



Palli-Science

Évaluation de la douleur

Par Mireille Aylwin, médecin
et Justine Métayer, Infirmière

Aucun conflit d'intérêt n'est présent en lien avec ces informations

Qu'est-ce que la douleur?

- Expérience sensorielle et émotionnelle **désagréable** résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en de tels termes;
- Sensation **subjective**;
- Associée à notre **perception** de l'événement et influencée par nos expériences passées.

(IASP dans APES, 2019)

Composante de la douleur

Composante sensori-discriminative

Système nerveux capte et décode le message des nocicepteurs.

Composante cognitive

Ensemble des processus mentaux qui peuvent influencer la perception douloureuse, l'attention, la signification, la valeur, l'anticipation, la mémoire, etc.;

Elle est modulée par l'explication intellectuelle rationnelle.

Composante affective-émotionnelle

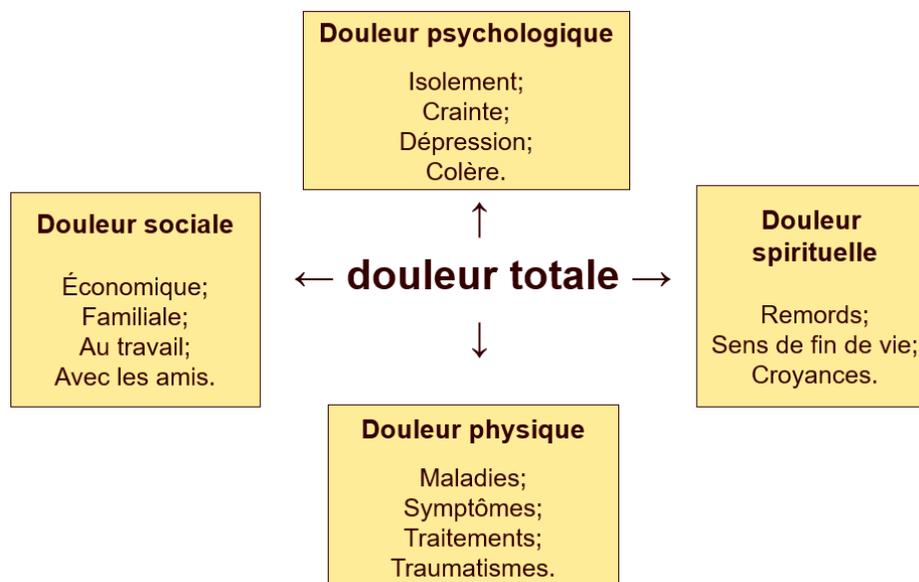
Façon dont la personne vit sa douleur, modulée par la signification que la personne a de sa douleur, l'incertitude quant à son évolution, le vécu douloureux;

Ces facteurs peuvent entraîner anxiété et dépression.

Composante comportementale

Englobe l'ensemble des manifestations physiologiques, verbales et motrices observables; Évolue en fonction de l'apprentissage, du sexe, de l'origine ethnique et de l'environnement familial.

La douleur globale / totale



Douleur aiguë ou chronique ?

Douleur aiguë :

- Signal d'alarme;
- Première réponse à l'agression d'un organe;
- Indispensable à la survie;
- Peut-être nociceptive, neuropathique ou les deux.

Ses caractéristiques :

- Apparition récente, localisable dans le temps;
- Habituellement passagère, disparaît avec le processus de guérison;
- Durée de plusieurs minutes à quelques semaines;
- S'accompagne souvent de manifestations du système nerveux autonome (pâleur, diaphorèse, hyper ou hypotension, tachycardie);
- Patient présente fréquemment un faciès douloureux et une position antalgique.

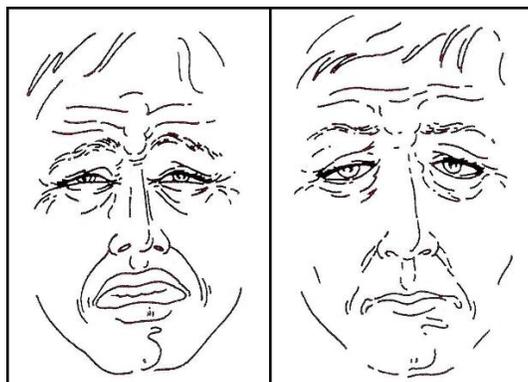
Douleur chronique :

- Elle n'est plus un symptôme, c'est une maladie;
- Persiste au-delà du cours habituel d'une maladie ou d'une blessure aiguë (au-delà de 3 mois);
- Récurrente durant des mois ou des années;
- Douleur associée à la combinaison entre l'excès de nociception et d'une composante neuropathique.

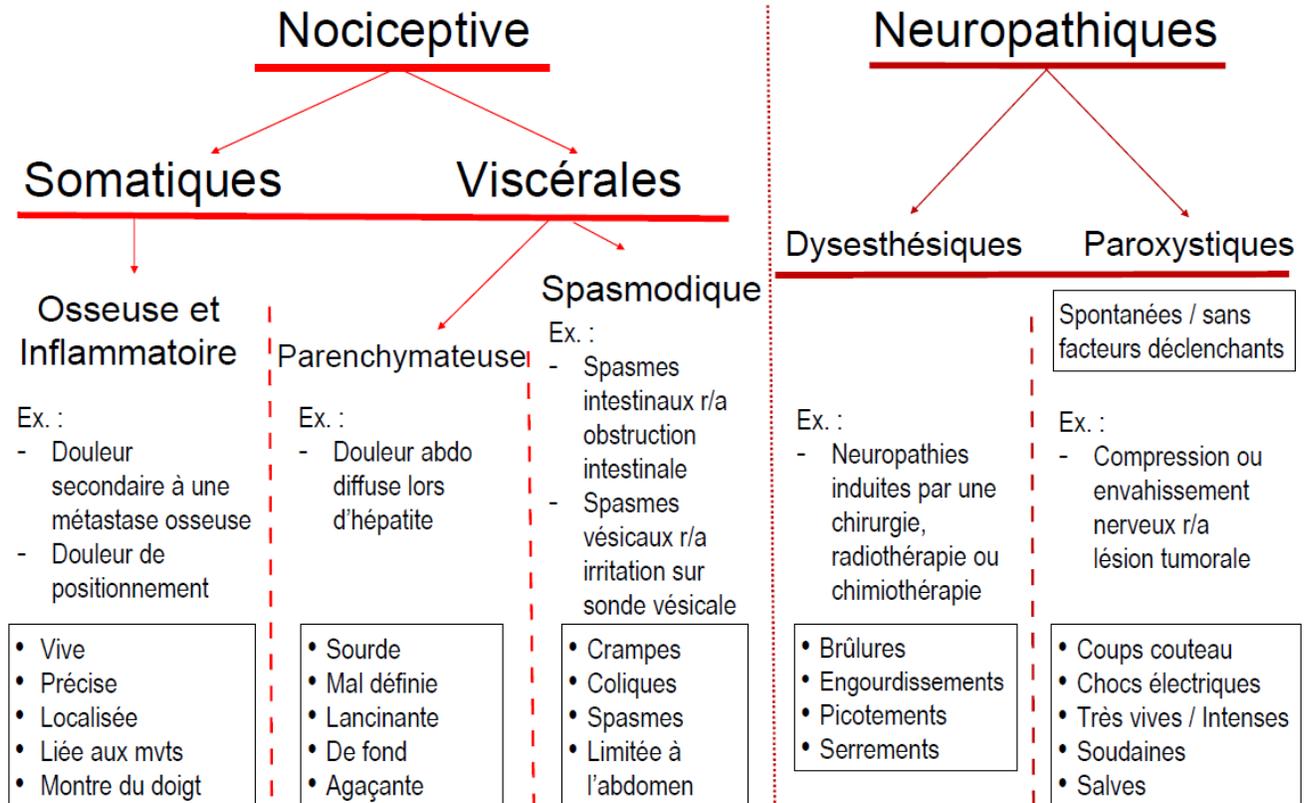
Ses caractéristiques :

- Absence de signes du système nerveux autonome;
- Position antalgique peut disparaître;
- Faciès présente souvent des signes d'anxiété et de dépression;
- Le comportement d'évitement ou de retrait est un phénomène commun qui mène à ne plus accomplir les AVQ;
- Perturbations de l'humeur (irritabilité, frustration, dépression).

(Hudon, 2008)



Types de douleurs



(inspiré de Bigonnesse, 2015)

Douleur simple vs douleur mixte

- Douleur simple : douleur d'un seul type (nociceptif ou neuropathique)
- Douleur mixte : douleur des deux types (nociceptif et neuropathique)

Outils d'évaluation : Pourquoi?

- Faciliter l'évaluation
- Objectiver les symptômes
- Améliorer la communication professionnelle
- Mettre l'accent sur les interventions
- Suivre les résultats des interventions

(Gagné & Guitard, 2004)

Évaluation complète de la douleur

- ✓ PQRSTU-I
 - P- Éléments qui provoquent/précipitent/pallient
 - Q-Qualité
 - R- Région
 - S- Sévérité, symptômes associés
 - T- Temps/durée
 - U- *Understanding*
 - I - Impact

Outils pour compléter notre évaluation

- Plusieurs outils existent pour compléter l'évaluation de la douleur : L'outil doit être adapté selon l'âge, la compréhension et l'état de la personne.
 - Pour dépister une douleur neuropathique (qualité de la douleur) : **outil DN4**

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

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 ?

	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

Un résultat plus grand ou égal à 4/10 témoigne à 90% de la présence d'une DN.

Les capacités cognitives de la personne doivent être considérées :

Est-ce que la personne peut répondre adéquatement à des questions concernant la douleur?

Si oui, utiliser un outil d'autoévaluation :

(peut convenir si la personne est atteinte d'une démence légère à modérée)

- Pour quantifier la douleur (sévérité) :
 - Échelle visuelle analogue (EVA)

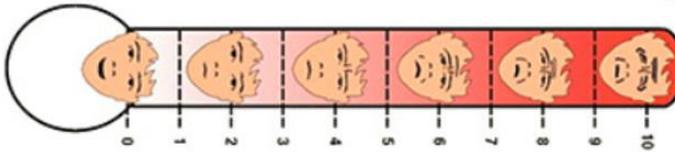


- Échelle numérique
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Douleur extrême)

- Échelle verbale

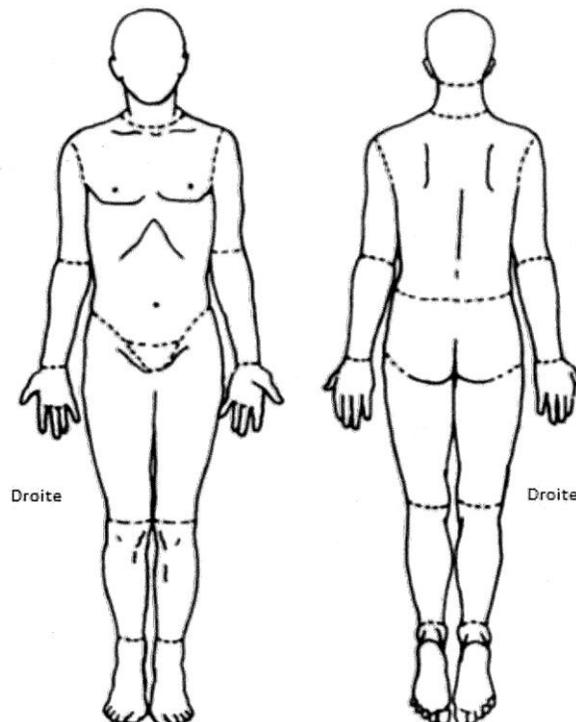
Pas de Douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur sévère	Douleur très sévère	Douleur extrême
-------------------	-------------------	--------------------	-------------------	------------------------	--------------------

- Échelle de Gélinas



- Pour déterminer la région douloureuse : Faire dessiner les sites de douleur

Nous vous prions d'indiquer sur le dessin la place où vous avez mal.



Si non, choisir un outil d'hétéroévaluation :

(évaluation par un tiers, basée sur l'observation d'expressions, de signes et de comportements)

- DOLOPLUS-2;
- PACSLAC-F;
- CPOT (*Critical-care Pain Observation Tool*).

(Voyer, 2013)

NOM :		Prénom :	Service :	DATES			
Observation Comportementale							
RETENTISSEMENT SOMATIQUE							
1 • 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		
2 • 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 inefficace	3	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 soins	2	2	2	2		
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3		
4 • 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		
5 • 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							
6 • 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		
7 • 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							
8 • 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		
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0		
	• participation aux différents 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		
10 • 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			

<http://www.doloplus.com/#>

Un résultat plus grand ou égal à 5/30 témoigne de présence de douleur.

ÉCHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR / <i>Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)</i>		
Indicateurs / Score (0 à 8)		Description
Expression faciale	0	Détendue, neutre Aucune tension musculaire observable au niveau du visage
	1	Tendue (haut <u>ou</u> bas du visage) a. Front plissé et sourcils abaissés b. Yeux serrés c. Tout autre changement (ex. ouvre soudainement les yeux, présence de larmes lors de la mobilisation)
	2	Grimace (haut <u>et</u> bas du visage) a. Yeux fermés, serrés b. Front plissé c. Sourcils abaissés d. Plis nasolabiaux
Mouvements corporels	0	Absence de mouvement ou position normale a. Immobile; ne bouge pas (ne signifie pas nécessairement une absence de douleur) b. Position normale (mouvements non dirigés vers la douleur ou non réalisés dans le but de se protéger de la douleur)
	1	Mouvements de protection a. Mouvements lents et prudents d. Attire l'attention en tapant du pied ou des mains b. Touche ou frotte le site de la douleur c. Se dirige vers le site de la douleur e. Tout autre mouvement noté dans les notes
	2	Agitation a. Tire sur ses tubes d. Ne collabore pas b. Essaie de s'asseoir dans son lit e. Repousse le personnel c. Bouge constamment f. Tente de passer par-dessus les barreaux de lit
Vocalisation	0	S'exprime normalement ou demeure silencieux
	1	Gémit, soupire
	2	Crie, pleure
Tension musculaire	0	Détendu Absence de résistance aux mouvements; tonus normal
	1	Tendu, rigide ou crispé Résistance aux mouvements
	2	Très tendu, rigide ou crispé a. Difficulté ou incapacité à exercer les mouvements b. Serre les poings

Un résultat plus grand ou égal à 3/8 témoigne de présence de douleur.

Quand évaluer la douleur?

- Au moins une fois par quart de travail ou par visite (téléphonique ou en présence) si SAD
- Lorsque le patient se plaint (ou présente des signes suggestifs de douleur) / Au moment de la prise d'un PRN analgésique
- Au pic d'action du PRN analgésique
- À la fin de la durée d'action du PRN analgésique

Références

- Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec [A.P.E.S.]. (2019). *Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes*, 5e Éd., Montréal, Québec : A.P.E.S.
- Bigonnesse, J.-M. (2015). *Types de douleurs*. Document inédit, Faculté de Médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, QC.
- Ferrel, B., Coyle, N. & Paice, J. (2015). *Oxford textbook of palliative nursing* (4e Éd.). New York: Oxford University Press.
- Gagné, L. & Guitard, H. (2004). *Les pratiques exemplaires*. Document inédit.
- Helms, J. E. & Barone, C. P. (2008). Physiology and treatment of pain, *Critical Care Nurse*, 28(6), p.38-49
- Hudon, F. (2008). *Évaluation de la douleur*, 3e cours de PAL 6110, Université de Montréal.
- Jacquemin, D. & De Broucker, D. (2014). *Manuel de soins palliatifs*, 4e Éd. Paris : édition Dunod.
- La Maison Victor-Gadbois. (2020) *Mini-guide Palli-Science, outil de consultation pour les soignants au chevet de patients en phase palliative de cancer*, 21e édition.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms : a new theory, *Science*, 19(150), p. 971-979.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Montréal, ÉRPI.