

EVALUATION DES DOULEURS

"La seule douleur supportable c'est celle des autres". René LERICHE

"On ne se débarrasse pas d'une habitude en la flanquant par la fenêtre. Il faut lui faire descendre l'escalier marche après marche". M. TWAIN.

L'évaluation de la douleur est un préalable indispensable à toute démarche thérapeutique. Il persiste cependant des réticences à l'utilisation systématique des outils d'évaluation, liées entre autres aux représentations des professionnels. L'évaluation tente de rendre objectif ce qui est éminemment subjectif. D'entrée de jeu le débat est ouvert : pourquoi faudrait-il objectiver le subjectif ? comment se soustraire à l'inévitable part de subjectivité ? comment ne pas réduire la douleur d'un patient à une cotation sur une grille d'évaluation ?

La difficulté à mettre en place des procédures d'évaluation tient à une contradiction : d'une part il faut donner la parole aux patients; d'autre part, la tentation est grande de penser que, compte tenu de notre expérience, nous savons mieux que les patients comment et combien ils ont mal.

Il est difficile au quotidien d'accepter que la douleur est "ce que le patient en dit", parole vraie, parole à croire, mais trop souvent encore remise en question. Suspicion du "il dit...mais il exagère", tentation du "moi je connais bien cette pathologie, je sais". Le savoir concernant la douleur peut avoir plusieurs effets: soit il permet, à partir de questions pertinentes, des échanges fructueux au cours desquels le patient peut, dans un climat de confiance et d'écoute, décrire sa douleur ; soit il bloque l'échange, et alors le patient ne se reconnaît pas dans les questions et les dires du soignant.

Donner la parole au patient engendre de l'insécurité, car nous ne savons pas à priori ce qu'il va dire. Il est important de résister à la tentation de vouloir comparer la douleur du patient avec celle d'un autre, tout comme il faut se défier de l'envie de cataloguer les patients de courageux, douilletts, stoïques ou geignards. Nos représentations sur la douleur peuvent, à notre insu, nous entraîner vers une banalisation des symptômes que décrit le malade. L'utilisation systématique d'outils d'évaluation permet d'éviter ces dérapages de l'interprétation.

Le choix des outils nécessite un travail au sein de l'équipe. Celle-ci prendra en compte l'âge et les pathologies des malades accueillis dans le service pour dégager un consensus autour du choix d'un outil. Il s'agira ensuite pour chaque professionnel d'utiliser cet outil. Cette étape est marquée par la difficulté d'intégrer une nouveauté dans la pratique quotidienne.

Ce sont dans un premier temps les inconvénients de l'utilisation des outils qui seront les plus apparents : charge de travail supplémentaire ; difficulté "d'entendre" ce que dit le malade ; nécessité de modifier l'organisation des soins, de faire preuve de constance, de rigueur et de méthode dans l'utilisation des outils ; nécessité d'intégrer dans les relevés de surveillance une rubrique concernant l'évaluation de la douleur ; nécessité de mettre en œuvre au quotidien une observation pertinente, de créer une relation de confiance qui permette au patient de

s'exprimer sur sa douleur ; difficulté d'implication dans la recherche de réponses efficaces, en termes de dépistage, de prévention et de prise en charge de la douleur ; nécessité de fixer des objectifs réalisables, de chercher des améliorations, même minimales, de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du malade douloureux. L'évaluation de la douleur doit comporter des critères précis dans une procédure structurée connue de tous et reproductible par chacun.

Dans un deuxième temps, les aspects positifs de la mise en œuvre de cette procédure apparaîtront progressivement : qualité des échanges avec les patients ; satisfaction de la mise en œuvre des moyens de prévention et de soulagement de la douleur ; satisfaction d'être acteur du rôle propre infirmier et d'avoir une zone d'autonomie et de créativité ; satisfaction de pouvoir partager avec d'autres équipes les richesses de l'expérience ; satisfaction d'être en phase avec les objectifs fixés et de voir disparaître "la langue de bois". Le projet de dépistage de la douleur est un défi important pour une équipe de soins.

POURQUOI EVALUER LA DOULEUR ?

La réponse est double :

- parce qu'il n'y a pas de relation proportionnelle entre l'importance de la lésion et la douleur exprimée par le patient,
- parce qu'il n'y a pas de marqueur spécifique de la douleur.

L'évaluation de la douleur vise à :

- identifier et reconnaître des patients qui présentent une douleur,
- identifier les différents facteurs responsables de la douleur, de son entretien, de ses variations, de façon à ajuster la thérapeutique à l'étiologie parfois complexe,
- permettre d'avoir un langage commun facilitant des prises de décisions homogènes au sein de l'équipe : le patient doit pouvoir entendre la même chose quelle que soit la personne qui le lui demande,
- fixer des objectifs réalisables : il n'est pas toujours possible de "contrôler complètement" ou de faire "disparaître une douleur" mais son atténuation est déjà appréciée par le patient,
- améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient,
- assurer le suivi de l'efficacité des prescriptions.

ENTRETIEN D'EVALUATION

La qualité de l'évaluation de la douleur dépend de la richesse des informations recueillies auprès du patient. Chacun, de la place qu'il occupe, a un rôle à jouer dans la mise en œuvre de la démarche d'évaluation.

Le soignant qui mène l'entretien d'évaluation sollicite les autres membres de l'équipe pour approfondir la connaissance de la situation du patient. Tout soignant auquel sont confiées des données écrit ses observations dans le dossier ou sur une grille d'évaluation. Le nombre d' évaluations effectuées dans la journée dépend de l'intensité de la douleur et des besoins du patient. Le dossier est très utile car il est important de garder trace des informations. Il est essentiel que les décisions thérapeutiques puissent être formalisées, connues et retrouvées, faute de quoi l'évaluation reste incohérente et inutile. Ceci permet de coordonner l'activité de tous et d'éviter l'improvisation.

RECUEIL DE DONNEES

Il s'appuie sur l'histoire de la douleur vécue. Il recueille les informations suivantes :

- l'histoire de vie du patient : des informations concernant le milieu familial et affectif dans lequel évolue le patient, son activité professionnelle, ses origines culturelles,... permettent de situer la plainte douloureuse dans le contexte du patient.
- les circonstances d'apparition de la douleur : Depuis combien de temps existe-t-elle ? Comment est-elle apparue ? Y a-t-il eu d'éventuels faits importants au moment de son déclenchement (mort d'un proche, licenciement,...) ? Comment a-t-elle évolué dans le temps?
- l'histoire de la douleur : Le patient a-t-il déjà souffert de cette douleur ou d'autres douleurs ? Quel est le parcours du malade (consultations, résultats des démarches entreprises,...) ? A-t-il reçu des traitements antalgiques (nature du traitement, résultats obtenus, effets secondaires,...) ? On recherche les points positifs et négatifs de ces traitements et les éventuels motifs d'abandon. Il est également important de savoir si le patient a tendance à l'automédication ou au contraire s'il a peur des médicaments. Ceci pourrait expliquer une insuffisance ou une inefficacité de la thérapeutique, dues par ailleurs parfois à une incompatibilité entre les différentes substances. Il est intéressant de comprendre comment le patient relate son histoire douloureuse et de savoir quelles sont ses connaissances, ses croyances et réticences, ses références spirituelles ou philosophiques (culpabilité, expiation, stoïcisme,...), et ses attentes.
- la localisation de la douleur : Existe-t-il une ou plusieurs causes somatiques ? Le patient peut-il préciser le lieu de sa douleur ? Est-elle superficielle ou profonde ? Est-elle diffuse ou localisée ?
- la qualité de la douleur : Le patient peut-il décrire le type de douleur qu'il ressent ? Il faut souvent l'aider en lui suggérant des termes tout en respectant les mots qu'il choisit.
- la périodicité de la douleur : La douleur est-elle permanente ou intermittente ? Existe-t-il des fluctuations, correspondent-elles à des situations particulières (soins,...) ? Quels sont les horaires ?
- l'intensité de la douleur : Le patient arrive-t-il à quantifier sa douleur (avec l'aide d'outils qui seront abordés plus loin) ? Existe-t-il des facteurs augmentant ou diminuant la douleur (position, chaud, froid, distraction, massages,...) ?
- le retentissement sur les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie : La douleur a-t-elle une répercussion sur le sommeil, l'alimentation, la mobilisation, les

distractions, le travail, la vie sociale,... ? Ces répercussions peuvent provoquer une désorganisation ou hyper-organisation familiale d'où l'importance du recueil d'informations auprès de l'entourage. Que dit le patient de sa douleur à son entourage et vice versa ? Les proches ont-ils pu observer une modification du comportement du patient ou de la relation qu'ils ont habituellement avec lui ?

OUTILS D'EVALUATION

L'outil employé doit être adapté aux possibilités du patient. Par ailleurs un outil d'évaluation doit répondre à différents critères :

- pertinence, spécificité, cohérence,
- fiabilité, exactitude, objectivité, afin d'éviter des biais, des manipulations douteuses, ou des envahissements émotionnels (patient et soignant),
- simplicité, facilité, clarté,
- être connu de tous et reproductible.

Différents outils, validés, sont actuellement disponibles. Ils sont de trois types : unidimensionnel, pluridimensionnel, comportemental.

ECHELLES UNIDIMENSIONNELLES

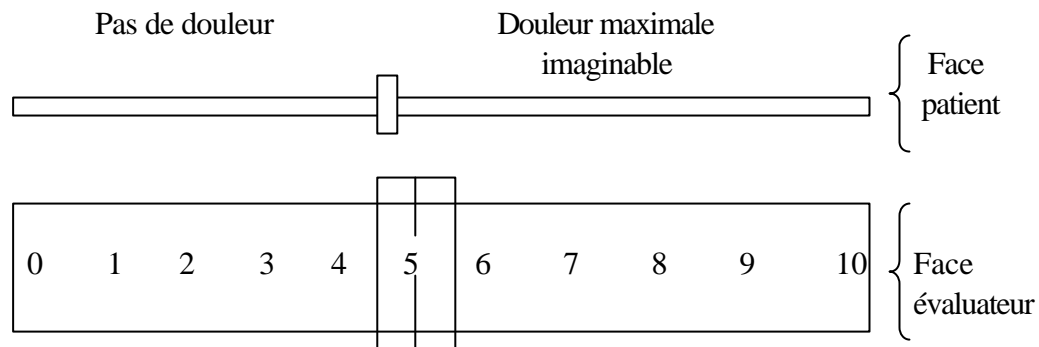
Ces échelles apprécient globalement la douleur en l'assimilant à une sensation globale d'intensité. Cette apparente simplicité doit cependant faire garder à l'esprit que des différences en apparence minimes et qui tiennent à la façon dont l'échelle est présentée, peuvent induire des écarts parfois importants dans les réponses des patients. Il est important de demander au patient de coter sa douleur au moment présent, sa douleur la plus importante des 24 heures écoulées, sa douleur la plus faible des 24 heures écoulées, la moyenne de sa douleur des 24 heures.

L'ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

Cette échelle est la plus utilisée et peut se présenter soit sous forme de réglette, soit sous forme écrite. Lorsqu'elle se présente sous forme écrite on demande au patient de marquer le niveau de sa douleur sur une ligne de 10 cm. Lorsqu'elle se présente sous forme de réglette, celle-ci comporte deux faces :

- sur la face que l'on présente au patient se trouve un trait horizontal de 10 cm avec à chaque extrémité un qualificatif , à gauche "pas de douleur", à droite "douleur maximale imaginable",
- sur la face évaluateur, il y a une graduation de 0 à 10 cm.

On demande au patient de déplacer le curseur figurant sur la réglette et le soignant relève le chiffre correspondant à l'endroit où le patient a placé ce curseur.



L'orientation que l'on donne à la réglette à son importance :

- la présentation verticale est moins satisfaisante car souvent la réglette est comparée à un thermomètre, ce qui est source d'erreur de compréhension,
- la présentation horizontale est plus adéquate, mais il s'agira de faire attention aux personnes qui écrivent de la droite vers la gauche et aux gauchers.

C'est un outil réputé sensible qui offre un choix de réponses non mémorisables par le patient d'une évaluation à l'autre. Ce type d'évaluation est facilement reproductible, et des mesures rapprochées sont possibles. La majorité des auteurs estime qu'elle a une bonne validité. Près de 20% des patients ne la comprennent pas (enfants, personnes âgées, patients ayant des capacités d'attention ou d'abstraction restreintes,...). Les EVA sont fiables à condition qu'au niveau des extrémités se trouve un qualificatif d'intensité et non un autre qualificatif (intolérable, insupportable,...). L'utilisation des réglettes nécessite une lecture du score, il y a donc une possibilité d'erreur de lecture.

L'ECHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)

C'est une échelle d'auto-appréciation dans laquelle on retrouve en général 5 descripteurs ordonnés : pas de douleur, faible, modérée, intense, extrêmement intense. Le patient choisit un qualificatif correspondant à l'intensité de sa douleur.

L'EVS est moins sensible que l'EVA car il n'y a que 5 réponses possibles (Y a-t-il une égalité entre les intervalles des différents paramètres faible-modérée, modérée-intense,...?). Comprise par 98 % des patients, elle est facilement reproductible.

L'ECHELLE NUMERIQUE (EN)

Il est proposé au malade de donner un chiffre à sa douleur. Ce chiffre est compris entre 0 et 100, zéro correspondant à l'absence de douleur, et 100 à la douleur maximale imaginable. Moins utilisée que les deux autres échelles, elle permet de mesurer l'intensité de la douleur d'un malade qui, pour des raisons de langage par exemple, ne serait pas en mesure d'intégrer les qualificatifs utilisés dans les EVA ou EVS, les chiffres étant universellement compris. L'EN peut servir à l'évaluation d'un soulagement et on demande au patient de l'exprimer en pourcentage. Seuls 2 % des patients sont incapables de répondre à l'EN.

Ces trois types d'échelles évaluent de façon unidimensionnelle la douleur qui est un phénomène pluridimensionnel (sensoriel, émotionnel,..), d'où le problème de validité du contenu de la réponse. La douleur sera plus cotée si le patient est anxieux ou déprimé, fait une analyse catastrophique de sa douleur, de sa cause, de sa persistance (surtout s'il est dans l'ignorance du diagnostic causal), présente des attentes négatives face aux traitements (peur de la morphine,..), n'est pas en confiance avec l'évaluateur. Ce qui revient à dire que ces échelles informent plus sur le vécu de la douleur que sur l'intensité sensorielle.

ECHELLES PLURIDIMENSIONNELLES

Il s'agit de questionnaires d'adjectifs qui analysent plus particulièrement les composantes sensorielles et émotionnelles. Les questionnaires sont divisés en plusieurs rubriques ou catégories et chaque catégorie comprend des sous-classes. Ces échelles plus complexes à manipuler sont essentiellement utilisées dans le cadre de l'évaluation d'une douleur chronique. Les plus connues sont :

- le MPQ (Mac Gill Pain Questionary) élaboré par Melzack et Wall
- le QDSA (Questionnaire Douleur Saint-Antoine) qui est une adaptation française du MPQ. Il comporte 58 qualificatifs répartis en 16 sous-classes, 9 sensorielles et 7 affectives. On demande au patient de sélectionner, au sein de chaque classe concernée, les meilleurs descripteurs de sa douleur et de leur attribuer une note 0 (pas du tout) et 4 (extrêmement). On calcule alors par sommation : un score total (somme des notes de A à P), un score sensoriel (somme attribuée de A à I), un score affectif (somme attribuée de J à P) (voir annexe n° 1).

Ce type de questionnaire peut être réitéré à condition que les intervalles entre les évaluations ne soient pas trop courts. Il permet de mesurer l'efficacité de la thérapeutique sur chacune des dimensions, sensorielle et émotionnelle. Il n'est pas indiqué en cas de douleur intense, d'extrême fatigue, ou chez des patients de niveau socioculturel trop bas ou dont le français n'est pas la langue maternelle. Reposant sur le langage, ce type de questionnaire demande une bonne coopération du patient.

ECHELLES COMPORTEMENTALES

Les répercussions de la douleur sur les comportements ou la qualité de vie en général peuvent être importantes. Ces éléments sont à inclure dans la démarche d'évaluation et on peut avoir recours à des échelles comportementales qui apprécient son retentissement sur la vie du patient (état de dépression : échelle de BECK ; état d'anxiété : échelle STAI ; échelle de prises médicamenteuses, échelles d'envahissement du langage par la plainte,...).

Pour les patients ayant des difficultés d'expression verbale (enfant en bas âge, patient présentant des troubles des fonctions supérieures, démence, aphasie,..) l'évaluation comportementale est le seul moyen dont nous disposons pour évaluer leur douleur. Il s'agit alors d'une hétéro-évaluation. Ce mode d'évaluation s'effectue par différents membres de l'équipe, à des moments différents de la journée (repos, mobilisation, lors d'un soin,...).

Mais le comportement douloureux du patient dépend de nombreuses variables qui influencent son évaluation. L'expression de la douleur par le patient dépend de ses origines culturelles, de sa personnalité intravertie ou extravertie, de son état émotionnel (état dépressif, anxiété). De même la perception du comportement par l'observateur dépend de sa propre personnalité (attitudes vis à vis du patient,...) de son expérience (personnelle, professionnelle,...) de sa disponibilité.

Toutes ces échelles fournissent des indices mais n'explorent pas la totalité de l'expérience douloureuse. Elles ne sont que des outils, utiles mais non indispensables.

EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT

QUELQUES PREALABLES

L'enfant possède dès la naissance les capacités neurophysiologiques nécessaires pour acheminer les influx nociceptifs de la périphérie vers le système nerveux central. Contrairement à la croyance qui perdure, l'enfant nouveau-né ressent la douleur. Chez le tout-petit, le stress et la douleur sont très intriqués, les réactions physiologiques et comportementales sont superposables. Le terme de détresse peut alors être employé. L'envahissement massif par la douleur est dû au fait que l'enfant ne possède pas les capacités cognitives qui lui permettraient de réduire les effets de la douleur.

La définition de la douleur chronique fait référence au temps (douleur supérieure à 3 ou 6 mois selon les auteurs). Un enfant de 3 mois qui souffre en permanence depuis sa naissance peut être considéré comme douloureux chronique.

RECONNAITRE LA DOULEUR D'UN ENFANT

Pour aborder un enfant douloureux, il est nécessaire de faire preuve de patience et d'attention, de l'observer à distance, et de lui laisser la possibilité de rester dans les bras de ses parents. Lorsque l'enfant sera "apprivoisé", un examen clinique approfondi et rigoureux sera possible. Le petit enfant ne possède pas la capacité de communiquer sa douleur à l'entourage et la qualité de l'observation par un tiers sera essentielle. L'interrogatoire des parents complètera les observations recueillies : qualité du sommeil, capacité de se consoler, troubles de l'alimentation.

CHEZ LE NOUVEAU-NE

L'observation de l'enfant nouveau-né en pédiatrie portera sur deux types de manifestations :

LES MODIFICATIONS NEUROVEGETATIVES

- Tachycardie
- Fréquence respiratoire modifiée
- Hypertension artérielle
- Désaturation de l'hémoglobine en oxygène
- Augmentation du rythme respiratoire
- Augmentation des besoins en oxygène
- Cyanose générale

LES MODIFICATIONS COMPORTEMENTALES

- Agitation
- Crispation
- Modification de la tonicité
- Mouvements de défense
- Consolabilité difficile à obtenir

Succion perturbée

Les enregistrements vidéo pratiqués dans certaines unités de pédiatrie néonatale ont révélé des signes de douleur tels que le froncement des sourcils, du front, du sillon nasolabial, en complément des modifications comportementales. Dans le cas d'une hospitalisation de longue durée, la pratique quotidienne d'actes invasifs répétés, la contention des membres, l'utilisation de sédatifs qui abolissent ou émoussent le tonus musculaire de l'enfant, ne permettent pas d'utiliser l'activité motrice comme élément primordial d'observation.

LES ECHELLES D'EVALUATION

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation de la douleur:

- l'échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN) repose sur 5 items (visage, corps, sommeil, relation, réconfort). Elle est utilisée en cas de situation douloureuse durable et elle nécessite un temps d'observation prolongée du bébé (4 à 8 heures). (annexe n° 2),
- le score AMIEL-TISON (annexe n° 3) permet d'évaluer la douleur post-opératoire du nouveau-né,
- l'échelle CRIES prend en compte les pleurs (Crying) les besoins en oxygène (Requir O₂ for saturation > 95), l'augmentation des paramètres vitaux (Increased vital signs), l'expression faciale (Expression), le degré d'insomnie (Sleepless). Elle est plus centrée sur les douleurs aiguës. Il existe une variante destinée aux prématurés (Premature Infant Pain Profile ou PIPP).

L'observation ponctuelle de l'enfant sur une brève période ne donne qu'un instantané qui peut être source d'erreurs :

- par défaut : enfant calme alors qu'une agitation était présente dans l'heure précédente,
- par excès : enfant agité alors qu'il était calme dans l'heure précédente.

La consolabilité doit toujours être explorée face à un enfant qui pleure et qui s'agite. Quelques causes d'agitation non dues à la douleur peuvent ainsi être identifiées et traitées :

- besoin d'une présence rassurante : bercer l'enfant dans son lit puis dans ses bras,
- enfant attaché dans son lit : libérer les attaches,
- soif, faim : biberon si pas de contre-indications médicales ,
- besoin de succion : donner la sucette,
- séparation d'avec les parents : favoriser la présence des parents.

CHEZ L'ENFANT PLUS GRAND

Chez l'enfant plus grand, l'utilisation de l'EVA, l'EN ou l'EVS est possible. D'autres modalités d'évaluation existent :

- les planches de visages sur lesquelles figurent des expressions correspondant à des intensités de douleur. Certains enfants ne parviennent pas à utiliser cet outil car ils identifient "l'enfant qui pleure" à "un enfant qui n'est pas beau",
- l'utilisation du dessin et du schéma corporel permet à l'enfant de colorier l'endroit de sa douleur,
- les algocubes : on propose à l'enfant un jeu de cubes de différentes tailles et on lui demande de choisir le cube dont la taille correspond à l'intensité de sa douleur . Il faut veiller à utiliser une formulation adéquate en fonction de l'âge de l'enfant.
- il existe des scores destinés plus spécifiquement à l'évaluation de la douleur post-opératoire, comme par exemple le score CHEOPS (annexe n° 4),
- enfin, pour l'évaluation des douleurs chroniques, c'est l'échelle DEGR (Douleur Enfants Gustave Roussy) qui est utilisée (annexe n° 5).

PARTICULARITE DE L'EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT POLYHANDICAPE

L'appréciation de la douleur chez l'enfant polyhandicapé est rendue difficile du fait même de la restriction extrême de l'autonomie, des possibilités de perception, d'expression et de relation. Il existe une échelle d'évaluation de la douleur chez l'enfant handicapé, appelée échelle SAN SALVADOR (annexe n° 6).

EVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LE SUJET ÂGE

Les perceptions douloureuses du sujet âgé sont identiques à celles du sujet jeune mais l'âge semble agir comme "un modulateur de la souffrance". Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette différence. D'une part, la vieillesse conduit souvent à minimiser la souffrance (stoïcisme du patient âgé), d'autre part, il peut exister des altérations des fonctions supérieures responsables de difficultés d'expression de la douleur (aphasie, démence,..) et, enfin, la diminution spontanée des activités peut faire passer inaperçues certaines affections.

Plusieurs outils sont à notre disposition. Outre l'EVA ou l'EVS qui peuvent être utilisées si l'état mental du sujet le permet, on pourra faire appel aux échelles comportementales qui permettront d'étudier à la fois le retentissement somatique et psychomoteur de la douleur sur les actes de la vie quotidienne. Ces échelles ont été élaborées à partir des différents questionnaires et grille d'évaluation existants et adaptés au sujet âgé, par exemple l'échelle DOLOPLUS (annexe n° 7).

Annexe 1 : Qualificatifs de douleur du "QDSA"

Battement	Tiraillement	Nauséeux
Pulsation	Étirement	Suffocante
Elancement	Distension	Syncope
En clair	Déchirure	
Décharge électrique	Torsion	
Coup de marteau	Arrachement	
Rayonnante	Chaleur	Inquiétude
Irradiante	Brûlure	Oppressante
		Angoissante
Piqûre		Harcelante
Coupure	Froid	Obsédante
Pénétrante	Glace	Cruelle
Transperçante		Torturante
Coup de poignard		Suppliciante
Pincement	Engourdissement	Gênante
Serrement	Lourdeur	Désagréable
Compression	Sourde	Pénible
Ecrasement	Fatigante	Insupportable
En étau	Épuisante	Enervante
Broiement	Éreintante	Exaspérante
		Horripilante
		Déprimante
		Suicidaire
		Faible
		Modérée
		Forte
		Extrêmement forte

Annexe 2 : Grille de douleur et d'inconfort du nouveau né (EDIN)

T. Debillon et al Semeiologie de la douleur chez le prématuré. Arch. Pediatr, 1 : 1085-1092, 1994, 1.

Grille utilisable chez le nouveau-né hospitalisé (à terme ou prématuré) non pour une douleur aigue brève mais pour une douleur durable liée à une pathologie prolongée (entérocólite...) ou à la répétition de soins douloureux. Cette grille nécessite un temps d'observation prolongé de l'enfant (4 à 8 heures).

ITEM	PROPOSITIONS	RESULTAT
VISAGE	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : Froncement des sourcils/Lèvres pincées/Plissement du menton/Tremblement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé	
CORPS	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente : crispation des extrémités et raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé	
SOMMEIL	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des doins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil	
RELATION	0 Sourit aux anges, sourire réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse contact, aucune relation possible. Hurllement ou gémissement sans la moindre stimulation	
RECONFORT	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement	

	3 Inconsolable, Succion désespérée	
--	---	--

Annexe 3 : SCORE AMIEL-TISON (Score de douleur post-opératoire pour les enfants de 0 à 3 mois) Attia J, Amiel-Tison C, Mayer MN, Shnider SM, Barrier G. Measurement of postoperative pain and narcotic administration in infants using a new clinical scoring system. Anesthesiology 67 : A 532, 1987.

Ce score varie de 0 à 20

ATTENTION: la cotation est ici inversement proportionnelle à la douleur : une douleur majeure sera cotée à moins de 10 et un enfant parfaitement calmé sera coté à 20.

Un score inférieur à 15 nécessite une thérapeutique antalgique adaptée.

SCORE	0	1	2
Enfant éveillé au moment de l'examen			
1.Sommeil pendant les 30 min précédent l'examen	non	courtes périodes >5 minutes	sommeil calme >10 minutes
2. Mimique douloureuse	marquée, permanente	peu marquée, intermittente	calme et détendue
3. Qualité du cri	répétitif, aigu, "douloureux"	normal, modulé	pas de cri
4. Motricité spontanée	agitation incessante	agitation modérée	motricité normale
5. Excitabilité spontanée	trémulations, clonies, Monro spontané	réactivité excessive	calme
6. Crispation des doigts, mains et pieds	très marquée, globale	peu marquée, dissociée	absente
7. Succion	non, ou quelques mouvements anarchiques	discontinue, interrompue par les cris	forte, rythmée, pacifiante
8. Evaluation globale du tonus	très hypertonique	modérément hypertonique	normal pour l'âge

9. Consolabilité	non, après 2 minutes d'effort	calmé après 1 minute d'efforts	calmé < 1 minute
10. Sociabilité	absente	difficile à obtenir	facile, prolongée

Annexe 4 : SCORE CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Postoperative Scale) Mc Grath PJ, Johnson G, Goodman JT, Schillinger J, Dunn J, Chapman J. The CHEOPS : a behavioral scale to measure postoperative pain in children, pp 395-402. In : Fiels HL, Dubner R, Cerveto F(Eds) Advances in pain research and therapy. New-York, Raven Press, 1985.

Evaluation de la douleur postopératoire de l'enfant de 1 à 5 ans

CRITERE	COMPORTEMENTS OBSERVES	score
cris-pleurs	absents	1
	gémissements, pleurs	2
	cri vigoureux, sanglots	3
expression du visage	sourire, faciès résolument positif	0
	faciès neutre, expressivité nulle	1
	grimaces, faciès résolument négatif	2
verbalisation	l'enfant parle et ne se plaint de rien	0
	nulle: l'enfant ne parle pas	1
	l'enfant se plaint mais pas de souffrir	1
	l'enfant se plaint de souffrir	2
attitude corporelle	corps au repos	1
	agitation, mouvements désordonnés, rigidité enfant	2
	debout dans son lit	2
désir de toucher la plaie	non	1
	oui	2
membres inférieurs	au repos ou rares mouvements	1
	mouvements incessants, coups de pied	2
	se met debout, s'accroupit ou s'agenouille	2

Annexe 5 : Echelle douleur enfants Gustave Roussy (DEGR)

ITEM	COTATION 0	COTATION 1	COTATION 2	COTATION 3	COTATION 4
1.Position antalgique au repos	Absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment.	L'enfant semble éviter certaines positions.	L'enfant évite certaines positions mais n'en paraît pas gêné.	L'enfant choisit une position antalgique évidente, qui lui apporte un certain soulagement.	L'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.
2. Manque d'expressivité	L'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.	L'enfant paraît un peu terne, éteint.	Au moins un des signes suivants : traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent.	Plusieurs des signes ci-contre sont nets.	Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.
3. Protection spontanée des zones douloureuses	L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.	L'enfant évite les heurts violents.	L'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.	L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.	Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.
4. Plaintes somatiques	Pas de plainte : l'enfant dit qu'il n'a pas mal.	Plaintes "neutres" : - sans expression affective (dit en passant "j'ai mal") ; - et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).	Au moins un des signes suivants : - a suscité la question "Qu'est-ce que tu as, tu as mal?" ; - voix geignarde pour dire qu'il a mal ; - mimique expressive accompagnant la plainte.	En plus de la cotation 2, l'enfant : - a attiré l'attention pour dire qu'il a mal ; - a demandé un médicament.	C'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.

5. Attitude antalgique dans le mouvement	L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.	L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.	L'enfant prend des précautions pour certains gestes.	L'enfant évite nettement de faire certains gestes, il se mobilise avec prudence et attention.	L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.
6. Désintérêt pour le monde extérieur	L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut fixer son attention et est capable de se distraire.	L'enfant s'intéresse à son environnement mais sans enthousiasme.	L'enfant s'ennuie facilement mais peut être stimulé.	L'enfant se traîne, incapable de jouer, il regarde passivement.	L'enfant est apathique et indifférent à tout.
7. Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (mobilisation passive)	L'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière.	L'enfant a un regard attentif quand on le mobilise.	En plus de la cotation 1, l'enfant montre qu'il faut faire attention en le remuant.	En plus de la cotation 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant.	L'enfant s'oppose à toute initiative du soignant ou obtient qu'aucun geste ne soit fait sans son accord.
8. Localisation de zones douloureuses par l'enfant	Pas de localisation : à aucun moment, l'enfant ne désigne une partie de son corps comme gênante.	L'enfant signale, uniquement verbalement, une sensation pénible dans une région vague sans autre précision.	En plus de la cotation 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région.	L'enfant désigne avec la main une région douloureuse précise.	En plus de la cotation 3, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de sa douleur.
9. Réactions à l'examen des zones douloureuses	Aucune réaction déclenchée par l'examen.	L'enfant manifeste. juste au moment où on l'examine, une certaine réticence.	Lors de l'examen, on note au moins un de ces signes: raideur de la zone examinée, crispation du visage, pleurs brusques, blocage respiratoire.	En plus de la cotation 2, l'enfant change de couleur, transpire, geint ou cherche à arrêter l'examen.	L'examen de la région douloureuse est quasiment impossible, en raison des réactions de l'enfant.

<p>10. Lenteur et rareté des mouvements</p>	<p>Les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés, et lui apportent un certain plaisir.</p>	<p>L'enfant est un peu lent, et bouge sans entrain.</p>	<p>Un des signes suivants: - latence du geste, - mouvements restreints. - gestes lents; - initiatives motrices rares.</p>	<p>Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.</p>	<p>L'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger.</p>
---	--	---	---	--	--

Annexe 6 : .Echelle douleur enfant San Salvador

ITEM 1 : Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes).

0 : *Se manifeste comme d'habitude*

1 : *Semble se manifester plus que d'habitude*

2 : *Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux*

3 : *Pleurs et/ou cris spontanés et tout fait inhabituels*

4 : *Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)*

ITEM 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (l'effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenchent une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense).

0 : *Réaction habituelle*

1 : *Semble réagir de façon inhabituelle*

2 : *Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel*

3 : *Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement*

4 : *Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs*

ITEM 3 : Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux).

0 : *Se manifeste comme d'habitude*

1 : *Faciès inquiet inhabituel*

2 : *Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux*

3 : *Mimique douloureuse spontanée*

4 : *Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)*

ITEM 4 : Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact).

0 : *Réaction habituelle*

1 : *Semble redouter le contact d'une zone particulière*

2 : *Protège une région précise de son corps*

3 : *Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement*

4 : *Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs*

Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun contrôle moteur des membres supérieurs

ITEM 5 : Gémissements ou pleurs silencieux (gémissement au moment des manipulations ou spontanément de façon intermittente ou permanente).

0 : *Se manifeste comme d'habitude*

1 : *Semble plus geignard que d'habitude*

2 : *Geint de façon inhabituelle*

3 : *Gémissements avec mimique douloureuse*

4 : *Gémissements entrecoupés de cris et de pleurs*

ITEM 6 : Intérêt pour l'environnement (s'intéresse spontanément à l'animation ou aux objets qui l'environnent).

0 : Se manifeste comme d'habitude

1 : Semble moins intéressé que d'habitude

2 : Baisse de l'intérêt, doit être sollicité

3 : Désintérêt total, ne réagit pas aux sollicitations

4 : Etat de prostration tout à fait inhabituel

Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucun intérêt

ITEM 7 : Accentuation des troubles du tonus (augmentation des raideurs, des trémulations, spasmes en hyperextension...).

0 : Manifestations habituelles

1 : Semble plus raide que d'habitude

2 : Accentuation des raideurs lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux

3 : Même signe que 1 et 2 avec mimique douloureuse

4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs

ITEM 8 : Capacité à interagir avec l'adulte (communique par le regard, la mimique ou les vocalises à son initiative ou lorsqu'il est sollicité).

0 : Se manifeste comme d'habitude

1 : Semble moins impliqué dans la relation

2 : Difficultés inhabituelles pour établir un contact

3 : Refus inhabituel de tout contact

4 : Retrait inhabituel dans une indifférence totale

Cet ITEM est non pertinent lorsqu'il n'existe aucune possibilité de communication

ITEM 9 : Accentuation des mouvements spontanés (motricité volontaire ou non, coordonnée ou non, mouvements choréiques, athétosiques, au niveau des membres ou de l'étage céphalique...).

0 : Manifestations habituelles

1 : Recrudescence possible des mouvements spontanés

2 : Etat d'agitation inhabituel

3 : Même signe que 1 ou 2 avec mimique douloureuse

4 Même signe que 1, 2 ou 3 avec cris et pleurs

ITEM 10 : Attitude antalgique spontanée (recherche active d'une posture inhabituelle qui semble soulager) ou repérée par le soignant.

0 : Position de confort habituelle

1 : Semble moins à l'aise dans cette posture

2 : Certaines postures ne sont plus tolérées

3 : Soulagé par une posture inhabituelle

4 : Aucune posture ne semble soulager

FAIRE LE TOTAL SUR 40 :

A partir de 6, la douleur est certaine, il faut traiter (à partir de 2, il y a un doute)

La cotation est établie de façon rétrospective sur 8 heures et selon le modèle suivant :

0	Manifestations Habituelles
1	Modification Douteuse
2	Modification Présente
3	Modification Importante
4	Modification Extrême

En cas de variation durant cette période, tenir compte de l'intensité maximum des signes. Lorsqu'un ITEM est dépourvu de signification pour le patient étudié, il est coté au niveau zéro.

NOM :

DATE :

PRENOM :

EXAMINATEUR :

INFORMATIONS DE BASE

(1) L'enfant crie-t-il de façon habituelle ? Si oui, dans quelles circonstances ?
Pleure-t-il parfois ? Si oui, pour quelles raisons ?

(2) Existe-t-il des réactions motrices habituelles lorsqu'on le touche ou le manipule ? Si oui, lesquelles (sursaut, accès tonique, trémulations, agitation, évitement) ?

(3) L'enfant est-il habituellement souriant ? Son visage est-il expressif ?

(4) Est-il capable de se protéger avec les mains ?
Si oui, a-t-il tendance à le faire lorsqu'on le touche ?

(5) S'exprime-t-il par des gémissements ? Si oui, dans quelles circonstances ?

(6) S'intéresse-t-il à l'environnement ?
Si oui, le fait-il spontanément ou doit-il être sollicité ?

(7) Ses raideurs sont-elles gênantes dans la vie quotidienne ? Si oui, dans quelles circonstances ? (donner des exemples)

(8) Est-ce qu'il communique avec l'adulte ?
Si oui, recherche-t-il le contact ou faut-il le solliciter ?

(9) A-t-il une motricité spontanée ?
Si oui, s'agit-il de mouvements volontaires, de mouvements incoordonnés, d'un syndrome choréoathétosique ou de mouvements réflexes ?
Si oui, s'agit-il de mouvements occasionnels ou d'une agitation incessante ?

(10) Quelle est sa position de confort habituelle ?
Est-ce qu'il tolère bien la posture assise ?

Annexe 7 : Echelle DOLOPLUS

ECHELLE DOLOPLUS[®]

NOM : Prénom : Service :

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

Observation Comportementale		dates			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> • pas de plainte • plaintes uniquement à la sollicitation • plaintes spontanées occasionnelles • plaintes spontanées continues 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2. Position antalgique au repos	<ul style="list-style-type: none"> • pas de position antalgique • le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle • position antalgique permanente et efficace • position antalgique permanente inefficace 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3. Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> • pas de protection • protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins • protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins • protection au repos, en l'absence de toute sollicitation 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4. Mimique	<ul style="list-style-type: none"> • mimique habituelle • mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation • mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation • mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
5. Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • sommeil habituel • difficultés d'endormissement • réveils fréquents (agitation motrice) • insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilités habituelles inchangées • Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) • Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels • Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7. Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> • possibilités habituelles inchangées • possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) • possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) • mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8. Communication	<ul style="list-style-type: none"> • inchangée • intensité (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) • diminuée (la personne s'isole) • absence ou refus de toute communication 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9. Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> • participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques) • participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation • refus partiel de participation aux différentes activités • refus de toute vie sociale 	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10. Troubles du comportement.	<ul style="list-style-type: none"> • comportement habituel • troubles du comportement à la sollicitation, itératifs 	0	0	0	0
		1	1	1	1

	<ul style="list-style-type: none"> • troubles du comportement à la sollicitation permanents • troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) 	2	2	2	2
		3	3	3	3
	SCORE				