manifestent un comportement douloureux différent des autres personnes ; 2. Une liste d'indicateurs de comportements douloureux complète doit être utilisée ; <p>La plupart des 10 échelles sélectionnées comportent les indicateurs les plus importants et les plus évidents : expression faciale, verbatims/sons de la voix et mobilisations. Il n'y a que 3 instruments qui comprennent des indicateurs des 6 catégories de comportements.</p> <p>Vu la recherche limitée, l'auteur considère qu'un instrument pour l'évaluation de la douleur doit être complet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. La présence de douleur peut être démontrée sur base de l'observation des indicateurs de comportements de

	<p>s'exprimer</p> <p>3. En anglais</p> <p>4. Au moins 1 étude publiée avec une évaluation psychométrique en anglais</p> <p>Chaque instrument évalué par 3 auteurs indépendants + pondération avec une échelle 4 points (3=évidence forte – 0=pas d'évidence)</p> <p>(*)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ expressions du visage ➤ expressions verbales et vocales ➤ mouvements du corps ➤ changements des interactions interpersonnelles ➤ changements des activités ou des habitudes ➤ changement de l'état mental 	<p>➤ NOPPAIN: Basé sur le rapportage par les proches donc non supporté par la recherche. Plus d'études sont nécessaires dans des circonstances cliniques.</p> <p>➤ PACSSD-PACSLAC: Instrument simple avec le potentiel pour une utilisation pratique. Complet, comporte les 6 catégories de comportements de douleur cfr. l'AGS. Évaluation prospective encore nécessaire sur des grands groupes de patients, fiabilité et validité à déterminer.</p> <p>➤ PADE: Instrument assez simple, révision et nouveaux tests sont nécessaires sur le plan de la construction, mise en page, score et interprétation.</p> <p>➤ PAINAD: Bref et simple à utiliser, mais pas complet, ne mesure pas les changements de comportements subtils. Favorable pour la clinique, un score 0 – 10 (cfr. NRS chez les patients sans trouble du langage), pas supporté par la littérature.</p>	<p>douleur, mais pas l'intensité de la douleur.</p> <p>En ce moment, il n'existe pas d'instrument validé et standardisé en anglais sur les indicateurs de comportements de douleur qui pourrait être recommandé pour la pratique clinique générale.</p> <p>Il est recommandé de réaliser une évaluation la plus complète possible en utilisant un instrument existant adapté au cadre et au public cible.</p> <p>Le message le plus important est que les soignants doivent être attentifs à la présence de douleur et chercher des indicateurs de douleur chez des patients présentant des comportements typiques de douleur.</p>
--	--	---	--

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Hurst, Bolton (2004)	<p>Étude expérimentale non-randomisée (n=265 dont 165 souffrant de douleur dorsale, 100 souffrant de douleur de nuque)</p> <p><u>Domaine de recherche:</u> la détermination de valeurs cliniques significatives d'amélioration.</p> <p><u>Objectifs:</u> déterminer les cut off pour les scores différentiels avec lesquels les patients présentant une amélioration clinique peuvent être identifiés</p> <p><u>Méthode:</u> les patients ont rempli le Bournemouth Questionnaire avant et après un traitement chiropractique, et une échelle P-GIC après le traitement. On a appliqué 3 méthodologies statistiques sur les scores de façon individuelles.</p>	<p>RCI (Reliable Change Index)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ cut off > 1.96 = amélioration clinique (patients avec douleurs dorsales). <p>ES (Effect Size)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ES individuel de ca. 0.5 = amélioration <p>Scores différentiels bruts (BC):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ des pourcentages de 47% (dorsales) à 34% (nuque.) montraient la sensibilité et la spécificité la plus haute (valeur prédictive positive vpp – la plus significative) pour l'identification des patients qui montrent une amélioration clinique significative. 	<p>L'étude présente quelques seuils statistiques de scores différentiels pour l'identification des patients avec une amélioration clinique significative.</p> <p>Cependant, les chercheurs ont utilisé le P-GIC – généralement considéré comme un instrument pertinent de bonne qualité à la détermination de changements cliniques significatifs – mais non-validé.</p> <p>Le NNT (number needed to treat) peut être calculé sur base d'une proportion de patients qui éprouvent un changement clinique important, ce qui facilite l'applicabilité pratique chez les patients de façon individuelle.</p>

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Karjalainen K et al. (1999)	<p>Revue systématique</p> <p><u>Domaine</u> : Prise en charge multidisciplinaire des patients en âge de travailler souffrant de fibromyalgie et/ou de douleurs musculaires généralisées</p> <p><u>Objectifs</u> : Évaluer l'efficience de la prise en charge multidisciplinaire dans le domaine de l'étude.</p> <p><u>Base de données</u> : Medline (<i>à partir de 1966</i>), Embase (<i>de 1980 à 1998</i>), PsycLit (<i>à partir de 1967</i>), the Cochrane Controlled Trials Register (CCTR).</p> <p>De 1966 – avril 1998.</p> <p>Anglais, néerlandais, allemand, français, finnois, norvégien, suédois et espagnol.</p> <p><u>Critères de sélection</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Randomized controlled trials (RCTs) ou non-randomized controlled clinical trials (CCTs) - analyse de la réhabilitation biopsychosociale dans le domaine de 	<p>Lecture de 1808 abstracts;</p> <p>Sélection de 65 études ($N = 1050$) – 4 études (4 RCT) répondent aux critères de sélection mais la qualité méthodologique de ces études est souvent très faible.</p> <p>Trois RCT démontrent un intérêt modéré pour la prise en charge multidisciplinaire. Ces études démontrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le traitement comportemental et la gestion du stress sont deux éléments importants à prendre en considération dans la prise en charge. - l'éducation du patient + entraînement physique ont un intérêt significatif dans la prise en charge du patient. 	<p>- Les auteurs sont réservés sur les résultats et considèrent que les preuves sont faibles mais existent et nécessite la mise en œuvre de recherches complémentaires.</p> <p>- prise en charge multidisciplinaire souvent utilisée dans ce type de douleur mais coût important pour la collectivité et engagement + souffrances personnelles importantes.</p>

<p>l'étude</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge multidisciplinaire - doit comprendre l'intervention d'un médecin. <p>Analyse par 4 chercheurs indépendants + deux experts analysent le programme de réhabilitation</p>		
--	--	--

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Karjalainen K et al. (2003)	<p>Revue systématique</p> <p><u>Domaine</u> : Prise en charge multidisciplinaire de patients en âge de travailler souffrant de douleur de la nuque</p> <p><u>Objectifs</u> : Évaluer l'efficience de la prise en charge multidisciplinaire dans le domaine de l'étude.</p> <p><u>Base de données</u> : Medline, Embase, PsycLit, Central, Medic, the Science Citation Index.</p> <p>De 1978 – nov. 2002.</p> <p>Anglais, néerlandais, allemand, français, finnois, norvégien, suédois et espagnol.</p> <p><u>Critères de sélection</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Randomized controlled trials (RCTs) ou non-randomized controlled clinical trials (CCTs) - analyse de la réhabilitation biopsychosociale dans le domaine de l'étude - prise en charge multidisciplinaire. <p>Analyse par 4 chercheurs (« à l'aveugle »)</p>	<p>Lecture de 1808 abstracts;</p> <p>Sélection de 65 études – 2 études (1 RCT – 1 CCT) répondent aux critères de sélection mais de faible qualité méthodologique.</p>	<p>Vu les faiblesses dans la méthodologie des deux études retenues, les auteurs sont réservés et considèrent que les preuves d'une efficience de la prise en charge multidisciplinaire dans les douleurs de nuque sont non significatives</p>

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Karjalainen K et al. (2003)	<p>Revue systématique</p> <p><u>Domaine</u> : Prise en charge multidisciplinaire des patients en âge de travailler souffrant de douleurs dorsolombaires</p> <p><u>Objectifs</u> : Évaluer l'efficience de la prise en charge multidisciplinaire dans le domaine de l'étude.</p> <p><u>Base de données</u> : Medline, Embase, PsycLit, Central, Medic, the Science Citation Index.</p> <p>De 1978 – nov. 2002.</p> <p>Anglais, néerlandais, allemand, français, finnois, norvégien, suédois et espagnol.</p> <p><u>Critères de sélection</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Randomized controlled trials (RCTs) ou non-randomized controlled clinical trials (CCTs) - analyse de la réhabilitation biopsychosociale dans le domaine de l'étude 	<p>Lecture de 1800 abstracts;</p> <p>Sélection de 65 études – 2 études (2 RCT) répondent aux critères de sélection mais la qualité méthodologique de ces études est faible.</p> <p>L'intérêt clinique des deux études sélectionnées est significatif.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vu le faible nombre d'études significatives et leur faiblesse méthodologique, les auteurs sont réservés et considèrent que les preuves d'une efficience de la prise en charge multidisciplinaire dans les douleurs dorsolombaires sont significatives - cependant, il faut nuancer les résultats obtenus.

	<ul style="list-style-type: none"> - prise en charge multidisciplinaire - doit comprendre l'intervention d'un médecin. <p>Analyse par 4 chercheurs (« à l'aveugle »)</p>		
--	--	--	--

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Mordechai en Meyer (2004)	<p>Étude randomisée, double-aveugle, placebo-contrôlée (n=98).</p> <p><u>Objectifs:</u> déterminer s'il existe une différence entre la mesure de douleur avec la VAS et avec une échelle catégorique (CAT) dans le cadre d'une étude sur la recherche de l'efficacité d'un nouveau médicament contre l'ostéo-arthrite (naproxen sodium 500mg).</p> <p><u>Méthode:</u> Un groupe de patients non-obèses souffrant de douleur d'origine ostéo-arthritique grave non-traitée ont pris le médicament pendant 12 semaines et ont évalué leur douleur au moyen de 2 échelles à 5 moments. Groupe placebo: 108 patients.</p>	<p>Corrélation important entre VAS et CAT dans les 2 groupes (>0.995).</p> <p>Grand écart de résultats avec le VAS pour chaque CAT-score, avec chevauchement et même des scores contradictoires, également dans les 2 groupes.</p> <p>Analyse de régression linéaire des mesures VAS-CAT: résultat significatif ($F<0.0001$); $R^2=0.504$</p>	<p>Mesure de douleur au moyen de VAS et de CAT est très similaire, mais il y a beaucoup de variabilité à cause des différences individuelles d'appréciation.</p> <p>Une échelle combinée pourrait être plus claire pour le patient et l'évaluation de la douleur pourrait être plus précise.</p>

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Peters et al. (2007)	<p>Étude observationnelle (n=338).</p> <p><u>Domaine de recherche:</u> l'utilisation d'échelles pour la mesure de l'intensité de la douleur chez des patients adultes ambulants souffrant de douleur chronique</p> <p><u>Objectifs:</u> Examiner les caractéristiques psychométriques de 5 échelles pour l'évaluation de l'intensité de la douleur (VAS horizontale et verticale, 0-10 NRS, 0-20 NRS et VDS) et comparer les préférences des patients.</p> <p><u>Méthode:</u> Patients hollandais souffrant de douleur chronique (âge moyen = 54 ans). Ils ont rempli un questionnaire qui abordait les points suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ données démographiques ➤ 5 échelles différentes avec lesquels ils évaluaient 4 aspects de l'intensité de la douleur (douleur présente, douleur la plus grave, douleur la moins grave, douleur moyenne pendant la semaine passée) ➤ 3 questions sur leurs préférences par rapport aux échelles 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les erreurs d'utilisation d'une échelle sont influencées par l'âge ($z=2.36$; $p=0.018$) du patient ➤ Les patients inclus dans l'étude préfèrent les 2 NRS (49.3%) > les 2 VAS (25.7%) > le VDS (25%) ➤ Les patients >75 préfèrent le VDS (42.9%) ➤ La plupart des patients, même s'ils présentent des problèmes cognitifs, sont capables d'utiliser une échelle d'auto-évaluation VDS ou un NRS. ➤ Les 5 échelles présentent une bonne validité, mais les 2 NRS et le VAS horizontal mettent mieux en évidence l'intensité douloureuse sous-jacente que la VAS verticale et encore mieux que la VDS. 	<p>Pour la mesure de l'intensité de douleur d'un groupe hétérogène de patients adultes souffrant de douleur chronique l'échelle NRS (surtout celle à 20-points) est l'échelle de choix.</p> <p>Si la population se compose notamment de personnes âgées et plus particulièrement si elle se compose de patients avec une régression cognitive, l'échelle VDS peut être utilisée.</p> <p>Les chercheurs recommandent la prudence avec l'utilisation du VAS, parce qu'un certain nombre de patients ne la comprennent pas et/ou l'utilisent mal.</p>

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Schofield (2008)	<p>Revue systématique.</p> <p>Domaine de recherche: La prise en charge de la douleur chez des personnes âgées, évaluation et management de la douleur.</p> <p>Objectifs: des recherches de littérature supplémentaire sur l'évaluation et le management de la douleur.</p> <p>Sources: cf. liste de littérature annotée par l'auteur (2005)²⁸</p> <p>Critères de sélection: domaine de recherche, focalisé sur les adultes dans des maisons de repos. Littérature publiée en 2007-2008.</p>	<p>Sélection de 26 articles (pour tous les topics)</p> <p>Doloplus : peut être utilisé dans plusieurs domaines différents, dans tous le pays (traduit en 5 langues).</p> <p>Les 2 échelles ont été examinées :</p> <p>PAINAD : identifié comme une échelle fiable pour la détection de la douleur chez des patients déments.</p> <p>NOPAIN: des recherches supplémentaires ont renforcé les résultats antérieurs sur le plan de fiabilité et de validité.</p>	<p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires en ce qui concerne la validité des échelles existantes plutôt que de développer de nouvelles échelles.</p> <p>PAINAD, NOPAIN et Doloplus ont le plus de preuves de fiabilité.</p>

²⁸ Schofield PA, Clarke A, Faulkner m, et al. An annotated bibliography for the management of pain in the older adult. University of Sheffield; 2005. ISBN 1-902411-40-4.

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Turk et al. (2003)	<p>Réunion de consensus d'experts interdisciplinaire</p> <p><u>Objectifs:</u></p> <p>Développer des recommandations dans le domaine des résultats essentiels dont les chercheurs doivent rendre compte en effectuant des études cliniques sur la recherche de l'efficacité des traitements contre la douleur chronique, pour que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ les données puissent être comparées et regroupées ➤ il y ait un meilleur rapportage des résultats ➤ la préparation et la revue des propositions de recherches soient simplifiées et uniformisées ➤ les cliniciens soient mieux informés quand ils prennent des décisions concernant les risques et les avantages d'un traitement <p><u>Méthode:</u> sous la supervision d'IMMPACT²⁹ 27 spécialistes ont participé à des réunions de</p>	<p>Douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une diminution de la douleur n'est pas toujours accompagnée par une amélioration des fonctions et une satisfaction du patient par rapport au traitement. Il est donc important d'étudier d'autres domaines de résultats <p>fonctionnement physique:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ l'effet d'un traitement sur la capacité d'effectuer des tâches physiques spécifiques ou la diminution de l'influence de la douleur pour effectuer des activités physiques habituelles et quotidiennes³⁰ <p>fonctionnement sensitif</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ difficile à interpréter, mais fortement en relation avec l'évaluation du bien-être et de la satisfaction du patient. <p>score des participants concernant l'amélioration globale et la satisfaction avec le traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ pour toutes les études cliniques, il faut considérer au moins 1 score d'amélioration globale. <p>des signes (symptômes..) et effets</p>	<p>Consensus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dans des études cliniques les résultats de 6 domaines essentiels devraient être étudiés: <ol style="list-style-type: none"> 1. la douleur 2. le fonctionnement physique 3. le score du participant concernant l'amélioration globale et la satisfaction par rapport au traitement 4. les symptômes et effets secondaires 5. l'attitude du patient (compliance et raisons du retrait précoce de l'étude) <ul style="list-style-type: none"> ➤ les motifs à l'exclusion d'1 ou plusieurs de ces domaines de résultats doivent être expliqués ➤ l'autorisation d'utilisation du produit par les instances reconnues ne nécessite pas l'évaluation de ces domaines essentiels ➤ la preuve de l'efficacité d'un traitement ne va pas de pair avec la présentation d'effets

²⁹ Initiative on Methods, Measurement and Pain Evaluation in Clinical Trials

³⁰ Le groupe de consensus l'a considéré comme plus important que participer à des activités sociales

	<p>consensus et ont déterminé des domaines de résultats essentiels pour des études cliniques ou des traitements pour la douleur chronique.</p>	<p>indésirables du traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Il faut considérer les symptômes avant l'étude et les symptômes et des effets indésirables pendant l'étude ➤ comment faire l'évaluation: inclure des scores d'auto-évaluation de présence symptômes et effets indésirables, leur gravité, les changements qu'ils provoquent et leur importance <p>l'attitude et les caractéristiques du patient³¹</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ description minutieuse des participants: information détaillée concernant tous les facteurs confondants possibles, p.e. nombre de patients exclusions + motifs ➤ déterminer dans quelle mesure des effets secondaires ou d'autres facteurs ont influencé la méthode en double-aveugle de l'étude 	<p>statistiquement significatifs pour <u>tous</u> les domaines de résultats</p>
--	--	---	---

³¹ En accord avec les recommandations de la déclaration de CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials guidelines), Begg et al. (1996), Moher et al. (2001).

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Ospina M. et al. (2008)	<p>Revue systématique</p> <p><u>Domaine</u> : La prise en charge multidisciplinaire dans le traitement de la douleur chronique hors cancer.</p> <p><u>Objectifs</u> : Évaluation de l'efficacité, l'efficience et des conséquences économiques des programmes de prise en charge multidisciplinaire dans le traitement des patients douloureux chroniques hors cancer.</p> <p><u>Base de données</u> : Medline, Embase, CINAHL, BioethicsLine, ACP Journal Club, EBM Reviews, PsycInfo, DARE, the Cochrane Library and HealthStar</p> <p>De 1966 à 2007.</p> <p>Anglais, néerlandais, allemand, français et espagnol.</p> <p><u>Critères de sélection</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systématic review's (SR's) ou Randomized controlled trials (RCTs) ou non-randomized controlled clinical trials (CCTs) 	<p>Douze SR's de qualité démontrent l'intérêt de la prise en charge multidisciplinaire dont cinq remplissent tous les critères de sélection.</p> <p>4 SR's démontrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efficience principalement dans les douleurs dorsolombaires ; - Amélioration des capacités fonctionnelles du patient et diminution de la douleur ; <p>Dans 1 RCT d'une SR retenue démontre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - amélioration l'activité quotidienne et diminution de l'intensité douloureuse dans les douleurs abdominales chroniques. <p>Les autres SR's (8) sont de qualité méthodologique plus faible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - les auteurs n'ont pas pu démontrer l'efficience de la prise en charge multidisciplinaire, - nombreux programmes et approches différentes en fonction des études et SR's, - des études supplémentaires sont nécessaires afin d'évaluer les différentes dimensions de l'approche multidisciplinaire.

	<p>- analyse de la prise en charge multidisciplinaire dans le domaine de l'étude</p> <p>Analyse par 2 chercheurs indépendants.</p>		
--	--	--	--

AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Zwakhalen et al. (2006)	<p>Etude observationnelle (n=144)</p> <p><u>Objectifs:</u> déterminer les caractéristiques psychométriques et l'applicabilité clinique des instruments pour l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes dans des maisons de repos, plus précisément des versions en néerlandais du PAINAD, PACSLAC et Doloplus-2.</p> <p><u>Méthode:</u> 12 infirmier(e)s issu(e)s de différentes maisons de repos ont utilisé le VAS, le PACSLAC et le PAINAD juste après certaines situations (au repos, après une injection ou dans une situation plus spécifique) et le Doloplus-2 quelques temps plus tard, notamment chez des personnes âgées démentes. Tout était enregistré sur vidéo. Ils ont évalué</p>	<p>Consistance interne (Cronbach α)(tot.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ PAINAD: 0.48-0.74 ➤ PACSLAC: 0.62-0.84 ➤ Doloplus-2: 0.74-0.75 <p>Fiabilité</p> <p>Inter-rater:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ PAINAD: 0.75-0.85 ➤ PACSLAC: 0.93-0.96 ➤ VAS: 0.69-0.86 <p>Intra-rater:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ PAINAD: 0.89 ➤ PACSLAC: 0.86 ➤ VAS: 0.85 <p>Validité</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ des scores plus élevés pour VAS et VRS sont en accord avec l'observation du comportement. Corrélation avec de la douleur en utilisant les échelles observationnelles PAINAD et PACSLAC ➤ haute corrélation entre PAINAD, PACSLAC et les autres mesures de 	<p>La version en néerlandais du PACSLAC a été évaluée par les infirmier(e)s comme la plus applicable. Un raffinement (p.e. enlever des items peu utilisés) peut améliorer l'homogénéité.</p> <p>PAINAD avait un score plus bas pour l'applicabilité clinique, mais avait de bonnes caractéristiques psychométriques.</p> <p>Doloplus-2 a été évalué comme plus difficile à utiliser, mais comporte des caractéristiques psychométriques satisfaisantes.</p>

	<p>l'applicabilité clinique des différents instruments après avoir passé au cible tous les patients issus de leur propre service.</p>	<p>douleur (range 0.69-0.89)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ des scores plus bas en comparaison avec Doloplus-2 (0.29-0.36) <p>Applicabilité clinique (score 0-10):</p> <p>PACSLAC: moy. 7.0; SD 0.5</p> <p>PAINAD: moy. 5.89; SD 1.7</p> <p>Doloplus-2: moy. 5.6; SD 2.2</p>	
AUTEUR ET ANNEE	CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Zwakhalen et al. (2006)	<p>Revue systématique.</p> <p><u>Domaine de recherche:</u></p> <p>Instruments pour l'évaluation de douleur chez des patients déments grave</p> <p><u>Objectifs:</u></p> <p>Chercher des instruments pour l'évaluation de la douleur chez des patients déments graves et évaluer les caractéristiques psychométriques et la faisabilité, l'applicabilité clinique de ces instruments.</p> <p><u>Sources:</u></p> <p>Medline, CINAHL et PsychINFO, complétée des citations et des références de journaux et de</p>	<p>Lu: 141 abstracts.</p> <p>54 articles ont été retenus pour la revue.</p> <p>29 articles avec références à 14 instruments pour l'observation du comportement</p> <p>2 instruments n'ont pas été retenus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Doloplus-2: peu testé chez des patients avec incapacité de s'exprimer (5%), peu d'information sur des coefficients de corrélation, cut-off scores et le niveau de détérioration mentale des participants. Certains points mal expliqués. Spécificité faible. ➤ ECPA: l'intérêt clinique doit encore être examiné. ➤ ECS: Pas testé pour validité et fiabilité. ➤ observational pain behaviour tool: Études pour validité et fiabilité nécessaire. ➤ CNPI: Qualités psychométriques pauvres. Développement sur des populations plus grandes nécessaire. 	<p>Actuellement aucune échelle ne peut être présentée comme la plus appropriée (voir préférée) pour l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées démentes. PAINAD, PACSLAC, Doloplus-2 en ECPA montrent les meilleures qualités psychométriques, mais aucune n'a un score de plus de 12 sur 20. En général, qualités psychométriques modérées.</p> <p>Par conséquent, il est trop tôt pour recommander un de ces instruments pour la pratique quotidienne. Pour le développement, on doit tenir compte de 2 critères:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la possibilité de chercher des changements de comportements plus subtils 2. l'applicabilité et la faisabilité clinique

	<p>manuscrits non-publiés sur le sujet. Abstracts du Congrès Mondial International de l'Association for the Study of Pain.</p> <p>Publications 1988 – 01/2005.</p> <p><u>Critères de sélection:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Description d'un instrument/échelle pour des personnes âgées démentes ou sous-groupe, p.e. Alzheimer 2. échelle utilisée pour la mesure de douleur par auto-évaluation ou observation du comportement 3. Anglais, néerlandais, allemand ou français 4. Pas de rapports de cas ou des sources/reviews secondaires 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PACSLAC : Il manque l'interprétation du score. Les tests psychométriques sont nécessaires dans des circonstances cliniques avec des groupes plus larges. ➤ PAINAD: Bonnes caractéristiques psychométriques, mais plus d'étude est nécessaire dans un groupe plus large. ➤ PADE: Mécanisme de score complexe. Étude de la validité à poursuivre. ➤ RaPID: La qualité psychométrique est peu examinée, développement nécessaire. ➤ Abbey: La version actuelle a peu de fiabilité et de validité. ➤ NOPPAIN: Pas d'évaluation vaste pour la fiabilité et la validité. Exécuté par des aides soignants. ➤ pain evaluation scale for use with cognitively impaired adults: Affinement et tests sur fiabilité et validité sont nécessaires. 	<p>Tenant compte de ces 2 critères nous pouvons conclure que Doloplus-2 et PACSLAC sont les échelles les plus appropriées disponibles à présent</p> <p><u>Recherches à faire:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ préférer l'évaluation psychométrique des échelles déjà disponibles plutôt que de développer de nouveaux instruments ➤ poursuivre la recherche sur l'évaluation de douleur pour les différents types de démence ➤ étudier l'interaction entre la douleur et les BPSD³²
--	--	--	--

³² Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Analyse des recommandations avec l'outil GRADE

QUESTIONS CLINIQUES	Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
	McLennan SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.							
	Messages clés	Niveau de preuve *	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?	
		Directive GRADE						
I Comment mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la douleur chronique ?								
1	Rechercher la présence de D+	La mesure initiale dans l'évaluation de la douleur est de s'enquérir de la présence de douleur. L'infirmier doit s'assurer qu'il s'agit d'une douleur chronique (définition de Bonica 1990) (càd douleur qui dure depuis plus d'un mois de manière continue ou intermittente). L'infirmier doit évaluer l'intensité de la douleur et la localisation (utiliser une cartographie du corps - BPI) ainsi que les facteurs de soulagement (American Geriatric Society (AGS) - 2002)	D	4	Oui	Non	Non	Oui
2	Identifier les causes fondamentales et les facteurs associés	Il est important d'identifier la cause fondamentale de la douleur afin d'adapter la stratégie de gestion de la douleur (AGS, 2002; Ferrell, 2000)	C	2c	Oui	Non	Non	Oui
3		Il est nécessaire de réaliser une anamnèse complète ainsi qu'un examen physique et une biologie standard (AGS, 2002)	D	4	Oui	Non	Non	Oui
4		Le soignant doit aussi réaliser une évaluation des attitudes et des croyances du patient vis-à-vis de sa douleur et de son traitement qui pourrait affecter le rapportage et la gestion de la douleur (AGS, 2002; Green, Wheeler, & LaPorte, 2003; Kovach et al., 2000.)	C	2c	Oui	Non	Non	Oui
5	Evaluer l'impact de la douleur sur les fonctions physiques du patient	Les patients âgés avec une expérience de douleur chronique qui augmente en intensité lors des mouvements a comme conséquence une diminution de l'activité et des mouvements qui augmentent encore le processus douloureux (Davis, Hiemenz, & White, 2002; Duong et al., 2005.)	C	2c	Oui	Non	Non	Oui

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:						
		McLennan SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.						
		Messages clés	Niveau de preuve*	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
6		Une diminution de l'intensité douloureuse de 25% a montré une augmentation de la capacité fonctionnelle des personnes âgées de 50% (Flor, Fydrich, & Turk, 1992). Le traitement et la réduction de l'intensité douloureuse peut améliorer, non seulement le fonctionnement physique du patient mais aussi ses capacités psychosociales	A	1a	Non	Non	Non	Oui
7	Evaluer l'impact de la douleur sur les fonctions psychosociales du patient	En plus de l'évaluation de l'intensité de la douleur chronique, le soignant doit également évaluer les interférences de la douleur chronique sur le fonctionnement psychosocial du patient - Il a été démontré que la douleur chronique pouvait être associée à de la dépression , de la détresse et un déclin dans les activités sociales (Baker, 2005; Haythornthwaite et al., 2003; Mossey & Gallagher, 2004; Tsai, 2005) Un critère de résultat est l'amélioration du fonctionnement physique et psychosocial de l'individu	C	2b	Oui	Non	Non	Oui
8	Les échelles d'intensité douloureuse	L'auto-évaluation de la présence et de l'intensité douloureuse par le patient fournissent les données les plus précises et les plus fiables (AGS - 2002)	C	3	Oui	Non	Non	Oui
9		Il n'existe pas un outil optimal d'évaluation de l'intensité douloureuse adapté à tous les patients âgés, une approche individualisée a été recommandée (AGS, 2002; Weiner, Herr, & Rudy, 2002.)	D	4	Oui	Oui	Non	Oui

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:						
		McLennan SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.						
		Messages clés	Niveau de preuve *	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
10		L'infirmière doit évaluer la capacité de la personne âgée à utiliser correctement une échelle d'évaluation de l'intensité douloureuse. L'infirmière doit considérer les capacités cognitives, sensorielles, perceptuelles et motrices du patient âgé afin de d'évaluer si celles-ci peuvent entraver la capacité à utiliser précisément et efficacement une échelle d'évaluation de l'intensité douloureuse – certaines adaptations de l'environnement ou de l'outil peuvent parfois être nécessaire (luminosité, éviter le bruit de fond, augmenter la taille des chiffres de l'échelle, ...etc.) (Burris, 2004; Hanks-Bell, Halvey, & Paice, 2004)	D	4	Oui	Oui	Non	Oui
11		Chez le patient âgé, il est recommandé de diversifier les outils afin de trouver l'outil le mieux adapté au patient. Dans un second temps, l'infirmière doit continuer à utiliser les mêmes outils à chaque évaluation afin d'assurer la fiabilité et l'homogénéité des données récoltées dans le temps (AGS, 2002 ; Weiner et Herr, 2002)	C	2c	Oui	Oui	Non	Oui
12		L'échelle verbale simple est la plus fiable et la plus valide chez les patients agés y compris chez les patients avec une légère altération de la capacité cognitive (Closs et al., 2004; Feldt, "Improving assessment and treatment," 2000; Herr et al., 2004; Taylor et al., 2005.)	B	1c	Oui	Oui	Non	Oui
13		L'échelle numérique est souvent préférée des patients parce qu'elle est plus compréhensible (Herr et autres., 2004; Rodriguez, McMillan, et Yarandi, 2004)	C	2b	Oui	Oui	Non	Oui

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		McLennan SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.							
		Messages clés	Niveau de preuve*		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales ?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
14	L'évaluation de la douleur chez la personne âgée avec altération des capacités cognitives	Les patients âgés présentant une altération de leurs capacités cognitives expriment moins la douleur que les patients aux capacités cognitives intactes. Il n'a pas été prouvé que les patients avec altération cognitive ont une capacité sensorielle diminuée. Cependant, ces patients peuvent avoir une capacité réduite d'interpréter et rapporter la douleur et cela en fonction de l'ampleur et de la zone neurologique touchée (Kovach et autres., 2000 ; Werner et autres., 1998. Bachino et autres., 2001; Huffman et Kunik, 2000 ; Young et Young, 1997.) Pour ce type de patient l'auto-évaluation est difficile et peu fiable	C	2c	Oui	Oui	Non	Oui	
15		Si le patient présente une altération cognitive faible à modérée et qu'il a la capacité d'utiliser l'auto-évaluation - l'échelle verbale analogique car elle est la plus fiable et la plus valide (Herr et autres., 2004 ; Taylor et autres., 2005 ; Taylor et Herr, 2003.) pour ce groupe de patients	C	2b	Oui	Oui	Non	Oui	
16		Si le patient présente une altération cognitive ne permettant pas d'auto-évaluation, les soignants peuvent d'utiliser des outils d'hétéro-évaluation cependant ceux-ci présentent de nombreux biais comme le manque d'objectivité (la sous estimation de la douleur par les soignants (Cohen-Mansfield, 2005 ; Cohen-Mansfield et Lipson, 2002.) et la sur-estimation de la douleur par les proches et la famille (Horgas et Dunn, 2001; Shega et autres., 2004.)).	C	2b	Oui	Oui	Non	Oui	

QUESTIONS CLINIQUES	Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
	McLennan SM. Persistent pain management. Iowa City (IA): Univ. of Iowa Geront. Nursing Interv. Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2005 Aug.							
	Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
17	Cette RBP ne recommande pas un outil d'hétéro-évaluation spécifique mais elle recommande d'effectuer un bilan complet à la recherche des causes de douleurs chez les patients présentant : 1. Changement de comportement - 2. l'inactivité et/ou les patients qui restent couchés - 3. les grimaces - 4. boiter, changement de la démarche, se tenir à des appuis - 4. les frottements d'une partie du corps, les basculements - 5. agitation, agitation verbale, agressivité - 6. les résistances aux soins - 7. perte d'appétit, insomnie, apathie	C	2c	Oui	Oui	Non	Oui	

QUESTIONS CLINIQUES	Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
	Haute Autorité de Santé (HAS), Thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale ; Octobre 2000							
	Messages clés	Niveau de preuve *	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?	
		Directive	GRADE					
I Comment mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la douleur chronique ?								
1	Du fait de la rareté des études réalisées spécifiquement chez les personnes âgées de plus de 75 ans et de l'absence d'étude réalisée chez celles qui ont des troubles de la communication verbale, les recommandations reposent sur un accord professionnel							
2	ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE	Les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale souffrent autant que les autres et requièrent comme les autres une évaluation et une prise en charge adaptées de la douleur.	-	-	Oui	Oui	Oui	Oui
		Tout changement de comportement, spontané ou survenant pendant un soin, chez une personne âgée ayant des troubles de la communication verbale doit faire évoquer la possibilité d'un état douloureux et le faire rechercher	-	-	Oui	Oui	Oui	Oui
		Une évaluation correcte de la douleur associe une échelle d'hétéro-évaluation et une analyse sémiologique et étiologique. Des échelles d'hétéro-évaluation en langue française sont en cours de validation ; elles sont décrites en annexe des recommandations	-	-	Oui	Oui	Non	Oui
3		L'hétéro-évaluation concerne tous les acteurs de soins. Elle doit être répétée. La cinétique des scores doit être suivie régulièrement et consignée sur la feuille de soins ou le cahier de liaison au domicile.	-	-	Oui	Oui	Oui	Oui

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
		Haute Autorité de Santé (HAS), Thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale ; Octobre 2000							
		Messages clés	Niveau de preuve *		Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
4		Il est recommandé que l'identification, l'évaluation et le traitement de la douleur physique s'accompagnent d'une prise en compte de la souffrance morale du patient. Il est recommandé d'évaluer simultanément les aspects organiques et psychologiques de la douleur sans attendre d'avoir éliminé toutes les causes organiques. Les douleurs psychogènes ne devraient pas être un diagnostic d'élimination.	-	-	Oui	Oui	Non	Oui	

QUESTIONS CLINIQUES	Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 Richtlijn; 2006							
	Messages clés	Niveau de preuve *	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?	
		Directive	GRADE					
I Comment mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la douleur chronique ?								
1	Dans le cadre de l'anamnèse et de l'examen physique, la douleur est un des critères pour le diagnostic clinique	D	Opinion d'experts	Non	Non	Non	Oui	Oui
2	Il y a peu de preuves concernant l'utilisation de VAS, McGill et NRS pour le diagnostic	D	Opinion d'experts	Non	Non	Non	Oui	Non
3	L'évaluation de la douleur avec VAS ou Mc Gill contribue à la mesure de la gravité de la lésion. Cette mesure du niveau de gravité de la lésion n'a cependant pas été étudiée suffisamment.	D	Opinion d'experts	Non	Non	Non	Non	Non
II Efficacité d'un traitement médicamenteux								
1	Paracetamol: pas de preuve	D Consensus	Opinion d'experts	Non	Non	Non	Non	Non
2	AINS: pas de preuves suffisantes	C	IC	Non	Non	Non	Non	Non
3	Opioides oraux et morphine par voie parentérale: pas de preuves suffisantes	C	IC	Non	Non	Oui	Non	Non
4	Antidouleurs issus du tableau DSM jusqu'au palier 2	C	IC	Non	Non	Non	Non	Oui

QUESTIONS CLINIQUES	Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 Richtlijn; 2006							
	Messages clés	Niveau de preuve *	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?	
III Efficacité de la physiothérapie								
1	La physiothérapie est probablement utile pour les lésions des membres supérieurs	B	1B	Non	Non	Non	Non	Non
2	La physiothérapie est également importante dans les phases ultérieures du	C	1C	Non	Non	Oui	Non	Non
3	La physiothérapie est un traitement "standard"	D Consensus	Opinion d'experts	Non	Non	Oui	Non	Non

QUESTIONS CLINIQUES	Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:							
	National Health Service (NHS). Management of Chronic Pain in Adult – Best Practice Statement. NHS Quality Improvement Scotland. Feb. 2006							
	Messages clés	Niveau de preuve *	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?	
		Directive	GRADE					
I Comment mettre en œuvre une démarche d'évaluation de la douleur chronique ?								
1	La prise en charge globale	Les patients souffrant de douleurs chroniques doivent avoir une évaluation médicale complète afin de s'assurer qu'il n'existe aucun processus pathologique fondamental expliquant les symptômes	Consensus	4	Oui	Non	Non	Oui
2		Une évaluation holistique du patient et de sa douleur est nécessaire afin d'augmenter la probabilité de succès de la gestion de la douleur	Consensus	4	Oui	Non	Non	Oui
3		La douleur chronique est un phénomène multidimensionnel et la gestion de la douleur chronique doit prendre en considération tous ses aspects (Rucker et al. 1996)	B	1C	Oui	Non	Non	Oui
4		L'autoévaluation de la douleur (par le patient) doit être considérée comme une mesure précise de la douleur (Solomon 2001_review)	B	1B	Oui	Oui	Non	Oui
5	Outils d'évaluation	Les infirmiers et les médecins traitants doivent comprendre la nature multidimensionnelle de la douleur chronique ainsi que les différents processus qui composent la douleur chronique. Des outils d'évaluation validés appropriés à l'individu doivent être utilisés pour évaluer le patient et sa douleur (Bourbonnais et al. 2004_review).	B	1B	Oui	Non	Non	Oui
6		Une évaluation précise et une gestion individuelle du patient souffrant de douleur chronique (Twycross 2000)	C	2C	Oui	Oui	Non	Non

QUESTIONS CLINIQUES		Recommandation sélectionnée sur base de la grille AGREE:						
		National Health Service (NHS). Management of Chronic Pain in Adult – Best Practice Statement. NHS Quality Improvement Scotland. Feb. 2006						
		Messages clés	Niveau de preuve *	Demandé l'avis des professionnels de terrain ?	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques?	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales?	Extrapolation du groupe cible des patients ?	Adaptation du message (oui/non) ?
7		Les outils multidimensionnels d'évaluation doivent être le reflet de la nature holistique de la douleur chronique (Davies et Mc Vicar 2000_review)	B	1B	Oui	Oui	Non	Non
8		L'évaluation continue de la douleur chronique doit aider la mise en œuvre du traitement (Turk et Burwinkle 2005_review)	B	1B	Oui	Oui	Non	Oui
9		Une fois la douleur identifiée, une évaluation globale de l'impact de la douleur sur le patient est entreprise et un programme de gestion de la douleur est mis en place. Les patients souffrant de douleurs chroniques ont de multiples besoins. Le succès du programme de gestion de la douleur dépend de la bonne compréhension et des évaluations et réévaluations précises effectuées (de Wit et al. 1999)	B	1B	Non	Non	Non	Oui
10		Les infirmiers et les médecins traitants doivent pouvoir faire la différence entre la douleur nociceptive et neuropathique (Nicholson et al. 2003)	B	1B	Oui	Non	Non	Oui
11								

Questionnaire d'analyse des besoins en soins infirmiers à domicile

Bruxelles, le 04 décembre 2008.

Madame, Monsieur,

L'association CIPIQ-S (www.cipiqs.org) est subsidiée (A.R. 19/06/07, M.B. 03/08/07) par le *Service Public Fédéral - Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement* (Direction générale des Soins de Santé primaires) pour implémenter de façon durable l'Evidence-Based Nursing (EBN) dans le domaine des soins à domicile.

Parmi les missions qui nous ont été confiées figurent notamment :

- « *La préparation d'une intégration durable d'une pratique « Evidence-based » au sein des soins infirmiers à domicile, ...* »
- *La promotion de la qualité dans le cadre des soins infirmiers à domicile, notamment par la production de directives « Evidence-based » pour les soins infirmiers à domicile, par le biais :*
 - *De la rédaction de recommandations de bonne pratique dans le cadre des soins infirmiers à domicile, dont le sujet et les modalités seront définis en accord avec le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et la CIPIQ-S ; ... »* (Extraits de l'AR du 19/06/07, MB du 03/08/07)

Durant l'année 2007, la CIPIQ-S a rédigé, en collaboration avec le CEBAM, une recommandation de bonnes pratiques dans le cadre des soins de plaies d'ulcères variqueux en soins à domicile ainsi que des outils de diffusion comme un site web, une brochure et un poster à l'usage des infirmières et des médecins généralistes.

Cette recommandation a été rédigée par des infirmier(e)s pour la profession infirmière dans le domaine des soins à domicile.

Pour élaborer cette RBP, la CIPIQ-S a choisi d'adopter une approche méthodologique de type « Bottom up », c'est-à-dire basée sur l'implication active des acteurs de terrain, des associations professionnelles infirmières et des médecins généralistes (SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) et Domus Médica) ainsi que des structures fédérales existantes (SPF santé publique, Conseil National de l'Art Infirmer et Commission Technique de l'Art Infirmer).

Nous avons pour mission en 2008, de rédiger une nouvelle recommandation de bonnes pratiques sur le thème de « *La prise en charge, par les infirmier(e)s en soins à domicile, de patients adultes souffrant de douleur chronique* ».

C'est en tant que prestataire en soins à domicile que nous vous sollicitons pour remplir ce questionnaire afin de nous aider à construire une recommandation répondant, au mieux, aux besoins et aux attentes des prestataires de terrain. Nous vous invitons à répondre le plus fidèlement possible, **votre avis est très important** pour définir la suite de la démarche.

Données sociodémographiques :

1. Pourriez-vous compléter le tableau ci-dessous?

Niveau de formation	Oui / Non	Année	Remarques
Infirmier(e) breveté(e)			
Infirmier(e) gradué(e)			
Cadre de santé			
Licence en santé publique			
Formations complémentaires : • • • • •			

2. Depuis combien d'années travaillez-vous en soins à domicile ?

Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?

Avez-vous une activité d'indépendant ou de salarié (*biffez la mention inutile*) ?

3. Avez-vous suivi une formation pour la prise en charge de la douleur (*biffez la mention inutile*) ?
OUI - NON

Si oui, laquelle ?

4. Combien de patients souffrant de douleur chronique prenez-vous en charge par semaine ?

5. Face à ce type de patient, quels sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés ?

6. Lorsque vous êtes confronté à un patient souffrant de douleur chronique :

- quelles sont les outils à votre disposition ?
- Quelle est votre attitude ?
- Estimez-vous que cette attitude soit adaptée à la situation ?

OUI - NON

Si non, pourriez-vous expliquer ?

7. Dans quelle mesure estimez-vous que les points suivants sont importants pour votre pratique clinique quotidienne ?

Très important	Assez important	Moyennement important	Peu important	Pas important
----------------	-----------------	-----------------------	---------------	---------------

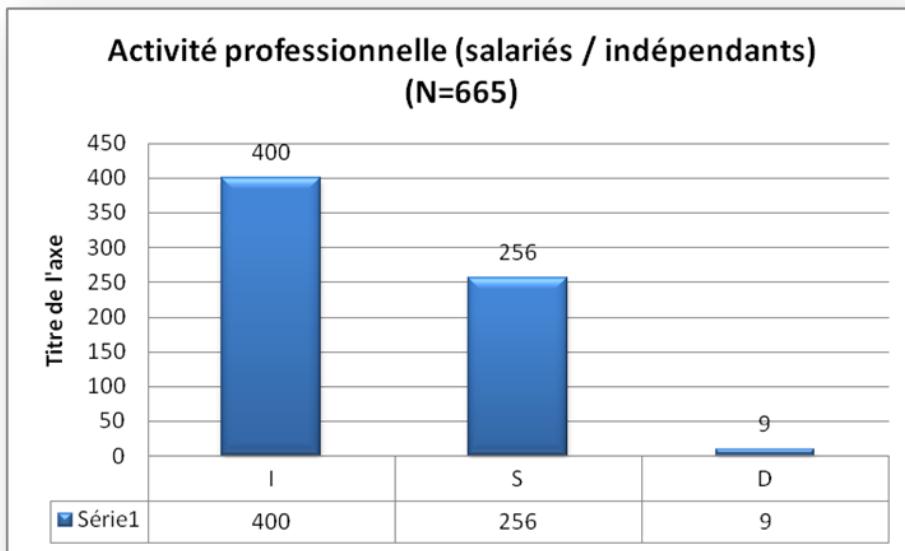
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Connaître les mécanismes physiologiques de la douleur 2. Comprendre l'impact de la douleur sur le comportement du patient 3. Utiliser une échelle d'évaluation appropriée 4. Orienter mon patient vers une structure appropriée 5. Identifier un patient souffrant de douleur chronique 6. Connaître les différents outils de mesure de l'intensité douloureuse 7. Connaître les différents outils de mesure du soulagement 8. Identifier les effets secondaires des traitements antidouleurs 9. Être capable de proposer des méthodes alternatives au traitement médicamenteux 10. Connaître le cadre juridique en matière de prise en charge du patient souffrant de douleur chronique 11. Identifier les signes de surdosage aux opiacés 12. Intégrer la prise en charge de la douleur à ma pratique clinique 13. Comprendre l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie du patient 14. Collaborer avec le médecin généraliste dans la prise en charge de ce type de patient | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">1</td><td style="width: 20%;">2</td><td style="width: 20%;">3</td><td style="width: 20%;">4</td><td style="width: 20%;">5</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

8. Dans quelle mesure estimez-vous être capable d'intégrer ces affirmations dans votre pratique clinique quotidienne ?

	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je connais les mécanismes physiologiques de la douleur	1	2	3	4	5
2. Je comprends l'impact de la douleur sur le comportement du patient	1	2	3	4	5
3. Je suis capable de choisir une échelle d'évaluation de la douleur appropriée	1	2	3	4	5
4. Je suis capable d'orienter le patient vers une structure appropriée	1	2	3	4	5
5. J'identifie aisément un patient souffrant de douleur chronique	1	2	3	4	5
6. Je connais les différents outils de mesure de l'intensité douloureuse	1	2	3	4	5
7. Je connais les différents outils de mesure du soulagement	1	2	3	4	5
8. J'identifie aisément les effets secondaires des traitements antidouleurs	1	2	3	4	5
9. Je suis capable de proposer des méthodes alternatives au traitement médicamenteux	1	2	3	4	5
10. Je connais mes limites légales en matière de prise en charge de la douleur chronique	1	2	3	4	5
11. J'identifie aisément les signes de surdosage aux opiacés	1	2	3	4	5
12. J'intègre la prise en charge de la douleur à ma pratique clinique	1	2	3	4	5
13. Je comprends l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie du patient	1	2	3	4	5
14. Je collabore avec le médecin généraliste dans la prise en charge de ce type de patient	1	2	3	4	5

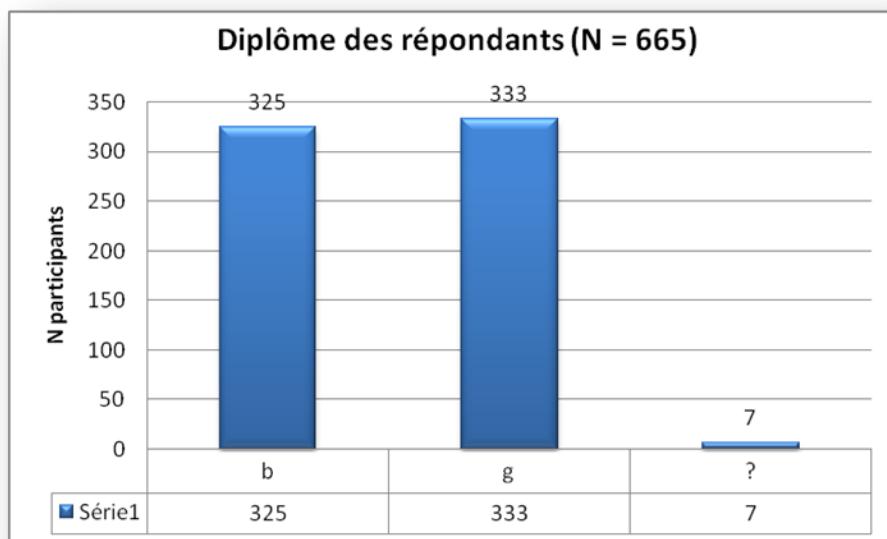
Annexe 7 : Analyse des résultats de l'enquête auprès des infirmier(e)s à domicile

Partie 1 : Analyse quantitative/ données socio-démographiques.

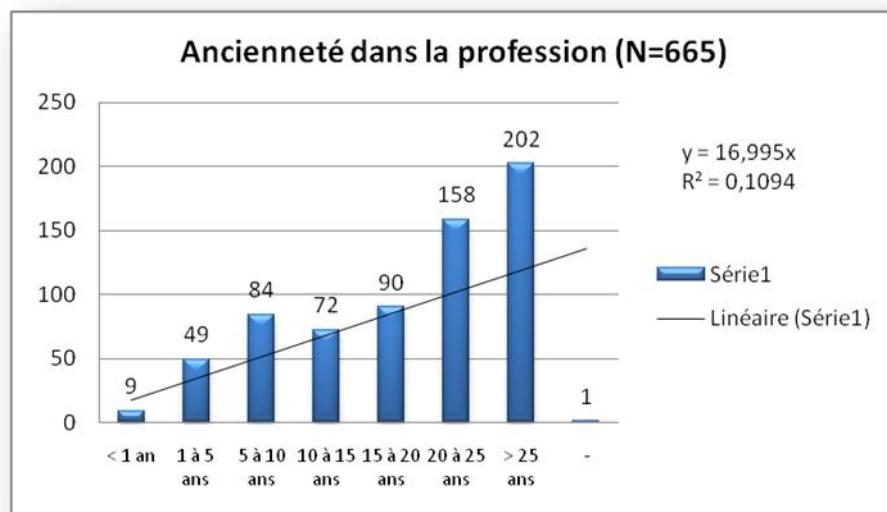


Dans l'échantillon étudié, nous avons pratiquement le double d'infirmier(e)s indépendant(e)s par rapport aux infirmier(e)s en soins à domicile sous le régime salarié. Nous avons donc un ratio de 2 infirmier(e)s indépendant(e)s pour 1 infirmier(e) salarié(e).

Nous avons interrogé les infirmier(e)s au sujet de leur niveau de diplôme, breveté ou gradué. Comme nous pouvons le voir sur ce graphique, la répartition des diplômes dans notre échantillon est équivalente.

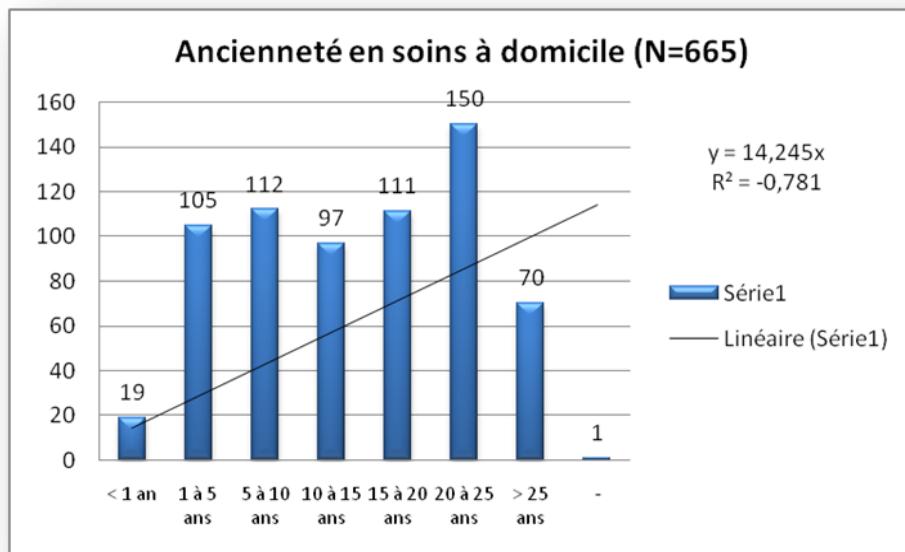


Nous avons également interrogé les infirmier(e)s sur leur niveau d'ancienneté dans la profession en général et plus précisément dans les soins à domicile.



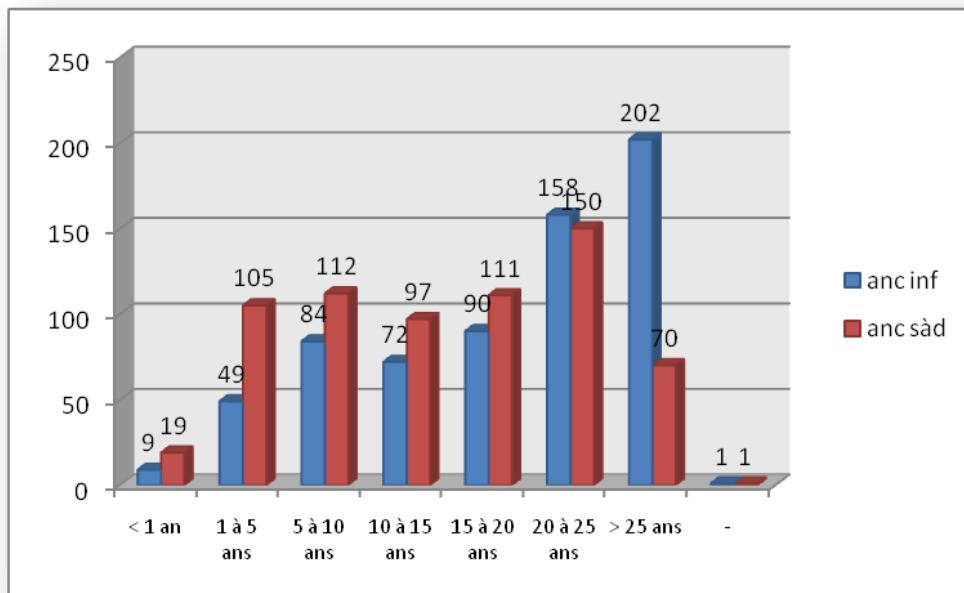
Nous pouvons remarquer sur ce graphique que toutes les tranches d'ancienneté dans la profession sont représentées. Il est à noter que près de la moitié de l'échantillon étudié (360 personnes) a une ancienneté de plus de 20 ans.

L'ancienneté des infirmier(e)s dans leur profession en général donne une corrélation positive/relation croissante mais avec un R^2 proche de zéro ce qui signifie une corrélation faible et proportionnelle entre les deux variables. Aucune relation franche entre le nombre de répondants et les années d'ancienneté dans la profession n'a pu être mise en évidence.

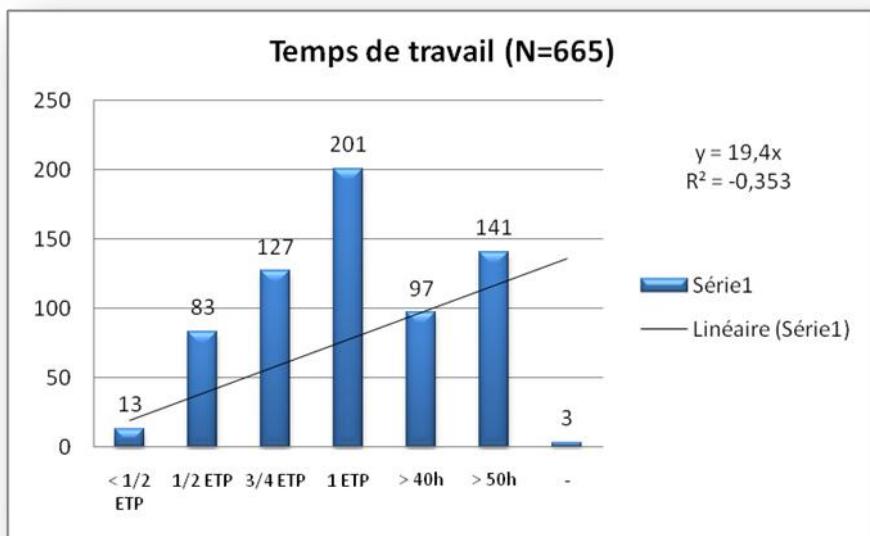


Sur ce graphique, nous pouvons remarquer une proportion relativement équivalente de personnes dans toutes les tranches d'ancienneté dans les soins à domicile.

L'ancienneté des infirmier(e)s en soins à domicile montre une corrélation négative/relation décroissante avec un R^2 proche de l'unité ce qui signifie une relation très importante et inversement proportionnelle entre les deux variables. Nous avons pu mettre en évidence une relation forte entre le nombre de répondants et les années d'ancienneté au sein des soins à domicile.

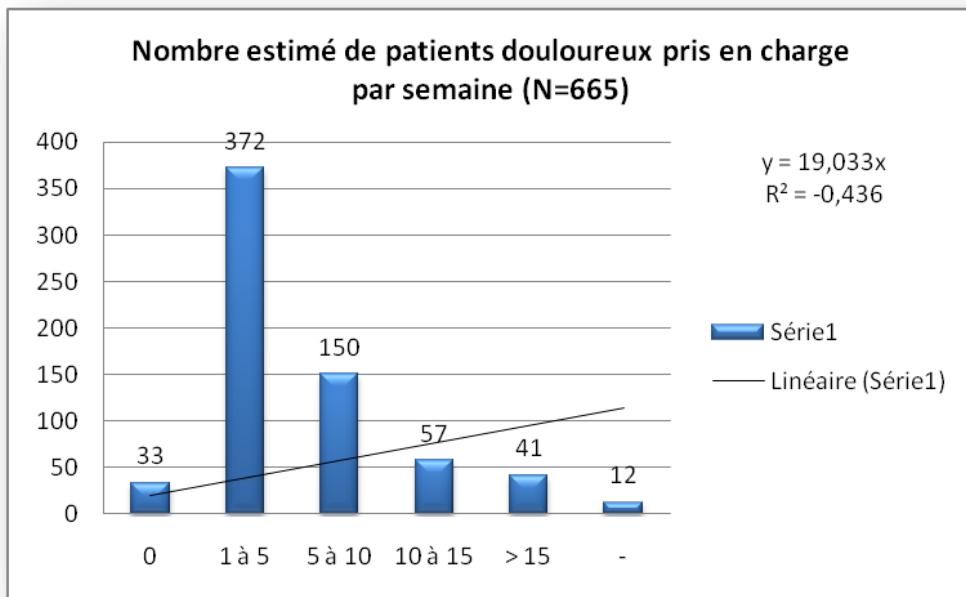


Ce graphique croise les données des deux précédents histogrammes. Nous pouvons remarquer que la plupart des infirmier(e)s commencent leur carrière professionnelle en travaillant dans des institutions de soins et que par la suite ils se dirigent vers les soins à domicile. La moitié des personnes interrogées ont plus de 20 ans d'ancienneté (360 infirmier(e)s sur un échantillon total de 665) tandis que seulement un tiers de ces personnes ont une ancienneté en soins à domicile de plus de 20 ans. La tendance qu'ont les deux variables à se croiser indique une inversion de tendance se déroulant de nos jours. Maintenant, davantage de « jeunes » infirmier(e)s se dirigent directement dans le secteur des soins à domicile.



L'infirmier(e) à domicile travaille en majorité à temps-plein mais il est intéressant de remarquer qu'une partie de notre échantillon réalise plus de 40 heures de travail par semaine. Nous pouvons dès lors supposer à ce niveau qu'il s'agit d'infirmier(e)s indépendant(e)s.

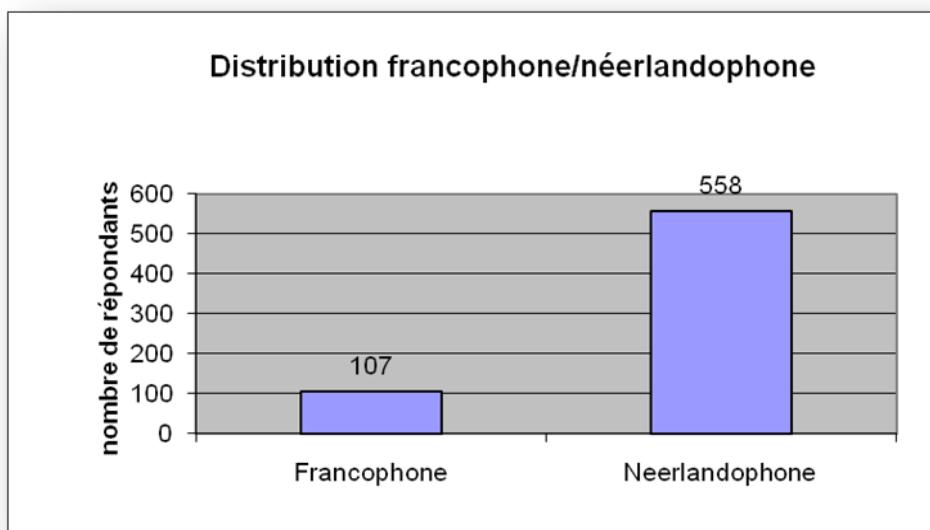
Nous avons pu mettre en évidence une corrélation négative/relation décroissante entre les deux variables. Le R^2 étant proche de zéro la relation n'est pas très forte, nous ne pouvons pas affirmer qu'il y a une relation entre le nombre de répondants et le temps de travail.



Grâce à ce graphique nous pouvons voir que la plupart des infirmier(e)s à domicile s'occupent de 1 à 5 patients douloureux par semaine. Nous pouvons également remarquer qu'il y a une relation décroissante entre le nombre de répondants et le nombre de patients douloureux pris en charge par semaine. Suivant le R^2 , la relation peut être considérée comme étant moyennement forte.

Partie 2 :Analyse qualitative

Distribution échantillon francophone et néerlandophone

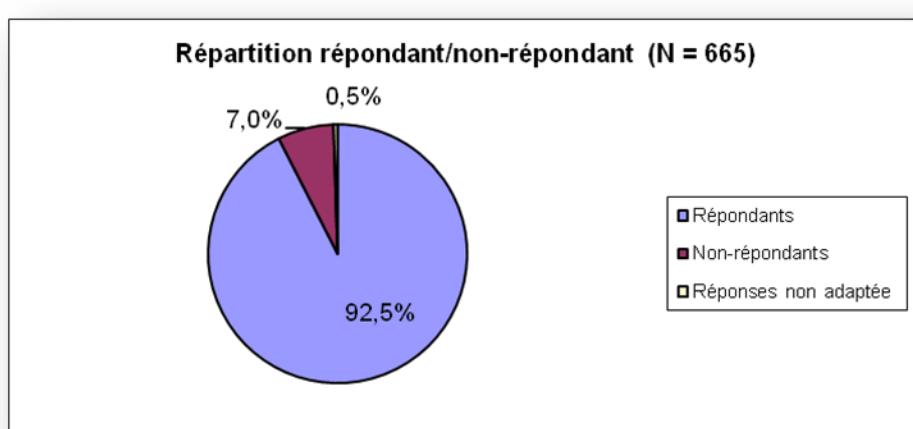


Ce graphique nous montre la répartition de nos deux échantillons. L'échantillon des répondants néerlandophones est nettement supérieur (plus de 5 fois) à celui des répondants francophones.

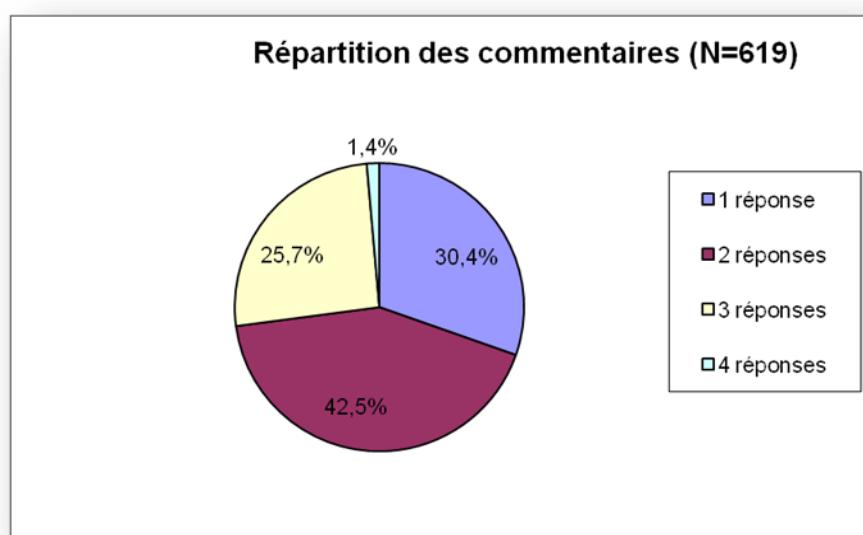
Par conséquent, les résultats suivants seront davantage marqués par les pratiques des infirmier(e)s néerlandophones.

Question 4A : Quelles sont les prestations généralement réalisées auprès des patients souffrant de douleur chronique?

Pour cette question, nous pouvons compter 615 répondants (92,5% de l'échantillon) sur 665 questionnaires récupérés. Nous avons pu retirer 619 commentaires de cette question ouverte, ce qui fait en moyenne 1,8 commentaire par réponse.



Au total, 619 commentaires ont été analysés. Comme l'indique le graphique suivant, 188 personnes ont donné un commentaire (30,4%), 263 personnes ont émis deux commentaires (42,5%), 159 personnes, trois commentaires (25,7%). 9 personnes ont quant à elles donné quatre commentaires (1,4%).



Le graphique suivant reprend les prestations généralement réalisées auprès des patients souffrant de douleur chronique et leurs fréquences d'apparition.

Toutes les catégories ayant pu être dégagées grâce aux réponses au questionnaire ont été reprises.

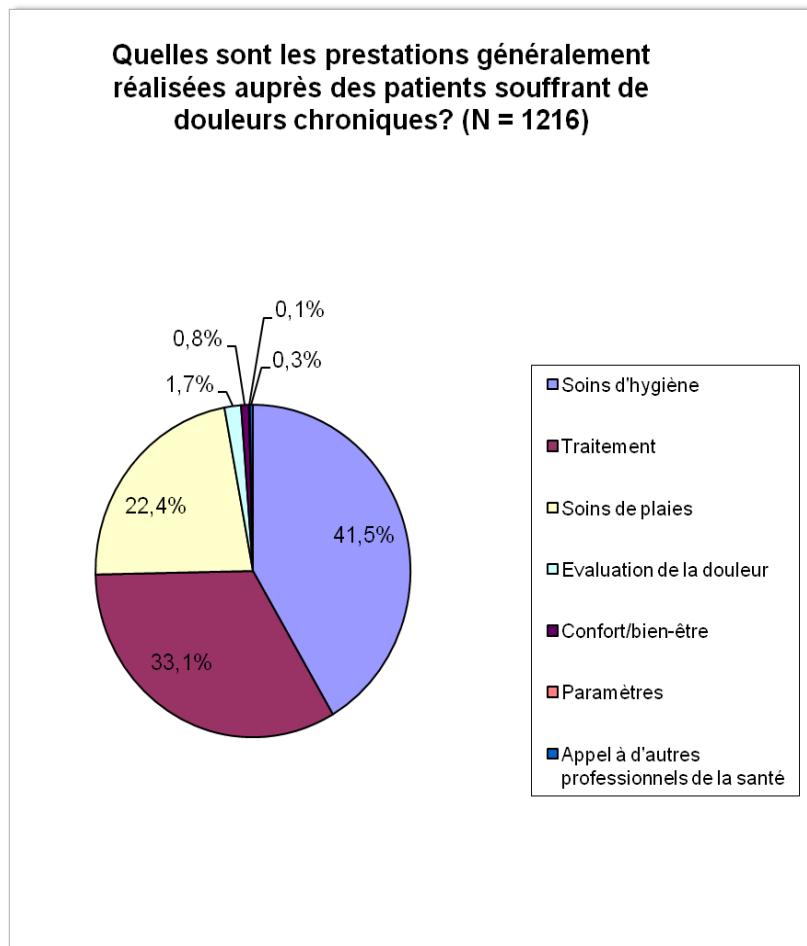


Tableau de données (N=1216)

Soins d'hygiène	41,5%
Traitemen	33,1%
Soins de plaies	22,4%
Evaluation de la douleur	1,7%
Confort/bien-être	0,8%
Paramètres	0,08%
Appel à d'autres professionnels de la santé	0,33%

Comme nous pouvons le voir sur ce graphique et sur le tableau de données, les prestations les plus souvent réalisées ont trait aux soins d'hygiène (41,5%), au traitement (33,1%), et aux soins de plaies (22,4%). Les prestations reprises sous les catégories « évaluation de la douleur, confort/bien-être, prise de paramètres et appel aux autres professionnels de la santé » sont très peu citées (<3%).

Sous l'item « traitement », nous entendons l'administration de différents médicaments, la vérification de ceux-ci, l'application de pommades topiques, etc. L'item « soins de plaies », reprend notamment, les soins d'ulcères variqueux et soins d'escarres.

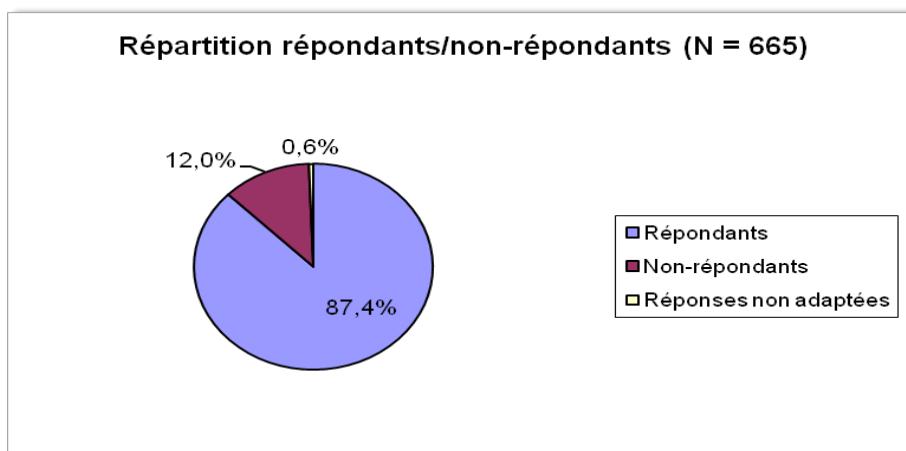
Les pourcentages d'apparition des prestations généralement réalisées chez les patients souffrant de douleur chronique sont calculés sur le nombre total de réponses à la question (N = 1216).

L'item « traitement » est cité dans une plus grande proportion (43,2%) par les infirmier(e)s néerlandophones par rapport aux francophones (33,3%)

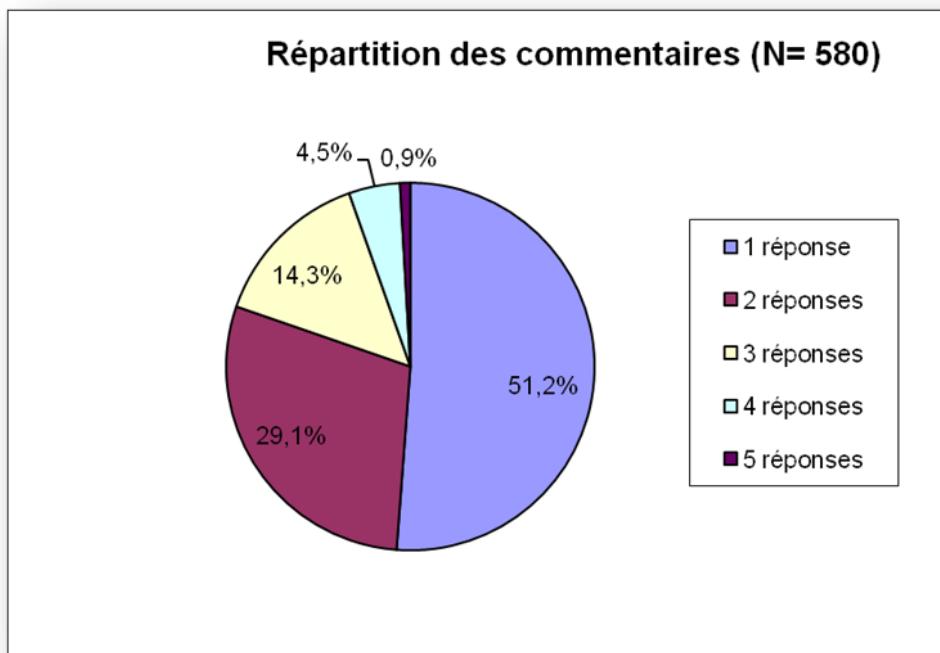
Les soins d'hygiène sont cités dans des proportions similaires par les deux échantillons (35,3% pour les francophones et 32,7% pour les néerlandophones). Il en est de même pour les soins de plaies (24% pour les francophones et 22% pour les néerlandophones).

Question 4B : Face aux patients souffrant de douleur chronique, quels sont les problèmes les plus souvent rencontrés ?

A cette question, 81 personnes n'ont pas donné de réponses. 4 personnes (2 francophones et 2 néerlandophones) ont donné des réponses inadaptées. Le nombre de commentaires reçu est de 580, ce qui fait en moyenne 1,5 commentaire par réponse.

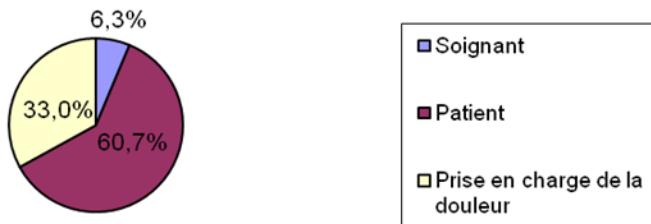


Au total, 580 commentaires ont été analysés. 297 personnes ont donné un commentaire (51,2%) comme réponse, 169 personnes, deux commentaires (29,1%) et 83 personnes ont émis trois commentaires (14,3%). Enfin, 26 personnes ont donné quatre commentaires (4,5%) et 5 personnes, cinq commentaires (0,9%).



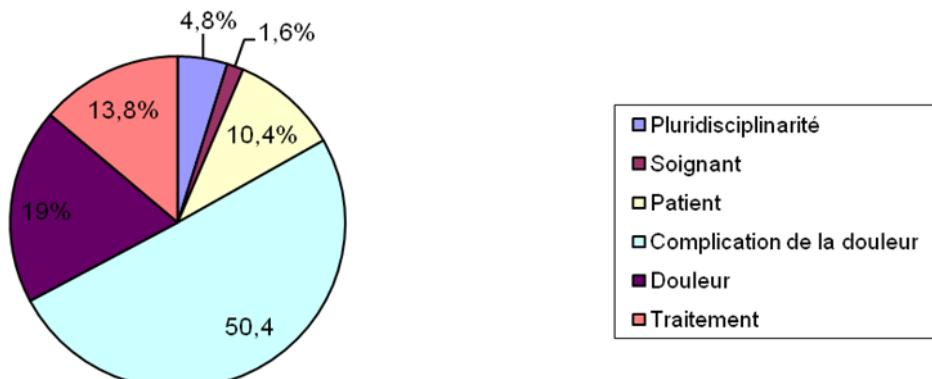
Dans l'analyse de cette question nous avons pu mettre en évidence trois grandes catégories de réponses. Celles-ci sont représentées dans le graphique suivant. Il s'agit d'une catégorie reprenant les problèmes rencontrés par les soignants, et principalement les infirmier(e)s, d'une catégorie concernant le patient lui-même et enfin d'une catégorie concernant la prise en charge de la douleur en général. Nous pouvons remarquer que l'item « Patient » représente 60,7% des réponses et que l'item « Prise en charge de la douleur » représente quant à lui 33% des réponses données.

Face aux patients souffrant de douleurs chroniques, quels sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés? (N = 1012)



Ces trois catégories ont pu être subdivisées en deux sous-catégories reprises sur le graphique suivant. L'item « Soignant/infirmier » a été divisé en « pluridisciplinarité » et « soignant » et l'item « patient », en « Patient » lui-même et « Complication de la douleur ». Enfin, l'item « Prise en charge de la douleur » est subdivisé en « Douleur » et « Traitement ». Nous pouvons remarquer que la catégorie complication de la douleur représente à elle seule la moitié des réponses.

Face aux patients souffrant de douleurs chroniques, quels sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés? (N=1012)



Pour compléter notre analyse, les différentes sous-catégories ont de nouveau été scindées. Cette scission nous donne 24 items repris dans le tableau suivant. Certains items ont émergé avec des priorités différentes dans les deux échantillons. Les francophones citent plus souvent et dans l'ordre, la perception/ressenti, les troubles psychologiques, l'A.E.G., l'inefficacité des traitements, la douleur et la maîtrise de celle-ci. Les néerlandophones citent quant à eux plus souvent et dans l'ordre, les troubles psychologiques, l'A.E.G., la douleur, la perception/ressenti et l'isolement social du patient et la maîtrise de la douleur.

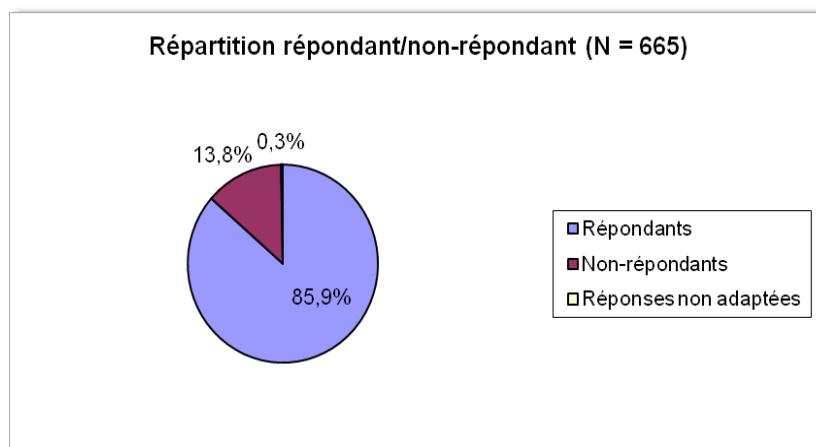
Pour les deux échantillons réunis, nous pouvons constater l'émergence de certains items. Les troubles psychologiques du patient (19%) ainsi que l'altération de l'état général de celui-ci (15,2%) constituent les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les infirmier(e)s à domicile chez les patients souffrant de douleur chronique. Viennent ensuite la douleur elle-même (10,9%), la perception/le ressenti du patient (8,4%) et l'isolement social du patient (7,1%).

Tableau de données (N = 1012)

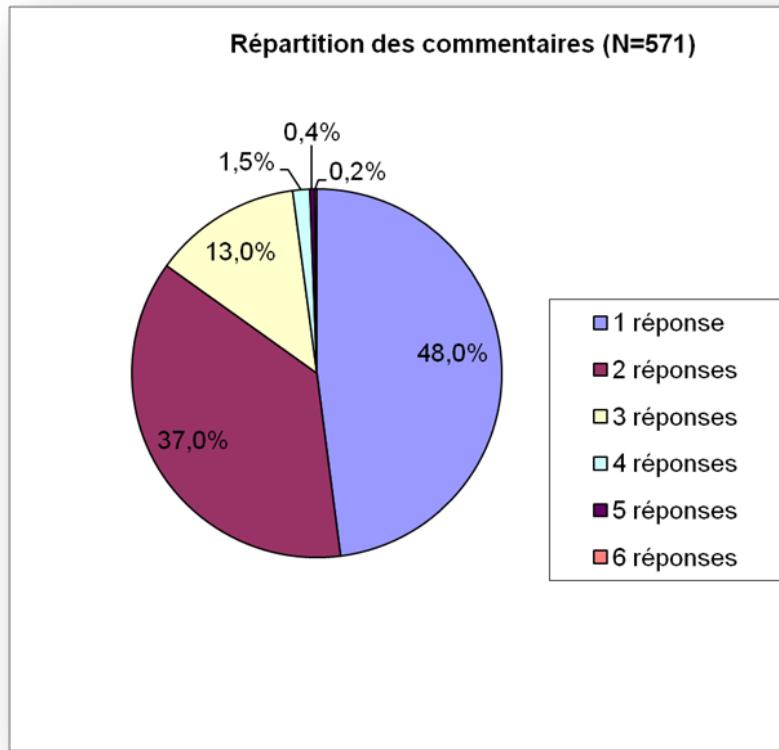
Soignant	Pluridisciplinarité	Collaboration avec le médecin	3,9 %
		Collaboration avec autres prof. de la santé	1%
	Soignant	Isolément social	0,2%
		temps	0,2%
		Peur	0,1%
		Connaissance	1,1%
Patient	Patient	<i>Perception/ressenti</i>	8,4%
		Moyens financiers	1,1%
		Technique alternative	0,1%
		temps	0,2%
		Non-compliance	0,3%
	Complication de la douleur	Fatigue	4,2%
		Troubles alimentaires	2,2%
		<i>Troubles psychologiques</i>	19%
		AEG	15,2 %
		<i>Isolément social</i>	7,1%
Prise en charge de la douleur	Douleur	Autres	2,9%
		Evaluation de la douleur	2,7%
		<i>Maîtrise de la douleur</i>	5,4%
	Traitement	Douleur	10,9 %
		Effets secondaires	4,7%
		<i>Inefficacité des traitements</i>	5,5%
		Inadaptation des traitements	3,1%
		Gestion du traitement	0,5%

Question 5A : Lorsque vous êtes confronté à un patient souffrant de douleur chronique, quels sont les outils à votre disposition?

Pour cette question, nous pouvons compter 571 répondants (85,9% de l'échantillon) sur 665 questionnaires récupérés.

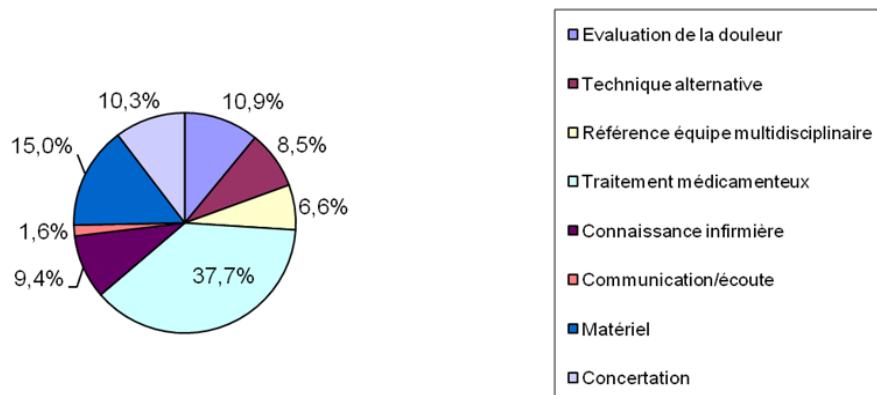


Au total, nous avons 571 commentaires analysés. Sur le graphique suivant, nous pouvons voir que 274 personnes ont émis un commentaire (48%), 209 personnes, deux commentaires (37%). 76 personnes ont donné trois commentaires (13%), 9 personnes, quatre commentaires (1.5%), 2 personnes, cinq commentaires (0,4%) et enfin 1 personne ayant donné six commentaires (0.2%). En moyenne, 1,5 commentaire a été obtenu par réponse.



Le graphique suivant représente les pourcentages d'apparition des différents outils disponibles pour les infirmier(e)s à domicile calculés en fonction du nombre de réponses totales données par les infirmier(e)s interrogé(e)s (N= 975). Les catégories « matériel » et « concertation » sont nées des questionnaires néerlandophones et la catégorie communication/écoute des questionnaires francophones.

Face à un patient souffrant de douleurs chroniques, quels sont les outils à votre disposition? (N = 975)



Sur ce graphique, nous pouvons constater que lorsque les infirmier(e)s à domicile sont confronté(e)s à un patient souffrant de douleur chronique, ils (elles) ont principalement recours au traitement médicamenteux (37,7%) et au matériel (15%) dans un second temps. Vient ensuite le recours de manière relativement équivalente à la concertation (10,3%), à l'évaluation de la douleur (10,9%) et à la connaissance infirmière (9,4%).

Les techniques alternatives, telles que les massages, l'utilisation d'huiles essentielles, les techniques de bien-être, les positions antalgiques, de coussins, les médecines alternatives, l'utilisation de cool/hot pack, sont utilisées à une fréquence de 8,5%. La référence à l'équipe pluridisciplinaire est citée par 6,6% des répondants. L'item « communication/écoute » est citée à un taux de 1,6% par les francophones alors que cette catégorie n'a pas été reprise du côté néerlandophone. Les items « matériel » et « concertation » sont issus des questionnaires néerlandophones et n'ont pas été mis en évidence chez les francophones.

Tableau de données (N = 975)

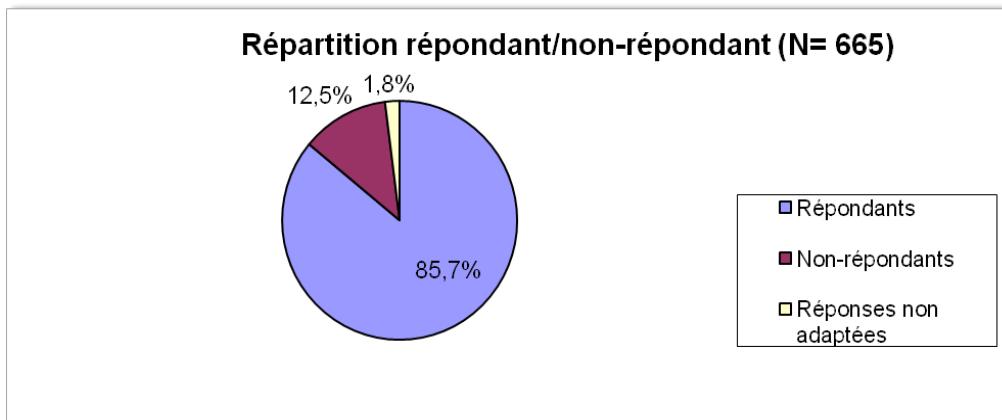
Evaluation de la douleur	10,9%
Technique alternative	8,5%
Référence équipe multidisciplinaire	6,6%
TraITEMENT médicamenteux	37,7%
Connaissance infirmière	9,4%
Communication/écoute	1,6%
Matériel	15%
Concertation	10,3%

Dans le tableau suivant, nous pouvons constater, que face à un patient souffrant de douleur chronique, l'échantillon francophone des infirmier(e)s à domicile a prioritairement recours, dans l'ordre, au traitement médicamenteux, à la référence à l'équipe pluridisciplinaire, à l'évaluation de la douleur et aux techniques alternatives. L'échantillon néerlandophone s'oriente également en premier lieu vers le traitement médicamenteux, ensuite vers le matériel, la concertation et la connaissance infirmière. Le recours à leurs propres connaissances sur la douleur chronique semble donc, au vu des résultats de l'enquête, être beaucoup plus utilisé par les néerlandophones que par les francophones.

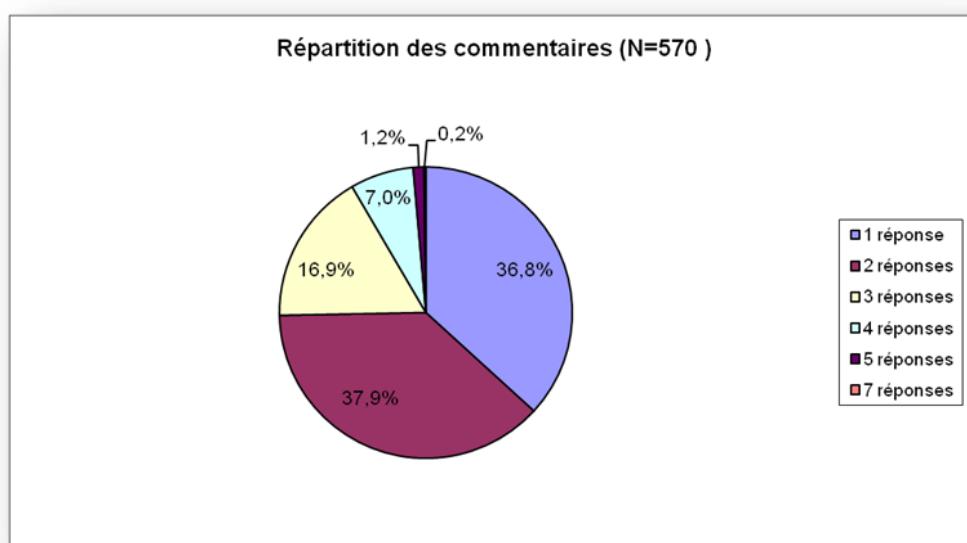
	Francophone	Néerlandophone
Evaluation de la douleur	18,50%	9,40%
Techniques alternatives	15,30%	7,20%
Référence équipe multidisciplinaire	20,40%	4,00%
Traitement médicamenteux	34,40%	38,40%
Connaissance infirmière	1,30%	11,00%
Communication/écoute	10,10%	0
Matériel	0	17,70%
Concertation	0	12,20%

Question 5B : Face à un patient souffrant de douleur chronique, quelle est votre attitude?

570 infirmier(e)s à domicile (85,7%) ont répondu à cette question. 83 personnes n'ont pas répondu (12%) et 12 personnes francophones ainsi que 1 néerlandophone (1,8%) ont répondu de façon « inadaptée », notamment par des commentaires personnels (Ex: « Je gère »). Nous avons pu mettre en évidence 570 commentaires, ce qui fait en moyenne 1,7 commentaire par réponse.

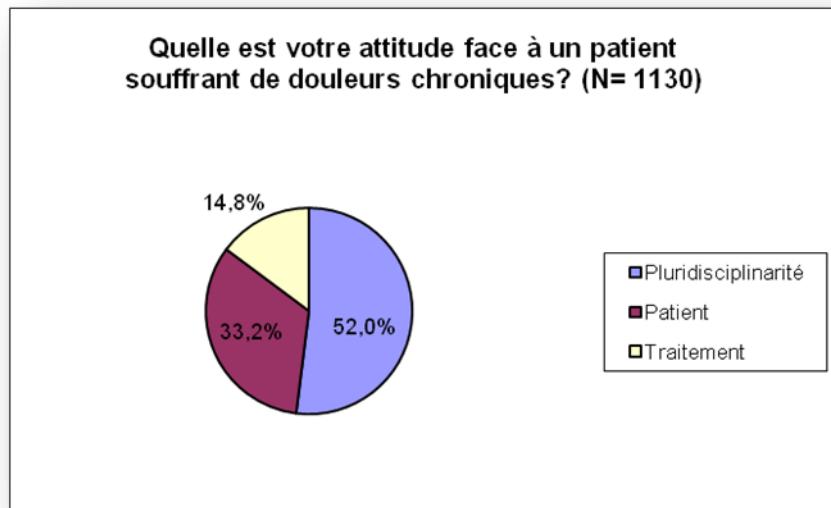


Sur le graphique suivant, nous pouvons observer que 210 personnes ont donné un commentaire (36,8%), 216 personnes, deux commentaires (37,9%) et 96 personnes, trois commentaires (16,9%). 40 personnes ont émis quatre commentaires (7%) , 2 personnes, cinq commentaires (1,2%) et enfin, 1 personne a donné sept commentaires (0,2%).



Le graphique suivant reprend les 3 catégories principales (pluridisciplinarité, patient, traitement) ayant pu être mises en évidence dans l'analyse des commentaires de cette question.

Nous pouvons remarquer que la pluridisciplinarité est très fréquemment citée (52%) ainsi que les attitudes concernant le patient (33,2%).



Le graphique suivant montre, quant à lui, les 12 sous-catégories mise en évidence pour développer l'analyse. La « pluridisciplinarité » est sous-catégorisée en quatre points : la collaboration avec le médecin, la collaboration avec les autres infirmier(e)s, avec les autres professionnels de la santé et enfin avec le patient lui-même et sa famille. L'item « patient » se divise quant à lui en quatre sous-catégories: l'écoute et l'empathie de l'infirmier(e) pour son patient, les informations à donner, la prise en charge globale (attitude de bien-être) et l'approche individuelle du patient (citée uniquement chez les néerlandophones). Le dernier item qui concerne le traitement est divisé en trois points également : l'adaptation du traitement, la gestion de la douleur et l'évaluation de la douleur. Une dernière sous-catégorie a été mise en évidence par un(e) infirmier(e) néerlandophone, celle-ci est la compréhension logique de la situation par l'infirmier(e).

Dans la catégorie de la pluridisciplinarité, l'attitude la plus fréquente est de faire appel au médecin traitant (31%) et ce, de manière sensiblement identique dans la partie francophone comme dans la partie néerlandophone. Nous pouvons également mettre en évidence que l'écoute et l'empathie de l'infirmier(e) vis-à-vis de son patient sont très présentes (15,6%) dans les réponses au questionnaire, dans une proportion légèrement plus élevée chez les francophones (23,6%) que chez les néerlandophones (14,2%).

La prise en charge globale du patient est également plus citée dans l'échantillon néerlandophone. Par contre nous observons une inversion de la tendance pour la dispensation d'informations au patient (9% chez les francophones et 0,2% chez les néerlandophones).

Quelle est votre attitude face à un patient souffrant de douleurs chroniques ? (N=1130)

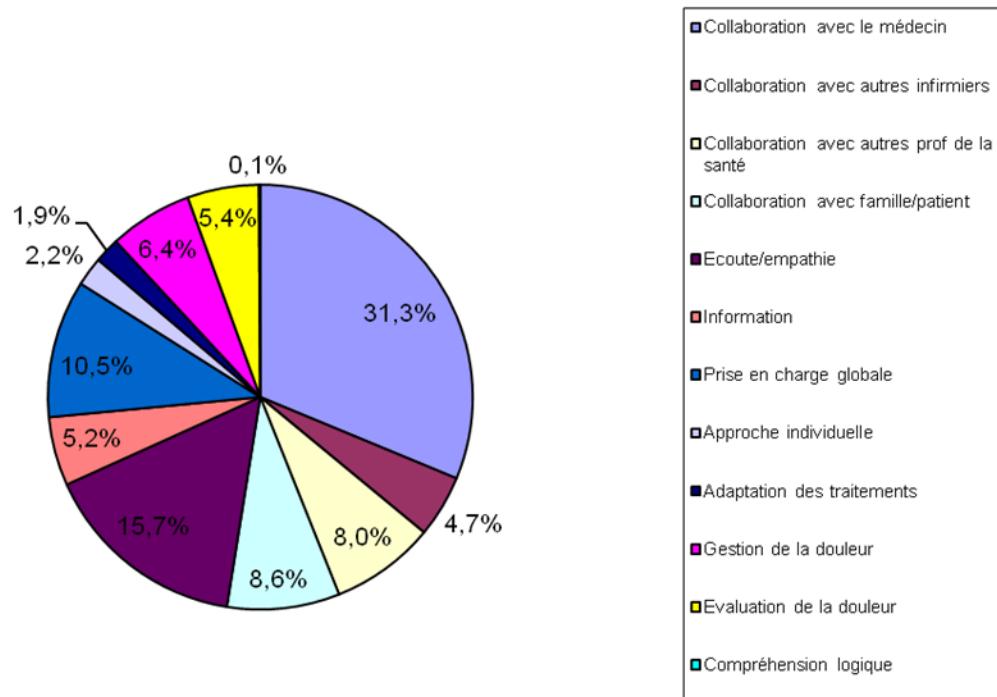
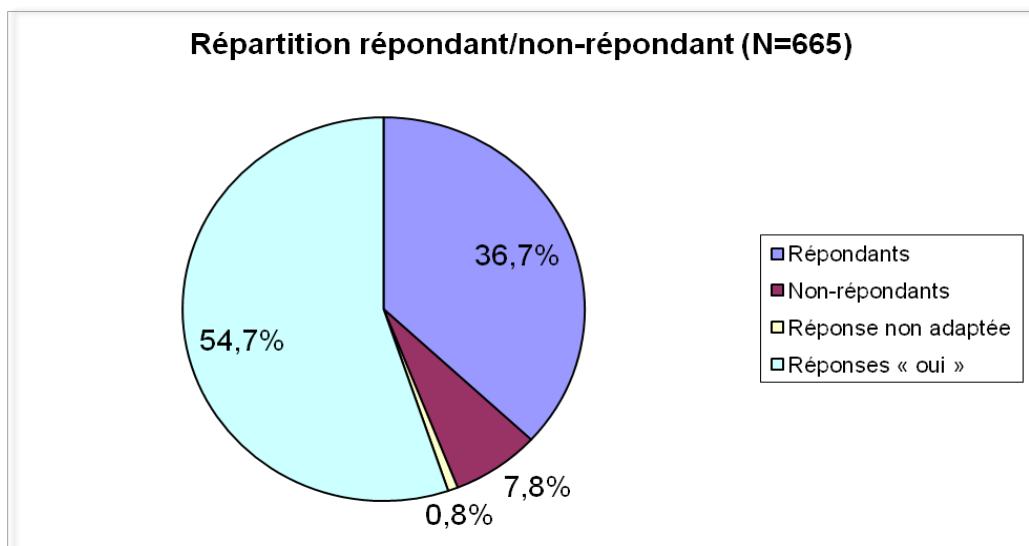


Tableau de données (N = 1130)

Collaboration avec le médecin	31%
Collaboration avec autres infirmier(e)s	4,7%
Collaboration avec autres prof de la santé	7,9%
Collaboration avec famille/patient	8,5%
Ecoute/empathie	15,6%
Information	5,2%
Prise en charge globale	10,4%
Approche individuelle	2,2%
Adaptation des traitements	1,9%
Gestion de la douleur	6,3%
Evaluation de la douleur	5,4%
Compréhension logique	0,1%

Question 5C : Face à un patient souffrant de douleur chronique, estimez-vous que votre attitude soit adaptée à la situation ?

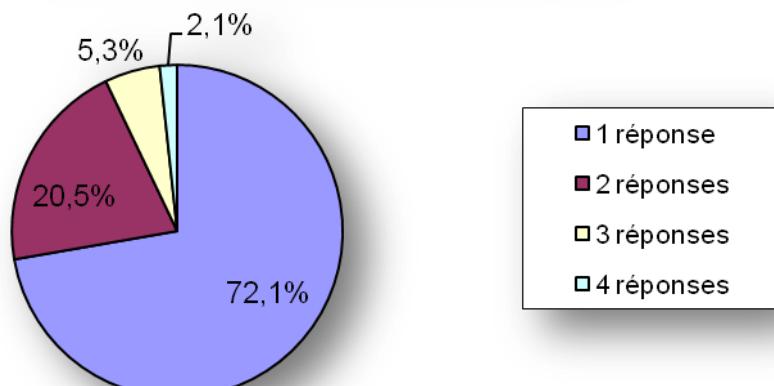
608 infirmier(e)s à domicile ont répondu à cette question. 52 personnes n'ont pas répondu à la question et 5 personnes ont donné une réponse non adaptée (Ex. « je voudrais une baguette magique » ou encore « attitude adaptée ou non-adaptée en fonction de l'intensité de la douleur ». Par rapport aux réponses considérées comme valides, nous nous retrouvons face à deux cas de figure : soit les personnes évaluent leur attitude face à un patient souffrant de douleur chronique comme étant non-adaptée et argumentent leur réponse (244 personnes), soit ils considèrent leur attitude comme étant adaptée (364 personnes).



Nous avons pu mettre en évidence 338 commentaires, ce qui fait une moyenne de 1,2 commentaire par réponse, le nombre de commentaires allant de 1 à 4.

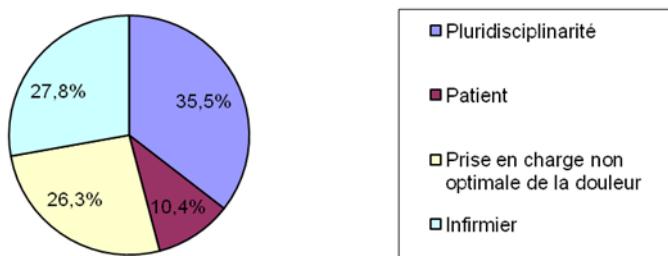
176 personnes ont donné un commentaire (72,1%), 50 personnes, deux commentaires (20,5%), 13 personnes, trois commentaires (5,3%) et 4 personnes, quatre commentaires (2,1%).

Répartition des commentaires (N=244)



Le graphique suivant nous montre les quatre principales catégories mises en évidence suite à l'analyse des réponses au questionnaire.

Face à un patient souffrant de douleurs chroniques, pourquoi pensez-vous que votre attitude n'est pas adaptée? (N=338)



Ces différentes catégories ont pu être précisées en sous-catégories explicitées dans le graphique suivant.

La catégorie « pluridisciplinarité » a été sous-catégorisée en collaboration avec le médecin, les autres infirmier(e)s, les autres professionnels de la santé et la famille/patient . La catégorie « patient » a été précisée en psychologie du patient et type de patient (principalement catégorie d'âge, personnes âgées), la « prise en charge non optimale de la douleur » quant à elle, a été divisée en sous-catégories telles que le manque de moyens physiques (de temps, d'information, de moyens,...), le manque de moyens financiers, le manque de moyens psychologiques, la sous-estimation de la douleur et le traitement inadéquat. Pour terminer, la catégorie « infirmier » a pu être précisée en sentiment de l'infirmier(e) vis-à-vis de la situation et en connaissances propres de l'infirmier(e) face à la douleur.

Comme nous pouvons le remarquer dans le tableau suivant les principales causes responsables d'une attitude non-adaptée face à un patient souffrant de douleur chronique sont la « mauvaise » collaboration avec le médecin (21,6%), le sentiment d'impuissance de l'infirmier(e) face au patient (16,9%) et le manque de connaissances de l'infirmier(e) (11%). Les catégories qui ressortent également sont la psychologie du patient, le manque de moyens physiques, le traitement non adéquat et la collaboration difficile avec la famille, le patient.

Tableau de données (N = 338)

Collaboration avec Médecin	21,6%	Type de patient	0,6%	Sous-estimation de la douleur	4,1%
Collaboration avec autres infirmier(e)s	3,2%	Manque de moyens physiques	7,4%	Traitement non adéquat	6,8%
Collaboration avec autres prof de la santé	3%	Manque de moyens financiers	3,2%	Sentiment d'impuissance	16,9%
Collaboration avec la famille/le patient	6,5%	Manque de moyens psychologiques	4,7%	Manque de connaissance	11%
Psychologie du patient	9,8%				

Nous pouvons observer que dans l'échantillon néerlandophone la collaboration avec le médecin est citée à concurrence de 22,3%. Viennent ensuite le sentiment d'impuissance de l'infirmier(e) (16,8%), le manque de connaissance de celui-ci (12,2%) et la psychologie du patient (10,5%). Par contre, le type de patient (principalement les personnes âgées) repris dans plusieurs questionnaires francophones n'apparaît pas du côté néerlandophone. Pour terminer, la catégorie « manque de moyens physiques » est beaucoup plus citée (30,9%) dans l'échantillon francophone et constitue la catégorie la plus marquée, devant la collaboration avec le médecin et le sentiment d'impuissance (ces deux catégories étant représentées à 16,6%).

PARTIE 3 : Analyse comparative

Cette partie d'analyse est une analyse croisée de la question n°6 et n°7. Le territoire nous intéressant plus particulièrement est celui où les infirmier(e)s donnent une grande importance à l'acte mais se sentent moyennement ou faiblement capables de le réaliser/de le maîtriser. En terme de codification numérique, il s'agit du niveau 3, 4, 5 (le niveau 6 n'étant jamais attribué) pour ce qui est de l'importance donnée à l'acte (axe des X) et du niveau 1, 2 et 3 (le niveau 0 n'étant jamais attribué non plus) pour ce qui est de la maîtrise de ce même acte (axe des Y). Pour plus de clarté, voici un exemple schématisé du graphique. La partie intéressante pour nous est le coin inférieur droit (coloré en jaune).

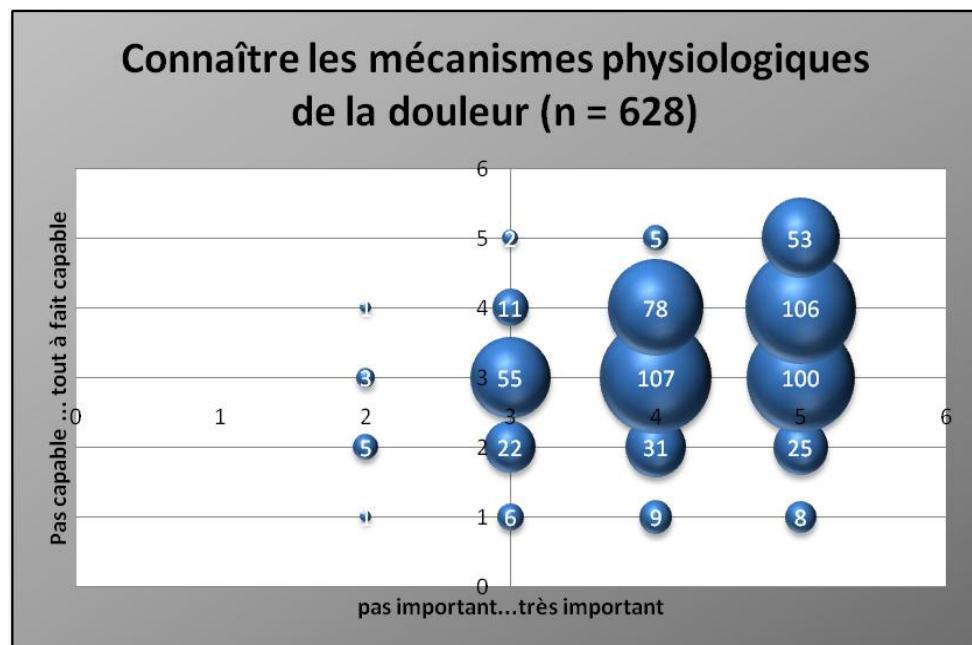
Il est intéressant de noter que la partie gauche du graphique regroupe une faible quantité de réponses au travers des 15 points abordés dans les questions n°6 et 7. Nous avons choisi de ne pas développer cette zone pouvant être considérée comme négligeable (maximum 3% de l'échantillon) dans les commentaires pour ne pas alourdir le travail.

Pas capable → tout à fait capable	Se sent capable de réaliser l'acte mais ne trouve pas l'acte important			6	Se sent tout à fait capable de réaliser l'acte et trouve l'acte très important		
				5			
				4			
	0	1	2	3	4	5	6
Se sent peu ou pas capable de réaliser l'acte et ne trouve pas l'acte important	Se sent peu ou pas capable de réaliser l'acte et ne trouve pas l'acte important			2	Se sent peu ou pas capable de réaliser l'acte mais trouve l'acte important		
				1			
				0			
Pas important → très important							

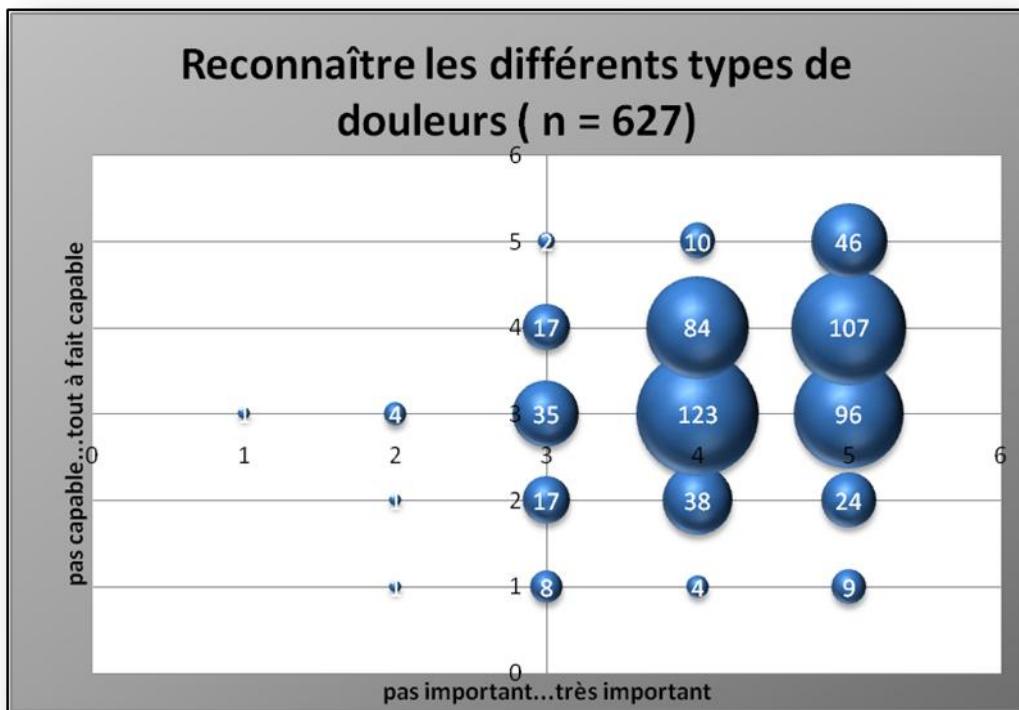
Point A : « Connaître les mécanismes physiologiques de la douleur »

Sur le graphique suivant nous pouvons remarquer qu'il y a 363 personnes, c'est-à-dire 57,8% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Plus de la moitié de notre échantillon trouve que connaître les mécanismes physiologiques de la douleur est de moyennement intéressant à très intéressant (niveau 3, 4 et 5 de l'axe des X) mais pense que leur connaissance de ces mécanismes est faible ou moyenne (niveau 1, 2 et 3 de l'axe des Y).

255 personnes (40,6%) trouvent également que connaître les mécanismes physiologiques de la douleur est de moyennement intéressant à très intéressant mais par contre pensent que leur connaissance pratique sur ce point est bonne (niveau 4 et 5 de l'axe des Y).



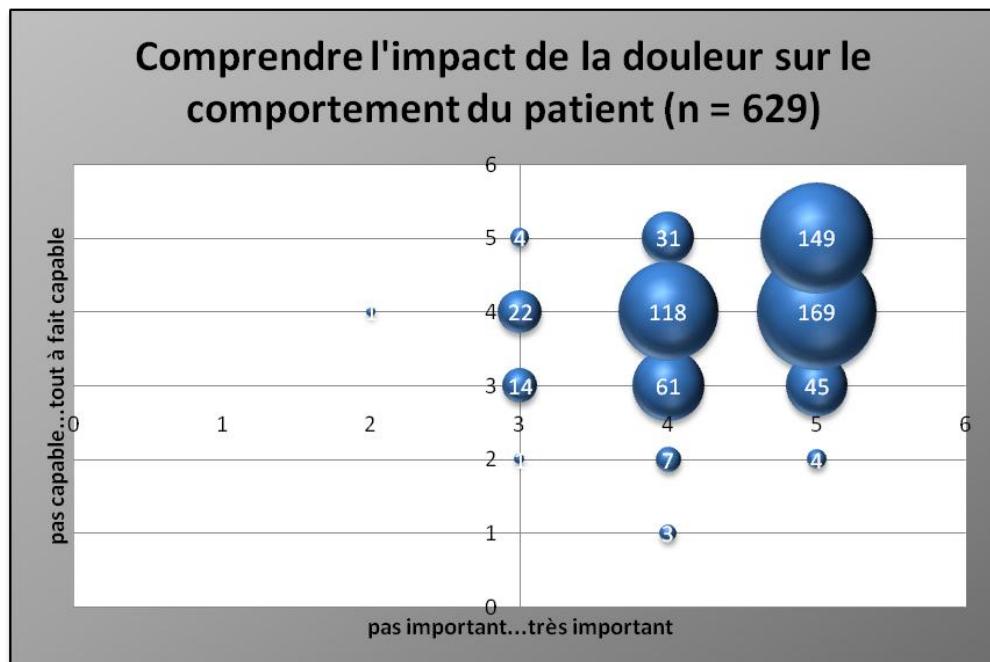
Point B : « Reconnaître les différents types de douleur »



Sur ce graphique, nous pouvons remarquer qu'il y a 354 personnes, c'est-à-dire 56,4% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Plus de la moitié de notre échantillon trouve que reconnaître les différents types de douleur est de moyennement intéressant à très intéressant mais pense que leur capacité à les identifier est faible ou moyenne.

266 personnes (42,4%) marquent la même importance dans le fait de connaître les différents types de douleur que le groupe précédent mais évaluent, par contre, leur capacité à les reconnaître comme bonne.

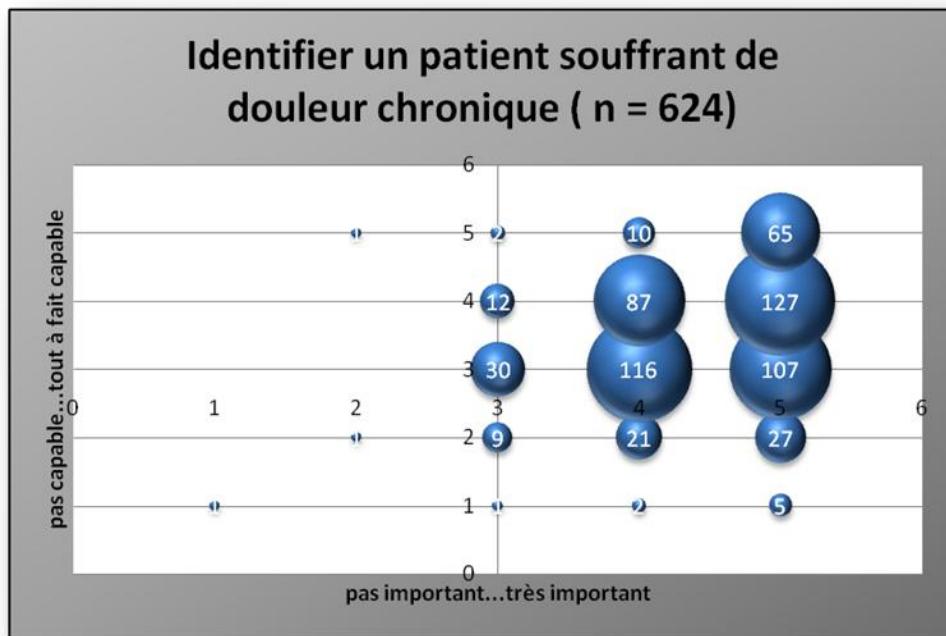
Point C : « Comprendre l'impact de la douleur sur le comportement du patient »



Comme nous pouvons le voir sur ce graphique, il y a 135 personnes, c'est-à-dire 21,5% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Un cinquième de notre échantillon trouve que comprendre l'impact que la douleur peut avoir sur le comportement du patient est de moyennement intéressant à très intéressant mais pense que cette compréhension vis-à-vis de leurs patients peut être faible ou moyenne.

Par contre, 493 personnes (78,3%) notent la même importance au niveau de ce point mais évaluent leur compréhension vis-à-vis de leurs patients comme bonne. Nous pouvons dire au vu de ces résultats que la plupart des infirmier(e)s interrogé(e)s se sentent à l'écoute de leurs patients, comprennent l'impact que peut avoir la douleur sur leur comportement et se sentent capables de l'entendre.

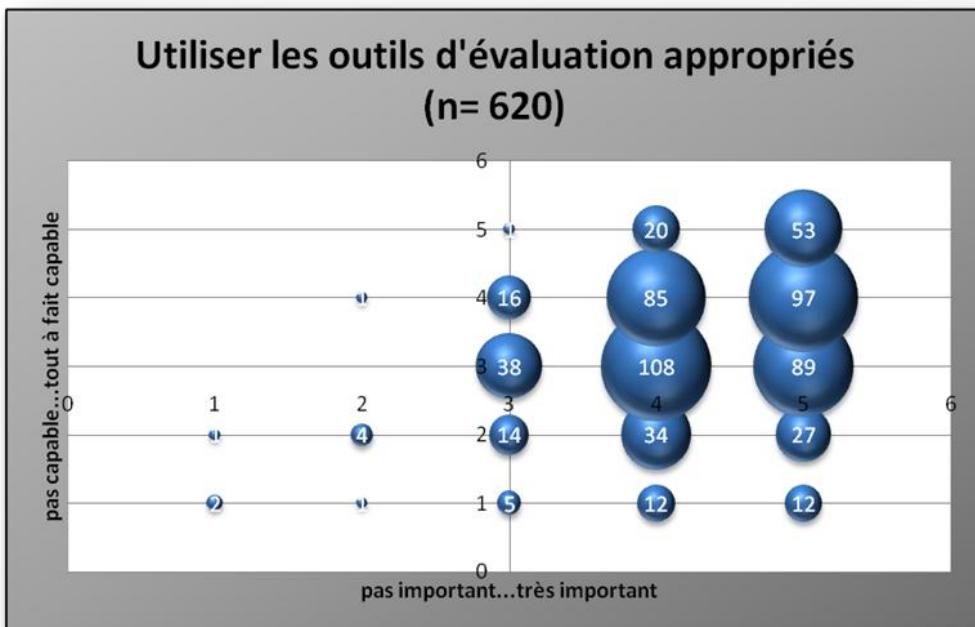
Point D : « Identifier un patient souffrant de douleur chronique »



Comme nous pouvons le voir sur ce graphique, il y a 318 personnes, c'est-à-dire 50,9 % de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. La moitié de notre échantillon trouve qu'identifier un patient souffrant de douleur chronique est de moyennement intéressant à très intéressant mais pense que le fait d'identifier ces mêmes patients peut parfois leur faire défaut.

303 personnes (48,5%) donnent la même importance dans l'optique d'identifier les patients souffrant de douleur chronique que le groupe précédent mais se disent capables d'identifier réellement ces patients.

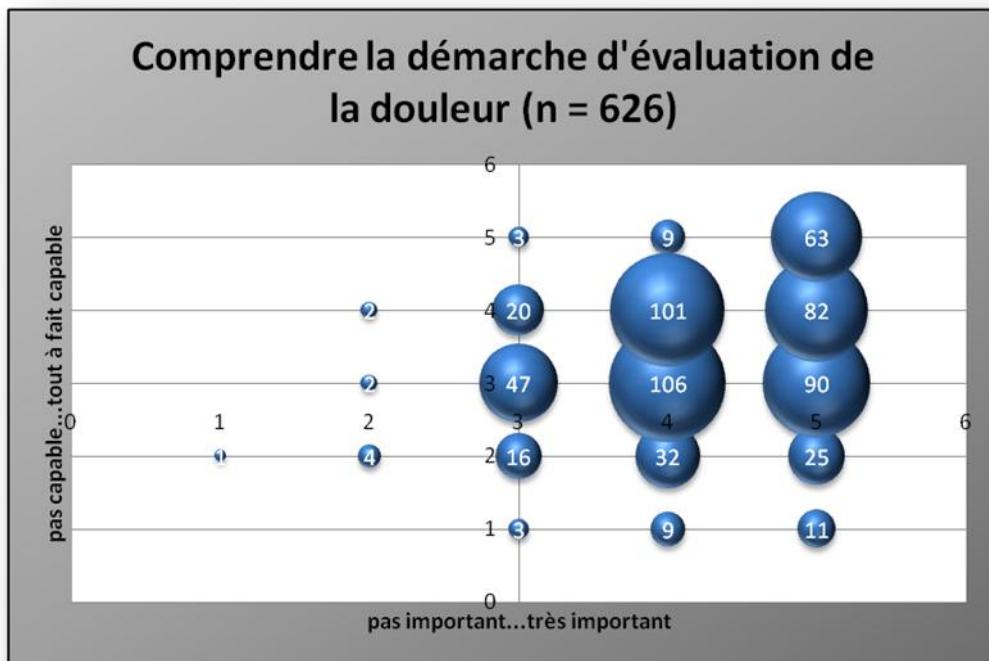
Point E : « Etre capable d'utiliser les outils d'évaluation appropriés »



Comme nous pouvons le voir sur ce graphique, il y a 339 personnes, c'est-à-dire 54,6% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Un peu plus de la moitié de notre échantillon trouve qu'être capable d'utiliser les outils d'évaluation appropriés pour identifier un patient souffrant de douleur chronique est de moyennement intéressant à très intéressant mais pense que dans leur pratique quotidienne le fait d'utiliser les bons outils peut parfois leur faire défaut.

272 personnes (43,9%) donnent la même importance à l'utilisation des outils d'évaluation que le groupe précédent mais par contre se disent capables d'utiliser correctement ces mêmes outils.

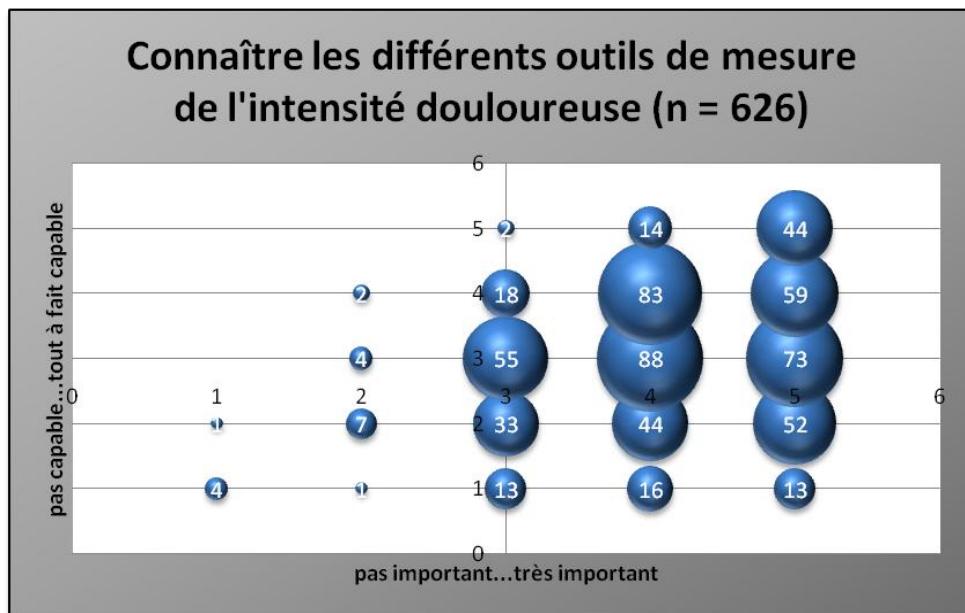
Point F : « Comprendre la démarche d'évaluation de la douleur »



Ce graphique nous montre qu'il y a 339 personnes, c'est-à-dire 54,1% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Ce qui veut dire que un peu plus de la moitié de notre échantillon accorde une moyenne ou haute importance dans le fait de comprendre la démarche d'évaluation de la douleur mais que parfois cette compréhension peut être minime ou moyenne.

278 personnes (44,4%) donnent la même importance au niveau de la compréhension de la démarche que le groupe précédent mais par contre comprennent bien la démarche d'évaluation de la douleur dans leur pratique quotidienne.

Point G : « Connaître les différents outils de mesure de l'intensité douloureuse »



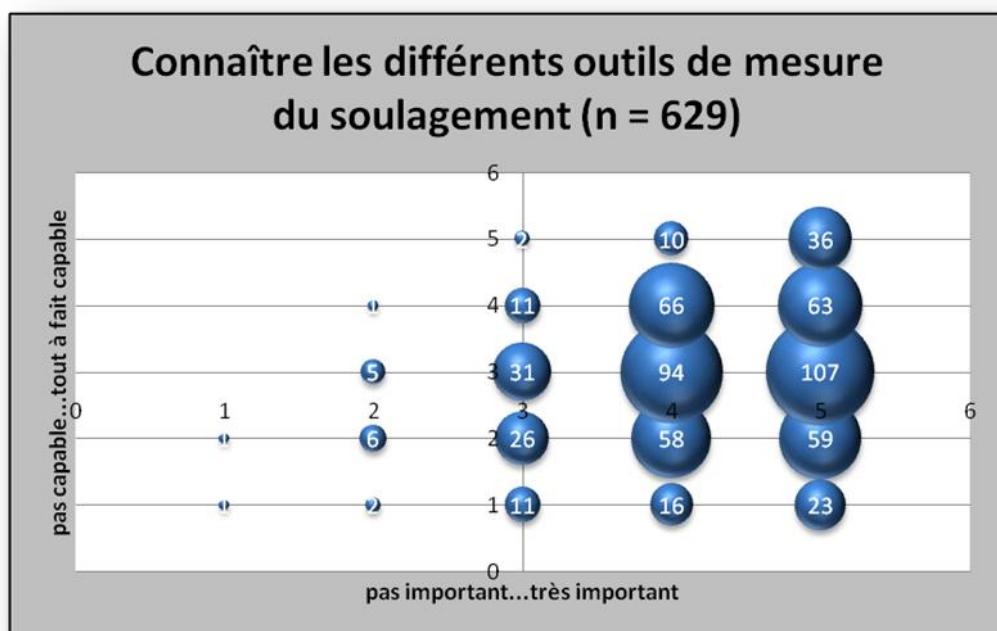
Ce graphique nous montre qu'il y a 387 personnes, c'est-à-dire 61,8% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Ce qui veut dire que six personnes sur dix dans notre échantillon accordent une moyenne ou haute importance dans le fait de connaître les différents outils de mesure de l'intensité douloureuse mais que parfois cette connaissance peut être minime ou moyenne.

220 personnes (35,1%) donnent la même importance au niveau de la connaissance en tant que telle que le groupe précédent mais par contre disent posséder une bonne connaissance des différents outils de mesure de l'intensité douloureuse dans leur pratique quotidienne.

Point H : « Connaître les différents outils de mesure du soulagement »

Le graphique suivant nous montre qu'il y a 425 personnes, c'est-à-dire 67,5% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Ce qui veut dire que près de sept personnes sur dix dans notre échantillon accordent une moyenne ou haute importance dans le fait de connaître les différents outils de mesure du soulagement mais reconnaissent que parfois cette connaissance peut être minime ou moyenne.

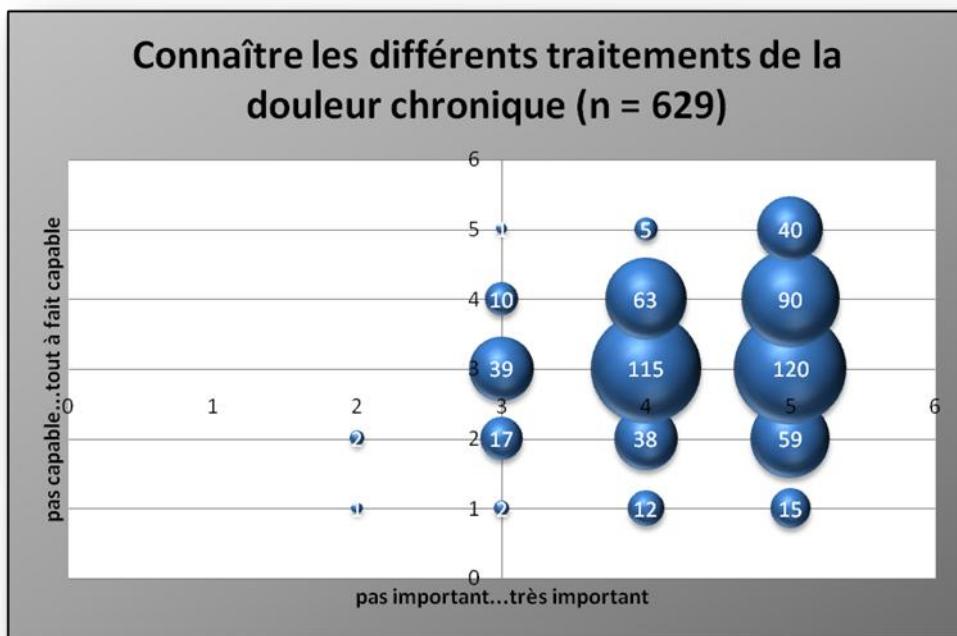
188 personnes (29,9%), une personne sur trois, donnent la même importance au niveau de la notion de connaissance que le groupe précédent mais par contre signalent une bonne connaissance des différents outils de mesure du soulagement dans leur pratique quotidienne.



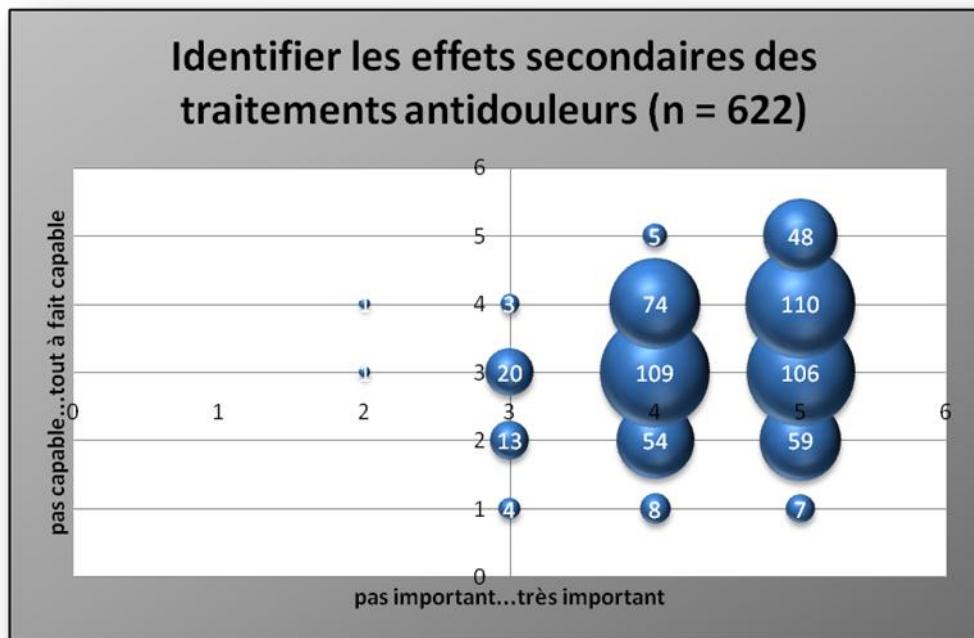
Point I : « Connaître les différents traitements de la douleur chronique »

Sur le graphique suivant nous pouvons voir qu'il y a 417 personnes, c'est-à-dire 66,2% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Ce qui veut dire qu'un peu moins de sept personnes sur dix dans notre échantillon accordent une moyenne ou haute importance dans le fait de connaître les différents traitements de la douleur chronique mais reconnaissent que parfois cette connaissance peut être réellement minime ou moyenne.

209 personnes (33,2%) donnent la même importance au niveau de la notion de connaissance que le groupe précédent mais par contre signalent une bonne connaissance des différents traitements de la douleur chronique dans leur pratique quotidienne.



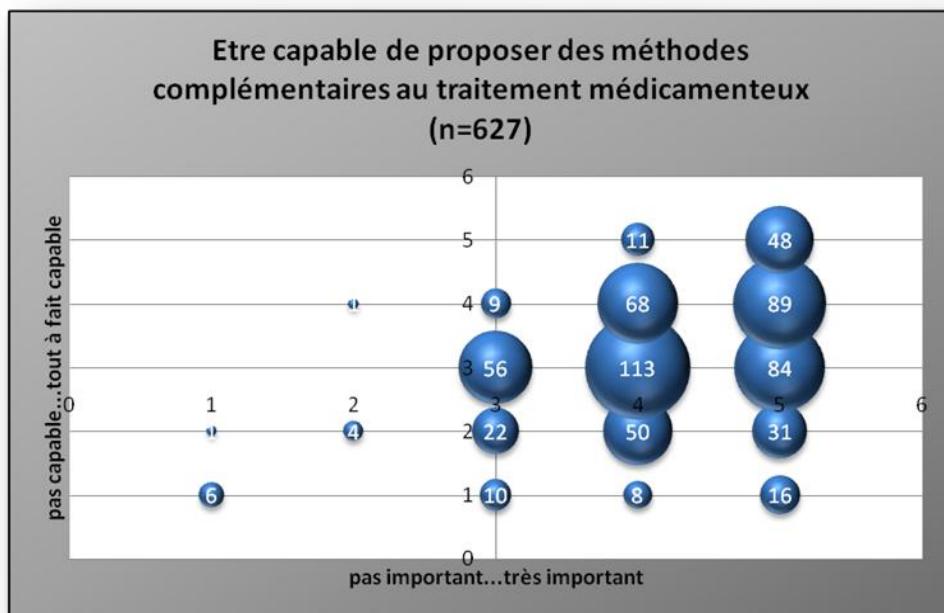
Point J : « Identifier les effets secondaires des traitements antidouleurs »



Sur ce graphique nous pouvons voir qu'il y a 380 personnes, c'est-à-dire 61,1% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Ce qui veut dire que six personnes sur dix dans notre échantillon accordent une moyenne ou haute importance dans le fait d'identifier les effets secondaires des traitements antidouleurs mais reconnaissent que parfois cette identification peut être minime ou moyenne.

240 personnes (38,6%) donnent une grande importance dans le fait d'identifier ces effets secondaires comme le groupe précédent mais par contre signalent une bonne capacité à identifier ceux-ci.

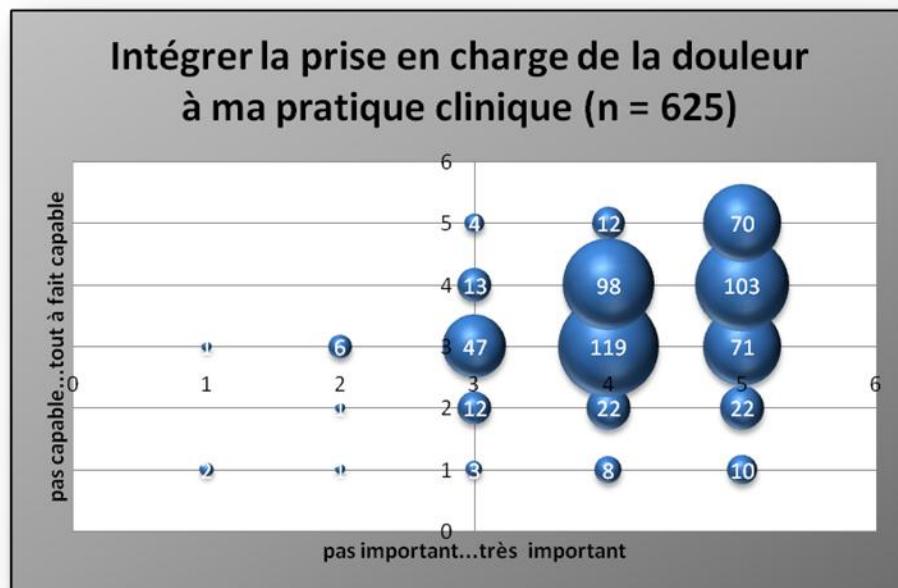
Point K : « Etre capable de proposer des méthodes complémentaires au traitement médicamenteux »



Sur ce graphique nous pouvons voir qu'il y a 390 personnes, c'est-à-dire 62,2% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Un peu plus de la moitié de notre échantillon accorde une moyenne ou haute importance dans le fait d'être capable de proposer des méthodes complémentaires au traitement médicamenteux mais reconnaît que parfois cette capacité peut être minime ou moyenne.

225 personnes (35,9%) donnent la même importance dans le fait de proposer ces méthodes complémentaires et se sentent capables de les proposer à leurs patients.

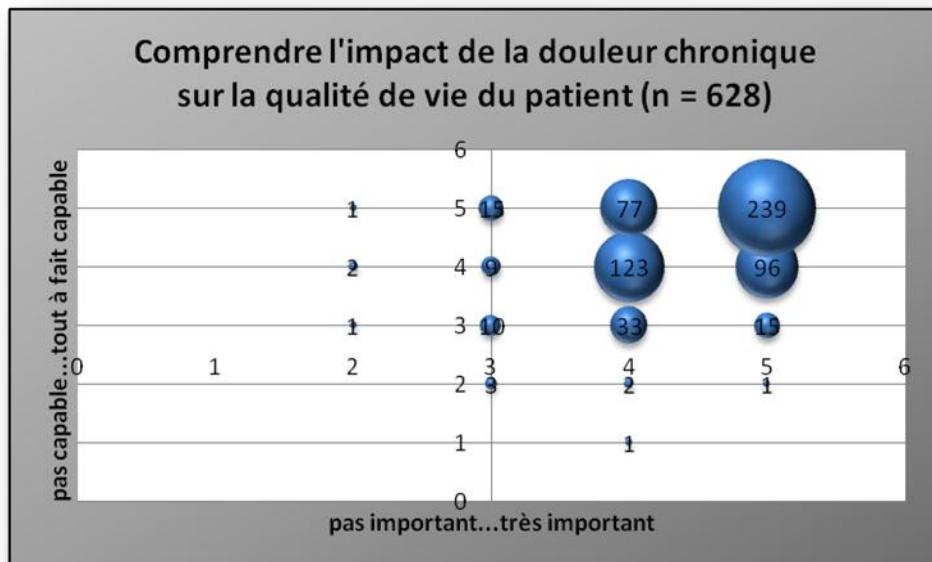
Point L : « Intégrer la prise en charge de la douleur à ma pratique clinique »



Sur ce graphique nous pouvons voir qu'il y a 314 personnes, c'est-à-dire 50,2% de l'échantillon interrogé, se trouvant dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. La moitié de notre échantillon accorde une moyenne ou haute importance dans le fait d'intégrer la prise en charge de la douleur chronique à leur pratique clinique mais reconnaît que parfois cette intégration peut être minime ou moyenne.

300 personnes (48%) donnent le même niveau d'importance dans le fait d'intégrer cette prise en charge et se sentent capables réellement de l'intégrer dans leur pratique clinique.

Point M : « Comprendre l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie du patient »



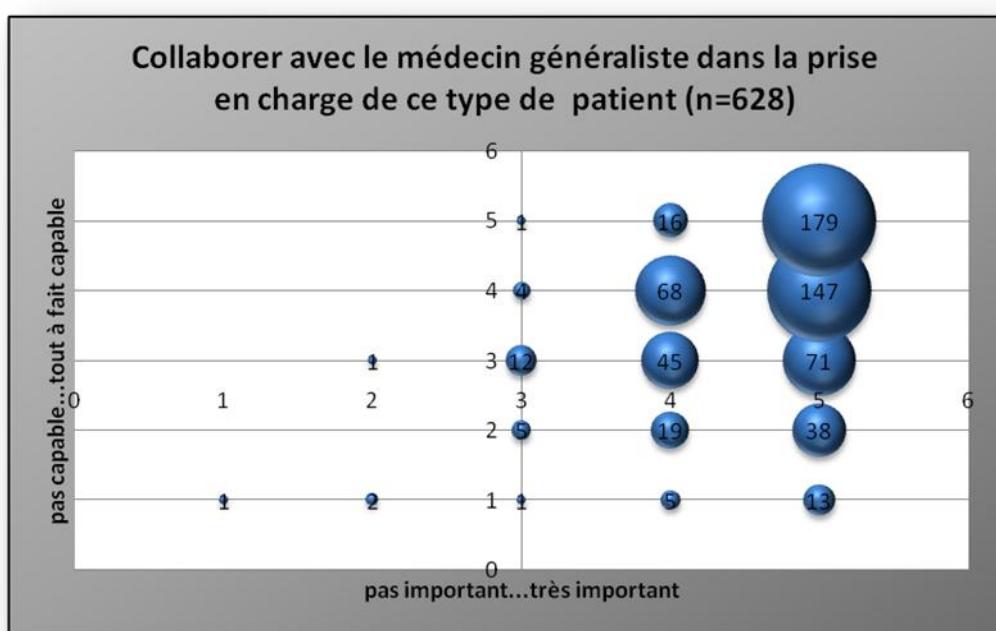
Sur ce graphique nous pouvons voir qu'à peine 65 personnes, c'est-à-dire 10,3% de l'échantillon interrogé, se trouvent dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Une personne sur dix dans notre échantillon accorde une moyenne ou haute importance dans le fait de comprendre l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie d'un patient et reconnaît que cette compréhension peut être minime ou moyenne.

Par contre, 559 personnes (89%), c'est-à-dire pratiquement neuf personnes sur dix dans notre échantillon, donnent le même niveau d'importance à la compréhension de l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie que le groupe précédent et se sentent réellement capables de le comprendre chez leurs patients.

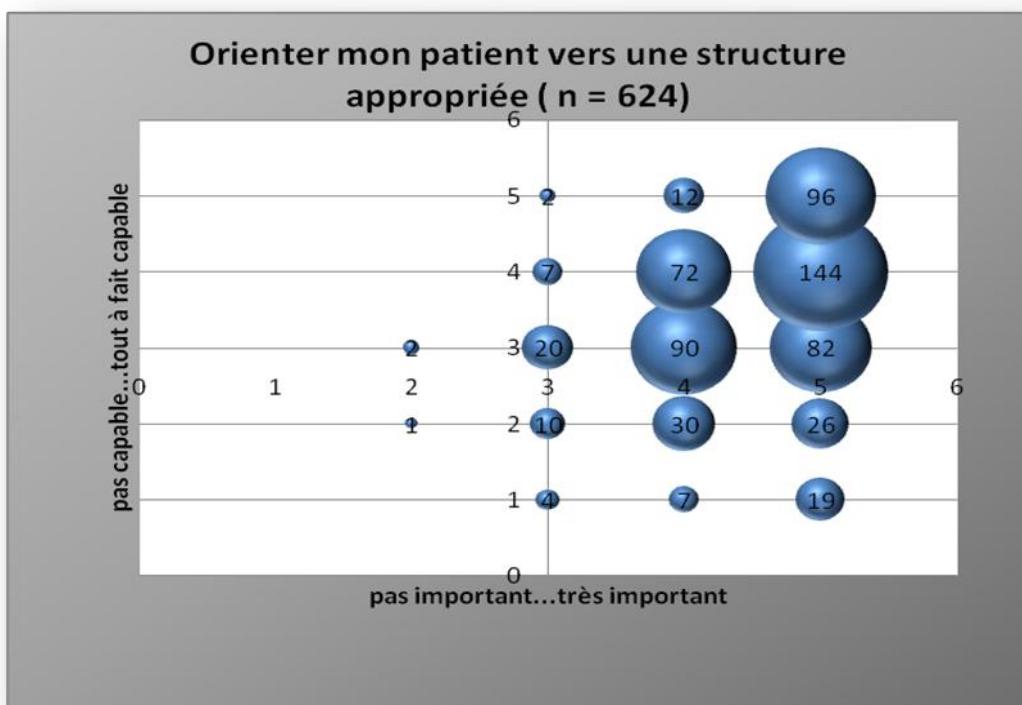
Point N : « Collaborer avec le médecin généraliste dans la prise en charge de ce type de patient »

Sur le graphique suivant nous pouvons voir que 209 personnes, c'est-à-dire 33,3% de l'échantillon interrogé, se trouvent dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Un tiers de notre échantillon accorde une moyenne ou haute importance dans le fait de collaborer avec le médecin généraliste dans la prise en charge de ce type de patient mais reconnaît que parfois cette collaboration peut être minime ou moyenne.

Par contre, 415 personnes (66,1%), c'est-à-dire pratiquement le double du groupe précédent, donnent le même niveau d'importance à la collaboration avec le médecin généraliste et se sentent capables de collaborer avec celui-ci dans la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique.



Point O : « Orienter mon patient vers une structure appropriée »



Sur ce graphique nous pouvons voir que 288 personnes, c'est-à-dire 46,1% de l'échantillon interrogé, se trouvent dans la zone qui a été définie comme la plus intéressante. Un peu moins de la moitié de notre échantillon accorde une moyenne ou haute importance dans le fait d'orienter les patients vers une structure appropriée à leurs pathologies mais reconnaît que parfois l'action même d'orientation peut être minime ou moyenne.

333 personnes (53,4%) donnent le même niveau d'importance à la bonne orientation du patient et se sentent réellement capables d'orienter celui-ci vers une structure appropriée.

En synthèse, certains domaines concernant la prise en charge de la douleur chronique sont perçus par les infirmier(e)s interrogé(e)s comme étant importants pour leur pratique et où leur niveau de maîtrise est bon. Ces domaines ont trait à la compréhension de l'impact de la douleur sur le comportement et la qualité de vie du patient ainsi que la collaboration avec le médecin généraliste dans la prise en charge de ce type de patient.

D'autres éléments, plus nombreux, sont cependant perçus par les infirmier(e)s interrogé(e)s comme importants pour leur pratique mais où leur niveau de maîtrise n'est pas considéré comme satisfaisant. Ces éléments sont :

1. Connaître les mécanismes physiologiques de la douleur
2. Reconnaître les différents types de douleurs
3. Etre capable d'utiliser les outils d'évaluation appropriés
4. Comprendre la démarche d'évaluation de la douleur
5. Connaître les différents outils de mesure de l'intensité douloureuse
6. Connaître les différents outils de mesure du soulagement
7. Connaître les différents traitements de la douleur chronique
8. Identifier les effets secondaires des traitements antidouleurs
9. Être capable de proposer des méthodes complémentaires au traitement médicamenteux
10. Orienter le patient vers une structure appropriée

La recommandation sur la douleur chronique aura donc pour objectif d'apporter des réponses à ces différents éléments, cités comme n'étant pas assez maîtrisés par les infirmier(e)s à domicile. La construction d'un outil, utile à la pratique clinique, devra donc s'orienter vers ces 10 axes de compétences.

Discussion

Dans le cadre de l'analyse quantitative, une description de l'échantillon étudié a été réalisée selon les aspects suivants :

- diplôme obtenu (infirmier breveté/infirmier gradué)
- nombre d'années d'ancienneté dans la profession et dans les soins à domicile
- temps de travail
- activité professionnelle (indépendant/salarié)
- formation en post-graduat à la prise en charge de la douleur (ainsi que le nombre d'heures compris dans cette formation)
- l'exercice d'une fonction d'encadrement de personnel

Ces données nous ont permis de décrire l'échantillon étudié. Il est intéressant de remarquer que cet échantillon présente un ratio de presque deux infirmier(e)s indépendants pour un(e) infirmier(e) salarié(e). Pour ce qui est de la distribution francophone/néerlandophone, l'échantillon des répondants néerlandophones (84%) est nettement supérieur (plus de 5 fois) à l'échantillon des répondants francophones (16%).

En ce qui concerne l'ancienneté dans la profession infirmière, la répartition de l'échantillon dans les différentes classes prédéfinies est croissante. Il est intéressant de remarquer que près de la moitié de l'échantillon (360 personnes) a une ancienneté de plus de 20 ans. Par opposition à l'ancienneté dans le domaine des soins à domicile où la proportion est relativement équivalente dans tous les groupes définis. Nous pouvons donc supposer qu'il y a deux grandes tendances au sein de l'échantillon étudié. Certain(e)s infirmier(e)s commencent leurs carrières professionnelles en travaillant dans des institutions de soins et arrivent ensuite dans les soins à domicile tandis que d'autres, notamment les plus jeunes (entre 1 an et 20 ans d'ancienneté), s'orientent dès le début de leur carrière vers les soins à domicile.

Il est intéressant de relever que 36,2 % de l'échantillon travaillent plus de 40 heures semaines. Nous pouvons en déduire qu'il s'agit d'une partie de l'échantillon constitué d'infirmier(e)s indépendant(e)s. La majorité de l'échantillon étudié (60,1%) s'occupe de un à cinq patients douloureux par semaine.

Dans le cadre de l'analyse qualitative de l'étude, plusieurs éléments de réponses intéressants ont pu être mis en évidence. Les prestations les plus souvent réalisées par les infirmier(e)s à domicile auprès des patients souffrant de douleur chronique ont trait aux soins d'hygiène (41,5%), au traitement (33,1%) c'est-à-dire la vérification et l'administration de celui-ci et aux soins de plaies (22,4%). Les prestations reprises sous les catégories « évaluation de la douleur, confort/bien-être, prise de paramètres et appel aux autres professionnels de la santé » sont très peu cités (<3%).

En ce qui concerne les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez les patients souffrant de douleur chronique, l'étude réalisée met en évidence que 60,7% des problèmes rencontrés ont un rapport direct avec le patient. Plus précisément, les troubles psychologiques (19%), l'altération de l'état général ou la dégradation de l'état physique (15,2%), la perception que le patient a de sa propre situation ou son ressenti face à la douleur (8,4%) constituent des complications découlant directement de la douleur chronique chez les patients pris en charge.

Pour ce qui est des outils mis à la disposition des infirmier(e)s à domicile pour la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique, l'étude réalisée met en évidence différents outils relativement intéressants. Les outils utilisés principalement par les infirmier(e)s à domicile sont le traitement médicamenteux (37,7%), le recours à du matériel (cité uniquement par les néerlandophones à raison de 15%), l'évaluation de la douleur (10,9%) et la concertation (10,3%). Les techniques alternatives, c'est-à-dire les massages, l'utilisation d'huiles essentielles, les techniques de bien-être, les positions antalgiques, de coussins, les médecines alternatives, l'utilisation de cool/hot pack, etc. sont utilisées par 8,5 % de l'échantillon étudié.

Face à un patient souffrant de douleur chronique, les infirmier(e)s à domicile présentent principalement trois attitudes, c'est-à-dire la collaboration avec le médecin traitant (31%), l'écoute/l'empathie de l'infirmier(e) pour son patient (15,6%) et la prise en charge globale du patient (10,4%).

Cependant, certains infirmier(e)s pensent que leur attitude n'est pas adaptée (37,3% de l'échantillon étudié). Les principales causes responsables d'une attitude non-adaptée face à un patient souffrant de douleur chronique sont une collaboration avec le médecin traitant de « mauvaise » qualité (21,6%), le sentiment d'impuissance de l'infirmier(e) face au patient (16,9%) et le manque de connaissance de l'infirmier(e) (11%). D'autres éléments tels que la psychologie du patient, le manque de moyens physiques, le traitement non adéquat et la collaboration difficile avec le patient et sa famille sont également cités, mais dans une moindre mesure.

Il est également intéressant de relever que pour les quatre premières questions, le taux de réponse se situe entre 85% et 92%. Par contre, pour la dernière question concernant le fait que les infirmier(e)s estiment ou non que leur attitude face à un patient souffrant de douleur chronique est adaptée ou non, le taux de répondants avec commentaires est seulement de 36,7%. Ce taux de réponse, plus faible, peut s'expliquer par le fait que cette question est divisée en deux parties. La première partie s'intéressant à l'évaluation de leur attitude (attitude adaptée Oui/Non) apporte un taux de réponses de 54,7% pour le « Oui ». La deuxième partie de la question demandant pourquoi l'attitude est jugée comme étant non adaptée a quant-à-elle apporté un taux de réponse de 36,7%. Au total, pour cette dernière question, le taux de réponse global est de 92% également.

L'analyse comparative des différents points de l'activité des infirmier(e)s en soins à domicile démontre que pour huit points sur quinze (A,B,D,E,F,K,L,O), 50% de l'échantillon étudié se trouvent dans la zone considérée comme intéressante. Cette zone reprend les personnes considérant que le point est important mais qui jugent leur capacité à y répondre comme basse ou moyenne. Cette zone délimite le terrain qui présente un intérêt pour répondre aux attentes des infirmier(e)s à domicile à développer dans la recommandation sur la douleur chronique.

Les points G,H,I,J regroupent, quant à eux, dans la zone « intéressante » plus de 60% de l'échantillon. Dès lors, les thèmes tels que les outils de mesure de l'intensité douloureuse, les outils de mesure du soulagement, les différents traitements de la douleur chronique et les effets secondaires de ceux-ci seront à développer de manière prioritaire dans la recommandation. Il est à noter que pour les points C, M et N, la zone « intéressante » ne regroupe qu'une faible proportion de l'échantillon étudié. La majorité de celle-ci se trouvant dans la zone où les infirmier(e)s jugent le point comme important et leur capacité à y répondre comme étant bonne. Ces points, considérés comme bien maîtrisés, ont trait à l'impact de la douleur sur le comportement et la qualité de vie du patient ainsi que la collaboration avec le médecin généraliste.

En recoupant certaines données des analyses qualitative et comparative, d'autres constatations émergent. Les infirmier(e)s à domicile reconnaissent avoir un niveau de maîtrise peu satisfaisant en ce qui concerne les différents traitements de la douleur chronique et l'identification des effets secondaires de ces traitements. Or, l'administration et la vérification du traitement constituent une prestation fréquente, réalisée à raison de 33,1% par les infirmier(e)s auprès des patients souffrant de douleur chronique, juste après les soins d'hygiène. Ce point devra donc être développé prioritairement, comme cité précédemment, dans la recommandation sur la douleur chronique. Pour ce qui est de la collaboration avec le médecin généraliste, la majorité de l'échantillon étudié (66,1%) se sent capable de collaborer avec celui-ci dans la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique. Cependant, les infirmier(e)s interrogé(e)s citent une collaboration de « mauvaise » qualité avec le médecin généraliste comme étant l'attitude non adaptée qu'ils présentent le plus souvent (21,6% des répondants). Dès lors, l'élaboration d'une recommandation sur la douleur chronique, à destination des infirmier(e)s à domicile **et** des médecins traitants, présente un intérêt non négligeable afin de concilier les pratiques de ces deux intervenants dans l'objectif d'une prise en charge optimale de la douleur chronique chez les patients.

Annexe 8 : Evaluation de la RBP par le groupe de résonance via la grille AGREE

La RBP a été évaluée par 17 relais EBN (dont 2 médecins) au moyen d'une grille AGREE (Appraisal of Guidelines Research andEvaluation).

Ci-dessous, les résultats moyens des différentes grilles:

Thème de la grille AGREE.	Moyenne des scores
Champ et objectif(s) de la RBP Les objectifs de la RBP sont décrits explicitement Les questions cliniques couvertes par la RBP sont décrites explicitement Les patients auxquels la RBP doit s'appliquer sont décrits explicitement Score min - max.: 3 - 12 Score standardisé par domaine	3,2 3,7 3,1 77,8
Participation des groupes concernés Le groupe ayant élaboré la RBP inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés Les opinions et les préférences des patients ont été identifiées Les utilisateurs cibles de la RBP sont clairement définis La RBP a été testée auprès des utilisateurs cibles Score min - max. : 4 - 16 Score standardisé par domaine	3,0 2,5 3,2 1,8 54,4
Risque d'élaboration de la RBP Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des RBP. Il y a un lien explicite entre les RBP et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent La RBP a été revue par des experts externes avant sa publication Une procédure d'actualisation de la RBP est décrite Score min - max. : 7 - 28 Score standardisé par domaine	3,9 3,8 3,6 3,1 3,6 3,5 2,2 80,4
Clarté et présentation: Les recommandations sont précises et sans ambiguïté Les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées Les recommandations clés sont clairement identifiables La RBP est accompagnée d'outils permettant son application Score min - max. : 4 - 16 Score standardisé par domaine	3,3 3,5 3,5 3,2 78,4

Applicabilité:

- Les barrières organisationnelles potentielles à l'application des recommandations ont été discutées 2,2
- L'impact économique de l'application des recommandations a été examiné 2,3
- La RBP propose des critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations et/ou la réalisation d'audit 2,4

Score min - max. : **3 - 12**

Score standardisé par domaine

43,1

Indépendance éditoriale

- La rédaction de la RBP est indépendante des organismes de financement 3,4

- Les conflits d'intérêt des membres du groupe ayant élaboré la RBP ont été documentés 2,8

Score min - max. : **2 - 8**

Score standardisé par domaine

69,6

Globalement, la RBP montre un score satisfaisant (≥ 70) pour 4 des 6 domaines abordés: champ et objectif(s), rigueur d'élaboration, clarté et présentation, et indépendance éditoriale. Les membres du groupe de résonance ont cependant exprimé leurs réserves sur le plan de la participation des groupes concernés et surtout sur l'applicabilité de la RBP sur le terrain.

Une recommandation globale de la RBP a été donnée par 13 des relais: 6 d'entre eux ont fortement recommandé la RBP, 6 l'ont recommandé avec certaines réserves ou après modifications et 1 était incertain.

Evaluation générale: recommanderiez-vous l'utilisation de cette RBP en pratique?	
Fortement recommandé	fois
recommandé avec certaines réserves ou après modifications	6
non recommandé	6
incertain	0
	1

Analyse des commentaires³³

Champ et objectif(s) de la RBP

Le groupe de résonance estime qu'il est nécessaire de mieux clarifier qu'il s'agit bien de la prise en charge infirmière des patients souffrant de douleur chronique, car ce sujet risque de se perdre dans la globalité de la RBP.

Le public ciblé est assez large, les patients concernés ne sont pas toujours identifiés clairement. Parfois, certains patients sont exclus et l'argumentation justifiant cette exclusion n'est pas assez pertinente.

Participation des groupes concernés

Les patients n'ont pas collaboré directement à l'élaboration de cette RBP. De plus, celle-ci n'a été testée que par des experts et des relais en EBN.

Rigueur d'élaboration de la RBP

Plusieurs relais ont noté que les niveaux de preuves étaient parfois faibles.

Une procédure d'actualisation de la RBP n'est pas décrite dans la version de la RBP analysée par le groupe de résonance.

Clarté et présentation:

Parfois, les recommandations ne sont pas suffisamment concrètes (Ex. "régulièrement").

Il manque des consignes d'évaluation. Plusieurs lecteurs ont également perdu de vue la globalité de la RBP, les points essentiels et le rapport entre les recommandations.

La construction des outils est prévue dans la prochaine étape du projet.

Applicabilité:

Les remarques les plus importantes concernent les barrières organisationnelles potentielles (non discutées).

Plusieurs relais mentionnent la problématique des actes non valorisés financièrement tels que l'anamnèse, les évaluations, la prise en charge multidisciplinaire,...

Il n'y a pas de guidelines sur la manière d'utiliser les outils d'évaluation. Il est donc nécessaire que chacun construise des protocoles.

³³ liée aux scores 1-2

En général, il est clair que l'application de cette RBP prendra plus de temps pour l'évaluation et la concertation multidisciplinaire.

Des critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations ne se trouvent pas dans la RBP.

Indépendance éditoriale

Les conflits d'intérêt des membres du groupe de travail n'ont pas été documentés. Mais aucun n'a été recensé.

Conclusion

Selon le groupe de résonance, la RBP « Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients adultes souffrant de douleur chronique » a été construite sur base d'une méthodologie solide. Elle est bien documentée et est étayée par des preuves probantes.

Cependant, elle manque de recommandations et d'outils en vue de son applicabilité sur le terrain. Les tâches véritables de l'infirmier(e) en soins à domicile dans la prise en charge du patient souffrant de douleur chronique, en collaboration avec le médecin généraliste, ne sont pas toujours claires et l'information cruciale n'est pas assez visible. De plus, les conséquences organisationnelles ainsi que l'impact économique découlant de l'application des recommandations sur le terrain ne sont pas correctement décrites et discutées dans la RBP.

Score min - max.	Thème de la grille AGREE.	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Expert 4	Expert 5	Expert 6	Expert 7	Expert 8	Expert 9	Expert 10	Expert 11	Expert 12	Expert 13	Expert 14	Expert 15	Expert 16	Expert 17	Expert 18	Expert 19	Moyenne des scores
	<u>Champ et objectif(s) de la RBP</u>																				
1-4	Les objectifs de la RBP sont décrit explicitement	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	2	3	3	1					3,3
1-4	Les questions cliniques couverte par la RBP sont décrite explicitement	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	2					3,7
1-4	Les patients auxquels la RBP doit s'appliquer sont décrits explicitement	3	4	4	4	4	4	4?		2	4	4	3	3	3	1					3,1
	Score min - max.: 3 - 12	11	12	12	12	12	12	12	7	8	10	12	8	10	10	4	0	0	0	0	10,1
	Score standardisé par domaine	88,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	44,4	55,6	77,8	100,0	55,6	77,8	77,8	11,1	-33,3	-33,3	-33,3	-33,3	79,3
	<u>Participation des groupes concernés</u>																				
1-4	Le groupe ayant élaboré la RBP inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés	2	4	3	3	3	3	3?		4	3	4	4	4	3	3					3,1
1-4	Les opinions et les préférences des patients ont été identifiées	4	4	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	3	3	1					2,6
1-4	Les utilisateurs cibles de la RBP sont clairement définis	4	4	3	3	3	3	3	1	2	2	4	4	4	4	4					3,2
1-4	La RBP a été testée auprès des utilisateurs cibles	1	4	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	3					1,9
	Score min - max. : 4 - 16	11	16	11	11	11	11	11	3	10	8	12	11	13	11	11	0	0	0	0	10,7
	Score standardisé par domaine	58,3	100,0	58,3	58,3	58,3	58,3	58,3	-8,3	50,0	33,3	66,7	58,3	75,0	58,3	58,3	-33,3	-33,3	-33,3	-33,3	56,1
	<u>Rigueur d'élaboration de la RBP</u>																				
1-4	Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4					3,9
1-4	Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4					3,8
1-4	Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	4					3,8
1-4	Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des RBP.	3	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	2	3	1	3					3,3
1-4	Il y a un lien explicite entre les RBP et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	3					3,7
1-4	La RBP a été revue par des experts externes avant sa publication.	4	4	4	4	4	4	4?		4	2	4	3	4	4	4					3,5
1-4	Une procédure d'actualisation de la RBP est décrite.	1	3	4	4	4	4	4	1	2	2	1	2	1	1	1					2,3

Score min - max.	Thème de la grille AGREE.	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Expert 4	Expert 5	Expert 6	Expert 7	Expert 8	Expert 9	Expert 10	Expert 11	Expert 12	Expert 13	Expert 14	Expert 15	Expert 16	Expert 17	Expert 18	Expert 19	Moyenne des scores	
	Clareté et présentation:																					
1 - 4	Les recommandations sont précises et sans ambiguïté	3	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3,3		
1 - 4	Les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées	4	4	4	4	4	4	4	1	4	3	4	3	4	3	3	4	2	2	3,5		
1 - 4	Les recommandations clés sont clairement identifiables	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	2	4	2	2	2	3,5		
1 - 4	La RBP est accompagnée d'outils permettant son application	?	4	4	4	4	4	4	4 ?	3	3	4	4	4	2	4	2	4	4	3,2		
	Score min - max. : 4 - 16	11	16	16	16	16	16	16	6	14	12	15	12	16	10	14	11	11	0	0	13,4	
	Score standardisé par domaine	58,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	16,7	83,3	66,7	91,7	66,7	100,0	50,0	83,3	58,3	58,3	-33,3	-33,3	78,4	
	Applicabilité:																					
1 - 4	Les barrières organisationnelles potentielles à l'application des recommandations ont été discutées	1	4	3	3	3	3	3	1	2	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2,2		
1 - 4	L'impact économique de l'application des recommandations a été examiné	1	3	4	4	4	4	4	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2,3		
1 - 4	La RBP propose des critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations et/ou la réalisation d'audit.	1	4	4	4	4	4	4	1	3	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2,4		
	Score min - max. : 3 - 12	3	11	11	11	11	11	11	11	3	7	7	5	5	6	3	3	6	?	0	6,9	
	Score standardisé par domaine	0,0	88,9	88,9	88,9	88,9	88,9	88,9	88,9	0,0	44,4	44,4	22,2	22,2	33,3	0,0	0,0	33,3	?	-33,3	-33,3	43,1
	Indépendance éditoriale																					
1 - 4	La rédaction de la RBP est indépendante des organismes de financement	2	4	4	4	4	4	4	4 ?	4	2	4	4	4	3	4	4	3	3	3,4		
1 - 4	Les conflits d'intérêt des membres du groupe ayant élaboré la RBP ont été documentés.	4	4	4	4	4	4	4	4 ?	1	2	4	1	4	3	4 ?	?	?	?	2,8		
	Score min - max. : 2 - 8	6	8	8	8	8	8	8	8	0	5	4	8	5	8	6	8	4	3	0	6,2	
	Score standardisé par domaine	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-33,3	50,0	33,3	100,0	50,0	100,0	66,7	100,0	33,3	16,7	-33,3	-33,3	69,6

Evaluation générale: recommanderiez-vous l'utilisation de cette RBP en pratique?	fois
Fortement recommandé	6
recommandé avec certaines réserves ou après modifications	6
non recommandé	0
incertain	1

