

ÉVALUATION DE LA DOULEUR AIGÜE EN URGENGE PRÉ ET INTRA-HOSPITALIÈRE *

RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS^{1,5}

DOULEUR

- La douleur est un symptôme fréquemment observé en médecine d'urgence intra- et extrahospitalière. Elle reste actuellement insuffisamment évaluée et traitée. L'auto-évaluation quantitative et qualitative est considérée à tort comme difficile (faisabilité de 83 à 89 % en urgence intra- et extrahospitalière). C'est la méthode d'évaluation la plus adaptée pour la prise en charge de la douleur aiguë dans ce contexte.

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.
- Bonne faisabilité et adaptabilité aux spécificités de l'urgence.

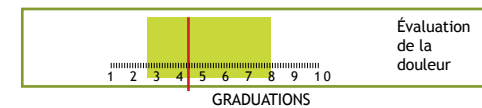
ÉCHELLES UNIDIMENSIONNELLES^{4,6,8,11}

ÉCHELLES	DESSCRIPTIF	INTÉRÊTS	LIMITES
ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)	0 : Pas de douleur 100: La pire douleur imaginable Quantification par le personnel soignant : < 30 : Douleur faible 30-60 mm : Douleur modérée ≥ 60 mm : Douleur forte à insupportable	Échelle de référence Adaptée dès l'âge de 5 ans Simple Grand nombre de réponses possibles Pas de mémorisation de chiffre par le patient Mesure de l'intensité douloureuse et de l'efficacité thérapeutique	7 à 15 % d'incompréhension ou d'impossibilité d'utilisation, principalement chez le sujet à faible capacité d'abstraction, communiquant difficilement ; le sujet malvoyant ou ne pouvant saisir le curseur ; le sujet très âgé ou l'enfant de moins de 5 ans

FACE PATIENT



FACE ÉVALUATEUR



ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)	0 : Pas de douleur 100 (ou 10) : La pire douleur imaginable	Simple, rapide Souvent préférée par le sujet âgé	Légère surestimation des valeurs de l'EVA Mémorisation d'un chiffre par le patient
ÉCHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)	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

CHEZ L'ENFANT

ÉCHELLE 6 VISAGES (FPS-R)

- Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10 (0 = « pas mal du tout » ; 10 = « très très mal »)
- Seuil de traitement ≥ 2



REMARQUES

- Exprimer clairement les limites extrêmes « pas mal du tout » et « très très mal »
- Ne pas utiliser les mots « tristes » ou « heureux »
- Préciser 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 »

ÉCHELLE ALGOPLUS

ÉCHELLE D'ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR AIGUË CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE PRÉSENTANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heurehhh	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
VISAGE Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé						
REGARD Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés						
PLAINTES « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris						
CORPS Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées						
COMPORTEMENTS Agitation ou agressivité, agrippement						
TOTAL OUI	/5		/5		/5	

Seuil de traitement antalgique ≥ 2

ÉCHELLE COMPORTEMENTALE

ÉCHELLE D'OBSERVATION COMPORTEMENTALE DE BOUREAU (EOC)⁷

DESSCRIPTIF	Spontanément			Lors de l'examen		
	Absent 0	Faible 1	Marqué 2	Absent 0	Faible 1	Marqué 2
Pousse des gémissements, des plaintes						
Front plissé, crispation du visage						
Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos (assis ou allongé)						
Mouvements précautionneux						

Intérêts: Utilisable chez les patients non communicants

Limites: Subjective, moindre faisabilité que les échelles d'auto-évaluation

ÉCHELLES DE SÉDATION^{4,10}

ÉCHELLES	DESSCRIPTIF
SCORE DE RAMSAY	R1: Patient anxieux, agité R2: Patient coopérant, orienté, tranquille R3: Réponse seulement à la commande R4: Vive réponse à la stimulation de la glabella R5: Faible réponse à la stimulation de la glabella R6: Aucune réponse à la stimulation de la glabella Objectif visé: R2
SCORE DE SÉDATION	S0: Éveillé S1: Somnolent par intermittence, facilement éveillé S2: Somnolent la plupart du temps, éveillé par stimulation verbale S3: Somnolent la plupart du temps, éveillé par stimulation tactile Objectif visé (en sédation) ≤ S2
CHEZ L'ENFANT	1: Comateux, aucune réponse à la stimulation 2: Endormi, réveil à la stimulation 3: Calme, aucun risque pour les cathéters 4: Alerté, cathéters à risque 5: Agité, non contrôlable, se débattant Objectif visé: score à 3

Intérêt: ces trois échelles sont faciles à utiliser

ÉCHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE (ECPA)

1. OBSERVATIONS AVANT LES SOINS

1. Expression du visage: regard, mimique	
• Visage détendu	0
• Visage soucieux	1
• Le sujet grimace de temps en temps	2
• Regard effrayé et/ou visage crispé	3
• Expression complètement figée	4
2. Position spontanée au repos (recherche d'une attitude ou une position antalgique)	
• Aucune position antalgique	0
• Le sujet évite une position	1
• Le sujet choisit une position antalgique	2
• Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
• Le sujet reste immobile, comme cloué par la douleur	4
3. Mouvements (ou mobilité) du patient (hors et/ou dans le lit)	
• Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude	0
• Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
• Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
• Immobilité contrairement à son habitude*	3
• Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*	4
4. Relation à autrui (Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type: regard, geste, expression)	
• Même type de contact que d'habitude*	0
• Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
• Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
• Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
• Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer aux jours précédents

** ou prostration

NB : Les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient par une seule personne. Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée. Le temps de cotation varie selon l'entraînement du cotateur, mais oscille entre 1 et 5 minutes. La seule mais indispensable précaution est de coter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première. La cotation douloureuse n'a pas de cadre restrictif : on peut coter à n'importe quel moment et répéter ad libitum.

ÉCHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE (ECPA)

2. OBSERVATIONS PENDANT LES SOINS

5. Anticipation anxieuse des soins	
• Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
• Angoisse du regard, impression de peur	1
• Sujet agité	2
• Sujet agressif	3
• Cris, soupirs, gémissements	4
6. Réactions pendant la mobilisation	
• Le sujet se laisse mobiliser et/ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
• Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
• Le sujet retient la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
• Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
• Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4
7. Réactions pendant les soins des zones douloureuses	
• Aucune réaction pendant les soins	0
• Réaction pendant les soins, sans plus	1
• Réaction au toucher des zones douloureuses	2
• Réaction à l'effleurement des zones douloureuses	3
• L'approche des zones est impossible	4
8. Plaintes exprimées pendant les soins	
• Le sujet ne se plaint pas	0
• Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
• Le sujet se plaint en présence de quelqu'un	2
• Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne	3
• Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne	4

SCORE TOTAL (sur 32)



SELON LE LIEU

ÉCHELLES	OBJECTIFS
PRÉHOSPITALIER 1,2,3,4 EN = EVA EVS > Échelle des visages si EN et EVA impossibles Échelle Algoplus chez le sujet âgé non communiquant Score de Ramsay ou score de sédation	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les patients douloureux et quantifier l'intensité de leur douleur. - Instaurer rapidement une analgésie adaptée (voie parentérale et/ou ALR). - Évaluer l'efficacité (EVA ou EN < 30 ou EVS < 2) et la sécurité (score de Ramsay = 2) chez un patient en ventilation spontanée. - Rassurer le patient en établissant un dialogue axé sur l'intensité douloureuse et le soulagement. - Transmettre les informations par écrit aux équipes hospitalières.
URGENCES INTRAHOSPITALIÈRES 5,6,7,8,9 EN = EVA EVS > Échelle des visages si EN et EVA impossibles Échelle Algoplus chez le sujet âgé non communiquant Score de Ramsay ou score de sédation	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les patients douloureux et quantifier l'intensité de leur douleur. - Instaurer rapidement une analgésie adaptée ou assurer un relais efficace de l'analgésie préhospitalière, y compris pendant les périodes d'explorations complémentaires. - Évaluer l'efficacité (EVA ou EN < 30 ou EVS < 2) et la sécurité (score de Ramsay = 2) chez un patient en ventilation spontanée. - Rassurer le patient en établissant un dialogue axé sur l'intensité douloureuse et le soulagement. - Transmettre les informations par écrit aux équipes hospitalières.
ZHTCD** ET SERVICES D'HOSPITALISATION Adopter les mêmes outils que l'urgence pré et intrahospitalière	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer le patient au repos et en conditions dynamiques. - Faire participer l'ensemble des acteurs (médecins, infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes, brancardiers). - Évaluer au moins 3 fois/j (1 fois par équipe), ou, si possible, toutes les 4 h et dans l'heure qui suit l'administration de morphine par voie sous-cutanée (pic d'efficacité et effets secondaires). - Objectif : EVA ou EN < 30. - Relever les données sur une feuille de surveillance au même titre que la pression artérielle : « la douleur doit pouvoir se lire ».

** ZHTCD : Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée

SELON LES PATIENTS

SUJET ÂGE COMMUNICANT

- L'échelle numérique est privilégiée.

ADULTE NON COMMUNICANT 7,9,10

- Échelle des visages
- Échelles comportementales : échelle Algoplus, échelle ECPA, échelle Doloplus-2 (ou échelle EOC de Bourreau)

ENFANT DE MOINS DE 5 ANS 4

- Échelle des visages, EVS et score de sédation de Rosen
- Échelle CHEOPS ou OPS 4,10.

ENFANT DE PLUS DE 5 ANS 4

- EVA adaptée à l'enfant ou EVS, score de sédation de Rosen

NOURRISSON 4

- Échelle d'Amiel-Tison ou échelle EDIN10

Références bibliographiques :

1. Ricard-Hibon A, Leroy N, Magne M, Leberre A, Chollet C, Marty J. Évaluation de la douleur aiguë en médecine préhospitalière. Ann. Fr. Anesth. Réanim. 1997; 16: 945-49.
2. Ricard-Hibon A, Chollet C, Saada S, Loridant B, Marty J. A quality control program for acute pain management in pre-hospital critical care medicine. Ann. Emerg. Med. 1999; 34: 738-44.
3. Guéant S, Taleb A, Borel-Kunhet J, Cauterman M, Raphael M, Nathan G, Ricard-Hibon A. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre prospective study. Eur J Anaesthesia 2011; 28: 97-105.
4. Sfmu et Sfar. Conférence d'experts : « Sédation et analgésie en structure d'urgence » http://www.sfmu.org/documents/consensus/rfe_sedation_analgésie_2010.pdf
5. Ricard-Hibon A, Belpomme V, Chollet C, Devaud ML, Adnet F, Borron S, Mantz J, Marty J. Compliance with a morphine protocol and effect on pain relief in out-of-hospital patients. J Emerg Med. 2008; 34:305-10.
6. Berthier F, Potel G, Leconte P, Touze MD, Baron D. Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED. Am. J. Emerg. Med. 1998; 16 (2): 132-6.
7. Rat P, Jouve E, Pickering G, Donnarel L, Nguyen L, Michel M, Capriz-Rivière F, Lefebvre-Chapiro S, Gauquelin F, Bonin-Guillaume S. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. Eur J Pain 2011, in press.
8. Bijur PE, Latimer CT, EJ. G. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. Acad. Emerg. Med. 2003; 10: 390-92.
9. Blettery B, Ebrahim L, Honnart D, Aube H. Les échelles de mesure de la douleur dans un service d'accueil des urgences. Réan. Urg. 1996; 5 (6): 691-97.
10. Wary B, Doloplus C. Doloplus-2, a scale for pain measurement. Soins Gerontol. 1999; 19:25-27.
11. Jensen M, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain 1986; 27: 117-26.