



L'Évaluation de la Douleur

L'expertise de certains, mais l'affaire de tous.

L'évaluation de la douleur en 30 secondes

La douleur est une expérience personnelle. Elle peut être exprimée très clairement par une personne, mais aussi être difficile à verbaliser, voire ne pas pouvoir l'être du tout. Son évaluation consiste donc à **repérer une douleur possible, recueillir ce que la personne peut en dire, en apprécier les caractéristiques selon des modalités adaptées, puis utiliser cette information pour agir et réévaluer la situation**. La définition actuelle reprise par la HAS rappelle d'ailleurs que la douleur est une expérience à la fois sensorielle et émotionnelle et que ce que la personne rapporte de son expérience doit être respecté.

Cette pratique traverse les secteurs. Elle concerne l'hôpital, les établissements médico-sociaux, les services, le domicile... **Le principe reste le même, même lorsque les professionnels, les publics, les outils et les possibilités d'intervention diffèrent.**

Mais évaluer la douleur ne signifie pas que chacun fait la même chose. Une mère peut reconnaître que son enfant souffre, un AES constater une modification inhabituelle du comportement d'une personne qu'il accompagne, un ASH entendre une plainte, un aide-soignant observer des signes évocateurs. **Repérer, écouter, observer, transmettre et alerter peuvent concerner chacun.** L'évaluation clinique, l'interprétation de la situation et les décisions qui en découlent mobilisent ensuite les professionnels compétents, chacun dans son champ d'exercice.

L'évaluation de la douleur : l'expertise de certains, mais l'affaire et la responsabilité de tous.

Mise à jour : 11/09/2026





D'où vient cette pratique et pourquoi ?

La douleur n'a pas toujours été regardée comme aujourd'hui

La douleur accompagne l'histoire du soin, mais sa reconnaissance comme phénomène devant être **systématiquement recherché, évalué et pris en compte** est beaucoup plus récente. Pendant longtemps, elle a pu être considérée comme une conséquence inévitable de la maladie, d'une intervention ou d'un soin. Cette représentation a progressivement changé avec l'évolution des connaissances, des droits des patients et des pratiques professionnelles.

En France, cette évolution devient particulièrement visible à partir de la fin des années 1990. Le **premier plan national de lutte contre la douleur 1998-2000** porte précisément l'ambition de faire évoluer les comportements : selon le ministère, la douleur ne doit plus être considérée comme une fatalité. Le plan agit simultanément sur les professionnels, les établissements et l'information de la population.

De la lutte contre la douleur à son évaluation

Le deuxième programme national, **2002-2005**, poursuit cette dynamique et développe notamment la prise en compte de la douleur provoquée par les soins et la chirurgie ainsi que celle de l'enfant. Le troisième plan, **2006-2010**, porte une attention particulière aux populations vulnérables, notamment les enfants et adolescents, les personnes polyhandicapées, les personnes âgées et les personnes en fin de vie.

Cette histoire explique une évolution fondamentale : **attendre que la personne se plaigne ne suffit plus**. La douleur doit pouvoir être recherchée, repérée et réévaluée, y compris lorsque la personne ne peut pas facilement l'exprimer.

Un droit progressivement affirmé

Cette évolution professionnelle s'est également inscrite dans le droit. Aujourd'hui, l'article **L.1110-5-3 du Code de la santé publique** dispose que toute personne a droit à des traitements et soins visant à soulager sa souffrance et précise que celle-ci doit être, en toutes circonstances, « **prévenue, prise en compte, évaluée et traitée** ».

Depuis mai 2026, l'article **L.1112-4 du Code de la santé publique** prévoit par ailleurs explicitement que les établissements de santé, publics ou privés, **et les établissements médico-sociaux** mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes qu'ils accueillent.

Nous sommes donc passés progressivement :



Ce que cette pratique ne fait pas

✗ **Évaluer n'est pas seulement demander « avez-vous mal ? ».** Certaines personnes ne peuvent pas répondre facilement et certaines douleurs s'expriment autrement.

✗ **Évaluer n'est pas seulement attribuer une note.** Une mesure contribue à l'évaluation ; elle ne résume pas l'expérience de la personne.

✗ **Utiliser un outil ne garantit pas, à lui seul, la qualité de la pratique.** L'information produite doit être comprise et utilisée.

✗ **Une première évaluation n'est pas la fin de la démarche.** Après une intervention, il faut pouvoir apprécier l'évolution de la situation.



Concrètement, comment ça fonctionne ?

Malgré la diversité des situations, nous pouvons représenter la pratique par une chaîne relativement simple :



1 — Repérer

Tout commence parfois par une plainte : « **j'ai mal** ». Mais le premier signe peut également être une grimace, une posture inhabituelle, un refus de mobilisation, une agitation, un repli, une modification du sommeil ou du comportement.

Et celui qui le remarque n'est pas nécessairement un professionnel de santé.

2 — Évaluer

Lorsque cela est possible, **la parole de la personne constitue une donnée essentielle**. La HAS rappelle que l'expérience douloureuse est personnelle et que ce que la personne rapporte doit être respecté. Lorsque l'expression est difficile ou impossible, l'observation et des modalités adaptées deviennent particulièrement importantes.

C'est à cette étape que différents **outils d'évaluation** peuvent être mobilisés par les professionnels concernés : EVA, échelle numérique, Algoplus, Doloplus ou d'autres outils adaptés au public et à la situation.

Nous les citons ici sans détailler leur fonctionnement : le bon outil dépend de la personne, de ses capacités d'expression et du contexte.

3 — Agir ou alerter

L'évaluation n'a de sens que si l'information produit une réponse. Selon la situation et les compétences de celui qui constate la douleur, il pourra agir dans son champ professionnel ou **alerter le professionnel susceptible d'approfondir l'évaluation et d'organiser la réponse appropriée**.

L'infirmier dispose à ce titre de responsabilités professionnelles particulières. Son code de déontologie lui impose notamment, dans le cadre de ses compétences, de dispenser les soins visant à soulager la douleur.

4 — Réévaluer

Une action a été entreprise. **A-t-elle fonctionné ?** La douleur a-t-elle diminué ? Persisté ? Changé ? Une nouvelle intervention est-elle nécessaire ?

La réévaluation transforme ainsi une mesure ponctuelle en véritable démarche.

5 — Transmettre

Les informations utiles doivent enfin pouvoir parvenir aux professionnels concernés et être tracées lorsque cela est nécessaire.

6 — Adapter

Cette circulation permet d'assurer la continuité, d'observer l'évolution et d'adapter la réponse.



L'évaluation de la douleur et la HAS

C'est une particularité intéressante de cette pratique : **elle fait explicitement partie des attendus de qualité aussi bien en sanitaire qu'en social et médico-social.**

SANITAIRE – Certification des établissements de santé

Pour le Campus, nous prenons désormais comme référence le **référentiel 2027**, adopté par la HAS en juin 2026 et applicable aux visites réalisées à compter du **1er janvier 2027**. La HAS précise que les évolutions 2027 n'ont pas entraîné de renumérotation générale des critères.

Le critère central est : CRITÈRE 1.1-05 — IMPÉRATIF : « **Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur.** » La [fiche pédagogique HAS](#) consacrée à la douleur rattache explicitement l'évaluation de la douleur à ce critère. Elle la relie également à d'autres attendus : bientraitance (**1.1-06**), adaptation aux besoins (**1.3-03**), coordination des équipes (**2.1-03**), bonnes pratiques médicamenteuses (**2.2-02**), indicateurs de pratique clinique (**2.4-06**) ou encore compétences des équipes (**3.2-03**).

La logique attendue est très concrète : **évaluation adaptée à la personne, action, traçabilité, réévaluation et adaptation de la prise en charge**. La version 2025 du critère l'explicitait déjà directement dans sa fiche descriptive.

La douleur peut donc être investiguée à partir de l'expérience réelle du patient. Schématiquement, l'évaluateur peut ainsi confronter trois sources :

- 1. LE PATIENT** : *Comment votre douleur a-t-elle été prise en compte ?*
- 2. LES PROFESSIONNELS** : *Comment l'avez-vous repérée, évaluée et prise en charge ?*
- 3. LE DOSSIER** : *Retrouve-t-on l'évaluation, les actions et la réévaluation ?*

C'est une illustration particulièrement intéressante de la philosophie du traceur : partir de ce qui s'est réellement passé pour une personne plutôt que de vérifier seulement l'existence d'une procédure.

SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL – Évaluation des ESSMS

Le manuel HAS actualisé en **juillet 2025** conserve les objectifs, [critères et éléments d'évaluation du référentiel](#). La douleur bénéficie d'un objectif qui lui est entièrement consacré : OBJECTIF 1.16 : « **La personne accompagnée bénéficie d'une prise en charge de ses douleurs.** » Et cet objectif comporte **cinq critères**.

Critère	Ce que regarde la HAS
1.16.1	La personne s'exprime sur la manière dont ses douleurs sont prises en charge tout au long de son accompagnement.
1.16.2	Les professionnels repèrent et/ou évaluent régulièrement et tracent les douleurs selon des modalités adaptées.
1.16.3	Les professionnels recueillent auprès de l'entourage des informations sur les manifestations habituelles des douleurs.
1.16.4	Les professionnels coconstruisent avec la personne la stratégie de prise en charge de la douleur.
1.16.5	Les professionnels alertent et/ou mobilisent les moyens nécessaires pour soulager la douleur.

Le **1.16.3** mérite une attention particulière : le manuel attend concrètement que les professionnels sollicitent l'entourage pour faciliter le repérage, prennent en compte ses alertes et que les informations utiles provenant de l'entourage soient tracées dans le dossier.

Cela rejoint directement notre fil rouge : **La personne qui connaît le mieux les manifestations d'une douleur n'est pas nécessairement celle qui possède l'expertise clinique pour l'évaluer.** Et les cinq critères dessinent finalement presque toute notre pratique :

EXPRESSION
DE LA PERSONNE



REPÉRAGE /
ÉVALUATION



ENTOURAGE



STRATÉGIE



ALERTE /
ACTION



Cinq situations pour comprendre

Situation 1 — Après une intervention chirurgicale

Un patient signale une douleur quelques heures après son retour dans l'unité. Le professionnel recueille son ressenti et l'évalue selon une modalité adaptée. Une réponse est mise en œuvre conformément à la situation et aux prescriptions ou protocoles applicables. **La démarche ne s'arrête pas à la première mesure : l'efficacité de l'intervention doit ensuite pouvoir être réévaluée.**

Ici, la personne peut généralement exprimer directement ce qu'elle ressent.

Situation 2 — Une résidente d'EHPAD présentant des troubles cognitifs

Une résidente habituellement mobile refuse soudainement de se lever et repousse le professionnel qui cherche à l'aider. Elle ne formule aucune plainte douloureuse.

Le changement par rapport à son comportement habituel constitue déjà **une information à considérer**. Les professionnels observent, recherchent des signes évocateurs et utilisent si nécessaire une modalité d'évaluation adaptée. L'entourage peut également apporter une information précieuse sur la manière dont cette personne manifeste habituellement sa douleur.

Ici, **l'absence de plainte ne permet pas de conclure à l'absence de douleur.**

Situation 3 — Une personne polyhandicapée en MAS

La personne communique peu verbalement. Un AES qui l'accompagne quotidiennement constate une modification inhabituelle de ses expressions et de sa posture.

Il n'a pas besoin de poser lui-même un diagnostic pour que son observation soit utile : **il connaît la personne et repère une différence**. Cette information est transmise aux professionnels compétents, qui peuvent approfondir l'évaluation avec les modalités appropriées.

Ici, **connaître la personne devient une ressource pour repérer la douleur.**

Situation 4 — Un enfant

Un enfant ne décrit pas nécessairement sa douleur avec les mêmes mots ou les mêmes repères qu'un adulte. Son âge, son développement et ses capacités de communication doivent être pris en compte. Mais une autre personne possède parfois une connaissance particulièrement fine de ses réactions : **son parent**. Une modification du sommeil, une posture ou un comportement inhabituel peut être immédiatement identifié par celui-ci.

Le parent ne remplace pas l'évaluation professionnelle : **il apporte une connaissance de la personne qui peut considérablement l'enrichir.**

Situation 5 — À domicile

Un professionnel intervenant au domicile constate qu'une personne semble souffrir davantage que lors de son passage précédent. Selon sa fonction, il n'est pas nécessairement celui qui pourra conduire l'ensemble de l'évaluation ou modifier la prise en charge.

La qualité de la pratique dépend alors aussi du **circuit de l'information** : sait-il qui contacter ? L'information arrive-t-elle rapidement au bon professionnel ? Celui-ci dispose-t-il des éléments nécessaires pour décider de la suite ?

Ici, **repérer correctement une douleur ne suffit pas si l'organisation ne permet pas d'agir sur l'information.**



Ce qu'il faut retenir

LA DOULEUR PEUT ÊTRE REPÉRÉE PAR TOUS

Celui qui remarque qu'une personne souffre n'est pas nécessairement celui qui possède l'expertise nécessaire pour approfondir son évaluation.

ÉVALUER NE SIGNIFIE PAS SEULEMENT MESURER

Un outil peut objectiver ou structurer une information. Il ne remplace ni l'écoute, ni l'observation, ni la connaissance de la personne, ni l'analyse professionnelle.

ÉVALUER APPELLE À RÉÉVALUER

La question n'est pas uniquement « la personne avait-elle mal ? », mais également « ce que nous avons fait a-t-il permis d'améliorer la situation ? ».

Regard Fluxiens

Et si celui qui voit la douleur n'était pas un professionnel de santé ?

Nous avons naturellement tendance à associer l'évaluation de la douleur aux professionnels qui disposent de l'expertise nécessaire pour la caractériser. Pourtant, **le premier témoin d'une douleur peut être quelqu'un d'autre.**

Une mère sait que son enfant ne réagit pas comme d'habitude. La fille d'une résidente reconnaît une expression qu'elle observe depuis des années. Un ASH remarque qu'une personne qui échange habituellement avec lui reste prostrée. Un éducateur constate un changement. Un directeur croise un résident qui lui dit qu'il souffre.

Ils ne deviennent pas pour autant des spécialistes de l'évaluation de la douleur. Mais **ils détiennent une information.**

La HAS elle-même reconnaît cette place de l'entourage : le critère ESSMS **1.16.3** demande aux professionnels de recueillir auprès de celui-ci des informations sur les manifestations habituelles des douleurs.

Mais allons un peu plus loin.

Pourquoi attendre qu'un proche demande : « **Ma mère a mal. Qu'est-ce que vous faites ?** »

Une organisation peut expliquer **avant même qu'une situation douloureuse survienne** comment elle fonctionne : quels signes peuvent être signalés, à qui transmettre une observation, quels professionnels pourront ensuite évaluer la situation, comment celle-ci sera prise en compte et comment l'évolution sera suivie.

L'information devient alors préventive.

AVANT

Nous expliquons comment signaler une douleur.

LORSQU'UN SIGNE APPARAÎT

Chacun peut observer, écouter et alerter.

ENSUITE

Les professionnels compétents évaluent et organisent la réponse.

APRÈS

Nous réévaluons et partageons les informations utiles.

Et cette logique ne concerne pas seulement les familles. **ASH, agents administratifs, personnels techniques, bénévoles, encadrement, direction...** toute personne susceptible d'être en contact avec une personne accompagnée peut un jour recevoir une plainte ou observer quelque chose d'inhabituel.





L'objectif n'est évidemment pas de transformer chacun en évaluateur de la douleur. Il est beaucoup plus simple : **Faire en sorte que personne ne reste avec l'information qu'une personne souffre sans savoir quoi en faire.**

La question des Fluxiens

Dans votre établissement ou votre service, une personne qui pense que quelqu'un souffre sait-elle immédiatement à qui le dire — qu'elle soit soignante, éducatrice, ASH, directrice, résidente, patiente ou membre de la famille ?

Et peut-être surtout : **Avons-nous pris le temps de le lui expliquer avant qu'elle ait besoin de nous poser la question ?**

L'évaluation de la douleur est l'expertise de certains. Sa prise en compte est l'affaire de tous.





Sources principales

- **HAS — Fiche pédagogique du 6e cycle : Évaluation de la prise en charge de la douleur, janvier 2026.** C'est probablement notre source centrale pour le sanitaire et elle reprend le référentiel 2027. [Consulter la fiche HAS Douleur](#)
- **HAS — Certification des établissements de santé, référentiel 2027.** Référence à utiliser pour les visites à compter du 1er janvier 2027. [Accéder au référentiel sanitaire 2027](#)
- **HAS — Référentiel et manuel d'évaluation de la qualité des ESSMS, actualisation juillet 2025.** Source des critères **1.16.1 à 1.16.5**. [Accéder au référentiel ESSMS](#)
- **Légifrance — Code de la santé publique, article L.1110-5-3.** Droit à des traitements et soins visant à soulager la souffrance ; celle-ci doit être prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. [Article L.1110-5-3 du CSP](#)
- **Légifrance — Code de la santé publique, article L.1112-4,** dans sa rédaction en vigueur depuis le 28 mai 2026, concernant notamment les moyens mis en œuvre par les établissements de santé et médico-sociaux pour prendre en charge la douleur. [Article L.1112-4 du CSP](#)
- **Ministère chargé de la Santé — La douleur : de quoi parle-t-on ?** Utile notamment pour l'histoire des trois plans nationaux et l'évolution de la politique publique. [Consulter la synthèse du ministère](#)
- **Ministère chargé de la Santé — Plan de lutte contre la douleur 1998-2000.** Source historique primaire permettant notamment d'étayer le changement de regard sur la douleur. [Consulter le plan 1998-2000](#)

Pour aller plus loin ...

Ce Focus n'est qu'une porte d'entrée.

Sur le Campus des Fluxiens, poursuivez votre exploration avec d'autres Focus consacrés aux structures, aux métiers, aux dispositifs, aux instances, aux pratiques et aux outils qui composent notre environnement.

Découvrez également nos articles pour décrypter l'actualité et regarder ce qui se fait ailleurs, nos Dossiers du mois pour approfondir une question de terrain, ainsi que nos Univers pour apprendre, expérimenter et évaluer vos connaissances.

Parce que mieux comprendre son environnement, c'est aussi mieux comprendre les décisions que l'on prend chaque jour.

Continuez à explorer, comprendre, partager, agir et progresser sur le Campus des Fluxiens.

→ lecampusdesfluxiens.fr

