



## ÉVALUATION DE LA DOULEUR POSTOPÉRATOIRE CHEZ L'ADULTE \*

### COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Agnès Bellanger - Dominique Fletcher - Valérie Gaudé - Valéria Martinez

\* Sous la responsabilité des rédacteurs

### GÉNÉRALITÉS

#### DOULEUR

- La douleur est un phénomène subjectif et multifactoriel, avec des composantes sensorielles et émotionnelles, dont la mesure est difficile. L'auto-évaluation quantitative et qualitative est la méthode d'évaluation la plus adaptée pendant la période postopératoire

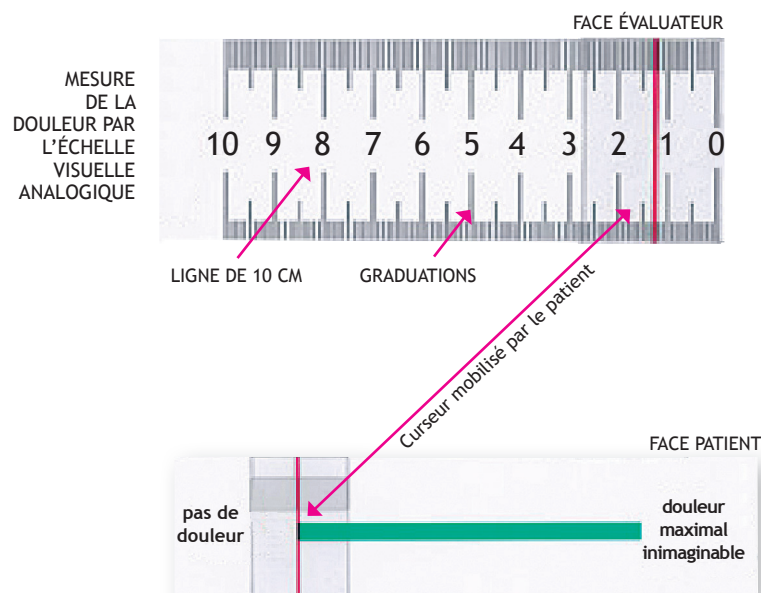
#### CARACTÉRISTIQUES D'UNE MÉTHODE IDÉALE D'ÉVALUATION

- Simplicité de compréhension et d'utilisation par le patient et l'évaluateur
- Bonne sensibilité et spécificité
- Grand nombre de réponses possibles et capacité à détecter l'efficacité thérapeutique
- Rapidité d'utilisation et reproductibilité dans sa présentation
- Distinction des nuances et utilisation en pratique clinique et expérimentale

## ÉCHELLES UNIDIMENSIONNELLES

ÉCHELLES	DESCRIPTIF	INTÉRÊT	LIMITES
<b>ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)</b>	0 : Douleur absente 10 (ou 100) : La pire douleur imaginable	Simple, rapide Souvent préférée par le sujet âgé et le personnel soignant	Légère surestimation des valeurs de l'EVA
<b>ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)</b>	0-30 mm : Douleur faible 30 -70 mm : Douleur modérée > 70 mm : Douleur forte à insupportable	Échelle de référence Adaptée dès l'âge de 5 ans Simple Grand nombre de réponses possibles Mesure de l'intensité douloureuse et de l'efficacité thérapeutique	7 à 11 % d'incompréhension ou d'impossibilité d'utilisation principalement chez : sujet à faible capacité d'abstraction, communiquant difficilement ; sujet malvoyant ou ne pouvant saisir le curseur ; sujet très âgé ou enfant en bas âge
<b>ÉCHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)</b>	0 : Douleur absente 1 : Douleur faible 2 : Douleur modérée 3 : Douleur intense 4 : Douleur extrême	Simple Réservée aux patients à faible capacité d'abstraction	Peu sensible et peu adaptée à détecter les variations sous traitement Problème d'interprétation des mots par les patients Légère surestimation des valeurs de l'EVA Absence de linéarité entre les différents qualificatifs

## ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)



RÉGLETTE EVA : Cet outil est présenté verticalement ou horizontalement, mais toujours de façon identique chez un même patient

## ÉCHELLES DE SÉDATION

### ÉCHELLES

#### SCORE DE SÉDATION

### DESSCRIPTIF

- S0 : Éveillé
- S1 : Somnolent par intermittence, facilement éveillable
- S2 : Somnolent la plupart du temps, éveillable par stimulation verbale
- S3 : Somnolent la plupart du temps, éveillable par stimulation tactile

### INTÉRÊT

Simplicité

### LIMITES

## ÉCHELLES COMPORTEMENTALES

### ÉCHELLES

#### ÉCHELLE ALGOPLUS

### DESSCRIPTIF


- Échelle comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée souffrant de troubles de la communication verbale
- Elle est constituée de cinq items
- L'observation d'un seul comportement correspondant à un des items implique sa cotation par le soignant.
- Chaque item coté « oui » vaut un point
- Le soignant doit ensuite additionner les points pour obtenir un résultat sur cinq.
- Un score supérieur ou égal à deux signale la présence d'une douleur.

### INTÉRÊT

Reproductible  
Sensible  
Validée chez le sujet âgé

### LIMITES

Apprentissage du personnel soignant



**ECHELLE  
ALGOPLUS**

**Evaluation de la douleur**

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

**Identification du patient**

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....						
Heure	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
<b>3 • Plaintes</b> « Aïe », « 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 OUI</b>	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	

## QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ». À partir d'un score de 4 sur 10, la spécificité pour le diagnostic de douleur neuropathique atteint 90 % et la sensibilité 83 %

### 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 *D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57*

**Score: ..... / 10**

## SELON LE LIEU

	ÉCHELLES	OBJECTIFS
<b>PRÉHOSPITALIER</b>	EVA, EVS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer rapidement une analgésie adaptée (voie parentérale et/ou ALR)</li> <li>• Évaluer l'efficacité (EVA &lt; 30 ou EVS &lt; 2) chez un patient conscient et en ventilation spontanée (traumatologie +++)</li> <li>• Rassurer le patient en établissant un dialogue axé sur l'intensité douloureuse</li> <li>• Transmettre l'information aux équipes hospitalières</li> </ul>
<b>URGENCES</b>	EN > EVS > EVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un relais efficace de l'analgésie préhospitalière</li> <li>• Maintenir (ou établir) un dialogue avec le patient</li> <li>• Évaluer l'efficacité thérapeutique</li> </ul>
<b>RÉANIMATION</b>	EVS > EVA Si patient inconscient : Score de sédation Échelle comportementale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les besoins et/ou les effets recherchés</li> <li>• Mettre en œuvre une analgésie adaptée avant les gestes douloureux</li> </ul>
<b>CONSULTATION D'ANESTHÉSIE</b>	Privilégier l'autoévaluation : EVA, EN ou EVS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer au patient l'intérêt de l'évaluation de sa douleur</li> <li>• Choisir l'outil le plus adapté au patient et lui présenter cet outil (avec lequel il va pouvoir s'entraîner)</li> <li>• Estimer (et noter dans le dossier) le niveau prévisible de l'intensité douloureuse du geste chirurgical ou médical</li> </ul>
<b>SSPI</b>	EVA = EN > EVS L'EVA n'est pas toujours utilisable en SSPI du fait d'une douleur importante, de troubles de compréhension ou de communication du patient après anesthésie générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer systématiquement tous les patients, dès que l'état de conscience le permet pour instaurer rapidement un traitement antalgique</li> <li>• Soulager le patient dès que l'intensité douloureuse dépasse le seuil prévu (en général EVA ou EN ≥ 30)</li> <li>• Fixer le seuil (EVA ou EN &gt; 40 ou EVS = 3) à partir duquel la sortie de SSPI n'est pas autorisée</li> </ul>
<b>SECTEUR D'HOSPITALISATION</b>	Adopter si possible les mêmes outils qu'en SSPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer le patient au repos et en conditions dynamiques (mobilisation, toux, rééducation en général)</li> <li>• Faire participer l'ensemble des acteurs : médecins, infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes</li> <li>• Évaluer au moins 3 fois (1 fois par équipe), ou si possible toutes les 4 h et dans l'heure qui suit l'administration de la morphine par voie SC (pic d'efficacité et effets secondaires) Objectif : EVA ou EN ≤ 30</li> <li>• Relever les données sur une feuille de surveillance au même titre que la pression artérielle, ou la fréquence cardiaque. « <i>La douleur doit pouvoir se lire</i> »</li> </ul>

## SELON LES SPÉCIFICITÉS DES PATIENTS

<b>SUJET ÂGÉ COMMUNIQUANT</b>	L'échelle numérique est l'outil préféré des patients et du personnel infirmier
<b>ADULTE NON COMMUNIQUANT</b> Patient de réanimation ou sujet âgé dément ou dysfonction cognitive	Algoplus
<b>DOULEUR PERSISTANTE</b>	Outil DN4 (aide au diagnostic des douleurs neuropathiques)

Références essentielles :

- Aubrun F, Paqueron X, Langeron O, Coriat P, Riou B. What pain scales do nurses use in the postanesthesia care unit ? Eur. J. Anaesthesiol. 2003; 20: 754-59.
- Bouhassira D, Attal N, Fermanian J, Alchaar H, Gautron M, Masquelier E, Rostaing S, Lanteri Minet M, Collin E, Grisart J, Boureau F. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. Pain 2004; 108: 248-257.
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. Br J Anaesth. 2008; 101: 17-24.
- Douleur postopératoire. Recommandations. Délégation à l'évaluation médicale. Direction de la prospective et de l'information médicale. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris 1996 : 49.
- Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, Fainsinger R, Aass N, Kaasa S; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. J Pain Symptom Manage. 2011; 41: 1073-93.
- Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity : a comparison of six methods. Pain 1986; 27: 117-26.
- Pesonen A, Kauppila T, Tarkkila P, Sutela A, Niinistö L, Rosenberg PH. Evaluation of easily applicable pain measurement tools for the assessment of pain in demented patients. Acta Anaesthesiol Scand. 2009; 53: 657-64.
- Pesonen A, Suojaranta-Ylinen R, Tarkkila P, Rosenberg PH. Applicability of tools to assess pain in elderly patients after cardiac surgery. Acta Anaesthesiol Scand. 2008; 52: 267-73.
- Rat P, Jouve E, Pickering G, Donnare L, Nguyen L, Michel M et al. Validation of an acute pain behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. European Journal of pain 2011; 15: 198-204.
- Ricard-Hibon A, Leroy N, Magne M, Leberre A, Chollet C, Marty J. Evaluation de la douleur aiguë en médecine préhospitalière. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1997; 16: 945-9.