



Rédacteur(s)	Valideur(s)
✓ Dr François JEDRYKA - PH CETD ✓ Laure SEGURA - IDE Coordinatrice du CLuD	✓ Pr Eric VIEL - chef de service CETD et Président du CLuD

L'évaluation de la douleur doit être **SYSTEMATIQUE** pour tous les patients **même chez ceux qui n'expriment aucune plainte spontanément**. La douleur est considérée comme le **5ème signe vital** de surveillance quotidienne des patients et doit être relevée avec la même régularité que la pression artérielle, la température, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire. Pour être efficace, le traitement de la douleur nécessite une évaluation :

- **QUALITATIVE** qui permet de diagnostiquer les causes de la douleur donc la mise en place d'une stratégie thérapeutique.
- **QUANTITATIVE** qui permet l'adaptation de la stratégie thérapeutique en fonction de son efficacité.

## I. EVALUATION QUALITATIVE DE LA DOULEUR

### ➤ Interroger le patient sur : (où quand)

- Localisation, irradiation
- Profil évolutif : continue, au repos, à la mobilisation, diurne, nocturne, accès douloureux.
- Durée

### ➤ Rechercher le type de douleur (comment)

- Douleur nociceptive
- Douleur neuropathique questionnaire DN4 (**ECLU015**) pour les détecter (cf. douleur neuropathiques)
- Douleur mixte associant douleur nociceptive et douleur neuropathique
- Douleur nociplastique /dysfonctionnelle (cf. chapitre douleur nociplastique)

## II. EVALUATION QUANTITATIVE DE LA DOULEUR

### ➤ demander au patient de coter l'intensité de sa douleur

- Au repos
- Lors des mobilisations
- **REEVALUATION** : après prise en charge antalgique (en moyenne 1 à 2 heures)

La perception de la douleur est une expérience personnelle subjective, Influencée par le vécu personnel du patient (culture, expérience de la douleur histoire de vie) et le vécu du soignant.

L'utilisation **systematique** d'échelles d'évaluation (**OUTILS SPECIFIQUES CONNUS REPRODUCTIBLES FIABLES**) **permet d'éviter des « dérapages » d'interprétation :**

En cas d'intensité douloureuse : EN ≥4 ou EVA ≥ 4 ou EVS=2 ou ALGOPLUS ≥4

Une surveillance REGULIERE du score douleur doit être effectuée et tracée dans la pancarte du DPI.

Une Réévaluation du score douleur est OBLIGATOIRE après la mise en place d'une stratégie thérapeutique

Utiliser toujours la même échelle d'évaluation de la douleur pour le même patient

### III. ECHELLES D'ÉVALUATION QUANTITATIVE DE LA DOULEUR (AUTO ÉVALUATION)

Le choix de l'échelle d'intensité dépend de sa compréhension par le patient. Une fois choisie, elle doit toujours être la même pour le même patient.

*(Sont présentés ci-dessous les outils retenus et utilisés par le CLuD du CHU de NIMES)*

#### Echelle Visuelle Analogique EVA

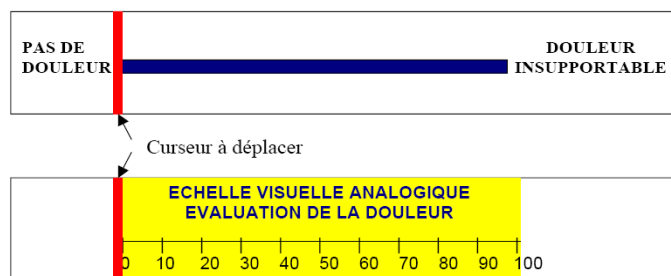
Echelle d'auto évaluation sensible, reproductible, fiable, validée utilisable en douleur chronique comme en douleur aiguë mesure l'intensité de la douleur de 0 à 10.

Réglette en plastique de 10 cm graduée en mm présentée au patient horizontalement (ou verticalement)

Sur la face présentée au patient se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite l'une des extrémités correspond à absence de douleur l'autre à douleur maximale imaginable.

Le patient positionne le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur.

L'autre face (vue par le soignant) est graduée en millimètres, le curseur mobilisé permet de lire l'intensité de la douleur (peut aussi être graduée de 0 à 10).



#### Échelle Numérique (EN)

Cotée de 0 à 10. L'Echelle Numérique, consiste à demander au patient de donner une note entre :

0 (« je n'ai pas mal du tout ») et 10 (« j'ai la pire douleur imaginable »).

#### Echelle Verbale Simple (EVS) :

- EVS = 0 Douleur absente
- EVS = 1 Douleur faible
- EVS = 2 Douleur modérée
- EVS = 3 Douleur intense

L'Echelle Verbale Simple peut-être intéressante au cours de l'évaluation initiale d'une douleur nociceptive ou chez les patients âgés (douleur traumatique aux urgences par exemple) pour décider d'une conduite à tenir. Ensuite, une fois le traitement initial mis en place, il faut probablement lui préférer une échelle d'auto-évaluation plus sensible comme l'EVA ou l'EN.

#### IV. DEPISTAGE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Les douleurs neuropathiques représentent toutes douleurs en lien avec une atteinte du système nerveux somatosensoriel.

On évoque donc le diagnostic de douleur neuropathique sur trois arguments :

- Un contexte étiologique neurologique évocateur
- une systématisation du territoire douloureux compatible avec l'étiologie neurologique retenue
- Une symptomatologie stéréotypée dans ce territoire à dépister par l'utilisation du questionnaire DN4.



#### Questionnaire DN4 estimer la probabilité d'une Douleur Neuropathique

Veillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par "OUI" ou par "NON".  
En sachant que : OUI = 1 point et NON = 0 point. Valeur seuil pour le diagnostic de douleur neuropathique : 4/10 (Spécificité : 81,2 %, Sensibilité : 78 %)

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

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

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

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

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

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

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

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

## V. CAS PARTICULIER EVALUATION DES PATIENTS NON COMMUNICANTS

### (Ou dyscommunicants)

1.

### 2. LE PATIENT AGE (protocole PCLU005 et SCLU014)

La personne âgée, en absence de communication verbale, ressent la douleur sans pouvoir toujours la verbaliser.

**La douleur non prise en charge peut avoir des conséquences néfastes sur le devenir de la personne âgée.**

La difficulté de l'identification et de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée nécessite l'utilisation d'échelles d'évaluation spécifiques prenant en compte le comportement de ces personnes âgées.

Cette évaluation est la garantie d'une prise en charge optimale de la douleur. Des échelles d'hétéroévaluation peuvent être choisies selon le contexte : AlgoPlus, ECPA (voir ci-dessous).

### Echelle ALGOPLUS\* (rectifiée score ramené sur 10) (SCLU009)

**Attention** cette échelle permet de **dépister** la douleur **pas de la coter** elle doit être suivie d'un test thérapeutique.

La simple observation **d'un seul** comportement suffit pour coter « oui » pour le domaine concerné. La grille AlgoPlus peut être remplie par le médecin, l'infirmière, l'aide-soignante, le kiné...

Erreurs fréquemment rencontrées :

- L'item « plainte orale » est coté « non » alors que le patient crie et ce car le symptôme est attribué à des troubles cognitifs (démence) ou parce qu'il est habituel.
- Agrippement à la barrière du lit est coté « non » parce qu'il est attribué à la peur de tomber. L'agrippement doit être coté « oui » quel que soit le support (barrière de lit, soignant ou autre support).



### Échelle ALGOPLUS normalisée sur 10

Échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale - Score de 0 à 10 - **Seuil de traitement = 4/10**

*Type de douleur évaluée : douleur aiguë, accès douloureux transitoires (névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer...), douleur provoquée par les soins ou actes diagnostic*

		Oui (= 2)	Non (= 0)
<b>1. Visage :</b>	Froncement sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé		
<b>2. Regard :</b>	Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés		
<b>3. Plaintes orales :</b>	"Aie", "Ouille", "j'ai mal", gémissements, cris		
<b>4. Corps :</b>	Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées		
<b>5. Comportements :</b>	Agitation ou agressivité, agrippement		
<b>TOTAL</b>		<b>/10</b>	

*La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui ». Chaque item coté « oui » est compté 2 points. Un score  $\geq 4/10$  permet de diagnostiquer la présence d'une douleur avec une **sensibilité de 87%** et une **spécificité de 80%** et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique. Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations.*

**Echelle comportementale du patient âgé ECPA (SCLU008)**

Echelle d'hétéro évaluation de la douleur induite par les soins, l'ECPA comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4.

Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de : 0 (Absence de douleur) à 32 (douleur totale).

**Un score  $\geq 5$  est synonyme de douleur**

Coter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire.

Plusieurs cotations au cours du temps sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des traitements

<i>I partie : Observation avant le soin</i>		
<b>1/ Expression du visage :</b> Regard et mimique	Visage détendu. Visage soucieux. Le sujet grimace de temps en temps. Regard effrayé et/ou regard crispé. Expression complètement figée.	0 1 2 3 4
<b>2/ Position spontanée au repos</b> (recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)	Aucune position antalgique. Le sujet évite une position. Le sujet choisi une position antalgique. Le sujet recherche sans succès une position antalgique Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	0 1 2 3 4
<b>3/ Mouvement</b> (ou mobilité) du patient (hors et ou dans son lit)	Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* Immobilité contrairement à son habitude* Rareté des mouvements ou forte agitation, contrairement à son habitude	0 1 2 3 4
<b>4 /Relation à autrui</b> (Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression)	Même type de contact que d'habitude. Contact plus difficile à établir que d'habitude. Evite la relation contrairement à l'habitude. Absence de tout contact contrairement à d'habitude* Indifférence totale contrairement à l'habitude.*	0 1 2 3 4
<i>II partie : Observation pendant les soins</i>		
<b>5/ Anticipation anxieuse aux soins</b>	Le sujet ne montre pas d'anxiété. Angoisse du regard, impression de peur. Sujet agité. Sujet agressif. Cris, soupirs, gémissements.	0 1 2 3 4
<b>6/ Réaction pendant la mobilisation</b>	Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière. Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins. Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins. Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins. Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins.	0 1 2 3 4
<b>7 / Réactions pendant les soins des zones douloureuses</b>	Aucune réaction pendant les soins. Réaction pendant les soins sans plus. Réaction au toucher des zones douloureuses. Réaction à l'effleurement des zones douloureuses. L'approche des zones est impossible.	0 1 2 3 4
<b>8/ Plaintes exprimées pendant les soins</b>	Le sujet ne se plaint pas. Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui. Le sujet se plaint en présence du soignant Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne. Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne.	0 1 2 3 4

### 3. LE NOUVEAU NE OU L'ENFANT (PCLU001)

L'évaluation de la douleur de l'enfant doit être réalisée avec une échelle validée adaptée à l'âge et au développement de l'enfant, ainsi qu'au contexte de la douleur (aiguë chronique)

#### A/ Enfant âge ≤ 4 ans ou enfant polyhandicapé

##### Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau né EDIN :

Élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré (utilisable jusqu'à 6-9 mois)

Pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs) non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.

L'évaluation consiste à rechercher des signes de douleur en observant le comportement de l'enfant, suivant des items préétablis. Elle se réfère au comportement habituel de l'enfant ou à celui d'un enfant du même âge. Score de 0 à 15, seuil de traitement 5.

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, 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 soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil	
Relation	0 Sourire 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 le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation	
Réconfort	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	
<b>Score TOTAL</b>		

**Echelle FLACC (et FLACC modifiée pour les enfants handicapés) ECLU016**

Échelle comportementale simple et rapide d'emploi, valable à tout âge jusqu'à l'âge de l'autoévaluation, utilisable en douleur aiguë, y compris la douleur des soins, et pour la douleur de la personne avec handicap cognitif.

5 items comportementaux simples : visage, jambes, activité, cris, consolabilité.

Pour chaque item, 3 cotations possibles : 0 ou 1 ou 2, et la description précise correspondant à chaque niveau de douleur est fournie

Le seuil de traitement généralement admis est de 3-4/10.



**Échelle d'évaluation comportementale de la douleur FLACC et FLACC modifiée pour les enfants handicapés**

ECLU016A

Élaborée pour évaluer la douleur postopératoire chez l'enfant de 2 mois à 7 ans et chez l'enfant handicapé de la naissance à 18 ans - Validée aussi pour évaluer la douleur induite par les soins chez l'enfant de 5 à 16 ans. **Visage (Face) - Jambes (Legs) - Activité (Activity) - Cris (Cry) - Consolabilité (Consolability)**

Visage	0	Pas d'expression particulière ou sourire
	1	Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintérêt (semble triste ou inquiet)
	2	Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton (visage affligé ; expression d'effroi ou de panique)
Jambes	0	Position habituelle ou détendue
	1	Gêné, agité, tendu (trémulations occasionnelles)
	2	Coups de pieds ou jambes recroquevillées (augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents)
Activité	0	Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement
	1	Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu (moyennement agité - ex. : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif, respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents)
	2	Arc-bouté, figé ou sursaute (agitation sévère, se cogne la tête, tremblement - non rigide ; retient sa respiration ; halète ou inspire brutalement ; respiration saccadée importante)
Cris	0	Pas de cris (éveillé ou endormi)
	1	Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle (explosion verbale ou grognement occasionnel)
	2	Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes (explosion verbale ou grognement constant)
Consolabilité	0	Content, détendu
	1	Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Distrayable.
	2	Difficile à consoler ou à reconforter (repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort)
		Score total

Chacun des 5 items : (F) Visage, (L) Jambes, (A) Activité, (C) Cris, (C) Consolabilité, est coté de 0 à 2 ce qui donne un score total entre 0 et 10  
0 = détendu et confortable, 1-3 = léger inconfort, 4-6 = douleur modérée, 7-10 = douleur sévère ou inconfort majeur.



**INSTRUCTIONS POUR AIDE À LA COTATION**

**Patient éveillé :** observer pendant 2 à 5 minutes. Observer les jambes et le corps découvert. Repositionner le patient ou observer sa motricité, évaluer la rigidité ou le tonus. Consoler le patient si nécessaire.

**Patient endormi :** observer pendant au moins 5 minutes ou plus. Observer les jambes et le corps découvert. Si possible repositionner le patient. Toucher le corps et évaluer la rigidité ou le tonus.

Visage	cotez	0	Si le patient a un visage détendu, le contact visuel et s'il manifeste de l'intérêt pour son environnement.
		1	Si le patient a une expression du visage anxieuse, les sourcils froncés, les yeux mi-clos, les pommettes surélevées, la bouche pincée.
		2	Si le patient a des plis marqués sur le front (le front très crispé) et les yeux fermés, les mâchoires serrées ou la bouche ouverte et les sillons naso-labiaux accentués.
Jambes	cotez	0	Si le patient a une motricité et un tonus habituel au niveau des membres (jambes et bras)
		1	Si le patient a un tonus augmenté, une rigidité, une tension, des mouvements de flexion-extension intermittents des membres.
		2	Si le patient a une hypertonicité, les jambes raides, des mouvements de flexion-extension exagérés, des trémulations.
Activité	cotez	0	Si le patient se mobilise facilement et librement, s'il a une activité motrice habituelle.
		1	Si le patient change fréquemment de position ou au contraire hésite à bouger, si le torse est raide, si une partie du corps est tendue.
		2	Si le patient est figé ou au contraire se balance, bouge sa tête de part et d'autre, frotte une partie de son corps.
Cris	cotez	0	Si le patient n'émet aucun cri ou gémissement, qu'il soit éveillé ou endormi.
		1	Si le patient gémit, crie, pleure ou soupire de temps en temps.
		2	Si le patient gémit, crie, pleure fréquemment ou continuellement.
Consolabilité	cotez	0	Si le patient est calme et n'a pas besoin d'être consolé.
		1	Si le patient est reconforté par le toucher ou la parole en 30 à 60 secondes.
		2	Si le patient a besoin d'être reconforté en permanence ou ne peut être consolé.
		Score total	

Chacun des 5 items : (F) Visage, (L) Jambes, (A) Activité, (C) cris, (C) Consolabilité, est coté de 0 à 2 ce qui donne un score total entre 0 et 10  
0 = détendu et confortable, 1-3 = léger inconfort, 4-6 = douleur modérée, 7-10 = douleur sévère ou inconfort majeur.

## B/Enfant de plus de 4 ans

L'auto-évaluation a montré d'excellentes qualités métrologiques. Elle peut donc être utilisée en toute confiance, sous réserve d'explications adaptées au niveau de compréhension de l'enfant.

### L'échelle des visages (4 ans)

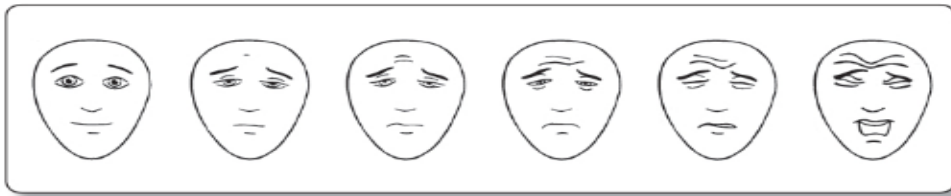
Ces visages montrent combien on peut avoir mal.

Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal.

Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment. »

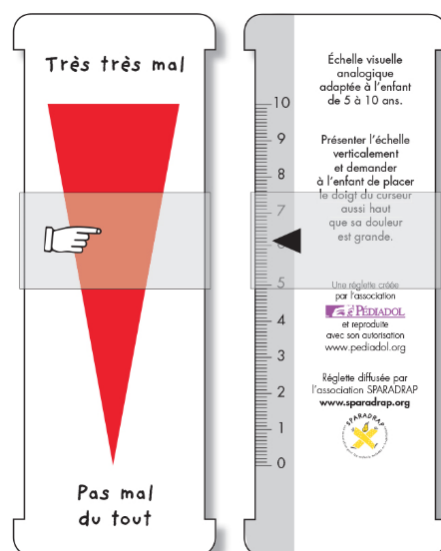
Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10.

0 correspond donc à « pas mal du tout » et 10 correspond à « très très mal ». Exprimez clairement les limites extrêmes : « pas mal du tout » et « très très mal ». N'utilisez pas les mots « triste » ou « heureux ». Précisez bien qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect affiché de leur visage.



### L'échelle visuelle analogique EVA (6 ans)

Outil d'auto-évaluation de référence dans cette classe d'âge. La présentation verticale est habituelle chez l'enfant la cotation se fait de 0 à 10, les extrémités doivent être formulées en termes neutres elle doit être dépourvue d'éléments ludiques.





#### 4. LE PATIENT EN REANIMATION (intubé /ventilé)

En réanimation, l'intensité de la douleur doit aussi être évaluée chez les patients

- Patients conscients : utiliser l'EVS, l'EVA ou l'EN, avec un support de taille adapté.
- Patients intubés et ventilés lors des soins douloureux : l'échelle **Behavioral Pain Scale** (score entre 3 et 12) peut être utilisée. Seuil de traitement 6

##### *Behavioral Pain Scale (BPS) \**

Critères	Aspects	Score
Expression du visage	Détendu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimace	4
Tonus des membres supérieurs	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
Adaptation au respirateur	Adapté	1
	Déclenchement ponctuel	2
	Lutte contre ventilateur	3
	Non ventilable	4