

La prise en charge de la douleur en cancérologie

Chapitre 13

Cancérologie - Hématologie

Les malades et leurs familles craignent que les douleurs associées au cancer ne puissent être traitées, calmées ou supprimées. Il est essentiel qu'ils soient mieux informés des traitements. Les méthodes modernes permettent d'apaiser, souvent de supprimer les douleurs provoquées par le cancer, que la maladie soit guérissable ou non, à un stade avancé ou non. Pour cela, les malades doivent devenir, avec leur médecin traitant, les partenaires de leur traitement et ainsi participer activement à l'amélioration de leur qualité de vie.

Depuis la charte du patient hospitalisé établie en 1995, un long chemin a été fait et un travail important est à noter sur l'évolution de la prise en charge du patient et de la douleur.

I) Définition de la douleur

L'IASP (International Association for the Study of Pain), créée en 1947, définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage* ».

Cette définition résume bien les dimensions multi-factorielles des douleurs et laisse présumer qu'il n'existe pas un unique remède universel mais de multiples traitements agissant sur toutes les composantes de celle-ci.

II) La législation d'un point de vue historique

- Le **code déontologique médical**, établi par le conseil national de l'ordre des médecins, fait mention d'une prise en charge de la douleur par le corps médical.
- La **loi du 31 mai 1978** fait apparaître la notion de rôle propre et signe l'évolution considérable du métier d'infirmier vers une autonomie professionnelle. Ce rôle propre est

- assujetti à une notion de responsabilité infirmière et à la notion de soulagement de la souffrance.
- Le **décret du 15 mars 1993** définit ainsi les soins infirmiers : « *Les soins infirmiers ont pour but de (...) prévenir et d'évaluer la souffrance des personnes et de participer à leur soulagement* ». C'est un début timide de zone d'autonomie de prise en charge de la douleur.
 - En 1995, les CLUD sont créés (Comité de LUTte contre la Douleur), et c'est la **loi du 4 février 1995** qui leur instaure de nouvelles missions : ils doivent proposer et mettre en place une prise en charge de la douleur et doivent former les différents personnels à cette prise en charge.
 - La **circulaire du 6 mai 1995** fait référence à la charte du patient : le droit est donné aux patients d'être soulagés de toute douleur : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée.* »
 - La **circulaire du 24 septembre 1995** fait mention des différents plans mis en place pour lutter contre la douleur (les plans KOUCHNER),
 - Le 11 février 2002, la parution du **décret 2002-194** permet de définir un nouveau rôle aux infirmiers : « *L'infirmier peut évaluer la douleur dans le cadre de son rôle propre : il est habilité à entreprendre et à adapter des traitements antalgiques selon les protocoles pré-établis, écrits, datés et signés par un médecin. Il peut également, sur prescription médicale, injecter des médicaments à des fins analgésiques* » Il participe ainsi à la prévention et à l'évaluation de la douleur.
 - Enfin le 29 juillet 2004, le **décret 2004-802**, intégré au code de la santé publique, consacre plusieurs articles à l'évaluation de la douleur dans le cadre du rôle propre infirmier : « *L'infirmier est apte à participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse psychique et physique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen de soins palliatifs et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.* »

III) Les plans de lutte contre la douleur

En 1995, suite à une urgence médicale personnelle, Bernard KOUCHNER (ministre de la santé à l'époque) pris conscience du retard de la France dans le domaine de la douleur. C'est alors qu'il lança un plan triennal, basé sur le fait que « *la douleur n'est pas une fatalité.* » C'est à cette époque que la douleur devint une priorité de santé publique.



Bernard KOUCHNER est un médecin humanitaire et un homme politique français, cofondateur de Médecins sans frontières et de Médecins du monde

1) Le plan de lutte contre la douleur 1998-2001

Ce plan s'articule autour des axes suivants :

- Le **développement de la lutte contre la douleur** dans les structures de santé et les réseaux de soins.
- Le **développement de la formation et de l'information des professionnels de santé** sur l'évaluation et le traitement de la douleur.
- La **prise en compte de la demande du patient** et l'information du public.

Après 3 ans, le bilan apparaît mitigé :

- Des progrès incontestables ont été réalisés :
 - 28.000 agents ont été formés, dont 18.000 infirmiers.
 - L'utilisation des antalgiques est en nette augmentation.
 - 5.000 pompes à morphine ont été mises à disposition de différents établissements.
- Mais comme le reconnaît Bernard KOUCHNER :

- La prise de conscience de chaque médecin est encore loin d'être acquise tout comme le grand public.
- Les délais d'attente pour des consultations spécialisées sont trop importants.
- L'utilisation des médicaments opioïdes est trop limitée.
- La douleur est banalisée chez l'enfant.

C'est ainsi, que le 17 décembre 2001, KOUCHNER annonce le 2^{ème} volet du plan anti-douleur.

2) Le plan de lutte contre la douleur 2002-2005

Il prévoit un travail dans la continuité et 4 nouvelles priorités :

- Poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur notamment de la douleur chronique rebelle.
- Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie.
- Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant.
- Reconnaître et traiter la migraine.

Pour cela, 5 objectifs sont fixés:

- **Associer les usagers** par une meilleure information.
- **Améliorer l'accès** du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à **des structures spécialisées**.
- **Améliorer l'information et la formation** des personnels de santé.
- **Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur**.
- **Renforcer le rôle de l'infirmier**, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

3) Le plan de lutte contre la douleur 2006-2010

Le nouveau plan d'amélioration de la lutte contre la douleur repose sur 4 axes, définis dans la continuité des précédents :

- L'amélioration de la **prise en charge des personnes les plus vulnérables** (enfants, personnes âgées et en fin de vie).
- La **formation renforcée des professionnels de santé**, par la mise en place d'un diplôme spécialisé complémentaire (DESC) et celle d'un diplôme inter-universitaire national.
- Une **meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques**.
- La **structuration de la filière de soins**.

IV) Les différents types de douleurs

Il n'existe pas UNE douleur, mais plusieurs types de douleurs, classées selon 2 critères :

- La durée d'évolution : on parle alors de douleur aiguë ou chronique.
- Le mécanisme physiopathologique : on parle de douleur par excès de nociception, de douleur neurogène ou psychogène.

1) La durée d'évolution

Ce facteur fait distinguer trois types de douleurs : aiguë, sub-aiguë et chronique. Leurs mécanismes physiopathologiques, les réactions somatiques, affectives et comportementales ainsi que l'approche thérapeutique les opposent.

- **La douleur aiguë** : trop longtemps négligée, c'est avant tout le « signal d'alarme » d'une maladie. C'est un symptôme qui aide au diagnostic et qui, généralement, décroît et disparaît lorsqu'un traitement étiologique est instauré. Elle doit être traitée dès lors que le signal d'alarme a été perçu : son maintien est inutile, voire néfaste, pour le patient. Elle est parfois prévisible (douleur provoquée par des gestes invasifs ou douleur post-opératoire) et doit être prévenue. Elle peut s'accompagner d'anxiété.

L'étude de ses modalités sensorielles, sa topographie, son intensité orientent vers une lésion tissulaire.

- **La douleur sub-aiguë** fait suite à une douleur aiguë. Elle peut durer plusieurs semaines.
- **Une douleur chronique** est une douleur qui évolue et dure depuis 3 à 6 mois : c'est une douleur rebelle aux traitements, qui envahit le langage, la vie quotidienne du patient et devient invalidante. Au stade de douleur chronique, elle représente pour le patient l'essentiel de sa maladie et peut s'accompagner de dépression.

Exemples :

- *La douleur cancéreuse provoquée par le cancer lui-même, secondaire au cancer, d'origine iatrogène (douleur post-cicatricielle, stomatite résultant d'une chimiothérapie ...) ou encore due à une maladie concomitante.*
- *La douleur liée à l'infection par le virus VIH qui nécessite une prise en charge précoce.*
- *La douleur chronique non maligne (douleur d'origine musculo-squelettique ou vertébrale, douleur neurologique par lésion du système nerveux, céphalée).*

2) Le mécanisme physiopathologique

La physiologie permet de dégager trois grands cadres physiopathologiques qui s'opposent par leur sémiologie, les mécanismes mis en jeu, et par conséquent, les traitements à prescrire.

a) Les douleurs par excès de nociception

Définition :

Ce type de douleur est due à une **sur-stimulation des fibres véhiculant les messages nociceptifs** de la périphérie vers la moelle épinière et les centres nerveux, suite à une **réelle lésion des tissus**.

NB : le terme de *nociception* désigne l'ensemble des phénomènes permettant l'intégration au niveau du système nerveux central d'un stimulus douloureux via l'activation des nocicepteurs (récepteurs de la douleur).

Etiologie :

C'est le mécanisme le plus couramment rencontré dans la majorité des douleurs aiguës (post-opératoire, traumatisme, infection, maladie dégénérative, brûlure, inflammation, distension viscérale ...). On le retrouve également en cas de pathologies lésionnelles chroniques (cancer, rhumatisme ...).

Caractéristiques :

Ces douleurs sont **continues ou intermittentes** et d'**intensité variable**.

Action thérapeutique :

Ces douleurs sont sensibles aux traitements qui diminuent (ou interrompent) la transmission des messages nociceptifs à un niveau périphérique et/ou central : ce sont principalement les **antalgiques**.

b) Les douleurs neurogènes

Définition :

Ce type de douleur est due à une **modification des processus de transmission** et/ou de contrôle du message douloureux à la suite d'une **lésion nerveuse périphérique ou centrale**.

Etiologie :

La lésion nerveuse d'origine peut être **centrale** (lésion de la moelle épinière, du tronc cérébral ou du cerveau) **ou périphérique** (lésion d'un ou plusieurs nerfs).

Dans le cas des lésions nerveuses périphériques, la section nerveuse **peut être complète** : on parle alors de désafférentation (amputation, section post-chirurgicale), **ou alors être partielle** : on parle alors de douleur neuro-pathologique (compression nerveuse (post-traumatique, post-

chirurgicale, sciatique chronique, névralgie cervico-brachiale, neuropathie périphérique), infection (zona), trouble métabolique (diabète, alcoolisme) ou toxique (botulisme)).

Caractéristiques :

Les descriptions cliniques des douleurs neurogènes sont bien particulières :

- **Délai d'apparition retardé** par rapport à la lésion initiale (un jour à quelques mois ou années),
- Douleur **continue** (comparable à une brûlure ou un broiement) **ou fulgurante et intermittente** (comme des décharges électriques), selon le site lésionnel.
- **Hyposensibilité** (hypo-esthésie, anesthésie) **ou hypersensibilité** (allodynie, hyperpathie, fourmillement, picotement).

NB :

- *Le terme d'hypo-esthésie désigne une diminution de la sensibilité de l'ensemble des fonctions sensorielles. Ce terme ne doit pas être confondu avec celui d'anesthésie, qui est la perte de la sensibilité sous une ou plusieurs formes.*
- *L'allodynie est une douleur suscitée par un stimulus qui n'est normalement pas ressenti comme douloureux.*
- *L'hyperpathie est un terme médical désignant la perception d'une douleur persistante et toujours ressentie par un patient alors que la stimulation l'ayant entraînée a cessé.*

Action thérapeutique :

Les douleurs neurogènes sont habituellement insensibles aux antalgiques usuels et aux AINS.

Les traitements médicamenteux de première intention sont donc d'action centrale : **anti-dépresseurs tricycliques et anti-épileptiques, neurostimulation.**

c) Les douleurs psychogènes

Définition :

Il s'agit d'une **douleur réelle** qui fait souffrir le patient et qui nécessite un traitement adapté.

C'est souvent au stade chronique, après avoir éliminé toute cause organique et après qu'un bilan minutieux clinique et paraclinique soit resté négatif, que l'**origine fonctionnelle** (psychogène) d'une douleur finit par être évoquée.

Etiologie :

L'origine psychogène ne se limite pas à un diagnostic de non organicité. Elle repose sur une **sémiologie psychopathologique positive** (conversion hystérique, hypochondrie, dépression).

En résumé ces douleurs résultent de l'intrication de facteurs somatiques et psychologiques.

***NB :** il est possible qu'une douleur organique dérive vers une douleur psychogène, ou alors qu'une douleur psychogène dérive vers une douleur organique.*

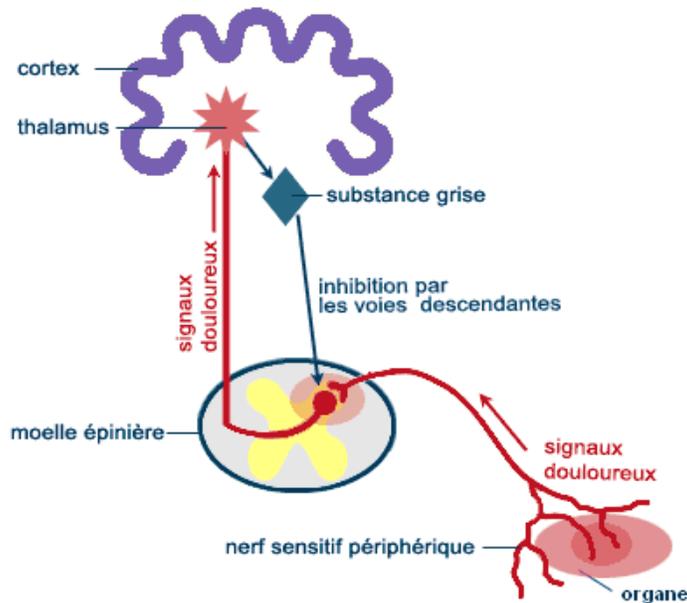
Caractéristiques :

Il existe de nombreuses descriptions pour ce type de douleur, parmi lesquelles on retrouve les **céphalées de tension**, les **fibromyalgies** (douleurs musculaires chroniques), les **glossodynies** (douleurs de la langue se caractérisant par des points douloureux relativement fixes) ...

V) Le mécanisme de formation de la douleur

1) Physiologie générale

Un message de douleur résulte d'une **stimulation douloureuse au niveau des terminaisons nerveuses** (ou nocicepteurs) des tissus (cutanés, musculaires, articulaires ou viscéraux). Ce message est ensuite **véhiculé par les fibres nerveuses périphériques, jusqu'à la moelle épinière**, où il est modulé : la moelle épinière converge les différents influx reçus, elle les bloque ou les amplifie, **puis les transmet au cerveau**. Le cerveau **intègre alors l'influx et le transforme en message conscient** : c'est la sensation douloureuse, avec une composante sensiro-discriminative (intensité, localisation, durée) et une composante émotionnelle affective (désagréable).



Les stimuli douloureux provoquent des influx nerveux qui sont transmis jusque dans la moelle épinière puis dans le cerveau

2) Les différentes fibres nerveuses

Le système nerveux et son anatomo-physiologie sont développés dans le *chapitre 1 du module de neurologie*.

Dans notre organisme, il existe **2 types de voies (ou fibres) nerveuses** :

- Les fibres nerveuses afférentes, ou ascendantes, qui partent des différents organes et se dirigent vers les centres nerveux (moelle, cerveau).
- Les fibres nerveuses efférentes, ou descendantes, qui vont du cerveau vers les différents organes de notre organisme.

Pour transporter les influx nerveux, on dénombre 3 types de fibres nerveuses afférentes :

- Les fibres A α et A β : myélinisées et de gros calibre, elles **conduisent l'information de manière très rapide**. Ce sont elles qui acheminent les informations relatives aux **stimulations tactiles** (chaud, froid, pression).

- Les fibres $A\delta$: également myélinisées mais beaucoup plus fines, elles **conduisent l'information de manière très rapide**. Ce sont elles qui acheminent les informations relatives aux **stimulations mécaniques** (pincements, piqûres) et **thermiques**.
- Les fibres C : amyéliniques et de petit calibre, elles **conduisent l'information de manière très lente**. Elles acheminent également des informations relatives aux **stimulations nociceptives** (thermiques, mécaniques ou chimiques), dans la mesure où elles sont suffisamment intenses.

NB : les fibres C sont les fibres les plus couramment retrouvées dans notre organisme.

NB : $A\alpha$ se dit « A alpha », $A\beta$: « A bêta » et $A\delta$: « A delta ».

VI) Les stratégies d'inhibition

La douleur peut être inhibée efficacement par l'organisme en l'absence de tout traitement analgésique. Il s'agit de mécanismes physiologiques qui agissent à plusieurs niveaux : en effet, les influx nerveux, et notamment ceux de la douleur, rencontrent sur leurs trajets des « barrages » qui vont moduler la sensation douloureuse.

1) La théorie de la porte : le « Gate Control Theory »

Cette théorie de 1965 a montré que la **stimulation des fibres transportant des informations tactiles** (fibres A) pouvait **diminuer la circulation des informations douloureuses** (fibres C), en les prenant de vitesse (en les court-circuitant au niveau de la moelle épinière) ; ce qui explique qu'en se frottant une zone traumatisée ou brûlée par exemple, on puisse atténuer la douleur provoquée. Ceci, bien entendu, intervient pour des douleurs de faible ou de moyenne intensité.



La neurostimulation électrique trans-cutanée (TENS), technique non médicamenteuse destinée à soulager les douleurs (notamment neurogènes) à l'aide d'un courant électrique de faible tension transmis par des électrodes placées sur la peau, fait appel à la théorie de la porte

2) Les molécules antalgiques naturelles : les endorphines

La découverte en 1973 de l'action de la morphine sur des sites spécifiques (récepteurs opiacés δ , κ et μ) du cerveau, de la moelle épinière et des terminaisons nerveuses, a conduit à **identifier des substances analogues de la morphine fabriquées par notre propre organisme** et pouvant agir sur les mêmes récepteurs opiacés : les **endorphines** (ou morphines endogènes) qui contribuent au contrôle de la douleur, sauf débordement par un message nociceptif trop intense.

NB : δ se dit « delta », κ : « kappa » et μ : « mu ».

3) Le contrôle de l'étage supra-spinal

Au sein du thalamus se trouvent différentes structures (ou noyaux) qui ont un rôle à jouer dans la conduction des messages nerveux tant sur le plan de la distinction des sensations , de leur localisation que de leur teinte émotionnelle ou affective. Ce qui explique la majoration de la douleur par différents facteurs tels que l'anxiété, l'angoisse, l'attention, les expériences douloureuses antérieures ou encore la personnalité ...

4) La douleur détournée

La douleur peut être inhibée par l'application d'un stimulus nociceptif puissant à un autre endroit de l'organisme. L'attention du sujet est alors détournée.

VII) La prise en charge d'un patient cancéreux douloureux chronique

Il est important de rappeler que 50% des malades atteints de cancer sont douloureux et que 30% d'entre eux ne sont pas traités pour cette douleur.

1) Les conséquences de la douleur cancéreuse

Chez une personne atteinte de cancer, la douleur peut avoir de nombreuses conséquences:

- **Physiques** :
 - Diminution des capacités fonctionnelles.
 - Diminution de la force et de la résistance.
 - Sommeil de mauvaise qualité.
- **Psychologiques** :
 - Morosité.
 - Perte d'intérêt.
 - Anxiété, peur, angoisse de mort.
 - Dépression, repli sur soi.
 - Sensation de détresse.
- **Sociales** :
 - Diminution des activités relationnelles.
 - Baisse de la libido, diminution de l'affectivité.
 - Altération de l'image corporelle.
 - Dépendance accrue.

- **Spirituelles** :
 - Perte du sens donné à la vie.
 - Augmentation de la souffrance.
 - Réévaluation des croyances religieuses.

Il paraît donc essentiel de pouvoir faire diminuer, voire disparaître, la ou les douleur(s) exprimée(s) par le patient.

2) Les actions infirmières

Ce paragraphe recense les principales actions infirmières qu'il est possible de mettre en place face à la douleur due au cancer. Il n'est en rien exhaustif.

Evaluer la douleur :

- Remplir la fiche d'évaluation de la douleur avec le patient.
- Lui apprendre à la remplir seul (site, intensité, durée).
- Évaluer les différentes composantes de la douleur.

Aider le patient à identifier ce qui augmente la douleur :

- Fatigue : lui apprendre à planifier ses activités dans la journée, en tenant compte de ses limites, et lui expliquer que la fatigue « prend de l'énergie ».
- Peur : se mettre à l'écoute du patient pour lui permettre d'exprimer ses peurs (de la douleur, du devenir, de la perte d'autonomie, des opiacés ...).
- Mouvements ou positions algiques : apprendre au patient à les lister afin de les éviter.
- Manque de sommeil : signaler au médecin les troubles du sommeil, rechercher les habitudes d'endormissement du patient (afin de les respecter au maximum), respecter le calme, éviter les soins nocturnes.

Identifier les facteurs qui diminuent la douleur et les utiliser selon le choix du patient :

- Détente (massages, lectures, musique, relaxation ...).
- Bains chauds.
- Vessie de glace.
- Immobilisation de la partie douloureuse.
- Activités de distraction (afin que la douleur ne soit pas le centre de la vie).

Appliquer et évaluer le traitement :

- Expliquer au patient les raisons et la nécessité de prises régulières d'antalgiques.
- Evaluer l'efficacité du traitement 30 minutes et 6 heures après la prise.
- Appliquer les prescriptions médicales et les protocoles existants.
- Demander au patient de signaler la réapparition des douleurs.
- Evaluer auprès du patient la connaissance des effets secondaires du traitement, et faire une éducation en fonction de l'évaluation.
- Si nécessaire, donner des informations sur les techniques de traitement spécifiques.

Aider la famille à répondre au mieux au patient qui souffre :

- Faciliter la communication avec l'entourage.
- Encourager la famille à faire part de ses craintes face au traitement, au devenir.
- Encourager le rôle d'aidant, en mesurer les limites et en apprécier les insuffisances.

3) L'évaluation de la douleur

Toute douleur due au cancer (et toute douleur en général !) présente un aspect multifactoriel :

- La composante **sensorielle et discriminative** : c'est l'analyse qualitative et quantitative de la douleur.
- La composante **affective et émotionnelle** : c'est le retentissement émotionnel qu'engendre la douleur chez le patient.
- La composante **cognitive** : c'est la représentation que le patient se fait de sa douleur ; ce sont les connaissances de sa douleur.

- La composante **comportementale** : elle correspond aux réactions qu'aura le patient face à la douleur (cris, pleurs, hurlements, ...).
- La composante **socio-économique**.

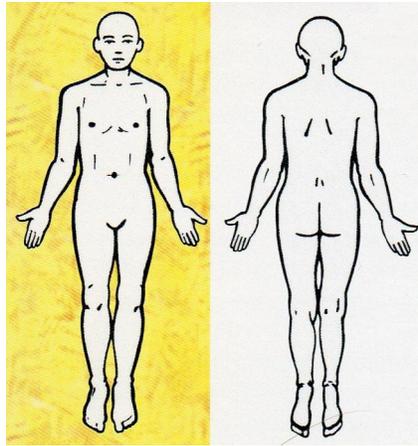
Il est donc d'autant plus difficile d'évaluer la douleur sous toutes ses composantes : aucune mesure ne permet de quantifier la douleur ; **chaque patient est son propre témoin**.

Une démarche d'évaluation permet de connaître le **type de douleur** (aiguë ou chronique), le **mécanisme de la douleur** (nociceptive, neurogène ou psychogène) et l'**intensité de la douleur** (l'évaluation). Et pour les soignants, évaluer c'est observer, écouter et croire à la douleur : il faut une écoute objective de la subjectivité du patient et accepter de soigner avec des hypothèses et non des certitudes.

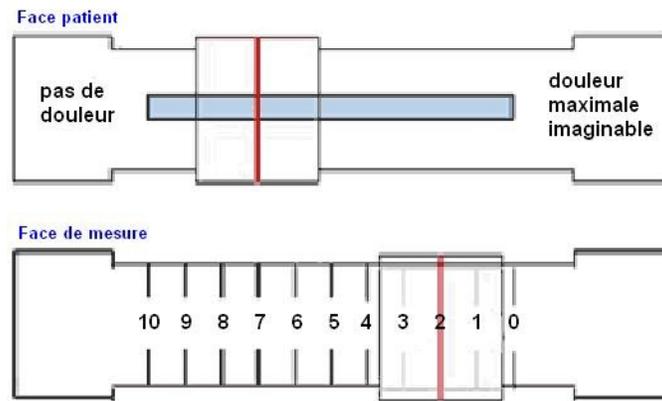
a) L'auto-évaluation

L'auto-évaluation de la douleur est faite par le patient lui-même :

- Le **schéma corporel** : le patient doit hachurer la zone douloureuse.
- Les échelles unidimensionnelles : elles permettent d'évaluer un seul aspect de la douleur (qualitatif ou quantitatif) :
 - L'**échelle verbale simple (EVS)** : le patient évalue verbalement sa douleur (pas de douleur, faible, modérée, intense, insupportable).
 - L'**échelle numérique** : le patient note la douleur entre 0 et 10 (0 correspond à aucune douleur, et 10 à une douleur maximale).
 - L'**échelle visuelle analogique (EVA)** : c'est une règlette qui présente d'un côté une ligne subjective et de l'autre côté une règlette graduée de 0 à 10. Le patient avancera le curseur en fonction de l'intensité de la douleur. Le soignant devra, en fonction du déplacement du curseur de la règlette, faire correspondre avec la notation se trouvant à l'arrière.



Dans la méthode du schéma corporel, le patient doit hachurer la zone douloureuse



L'EVA permet au patient de régler le curseur en fonction de sa douleur

- L'échelle multidimensionnelle : elle permet d'évaluer plusieurs aspects de la douleur (qualitatif et quantitatif) ; c'est un questionnaire établi par les professionnels de santé.

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général. Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant :

	0	absent / pas du tout		
	1	faible / un peu		
	2	modéré / moyennement		
	3	fort / beaucoup		
	4	extrêmement fort / extrêmement		

A	<input type="checkbox"/>	Battements	H	<input type="checkbox"/>	Picotements
	<input type="checkbox"/>	Pulsations		<input type="checkbox"/>	Fourmillements
	<input type="checkbox"/>	Élancements		<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
	<input type="checkbox"/>	En éclairs		<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"/>	Irradiation		<input type="checkbox"/>	Épuisante
				<input type="checkbox"/>	Éreintante
C	<input type="checkbox"/>	Piqûre	K	<input type="checkbox"/>	Nauséuse
	<input type="checkbox"/>	Coupure		<input type="checkbox"/>	Suffocante
	<input type="checkbox"/>	Pénétrante		<input type="checkbox"/>	Syncopale
	<input type="checkbox"/>	Transperçante			
	<input type="checkbox"/>	Coup de poignard			
D	<input type="checkbox"/>	Pincement		<input type="checkbox"/>	Oppressante
	<input type="checkbox"/>	Serrement		<input type="checkbox"/>	Angoissante
	<input type="checkbox"/>	Compression			
	<input type="checkbox"/>	Écrasement	M	<input type="checkbox"/>	Harcelante
	<input type="checkbox"/>	En étau		<input type="checkbox"/>	Obsédante
	<input type="checkbox"/>	Broiement		<input type="checkbox"/>	Cruelle
				<input type="checkbox"/>	Torturante
E	<input type="checkbox"/>	Tiraillement		<input type="checkbox"/>	Suppliciante
	<input type="checkbox"/>	Étirement			
	<input type="checkbox"/>	Distension	N	<input type="checkbox"/>	Gênante
	<input type="checkbox"/>	Déchirure		<input type="checkbox"/>	Désagréable
	<input type="checkbox"/>	Torsion		<input type="checkbox"/>	Pénible
	<input type="checkbox"/>	Arrachement		<input type="checkbox"/>	Insupportable
F	<input type="checkbox"/>	Chaleur	O	<input type="checkbox"/>	Énervante
	<input type="checkbox"/>	Brûlure		<input type="checkbox"/>	Exaspérante
				<input type="checkbox"/>	Horripilante
G	<input type="checkbox"/>	Froid	P	<input type="checkbox"/>	Déprimante
	<input type="checkbox"/>	Glace		<input type="checkbox"/>	Suicidaire

TOTAL □ □

Voici un exemple de questionnaire sur la douleur : créé par la Société Française de Rhumatologie, il permet de coter la douleur qualitativement et quantitativement

b) L'hétéro-évaluation

L'hétéro-évaluation est une évaluation de la douleur faite par le soignant. On parle alors d'**échelle comportementale** : la douleur n'étant pas forcément verbalisée, une étude du comportement peut

s'avérer nécessaire pour une bonne prise en charge de la douleur. Par contre, il faut adapter cette échelle en fonction des personnes soignées.

Nom :		EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE NON COMMUNICANTE (Echelle Doloplus-2®)			
Prénom :		Dates			
OBSERVATION COMPORTEMENTALE					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	- Pas de plainte	0	0	0	0
	- Plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	- Plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	- Plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	- Pas de position antalgique	0	0	0	0
	- Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	- Position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	- Position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3. Protection des zones douloureuses	- Pas de protection	0	0	0	0
	- Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	- Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou les soins	2	2	2	2
	- Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4. Mimique	- Mimique habituelle	0	0	0	0
	- Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	- Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	- Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle	3	3	3	3
5. Sommeil	- Sommeil habituel	0	0	0	0
	- Difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	- Réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	- Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	- Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	- Possibilités habituelles peu diminuées : précautionneux mais complet	1	1	1	1
	- Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	- Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7. Mouvements	- Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	- Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ...)	1	1	1	1
	- Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade évite ses mouvements)	2	2	2	2
	- Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8. Communication	Inchangée	0	0	0	0
	Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	Diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	Absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9. Vie sociale	Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)	0	0	0	0
	Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	Refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	Refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	Comportement habituel	0	0	0	0
	Troubles du comportement à la sollicitation itératifs	1	1	1	1
	Troubles du comportement à la sollicitation permanents	2	2	2	2
	Troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
SCORE					

Le « Doloplus » est une hétéro-évaluation fréquemment utilisée en gériatrie