

Aurélien DUTIER – 2004/2005

Résumé du mémoire de Master 2 : La place des outils d'auto évaluation de la douleur dans la relation soignants / soignés

I. Introduction :

Que ce soit la Conférence de l'O.M.S. en 1987 à Genève sur le « Traitement de la douleur cancéreuse », la Charte du Patient Hospitalisé du 6 mai 1995, le Plan Kouchner, lancé en 1998, jusqu'au colloque sur la douleur de L'UNESCO en décembre 2001, qui déclarait que « la douleur n'est pas une fatalité, qu'elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé », il est partout affirmé que la douleur ne peut plus être réduite à un symptôme, qu'elle nécessite une prise en compte globale de la personne et une pluridisciplinarité des approches thérapeutiques. Si la douleur, depuis plus d'une dizaine d'années, est considérée comme une priorité des politiques de soins, il ne faut pas oublier que sa prise en charge est un impératif récent.

Si l'odontologie a permis les premiers progrès de lutte contre la douleur, ce n'est qu'avec l'anesthésiste J. Bonica que commence un réel changement d'attitude vis à vis de la douleur. Dans son ouvrage, *The Management of Pain* qu'il publie en 1953, John Bonica renverse la finalité de la prise en charge de la douleur. L'intérêt doit se porter d'avantage sur la douleur elle-même que sur ses causes. Pour John Bonica, cette prise en charge n'est possible que dans des « *pain clinics* » où le malade sera pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, qui n'occulte pas la dimension psychologique de la douleur.

Cette nouvelle prise en charge de la douleur se couple d'une méthode d'évaluation du ressenti subjectif du malade. Car le médecin ne peut accéder véritablement à la souffrance de son malade qu'en tissant un échange avec lui, en écoutant précisément et avec sérieux sa plainte subjective. Le diagnostic clinique devra considérer l'histoire individuelle de la douleur du malade et les moyens thérapeutiques qui doivent être pris avec son accord. C'est à partir de cette rupture épistémologique que se constituent les premiers outils d'auto évaluation, ce qui aboutira à l'utilisation de l'échelle visuelle analogique (E.V.A), de l'échelle numérique (E.N.) et de l'échelle verbale simple (E.V.S.) La mesure quantitative de la douleur se couple d'une mesure qualitative notamment avec l'apparition du Questionnaire Saint-Antoine ou du Test d'angoisse et de dépression : H.A.D.)

Avec l'utilisation des outils d'évaluation se met en place une prise en charge nouvelle de la douleur où la parole du patient fait partie intégrante du diagnostic, où le patient n'est plus totalement considéré comme un objet. L'utilisation des outils d'auto évaluation, en particulier les échelles d'auto évaluation, correspond à une rupture dans la manière d'aborder la douleur. Celle-ci n'est plus seulement considérée comme un indice, un symptôme, un *signe qui renvoie à une maladie qu'il faut traiter*, mais aussi à une *souffrance ressentie individuellement qu'il faut soulager* indépendamment de la maladie du patient. Evaluer la douleur, mettre en place un

dispositif d'auto évaluation, c'est se donner la possibilité d'entendre la plainte en elle-même et, dans un certain sens, de considérer la subjectivité du malade au-delà de sa maladie, d'instaurer une priorité dans les soins qui prennent en compte le ressenti du malade. Les échelles et les outils d'auto évaluation s'inscrivent en outre, dans le contexte d'une médecine d'avantage soucieuse de l'autonomie du malade, de sa participation et de son action dans le traitement thérapeutique.

II. Problématique :

L'utilisation des outils d'auto évaluation (notamment l'E.V.S., l'E.N. et l'E.V.A.) devient de plus en plus systématique, elle devient peu à peu un automatisme ancré dans la pratique médicale et dépasse largement les frontières d'une médecine exclusivement centrée sur la douleur. Mais, c'est justement parce que ces outils deviennent un support incontournable de l'échange entre les acteurs médicaux et les patients en état de souffrance, que nous devons nous interroger sur l'utilisation de ces outils et des effets qu'ils produisent dans la relation soignant / patient. Au moment où ces outils commencent à faire partie des habitudes de l'ensemble des acteurs des soins et qu'ils acquièrent une crédibilité peut-être non interrogée, nous pensons qu'une réflexion éthique sur la place de ces outils dans la relation soignant / patient doit s'engager. La pluridisciplinarité de la prise en charge de la douleur se concrétise de plus en plus par la présence en milieu hospitalier d'équipes mobiles spécialisées dans le traitement de la douleur. Cette pluridisciplinarité exprime la volonté de ne pas se limiter à la seule composante somatique dans la prise en charge de la douleur, notamment la douleur chronique ou d'origine cancéreuse. L'évaluation et le traitement de la douleur impliquent une spécificité des soins qui se manifeste par la construction d'un échange singulier entre le patient et le soignant. Or l'utilisation des outils d'auto évaluation devient progressivement un support incontournable de l'évaluation et l'on peut s'interroger si les outils d'auto évaluation sont propices à la création d'un échange et d'une relation soignant / soigné à tous les niveaux des soins. La codification de la plainte n'instaure-t-elle pas une distanciation problématique entre la douleur du patient et l'écoute des soignants ?

L'utilisation d'outils d'auto évaluation ne comporte-t-elle pas une ambivalence problématique qui pourrait être posée en ces termes : pour inclure la subjectivité du malade dans le traitement de sa douleur, sa plainte doit pouvoir être codifiée et traduite dans une convention qui soit signifiante pour tous les acteurs des soins. Cette codification permet, en théorie, d'éviter tout jugement extérieur ou toute appréciation critique sur la douleur du patient. C'est donc en réduisant une parole à une convention que peut être garantie la subjectivité et la singularité du patient. L'on peut alors s'interroger sur ce que signifie une telle réduction. Si l'évaluation de la douleur se réduit aux seuls outils d'auto évaluation, n'y a-t-il pas un risque d'appauvrissement de la relation à l'autre ?

Se pose ainsi le problème de l'espace d'écoute qui doit être préservé pour que puisse s'effectuer une prise en charge de la douleur. L'enjeu clinique de l'évaluation de la douleur ne se réduit pas forcément à la réception d'une information. Ainsi, au travers de l'utilisation des outils d'auto évaluation qui imposent une 'conventionnalité' dans la traduction de la douleur, ne se profile-t-il pas la possibilité d'une distanciation forte et problématique entre la douleur du patient et la réceptivité des soignants ? La relation à l'autre dans le colloque singulier du médecin au malade continue-t-elle de

s'exercer, à partir du moment où la douleur est réduite à une préoccupation de la sphère individuelle et privée du malade ?

Les outils d'auto évaluation de la douleur se situent donc dans l'ambivalence de la norme. La plainte subjective doit pouvoir se traduire dans une norme signifiante et ainsi être incluse dans le traitement. Mais cette norme écrase les singularités individuelles et ne retraduit pas la spécificité de l'expérience intime de chaque patient.

A travers l'usage des outils d'auto évaluation, se profile donc un choix de société : quel espace spécifique veut-on accorder à la prise en charge de la douleur ? Quelle relation humaine, quelle écoute irréductible doit être conservée dans la prise en charge de la douleur ?

III. Objectif et Méthode :

L'objectif de cette étude consiste à identifier les impacts de l'utilisation des outils d'auto évaluation de la douleur sur la relation soignants/ soignés (Nous réduisons ces outils au schéma corporel, aux échelles unidimensionnelles : E.V.A., E.S., E.V.S., aux grilles multidimensionnelles : Questionnaire Saint-Antoine et questionnaire d'anxiété : H.A.D, Questionnaires d'auto détermination de la forme générale). Pour répondre à cet objectif, cette étude se propose de mettre en place trois axes de recherches distincts.

Premièrement, par le biais d'observations non participatives effectuées dans un centre anti-douleur de cancérologie, nous examinerons s'il existe des difficultés d'appropriation des outils d'auto évaluation par les patients. Quelles difficultés propres à ces outils peuvent biaiser la parole des patients ? Dans quelle mesure ces outils peuvent-ils être un bon moyen de retranscription de leur subjectivité ? En fonction de quels types de patients et de quelles pathologies, ces difficultés apparaissent le plus ?

Ce premier axe de recherche nous permettra d'interroger le statut général de ces outils. En dressant les limites générales de leur efficacité, nous voudrions comprendre la place de ces outils dans la prise en charge de la douleur du patient.

Deuxièmement, nous interrogerons des infirmiers et des infirmières spécialisés dans l'évaluation de la douleur exerçant dans un centre anti-douleur de l'AP-HP, sur la place de ces outils dans la prise en charge globale du patient douloureux. De quelle manière les outils d'évaluation permettent d'évaluer ces différentes composantes, qu'elles soient psychiques ou sociales ?

Ce deuxième axe de recherche nous permettra de cerner la place de ces outils dans l'évaluation globale de la douleur. Quel est le rôle et quelles sont les limites de ces outils à l'intérieur de la pluridisciplinarité des soins, de la nécessité d'une prise en compte du milieu social et culturel, de l'accompagnement social des patients ?

Enfin, nous interrogerons ces mêmes évaluateurs sur le crédit qu'ils accordent à l'auto évaluation. Existe-il, de la part des soignants, des réticences à considérer comme valide, les réponses données par les patients ? Quel degré de confiance et de respect de la parole du patient s'effectue à l'intérieur de cet échange ?

Cette troisième ligne de recherche nous permettra d'aborder la place de l'écoute et de la communication dans la relation soignant / soigné. Quelle est la place des outils d'auto évaluation dans l'échange et dans l'écoute entre les soignants et les patients ?

IV. Résultats :

Cette recherche a pu mettre en évidence des difficultés récurrentes dans l'incorporation des outils par les patients, notamment pour ce qui concerne la compréhension des adjectifs du questionnaire Saint-Antoine et le fonctionnement de l'EVA. A ces difficultés d'appropriation s'ajoute la présence de biais importants dans l'auto évaluation (que ce soit la présence des proches ou des soignants) . Le degré d'implication des patients dans l'évaluation de la douleur joue également un rôle prépondérant dans l'évaluation de la dimension psychologique de la douleur (refus, pour certains patients d'aborder la composante psychologique)

La série d'entretiens, réalisés avec des évaluateurs spécialisés dans l'évaluation de la douleur, a fait apparaître la nécessité d'aller au-delà des seuls outils d'auto évaluation et de les inclure dans un échange avec le patient. Les outils d'auto évaluation ne peuvent s'extraire du contexte singulier des patients ni se substituer à leur parole.

Enfin, concernant le crédit de l'auto évaluation par les soignants, les évaluateurs ont tous exprimé la nécessité d'un respect de l'auto évaluation, mais ils ont aussi évoqué la présence de difficultés dans le suivi de l'évaluation de la douleur et une tendance encore importante, pour certains soignants, à sous-estimer la douleur de leurs patients. La douleur est encore trop souvent sous-estimée, évaluée sans suivi d'effet, où plus majoritairement mal évaluée (les outils d'auto évaluation ne sont pas toujours appropriés, les scores de l'évaluation ne sont pas toujours inscrits dans le dossier médical). A partir de ces éléments, les évaluateurs que nous avons interrogés ont évoqué le rôle de formation qu'ils effectuent vis à vis des autres unités de soins. L'adaptation des outils d'évaluation pour chaque patient, le temps accordé à l'écoute de la douleur dans les Centres anti-douleur permet une prise en charge globale de la douleur du patient qu'il n'est pas toujours possible d'accomplir dans les autres unités de soins.

Si les outils d'auto évaluation ne semblent pas induire une relation particulière entre les soignants et les soignés dans les unités anti-douleur, l'on peut cependant s'interroger sur ce qu'ils produisent dans les autres unités de soins, lorsque l'évaluation de la douleur se réduit à leur utilisation exclusive. Il semble que les outils d'évaluation soient pris dans une ambivalence : s'ils permettent de prendre en compte la subjectivité du patient et d'inclure cette subjectivité à tous les niveaux des soins, cette autonomie donnée aux patients peut se traduire aussi par une perte de la prise en compte globale de la personne souffrante.

V. Discussion :

Ces résultats doivent nous conduire à une réflexion sur ce qu'implique l'objectivation et la réduction de la parole du patient dans son ressenti de la douleur. La prise en charge de la douleur ne doit-elle pas conserver une spécificité par rapport aux autres soins ? Quels moyens doivent être mis en oeuvre pour prendre en compte la plainte douloureuse du patient sans la réduire ou la codifier ?

A. Les difficultés d'appropriation et le statut de preuve des outils d'auto-évaluation

Les résultats de notre enquête concernant les difficultés d'appropriation ne peuvent pas être généralisés. Au regard de la diversité des patients et de leurs pathologies, nous n'avons pas les moyens de dresser toutes les difficultés d'appropriation ni d'affirmer que les difficultés observées étaient récurrentes ou non. Pour analyser dans le détail et de façon rigoureuse ces difficultés inhérentes aux outils d'évaluation, une étude comparative doit être réalisée. Il nous faut aussi rappeler que les difficultés d'appropriation identifiées durant notre observation étaient en étroite relation avec les pathologies cancéreuses. La composante anxigène de la maladie, le caractère intense des douleurs d'origine cancéreuse, ont pu majorer les difficultés d'appropriation relatives à l'expression de la douleur psychologique. Néanmoins, à travers nos observations, il est apparu que ces difficultés n'étaient pas négligeables. Les éléments qui permettent aux patients d'incorporer ces outils (la fréquence des consultations, leur degré de familiarité avec les outils, leur degré d'instruction qui permet de comprendre les termes, leur capacité à s'exprimer de manière lucide ou le degré de confiance qu'ils pouvaient entretenir avec l'équipe) ne sont pas toujours réunis. Les résultats de notre enquête sur les difficultés d'appropriation confirment donc des difficultés profondes d'exprimer sa douleur et nous conduisent à nous interroger sur la validité des résultats obtenus et, plus généralement du statut de « preuve » que l'on peut donner aux scores des patients.

B. Ambivalence des effets des outils d'auto évaluation sur la relation soignant / soigné et spécificité des Centres anti-douleur dans l'évaluation de la douleur.

La souplesse dans l'utilisation des outils et le temps dont les évaluateurs disposent pour adapter à chaque patient une évaluation particulière, rend sensiblement différente la valeur des outils. Et de fait, si les évaluateurs reconnaissent que l'évaluation de la complexité du vécu de la douleur ne peut se réduire aux seuls outils, aucun d'entre eux ne formule de critique explicite vis à vis des outils. Les outils d'évaluation ne semblent pas constituer un frein dans la relation patient / soignant si ces outils sont adaptés et incorporés par les patients. Il s'agit de ne pas imposer aux patients un outil ou une norme extérieure qui leur demande un effort d'abstraction et d'objectivation pas toujours possible. L'évaluation de la douleur est construite autour du patient et ne se limite pas à son score. La capacité à décrypter, dans la plainte subjective, les éléments cliniques pertinents incite les évaluateurs à aller au-delà des outils. La prise en compte d'éventuelles distorsions entre le score de l'auto évaluation et le comportement du patient (position antalgique) constitue parfois une nécessité clinique. L'exemple paradigmatique reste le cas de l'atonie psychomotrice où l'intensité de la douleur présente chez le patient (en majorité des enfants) est telle,

qu'il adopte un comportement extrêmement calme, prostré et ne formule aucune plainte. Les éléments qui composent l'évaluation de la douleur excèdent ainsi la seule parole du patient. La mise en place d'une sémiologie de la douleur, qui demande encore à être complétée, permet de rendre plus significatifs la plainte ou le comportement douloureux des patients.

Le rapport des évaluateurs aux outils d'évaluation n'est assurément pas le même que dans les autres équipes et les « discordances » parfois constatées par les évaluateurs spécialisés entre leur perception de la douleur du malade et celle des autres équipes de soins, sont l'indice que les outils d'auto évaluation ne garantissent pas forcément une bonne évaluation. D'autre part, le fait que l'évaluation de la douleur n'est pas toujours effectuée dans les autres unités de soins, incitent les évaluateurs spécialisés à recommander un usage systématique de ces outils. Mais de ce fait, il apparaît une tension dans le statut des outils. D'une part, les évaluateurs considèrent que la validité des outils d'auto évaluation est limitée. Les outils réduisent la complexité de l'observation, ne peuvent se substituer à un échange et ne peuvent s'adapter à la spécificité de tous les patients. Mais d'autre part, ces outils sont considérés comme la seule possibilité d'être un référent commun, de garantir une traçabilité de l'évaluation et une continuité des soins. Les scores de l'évaluation, parce qu'ils constituent un code signifiant et compréhensible par tous les acteurs de la prise en charge de la douleur, apparaissent incontournables dans la prise en charge de la douleur. Mais d'un autre côté, il apparaît que la portée de ces outils soit limitée dans la prise en compte globale du patient et qu'ils ne peuvent prétendre à une objectivité. D'où l'existence d'un équilibre parfois difficile entre la nécessité d'une standardisation, d'une valeur fonctionnelle de ces outils et de l'autre la nécessité de ne pas se limiter à leur seul usage.

C. Nécessité de relativiser le principe d'autonomie dans le cadre de l'évaluation de la douleur.

Si la relation soignant / soigné – dans l'évaluation de la douleur – est basée uniquement sur l'auto évaluation, se perd alors toute la richesse de l'analyse de la douleur où la parole du patient est incluse dans une sémiologie clinique. Le langage du corps souffrant s'efface alors devant celui du jugement subjectif et codifié du patient vis à vis de sa douleur. Or la plainte du patient excède son jugement subjectif vis à vis de l'intensité de sa douleur. Dans ce sens, les outils d'auto évaluation induisent peut-être une illusion sur la vérité de la douleur.

L'idée d'une « neutralité objective pure » de l'outil doit alors être remise en cause. Un outil n'est pas qu'un instrument neutre qui permet d'agir sur la réalité, sans la modifier. L'outil conditionne, module et transforme aussi une manière de percevoir une réalité. Parce qu'elle est expression du jugement subjectif du malade, l'auto évaluation acquiert par conséquent une légitimité. Et cette légitimité peut donner l'impression qu'il est possible de faire l'économie d'un échange et d'une recherche avec le malade pour préciser et améliorer son traitement de la douleur. Ces outils peuvent donc être ambivalents : s'ils permettent de prendre en compte la subjectivité du patient, ils peuvent aussi apparaître comme l'expression d'une vérité sur la douleur du patient et ainsi se substituer à toute autre analyse.

Ce constat nous amène à réfléchir sur les limites du principe d'autonomie du patient dans la prise en compte de la douleur. L'application stricte du principe d'autonomie apparaît problématique dans ce contexte. Délimiter les capacités des patients à

s'auto évaluer n'est pas toujours facile, notamment en gériatrie. Prendre conscience des limites des outils apparaît alors fondamental. Prendre en considération les scores des patients sans s'interroger sur les ambiguïtés ou le caractère équivoque de certaines de leurs réponses, ne pas inclure leurs scores dans une sémiologie clinique, ne pas prendre conscience du caractère arbitraire de certains protocoles sont autant de risques qui naissent du respect aveugle de l'autonomie du patient. En d'autres termes, le principe d'autonomie, s'il est appliqué de manière figée, passe à coté d'une prise en charge globale. Si effectivement, seul le patient est juge de l'intensité de sa douleur, il n'en reste pas moins que tous les moyens doivent être mis en oeuvre pour contextualiser son jugement, le comprendre dans sa pertinence et sa singularité. Pour garantir le droit à l'autonomie du patient, doivent être mis en place tous les éléments qui lui permettent d'exprimer spécifiquement sa douleur et ces éléments ne doivent pas seulement se limiter aux seuls outils d'évaluation. Un autre type de relation doit donc peut-être être pensé dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Les patients souffrant de douleurs chroniques sont parfois dans des situations de dépendance et d'isolement. Leur plainte doit être entendue, décryptée et replacée dans une histoire singulière. Ce qui est en jeu dans l'échange soignant / soigné dépasse le soulagement de la douleur somatique.

VI. Conclusion :

Au cours de cette étude, nous avons pu mettre à jour des difficultés d'appropriation importantes. Ces difficultés doivent être rapprochées de la difficulté « structurelle » d'exprimer sa douleur. Le phénomène de la douleur chronique n'est pas réductible à la simple composante somatique et implique l'individualité de la personne souffrante dans son ensemble. Pour cette raison, l'évaluation de la douleur demande du temps, elle exige de tenir compte des spécificités sociales, culturelles et linguistiques de la personne. L'utilisation des outils doit donc être adaptée le plus possible aux patients et faire partie d'un échange. Faire en sorte que les outils soient invisibles en les incluant dans une relation singulière semble être la meilleure façon de minimiser les difficultés d'appropriation possibles.

En conséquence de quoi, les problèmes éthiques qui naissent de l'utilisation des outils d'évaluation ne sont pas inhérents aux outils eux-mêmes et la manière dont ils sont utilisés déterminent leurs impacts sur la relation soignants / soignés. Si ces outils sont inclus dans une relation et un échange, s'ils sont incorporés dans une sémiologie de la douleur, ces outils permettent d'être le support d'une expression riche de la douleur.

Cependant, l'utilisation de ces outils peut aussi avoir ses limites et ses revers. Les échelles d'auto évaluation n'ont aucune garantie d'objectivité et la légitimité qu'elles acquièrent en représentant la subjectivité du malade ne doit pas faire oublier qu'elles relèvent avant tout d'une convention. Le décryptage clinique de la plainte subjective et la mise en place d'une sémiologie de la douleur est loin d'être un acquis. Il serait alors illusoire de considérer que la quantification de la douleur puisse suffire à son évaluation.

D'autre part, nos résultats sur le crédit accordé par les évaluateurs à l'auto évaluation ont révélé un respect unanime de la parole du patient. Mais ce respect, selon ces mêmes évaluateurs, ne s'effectue pas à tous les niveaux des soins. Ces limites dans le respect de l'auto évaluation ne se manifestent pas seulement dans la

tendance à sous évaluer la douleur. L'absence d'évaluation, l'absence d'inscription dans le dossier médical des scores des patients ou l'absence de réponse thérapeutique, constitue autant d'éléments qui limitent la portée de l'auto évaluation. On peut se poser la question de savoir si l'utilisation des outils d'auto évaluation constitue réellement une solution contre ce manque de crédit accordé à la parole du patient.

Enfin, ces outils sont pris dans un cercle vicieux. : plus les items ou les normes qui composent ces outils sont codifiés et figés et moins ils peuvent s'adapter aux spécificités des patients. Mais plus leurs items ou leurs normes sont souples, plus leur intérêt clinique s'estompe. « Fédérer des équipes de travail » vis à vis de l'évaluation de la douleur et permettre une cohésion dans les différentes équipes de soins en matière de prise en charge de la douleur passe aussi par l'utilisation d'outils simples et figés.

Il existe donc une ambivalence importante dans l'intérêt de ces outils qui doit nous faire réfléchir sur les priorités et les spécificités de la prise en charge de la douleur. Cette recherche sur la place des outils d'évaluation dans la relation soignant / soigné implique une réflexion sur ce qui est en jeu dans l'évaluation et le traitement de la douleur. Quel est l'espace spécifique que nous voulons réserver à la prise en charge de la douleur dans la pratique médicale ?

La prise en compte de la douleur s'exerce dans un espace limite, à la frontière du médical, du psychologique et du social. L'écoute clinique de la douleur n'a pas uniquement une visée médicale et sa prise en charge demande autre chose qu'un soulagement. Comme l'ont exprimé les évaluateurs, l'échange avec le malade, l'écoute de la plainte, la prise en compte de l'individualité et de l'irréductibilité du patient constitue le socle de la prise en charge de la douleur. Les outils d'auto évaluation ne sont qu'un moyen de codification qui permet de faciliter les décisions thérapeutiques.

Pour cette raison, si l'utilisation de l'auto évaluation s'exerce à tous les niveaux du traitement du patient et si cette utilisation fait l'économie de l'accompagnement humain qu'elle implique, n'y a t il pas un risque réel que la douleur ne devienne un élément clinique comme les autres et qu'elle ne soit qu'une préoccupation uniquement individuelle ?

L'inclusion de la douleur somatique du patient dans sa prise en charge, par le seul biais des outils d'auto évaluation ne se fait pas au détriment d'une attention en direction de sa souffrance. Ce qui peut être objectivé dans la douleur ne peut certainement pas l'être dans la souffrance. La souffrance implique une place dans une relation collective et seule une relation longue et une écoute attentive permet d'atteindre cette dimension. Si l'auto évaluation apparaît comme un artifice indispensable pour répondre à l'urgence du ressenti, elle doit n'être considérée que comme un artifice et ne pas se substituer à l'échange.

Une utilisation systématique des outils d'auto évaluation, qui ferait l'économie d'une prise en charge plus large, ne peut pas effacer la rencontre de l'altérité du patient.

L'utilisation des outils d'auto évaluation doit pouvoir s'intégrer dans un échange singulier entre le soignant et le soigné et les scores des patients doivent être intégrés dans une sémiologie de la douleur. Mais surtout, l'artifice des outils d'auto évaluation ne peut se substituer à l'écoute de la plainte douloureuse. Auquel cas, l'évaluation de la douleur, ne se ferait-elle pas au détriment de la prise en compte de la souffrance ?