



Caractéristiques de la douleur liée aux soins chez l'adulte dans les Centres Hospitaliers Universitaires de Mahajanga, Madagascar.

Characteristics of care-related pain in adults at the University Hospital Centers of Mahajanga, Madagascar

D V TOHAINA ⁽¹⁾, H H RANDRIANIRINA ⁽²⁾, L D E RAZAFINDRABEKOTO ⁽³⁾, F C NKAM TCHUEM ⁽¹⁾,
N G RASAMIMANANA ⁽⁴⁾, A M RIEL ⁽⁵⁾, N E RAVELOSON ⁽⁶⁾

- (1) Service Accueil—Triage—Urgences et Soins Intensifs, Centre Hospitalier Universitaire Mahavoky Atsimo, Mahajanga, Madagascar
- (2) Service de Réanimation Chirurgicale, Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel, Mahajanga, Madagascar
- (3) Service d'Anesthésie—Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato, Antananarivo, Madagascar
- (4) Service d'Urgences et des Soins Intensifs, Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel, Mahajanga, Madagascar
- (5) Service de réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Antanambao, Toliary, Madagascar
- (6) Service Accueil—Triage—Urgence—Réanimation, CHU Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

Soumis le 10 Mars 2026
Accepté le 21 Avril 2026

RESUME

Introduction : La douleur induite par les soins correspond à une douleur survenant lors des actes médicaux. Elle est encore peu évaluée dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Mahajanga. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des douleurs induites par les soins au sein des CHU de Mahajanga. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude multicentrique prospective transversale, descriptive et analytique, auprès des patients adultes, recrutés de façon exhaustive durant les 3 mois (mai-août 2023) d'enquête, qui ont ressenti une douleur au moins une fois pendant ou après un soin dans les services médicaux du CHU-Mahavoky Atsimo et chirurgicaux du CHU-Professeur Zafisaona Gabriel. **Résultats :** Cent cinquante patients ont été retenus dans notre étude. Nous avons noté une représentation majoritaire de patients dans la tranche d'âge de 31 à 45 ans (36%, n=54) et du genre masculin 60% (n=90). Le taux d'anxiété chez le patient douloureux était plus élevé (91,3% contre 8,7%). Les soins étaient plus douloureux en fonction de l'acteur du soin : étudiants 45,2% (n=75) > personnel paramédical 42,2% (n=72) > médecin 2,7% (n=4). La pose de dispositif médical était l'acte rapporté le plus douloureux 52% (n=78). Au moment de l'enquête, l'intensité douloureuse auto-évaluée par échelle verbale simple était majoritairement faible 58,7% (n=88). La prévention était principalement non médicamenteuse 52,7% (n=79). Après le soin, une antalgie médicamenteuse a toutefois été administrée chez 43 patients douloureux sur 150 (28,6%). **Conclusion :** Cette étude montre que les douleurs induites par les soins sont fréquentes, mais pourraient diminuer si le personnel y est sensibilisé et bénéficie de formations.

Mots clés : Dispositif médical ; Douleur liée aux soins ; Madagascar ; Prévention ; Sujet adulte.

ABSTRACT

Background : Pain induced by care refers to pain occurring during medical procedures. It is still under-researched in the university hospitals (CHU) of Mahajanga. The objective of this study was to describe the characteristics of pain induced by care at the Mahajanga University Hospital. **Methods :** This was a multicenter prospective, cross-sectional, descriptive, and analytical study of adult patients, exhaustively recruited during the three-month survey period (May-August 2023), who experienced pain during or after a treatment in the medical departments of the Mahavoky Atsimo University Hospital and the surgical departments of the Professor Zafisaona Gabriel University Hospital. **Results :** One hundred and fifty patients were included in our study. We noted a majority of patients in the 31-45 age group (36%, n=54) and 60% male (n=90). The anxiety rate among patients experiencing pain was higher (91.3% vs. 8.7%). Painful procedures varied depending on the healthcare provider: students 45.2% (n=75) > paramedical staff 42.2% (n=72) > physicians 2.7% (n=4). The insertion of medical devices was the procedure reported as most painful (52%, n=78). At the time of the survey, self-reported pain intensity using a simple verbal scale was predominantly low (58.7%, n=88). Prevention was primarily non-pharmacological (52.7%, n=79). However, after the procedure, analgesic medication was administered to 43 out of 150 patients in pain (28.6%). **Conclusion :** This study shows that pain induced by procedures is frequent but could decrease if staff are made aware of it and receive training.

Keywords : Adult subject ; Care-related pain ; Madagascar ; Medical device ; Prevention.

INTRODUCTION

Les procédures de diagnostic et de traitement s'accompagnent fréquemment de douleurs. Si la gestion de la douleur s'est améliorée au cours d'une dizaine d'année, la conscience de la douleur induite et la nécessité de les prévenir sont plus récentes. Sa reconnaissance et son traitement font également partie des priorités du soulagement de la douleur. En 2013, le 4ème programme national français de lutte contre la douleur distinguait les douleurs aiguës, les douleurs chroniques et les douleurs liées aux soins. L'un des trois axes prioritaires proposé consistait en l'amélioration de l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients en sensibilisant les acteurs de premier recours [1]. Les douleurs qui découlent des actes nécessaires à la prise en charge, souvent techniques et invasifs, ne sont pas nécessairement intenses ou

sévères ; leur pénibilité peut être due à leur récurrence. La littérature rapporte deux types de douleurs liées aux soins : les douleurs aiguës ou subaiguës immédiates provoquées et les douleurs chroniques à distance de certains traitements [2]. Pour qu'elles soient prises en compte, et de pouvoir proposer des stratégies de prise en charge, nous avons choisi de les comprendre à par-

Du Centre Hospitalier Universitaire Mahavoky Atsimo,
Mahajanga, Madagascar

*Auteur correspondant :

Dr. Dolly Velonjara TOHAINA

Adresse : Service Accueil—Triage—Urgences et Soins Intensifs
Centre Hospitalier Mahavoky Atsimo,
Mahajanga, Madagascar.

Téléphone : +261 34 06 347 95

E-mail : drdollymail@gmail.com

tir d'informations par les patients eux-mêmes. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des douleurs induites par les soins au sein des centres tertiaires (CHU PZAGA, CHUMA) de Mahajanga.

MÉTHODES

Du 1er mai au 28 août 2023, nous avons effectué une enquête type un jour donné auprès des patients hospitalisés depuis au moins 24 heures, ayant reçu au moins un type de soins et qui ont ressenti au moins une fois de la douleur liée à l'acte de soin. Les services ciblés étaient au CHU-MA (Centre Hospitalier Universitaire Mahavoky Atsimo) : Cardiologie, Hépatogastro-entérologie, Maladies infectieuses et Médecine interne, ATU (Accueil-Triage-Urgence) ; et au CHU-PZAGA (Centre Hospitalier Universitaire Zafisaona Gabriel) : SUSI (Service d'Urgence et Soins Intensifs), Traumatologie, Urologie, Viscérale, Réanimation Chirurgicale. Les patients capables sur le plan physique et psychologique d'autoévaluer leur douleur, sans problème de communication étaient inclus de façon aléatoire. Dix patients qui ont refusé de répondre à notre questionnaire jusqu'au bout ont été exclus. Nous avons considéré les patients « douloureux » s'ils ont ressenti des épisodes douloureux au moment et/ou après les soins médicaux. Nous avons utilisé l'Echelle Verbale Simplifiée (EVS) pour évaluer l'intensité de la douleur. Cette échelle validée a été choisie pour sa facilité d'utilisation. Les variables considérées étaient l'âge, le genre, les caractéristiques de la douleur, sa prévention et son traitement, ainsi que les types d'acte reconnu douloureux. Le recueil des données a été fait dans le respect de l'anonymat des patients et la confidentialité de leurs informations.

RESULTATS

Sur les 165 sujets enquêtés, nous en avons retenu 150, répondant à nos critères d'inclusion. Ce qui donne une prévalence de douleurs induites par les soins de 93,75%. La fourchette d'âge adulte jeune de 20 à 60 ans totalisait 80,7% des patients, et la tranche d'âge de 36-45 ans se démarquait par sa fréquence (36%). L'âge moyen des patients était de $44,79 \pm 16,63$ ans (figure 1). La répartition selon le genre a montré 60 % (n=90) d'hommes et 40% (n=60) de femmes. L'hospitalisation s'effectuait en service médical au CHUMA, et en service chirurgical au CHU PZAGA (figure 2). La moitié des patients (54%) craignaient le moment des soins. Cependant, la première fois où le même type de soin a été prodigué, 38% des sujets enquêtés déclaraient ne pas avoir eu mal. Près de 44,7% de ceux-ci ressentaient déjà de la douleur avant un acte médical (Tableau I). La pose de dispositif médical a été le principal soin reconnu douloureux à une fréquence de 52%, suivi des divers types de ponction à 16,8%, puis des différentes injections 15,3% (Tableau II). Dans ces centres de référence, lieux de formation et de soins, les actes médicaux étaient accomplis par différents personnels de santé. Les mesures préventives, quand il y en avait, étaient généralement non médicamenteuses (52,7%) (Tableau IV). Les patients ont déclaré avoir ressenti de la douleur liée au soin dans une fréquence respective de 2,7% (n=4) quand il s'agit de médecins, 47,3% (n=71) pour les paramédicaux, et de 50% (n=75) pour les actes

réalisés par les étudiants. En prévention, 23 (15,3%) patients ont bénéficié d'antalgiques, une information verbale pour le reste. Après acte, 43 patients (28,6%) contre 107 (71,33%) ont également reçu de médicaments contre la douleur. Au moment de l'enquête, dans l'heure qui a suivi l'acte médical, les sujets enquêtés rapportent, en fréquence décroissante, une intensité douloureuse faible 58,7% (n=88), modérée 30,7% (n=46), absente 8,7% (n=13), intense 2% (n=3) (Tableau III).

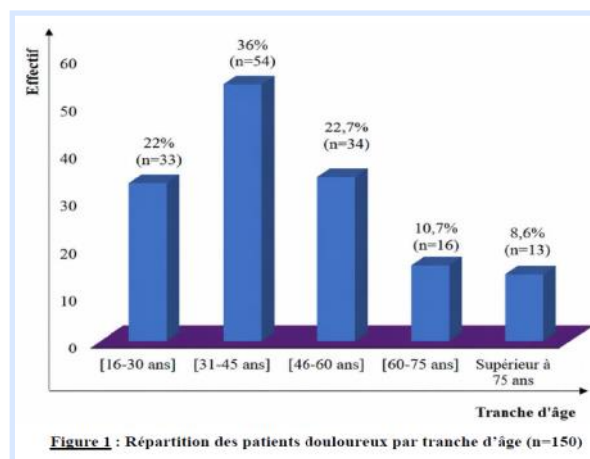


Figure 1 : Répartition des patients douloureux par tranche d'âge (n=150)

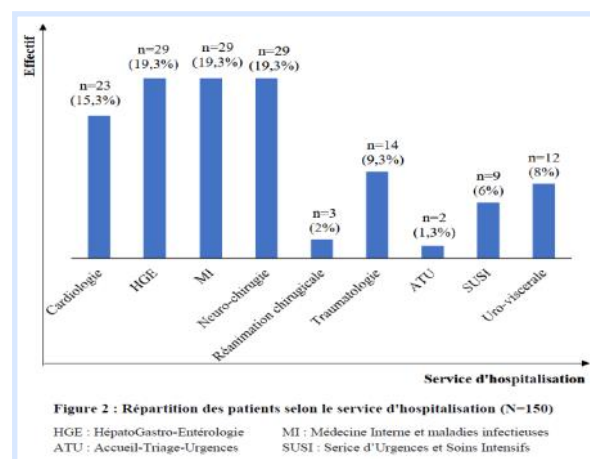


Figure 2 : Répartition des patients selon le service d'hospitalisation (N=150)
 HGE : Hépatogastro-Entérologie MI : Médecine Interne et maladies infectieuses
 ATU : Accueil-Triage-Urgences SUSI : Service d'Urgences et Soins Intensifs

DISCUSSION

Cette étude a montré que la prévalence de douleur liée au soin est de 93,75% dans les différents services d'hospitalisation, médical et chirurgical. La prévalence de douleur provoquée par les soins est très variable dans la littérature. Au CHU de Grenoble, elle est de 19% selon Vittoz J.P. et al [3], Cette étude a montré que la prévalence de douleur liée au soin est de 93,75% dans les différents services d'hospitalisation, médical et chirurgical. La prévalence de douleur provoquée par les soins est très variable dans la littérature. Au CHU de Grenoble, elle est de 19% selon Vittoz J.P. et al [3], de 55% pour Coutaux A. et al [4] dans un centre hospitalier de Paris, jusqu'à 69,86% dans un centre hospitalier universitaire Malgache d'après Ernestho-ghoud I.M et al [5]. Le programme français d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2002-2005 proposait déjà un plan d'action pour traiter entre autres la douleur provoquée par les soins [6].

Tableau I : Répartition selon l'historique de la douleur des patients avant le soin douloureux actuel

	Effectif n=150	Proportion %
Douleur préexistant avant le soin		
<i>Oui</i>	67	44,7
<i>Non</i>	83	55,3
Antécédent de douleur pendant le même soin		
<i>Oui</i>	57	38
<i>Non</i>	93	62
Anxiété avant les soins		
<i>Oui</i>	81	54
<i>Non</i>	69	46

Tableau II : Répartition des douleurs induites par les soins selon les procédures réalisées

Soins / Actes	Effectif n=150	Proportion %
Pose de dispositif	78	52
<i>Cathéter</i>	57	38
<i>Sonde vésicale</i>	13	8,7
<i>Sonde nasogastrique</i>	8	5,3
Ponction	25	16,8
<i>Ponction d'ascite</i>	13	8,7
<i>Ponction veineuse</i>	7	4,7
<i>Ponction pleurale</i>	4	2,7
<i>Ponction articulaire</i>	1	0,7
Injection	23	15,3
<i>Intramusculaire</i>	11	7,3
<i>Intraveineuse</i>	8	5,3
<i>Sous-cutanée</i>	4	2,7
Pansement	16	10,6
<i>Pansement de plaie</i>		
<i>Réfection</i>	14	9,3
<i>d'un pansement</i>	2	1,3
Autres	8	5,3
<i>Kinésithérapie/mobilisation</i>	6	4
<i>Transfert</i>	1	0,7
<i>Ablation de drain</i>	1	0,7

Tableau III : Répartition selon l'intensité des douleurs induites

	Effectif n=150	Proportion %
Pas de douleur	13	8,7
Douleur faible	88	58,7
Douleur modérée	46	30,7
Douleur intense	3	2

Mais chez nous, il est évident que la douleur liée aux soins est insuffisamment prise en compte. L'habitude des soignants semble encore être de banaliser et de considérer qu'il s'agit d'une étape « obligatoire » pour

atteindre l'objectif thérapeutique. En même temps peu d'études cliniques évaluent l'incidence de ces douleurs, la qualité de la prise en charge et la satisfaction du patient. Notre population d'étude était jeune, 80,7% des patients avaient entre 20 et 60 ans. Il s'agit de sujets conscients, coopérants et bien communicants. Alors pourquoi leur douleur n'a pas été soulagée ? L'observation de F. Teike Lüthi et al pourraient apporter les réponses à cette question. La douleur tout court (sans encore parler de la douleur provoquée par les soins) reste très fréquente avec des taux de 80-90%. Les freins dans la prise en charge sont multifactoriels, à savoir en premier lieu, des obstacles liés au patient parmi lesquels la compréhension même de l'auto-évaluation, la réticence à s'exprimer par peur de déranger ; ensuite des obstacles liés au système de santé dont le manque de temps pour l'enseignement thérapeutique aux patients et la difficulté de communication entre soignants ; mais aussi des obstacles liés à l'infirmière en charge tels que l'ignorance du vécu douloureux du patient empêchant de mettre un seuil acceptable pour initier l'antalgie et la documentation insuffisante qui est faite seulement quand le patient n'est pas soulagé [7]. Si telle est la situation pour la douleur courante, la douleur liée au soin est encore plus oubliée. Les écrits parlent d'une forte prévalence de douleur liée à un geste médical ou un soin de 30% à 65% [4,8]. Il s'agit d'une douleur prévisible, les mesures préventives mises en avant sont l'information des patients, l'évaluation suivi d'une réévaluation systématique de la douleur et ce de façon régulière, la mise à jour des protocoles validés et adoptés par tout le personnel impliqué, et améliorer la communication au sein des équipes [4]. Pour les quelques 19,3% de sujets âgés chez qui l'on a retrouvé de la douleur après soin dans notre étude, la polyalgie de causes multiples du sujet âgé a pu accentuer la difficulté de la prise en charge [9]. En effet, la répétition des gestes, l'enchaînement rapide des actes multiples alors qu'il y a un problème de communication, une déficience sensorielle ou un trouble du langage ou un déficit cognitif induisent une situation d'anxiété, de crainte et amplifient la douleur même avant l'acte de soin. La mémoire d'un geste est corrélée au pic d'intensité douloureuse ressentie au cours du geste. Même si la littérature est controversée par rapport à l'âge concernant la douleur induite (dans certaines études, l'âge adulte jeune ≤ 60 ans apparaît comme un facteur pouvant augmenter le ressenti de la douleur liée au soin ; dans d'autres, il ne semble pas influencer le résultat) [2], il faudrait quand même utiliser les outils d'évaluation adaptés, selon le caractère communicant ou non de la personne âgée [10].

La pose de dispositif (52%) a été principalement reconnu douloureux dans la présente étude, suivi par les ponctions (16,8%) et les pansements (15,3%). Au CHU de Befelatanana, les ponctions vasculaires induisaient une proportion de douleur de l'ordre de 49,54% [5]. Pour Guy-Coichard et al, ce sont les pansements, les toilettes au lit et les transferts sur brancard qui sont pourvoyeurs de douleur [11]. Le type de soin identifié source de douleur varie selon le secteur d'hospitalisation. Il est aussi associé à un antécédent de stimulation douloureuse au cours d'un soin qui est mémorisé.

Tableau IV : Répartition des patients selon les mesures préventives

Mesures	Effectif n=150	Proportion %
Médicamenteuses	23	15,3
Non médicamenteuses	79	52,7
Aucune	48	32

L'observation de Teike Lüthi et al pourraient apporter les réponses à cette question. La douleur tout court (sans encore parler de la douleur provoquée par les soins) reste très fréquente avec des taux de 80-90%. Les freins dans la prise en charge sont multifactoriels, à savoir en premier lieu, des obstacles liés au patient parmi lesquels la compréhension même de l'auto-évaluation, la réticence à s'exprimer par peur de déranger ; ensuite des obstacles liés au système de santé dont le manque de temps pour l'enseignement thérapeutique aux patients et la difficulté de communication entre soignants ; mais aussi des obstacles liés à l'infirmière en charge tels que l'ignorance du vécu douloureux du patient empêchant de mettre un seuil acceptable pour initier l'antalgie et la documentation insuffisante qui est faite seulement quand le patient n'est pas soulagé [7]. Si telle est la situation pour la douleur courante, la douleur liée au soin est encore plus oubliée. Les écrits parlent d'une forte prévalence de douleur liée à un geste médical ou un soin de 30% à 65% [4,8]. Il s'agit d'une douleur prévisible, les mesures préventives mises en avant sont l'information des patients, l'évaluation suivi d'une réévaluation systématique de la douleur et ce de façon régulière, la mise à jour des protocoles validés et adoptés par tout le personnel impliqué, et améliorer la communication au sein des équipes [4]. Pour les quelques 19,3% de sujets âgés chez qui l'on a retrouvé de la douleur après soin dans notre étude, la polyalgie de causes multiples du sujet âgé a pu accentuer la difficulté de la prise en charge [9]. En effet, la répétition des gestes, l'enchaînement rapide des actes multiples alors qu'il y a un problème de communication, une déficience sensorielle ou un trouble du langage ou un déficit cognitif induisent une situation d'anxiété, de crainte et amplifient la douleur même avant l'acte de soin. La mémoire d'un geste est corrélée au pic d'intensité douloureuse ressentie au cours du geste. Même si la littérature est controversée par rapport à l'âge concernant la douleur induite (dans certaines études, l'âge adulte jeune \leq 60 ans apparaît comme un facteur pouvant augmenter le ressenti de la douleur liée au soin ; dans d'autres, il ne semble pas influencer le résultat) [2], il faudrait quand même utiliser les outils d'évaluation adaptés, selon le caractère communicant ou non de la personne âgée [10].

La pose de dispositif (52%) a été principalement reconnu douloureux dans la présente étude, suivi par les ponctions (16,8%) et les pansements (15,3%). Au CHU de Befelatanana, les ponctions vasculaires induisaient une proportion de douleur de l'ordre de 49,54% [5]. Pour Guy-Coichard et al, ce sont les pansements, les toilettes au lit et les transferts sur brancard qui sont pourvoyeurs de douleur [11]. Le type de soin identifié

source de douleur varie selon le secteur d'hospitalisation. Il est également associé à un antécédent de stimulation douloureuse au cours d'un soin qui est mémorisé et vécu comme désagréable dans le passé, exposant au risque de ne pas adhérer au soin dans le futur. Ou encore du fait d'une pathologie sous-jacente douloureuse de façon chronique, l'acte médical est ressenti plus intensément par rapport au stimulus, du fait d'une « sensibilisation centrale » [2]. Comme dans la présente étude où 44,7% (n=67) des patients quoique jeunes ressentaient déjà de la douleur. Par ailleurs, il s'avère que parmi les sujets enquêtés, 81 patients (54%) étaient anxieux avant le soin. Ceci a probablement rapport avec le fait que 57 patients (38%) avaient ressenti auparavant de la douleur pour le même type de soin qui va leur être prodigué, une émotion racontée entre patients. Cette situation est retrouvée dans l'écrit d'Ernestho-ghoud [5] où les patients naïfs des gestes étaient plus anxieux. Une relation étroite existe entre la douleur et l'anxiété. Si la douleur est souvent identifiable, quantifiable, qualifiable (ce qui souligne l'importance de l'évaluation en l'occurrence l'auto-évaluation), l'anxiété elle n'est pas toujours rationnelle. Chez certains patients l'association douleur-anxiété entraîne une peur qui produit un évitement, une anticipation craintive de l'acte jugé douloureux. Puisque l'attention de la personne qui a peur est focalisée sur ce qu'elle craint, Vlaeyen JW et al expose plusieurs techniques de prévention en cas de douleur chronique [12]. Ces techniques pourraient aider dans la gestion de la douleur liée aux soins, comme il a été expérimenté par les soignants dans cette étude. L'information verbale est une mesure préventive bien connue, pratiquée chez nous, au CHU de Grenoble [3] et au CHU de Befelatanana [5]. La communication intervient considérablement dans la perception de la douleur par les patients qui comprennent à travers le dialogue avec le soignant une disponibilité précieuse dans le système de soins [12,13]. L'intensité douloureuse peut aller de faible à intense à Mahajanga, selon le stimulus intrinsèque au soin effectué. Cette intensité augmente parallèlement avec la répétition des soins, passant de modérée à intense ou extrêmement intense [5]. En outre, les procédures médicales étaient plus ou moins douloureuses en fonction de l'acteur du soin. Les paramédicaux effectuaient des soins douloureux dans des proportions similaires chez nous et au CHU de Befelatanana [5]. Cela souligne la similarité des attitudes et pratiques des infirmiers (ères) Malagasy. Les étudiants quant à eux prodiguaient les soins et paradoxalement provoquaient plus fréquemment de la douleur. Certes la technique est nécessaire pour soigner, mais la relation de confiance doit s'installer, l'empathie doit se percevoir, et ces notions ne font pas forcément partie des items développés en études de médecine. Cette étude met en exergue l'importance de la formation des soignants en communication, mais également sur les recours non médicamenteux pour gérer la douleur provoquée [12,13].

CONCLUSION

Ce travail sur les douleurs induites par les soins réalisés dans les deux CHU de Mahajanga nous a permis de constater qu'elles sont très fréquentes, touchant neuf patients sur dix. Nos participants étaient des pa-

tients jeunes à prédominance masculine. Les étudiants et les infirmiers étant au premier plan dans la réalisation des soins. La pose de dispositif (cathétérisme veineux) et la ponction (d'ascite) sont les soins les plus incriminés dans la douleur induite. La prise en charge était surtout axée sur la psychothérapie. Très peu de soignants avaient reçu la formation adéquate sur la prise en charge des douleurs. Il serait intéressant d'intégrer l'évaluation de l'état psychologique et de la composante émotionnelle de la douleur dans la pratique professionnelle et de faire systématiquement la prévention de la douleur dans les protocoles de soins, afin d'éviter que le soignant soit acteur de douleur.

REFERENCES

1. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD). Plans douleur. 2006. URL : https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/?utm_source=chatgpt.com. Consulté le 3 février 2026.
2. Coutaux A, Collin E. Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. *Douleur Analg* 2008; 21(3): 126—38.
3. Vittoz JP, Guichard C, Blanchin M, Hodaj H, Alibeu JP, François P. Évaluation de la douleur liée aux actes de soins auprès des patients hospitalisés au CHU de Grenoble. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* 2004; 5(1): 17—8.
4. Coutaux A, Salomon L, Rosenheim M, et al. Care related pain in hospitalized patients : A cross-sectional study. *European J Pain* 2008; 12(1): 3—8.
5. Ernestho-ghoud IM, Razanaparany MMO, Dodo M, et al. Douleurs induites par les soins : la réalité au Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana Antananarivo, Madagascar. *Pan Afr Med J* 2014; 19: 358.
6. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Programme national de lutte contre la douleur 2002-2005. Paris : Ministère de la Santé; 2002. URL : <https://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur/>. Consulté le 3 février 2026.
7. Teike Lüthi F, Gueniat C, Nicolas F, Thomas P, Ramelet AS. Les obstacles à la gestion de la douleur perçus par les infirmières : étude descriptive au sein d'un hôpital universitaire suisse. *Douleur Analg* 2015; 28(2): 93—9.
8. Salomon L, Tcherny S, Collin E, et al. Pain prevalence in a French teaching hospital. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(6): 586—92.
9. Moulias S, Bornand A, Piette F. Polyalgies du sujet âgé. *Revue du Rhumatisme* 2004; 71(6): 462—7.
10. Haute Autorité de Santé (HAS). 2022. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste_echelles_acceptees_2022.pdf. Consulté le 3 février 2026.
11. Guy-Coïchard C, Allouch L, Weinstein R, Masanes M-J, Rostaing-Rigattieri S. Mise en place dans un CHU d'un audit clinique sur la qualité de la prise en charge de la douleur provoquée par les soins. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* 2015; 16(4): 190—8.
12. Robillard M. L'impact de la communication sur les douleurs induites [mémoire de fin d'études infirmières]. Nanterre (France) : Institut de Formation en Soins Infirmiers de Nanterre ; 2017. 49 p.
13. Gallet M. Quand la douleur s'invite dans le soin : quelle place l'infirmier a-t-il dans la prévention des douleurs liées aux soins ? [mémoire de fin d'études infirmières]. Chambéry (France) : Institut de Formation en Soins Infirmiers de Savoie, Centre Hospitalier de Chambéry. 2019. 68 p