

EVALUATION DE LA DOULEUR

Détecter une douleur et en évaluer l'intensité s'inscrivent dans une démarche de soins systématique, qui fait partie de la prise en charge globale du patient.

La recherche de douleur doit être systématique chez tous les patients. L'absence de plainte ou de modification du comportement n'étant pas suffisante pour éliminer avec certitude une douleur. Il n'existe pas de marqueur spécifique de la douleur et pas de relation entre importance de la lésion et douleur exprimée. La douleur n'est pas fonction de l'importance de la lésion. Il ne faut jamais présupposer de l'intensité d'une douleur en fonction de l'aspect ou de l'étendue d'une lésion.

➤ **L'évaluation de douleur est nécessaire pour**

- Identifier les personnes douloureuses (de nombreuses personnes ne se plaignent pas spontanément).
- Améliorer la qualité de la relation soignant/soigné en montrant à la personne que l'on croit à l'authenticité de sa douleur.
- Sortir de l'impression subjective
- Standardiser l'observation et le recueil de données.
- Faciliter la mise en place de traitements antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur
- Suivre plus facilement l'évolution et l'efficacité des traitements entrepris
- Utiliser un moyen de communication dans les équipes, un langage professionnel qui facilite des prises de décisions homogènes au sein de l'équipe.
- Respecter la loi

➤ **L'évaluation repose sur tous les membres de l'équipe et la communication entre eux** car la lutte contre la douleur est un projet commun.

Chacun, selon sa fonction, doit savoir détecter, évaluer et transmettre à propos d'une douleur ou d'une situation douloureuse.

La formation de tous favorise une détection efficace et quasi-permanente.

Tout membre de l'équipe au contact du patient doit donc être formé à l'utilisation des diverses échelles d'évaluation de la douleur.

- Face à une situation douloureuse, l'outil le mieux adapté au patient en usage dans l'équipe doit être choisi.
- La personne malade est l'expert de sa douleur, aussi l'auto-évaluation est la règle chaque fois qu'elle est possible. Quand des troubles de la conscience ou des troubles cognitifs sévères l'empêchent, on doit recourir à une hétéro-évaluation avec des échelles validées.
- La première évaluation sert de référence quant à l'amélioration ou l'aggravation de la douleur, et permet d'adapter un traitement efficace selon les résultats des réévaluations successives.
- L'évaluation de la douleur **s'effectue pour tous les patients** à l'admission et à la sortie et une fois par équipe.
- Elle intervient à d'autres moments :

- dès la suspicion de douleur
- lors d'un évènement potentiellement douloureux notamment lors des soins
- lors de l'apparition d'une nouvelle douleur
- tant qu'un état douloureux n'est pas contrôlé
- après toute mise en route ou modification d'un traitement antalgique en fonction des délais d'action des traitements

➤ **La réévaluation est systématique** en cas d'administration d'interdoses ou d'application d'un protocole antalgique pour des douleurs aiguës dans des délais en adéquation avec les temps d'action des thérapeutiques entreprises.

Ils sont fonction du mode d'action des médicaments et du mode d'administration.

La réévaluation après traitement pour douleur aiguë s'effectue en général sauf indication contraire de la prescription médicale et du protocole : 10 mn après une injection IV ou un traitement transmuqueux, 20 mn après une injection S/C et 1 à 3 h après une administration per os.

Mode d'administration	Voie orale médicament à action rapide	Voie orale médicaments à action prolongée	Voie transmuqueuse	Voie injectable
Délai d'action	20 à 60 mn	1 à 3 h	10 à 15 mn	IV : 10 mn S/C : 20 mn

➤ **Evaluation quantitative de la douleur**

Elle s'effectue à l'aide d'échelles validées qui

- Mesurent l'intensité de la douleur mais
- Ne donnent pas d'indications sur l'origine de la douleur, ni sur les mécanismes sous-jacents (anxiété, dépression, vécu du traitement...)
- Elles nécessitent une formation de tous les soignants sur le mode d'utilisation
- Elles nécessitent une information du patient et une bonne compréhension /patient
- Ne permettent pas les comparaisons entre 2 personnes.

- Auto-évaluation

Elle doit toujours être tentée par l'interrogation de la personne malade qui est un partenaire dans la prise en charge de sa douleur, même s'elle n'a plus ses pleines facultés cognitives.

Le professionnel de santé s'assure de la bonne compréhension de l'outil par la personne malade.

Il ne s'agit pas de coter le handicap, la gêne, l'anxiété ni la qualité de vie.

Il existe différentes échelles.

Dans l'établissement, les échelles les plus adaptées aux populations prises en charge sont l'EVS et l'EN (Voir ci-dessous).

- Hétéro-évaluation

Quand l'auto-évaluation n'est pas possible, l'évaluation repose sur l'observation de la personne malade par le soignant qui évalue la douleur à l'aide d'une échelle validée.

Dans l'établissement, l'échelle la plus utilisée est l'échelle Algoplus

- Pour une même personne, utiliser de préférence la même échelle, de manière répétée avant et après réadaptation du traitement.
- Toutes les échelles d'évaluation ont leurs limites.
- On peut se référer à l'équivalence des échelles si besoin dans l'application des protocoles.
- En cas de doute, le recours à un test thérapeutique antalgique doit être envisagé.

➤ **Évaluation qualitative**

Le soignant fait une évaluation qualitative de la douleur dans la mesure de ses compétences :

- Par l'interrogatoire ou par l'expression spontanée du patient et/ou des proches et/ou des autres soignants
- Par l'observation des signes indirects lors de l'examen clinique médical ou lors d'un soin par l'observation
 - du faciès et des expressions
 - des attitudes antalgiques
 - de l'évitement de certains gestes
 - des modifications du comportement
 - des répercussions sur : l'alimentation, le sommeil, l'humeur, la relation
 - de la perturbation des interactions avec l'environnement
- Par l'examen qui effectue une exploration zone par zone, avec une attention particulière pour :
 - l'appareil ostéo articulaire
 - la peau et les téguments (escarres ++)
 - le déclenchement lors des mouvements passifs ou actifs
- Par la localisation de la douleur
 - Sur le patient
 - Sur un dessin « schéma corporel »
 - Par la recherche de zones douloureuses du patient
- Par la détermination dans le temps
 - Horaire
 - Périodicité
- Par l'identification des autres caractéristiques de douleur :
 - Facteurs déclenchants et circonstances d'apparition et d'aggravation
 - Type mécanique (lors des mobilisations), inflammatoire (réveil nocturne)
 - Nature nociceptive, neuropathique (voir fiche DN4 ci-dessous), mixte ou psychogène

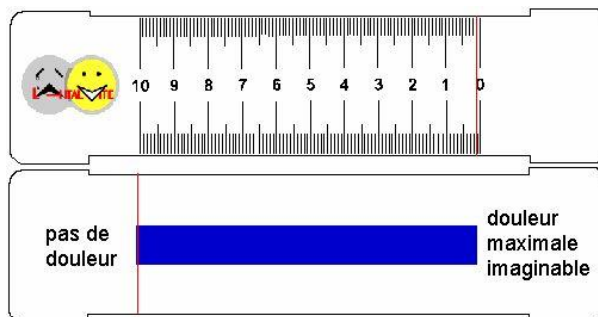
8. TRACABILITE DE L'EVALUATION

Le soignant trace toutes ses actions dans le dossier du patient

- L'évaluation quantitative et qualitative de la douleur et son intensité
- l'heure de l'évaluation
- Les actions entreprises en cas de douleur, notamment les médicaments administrés par l'IDE suivant la prescription médicale ou les protocoles en place
- l'heure de réévaluation de la douleur au moment requis par les délais d'action des médicaments
- L'efficacité des actions entreprises
- Les éventuels effets secondaires des médicaments administrés

9. LES DIFFERENTES ECHELLES UTILISEES DANS L'ETABLISSEMENT

A. L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)



L'EVA se présente sous la forme d'une réglette en plastique de 10 cm graduée en mm, qui peut être présentée au patient horizontalement ou verticalement. Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à "Absence de douleur", et l'autre à "Douleur maximale imaginable".

Le patient positionne le curseur le long de cette ligne à l'endroit qui situe le mieux sa douleur.

Sur l'autre face, se trouvent des graduations millimétrées vues seulement par le soignant. La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur.

Il faut bien expliquer préalablement au patient l'utilisation de l'échelle, et vérifier sa bonne compréhension de l'outil (quantification de la douleur, déplacement du curseur dans le bon sens,...)

Si le patient présente plusieurs sites douloureux ou des accès de douleur, chacun doit être évalué séparément.

L'EVA est une échelle d'auto-évaluation, sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique, que celles-ci soient en rapport ou non avec un cancer. Elle n'est cependant pas utilisée en priorité dans l'établissement car

- elle ne peut être utilisée chez les personnes présentant des handicaps rhumatologiques empêchant l'utilisation du curseur, des troubles visuels, des troubles cognitifs limitant la compréhension des consignes ou des limites culturelles réduisant les capacités d'abstraction.
- Tous les membres de l'équipe au contact du patient ne disposent pas au moment requis de cet outil qui peut être en cas de défaut d'asepsie un vecteur de transmission nosocomiale.

Elle est utilisée chez les patients qui sont à l'aise avec cette échelle notamment pour les douleurs aiguës.

B. L'ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)



C'est une échelle d'auto-évaluation, sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique, que celles-ci soient en rapport ou non avec un cancer.

Elle peut être présentée sous forme écrite ou orale.

Dans sa forme orale, le soignant demande au patient de quantifier sa douleur sur une échelle virtuelle allant de 0 ("Douleur absente"), à 10 ("Douleur maximale imaginable").

Dans sa forme écrite, l'EN comprend 11 chiffres alignés verticalement ou horizontalement, compris entre 0 ("Douleur absente"), et 10 ("Douleur maximale imaginable"). Elle est présentée au patient, qui entoure ou désigne le chiffre correspondant à l'intensité de sa douleur.

On opte pour la forme (écrite ou orale) la plus adaptée au patient.

Si le patient présente plusieurs sites douloureux ou des accès de douleur, chacun doit être évalué séparément.

L'échelle numérique peut être proposée aux patients qui ont du mal à comprendre le principe de l'EVA, mais qui conservent des capacités d'abstraction. Elle peut également proposée, dans sa forme orale, aux patients ayant des handicaps physiques.

C. L'ÉCHELLE VERBALE SIMPLIFIÉE (EVS)

Douleur absente	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur insupportable
------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	------------------------------

Echelle d'auto-évaluation, sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique, que celles-ci soient en rapport ou non avec un cancer, l'EVS peut être présentée sous forme écrite ou orale.


Dans sa forme orale, le soignant demande au patient de choisir, parmi une liste de mots qui lui sont proposés, celui qui qualifie le mieux l'intensité de sa douleur.

Dans sa forme écrite, le soignant présente au patient des qualificatifs, et celui-ci entoure ou désigne celui qui correspond à l'intensité de sa douleur. La version la plus utilisée comprend 5 qualificatifs qui sont notés de 1 à 4.

Il faut utiliser la forme (écrite ou orale) la plus adaptée au patient et les sites douloureux et les accès de douleur doivent être évalués séparément.

L'échelle verbale simple est moins sensible et moins précise que l'EVA mais elle est simple et rapide à utiliser. Elle a la préférence des soignants et des patients âgés. A l'exception des sujets présentant une aphasie ou des troubles cognitifs très sévères, la quasi-totalité des patients est capable de la réaliser et de qualifier leur douleur avec des mots familiers éventuellement en créole.

D. L'ECHELLE ALGOPLUS



Evaluation de la douleur
Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heure	.....h .....		.....h .....		.....h .....		.....h .....		.....h .....		.....h	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

C'est une échelle d'évaluation comportementale qui a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la **prise en charge des douleurs aiguës** chez un patient âgé pour tous les cas où une auto-évaluation fiable n'est pas praticable (troubles de la communication verbale et troubles cognitifs très sévères).

L'utilisation d'ALGOPLUS est ainsi particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des pathologies douloureuses aiguës, des accès douloureux transitoires et des douleurs induites par les soins ou les actes médicaux diagnostiques.

Elle est utilisée de façon préférentielle dans le service car c'est une échelle rapide et simple d'utilisation qui permet des mesures répétées et rapprochées par tout soignant.

L'échelle comporte 5 items (domaines d'observation).

La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré. Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur 5. En pratique, pour remplir la grille, il faut observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques. Par exemple, si la personne âgée s'agrippe à la barrière de son lit ou au soignant, l'item « comportements » sera coté « oui » et le soignant ne devra pas rechercher d'autres causes à cette attitude comme éventuellement la peur de tomber.

Un score supérieur ou égal à 2 permet de diagnostiquer la présence d'une douleur.

E. L'ECS

Observation	Spontanément			A l'examen*		
	Absent	Faible	Marqué	Absent	Faible	Marqué
	0	1	2	0	1	2
Gémissements, Plaintes	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Front plissé, Visage crispé	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Position antalgique	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Mouvements précautionneux	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Total	/ 8			/ 8		
<p>0 : pas de douleur</p> <p>1 à 3 : douleur faible</p> <p>4 à 6 : douleur modérée</p> <p>7 à 8 : douleur intense</p> <p>* Y compris lors des changes, toilettes et manipulations diverses</p>						

L'ECS se présente sous la forme d'un tableau comportant des items observés par un groupe de soignants, et permettant d'apprécier le retentissement de la douleur sur le comportement du patient.

F. L'ÉCHELLE DOLOPLUS 2

LEXIQUE DES ITEMS DE L'ÉCHELLE DOLOPLUS 2	
<p>Plaintes somatiques Expression de la douleur par la parole, le geste ou des cris, pleurs, gémissements</p> <p>Positions antalgiques Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur</p> <p>Protection de zones douloureuses Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense</p> <p>Mimique Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (fixe, vide, absent, larmes)</p> <p>Sollicitation Toute sollicitation (soin, mobilisation, approche d'un soignant,...)</p>	<p>Toilette / Habillage Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide</p> <p>Mouvements Évaluation de la douleur dans le mouvement (changement de position, transferts, marche, seul ou avec aide)</p> <p>Communication Verbale ou non verbale</p> <p>Vie sociale Repas, animations, activités, accueil des visites, ateliers divers,...</p> <p>Troubles du comportement Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie,...</p>

C'est une échelle d'hétéro-évaluation. Elle **évalue la douleur dans sa globalité, dans ses dimensions somatique, psychomotrice et psychosociale.**

Elle est validée pour la mesure de la **douleur chronique** chez le patient âgé non communicant ou présentant des troubles cognitifs sévères.

L'échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux).

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux).

Il ne faut rien coter en cas d'item inadapté.

L'utilisation de cette échelle nécessite cependant un bon apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire.

Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

Il ne faut pas comparer les scores de patients différents.

Les comportements passifs sont aussi parlants et importants que les comportements.

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.

G. COMPARAISON DES ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE L'INTENSITÉ DOULOUREUSE

ÉCHELLE	DOULEUR ABSENTE	DOULEUR FAIBLE	DOULEUR MODÉRÉE	DOULEUR INTENSE
Échelle Visuelle Analogique EVA 0 à 10	0	1 à 3	4 à 6	7 à 10
Echelle Numérique EN 0 à 10	0	1 à 3	4 à 6	7 à 10
Échelle Verbale Simple EVS 0 à 4	0	1	2	3 à 4
Échelle Comportementale simplifiée ECS 0 à 8	0	1 à 3	4 à 6	7 à 8

QUESTIONNAIRE DN4

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher.

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 :

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

QUESTION 2 :

La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

4. Fourmillements
5. Picotements
6. Engourdissements
7. Démangeaisons

QUESTION 3 :

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

8. Hypoesthésie au tact
9. Hypoesthésie à la piquûre

QUESTION 4 :

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

10. Le frottement

OUI = 1 point NON = 0 point

Score du Patient : / 10

A partir de 4/10, une douleur neuropathique est probable.