

Analgésie chez la personne adulte non communicante

*J. ETIENNE, D^r S. CURAC, D^r A. RICARD-HIBON,
E. WOJCIECHOWSKI, P^r J. MANTZ*

Points essentiels

- En 1998, les autorités publiques ont instauré une démarche qualitative visant à améliorer la prise en charge de la douleur : les audits et les études réalisées mettent l'accent sur un défaut d'évaluation initiale trop important, notamment chez les patients considérés comme non-communicants.
- Si l'appréhension du phénomène douloureux chez ces patients est rendue plus difficile par les troubles de la communication verbale, il est important de souligner que les patients que l'on appelle « non-communicants » sont en fait des patients non-verbalisants, non coopérants-participants et/ou non-comprenants et que leur capacité à s'exprimer peut utiliser d'autres canaux d'expression que la parole raisonnée.
- Une démarche qualitative passe avant tout par une évaluation systématique et immédiate de l'intensité de la douleur à l'aide d'un outil adapté : une échelle d'auto-évaluation en première intention, puis en cas d'impossibilité il faut avoir recours à une échelle comportementale.
- Les échelles d'hétéro-évaluation validées mises à disposition des soignants sont de plus en plus nombreuses et sont parfois spécifiques à un type de population ciblée (démence, intubés-ventilés...) : le choix de cet outil doit s'adapter aux impératifs de fonctionnement du service et nécessite une formation des soignants.

Correspondance : SAR-SMUR Beaujon, 100, bd du Gal-Leclerc, 92110 Clichy. Tél. : 01 40 87 56 13.
Fax : 01 40 87 58 59. E-mail : jessy.l.etienne@gmail.com

1. Critères et contexte de la personne adulte non-communicante

Tout d'abord, qu'appelle-t-on personne adulte non-communicante ?

L'évaluation de la douleur se fait de manière optimale *via* les échelles d'auto-évaluation (échelles numériques, échelles verbales, échelles visuelles). La personne adulte non-communicante est une personne qui, dans la majorité des cas, ne pourra exprimer verbalement sa douleur et de ce fait s'autoévaluer. Nous pouvons définir plusieurs contextes de patients :

- non-verbalisant (handicaps sensoriels, troubles cognitifs, déficits psychomoteurs) ;
- non-comprenant (démence, surdité...) ;
- non-participant/non-coopérant (troubles du comportement, pathologies psychiatriques,   tats végétatifs chroniques, coma, patients s  dat  s).

Ces catégories se recoupent d'ailleurs souvent : par exemple un patient   g   d  ment, un coma chez un patient avec déficit moteur...

Quel type de population cela concerne-t-il ?

- **Les personnes âgées** (PA) représentent une sous-population à part parmi les personnes adultes non-communicantes, d'une part du fait de la prévalence d'handicaps sensoriels et de syndromes démentiels et d'autre part du fait de spécificités en terme de prise en charge thérapeutiques (polymédication, nécessité d'adaptation des doses, contre-indications...).

Les personnes âgées ont un rapport diff  rent aux sensations nociceptives. Certaines études mettent en évidence une baisse modérée de la densité des nocicepteurs et des afférences douloureuses, le seuil douloureux de la PA augmente uniquement pour un stimulus très court : la sensibilité à la douleur aiguë diminue avec l'âge mais parallèlement la douleur chronique s'accroît (8). La prévalence de la douleur chronique est très élevée au sein de cette population (60 % dont un tiers de douleurs sévères, en fin de vie 80 % des personnes âgées présentent des douleurs chroniques) (9). Les étiologies des douleurs chroniques de la personne âgée sont essentiellement les douleurs rhumatismales, cancéreuses, liées aux accidents vasculaires cérébraux, les douleurs neuropathiques (neuropathie diabétique, alcoolique). Ces douleurs chroniques sont mal évaluées et peu traitées car dans les esprits, aussi bien des patients que des soignants, il existe une certaine fatalité de la douleur et la vieillesse est synonyme de douleur (10).

La personne âgée se d  investit parfois de son corps et montre une certaine passivité à l'égard des soins. La douleur chez la personne âgée s'accompagne, en outre, d'une souffrance morale dont les conséquences entraînent une limitation fonctionnelle durable et invalidante pour la vie quotidienne du patient (11).

L'oligoalg  sie de la personne âgée peut s'expliquer par la crainte pour les soignants des effets secondaires des thérapeutiques antalgiques. L'usage de

satisfaite de l'antalgie et du délai de prise en charge (18). Les sociétés savantes recommandent des protocoles clairs avec une évaluation répétée de la douleur, l'analgésie intraveineuse et l'utilisation des morphiniques (19). Mais si la sensibilisation et l'implication du personnel soignant au phénomène douloureux est en constante progression, la douleur des personnes ayant des troubles de la communication demeure un phénomène particulièrement méconnu. La diffusion des connaissances les concernant est difficilement réalisée dans les milieux de santé notamment dans les secteurs d'urgence. Les formations dispensées aux soignants sur la prise en charge de ces patients sont encore trop peu nombreuses et trop peu suivies.

Le contexte d'urgence amplifie d'une part, l'anxiété du patient et d'autre part, la mésestimation du phénomène douloureux par la personne (20). Néanmoins, l'incapacité totale d'expression verbale est très exceptionnelle. La parole n'est qu'un des outils de la communication. Il existe tout un ensemble de moyens d'expression appartenant au mode de la communication non verbale : cris, pleurs, gémissements, gestuelles et expressions faciales, modifications de comportement (positions antalgiques, interaction avec l'entourage...) qui peuvent permettre au soignant de dépister et évaluer la douleur.

2. Les outils de mesure de la douleur

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage ». Cette définition de l'International Association for the Study of Pain met l'accent sur le caractère individuel et subjectif du phénomène douloureux, ce qui complique le processus d'évaluation.

La prise en charge initiale du phénomène douloureux et l'adaptation optimale des thérapeutiques aux besoins réels du patient dépend de la reconnaissance de ce phénomène et de son niveau d'intensité. L'appréhension de la douleur par le soignant nécessite un examen médical approfondi, une observation et un dialogue afin de distinguer ses étiologies et ses répercussions. En effet, l'évaluation repose avant tout sur les éléments et les informations fournis par le patient et notamment sur l'utilisation d'échelles d'autoévaluation, ainsi que préconisé par les recommandations officielles. Ces échelles permettent de définir les niveaux d'intensité de la douleur et positionnent le patient en tant qu'expert de sa douleur. Il faut toutefois s'assurer de la bonne compréhension de l'outil par le patient, prendre le temps de l'évaluer en faisant abstraction du handicap, de l'angoisse ou de sa qualité de vie.

L'outil de référence pour l'autoévaluation est l'échelle visuelle analogique (EVA) (Figures 1, 2). L'objectif thérapeutique consiste à conserver ou atteindre une EVA inférieure ou égale à trente sur une échelle de 100. L'échelle Numérique (EN) demande une capacité d'abstraction plus importante : on demande au patient d'attribuer une « note » à sa douleur entre 0 et 10, 0 étant l'absence totale de

douleur et 10 la pire douleur imaginable. Des échelles plus simples existent, notamment l'échelle verbale simple (EVS) en 3 ou 5 points (Figures 3, 4). Un grand nombre de patients, y compris les patients déments (21), est à même d'utiliser l'échelle verbale simple (EVS).

L'échelle DN4 (Annexe 2) permet de rechercher les douleurs neuropathiques. Le praticien remplit le questionnaire de 10 items répartis en 4 questions, en interrogeant le patient (22). Il doit répondre par oui ou non, oui cote 1 et non cote 2. Le test est positif pour un score ≥ 4 .

Ces outils s'avèrent parfois inadéquats rendant nécessaire le recours à la communication non verbale et aux échelles d'hétéro-évaluation. Cette évaluation se fait à partir d'un axiome : « toute modification de comportement chez une personne non communicante peut correspondre à une douleur ».

Différentes échelles comportementales ont été mises au point et validées par les sociétés savantes. Elles présentent l'avantage de pouvoir « mesurer » la douleur en uniformisant les critères d'observation au sein d'un service et en limitant la part de subjectivité du soignant (23). De nombreuses échelles existent, nous verrons les plus utilisées.

2.1. Personnes âgées et les déments

- **Doloplus 2** (annexe 3) : Adaptée aux personnes âgées et aux déments, cette échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, notés de 0 à 3. On évalue les facteurs somatiques, psychomoteurs et psychosociaux. En cas d'item inadapté il faut coter 0. La réévaluation doit être quotidienne et suivie sous forme de courbe. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Son utilisation requiert un apprentissage (lexique fourni) et une cotation idéalement réalisée en équipe pluridisciplinaire. Elle nécessite une connaissance des comportements de base du patient et ne cote pas la douleur aiguë ce qui la rend inadaptée au contexte de l'urgence.

- **L'échelle comportementale de la personne âgée (ECPA)** (annexe 4) : Cette échelle existe en 2 versions, 1 pour les personnes communicantes et une pour les non communicantes. Cette dernière se compose de 11 items cotés de 0 à 4 et s'articule autour de la douleur lors des soins. Sa compréhension est facile et est indépendante d'une connaissance préalable du patient. Cette échelle peut être adaptée dans le contexte de l'urgence, mais son utilisation ciblée autour du soin, le nombre d'items à coter et l'absence de seuil établi significatif de douleur, la rendent parfois difficile à utiliser au quotidien dans ce contexte.

- **Algoplus** (annexe 5) (24) : Actuellement en phase de validation, c'est une échelle d'hétéro-évaluation développée pour évaluer les douleurs aiguës chez les patients non-communicants. Elle repose sur cinq items comportementaux : l'expression du visage, le regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et le comportement général. Très simple d'utilisation, la présence d'un signe cote 1 pour l'item et ce indépendamment de toute interprétation étiologique car

l'erreur consisterait à ne pas coter l'item (ex. : il gémit car il est dément...). Un score-seuil, supérieur ou égal à 2, signe la douleur et nécessite une prise en charge thérapeutique. La rapidité à coter les items (une minute pour une évaluation) la rend particulièrement adaptée aux situations d'urgence bien qu'elle n'apparaisse pas encore dans les recommandations officielles. L'objectif thérapeutique est un score inférieur à 2.

2.2. Patients intubés, ventilés, sédatisés (15)

- **Behavior Pain Scale (BPS)** (annexe 6) : elle cote 3 items de 1 à 4 : expression faciale, mouvement des membres supérieurs, compliance au respirateur. C'est la seule validée actuellement chez les adultes. Elle ne propose pas de score seuil.
- **La SOS DOLOUSI** (annexe 7) : en cours de validation, elle évalue la compliance au respirateur, l'expression faciale, le comportement moteur et les larmes pour un score total de 4 à 15. La douleur est significative pour un score de 7.
- **La Coma Pain Scale (CPS)** (annexe 8) : cette échelle élaborée en 2008 par le Coma Science Group (Centre de Recherches du Cyclotron – Université de Liège) à partir des paramètres utilisés pour l'évaluation d'une douleur aiguë chez les patients non communicants, s'adresse aux patients en état végétatif. Elle comprend 5 items cotés de 0 à 3 : l'observation des réponses motrices, verbales et visuelles, de l'expression faciale et de l'anticipation à la douleur. Elle n'est pas validée.

Pour tous les patients une autoévaluation doit toujours être tentée, mais si elle s'avère impossible, le recours à l'hétéroévaluation est possible et est recommandé. Il faut toutefois privilégier l'utilisation d'un outil préalablement validé et connu de tous. En cas de doute, le recours à un test thérapeutique antalgique doit être envisagé.

3. Prise en charge thérapeutique

Les objectifs de la prise en charge de la douleur sont :

- la reconnaissance et l'évaluation du phénomène douloureux, vues en première partie ;
- un traitement raisonné et adapté à son intensité, au patient et à la pathologie ;
- la réévaluation systématique et régulièrement suivie avec un outil reproductible permettant d'apprécier l'efficacité du traitement entrepris.

3.1. Les moyens non médicamenteux

Il est recommandé d'utiliser systématiquement des traitements non pharmacologiques et des techniques spécifiques (25). Si certaines techniques trouvent leur place dans des services d'urgences de manière évidente : l'immobilisation en cas

de fracture, les positions antalgiques, l'application de froid pour son effet anti-inflammatoire local (entorse, brûlure), de chaud (douleurs spastiques, contractions musculaires), d'autres restent à évaluer (hypnose, acupuncture, mésothérapie...).

L'aspect psychologique et les effets bénéfiques d'une relation soignant-soigné de confiance ne doivent pas être négligés. Une relation de qualité (empathie, information, explication...) contribue à l'apaisement du patient et à une meilleure adhésion de celui-ci à la prise en charge. De même, une organisation optimisée des ressources humaines et matérielles limitera les facteurs iatrogènes pouvant induire une majoration des sensations nociceptives (angoisse, bruit, délai d'attente avant administration d'antalgiques...).

3.2. Les traitements médicamenteux (26-27)

Les deux grands principes généraux concernant l'analgésie sont la titration médicamenteuse (traitement et posologie adaptés aux besoins du patient, administration progressive) et la coanalgésie (association de plusieurs antalgiques d'action différente).

L'OMS a défini 3 paliers antalgiques dans le cadre de la douleur cancéreuse, ces paliers sont applicables à toutes les douleurs nociceptives (22) :

- **Le palier I** (antalgiques non opioïdes) est préconisé pour les douleurs légères à modérées (EVA < 30) :

- le *paracétamol* est un antalgique d'action faible, antipyrétique. Utilisable par voie intraveineuse ou *per os*, la posologie chez l'adulte est de 1 gramme toutes les 6 heures, la 2^e dose peut être donnée à H4. Il existe peu de contre-indications (allergie, insuffisance hépatique évoluée). Dose toxique : 10 g ou 150 mg/kg ;

- les *anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)* sont efficaces en association avec le paracétamol dans le traitement de la douleur aiguë limitée à 48 h. De nombreux effets indésirables et contre-indications limitent leur utilisation, notamment chez la personne âgée. (Exemple de posologie le kétoprofène, voie IV, 50 mg/6 h ou 100 mg/8 h) ;

- l'*aspirine* possède une action anti-inflammatoire, anti-pyrétique et anti-aggrégant plaquettaire (durée d'action : 10 jours !) la posologie de 1 gramme par prise ou 15 mg/kg/6 h. Les nombreux effets indésirables ulcération et hémorragie digestive, troubles de la coagulation, altération de la fonction rénale, réactions allergiques (attention en cas d'allergie connue à l'aspirine), bronchoconstriction, limitent son utilisation en tant qu'antalgique à des situations particulières. Les contre-indications sont : insuffisance rénale, cardiaque, hépatique, anomalie de l'hémostase.

- **Le palier II** (opioïdes faibles) cible les douleurs modérées à intenses (EVA 30 à 60), il peut être associé au palier 1 en cas d'inefficacité, ou en relais du palier III. Les antalgiques agissent sur la perception de la douleur au niveau cérébral. Leurs effets indésirables sont ceux des opioïdes forts :

– la *codéine* : est un alcaloïde dérivé de la morphine se fixant sur les mêmes récepteurs que la morphine (récepteurs μ) mais avec une affinité moindre. Son association avec le paracétamol augmente certes son efficacité, ou sous forme de dihydrocodéine à 60 mg mais aussi les risques d'effets indésirables. Posologie : 4 × 30 mg/4 à 6 h. Durée d'action : 5 h.

– le *dextropropoxyphène* : est un agoniste des récepteurs μ , il bloque les synapses dans le cheminement central de la douleur. Il est efficace associé au paracétamol mais l'AFSSAPS a annoncé le retrait progressif de l'association médicamenteuse du marché aux vues des études internationales révélant de certains effets indésirables (28) ;

– le *chlorhydrate de tramadol* : voie intraveineuse réservée à l'usage hospitalier, voie parentérale ou *per os*, seul ou associé au paracétamol. Son effet analgésique est dû à une activité agoniste sur les récepteurs morphiniques de type μ , associé à une activité inhibitrice sur la recapture de la sérotonine. Le tramadol ne présenterait qu'un faible potentiel de dépendance et de risque de dépression respiratoire ou cardiaque. Chez le sujet âgé, il faut augmenter les doses progressivement. Les effets indésirables principaux sont les troubles digestifs, neuro-psychiques. Posologie : 2 × 100 mg ou 4 × 50 mg/24 h.

• **Le pallier III** (les opioïdes forts) concerne les douleurs intenses à sévères (EVA 60 à 100) et regroupe :

– *les agonistes purs* : morphiniques forts (morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl et dérivés) : les morphiniques nécessitent la présence de protocoles de soins complets (modalités d'administration, de surveillance, effets secondaires, risques et complications, antidote et conduite à tenir...). Le chlorhydrate de morphine est le produit de référence. Utilisé par voie IV ou sous-cutanée. La titration permet de s'adapter aux besoins du patient grâce à des injections IV itératives de 1 à 3 mg (délai d'action : 5 minutes, durée : 4 à 6 h) ;

– *les agonistes partiels* : la buprénorphine est une molécule synthétique dont l'efficacité est limitée par un effet-plafond. Sa fixation aux récepteurs μ est intense (8 h), ce qui la rend peu sensible à la naloxone et empêche la fixation de morphine. Il n'a pas d'intérêt pour le traitement de la douleur aiguë aux urgences en raison du risque d'effets secondaires non antagonisables par la naloxone et de son efficacité inconstante ;

– *les agonistes-antagonistes* : ils sont peu utilisés en raison de l'existence d'un « effet plafond », passé lequel l'antalgie ne progresse plus, contrairement aux effets secondaires. En revanche, les effets secondaires sont antagonisables par la naloxone (Nubain[®] : 0,2 à 0,3 mg/Kg/4 h IV) ;

– *les antagonistes* : dépourvus d'effets antalgiques, ils servent d'antidote. La naloxone : Pic d'action : 2 minutes, durée : 45 minutes, voie IV. Posologie : titration d'une solution à 0,4 mg/ml jusqu'à la levée de la détresse respiratoire. Le risque de réveil est brutal avec un retour de l'algie en cas de dose trop importante.

- Les **autres molécules et techniques** : il est indispensable d'apprécier le degré d'urgence (vitale ou non) afin de favoriser la prévention de soins douloureux grâce à l'administration de molécules antalgiques :

- la *kétamine* : action anesthésiante à doses IV de 2 à 3 mg/kg et antalgique pour 0,3 mg/kg. Il faut une injection lente pour limiter l'apparition des effets indésirables. C'est un antalgique très adapté en prévention des gestes très douloureux (réduction, immobilisation de fracture...);

- le *Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA)* : c'est un gaz à propriété analgésique, très diffusible (délai et durée d'action courte, idéal lors des gestes douloureux : sutures, ponction lombaire...). Il entraîne une diminution de la perception des stimuli nociceptifs. Contre-indications absolues : traumatismes crâniens avec troubles de la conscience, traumatisme maxillo-facial, embolie gazeuse, traumatismes thoraciques, pneumothorax, nécessité d'une ventilation en oxygène pur. L'autoadministration rend son utilisation plus sûre (le patient lâchant le masque en cas de sédation trop importante) ;

- les *anesthésies locales* : permettent souvent de limiter le recours aux AINS chez la personne âgée ou de réduire les posologies d'antalgiques ou de coanalgésiques. On retrouve les anesthésies topiques, les infiltrations locales et les blocs tronculaires. Elles s'utilisent seules ou en associations aux antalgiques pour cibler un territoire précis. Leur modalité d'exécution répond à des impératifs stricts de sécurité : respect rigoureux des contre-indications de l'ALR (troubles de l'hémostase, infection, refus du patient), connaissance de la toxicité des anesthésiques locaux et des complications liées à cette pratique, réalisation du geste dans les conditions de sécurité anesthésique recommandées dans les textes officiels (plateau d'intubation, chariot d'urgence, drogues de réanimations...) après la pose d'une voie veineuse et d'un monitoring.

- Les **coanalgésiques** : Ils ont des indications antalgiques spécifiques :

- les corticoïdes : action anti-inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde...), anti-œdémateuse, ils ont de nombreux effets indésirables ;

- les antispastiques et décontractants: hypertonies pyramidales ;

- les anti-spasmodiques : douleur de colique intestinale ou spasmes de la vessie.

- **Traitement des douleurs neuropathiques**

Les sensations liées à ces douleurs sont particulières et associées à des troubles sensitifs (paresthésies, sensations de brûlure...) à des fulgurances brutales (décharge électrique, coup de poignard). Les douleurs neuropathiques nécessitent un traitement spécifique de la classe des antiépileptiques (gabapentine ou prégabaline) ou antidépresseur (imipramine, amitriptyline) ou des topiques locaux. Pour les douleurs mixtes, on privilégiera en première intention les molécules à double action (tramadol, oxycodone) (29).

Il est important de souligner que toute thérapeutique à visée antalgique doit être réévalué de manière répétée jusqu'au soulagement du patient et impliquer la mise en place d'une fiche de suivi.

En conclusion, la douleur du patient non-communicant n'est pas une fatalité : ainsi que nous l'avons vu, il existe de nombreux outils permettant d'évaluer et de traiter leur douleur. Il nous semble essentiel d'insister sur l'importance de l'évaluation de la douleur chez ces patients en ayant toujours recours aux échelles d'autoévaluation en première intention, voire à celles d'hétéroévaluation si besoin. En cas de douleur jugée importante, l'utilisation de morphiniques ne doit pas être limitée par crainte d'effets indésirables ; la prise en charge de l'antalgie est une urgence.

Toutefois, et malgré les recommandations des autorités de santé et des sociétés savantes, il reste encore beaucoup de progrès à faire dans la diffusion de ces outils et la mise en place de protocoles de prise en charge antalgique clairs au sein des services.

L'utilité de l'existence d'un réseau de soin efficace autour du patient (relation ville-hôpital) n'est également plus à démontrer, afin de disposer, entre autres, d'informations sur l'autonomie et les antécédents du patient, d'autant que les services d'urgences constituent souvent le premier recours en cas de pathologie douloureuse.

Références

1. Curac S, Belpomme V, Vassor I *et al.* La douleur des personnes âgées est-elle bien évaluée en préhospitalier ? SFMU 2009.
2. Perrin O, Carbajal R. La morphine intraveineuse à 0,1 mg/kg n'est pas efficace pour soulager la douleur aiguë sévère chez la majorité des patients adultes. Janvier 2006. <http://www.cnrdf.fr>
3. Mилоjevic K, Cantineau J-P, Lambert Y *et al.* La prise en charge et le soulagement de la douleur aux urgences du point de vue de patients adultes - Douleur aiguë intense en médecine d'urgence, les clefs d'une analgésie efficace. Ann Fr Anesth Réanim 2001 ;20 :745-51.
4. Enquête régionale régio Picardie 2003-2004, CCECQA - Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. <http://www.ccecqa-asso.fr>
5. EPP. Rapport de l'expérimentation nationale Audit Clinique Ciblé appliqué à la prise en charge de la douleur de la personne âgée. Juin 2006. <http://www.has-sante.fr>
6. La douleur en question, chapitre 13 – population à risque, personnes polyhandicapées, personnes âgées non-communicantes... <http://www.sante.gouv.fr>
7. Prise en charge de la douleur aiguë au sein des établissements de santé et institutions médico-sociales en application de la circulaire n° DGS/DH/Sq2/99-84 du 11/02/99. <http://www.oncoranet.fr>
8. Alix M. Spécificité de la douleur chez la personne âgée – État des connaissances. La Revue de Gériatrie 2005 ;30, Supp C.
9. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation de la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Paris : Anaes ; 2000.
10. Alberola E, Maresca B. La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile, CREDOC, études et résultats n° 566. Avril 2007.

Annexe 1 : Les échelles d'auto-évaluation

Figure 1 – EVA - Échelle Visuelle Analogique, face patient

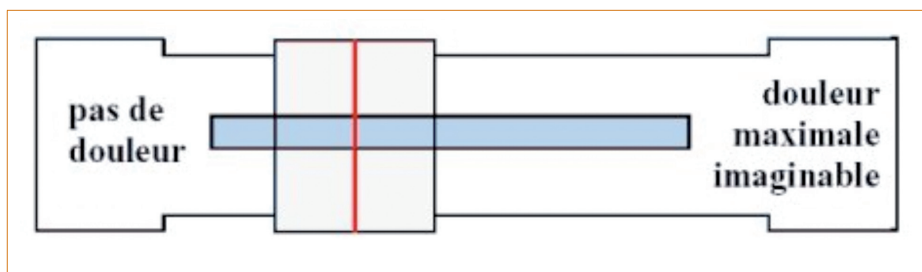


Figure 2 – EVA - Échelle Visuelle Analogique, face soignant

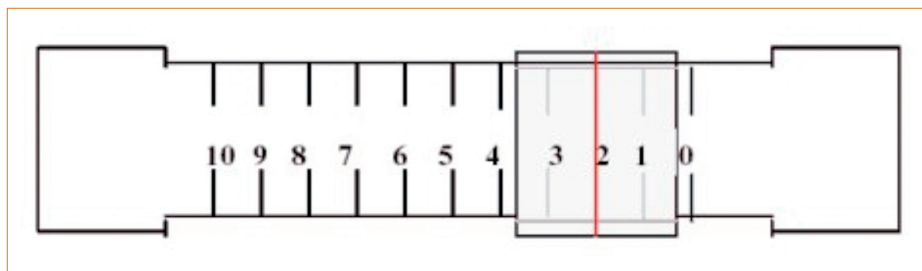


Figure 3 – EVS - Échelle verbale en 3 points

Douleur	Score
« je n'ai pas mal »	0
« j'ai mal »	1
« j'ai très mal »	2

Figure 4 – EVS - Échelle verbale en 5 points

Douleur	Score
Absente	0
Faible	1
Modérée	2
Intense	3
Extrêmement intense	4

Annexe 2 : Questionnaire DN14

Recherche de douleurs neuropathiques (22)

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

- | | Oui | Non |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Brûlure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sensation de froid douloureux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Décharges électriques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

- | | Oui | Non |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Fourmillements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Picotements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Engourdissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Démangeaisons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

- | | Oui | Non |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Hypoesthésie au tact | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hypoesthésie à la piqûre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

- | | Oui | Non |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Le frottement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OUI = 1 point NON = 0 point

Score du Patient : /10

Annexe 3 : Échelle DOLOPLUS - 2 - Évaluation comportementale de la douleur (9)

ÉCHELLE DOLOPLUS - 2					
		DATES			
NOM :		Prénom :			
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
Plaintes somatiques	pas de plainte	0	0	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	plaintes spontanées continues	3	3	3	3
Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique	0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	position antalgique permanente et inefficace	3	3	3	3
Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0	0	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
Mimique	mimique habituelle	0	0	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
Sommeil	sommeil habituel	0	0	0	0
	difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
Mouvements	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
Communication	inchangée	0	0	0	0
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités	0	0	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	refus de toute vie sociale	3	3	3	3
Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
SCORE / 30 :					

Lexique :

- Plaintes somatiques : le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris-plaintes-gémissements.
- Positions antalgiques : position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.
- Protection de zones douloureuses : le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.
- Mimique : le visage semble exprimer la douleur à travers les traits (grimaçants, tirés, atones) et le regard (fixe, absent, ou larmes).
- Sollicitation : toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.).
- Toilette, habillage : évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.
- Mouvements : évaluation de la douleur dans le mouvement pour les changements de position, transferts, la marche, seul ou avec aide.
- Communication : verbale ou non verbale.
- Vie sociale : repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.
- Troubles du comportement : agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

Conseils d'utilisation :

1 - L'utilisation nécessite un apprentissage.

Comme pour n'importe quel outil nouveau, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Le temps de cotation de l'échelle diminue également avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

2 - Coter en équipe pluridisciplinaire.

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants est préférable (médecin, infirmière, aide-soignante...). À domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».

3 - Ne rien coter en cas d'item inadapté.

Il n'est pas nécessaire d'avoir une réponse à tous les items de l'échelle, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. De même, en cas de coma, la cotation reposera essentiellement sur les items somatiques.

4 - Établir une cinétique des scores.

La réévaluation sera biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

5 - Ne pas comparer les scores de patients différents.

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

6 - En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté. On admet aujourd'hui qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

7 - L'échelle cote la douleur, et non pas la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives.

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

8 - Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS-2.

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'autoévaluation. Lorsque la douleur est évidente, il est plus urgent de la calmer que de l'évaluer... Cependant, au moindre doute, l'hétérévaluation évitera la sous-estimation.

Annexe 4 : ECPA – Échelle Comportementale de la Personne Âgée (9)

I. OBSERVATION AVANT LES SOINS	
A. L'expression du visage: regard et mimique	
0 : Visage détendu	
1 : Visage soucieux	
2 : Le sujet grimace de temps en temps	
3 : Regard effrayé et/ou visage crispé	
4 : Expression complètement figée	
B. Position spontanée au repos	
0 : Aucune position antalgique	
1 : Le sujet évite une position	
2 : Le sujet choisit une position antalgique	
3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique	
4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	
C. Mouvements (ou mobilité) du patient	
0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude	
1 : Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements	
2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude	
3 : Immobilité contrairement à son habitude	
4 : Absence de mouvement, prostration ou forte agitation contrairement à son habitude	
D. Sur la relation à autrui	
0 : Même type de contact que d'habitude	
1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude	
2 : Évite la relation contrairement à l'habitude	
3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude	
4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude	
II. OBSERVATION PENDANT LES SOINS	
E. Anticipation anxieuse aux soins	
0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété	
1 : Angoisse du regard, impression de peur	
2 : Sujet agité	
3 : Sujet agressif	
4 : Cris, soupirs, gémissements	

F. Réactions pendant la mobilisation	
<p>0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière</p> <p>1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins</p> <p>2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins</p> <p>3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins</p> <p>4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p>	
G. Réactions pendant les soins des zones douloureuses	
<p>0 : Aucune réaction pendant les soins</p> <p>1 : Réaction pendant les soins, sans plus</p> <p>2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses</p> <p>3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses</p> <p>4 : L'approche des zones est impossible</p>	
H. Plaintes exprimées pendant les soins	
<p>0 : Le sujet ne se plaint pas</p> <p>1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui</p> <p>2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant</p> <p>3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée</p> <p>4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p>	
TOTAL /32	

Annexe 5 : ALGOPLUS – Échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

<p>1 – Visage : Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Regard : Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>3 – Plaintes orales : « Aïe », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>4 – Corps : Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>5 – Comportements : Agitation ou agressivité, agrippement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Total Oui [___] / 5</p>
--

Comportement moteur (suite)	3	« Agité » :mouvements incontrôlés, fréquents, veut s'asseoir, nécessite des liens.
	4	« Très agité » : flexion complète et/ ou arrache ou mord son tube endotrachéal, arrache les cathéters, tire sur les liens, agressif.
	5	« Combatif » : mouvements de rétraction, violents, danger immédiat pour l'entourage et pour lui-même. Agitation dangereuse, sort du lit (risque de chute).
Larmes	1	« Non » : absence de larmes.
	2	« Oui » : présence de larmes.

Annexe 8 : CPS – la Coma Pain Scale (15)

Réponse motrice
3 – Localisation de la zone douloureuse 2 – Flexion en retrait 1 – Posture stéréotypée 0 – Néant
Réponse verbale
3 – Verbalisation intelligible 2 – Vocalisation 1 – Grognement 0 – Néant
Réponse visuelle
3 – Fixe l'expérimentateur des yeux 2 – Mouvements incoordonnés des yeux 1 – Ouverture ou agrandissement des paupières 0 – Néant
Expression faciale
3 – Pleurs 2 – Grimaces 1 – Mouvements oraux réflexes 0 – Néant
Anticipation
3 – Retrait adéquat 2 – Retrait inadéquat 1 – Posture stéréotypée 0 – Néant