

Évaluation de la douleur (aiguë et chronique)

Dre Grisell Vargas-Schaffer

Département d'anesthésiologie et médecine de la douleur Université de Montréal

Centre de Gestion de la douleur du CHUM

Déclaration de conflits d'intérêts



Agenda

- Connaitre les outils d'évaluation.
- Principes fondamentaux de la douleur
- Outils et méthodes d'évaluation de la douleur
- Douleur aiguë et Douleur Chronique: aspects cliniques et prise en charge Particularités et stratégies d'évaluation
- Connaitre les bilans de base essentiels au début de la prise en charge d'un patient douloureux chronique.
- Identifier quand reprendre une évaluation de un patient douloureux chronique.



Définition de la douleur

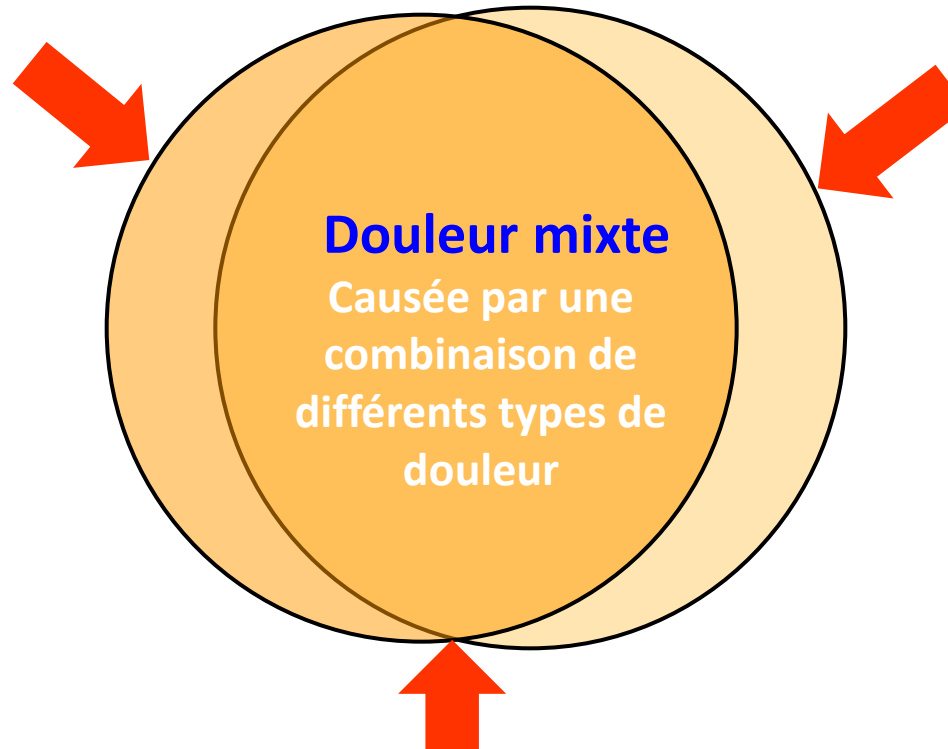


“La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d’une telle lésion”

- La douleur est toujours une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.
- Grâce à leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.
- Le rapport qu’une personne fait d’une expérience en tant que douleur doit être respecté.
- Bien que la douleur joue généralement un rôle adaptatif, elle peut avoir des effets néfastes sur la fonction et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements pour exprimer la douleur; l'incapacité de communiquer ne nie pas la possibilité qu'un humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

CLASIFICACION DE LA DOULEUR

Douleur nociceptive :
Douleur résultant de lésions réelles ou potentielles de tissus non neuraux et due à l'activation de nocicepteurs.



Douleur neuropathique:
Douleur causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel.

Douleur nociplastique:
Douleur résultant d'une altération de la nociception malgré l'absence de preuve claire de lésions tissulaires réelles ou potentielles provoquant l'activation de nocicepteurs périphériques ou de signes de maladie ou de lésions du système somatosensoriel à l'origine de la douleur

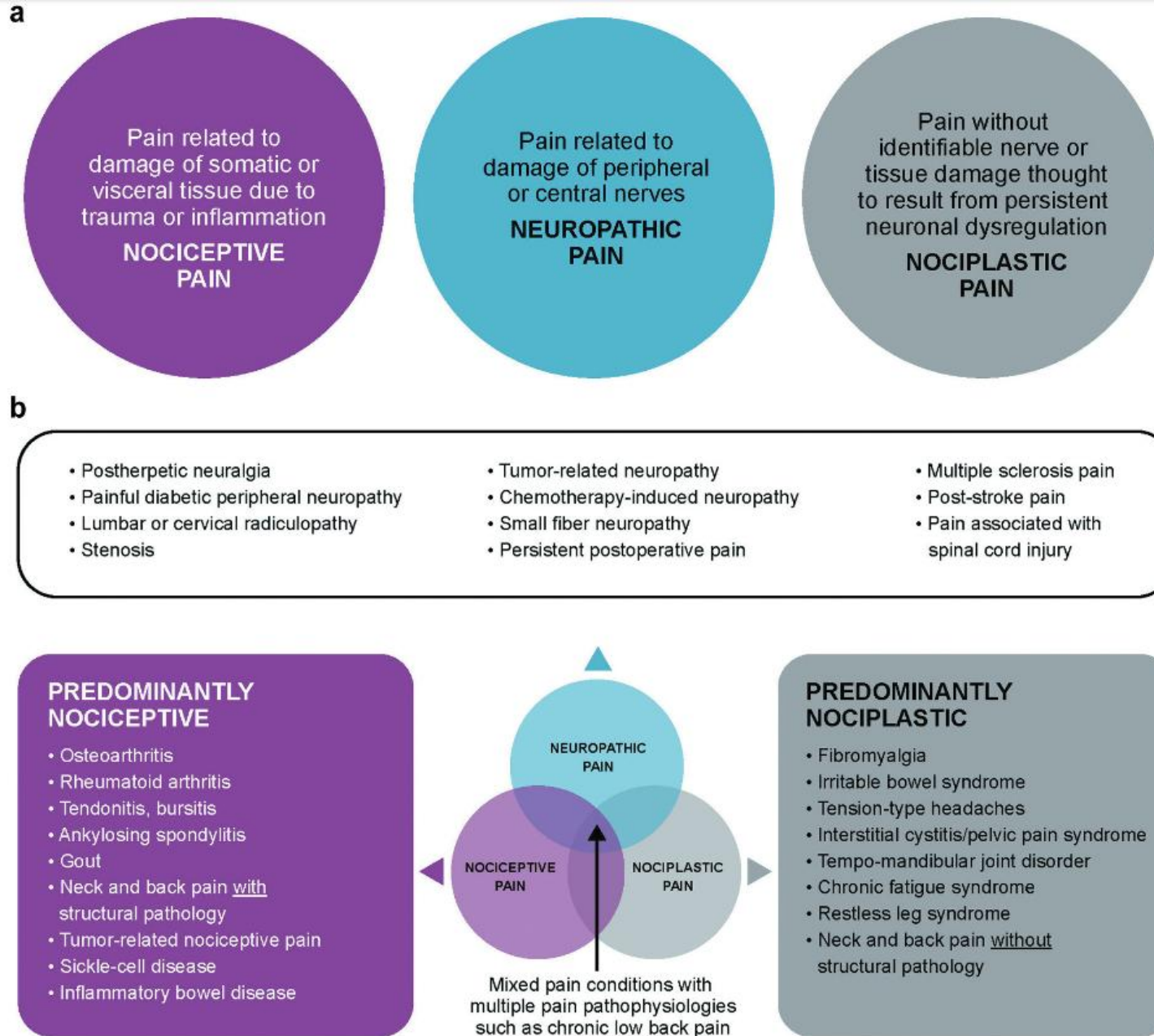


Figure 1. Classification of pain types by putative mechanisms.



Nociceptive → Fonction
Intensité de la douleur

Neuropathique → DN4

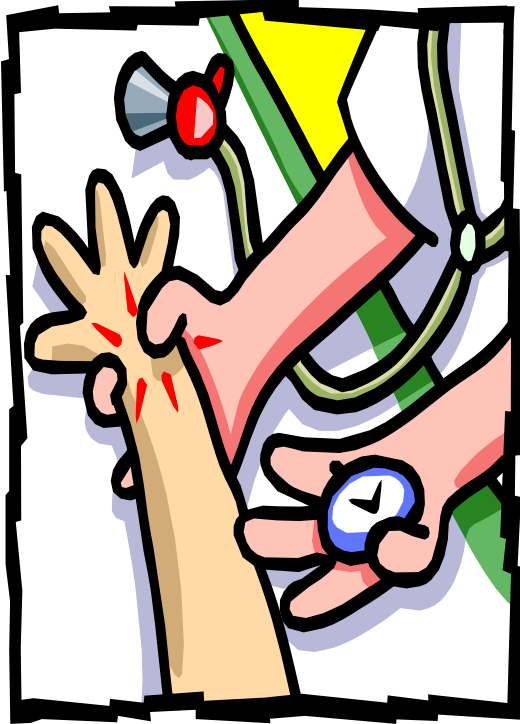
Nociplastique → Algorithme

TNF



Diagnostic différentiel
Travail d'équipe interdisciplinaire

SIGNES VITAUX



Fréquence Respiratoire (Fr)

Pression Artérielle (mmHg)

Température

Fréquence Cardiaque (Fc)

Douleur (EVA)

Douleur Neuropathique

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

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif

(sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

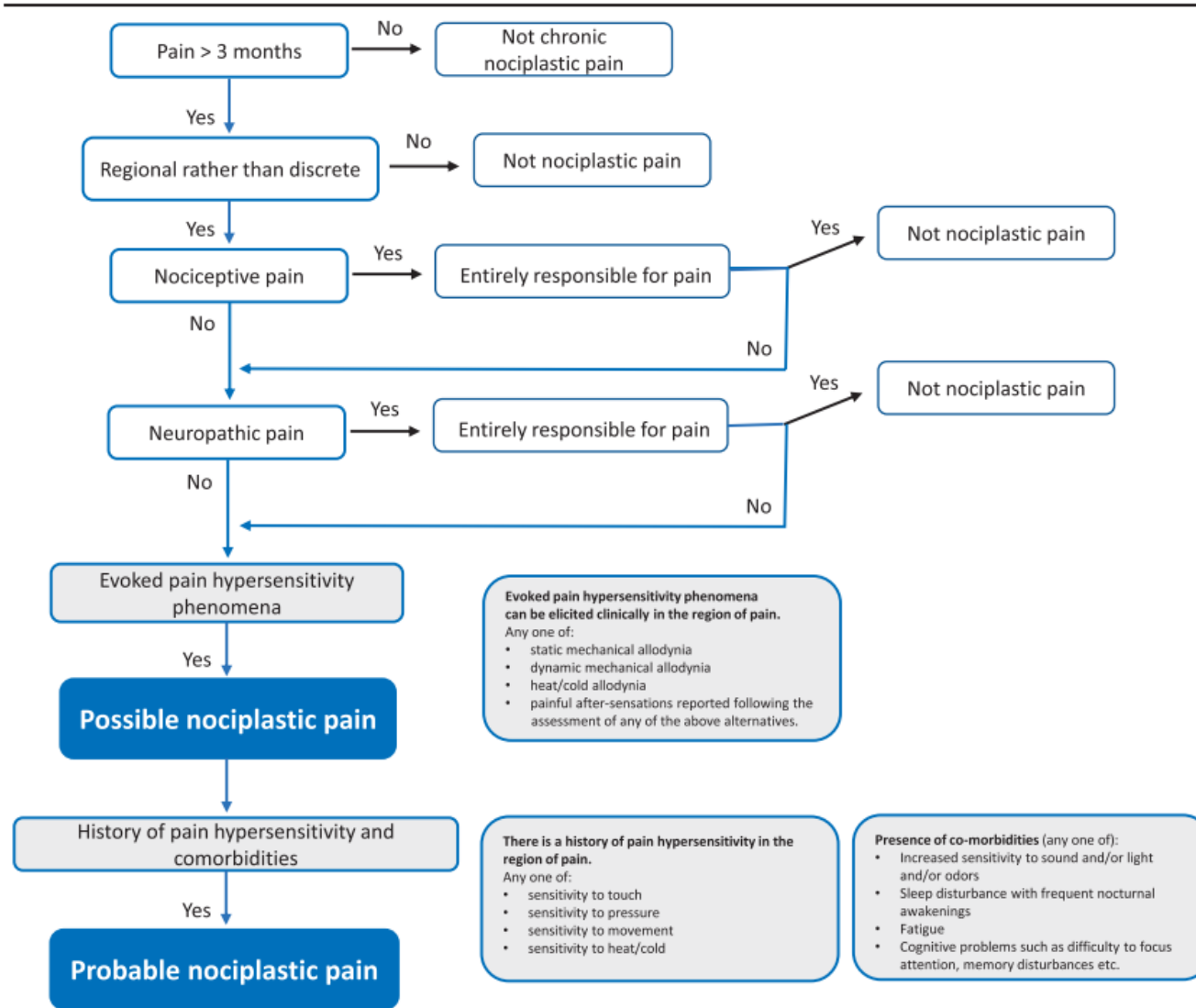
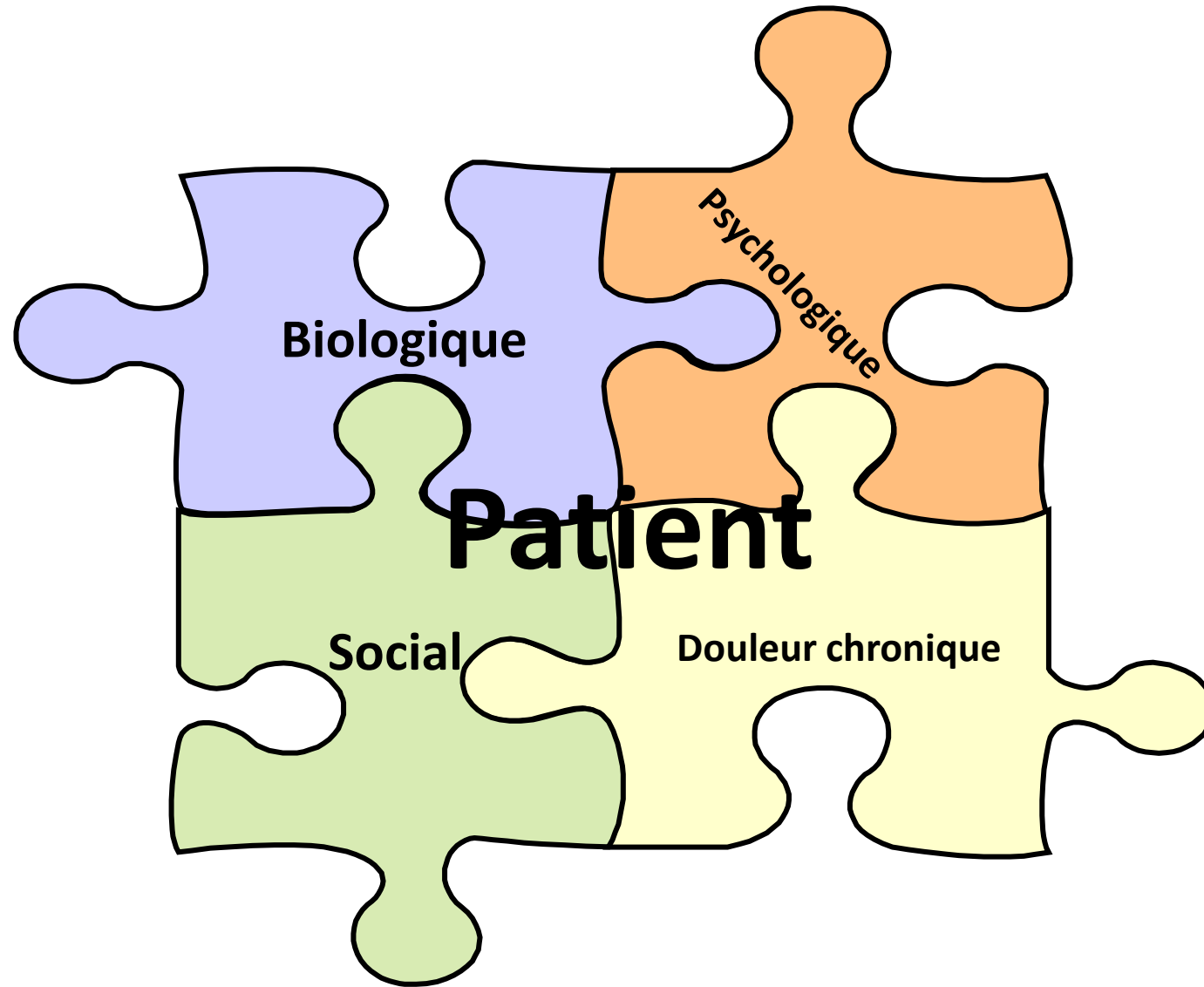


Figure 1. Flow chart of identifying and grading nociplastic pain affecting the musculoskeletal system. Musculoskeletal pain is deep, rather than cutaneous and regional, multifocal, or widespread in distribution (rather than discrete). In case of multifocal pain states that can be caused by different chronic pain conditions (eg, shoulder myalgia and knee osteoarthritis), each chronic pain condition or pain region must be assessed separately.



Biologique

Psychologique

Patient

Social

Douleur chronique

A blue ballpoint pen is positioned diagonally on the left side of the image, resting on a document. The document features a bar chart with several blue bars of varying heights. The background is a light blue and white grid pattern. The right side of the image is a solid light blue background containing the title and list.

Pourquoi évaluer la douleur et son retentissement ?

- Avoir une représentation claire de la situation, de la qualité de vie et vécu patient/entourage.
- Facteur de décision dans le choix thérapeutique (stratégie OMS).
- Comparaisons dans le temps, évaluation du bénéfice des traitements.
- Objectifs du traitement : douleur, activités quotidiennes, sommeil, état psychique, effets secondaires acceptables.
- Prévenir la douleur

Que permet l'évaluation de la douleur ?

- C'est un moment ouvert aux problématiques sociales, psychologiques, spirituelles. En effet, le patient douloureux donne aux autres une image altérée. La douleur révèle l'injustice de la maladie, son caractère évolutif, réveille la crainte de l'avenir, suscite un questionnement sur le sens de la vie. Toute autre dimension de la souffrance globale peut y être associée.
- Enfin l'évaluation participe à la culture de l'équipe. En effet les délibérations successives en équipe autour de la douleur, des symptômes gênants, de la souffrance de chaque patient mettent au jour les rapports de force au sein de l'équipe, mais aussi la nécessité d'un dialogue interprofessionnel construisant des repères communs, des référentiels propres à l'équipe.

Que permet l'évaluation de la douleur ?

- Elle apporte un bien-être .Un patient algique sollicite plus les soignants qu'un patient apaisé et sa souffrance fait souffrir le soignant interpellé dans ses valeurs professionnelles et humaines.
- Elle mobilise les ressources du patient et l'implique comme partenaire.
 - On lui explique les options thérapeutiques, le traitement retenu.
 - On l'informe de l'objectif fixé, des effets secondaires prévisibles.
 - C'est l'occasion de démystifier les effets de la morphine dont on connaît les représentations multiples dans l'esprit de nos concitoyens.
- Un espace de communication où le patient, ses proches, les soignants ont un langage commun pour aborder cette expérience subjective qu'est la douleur. L'objectif canalise les représentations de certains et permet un consensus entre les différents partenaires du soin.

Dans la pratique quatre points d'attention pour évaluer

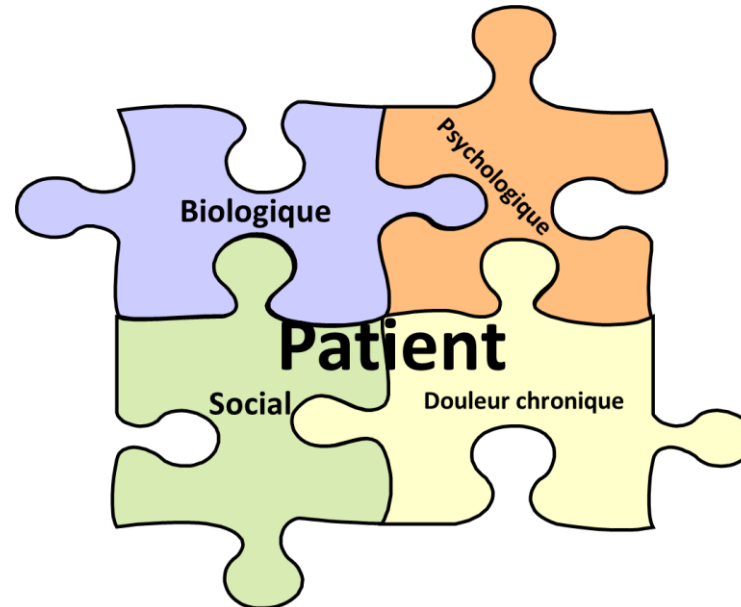
Choix de l'outil : Utiliser des outils standardisés.

- **Ecouter :** Prendre le temps d'écouter, croire un patient douloureux.
- **Analyser sans interpréter.** Des idées préconçues circulent : les proches tendent à surestimer l'intensité de la douleur du patient alors que les soignants la sous-estiment. Ne pas comparer l'évaluation d'un patient avec celle d'un autre.
- **Informé le patient des objectifs de l'évaluation:** le former à l'utilisation de l'outil. Il trouvera du sens à ces évaluations et se sentira impliqué activement dans la prise en charge de sa douleur.
- **Elargir aux autres dimensions :** Une évaluation isolée apporte moins de bénéfices que si elle est répétée. Le suivi de l'évolution. est immédiat lorsqu'on trace la courbe des scores. Chercher les éléments de fonctionnalité.

Patiente AVEC la même intensité de la douleur mais capable de faire plus.

Évaluation d'un patient douloureux chronique

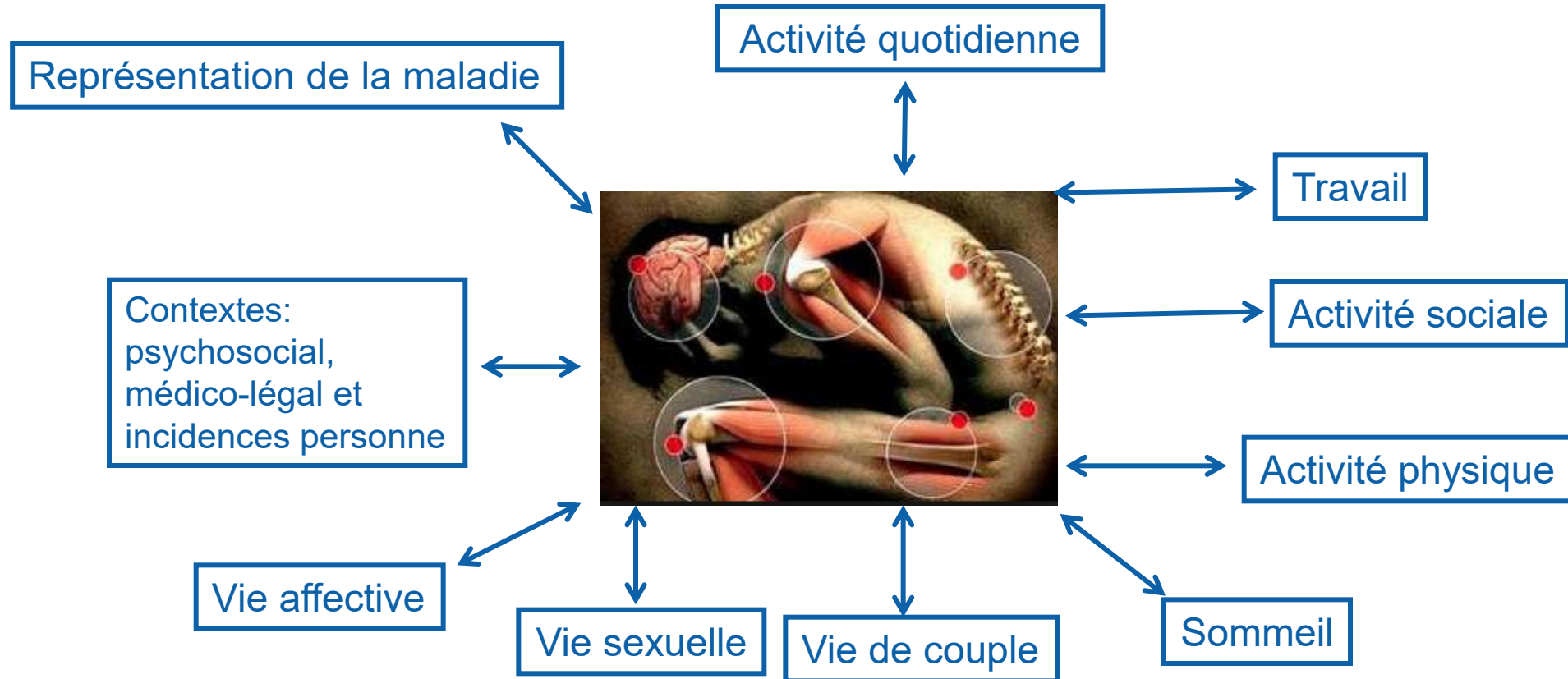
- L'évaluation initiale du malade douloureux chronique demande du temps. Elle peut se répartir sur plusieurs consultations.
- L'évaluation du malade douloureux chronique implique un bilan étiologique avec un entretien, un examen clinique et si besoin des examens complémentaires.



Évaluation de la douleur chronique



L'anamnèse du patient douloureux chronique



L'anamnèse du patient douloureux chronique

- Étape essentielle, elle a pour objet de rassembler toutes les informations pertinentes concernant l'historique et le vécu de la douleur.
- La valeur des informations recueillies dépend en grande partie de la qualité de la relation qui s'installe entre le médecin et le patient douloureux : elle est basée sur la disponibilité, la mise en confiance et l'écoute non seulement du malade mais aussi de son entourage.

6 points indispensables à évaluer dans l'entretien avec un patient douloureux chronique

1. L'humeur afin de déterminer l'existence d'un syndrome dépressif et parfois d'idées suicidaires ou un SSPT.
2. L'anxiété. Souffre de somatisation? et ce d'autant plus qu'il y a eu une pathologie organique antérieure.
3. Le sommeil et la sexualité pour adapter les prises de traitement, dont les antalgiques, et bien montrer qu'une évaluation totale de l'individu est effectuée.
4. Un trouble de la personnalité pour mieux bâtir l'alliance thérapeutique, adapter la relation médecin-malade et éventuellement faire une psychothérapie spécifique.
5. Les facteurs de dépendance et d'abus d'antalgiques, de tabagisme, de benzodiazépines et d'alcool.
6. Toutes les dimensions professionnelles amenant soit à aménager un poste de travail, des horaires, favoriser des mouvements ergonomiques, ou parfois, décider un mi-temps thérapeutique ou d'une invalidité.

Description de la douleur

- Circonstances exactes: maladie, traumatisme, accident de travail, ...
- Description de la douleur initiale.
- Modalités de prise en charge immédiate.
- Évènements de vie concomitants.
- Diagnostic initial, explications données
- Retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, ...)

Description de la douleur

- Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale.
- Profil évolutif (douleur permanente, récurrente, intermittente, ...)
- Degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, ...)

Description de la douleur actuelle

- Topographie.
- Type de sensation (brûlure, décharge électrique, ...)
- Intensité.
- Retentissement de la douleur (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle, ...)
- Facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur.
- Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences.

Description de la douleur actuelle

- **Facteurs cognitifs:**
 - Représentation de la maladie.
 - Interprétation des avis médicaux.
- **Facteurs comportementaux:**
 - Attitude vis-à-vis de la maladie.
 - Modalités de prise des médicaments.
 - Observance des prescriptions.

Évaluation de la douleur chronique



- Ancienneté de la douleur.
- Mode de début: circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...).
- Profil évolutif du syndrome douloureux: comment s'est installé l'état douloureux.
- Description de la douleur initiale: modalités de prise en charge immédiate, événements de vie concomitants, le diagnostic initial, explications données, retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Évaluation de la douleur chronique



- Antécédents et pathologies associées.
 - Contextes familial, psychosocial, médico-légal, social, etc.
 - Facteurs cognitifs et la capacité de comprendre la maladie.
 - Facteurs comportementaux attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)
-
- **Analyse de la demande du patient...**

À évaluer ...

Analyse de la demande:

- Attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- Objectifs partagés entre le patient et le médecin



Évaluation de la douleur chronique

- **Échelles unidimensionnelles**
 - Échelle visuelle analogue
 - Échelle numérique
 - Échelle verbale
- **Échelles multidimensionnelles**
 - McGill pain questionnaire
- **Évaluation de l'état psychologique**
 - Beck anxiety inventory
 - HADS: hospital anxiety and depression scale
 - Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)
 - Pain Catastrophizing
 - Posttraumatic stress disorder Checklist Scale (Echelle de l'état de stress post-traumatique)
- **Évaluation de la fonction et invalidité:**
 - BPI
 - Pain disability index
 - SF-36 (fonction mentale et physique et l'invalidité)
 - Womac (Western Ontario and McMaster University) spécifique ostéoarthrose
 - Oswestry (mal de dos)
- **Évaluation de la douleur neuropathique**
 - DN4
- **Évaluation de la dépendance**
 - ORT (opioid risk tool)
 - CAST

Quand reprendre une évaluation de un patient douloureux chronique?



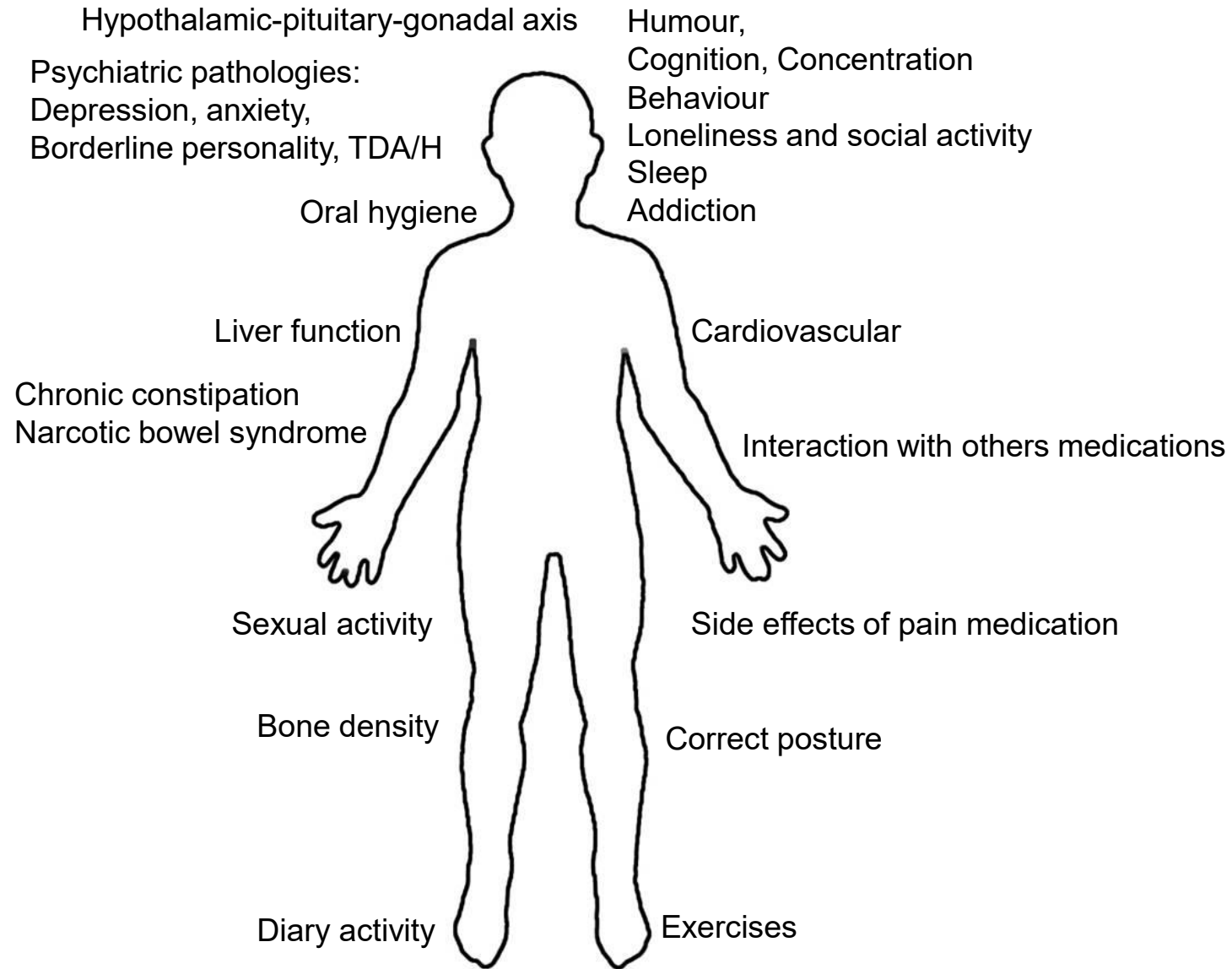
- Nouveau symptôme ou douleur.
- Changement de patron de douleur.
- Réévaluer régulièrement l'importance de la réduction de la douleur, l'amélioration fonctionnelle, et les effets indésirables, et rechercher des signes suggérant une mauvaise utilisation, un détournement ou un abus.
- Évaluer plus la fonction que l'intensité de la douleur.

Quand reprendre une évaluation de un patient douloureux chronique?



- Les facteurs psychologiques peuvent également amplifier une douleur persistante. Ainsi, une douleur chronique semble souvent disproportionnée par rapport aux troubles organiques identifiables.
- Les patients qui doivent continuellement prouver qu'ils sont malades pour obtenir des soins médicaux, une couverture médicale ou un arrêt de travail, peuvent inconsciemment renforcer leur perception douloureuse, en particulier en cas de contentieux juridique.
- Divers facteurs dans l'environnement du patient (p. ex., entourage familial, amis) peuvent renforcer les comportements entretenant la douleur chronique.

Figure 1: Monitoring patient with chronic noncancer pain



Patients with chronic pain	What to do and watch for
Patients with CNCP between the ages of 18-55 receiving opioids and coanalgesics for more than one year.	Monitor hormones (cortisol, ACTH, TSH, T3, T4, testosterone) once a year.
Patients with CNCP over the age of 55 receiving opioids and coanalgesics for more than one year.	Monitor hormones once a year. Bone density scan every 2 years is recommended.
Patients with dry mouth	Monitor oral health.
Patients receiving opioids for more over 1 year with concurrent cardiac disease.	Monitoring cardiac function. ECG once a year.
Patients receiving pharmacological treatments for comorbid pathologies.	Monitor for drug interactions.
Patients receiving opioids can be at increased risk for respiratory depression.	Monitor for drug interactions and potentiation effects of different drugs such as benzodiazepines + opioids. Consider discussing a naloxone kit with the patient and their family.
All patients being treated for CNCP.	Frequently monitor emotional and mental health status.

TABLE 2: Checklist for monitoring treatment for chronic noncancer pain

Diagnostic de fibromyalgie

Une fibromyalgie est diagnostiquée en présence des trois conditions suivantes :

- une douleur diffuse est présente depuis plus de 3 mois,
- les conditions qui peuvent la simuler ont été éliminées,
- et soit le WPI (Wide Pain Index) est égal ou supérieur à sept alors que le score de sévérité est égal ou supérieur à cinq,
• ou encore le WPI se situe entre trois et six avec un score de sévérité égal ou supérieur à neuf.

l'American College of Rheumatology 2010

FYBROMIALGIE :

- Une douleur diffuse présente depuis plus de 3 mois
- Les conditions pouvant la simuler ont été éliminées.

WPI ≥ 7 et SS ≥ 5

OU

$3 \leq$ WPI ≤ 6 et SS ≥ 9

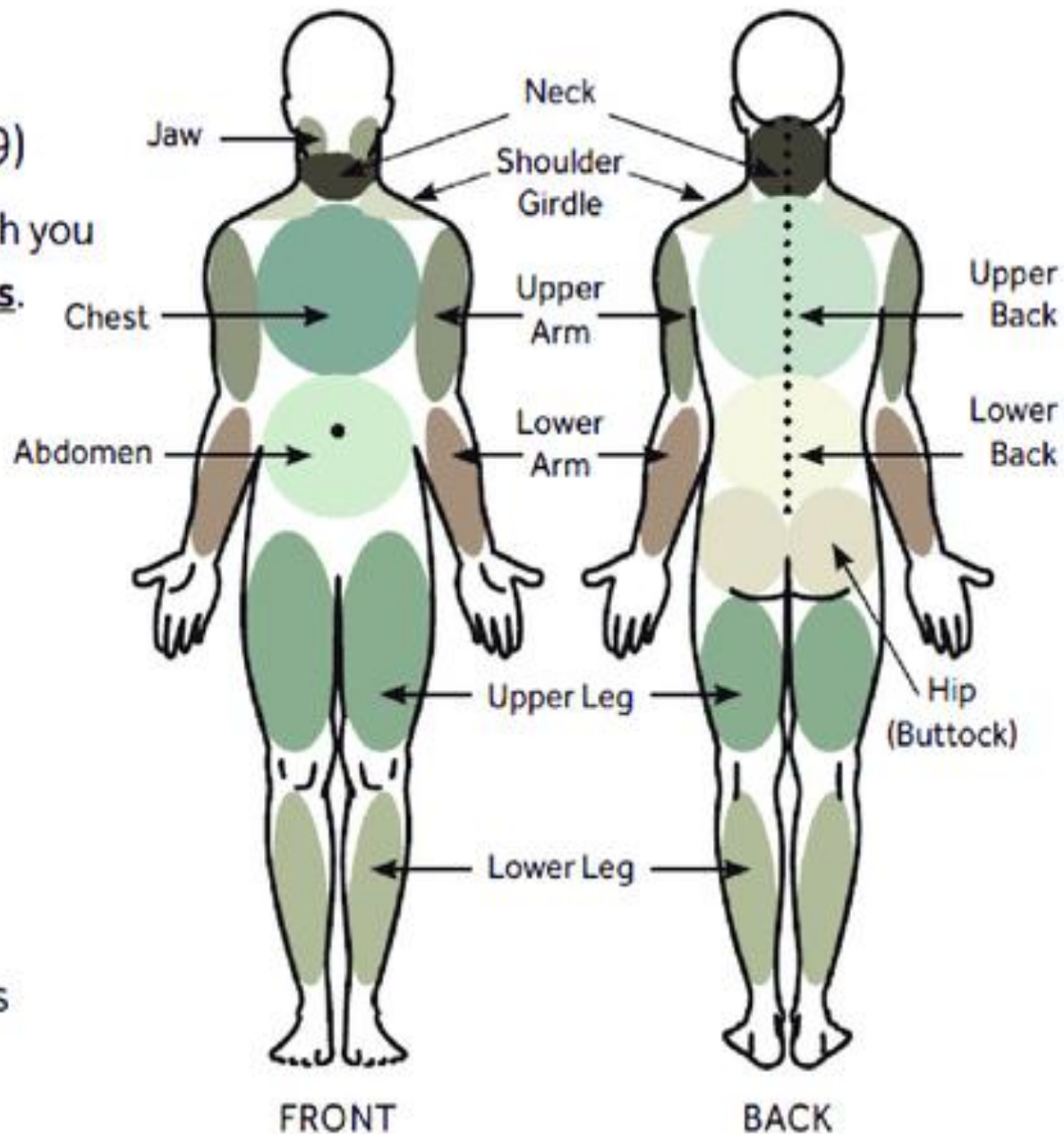
Widespread Pain Index (WPI)

(1 point per check box; score range: 1–19)

Please check the boxes below for each area in which you have had pain or tenderness **during the past 7 days.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Shoulder girdle, left | <input type="checkbox"/> Lower leg left |
| <input type="checkbox"/> Shoulder girdle, right | <input type="checkbox"/> Lower leg right |
| <input type="checkbox"/> Upper arm, left | <input type="checkbox"/> Jaw left |
| <input type="checkbox"/> Upper arm, right | <input type="checkbox"/> Jaw right |
| <input type="checkbox"/> Lower arm, left | <input type="checkbox"/> Chest |
| <input type="checkbox"/> Lower arm, right | <input type="checkbox"/> Abdomen |
| <input type="checkbox"/> Hip (buttock) left | <input type="checkbox"/> Neck |
| <input type="checkbox"/> Hip (buttock) right | <input type="checkbox"/> Upper back |
| <input type="checkbox"/> Upper leg left | <input type="checkbox"/> Lower back |
| <input type="checkbox"/> Upper leg right | <input type="checkbox"/> None of these areas |

WPI score: _____



FiRST - Fibromyalgia Rapid Screening Tool

	OUI	NON
1.- Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier sur mon sommeil et ma capacité à me concentrer, avec une impression de fonctionner au ralenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forte probabilité de fibromyalgie si 5 questions sur 6 sont positives		

Sensibilité : 90,5 %

Spécificité : 85,7 %



Personnes âgées : souffrance globale

Physique

Articulaire : arthrite, arthrose, ostéoporose

Neurologique : AVC, zona, névralgie faciale, tassement vertébral, amputation ...

Vasculaire : artérite, ulcère variqueux ...

Réduction de la mobilité et de l'autonomie

Psycho-affective

Anxiété, dépression (vie est triste)

Peur du lendemain

Deuil des proches, d'amis

Vieillesse de l'appareil psychique

L'altération des processus

attentionnels et de concentration

de raisonnement

de motivation

une réduction des performances

de la confiance en soi et de l'estime de soi

cognitifs

sensori-moteurs, émotionnels et motivationnel

Conduisent vers une inhibition psychomotrice majeure et une désagrégation de la conscience de soi

Le sujet âgé et ses relations avec la douleur

Résignation

Fatalisme

Stoïcisme

Le sujet âgé face à son corps

Modification de l'image corporelle

Modification de l'expression corporelle

Utilisation du corps comme vecteur de communication

Échelle DOLOPLUS

- Spécifique de la personne âgée
- 3 groupes d'items reflètent les différents retentissements de la douleur:
 - Somatique
 - Psycho-moteur
 - Psycho-social

NOM :	Prénom :	DATES			
Service :					
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 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
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			

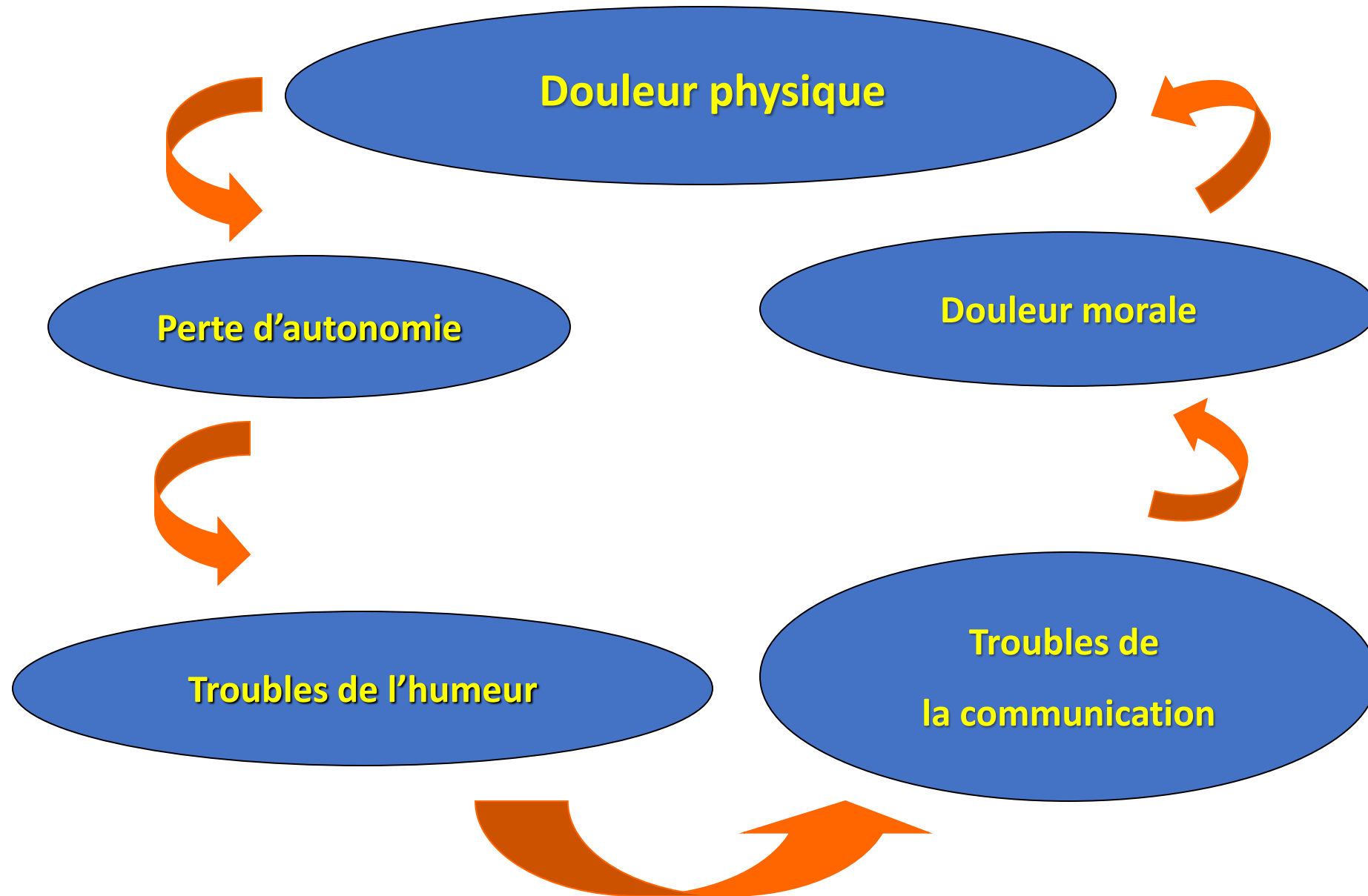
ECPA : Echelle comportementale de la personne âgée

Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale

ECPA : Echelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante

Score total de l'échelle :

I - Observation avant les soins	II - Observation pendant les soins															
<p>1/ 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</p> <p>2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 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</p> <p>3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 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** ou forte agitation contrairement à son habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p>4/ RELATION À AUTRUI Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s)</p>	<p>5/ 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</p> <p>6/ Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p>															
<table border="1"><tr><td colspan="3">PATIENT</td></tr><tr><td>Nom :</td><td>Prénom :</td><td>Sexe :</td></tr><tr><td colspan="3">Âge (ans) :</td></tr><tr><td>Date :</td><td colspan="2">Heure :</td></tr><tr><td>Service :</td><td colspan="2">Nom du cotateur :</td></tr></table>		PATIENT			Nom :	Prénom :	Sexe :	Âge (ans) :			Date :	Heure :		Service :	Nom du cotateur :	
PATIENT																
Nom :	Prénom :	Sexe :														
Âge (ans) :																
Date :	Heure :															
Service :	Nom du cotateur :															





Évaluation douleur chez l'enfant

ECHELLE DOULEUR ENFANT GUSTAVE ROUSSY®

ITEM 1 : POSITION ANTALGIQUE AU REPOS

Spontanément l'enfant évite une position ou bien s'installe dans une posture particulière, malgré une certaine gêne, pour soulager la tension d'une zone douloureuse. À évaluer lorsque l'enfant est SANS ACTIVITÉ PHYSIQUE, allongé ou assis. A NE PAS CONFOUNDER avec l'attitude antalgique dans le mouvement.

COTATION :
0 : Absence de position antalgique ; l'enfant peut se mettre à l'aise comment.
1 : L'enfant semble éviter certaines positions.
2 : L'enfant EVITE certaines positions mais n'en paraît pas gêné.
3 : L'enfant CHOÏST une position antalgique évidente qui lui apporte un certain soulagement.
4 : L'enfant recherche sans succès une position antalgique et s'active pas à être bien installé.

ITEM 2 : MANQUE D'EXPRESSIVITE

Concerner la capacité de l'enfant à ressentir et à exprimer sentiments et émotions, par son visage, son regard et les réflexions de sa voix. À étudier alors que l'enfant aurait des raisons de s'amuser (jeux, repas, discussion).

COTATION :
0 : L'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.
1 : L'enfant paraît un peu triste, éteint.
2 : Au moins un des signes suivants : traits du visage peu expressifs, regard morne, voix monotone et monotone, débit verbal lent.
3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.
4 : Visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.

ITEM 3 : PROTECTION SPONTANEE DES ZONES DOULOUREUSES

En permanence l'enfant est attentif à éviter un contact sur la zone douloureuse.

COTATION :
0 : L'enfant ne montre aucun souci de se protéger.
1 : L'enfant évite les heurts violents.
2 : L'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.
3 : L'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.
4 : Toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.

ITEM 4 : PLAINTES SOMATIQUES

Cet item concerne la façon dont l'enfant a dit qu'il avait mal, spontanément ou à l'interrogatoire, pendant le temps d'observation.

COTATION :
0 : Pas de plainte ; l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.
1 : Plaintes "hésitantes" :
- sans expression affective (dit en passant "ai mal")
- et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).
2 : Au moins un des signes suivants :
- a suscité la question "qu'est-ce que tu as, tu as mal ?"
- voix gogande pour dire qu'il a mal.
- mimique exagérée accompagnant la plainte.
3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant :
- a attiré l'attention pour dire qu'il a mal.
- a demandé un médicament.
4 : C'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.

ITEM 5 : ATTITUDE ANTALGIQUE DANS LE MOUVEMENT

Spontanément, l'enfant évite la mobilisation, ou l'utilisation d'une partie de son corps. À rechercher au cours d'ENCHAÎNEMENTS DE MOUVEMENTS les : la marche éventuellement sollicités. A NE PAS CONFOUNDER avec la lenteur et rareté des mouvements.

COTATION :
0 : L'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.
1 : L'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.
2 : L'enfant prend des précautions pour certains gestes.
3 : L'enfant évite nettement de faire certains gestes. Il se mobilise avec prudence et attention.
4 : L'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.

SCORE Total = /40
Sous-scores : Signes Directs de Douleur : 1 + 3 + 5 + 7 + 9 =
Expression Volontaire de Douleur : 4 + 8 =

ITEM 6 : DESINTERET POUR LE MONDE EXTERIEUR

Concerner l'énergie disponible pour entrer en relation avec le monde environnant.

COTATION :
0 : L'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut fixer son attention et est capable de se distraire.
1 : L'enfant s'intéresse à son environnement, mais sans enthousiasme.
2 : L'enfant s'intéresse facilement, mais peut être stimulé.
3 : L'enfant se traite, incapable de jouer. Il regarde passivement.
4 : L'enfant est apathique et indifférent à tout.

ITEM 7 : CONTROLE EXERCÉ PAR L'ENFANT QUAND ON LE MOBILISE (mobilisation passive)

L'enfant que l'on doit amener pour une raison banale (bain, repas) surveille le geste, donne un conseil, arête la main ou la tient).

COTATION :
0 : L'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière.
1 : L'enfant a un regard attentif quand on le mobilise.
2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre qu'il fait faire attention en le remuant.
3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant.
4 : L'enfant s'oppose à toute initiative du soignant ou obtient qu'aucun geste ne soit fait sans son accord.

ITEM 8 : LOCALISATION DE ZONES DOULOUREUSES PAR L'ENFANT

Spontanément ou à l'interrogatoire, l'enfant localise sa douleur.

COTATION :
0 : Pas de localisation ; à aucun moment l'enfant ne dégage une partie de son corps comme gênante.
1 : L'enfant signale, UNIQUEMENT VERBALEMENT, une sensation pénible dans une région VAGUE sans autre précision.
2 : En plus de la COTATION 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région.
3 : L'enfant appuie avec la main une région douloureuse précise.
4 : En plus de la COTATION 3, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de sa douleur.

ITEM 9 : REACTIONS A L'EXAMEN DES ZONES DOULOUREUSES.

L'examen de la zone douloureuse déclenche chez l'enfant un mouvement de défense, ou de retrait, et des réactions émotionnelles. Ne noter que les réactions provoquées par l'examen, et NON CELLES PRE-EXISTANTES A L'EXAMEN.

COTATION :
0 : Aucune réaction déclenchée par l'examen.
1 : L'enfant manifeste, juste au moment où on l'examine, une certaine réticence.
2 : Lors de l'examen, on note au moins un de ces signes : raidissement de la zone examinée, crispation du visage, pleurs brusques, blocage respiratoire.
3 : En plus de la COTATION 2, l'enfant change de couleur, transpire, grince ou cherche à arrêter l'examen.
4 : L'examen de la région douloureuse est quasiment impossible, en raison des réactions de l'enfant.

ITEM 10 : LENTEUR ET RARETE DES MOUVEMENTS

Les mouvements de l'enfant sont lents, peu amples et un peu rigides, même à distance de la zone douloureuse. La tête et les grosses articulations sont particulièrement immobiles. À comparer avec l'activité gestuelle habituelle d'un enfant de cet âge.

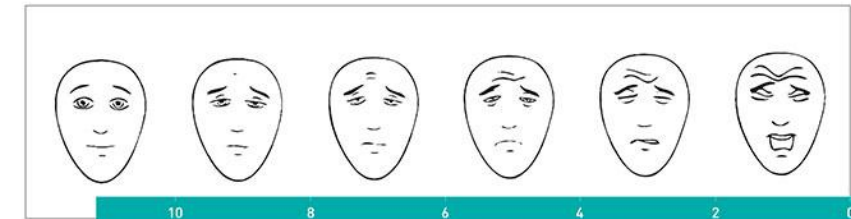
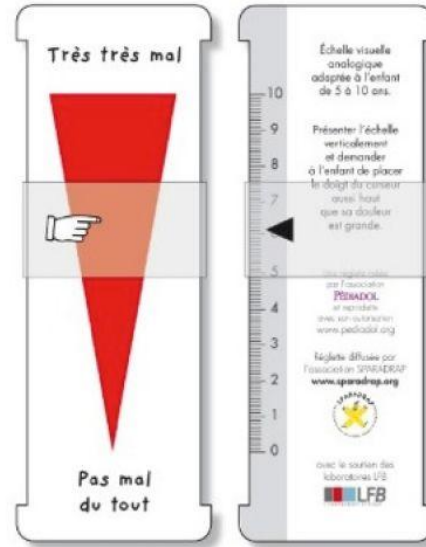
COTATION :
0 : Les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés, et lui apportent un certain plaisir.
1 : L'enfant est un peu lent, et bouge sans entrain.
2 : Un des signes suivants :
- lenteur du geste.
- mouvements restreints.
- gestes lents.
- initiation motrices rares.
3 : Plusieurs des signes ci-dessus sont nets.
4 : L'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger.

Atonie Psycho Motrice : 2 + 6 + 10 =

Wong-Baker FACES™ Pain Rating Scale



©1983 Wong-Baker FACES™ Foundation. Used with permission.



« 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. »¹¹

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. « Montre-moi comment tu te sens à l'intérieur de toi ».¹¹

*0 : absence d'une douleur ; 2 : douleur légère ; 4 : douleur modérée ; 6 : douleur intense ; 8 ou 10 : douleur très intense.

[11] ANAES. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Mars 2000.



Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



N-PASS: Neonatal Pain, Agitation, & Sedation Scale

Assessment Criteria	Sedation		Sedation/Pain	Pain / Agitation	
	-2	-1	0/0	1	2
Crying Irritability	No cry with painful stimuli	Moans or cries minimally with painful stimuli	No sedation/ No pain signs	Irritable or crying at intervals Consolable	High-pitched or silent-continuous cry Inconsolable
Behavior State	No arousal to any stimuli No spontaneous movement	Arouses minimally to stimuli Little spontaneous movement	No sedation/ No pain signs	Restless, squirming Awake; frequently	Arched, kicking Constantly awake or Arouses minimally / no movement (not sedated)
Facial Expression	Mouth is lax No expression	Minimal expression with stimuli	No sedation/ No pain signs	Any pain expression continued	Any pain expression continued
Extremities Tone	No grasp reflex Flaccid tone	Weak grasp reflex ↓ muscle tone	No sedation/ No pain signs	Intermittent clenched toes, fists or finger splay Body is not tense	Continual clenched toes, fists, or finger splay Body is tense
Vital Signs HR, RR, BP, SaO₂	No variability with stimuli Hypoventilation or apnea	↑ 10% variability from baseline with stimuli	No sedation/ No pain signs	↑ 10-20% from baseline SaO ₂ 76-85% with stimulation - quick ↑	SaO ₂ ≤ 75% with stimulation - slow ↑ Out of sync/fighting vent

Premature Pain Assessment * 1 if <30 weeks gestation / corrected age



Service transitionnel du CHUM

Objectifs du programme



- Développer un programme de prévention de l'utilisation prolongée non-intentionnelle des opioïdes post-hospitalisation
 - **Impact visé:** Réduction d'au moins 50% des opioïdes à 6 mois chez 50% des patients (basé sur Toronto)
- Améliorer la gestion de la douleur postopératoire par une approche multimodale et interdisciplinaire centrée sur l'enseignement
- Réduire les méfaits liés à l'usage prolongé des opioïdes.
- Réduire l'incidence de chronicité de la douleur postopératoire.
- Réduire le nombre de réadmissions post congé.
- Prévenir l'impact de facteurs psychologiques sur l'usage des opioïdes.

Modèle du Service Transitionnel de Gestion de la Douleur du CHUM

Facteurs de risques à l'usage prolongé des opioïdes:

- ATCD d'abus/ dépendance aux drogues, médicaments ou à l'alcool
- ATCD de douleur post opératoire difficile à contrôler
- Douleur chronique > 3 mois *et ou* douleur subaiguë < 3 mois
- Prise régulière d'opioïdes, benzodiazépines et ou antidépresseurs
- Présence de comorbidités anxiodépressives

Référer au service de transition si le patient présente au moins 2 facteurs dont la douleur (subaiguë ou chronique)

Quels sont les services concernés?

Chirurgie Orthopédique majeure
Chirurgie Ortho-colonne
Chirurgie Digestive
Chirurgie Hépatobiliaire et Pancréatique
Chirurgie thoracique
CMJ seulement

TOUS LES SERVICES CHIRURGICAUX

Qui peut référer ?

La clinique préopératoire (CPO)
Le personnel infirmier, médical ou professionnel durant l'hospitalisation

Comment référer?

Compléter une **requête professionnelle** à l'attention du Service de Transition en indiquant les facteurs de risque.
Pour les unités de soins : Faxer au **7132**
Pour la Clinique Pré op : Envoyer l'original par pneumatique au #160 avec étiquette de numérisation

Identification des facteurs de risque par le terme « U » dans la collecte d'informations pré opératoire



Rôle du Service Transitionnel:

Évaluation infirmière téléphonique préopératoire (évaluation de la médication, attentes face à la chirurgie, enseignement, etc.)

Évaluation de la douleur et de l'anxiété perhospital et enseignement individuel adapté

Collaboration avec différents professionnels selon les besoins (anesthésiste, psychologue, physiothérapeute et pharmacien)

Soutien et enseignement à l'équipe de soins

Conseils de prescriptions sécuritaires au congé

Transition = \emptyset de prise en charge et de prescription

Lien externe avec le médecin de famille ou le médecin traitant

Suivi externe < 6 mois si nécessaire

- **Pré hospitalisation (infirmière et psychologue)**
 - Identification et évaluation des patients
 - Initiation de l'enseignement sur la gestion de la douleur péri opératoire
 - Questionnaires standardisés
- **Per hospitalisation (infirmière et psychologue)**
 - Enseignement et soutien au patient et à l'équipe de soins
 - Méthodes pharmacologiques
 - Méthodes non pharmacologiques, techniques alternatives
 - Évaluation et suivi
 - Recommandations
 - Support médical et professionnel au besoin
 - Document au congé à la première ligne
- **Post hospitalisation**
 - Relance téléphonique infirmière à 2 semaines puis PRN
 - Suivi court terme en psycho possible
 - Visite à la CAD pour suivi infirmier ou médical possible
 - Lien avec la première ligne et la pharmacie communautaire
 - Questionnaires standardisés de suivi



Évaluation en clinique de transition

Questionnaires standardisés

- *Attentes pré-chirurgicales*
- *BPI (Brief Pain Inventory) et historique de douleur*
- *Questionnaire de sensibilité à la douleur*
- *DN4*
- *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*
- *PCS (Pain Catastrophizing Scale)*
- *SF12 (qualité de vie en lien avec une condition chronique)*
- *Somatisation*
- *ORT (Opioid Risk Tool)*
- *Données démographiques*



Conclusion

Une bonne anamnèse et une bonne écoute



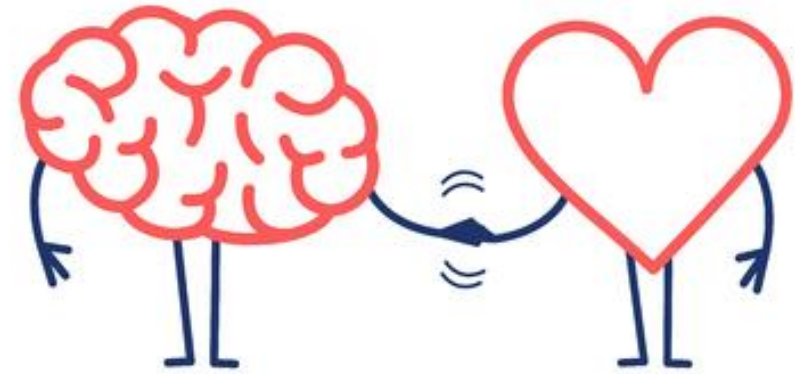
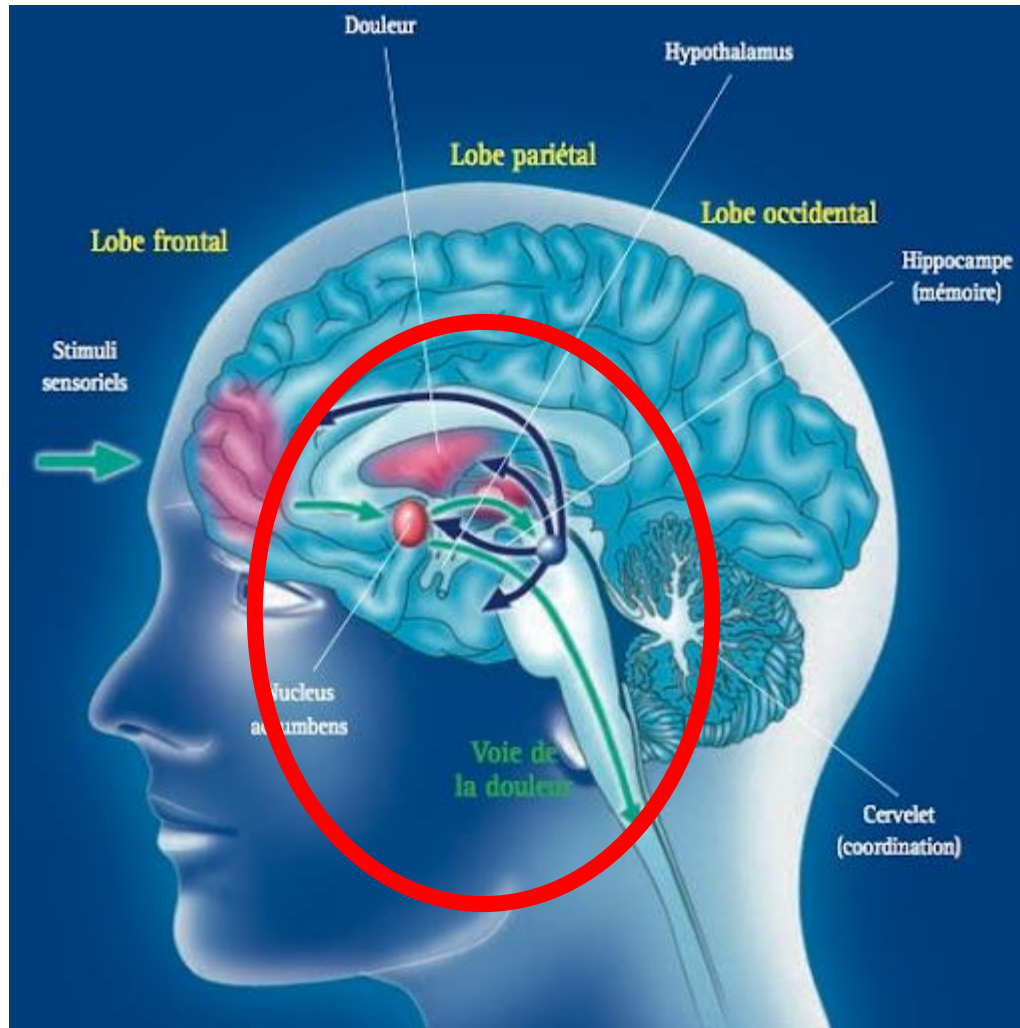
Une bonne évaluation de la douleur et des attentes des patients



Examen physique ciblé



Traitement adapté



En douleur chronique tout est question d'équilibre



Merci de votre attention...