

L'évaluation de la douleur

Guide des soins palliatifs

du médecin vaudois

n°2 ☞ 2008

En bref

Comment évaluer une douleur? 4

Quelques conseils pratiques

Pour évaluer une douleur 5

Boîte à outils

Formulaire abrégé d'évaluation initiale de la douleur 6

Echelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS) 7

Graphique d'évolution des symptômes d'Edmonton (ESAS) 8

Doloplus 2 9

Echelle comportementale de la douleur

pour personnes âgées non communicantes (ECPA) 10

Questionnaire de Saint-Antoine (QDSA) 11

En savoir plus

1. Objectifs de l'évaluation 12

2. Mécanismes physiopathologiques 12

2.1 Douleurs par excès de nociception 13

2.2 Douleurs neuropathiques 13

2.3 Douleurs mixtes 13

3. Douleurs aiguës, chroniques et incidentes 14

3.1 Douleurs aiguës 14

3.2 Douleurs chroniques 14

3.3 Douleurs incidentes (*breakthrough pain*) 14

4. Composantes de l'évaluation 15

4.1 Evaluation qualitative 15

4.2 Evaluation quantitative 17

4.3 Evaluation des autres dimensions 19

4.4 Examens clinique et paracliniques 20

Quelques références utiles 21

Sommaire

Guide des soins palliatifs

du médecin vaudois

n°2 2008

Auteurs et éditeurs

D^{resse} Claudia Mazzocato, PD MER
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne CHUV
1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch

D^r Stéphane David
Médecine interne FMH
Ch. de Pierrefleur 7
1004 Lausanne
stephane.david@svmed.ch

Comité de rédaction

D^{resse} Claudia Mazzocato
D^r Stéphane David
P^r José Pereira

Reviewer

D^{resse} Sophie Pautex
Equipe mobile d'antalgie et soins palliatifs
Département de réhabilitation et gériatrie des HUG
Centre de soins continus, 1245 Collonge-Bellerive
sophie.pautex@hcuge.ch

Patient, médecin et équipe: un même langage

Questionner un patient au sujet de ses douleurs et répondre à ses besoins par les moyens à notre disposition font partie de notre quotidien, quelle que soit notre activité.

Dès lors, est-il vraiment nécessaire d'évaluer de façon formelle les douleurs en soins palliatifs? Oui, car de nombreuses études convergent sur un point: l'absence de prise en charge correcte des douleurs est liée le plus souvent à une évaluation incomplète, voire manquante de celles-ci.

L'évaluation ne représente pas seulement un pas vers une prise en charge optimale des douleurs: son bénéfice dépasse la seule prise en charge antalgique. Comme vous le découvrirez plus loin, les aspects sociaux, psychologiques, spirituels font partie intégrante de l'évaluation. Ils sont essentiels chez le patient en phase palliative.

Autre bénéfice de l'évaluation: le processus d'évaluation mobilise les ressources du patient et l'implique comme partenaire dans le traitement et dans les décisions thérapeutiques. Pour ce faire, l'information adéquate du patient est nécessaire. Elle vise à lui expliquer le but poursuivi par l'évaluation et le rôle qu'il a à jouer dans celle-ci.

En résumé, derrière les aspects un peu rébarbatifs, voire scolaires, de toute évaluation, se cachent de nombreux atouts, parmi lesquels nous citerons une prise en charge multidimensionnelle de la douleur, un lieu de communication avec le patient et ses proches ainsi qu'avec le personnel soignant, une meilleure appropriation du traitement par le patient, une amélioration du suivi thérapeutique et de sa traçabilité dans le temps, et, finalement, une meilleure continuité des soins.

Les outils d'évaluation spécifiques à l'enfant seront abordés dans le cahier qui sera consacré aux soins palliatifs en pédiatrie.



D^{re}esse Claudia Mazzocato



D^r Stéphane David



En bref

Comment évaluer une douleur?

Etape 1 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
 - Types d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques
 - Dosages, modalités et fréquence d'administration
 - Bénéfices antalgiques, effets secondaires

Etape 2 Evaluation quantitative

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

Patients communicants	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle visuelle analogique ou • Echelle numérique ou • Echelle verbale 	Auto-évaluation p. 6, 17, 18
Patients non communicants	<ul style="list-style-type: none"> • Doloplus 2 ou • ECPA 	Hétéro-évaluation p. 9, 10, 18

Etape 3 Evaluation des autres dimensions

- Autres symptômes: ESAS p. 7, 8, 19
- Etat cognitif (état confusionnel aigu, démence)
- Ressources adaptatives, thymie, anxiété
- Comportements antérieurs et actuels d'addiction
- Influences et/ou conséquences psychosociales, spirituelles, culturelles

Etape 4 Examens clinique et paracliniques

- Status détaillé, en particulier neurologique
- Estimation de la clearance de la créatinine
- Autres examens au besoin

Etape 5 Evaluation continue

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

Quelques conseils pratiques pour évaluer la douleur

- *Le premier obstacle à une bonne antalgie est une évaluation insuffisante de la douleur. Il vaut donc la peine d'y consacrer suffisamment de temps, quitte à voir le patient plusieurs fois pour l'évaluation.*
- *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.*
- *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.*
- *Une évaluation isolée n'apporte que peu de bénéfices. Elle doit être répétée afin de permettre un suivi de l'évolution.*
- *Ne comparez jamais l'évaluation d'un patient avec celle d'un autre. Le malade est son propre contrôle.*
- *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.*
- *L'utilisation des hétéro-évaluations nécessite un minimum d'apprentissage. Si vous les utilisez pour la première fois, il peut être utile de faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs.*
- *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.*
- *Vu leur prévalence élevée, il est essentiel de rechercher systématiquement des troubles dépressifs chez le patient présentant des douleurs chroniques.*
- *L'évaluation détaillée des traitements antalgiques antérieurs est très utile. Il n'est pas rare qu'un médicament décrit comme inefficace par le patient s'avère en fait insuffisamment dosé ou pris à un intervalle inapproprié.*

Boîte à outils

Formulaire abrégé d'évaluation initiale de la douleur

Nom, prénom

Date

Evaluation qualitative

1. Date d'apparition des douleurs _____

2. Description des douleurs

- | | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Coup de poignard | <input type="checkbox"/> Crampe | <input type="checkbox"/> Tiraillement | <input type="checkbox"/> Serrement | <input type="checkbox"/> Pincement |
| <input type="checkbox"/> Décharge électrique | <input type="checkbox"/> Piqûre | <input type="checkbox"/> Fourmillement | <input type="checkbox"/> Arrachement | <input type="checkbox"/> Battement |
| <input type="checkbox"/> Picotement | <input type="checkbox"/> Pulsation | <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Torsion | <input type="checkbox"/> Autre(s) mot(s) |

3. Durée des douleurs

- Fugaces Plusieurs minutes Plusieurs heures Constantes

4. Moment d'apparition dans la journée

- Matin Midi Soir A tout moment

5. Facteurs déclenchant ou aggravant les douleurs

- | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mobilisation (préciser) | <input type="checkbox"/> Soins (préciser) | <input type="checkbox"/> Palpation (préciser) | <input type="checkbox"/> Effort | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Application de chaud | <input type="checkbox"/> Parler de sa douleur | <input type="checkbox"/> Miction | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Respiration | <input type="checkbox"/> Application de froid | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Déglutition | <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) |

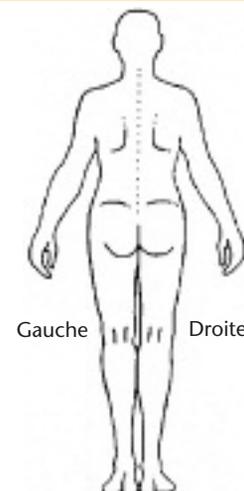
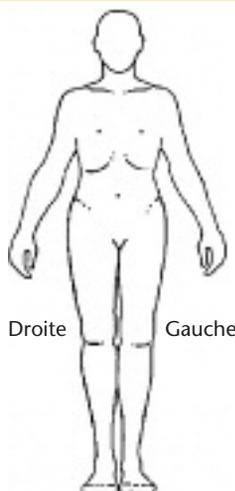
6. Facteurs apaisant les douleurs

- | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mobilisation (préciser) | <input type="checkbox"/> Distraction | <input type="checkbox"/> Information | <input type="checkbox"/> Occupation | <input type="checkbox"/> Massage |
| <input type="checkbox"/> Positionnement | <input type="checkbox"/> Application de chaud | <input type="checkbox"/> Parler de sa douleur | <input type="checkbox"/> Relaxation | <input type="checkbox"/> Autre(s) (préciser) |
| <input type="checkbox"/> Repos | <input type="checkbox"/> Application de froid | <input type="checkbox"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> Médicaments | |

7. Localisation(s) des douleurs

Représentez les diverses localisations des douleurs et leurs trajets éventuels

- × Douleur localisée
- ⊗ Zone douloureuse étendue
- Irradiation



Evaluation quantitative

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

Echelle visuelle analogique (EVA) ou

Pas de douleur _____ Pire douleur possible

Echelle numérique (EN) ou

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire douleur possible

Echelle verbale (EV)

Pas de douleur Douleur faible Douleur modérée Douleur sévère Douleur très sévère Pire douleur possible

Echelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS)

Nom, prénom	Date / Heure	
Pas de douleur	_____	Pire douleur possible
Pas de fatigue	_____	Pire fatigue possible
Pas de nausée	_____	Pire nausée possible
Pas de tristesse	_____	Pire tristesse possible
Pas d'anxiété	_____	Pire anxiété possible
Pas de somnolence	_____	Pire somnolence possible
Pas de manque d'appétit	_____	Pire manque d'appétit possible
Je me sens bien	_____	Je me sens mal
Pas d'essoufflement	_____	Pire essoufflement possible
Autre symptôme	_____	
Réalisé par	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Patient et soignant <input type="checkbox"/> Soignant <input type="checkbox"/> Famille	

Graphique d'évolution des symptômes d'Edmonton (ESAS)

Nom, prénom	
Date	
Heure	
Douleur	
Fatigue	
Nausée	
Tristesse	
Anxiété	
Somnolence	
Inappétence	
Mal-être	
Dyspnée	
Autre symptôme	

Effectué par Patient Patient et soignant Soignant Famille

Doloplus 2

Téléchargeable sur www.doloplus.com

Nom, prénom

		Dates			
Retentissement somatique					
1. Plaintes somatiques	• pas de plaintes	0	0	0	
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	
2. Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	
3. Protection des zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	
4. Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	
5. Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	
Retentissement psychomoteur					
6. Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	
7. Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	
Retentissement psychosocial					
8. Communication	• inchangée	0	0	0	
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	
9. Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)	0	0	0	
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	
10. Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	
Score					

ECPA - Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes

Source: www.geocities.com/bpradines/ECPA.html

Nom, prénom

	Dates			
Observation avant les soins				
1. Expression du visage: regard et mimique				
• visage détendu	0	0	0	0
• visage soucieux	1	1	1	1
• le sujet grimace de temps en temps	2	2	2	2
• regard effrayé et/ou visage crispé	3	3	3	3
• expression complètement figée	4	4	4	4
2. Position spontanée au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)				
• aucune position antalgique	0	0	0	0
• le sujet évite une position	1	1	1	1
• le sujet choisit une position antalgique	2	2	2	2
• le sujet recherche sans succès une position antalgique	3	3	3	3
• le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4	4	4	4
3. Mouvements (ou mobilité) du patient (hors et/ou dans le lit)				
• le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0	0	0	0
• le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1	1	1	1
• lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2	2	2	2
• immobilité contrairement à son habitude*	3	3	3	3
• absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4	4	4	4
4. Sur la relation à autrui (il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type: regard, geste, expression...)				
• même type de contact que d'habitude	0	0	0	0
• contact plus difficile à établir que d'habitude	1	1	1	1
• éviter la relation contrairement à l'habitude	2	2	2	2
• absence de tout contact contrairement à l'habitude	3	3	3	3
• indifférence totale contrairement à l'habitude	4	4	4	4
Observation pendant les soins				
5. Anticipation anxieuse aux soins				
• le sujet ne montre pas d'anxiété	0	0	0	0
• angoisse du regard, impression de peur	1	1	1	1
• sujet agité	2	2	2	2
• sujet agressif	3	3	3	3
• cris, soupirs, gémissements	4	4	4	4
6. Réactions pendant la mobilisation				
• le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0	0	0	0
• le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1	1	1	1
• le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2	2	2	2
• le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3	3	3	3
• le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4	4	4
7. Réactions pendant les soins des zones douloureuses				
• aucune réaction pendant les soins	0	0	0	0
• réaction pendant les soins, sans plus	1	1	1	1
• réaction au toucher des zones douloureuses	2	2	2	2
• réaction à l'effleurement des zones douloureuses	3	3	3	3
• l'approche des zones est impossible	4	4	4	4
8. Plaintes exprimées pendant les soins				
• le sujet ne se plaint pas	0	0	0	0
• le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1	1	1	1
• le sujet se plaint dès la présence du soignant	2	2	2	2
• le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3	3	3	3
• le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4	4	4	4
Total		/32	/32	/32

*Se référer au(x) jour(s) précédent(s) – **ou prostration – ne pas utiliser l'ECPA chez les patients en état végétatif

Questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général

Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Choisissez, dans chaque groupe de mots, le qualificatif le plus exact.

Qualificatifs		Qualificatifs		
A	<input type="checkbox"/> Battements	H	<input type="checkbox"/> Picotements	
	<input type="checkbox"/> Pulsations		<input type="checkbox"/> Fourmillements	
	<input type="checkbox"/> Elancements		<input type="checkbox"/> Démangeaisons	
	<input type="checkbox"/> En éclairs	I	<input type="checkbox"/> Engourdissement	
	<input type="checkbox"/> Décharges électriques		<input type="checkbox"/> Lourdeur	
	<input type="checkbox"/> Coups de marteau		<input type="checkbox"/> Sourde	
B	<input type="checkbox"/> Rayonnante	J	<input type="checkbox"/> Fatigante	
	<input type="checkbox"/> Irradiante		<input type="checkbox"/> Epuisante	
C	<input type="checkbox"/> Piqûre		<input type="checkbox"/> Ereintante	
	<input type="checkbox"/> Coupure	K	<input type="checkbox"/> Nauséuse	
	<input type="checkbox"/> Pénétrante		<input type="checkbox"/> Suffocante	
	<input type="checkbox"/> Transperçante		<input type="checkbox"/> Syncopale	
	<input type="checkbox"/> Coups de poignard	L	<input type="checkbox"/> Inquiétante	
D	<input type="checkbox"/> Pincement		<input type="checkbox"/> Oppressante	
	<input type="checkbox"/> Serrement		<input type="checkbox"/> Angoissante	
	<input type="checkbox"/> Compression		M	<input type="checkbox"/> Harcelante
	<input type="checkbox"/> Ecrasement			<input type="checkbox"/> Obsédante
	<input type="checkbox"/> En étau	<input type="checkbox"/> Cruelle		
<input type="checkbox"/> Broiement	<input type="checkbox"/> Torturante			
<input type="checkbox"/> Suppliciante	N	<input type="checkbox"/> Gênante		
E		<input type="checkbox"/> Tiraillement	<input type="checkbox"/> Désagréable	
		<input type="checkbox"/> Etirement	<input type="checkbox"/> Pénible	
		<input type="checkbox"/> Distension	<input type="checkbox"/> Insupportable	
	<input type="checkbox"/> Déchirure	O	<input type="checkbox"/> Enervante	
	<input type="checkbox"/> Torsion		<input type="checkbox"/> Exaspérante	
<input type="checkbox"/> Arrachement	<input type="checkbox"/> Horripilante			
F	<input type="checkbox"/> Chaleur	P	<input type="checkbox"/> Déprimante	
	<input type="checkbox"/> Brûlure		<input type="checkbox"/> Suicidaire	
G	<input type="checkbox"/> Froid			
	<input type="checkbox"/> Glace			

Sous-classes sensorielles: A à I; sous-classes affectives: J à P.

+ En savoir plus sur l'évaluation de la douleur

1. Objectifs de l'évaluation

La douleur affecte 80 à 90% des patients en phase avancée d'un cancer et 60% environ des patients atteints d'autres affections chroniques évolutives (insuffisance cardiaque, BPCO, maladies neurologiques dégénératives, etc.). La recherche systématique de douleurs chez ces patients et leur évaluation est le préalable indispensable d'une antalgie satisfaisante.

Objectifs	Conséquences
<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les organes lésés, l'étendue et l'étiologie des lésions 	<ul style="list-style-type: none"> • Choix du traitement étiologique
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les mécanismes physiopathologiques <ul style="list-style-type: none"> → Douleurs par excès de nociception? → Douleurs neuropathiques? → Douleurs mixtes? 	<ul style="list-style-type: none"> • Choix du traitement symptomatique <ul style="list-style-type: none"> → Type d'analgésique(s) → Type de co-analgésique(s)
<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le type et la sévérité <ul style="list-style-type: none"> → Douleurs aiguës ou chroniques? → Douleurs légères ou sévères? → Douleurs continues et/ou incidentes? 	<ul style="list-style-type: none"> • Choix du traitement symptomatique <ul style="list-style-type: none"> → Type d'analgésique(s) → Type de co-analgésique(s) • Modalités du traitement symptomatique • Modalités du suivi médical
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les facteurs contributifs <ul style="list-style-type: none"> → Autres symptômes? → Co-morbidités? → Facteurs psychosociaux, existentiels? 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des autres symptômes • Monitoring du traitement antalgique • Approche non pharmacologique
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'impact de la douleur sur le fonctionnement et la qualité de vie du patient <ul style="list-style-type: none"> → Troubles du sommeil, dépression, anxiété? → Difficultés familiales, isolement social? → Troubles cognitifs? 	<ul style="list-style-type: none"> • Urgence du traitement antalgique • Autres approches pharmacologiques et non pharmacologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer des facteurs de complexité <ul style="list-style-type: none"> → Douleurs réfractaires? → Effets secondaires persistants? → Problèmes d'addiction? 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation spécialisée de la douleur

2. Mécanismes physiopathologiques

Une douleur peut être la conséquence d'un excès de nociception, neuropathique ou mixte. Déterminer le mécanisme physiopathologique permet de définir le type d'analgésique et/ou de co-analgésique.

- Les analgésiques non opioïdes et opioïdes sont efficaces sur les douleurs par excès de nociception.
- Les douleurs neuropathiques peuvent être soulagées par ces derniers mais elles y sont généralement moins sensibles et requièrent régulièrement l'utilisation de co-analgésiques.

2.1 Douleurs par excès de nociception

Elles sont la conséquence d'une activation des terminaisons nociceptives par un processus pathologique.

- **Douleurs somatiques** si le processus touche la peau, les muscles et le squelette.
 - Généralement continues, bien localisées.
 - Décrites comme une pesanteur, une distension, une contusion, souvent de tonalité sourde.
 - Facilement reproductibles par la palpation et/ou la mobilisation.
- **Douleurs viscérales** si le processus touche les viscères.
 - Généralement mal localisées, souvent référées (perçues à distance du viscère atteint).
 - Fréquemment transfixiantes, tranchantes, en crampe ou colique, comme un poids ou un étai, une réplétion, une dilatation.

2.2 Douleurs neuropathiques

Elles sont secondaires à une atteinte ou une dysfonction du système nerveux central ou périphérique.

- Décrites comme des dysesthésies douloureuses continues (brûlures, picotements) et/ou des dysesthésies paroxystiques (décharge électrique, douleur lancinante).
- A l'examen clinique présence fréquente, mais non obligatoire, de signes négatifs:
 - hypoesthésie,
 - anesthésie,

et/ou de signes positifs:

- allodynie (douleur à une stimulation normalement indolore),
- hyperesthésie (douleur anormalement intense à une stimulation douloureuse),

et, plus rarement, de troubles moteurs ou sympathiques.

- Localisées au niveau de la zone innervée par la structure lésée.
- Peuvent se manifester à distance de la lésion initiale.

2.3 Douleurs mixtes

Douleurs impliquant une composante nociceptive et neuropathique.

- Elles réunissent les caractéristiques des douleurs par excès de nociception et neuropathiques.
- Elles sont fréquentes dans le cancer, sur infiltration tumorale concomitante des tissus et des voies nerveuses.

Exemples de douleurs par excès de nociception, neuropathiques et mixtes

Type de douleur	Etiologies
Douleurs par excès de nociception	<ul style="list-style-type: none"> → fracture, hématome → arthrose, métastases osseuses → dermo-hypodermite → coliques sur obstruction digestive, angor
Douleurs neuropathiques	<ul style="list-style-type: none"> → polyneuropathie diabétique, urémique, toxique → post-herpétiques → radiculopathie sur compression médullaire → accident vasculaire cérébral, artériopathie des MI → fantômes post-traumatiques ou chirurgicales
Douleurs mixtes	<ul style="list-style-type: none"> → lombo-sciatalgies sur discopathie ou compression médullaire → douleurs ORL sur infiltration tumorale locorégionale

3. Douleurs aiguës, chroniques et incidentes

3.1 Douleurs aiguës

- Généralement inférieures à 1 mois, se prolongent parfois jusqu'à 3 mois.
- Elles se caractérisent par:
 - des manifestations neuro-végétatives (tachycardie, hypertension, sudation),
 - une anxiété,
 - un traitement antalgique généralement simple et rapidement efficace.

3.2 Douleurs chroniques

- Généralement supérieures à 3 à 6 mois, fréquemment au décours d'une douleur aiguë.
- Elles se caractérisent par:
 - peu ou pas de manifestations neuro-végétatives,
 - un retentissement cognitif, émotionnel et fonctionnel souvent sévère,
 - un traitement antalgique généralement difficile et sur le long terme.

La distinction entre douleurs aiguës et chroniques ne repose plus tant sur la durée mais sur les conséquences d'une douleur prolongée. Un stimulus nocif intense et répété induit des modifications neurobiologiques au niveau du système nerveux central, parfois irréversibles. Il en résulte une persistance du message douloureux, même après disparition du stimulus nociceptif, et une sensibilité accrue à la douleur. Il est donc impératif de traiter précocement et efficacement toute douleur.

3.3 Douleurs incidentes (*breakthrough pain*)

- Exacerbations douloureuses généralement sévères, de brève durée, chez un patient présentant des douleurs chroniques bien contrôlées.
- Par excès de nociception, neuropathiques ou mixtes.
- Spontanées ou provoquées par une activité du patient (mobilisation, déglutition, miction, etc.).
- Souvent difficiles à traiter en raison de leur survenue rapide et de leur caractère transitoire.
- Affectent 60 à 80% des patients atteints d'un cancer mais également les autres patients douloureux chroniques.

4. Composantes de l'évaluation

Une évaluation de la douleur se réalise au début de toute prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique évolutive et/ou lors de l'apparition de douleurs chez ce dernier.

Cette **évaluation initiale** comporte trois composantes:

- l'évaluation qualitative,
- l'évaluation quantitative,
- l'évaluation multidimensionnelle.

Elle est complétée par un examen clinique et au besoin par un bilan biologique et radiologique. L'évaluation quantitative est ensuite répétée régulièrement. Elle se fait de manière rapprochée lors de douleurs intenses ou suite à l'introduction d'un traitement opioïde. Elle est plus espacée lors de douleurs stabilisées. Elle est complétée par la recherche d'éventuels effets secondaires aux analgésiques. Elle peut se réaliser par téléphone ou avec l'aide d'infirmières du CMS ou de l'EMS. En fin de vie, elle est intensifiée en raison de la survenue fréquente de nombreuses complications.

4.1 Evaluation qualitative

Elle a pour objectif de caractériser les douleurs et, par là même, de définir les mécanismes physiopathologiques en cause, le type de douleurs, leur chronologie et les facteurs précipitant, aggravant ou de soulagement. Cette première étape permet d'orienter le diagnostic et le type de traitement antalgique médicamenteux et non médicamenteux.

- **Caractéristiques des douleurs**

- Les qualificatifs de la douleur donnés par le patient orientent sur le(s) mécanisme(s) physiopathologique(s).
- Ceux-ci peuvent également être précisés à l'aide du questionnaire de Saint-Antoine (QDSA), une échelle verbale multidimensionnelle (voir Boîte à outils p. 11) qui propose 61 qualificatifs répartis en 16 sous-classes: 9 sensorielles (A à I), et 7 affectives (J à P). Cette échelle permet de préciser la sémiologie sensorielle de la douleur et apprécie le vécu de la douleur.



- Certains patients éprouvent de la difficulté à caractériser leurs douleurs.
- Un questionnaire présentant des qualificatifs, tel que le QDSA, peut alors être d'une grande aide.

- **Localisation(s), potentielle(s) irradiation(s)**

- Demandez au patient de localiser le plus précisément possible l'endroit de la douleur et ses irradiations éventuelles.
- Lui faire tracer sur un dessin les zones douloureuses et leur éventuel trajet est souvent très utile.



- Bien qu'une majorité de patients en situation palliative présente plusieurs douleurs, la majorité d'entre eux n'évoque spontanément que la plus pénible.
- Recherchez donc systématiquement d'autres localisations.

- **Historique des douleurs**

- Date d'apparition des douleurs.
- Modalités d'apparition (brutalement, progressivement, spontanément ou suite à un événement).
- Evolution au cours du temps.

- **Chronologie**

Il s'agit de préciser:

- la durée des douleurs (constantes, intermittentes, fugaces),
- s'il existe un cycle journalier (douleurs de dérouillage prédominant au réveil, s'aggravant progressivement dans la journée, s'exacerbant le soir et la nuit),
- s'il existe des douleurs incidentes.

- **Facteurs déclenchant et/ou aggravant**

Il peut s'agir, par exemple,

- d'un mouvement, d'une position, d'une activité (mobilisation, miction, déglutition),
- d'un autre symptôme,
- d'une émotion (stress, solitude, anxiété),
- d'une application de chaud ou de froid.

- **Facteurs de soulagement**

Il peut s'agir, par exemple,

- d'un positionnement,
- d'un massage, d'un exercice de relaxation,
- de parler de sa douleur.

- **Répercussions sur les activités de la vie quotidienne, l'humeur, le sommeil**

Les douleurs chroniques entraînent chez la plupart des patients des conséquences importantes.

Il peut s'agir, par exemple,

- d'une perte de la forme physique, de la mobilité,
- de perturbations du sommeil, de l'appétit,
- de troubles anxieux et dépressifs,
- de difficultés professionnelles et économiques,
- de difficultés familiales, d'un isolement social.



→ Vu leur fréquence élevée, il est essentiel de rechercher systématiquement des troubles anxieux et dépressifs chez tout patient présentant des douleurs chroniques.

- **Interprétation de la douleur par le patient et ses attentes**

Il peut s'agir, par exemple,

- des causes présumées de la douleur,
- des craintes associées à la douleur,
- de la signification donnée à la douleur,
- des attentes quant à la prise en charge.

- **Traitement antalgique antérieur**

Il s'agit de préciser:

- quels médicaments ont déjà été utilisés, leurs dosages, leur fréquence d'administration, leurs bénéfices antalgiques,
- leurs effets secondaires et comment ceux-ci ont été traités,
- les autres approches non pharmacologiques.



→ Il n'est pas rare qu'un médicament décrit comme inefficace par le patient soit insuffisamment dosé ou pris à un intervalle inapproprié.
→ Il arrive également régulièrement qu'une «allergie» à un opioïde soit un effet secondaire qui a été insuffisamment traité.

4.2 Evaluation quantitative

Elle vise à quantifier l'intensité de la douleur et donc à choisir le type d'analgésiques puis à évaluer leur efficacité. Il est essentiel que cette évaluation soit réalisée par le patient chaque fois que possible, à l'aide d'une échelle afin de ne pas la sous-estimer. On parle d'échelle d'**auto-évaluation**.

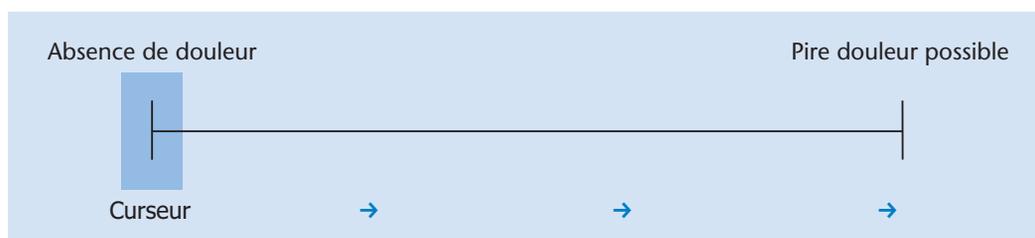
Il existe plusieurs échelles d'**auto-évaluation**, permettant des mesures rapides et répétées, assurant ainsi un suivi de l'évolution et de la réponse au traitement. La meilleure échelle est celle qui convient le mieux au patient. Une fois déterminée, il est important que chaque soignant utilise celle-ci, sauf si le patient devient incapable de communiquer.

Le patient est interrogé sur plusieurs douleurs :

- l'intensité de la douleur au moment même de l'évaluation,
- l'intensité habituelle de la douleur (depuis plusieurs heures ou jours),
- la douleur la plus intense (depuis plusieurs heures ou jours),
- la douleur la plus faible (depuis plusieurs heures ou jours).

• Echelle visuelle analogique (EVA)

- Il s'agit d'une ligne horizontale de 10 cm tracée sur un papier ou sur une réglette possédant un curseur mobile.



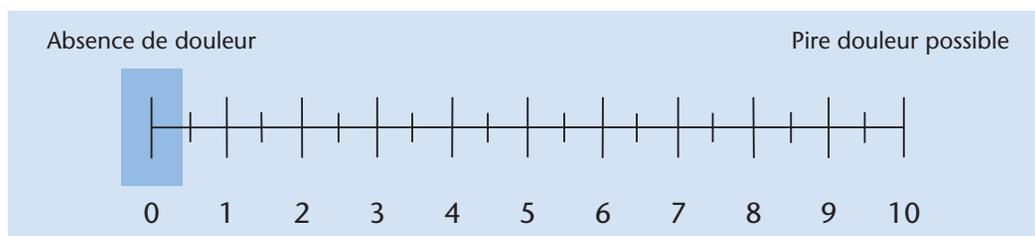
- Le patient fait un trait au crayon ou déplace le curseur de la réglette au niveau correspondant à l'intensité de sa douleur (au moment même de l'évaluation, habituelle, maximale et minimale).
- L'intensité de la douleur est mesurée en demi-centimètre ou lue au verso de la réglette.
- La valeur est reportée sur un graphique qui permet un suivi de l'évolution.



- L'échelle visuelle analogique est parfois difficile à utiliser, en particulier pour les personnes âgées.
- Assurez-vous donc que le patient la comprend et sait comment l'utiliser.

• Echelle numérique (EN)

- Il s'agit d'une ligne horizontale graduée de 0 à 10 tracée sur un papier ou sur une réglette possédant un curseur mobile.



- Le patient fait un trait au crayon ou déplace le curseur de la réglette au niveau correspondant à l'intensité de sa douleur (au moment même de l'évaluation, habituelle, maximale et minimale).
- Cette échelle peut également être utilisée oralement, sans support papier ni réglette.
- La valeur donnée par le patient est reportée sur un graphique qui permet un suivi de l'évolution.



- Explorez avec le patient ce que représente le chiffre donné. Un chiffre 8 peut signifier une douleur sévère pour un patient et une douleur modérée pour un autre.

- **Echelle verbale (EV)**

- Cette échelle est choisie lorsque le patient ne comprend ni l'échelle visuelle analogique ni la numérique. Elle peut être utilisée très longtemps chez la personne âgée démente.
- Les termes représentant l'intensité de la douleur sont présentés verbalement au patient, sans notion de chiffre.

Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur sévère	Douleur très sévère	Pire douleur possible
0	2	4	6	8	10

- Le patient évalue verbalement l'intensité de sa douleur selon les différents termes proposés.
- La valeur est calculée à l'aide de l'échelle numérique conjointe et est reportée sur un graphique qui permet un suivi de l'évolution.

Lorsque le patient âgé n'est plus en mesure d'effectuer une auto-évaluation en raison de troubles de la communication verbale, liés par exemple à une démence avancée, on recourt à des outils d'**hétéro-évaluation**. Il s'agit d'échelles comportementales que les soignants et les proches remplissent sur la base de leurs observations.

- **Doloplus 2 (voir Boîte à outils p. 9)**

- Fiche d'observation comportant dix items répartis en trois sous-groupes:
 - 5 items somatiques,
 - 2 items psychomoteurs,
 - 3 items psychosociaux.
- Chaque item est coté de 0 à 3 avec un score global compris entre 0 et 30.
- La cotation se fait en équipe et/ou avec les proches; elle permet ainsi un échange autour du patient.
- Lorsqu'il n'y a pas de réponse à un item, face par exemple à un patient inconnu, ne pas coter celui-ci.
- La douleur est clairement affirmée pour un score supérieur ou égal à 5 sur 30.
- L'échelle est répétée quotidiennement jusqu'à l'apaisement des douleurs: c'est la cinétique des scores et non une valeur isolée qui est pertinente.



→ L'utilisation de Doloplus nécessite un minimum d'apprentissage: faites appel à l'équipe mobile lors d'une première utilisation ou référez-vous au site www.doloplus.com qui donne de nombreux conseils et exemples d'utilisation.

- **ECPA (voir Boîte à outils p. 10)**

- Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes, comportant huit items répartis en deux sous-groupes, l'un au repos et l'autre pendant le mouvement ou les soins.
- Il n'existe pas de valeur limite pour la douleur: plus le score total est élevé, plus la probabilité qu'il existe une douleur est grande.
- Comme pour Doloplus 2, c'est la cinétique des scores et non une valeur isolée qui est pertinente.
- Requier, au minimum, une personne pour l'évaluation. A également l'avantage de permettre une évaluation de la douleur induite par les soins.

4.3 Evaluation des autres dimensions

En soins palliatifs, la douleur coexiste fréquemment avec d'autres symptômes et avec des problématiques psychologiques, sociales et spirituelles. Ces divers éléments modulent la perception douloureuse et la potentialisent. Les termes de *Total pain* ou de *Souffrance globale* sont évoqués pour illustrer les situations où une douleur physique n'est qu'un des éléments parmi d'autres de la souffrance exprimée par le patient. Ce type de douleurs est réfractaire à une prise en charge purement pharmacologique.

Composantes de la souffrance globale



L'évaluation multidimensionnelle vise à identifier les autres facteurs participant à la souffrance du patient afin d'adapter la prise en charge à ses besoins spécifiques. Les dimensions psychosociales et spirituelles sont abordées dans des cahiers distincts.

Les patients en situation palliative présentent de nombreux symptômes autres que la douleur, à l'origine d'une importante souffrance. Leur soulagement nécessite, au même titre que la douleur, une évaluation répétée afin de suivre leur évolution et leur réponse aux divers traitements.

- **ESAS: échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (voir Boîte à outils p. 7)**
 - Echelle d'auto-évaluation des symptômes similaire à l'échelle visuelle analogique pour la douleur mais intégrant les neuf symptômes les plus courants en soins palliatifs: douleur, fatigue, nausée, tristesse, anxiété, somnolence, inappétence, sensation de mal-être, dyspnée et un autre symptôme éventuel.
 - Se réalise sous forme visuelle analogique, numérique ou verbale.
 - Le patient fait un trait au crayon au niveau correspondant à l'intensité des divers symptômes.
 - Les neuf valeurs données sont reportées sur un graphique (voir Boîte à outils p. 8).
 - L'intérêt d'un tel outil est qu'il permet de visualiser rapidement l'ensemble des symptômes, leurs éventuelles interactions et leur évolution dans le temps.
 - C'est également un outil de communication rapide et efficace entre les divers professionnels impliqués dans la prise en charge.



→ Lorsqu'un patient cote l'intensité de tous ses symptômes entre 8 et 10, s'interroger sur la présence d'une «souffrance globale».

4.4 Examens clinique et paracliniques

- **Examen clinique**
 - Examen clinique soigneux, comprenant en particulier un examen neurologique et, chez la personne âgée, une évaluation de l'équilibre, de la marche et d'éventuels troubles visuels et auditifs.
 - Dépistage de troubles cognitifs et anxio-dépressifs.
- **Examens paracliniques**
 - Revue des examens existants.
 - Estimation de la clearance de la créatinine avec la formule de Cockcroft-Gault qui permet, entre autres, de choisir les analgésiques les plus appropriés et d'en adapter les doses:

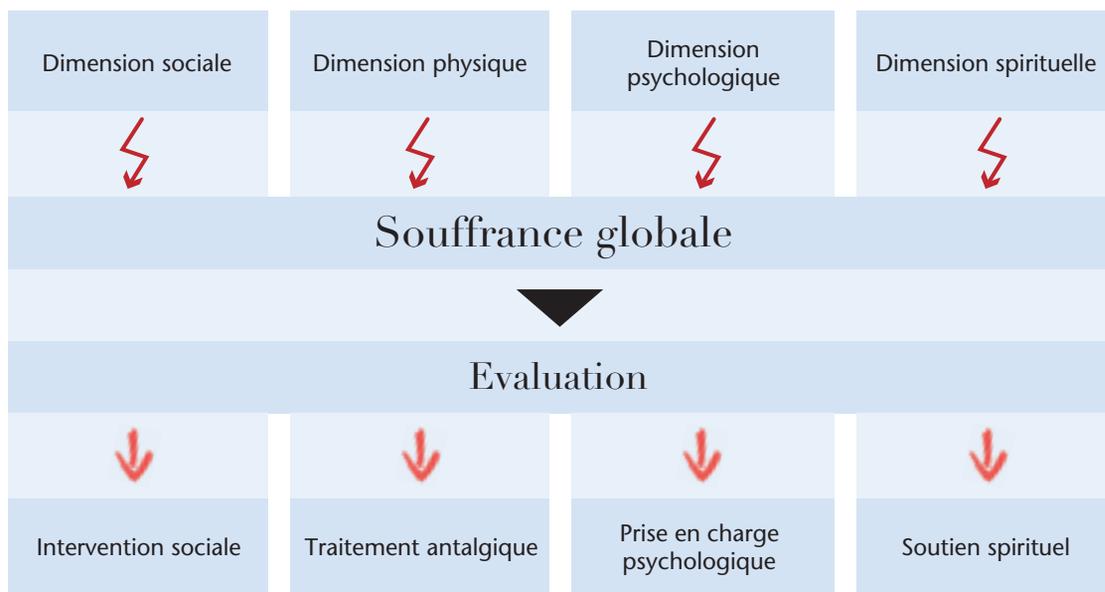
$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids [kg]}}{\text{Pcréatinine } [\mu\text{mol/l}] \times 0,815} \times Y \quad (\text{♂: } Y=1; \text{ ♀: } Y=0,85)$$

- Autres examens complémentaires, en fonction des situations: peuvent être d'une grande utilité pour définir des modalités thérapeutiques complémentaires telles qu'une radiothérapie.



→ L'obtention de résultats d'investigations complémentaires ne doit en aucun cas constituer un délai dans la mise en place d'un traitement antalgique chez un patient souffrant d'une pathologie chronique évolutive connue.

Impact de l'évaluation multidimensionnelle



Quelques références utiles

BRUERA E, KUEHN N, MILLER MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients.

J Palliat Care 1991; 7 : 6-9.

BOUREAU F, LUU M, DOUBRERE JF, GAY C. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs: comparaison avec le McGill Pain Questionnaire.

Thérapie 1984; 39 : 119-29.

WARY B, DOLOPLUS C. Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur.

Soins Gerontol 1999 (19) : 25-27.

MORELLO R, JEANA A, MICHEL Alix, et al. A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: The EPCA-2: Study of its psychometric properties.

Pain 2007; 133 : 87-98.

BRUNTON S. Approach to assessment and diagnosis of chronic pain.

J Fam Pract 2004; 53 (10 Suppl) : S3-10.

ANDERSON KO. Assessment tools for the evaluation of pain in the oncology patient.

Curr Pain Headache Rep 2007; 11 : 259-64.

Ressources en soins palliatifs

Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP sont des équipes interdisciplinaires à la disposition des médecins traitants, des infirmières, des équipes, des infirmières ressources en soins palliatifs dans les soins aux patients palliatifs à domicile, en EMS, en hôpitaux ou en institutions pour personnes handicapées.

EMSP Arc (Ouest)

079 783 23 56 • aubspal@ehc.vd.ch

EMSP Arcos (Centre)

021 314 16 01 • emsp@hospvd.ch • <http://www.arcosvd.ch>

EMSP Ascor – FSC (Est)

079 366 96 86 • eqmobsoinspal@bluewin.ch • <http://www.reseau-ascor.ch>

EMSP Nord – Broye

079 749 37 39 • emsp@reznord.net

Service de soins palliatifs/CHUV

021 314 02 88 • soins.palliatifs@chuv.ch • <http://www.chuv.ch>

Equipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien DMCP – CHUV

079 772 59 81 • patricia.fahrni-nater@chuv.ch

Autres adresses utiles

EHC Hôpital d'Aubonne

021 821 41 11 • dominique.anwar@ehc.vd.ch

EHNv – Site Chamblon

024 447 11 11 • maurice.baechler@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

EHNv – Site Orbe

024 442 61 11 • jose.arm@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

Fondation Rive-Neuve

021 967 16 16 • danielle.beck@riveneuve.ch • <http://www.rive-neuve.ch>

Hôpital de Lavaux, Unité de soins palliatifs

021 799 01 11 • gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch

Hôpital Riviera, Site de Mottex soins palliatifs

021 943 94 11 • etienne.rivier@hopital-riviera.ch

Centre de diffusion – Service de soins palliatifs – CHUV

021 314 51 67 • spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch



Photo Joël François-Pons

Rive-Neuve, 2004