

**GUIDE D'UTILISATION DE  
L'ECHELLE D'EVALUATION  
DE LA DOULEUR  
CHEZ L'ADOLESCENT  
OU L'ADULTE  
POLYHANDICAPE**

CLUD - HÔPITAL MARIN D'HENDAYE

2008

## PRESENTATION

L'évaluation de la douleur du patient polyhandicapé ne peut être qu'une hétéro – évaluation compte tenu des troubles cognitifs du patient.

L'échelle que nous vous proposons a été réalisée à partir de :

L'échelle DOLOPLUS (échelle d'hétéro-évaluation de la douleur de la personne âgée aux fonctions cognitives altérées : déments, aphasiques, comateux, patients non coopérants).

L'échelle douleur enfant de San Salvador, elle-même issue d'une réflexion à partir de l'échelle de l'enfant douloureux (Gustave Roussy – équipe A.Gauvain-Piquard).

**Cette échelle doit être utilisée devant toute suspicion de douleur.**

C'est une échelle qualitative d'évaluation comportementale de la douleur ayant pour objectif initial de sensibiliser les soignants (y compris les équipes médicales) à prendre en compte le symptôme douleur.

L'outil se veut simple et facile à utiliser tout en respectant l'approche globale de la personne polyhandicapée.

Cette grille peut donner des arguments en faveur d'une présomption étiologique, mais ce n'est pas son but.

Elle permet de mesurer l'écart entre l'expression habituelle du patient et l'expression perturbée dans l'hypothèse d'une douleur et, ainsi, d'adapter un traitement si besoin.

L'échelle se compose de 2 parties :

Retentissement somatique (4 items).

Retentissement psychomoteur et corporel (7 items).

Chaque item est coté de 0 à 3 ou de 0 à 4 (excepté l'item « identification des zones douloureuses » coté de 0 à 5). Le total est de 41 points.

La douleur semble être affirmée clairement pour un total supérieur à 7 (validation statistique faite par l'Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux en mars 2007).

## CONSEILS D'UTILISATION

L'utilisation nécessite un apprentissage :

Coter en équipe pluridisciplinaire (binôme AS-IDE +/- médecin +/- paramédicaux)

Inclure l'échelle dans le dossier de soins du patient.

Coter 0 en cas d'item inadapté.

En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté

Ne pas comparer les scores de différents patients.

Effectuer une réévaluation bi-quotidienne jusqu'à sédation des douleurs, puis une réévaluation quotidienne ensuite.

**L'échelle cote la douleur et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives.**

## RETENTISSEMENT SOMATIQUE

### **Item 1 : Plaintes somatiques**

Définition des manifestations neurovégétatives : rougeur, pâleur, sueurs, nausées, vomissements, tremblements, hypotension, tachycardie, (augmentation du rythme respiratoire).

### **Item 2 : Positions antalgiques au repos**

Attitude antalgique : position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

### **Item 3 : Troubles du sommeil**

Lorsqu'un patient a un sommeil agité de façon habituelle (cela existe fréquemment), il faut coter sommeil habituel = 0. Ce n'est que lorsque le sommeil devient agité de manière ponctuelle que l'on cote sommeil agité = 1.

Définition de l'insomnie : il s'agit d'un trouble du sommeil à type d'insuffisance qualitative ou quantitative.

Il est classique de distinguer dans les insomnies les difficultés à l'endormissement et le réveil nocturne. Ces deux paramètres permettent d'orienter la prise en charge thérapeutique de l'insomnie. Dans ce cas, coter 2.

## RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL

### **Item 5 : Tonus**

Définition du tonus : état permanent d'activité fondamentale des muscles lisses et striés, sous la dépendance du système nerveux central et périphérique.

### **Item 6 : Mimiques**

Mimique douloureuse. Précision pour coter : lorsqu'un patient a un faciès inquiet de manière habituelle (cela existe-t-il ?), il faut coter mimique habituelle = 0.

Ce n'est que lorsque le faciès change et devient inquiet de manière ponctuelle et donc inhabituelle que l'on cote 1.

### **Item 7 : Expression du corps**

**Item 8 : Interaction lors des soins** : Le patient accepte-il ou non le contact avec le soignant ?

### **Item 9 : Communication**

La communication verbale est définie comme l'utilisation de quelques mots. La communication non verbale comprend le regard, les gestes, les mimiques, les émissions vocales, les mouvements et le toucher.

### **Item 10 : Vie sociale, intérêt pour l'environnement**

Le terme de vie sociale, intérêt pour l'environnement ou relation au monde correspond à l'ensemble des réactions du patient à la présence des soignants lors des soins, des repas, des activités ainsi que lors des stimulations (visuelles, sonores, olfactives).

### **Item 11 : Troubles du comportement**

Stéréotypies : actes automatiques, à visée d'auto-stimulation (stimulation de son corps par des mouvements, balancement...).

Ces actes peuvent varier en intensité, de gestes ludiques et stimulants à des actes autodestructeurs.