

- **Douleur post-opératoire** : douleur de type inflammatoire liée à l'agression subie par l'organisme au moment de l'intervention. C'est une douleur par excès de nociception.

On distingue également :

- **Les douleurs idiopathiques** : pour lesquelles à l'heure actuelle on ne comprend pas le mécanisme d'action et qui ne cèdent pas aux traitements proposés.
- **Les douleurs psychogènes** : douleurs qui ne relèvent pas d'une cause organique mais d'un diagnostic psychiatrique. Ces douleurs sont répertoriées au manuel des diagnostics en santé mentale (DSM).

Dans les deux derniers cas, il ne s'agit pas de considérer que ces douleurs n'existent pas. Les patients les ressentent et les vivent. L'analyse de leur situation permet de poser le diagnostic adéquat et de proposer un traitement adapté.

La plupart des patients, d'autant qu'ils sont atteints de pathologies chroniques, évolutives, présentent des tableaux associant différents types de douleurs. On appelle alors cela les douleurs mixtes.

Quelle que soit la douleur, elle présente 4 composantes :

- Une composante sensori-discriminative.
- Une composante affectivo-émotionnelle.
- Une composante cognitive.
- Une composante comportementale.

La douleur est un phénomène universel, partagé par de nombreux individus depuis fort longtemps. Elle a longtemps été négligée par la médecine qui n'en avait pas identifié les effets délétères. Or, la douleur, après avoir servi de signal d'alarme, a des conséquences néfastes immédiates sur l'état physiologique de la personne (tachycardie, sueurs, accélération du pouls, modifications du rythme respiratoire, sensation de malaise, voire choc vagal, etc.). Elle a également des effets néfastes à moyen et long terme car elle entame la capacité du patient à guérir ou à faire face à sa pathologie.

De ce fait, elle doit être prise en considération. En France le législateur a dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité des soins souligné : « **En toutes circonstances la douleur doit être identifiée, évaluée, soulagée et traitée** » article L1110.5.

Pascale THIBAUT-WANQUET,

Cadre Supérieur de Santé, Responsable Pédagogique
AMAE-SANTE, Membre de la SFETD - PARIS

L'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est une étape essentielle dans la prise en charge des personnes douloureuses, quel que soit le type de douleur(s) qu'elles présentent.

En effet, l'évaluation permet à la fois de discriminer précisément la ou les douleurs dont souffre la personne, de proposer l'association de traitements adaptée à sa situation, d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place, d'en assurer l'adaptation si nécessaire.

Souvent réduite à l'évaluation de l'intensité, c'est une étape encore trop négligée, à laquelle les soignants n'accordent pas toujours l'intérêt nécessaire.

L'évaluation de la douleur : un soin infirmier relevant du rôle propre

L'évaluation de la douleur relève du rôle propre de l'infirmier qui dispose de toute son autonomie pour réaliser ce soin (art. R. 4311.2 du CSP).

Cette étape de la prise en charge du patient peut être décrite en trois temps distincts :

L'identification par l'infirmier du ou des types de douleur(s) dont le patient souffre ou peut souffrir en fonction de la pathologie pour laquelle il est pris en charge. A cette étape, le soignant doit être capable de distinguer à partir de l'état du patient s'il va utiliser un outil d'auto-évaluation ou un outil d'hétéro-évaluation.

- **L'auto-évaluation** : réalisée par le patient lui-même puisque son état lui permet de le faire.
- **L'hétéro-évaluation** : réalisée par une tierce personne, soignant ou proche, parce que l'état du patient ne lui permet pas de répondre, soit de façon transitoire (anesthésie, état d'hypno-analgésie pendant un soin), soit de façon permanente (handicap intellectuel, âge, etc.).

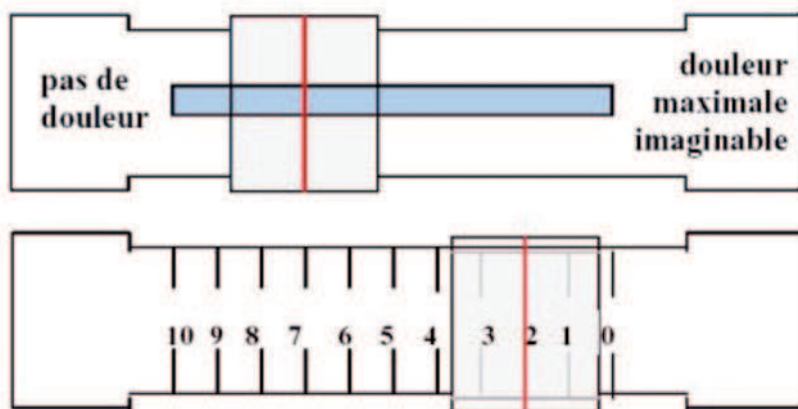
Le soignant qui reçoit le patient note dans son dossier le type d'outil utilisé. Afin d'assurer la fiabilité de l'évaluation, l'outil utilisé doit être le même lors de la réévaluation après traitement, et d'un soignant à un autre.

Si tous les patients doivent bénéficier d'une évaluation de la douleur (obligation contrôlée dans le cadre de la certification des établissements de santé), deux niveaux d'évaluation pourraient être identifiés en fonction de la complexité de la situation du patient : l'évaluation d'une situation simple assurée le plus souvent par l'intensité, l'évaluation d'une situation complexe qui nécessite l'appréciation de plusieurs paramètres.

L'évaluation simple est faite le plus souvent à partir de la mesure de l'intensité (EVA par exemple)

Pour une évaluation simple, chaque patient doit bénéficier d'au moins un outil d'évaluation adapté à sa situation (capacité à s'autoévaluer, type de douleur. La seule mesure de l'intensité (EVA, EN, EVS) est suffisante si le patient souffre d'un seul type de douleur, que cette douleur est circonscrite, que la cause en est bien identifiée (par exemple douleur postopératoire immédiate).

EVA Échelle Visuelle Analogique : standard - Recommandée par la HAS



Lorsque le patient n'est pas capable de s'auto-évaluer, le soignant utilise un outil d'évaluation adapté à l'âge et la situation du patient. De nombreux outils (ou grilles) existent actuellement, encore trop peu utilisés. Ces outils ont été validés pour leur sensibilité, leur fiabilité, leur faisabilité. Pour l'évaluation d'une situation simple, chez le sujet âgé, on peut citer Algoplus.

Ces deux premiers temps sont obligatoires pour tous les patients.

L'évaluation complexe est nécessaire dès que le patient souffre de plusieurs types de douleurs, que le ou les traitements mis en œuvre ne semblent pas efficaces, ou qu'il souffre de plusieurs pathologies et présente un tableau de douleurs mixtes.

Pour une évaluation complexe, le soignant évalue plusieurs paramètres :

- **Les Types de douleurs dont souffre le patient** : entraîne le choix des outils adaptés à leur évaluation (DN4 pour les douleurs neuropathiques par exemple).

- **L'Intensité** : qui est évaluée comme dans l'évaluation simple par l'EVA, EN, EVS pour un patient capable de s'auto-évaluer.

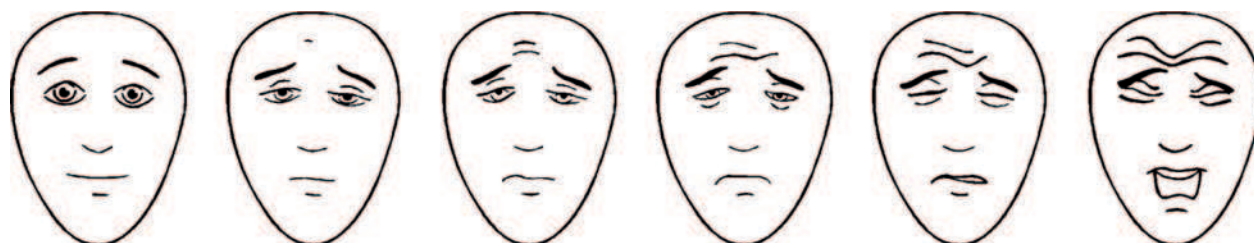
- **La Localisation** : pour la tracer, le soignant peut utiliser le schéma de la silhouette qui permet au patient de localiser les différentes zones douloureuses et de préciser pour chacune d'elles l'intensité douloureuse.

- **Le Temps** : ce paramètre permet de préciser depuis quand le patient souffre, est-ce que la douleur est permanente ou non (évaluation au repos et en activité), quelle est sa rythmicité.

Ce temps d'évaluation relève également des compétences de l'infirmier qui peut se doter pour sa réalisation d'outils comme le Questionnaire Douleur Saint Antoine (QDSA), le schéma de la silhouette, le DN4.

Lorsque les patients ne sont pas en mesure de s'auto-évaluer et que leur situation de douleur est complexe, le recours à des outils comme Doloplus, ECPA est nécessaire.

Échelle des visages



L'évaluation de la douleur nécessite une bonne connaissance des différentes douleurs, des pathologies dont souffrent les personnes soignées, de l'écoute et de l'observation, une communication adaptée. Pour se faire aider, en particulier dans les situations complexes, les équipes soignantes peuvent faire appel à des personnels spécialisés comme les infirmiers « ressource douleur » qui connaissent bien les outils d'évaluation et maîtrisent leur utilisation.

En conclusion, évaluer la douleur est un soin à part entière. Cette étape doit faire l'objet d'apprentissages et de compagnonnage dans le cadre de la formation des étudiants en soins infirmiers et des jeunes professionnels.