

## QUELQUES RAPPELS

- Le meilleur outil d'évaluation de l'intensité de la douleur est celui qui convient le mieux au patient.  
Une fois que vous l'avez trouvé, gardez-le.
- Il est essentiel que chaque soignant utilise le même outil chez un patient donné.
- Informez le patient des objectifs de l'évaluation et formez-le à l'utilisation des outils. Il trouvera du sens à ces évaluations et se sentira impliqué activement dans le soulagement de sa douleur.
- Un patient se décourage rapidement si les évaluations qu'il effectue ne sont pas suivies d'une amélioration de sa douleur.
- Privilégiez chaque fois que possible l'auto-évaluation, même chez les patients déments. Les outils d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA) sont réservés aux patients totalement incapables de communiquer.
- Les outils d'évaluation de l'intensité de la douleur ne reflètent qu'une dimension de la douleur. Leur utilisation isolée est susceptible d'induire un surinvestissement de l'approche pharmacologique et donc un surdosage médicamenteux au détriment d'autres approches.

*Ne comparez jamais l'évaluation d'un patient avec celle d'un autre.*

**Le malade est son propre contrôle.**

Le premier obstacle à une bonne antalgie est une évaluation insuffisante de la douleur.

- Il est essentiel de croire un patient se plaignant de douleurs.

Si les proches tendent à surestimer l'intensité de la douleur du patient, les soignants la sous-estiment souvent. Une bonne manière d'éviter cet écueil est d'utiliser des outils standardisés, tels qu'une échelle numérique par exemple.

**Une évaluation isolée n'apporte que peu de bénéfices.  
Elle doit être répétée afin de permettre un suivi de l'évolution.**

### Références :

Site : sante.gouv.fr, le programme de lutte contre la douleur 2002-2005.

« Recueil de pratique professionnelle en soins palliatifs », CHU de Grenoble – mars 2006.

Site : geriatrie-albi.fr, « La douleur et sa prise en charge ».

Fiche 5

## EVALUATION DE LA DOULEUR EN SOINS PALLIATIFS

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à des lésions tissulaires existantes ou potentielles ou décrites comme telle » définition de l'IASP (International Association for the Study of Pain)

La douleur est toujours subjective et personnelle. En soins palliatifs ses causes sont souvent multiples et ses mécanismes complexes.

Pourquoi utiliser des outils d'évaluation ?

- 1- Privilégier l'autoévaluation
- 2- Objectiver un phénomène subjectif
- 3- Utiliser un langage commun
- 4- Favoriser la communication
- 5- Simplifier les transmissions



**Réseau de soins palliatifs**  
Pays de Guingamp & Communauté de  
Communes de Callac

☎ 02 96 44 10 58

📠 02 96 11 93 28

✉ association.accompagne@wanadoo.fr

<http://www.accompagne.org/>

*Nous restons à votre disposition pour tout  
complément d'information*

Mise à jour : juin 2010

## QUELS TYPES DE DOULEURS ?

### La douleur nociceptive

Elle est due à un excès de stimulation des récepteurs.

**C'est un signal d'alarme protecteur qui vise à conserver l'intégrité physique.**

### La douleur neuropathique

**Douleur due à une altération** (Lésion ou disfonctionnement) totale ou partielle du système nerveux périphérique ou central.

#### **Fond douloureux permanent**

(Troubles sensitifs de type fourmillements, picotements, engourdissements).

#### **Douleurs fulgurantes paroxystiques**

(décharges électriques ou en coup de poignard).

### La douleur psychogène

**Une douleur psychogène, sans lésion objective, est aussi légitime qu'une douleur physique.**

Elle peut être la somatisation d'un désordre psychique.

### La douleur cancéreuse

**C'est une douleur MIXTE**, elle associe souvent

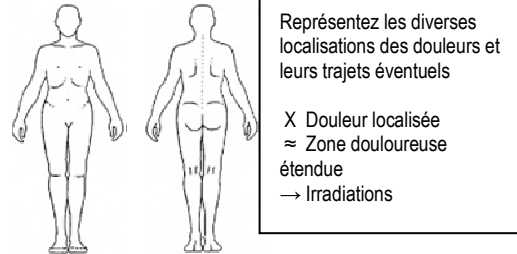
- 1- mécanisme nociceptif
- 2- mécanisme neuropathique

« une douleur **aiguë persistante** »

## COMMENT EVALUER UNE DOULEUR ?

### Evaluation qualitative

- Caractéristiques des douleurs
- Localisation(s), irradiation(s)



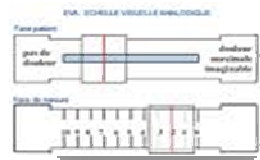
- Date et modalités d'apparition, évolution dans le temps.
- Chronologie dans la journée.
- Facteurs précipitant, aggravant, de soulagement.
- Répercussions sur les activités de la vie quotidienne, l'humeur, l'anxiété, le sommeil.
- Interprétations de la douleur par le patient, attentes de ce dernier.
- Traitement antalgique antérieur.

### Evaluation quantitative

(Intensité au moment même de l'évaluation, habituelle, maximale, minimale)

#### **Patients communicants : auto évaluation**

- Echelle visuelle analogique (EVA) : ligne horizontale avec curseur face patient.



- Echelle numérique (EN) : même outil que l'EVA mais présenter au patient la face avec les chiffres.

## COMMENT EVALUER UNE DOULEUR ?

- Echelle verbale simple (EVS)



#### **Patients non communicants : hétéro évaluation** (disponible sur le Site Internet du Réseau)

- Doloplus 2
- Algoplus
- ECPA

### Evaluation des autres dimensions

- Autres symptômes
- Etat cognitif (état confusionnel aigu, démence)
- Ressources adaptatives, thymie, anxiété
- Comportements antérieurs et actuels d'addiction
- Influences et/ou conséquences psychosociales, spirituelles, culturelles

### Evaluation continue

- Tant qu'une douleur persiste
- Initiation ou modification du traitement antalgique
- Fréquence intensifiée en phase terminale (défaillance multi-organique)