





# Table des matières

## 1. LE HANDICAP

## 2. LA DOULEUR

2.1 Définition	6
2.2 Les voies de la douleur	6
2.3 L'expression de la douleur	6
2.4 Les différents types de douleur	7
2.5 Les étiologies de la douleur	7
2.6 Douleur aiguë ou douleur chronique	7
2.6.1 Douleur aiguë	7
2.6.2 Douleur chronique	7

## 3. DOULEUR ET HANDICAP

3.1 Pourquoi être attentif à l'expression de la douleur chez les personnes dyscommunicantes ?	8
3.2 Comment repérer la douleur chez la personne en situation d'handicap ?	8

## 4. DÉMARCHE GÉNÉRALE

### DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

4.1 Les étapes	9
4.2 Algorithme	9

## 5. L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

5.1 Pourquoi évaluer la douleur ?	10
5.2 Comment optimiser la prise en charge de la douleur ?	10

## 5.3 Les échelles

5.3.1 Les échelles chez l'enfant/adolescent	13
5.3.1.1 Les échelles d'auto-évaluation chez l'enfant/adolescent	14
5.3.1.2 Les échelles d'hétéro-évaluation chez l'enfant/adolescent	20
5.3.2 Les échelles chez l'adulte /personne âgée	38
5.3.2.1 Les échelles d'auto-évaluation chez l'adulte/personne âgée	39
5.3.2.2 Les échelles d'hétéro-évaluation chez l'adulte/personne âgée	46

## 5.4 Fiches de suivi

5.4.1 Fiche de suivi du patient enfant/adolescent	64
5.4.2 Fiche de suivi du patient adulte/personne âgée	65

## 6. LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR

6.1 Traitement médicamenteux	66
6.2 Traitement non médicamenteux	66

## 7. LA PRÉVENTION DE LA DOULEUR

## 8. LE RÔLE PIVOT DE LA FAMILLE ET DU PERSONNEL

8.1 La famille	68
8.2 Le personnel	68

## 9. BIBLIOGRAPHIE

**Programme initié  
dans le cadre  
des mesures en faveur  
de la bientraitance  
des personnes  
en situation de handicap  
et à l'initiative de l'ARS  
Auvergne-Rhône-Alpes**

*Mise en œuvre :*

Centre d'investigation  
clinique (CIC) du CHU  
de Clermont-Ferrand

*Contact :*

Pr. Pickering Gisèle  
[gisele.pickering@uca.fr](mailto:gisele.pickering@uca.fr)

# 1. *Le handicap*

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est porteur de « handicap toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ». La loi française du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes porteuses de handicap, a qualifié le handicap, au sens de la présente loi, comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Le terme handicap désigne ainsi la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non. Il exprime une déficience vis-à-vis d'un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension (1).

Actuellement, on dénombre près de 12 millions de personnes en situation de handicap vivant en France. Ce chiffre prend en compte les handicaps les plus lourds tout comme les incapacités mineures. Dans 80 % des cas, il s'agit de handicaps « invisibles », autrement dit, qui ne se remarquent pas au premier regard. Il peut alors s'agir des conséquences d'un

traumatisme crânien, d'un handicap physique léger, d'une surdité, d'une déficience visuelle, de troubles psychiques...(2). Le handicap sensoriel se caractérise majoritairement par des atteintes visuelles, auditives ou verbales. Il peut accompagner les autres formes de handicap et amplifier les difficultés de communication, d'intégration sociale et d'expression de la douleur. En conséquence, les personnes concernées ont souvent du mal à communiquer verbalement, à exprimer leur ressenti et/ou leurs besoins.

En France, les personnes en situation de handicap vivent en majorité à leur domicile. Elles peuvent ou non être accompagnées par des services médico-sociaux tels que des Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), des Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH). Elles peuvent également être accueillies en établissements pour enfants comme les Instituts d'éducation motrice (IEM), les Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) ou dans des établissements pour adultes tels que les Établissements d'accueil médicalisé (EAM) ou les Maisons d'accueil spécialisées (MAS).

Enfin, les personnes handicapées vieillissantes peuvent être accompagnées dans des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

## 2. La douleur

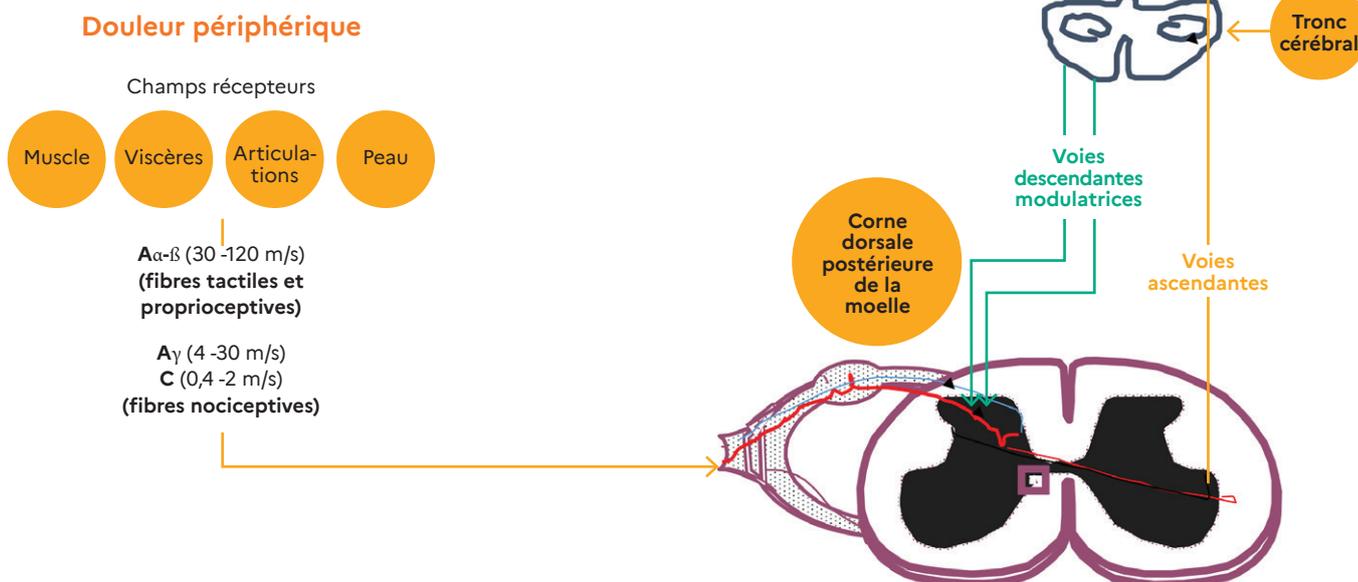
### 2.1. DÉFINITION

Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ». La douleur est donc ressentie au niveau corporel mais aussi au niveau psychique.

Cette définition a par la suite été enrichie en précisant que « l'incapacité de communiquer verbalement ne nie en aucune façon la possibilité qu'un individu éprouve de la douleur et qu'il ait besoin d'un traitement approprié pour soulager sa douleur » (3).

### 2.2. LES VOIES DE LA DOULEUR

Le message douloureux est transmis de la périphérie vers le cerveau (voies ascendantes) et modulé en particulier par les voies descendantes.



### 2.3. L'EXPRESSION DE LA DOULEUR

La douleur est une expérience personnelle et son expression est propre à chaque individu. Elle peut s'exprimer en mots, en comportements (agitation, violence...), en perturbations physiologiques (change-

ment de pouls, de pression artérielle...) ou en attitudes atypiques (retrait sur soi, position antalgique...). Par précaution, il convient de toujours croire une personne qui se plaint de douleur.

## 2.4. LES DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEUR

Il existe différents types de douleur :

- La douleur nociceptive, la plus fréquente, associée à des lésions somatiques (douleur relative au corps).
- La douleur neuropathique, caractérisée par des lésions du système nerveux somato-sensoriel central ou périphérique.
- La douleur nociplastique, douleur récurrente qui résulte d'une altération de la nociception sans évidence au niveau tissulaire.
- La douleur mixte à composante nociceptive, neurogène et psychogène.

## 2.5. LES ÉTIOLOGIES DE LA DOULEUR

La douleur est provoquée par des événements qui perturbent l'organisme : un accident, une brûlure ou, souvent, une réaction inflammatoire. L'inflammation est un mécanisme naturel de protection et de réparation de l'organisme. Elle fait intervenir des substances chimiques sécrétées par les cellules de l'immunité, dont certaines stimulent les récepteurs de la douleur. Les inflammations chroniques sont la source de douleurs durables qui peuvent fortement perturber la vie quotidienne.

De plus, une douleur intense, provoquée en un point de l'organisme, peut masquer toutes les autres sensations douloureuses. Les symptômes de la douleur sont variés : on parle de douleur vive, déchirante, diffuse, fulgurante, irradiante, lancinante, pulsatile, obsédante, en décharge électrique, en étau, etc. Les douleurs chroniques peuvent avoir un fort impact sur la qualité de vie au quotidien, et même provoquer de l'anxiété, voire de la dépression chez les patients (4), des troubles du sommeil et de la qualité de vie, et ce d'autant plus lorsque les personnes ont des difficultés de communication (5, 6).

## 2.6. DOULEUR AIGÜE

### OU DOULEUR CHRONIQUE

#### 2.6.1. DOULEUR AIGÜE

La douleur est un signal d'alarme. De faible à très intense, la douleur aiguë est limitée dans le temps et disparaît habituellement avec le traitement du dysfonctionnement qui en est la cause. Elle est liée à une atteinte tissulaire brutale (traumatisme, lésion inflammatoire, distension d'un viscère...). On retrouve par exemple sur le plan clinique : des maux de têtes, des courbatures, des douleurs dentaires.

#### 2.6.2. DOULEUR CHRONIQUE

Cependant, la douleur aiguë peut se chroniciser. On parle alors de douleur chronique, définie comme une douleur qui persiste plus de 3 mois (douleur post-chirurgie, arthrose...) avec des conséquences sur le sommeil, la qualité de vie, le bien-être.



## 3. Douleur et handicap

### 3.1. POURQUOI ÊTRE ATTENTIF À L'EXPRESSION DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES DYSCOMMUNICANTES ?

L'incapacité de communiquer verbalement ne nie en aucune façon la possibilité qu'un individu éprouve de la douleur» (1).

La prise en charge de la douleur d'une personne en situation de handicap peut en effet être difficile. La douleur se manifeste souvent de manière non verbale. De plus, quelquefois, les personnes en situation de handicap n'osent pas exprimer ou choisissent de ne pas formuler leur douleur. Elles peuvent avoir des difficultés à décrire leurs besoins et sont davantage exposées et vulnérables aux douleurs chroniques, surtout si celles-ci ne sont pas rapidement diagnostiquées.

Il est important d'être vigilant à l'expression de la douleur chez des personnes en situation de handicap. Il est nécessaire de détecter, reconnaître et évaluer les indices d'expression douloureuse, qu'ils soient verbalisés ou exprimés au niveau comportemental. C'est un enjeu fort de l'accompagnement médico-social, comme cela a été montré dans le polyhandicap où les besoins en formation et en information du personnel accompagnant les personnes ont été fortement exprimés (5).

### 3.2. COMMENT REPÉRER LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP ?

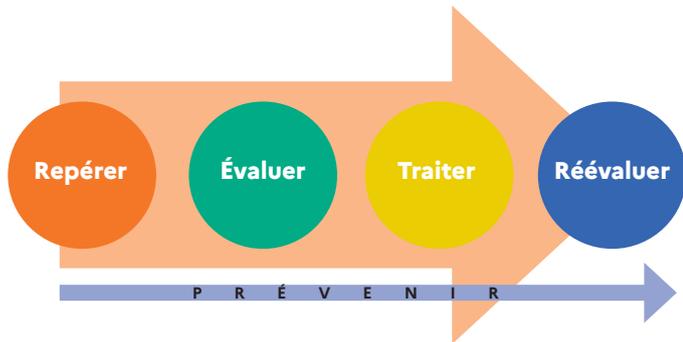
« Repérer la douleur » est la première étape du processus de prise en charge de la douleur chez les personnes en situation de handicap. Il est important de rechercher tout changement, tout indice qui peut faire penser à la présence d'une douleur. Les comportements passifs sont aussi importants à surveiller que les comportements productifs. En plus des expressions habituelles de la douleur, la douleur peut se manifester chez la personne en situation de handicap de manière très diverse :

- Modification du comportement habituel
- Phénomènes dystoniques
- Troubles du comportement
- Mouvements anormaux
- Composante anxieuse majeure
- Stéréotypies
- Expression inhabituelle du visage
- Perturbation de la sensibilité
- Apathie, position antalgique
- Réactivité ralentie
- Retrait social
- Exacerbation des crises épileptiques
- Perte des acquisitions
- Troubles gastro-intestinaux
- Spasticité...

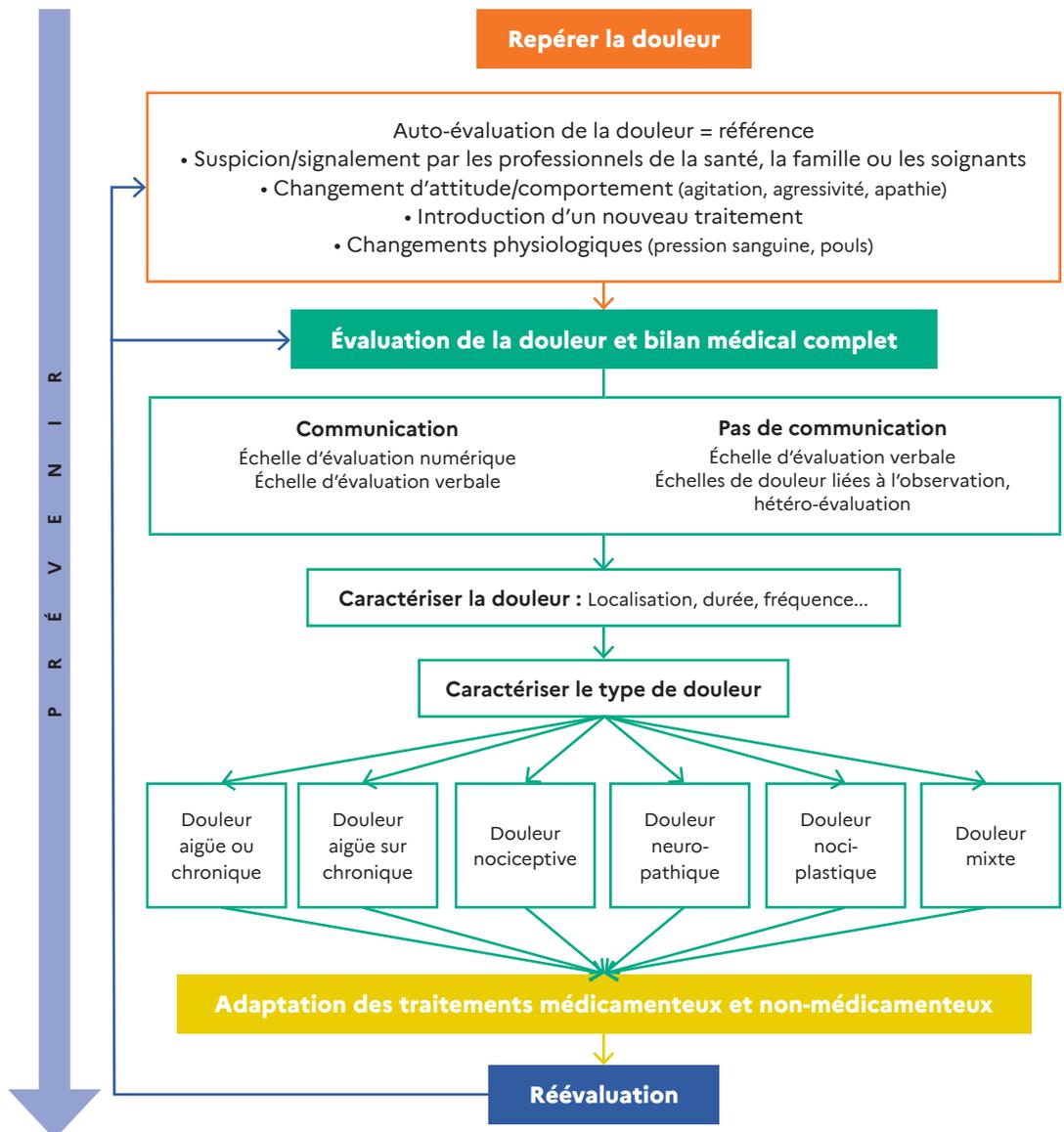
# 4. Démarche générale de prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur comporte plusieurs étapes: repérer, évaluer, traiter et réévaluer. Prévenir la douleur est à privilégier à chaque étape de la prise en charge en particulier avant les soins et/ou interventions iatrogènes.

## 4.1. LES ÉTAPES



## 4.2. ALGORITHME



## 5. L'évaluation de la douleur

### 5.1. POURQUOI ÉVALUER LA DOULEUR ?

La gestion optimale de la douleur passe par une évaluation rigoureuse. Pour assurer une bonne prise en charge, la douleur doit être systématiquement repérée, évaluée, traitée et réévaluée régulièrement selon l'évolution clinique de la personne.

Les autorités de santé cherchent à promouvoir l'égalité de tous face à la douleur et à sa prise en charge (article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé). Le référentiel d'évaluation de la qualité des prestations délivrées par les Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) élaboré par la Haute autorité de santé (HAS) illustre l'intérêt porté par les pouvoirs publics pour cette problématique :

- « 1.16 - La personne accompagnée bénéficie d'une prise en charge de ses douleurs.
- 1.16.1 - La personne s'exprime sur la manière dont sont prises en charge ses douleurs tout au long de son accompagnement.
- 1.16.2 - Les professionnels repèrent et/ou évaluent régulièrement et tracent les douleurs de la personne accompagnée selon des modalités adaptées.
- 1.16.3 - Les professionnels recueillent, auprès de l'entourage, des informations sur les manifestations habituelles des douleurs chez la personne accompagnée.
- 1.16.4 - Les professionnels co-construisent avec la personne accompagnée, la stratégie de prise en charge de la douleur.
- 1.16.5 - Les professionnels alertent et/ou mobilisent tous les moyens nécessaires pour soulager la douleur de la personne ».

### 5.2. COMMENT OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ?

Un changement de comportement, une situation susceptible d'entraîner des douleurs, un changement environnemental, une plainte peuvent suggérer la nécessité d'une évaluation de la douleur. Dans un contexte de soins, pour optimiser la prise en charge de la douleur chez une personne en situation de handicap,

l'évaluation de la douleur doit suivre l'évolution clinique de la personne et doit être :

- systématique ;
- régulière ;
- réalisée avant, pendant mais aussi après les soins ;
- suivie d'une réévaluation régulière.

Pour évaluer la douleur, l'utilisation d'outils est indispensable, outils que le personnel doit connaître et auxquels il doit être formé. Utilisés de manière conforme aux recommandations, ces outils permettent de suivre une cinétique des scores de douleur obtenus au cours de la prise en charge. Cette évolution de la douleur peut ainsi apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) et donner des orientations pour la stratégie thérapeutique.

À domicile, à l'hôpital et/ou dans les structures spécialisées, une évaluation de la douleur (régulière, systématique et répétée) est nécessaire chez les personnes en situation de handicap lors de :

- toute manifestation verbale ou changement comportemental, comportement inhabituel, au domicile ou en structure d'accueil ;
  - toute visite médicale de routine ou inhabituelle (par exemple, admission aux urgences ou hospitalisation).
- L'évaluation de la douleur doit être réalisée avec des outils d'évaluation validés.

Cette population est très hétérogène tant au niveau de l'âge, du type de handicap (mono ou polyhandicap), de sévérité du handicap, sensoriel mais le point commun est l'objectif d'obtenir une évaluation aussi adéquate que possible de la douleur pour une prise en charge optimale.

L'évaluation de la douleur peut être réalisée par le patient lui-même (auto-évaluation) ou par une tierce personne (hétéro-évaluation) quand l'autoévaluation n'est pas possible ou pour la compléter.

L'auto-évaluation de la douleur est l'évaluation de référence et doit être toujours tentée même si l'évaluateur a des doutes sur la capacité du patient à le faire.

### 5.3. LES ÉCHELLES

Les échelles suivantes sont habituellement utilisées :

AUTO-ÉVALUATION quand la communication est possible
<b>Échelles génériques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle verbale simple (EVS)</li> <li>• Échelle numérique (EN)</li> <li>• Échelle visuelle analogique (EVA)</li> <li>• Échelle des visages (FPS/Faces Pain Scale)</li> <li>• Échelle corporelle (Enfant)</li> <li>• Échelle corporelle (Adulte)</li> <li>• Questionnaire douleur Saint Antoine (QDSA)</li> <li>• Échelle de la Douleur neuropathique en 4 points (DN4)</li> </ul>
<b>Échelles spécifiques au handicap sensoriel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langue des signes et langage simplifié</li> <li>• Échelle Visiodol®</li> </ul>
HÉTÉRO-ÉVALUATION quand la communication est non possible
<b>Échelles génériques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle Evendol®</li> <li>• Échelle Hétéro-évaluation douleur enfant (HEDEN)</li> <li>• Échelle Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC)</li> <li>• Échelle Doloplus®</li> <li>• Echelle Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) - version française</li> <li>• Échelle Algoplus®</li> <li>• Échelle comportementale pour personne âgée (ECPA®)</li> </ul>
<b>Échelles spécifiques au handicap</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossier Profil douleur pédiatrique (PDP)</li> <li>• Échelle d'Expression de la douleur adulte ou adolescent polyhandicapé (EDAAP)</li> <li>• Échelle San Salvador (DESS)</li> <li>• Grille évaluation douleur – Déficience intellectuelle (GED-DI)</li> <li>• Échelle Face Legs Activity Cry Consolability modifiée pour le polyhandicap (FLACC modifiée)</li> <li>• Grille évaluation douleur – Déficience intellectuelle (GED-DI) modifiée pour TSA (GED-DI TSA)</li> <li>• Echelle simplifiée d'évaluation de la douleur avec troubles du spectre de l'autisme (ESDDA)</li> </ul>

Le choix des échelles dépend de l'âge et de la capacité de la personne à communiquer.

Lorsque l'évaluation de la douleur est réalisée par le patient lui-même : c'est l'auto-évaluation. Pour cela, l'utilisation de la vue et/ou de l'audition et/ou de la parole est requise. Quand elle est possible, l'auto-évaluation doit être privilégiée.

Mais parfois, les personnes dans l'incapacité de communiquer (jeune âge, troubles cognitifs, difficultés de communication, refus) peuvent rencontrer des difficultés pour s'auto-évaluer. L'hétéro-évaluation,

est alors préférable car elle évitera la sous-estimation ou l'ignorance de la douleur. Basés sur l'observation des comportements, les outils d'hétéro-évaluation évaluent les manifestations du patient. Leur utilisation nécessite un apprentissage et le temps pour la cotation diminue avec l'expérience.

L'auto-évaluation de la douleur est l'évaluation de référence et doit toujours être tentée même si l'évaluateur a des doutes sur la capacité du patient à le faire.

### ÉCHELLES POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

	Communication possible - AUTO-ÉVALUATION		Dyscommunication – HÉTÉRO-ÉVALUATION	
	ENFANTS/ADOLESCENTS	ADULTES PERSONNES ÂGÉES	ENFANTS/ADOLESCENTS	ADULTES PERSONNES ÂGÉES
ÉCHELLES <u>GÉNÉRIQUES</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EVS</b> (à partir de 3 ans)</li> <li>• <b>EN</b> (à partir de 8 ans)</li> <li>• <b>EVA</b> (à partir de 6 ans)</li> <li>• <b>Échelles des visages</b> (à partir de 4 ans)</li> <li>• <b>Échelle corporelle</b> (localisation douleur - à partir de 4 ans)</li> <li>• <b>QDSA</b> (qualité douleur - adolescents)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EVS</b></li> <li>• <b>EN</b></li> <li>• <b>EVA</b></li> <li>• <b>Échelle corporelle</b> (localisation douleur)</li> <li>• <b>QDSA</b> (qualité douleur)</li> <li>• <b>DN4</b> (douleur neuropathique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EVS</b> (à partir de 3 ans)</li> <li>• <b>Evendol</b> (douleur aiguë – de 0 à 7 ans)</li> <li>• <b>Echelle HEDEN</b> (douleur chronique - de 2 à 7 ans)</li> <li>• <b>FLACC</b> (post-opératoire – de 2 mois à 7 ans)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EVS</b></li> <li>• <b>EN</b></li> <li>• <b>Doloplus</b> (douleur chronique - personne âgée)</li> <li>• <b>PACSLAC</b> (douleur chronique - personne âgée)</li> <li>• <b>Algoplus</b> (personne âgée - douleur aiguë)</li> <li>• <b>ECPA</b> (personne âgée - liée aux soins)</li> </ul>
ÉCHELLES SPÉCIFIQUES AU <u>HANDICAP</u>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PDP</b> (handicap)</li> <li>• <b>EDAAP</b> (handicap - adolescents)</li> <li>• <b>DESS</b> (handicap)</li> <li>• <b>GED-DI</b> (handicap – à partir de 3 ans)</li> <li>• <b>FLACC modifiée</b> (handicap – de 4 à 18 ans)</li> <li>• <b>GED-DI TSA</b> (autisme)</li> <li>• <b>ESDDA</b> (autisme – à partir de 2 ans)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EDAAP</b> (handicap)</li> <li>• <b>DESS</b> (handicap)</li> <li>• <b>GED-DI</b> (handicap)</li> <li>• <b>GED-DI TSA</b> (autisme)</li> <li>• <b>ESDDA</b> (autisme)</li> </ul>
ÉCHELLES SPÉCIFIQUES AU <u>HANDICAP SENSORIEL</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Langue des signes et langage simplifié</b> (déficience auditive)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visiodol</b> (déficience visuelle)</li> <li>• <b>Langue des signes et langage simplifié</b> (déficience auditive)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Langue des signes et langage simplifié</b> (déficience auditive)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Langue des signes et langage simplifié</b> (déficience auditive)</li> </ul>

### 5.3.1. LES ÉCHELLES CHEZ L'ENFANT/ADOLESCENT

ÉCHELLES POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP		
	Communication possible AUTO-ÉVALUATION	Dyscommunication HÉTÉRO-ÉVALUATION
	ENFANTS/ADOLESCENTS	ENFANTS/ADOLESCENTS
ÉCHELLES <u>GÉNÉRIQUES</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EVS</b> (à partir de 3 ans)</li> <li>• <b>EN</b> (à partir de 8 ans)</li> <li>• <b>EVA</b> (à partir de 6 ans)</li> <li>• <b>Échelles des visages</b> (à partir de 4 ans)</li> <li>• <b>Échelle corporelle</b> (localisation douleur - à partir de 4 ans)</li> <li>• <b>QDSA</b> (qualité douleur - adolescents)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EVS</b> (à partir de 3 ans)</li> <li>• <b>Evendol</b> (douleur aiguë – de 0 à 7 ans)</li> <li>• <b>Echelle HEDEN</b> (douleur chronique - de 2 à 7 ans)</li> <li>• <b>FLACC</b> (post-opératoire – de 2 mois à 7 ans)</li> </ul>
ÉCHELLES SPÉCIFIQUES AU <u>HANDICAP</u>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PDP</b> (handicap)</li> <li>• <b>EDAAP</b> (handicap - adolescents)</li> <li>• <b>DESS</b> (handicap)</li> <li>• <b>GED-DI</b> (handicap – à partir de 3 ans)</li> <li>• <b>FLACC modifiée</b> (handicap – de 4 à 18 ans)</li> <li>• <b>GED-DI TSA</b> (autisme)</li> <li>• <b>ESDDA</b> (autisme – à partir de 2 ans)</li> </ul>
ÉCHELLES SPÉCIFIQUES AU <u>HANDICAP SENSORIEL</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Langue des signes et langage simplifié</b> (déficience auditive)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Langue des signes et langage simplifié</b> (déficience auditive)</li> </ul>



### 5.3.1.1. LES ÉCHELLES D'AUTO-ÉVALUATION CHEZ L'ENFANT/ADOLESCENT

#### A. Échelle verbale simple (EVS)

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

<b>Douleur Au moment présent</b>	<b>0</b> Absente	<b>1</b> Faible	<b>2</b> Modérée	<b>3</b> Intense	<b>4</b> Extrêmement intense
<b>Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours</b>	<b>0</b> Absente	<b>1</b> Faible	<b>2</b> Modérée	<b>3</b> Intense	<b>4</b> Extrêmement intense
<b>Douleur la plus intense Depuis les 8 derniers jours</b>	<b>0</b> Absente	<b>1</b> Faible	<b>2</b> Modérée	<b>3</b> Intense	<b>4</b> Extrêmement intense

##### Quel est l'objectif ?

L'échelle permet au patient de décrire sa douleur grâce à l'utilisation de mots simples.

##### Comment l'utiliser ?

Le patient doit décrire sa douleur parmi les 5 catégories. Il faut utiliser des mots simples pour décrire la douleur. Pour les enfants, le geste peut être joint à la parole.

##### Quel est le public concerné ?

Toute personne à partir de 3 ans.

##### Quelle est l'interprétation du résultat ?

L'interprétation de l'intensité de douleur est la suivante :

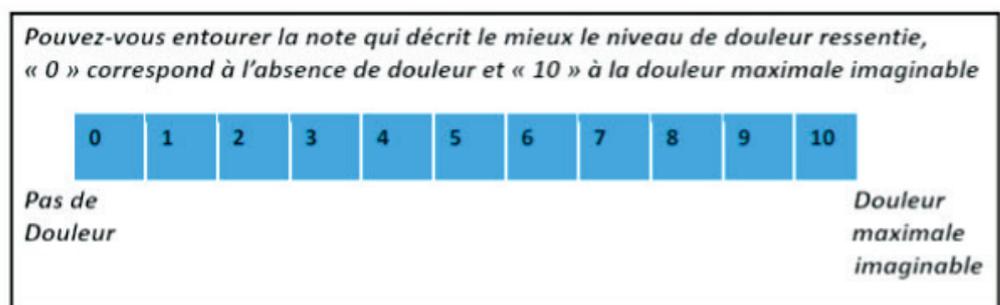
- « 0 » correspond à « Pas de douleur »
- « 1 » correspond à « Douleur faible »

- « 2 » correspond à « Douleur modérée »
- « 3 » correspond à « Douleur intense »
- « 4 » correspond à « Douleur extrêmement intense »

##### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 1 minute.

#### B. Échelle numérique (EN)



##### Quel est l'objectif ?

L'échelle numérique (EN) mesure l'intensité de la douleur. Elle comporte 11 niveaux : de 0 à 10.

##### Comment l'utiliser ?

La personne évaluée doit donner une note de sa douleur entre 0 et 10. Il est nécessaire au préalable de définir la signification des

extrémités des règles :

- « 0 » correspond à « pas de douleur »
- « 10 » correspond à la « douleur maximale imaginable ».

##### Quel est le public concerné ?

À partir de 8 ans.

##### Quelle est l'interprétation du résultat ?

Le seuil de traitement est 3/10.

##### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 1 minute.

### C. Échelle visuelle analogique (EVA)



#### Quel est l'objectif ?

L'Échelle visuelle analogique (EVA) mesure l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 0 à 10.

#### Comment l'utiliser ?

L'échelle se présente sous la forme d'une règle à double face : une face où le patient fait défiler un curseur selon l'intensité de sa douleur et une autre face où les graduations millimétrées (de 0 à 100 mm) sont lues par les soignants.

#### Quel est le public concerné ?

Toute personne à partir de 6 ans mais la proportionnalité qu'elle nécessite pour l'utiliser n'est pas adaptée à des personnes âgées et / ou avec troubles cognitifs.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

L'interprétation de l'intensité de la douleur est la suivante :

##### Entre 1 et 3 :

douleur d'intensité légère

##### Entre 3 et 5 :

douleur d'intensité modérée

##### Entre 5 et 7 :

douleur intense

##### Supérieure à 7 :

douleur très intense

#### Combien de temps est nécessaire

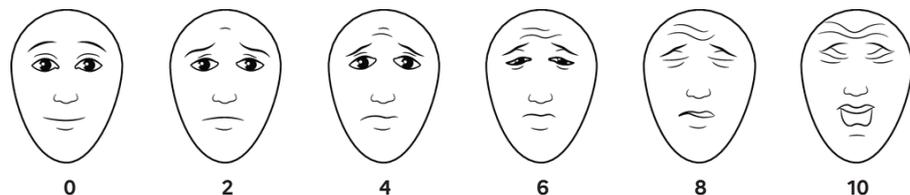
#### pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 1 minute.

\* Huskisson, 1974

### D. Échelle des visages ou Faces Pain Scale (FPS)

Entourez l'expression qui caractérise le mieux votre douleur :



#### Quel est l'objectif ?

L'échelle permet au patient de caractériser sa douleur grâce à des visages expressifs.

#### Comment l'utiliser ?

Le patient doit identifier le visage qui montre comment est ressentie la douleur.

#### Quel est le public concerné ?

Toute personne à partir de 4 ans.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

L'interprétation de l'intensité de douleur est la suivante :

« 0 » correspond donc à

« Pas mal du tout »

« 2 » correspond donc à

« Douleur légère »

« 4 » correspond à

« Douleur modérée »

« 6 » correspond à

« Douleur intense »

« 8 » et « 10 » correspondent à

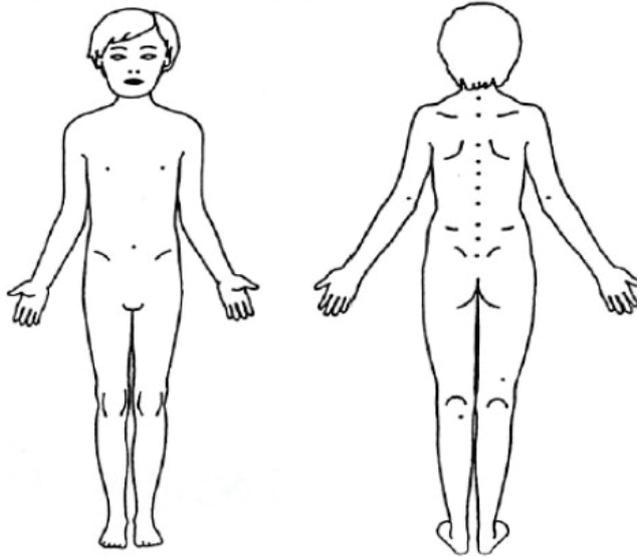
« Douleur très très intense »

#### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 1 minute.

\* Hicks et al., 2001

## E. Échelle corporelle (Enfant)



Ça fait mal : choisir la couleur correspondant à l'intensité de la douleur puis colorier la zone du corps concernée

- un peu
- moyen
- beaucoup
- très mal

### Quel est l'objectif ?

Cet outil permet d'identifier la (les) localisation(s) de la douleur, le nombre de localisations et l'intensité de la douleur ressentie.

### Comment l'utiliser ?

Il faut indiquer sur ce dessin où se situe la douleur en coloriant de la même couleur (choix libre) une

catégorie d'intensité de douleur et les zones du corps concernées par celles-ci.

### Quel est le public concerné ?

Toute personne à partir de 4 ans.

### Quelle est l'interprétation du résultat ?

Interprétation de la douleur

en fonction de la localisation et de la légende de couleur.

### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 5 minutes.

## F. Questionnaire douleur Saint Antoine (QDSA)

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

Evaluation : initiale  Intermédiaire  Finale  Date : \_\_\_\_\_

Parmi la liste de mots ci-dessous, certains peuvent décrire la douleur que vous ressentez. Lisez attentivement chaque mot.

- Indiquez par une croix les mots qui décrivent votre douleur en général.
- Afin de préciser votre douleur, donnez une note dans la deuxième case à chacun des mots choisis selon le code suivant :

Douleur      0 = absente      1 = faible      2 = modérée      3 = forte      4 = extrêmement forte

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

*F. Boureau. Pratique du traitement de la douleur. Edition Doin, Vélizy Coublay, 1988*

*F. Boureau, M. Liu, J.F. Doubrère, C. Gay. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs : comparaison avec le Mac Gill pain questionnaire de Melzack. Thérapie, 1984, 39 : 119-129. Institut UPSA de la douleur. L'infirmière et la douleur. 2000.*

*C. Metzger, A. Müller, M. Schwetta, C. Walter. Soins infirmiers et douleur. Collection Savoir et pratique infirmière, Editions Masson, 2000.*

### Quel est l'objectif ?

Cet outil permet de qualifier la douleur ressentie depuis les dernières 48 heures.

### Comment l'utiliser ?

57 qualificatifs sont répartis en 16 rubriques : 9 sensorielles (A à I) et 7 affectives (J à P). Il faut entourer pour chaque mot la note correspondante et indiquer l'endroit

concerné par la douleur :

« 0 » correspond à l'absence de douleur »

« 1 » correspond à une douleur « faible »

« 2 » correspond à une douleur « modérée »

« 3 » correspond à une douleur « forte »

« 4 » correspond à une douleur « extrêmement forte »

### Quel est le public concerné ?

Adolescents et adultes.

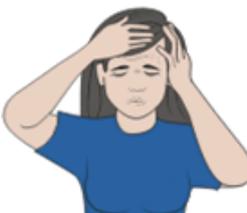
### Quelle est l'interprétation du résultat ?

Plus le score de douleur est élevé, plus la douleur est forte.

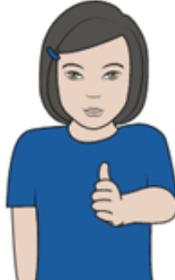
### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 10 min.

G. la douleur traduite en langue des signes et en langage simplifié : méthode FALC (Facile A Lire et à Comprendre)

Adulte			
			
Je vais bien.	J'ai mal à la tête.	J'ai mal aux dents.	J'ai mal au dos.
			
J'ai mal.	J'ai mal au ventre.	J'ai mal à la poitrine.	J'ai mal à la gorge.

© SantéBD

Enfant			
			
Je vais bien.	J'ai mal aux dents.	J'ai mal aux yeux.	J'ai mal à la tête.
			
J'ai mal.	J'ai mal au ventre.	J'ai mal aux oreilles.	J'ai mal à la gorge.

© SantéBD



## Evaluation Enfant Douleur

# EVENDOL

Echelle validée  
de la naissance à 7 ans.  
Score de 0 à 15,  
seuil de traitement 4/15.

Notez tout ce que vous observez... même si vous pensez que les signes ne sont pas dus à la douleur, mais à la peur, à l'inconfort, à la fatigue ou à la gravité de la maladie.

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Evaluation à l'arrivée		Antalgique											
					au repos <sup>1</sup> ou calme (R)	à l'examen <sup>2</sup> ou la mobilisation (M)	R	M	R	M	R	M	R	M				
Expression vocale ou verbale pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3														
Mimique à le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3														
Mouvements s'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3														
Positions à une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3														
Relation avec l'environnement peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3														
Remarques	Score total / 15																	
	Date et heure																	
	Initiales évaluateur																	

<sup>1</sup> Au repos ou calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...

<sup>2</sup> A l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.

- Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).  
Echelle validée pour mesurer la douleur (aiguë ou prolongée avec atonie), de 0 à 7 ans, en pédiatrie, aux urgences, au SAMU, en salle de réveil, en post-opératoire - Références bibliographiques : Archives de Pédiatrie 2006, 13, 922, P129130, Archives de Pédiatrie 2012, 19, 922, P4244, Journées Paris Pédiatrie 2009 : 265-276, Pan 2012, 153 : 1573-1582. Contact : elisabeth.tournier-charriere@bci.aphp.fr - © 2011 - Groupe EVENDOL

### 5.3.1.2. LES ÉCHELLES D'HÉTÉRO-ÉVALUATION CHEZ L'ENFANT/ADOLESCENT

#### A. Échelle Evendol®

**Quel est l'objectif ?**

Cette échelle permet de repérer une douleur aiguë comme une douleur prolongée chez les enfants de 0 à 7 ans. Cette échelle a la particularité de coter non seulement l'absence ou la présence d'un signe mais aussi sa permanence dans le temps. Elle demande donc un temps d'observation. Elle permet aussi une cotation au repos et dans un environnement calme puis pendant examen ou mobilisation.

**Comment l'utiliser ?**

L'échelle EVENDOL® comprend 5 items ayant chacun 4 cotations possibles de 0 à 3. Une description précise est fournie pour aider à la cotation. Le score total obtenu est compris entre 0 et 15.

**Quel est le public concerné ?**

Enfants jusqu'à 7 ans.

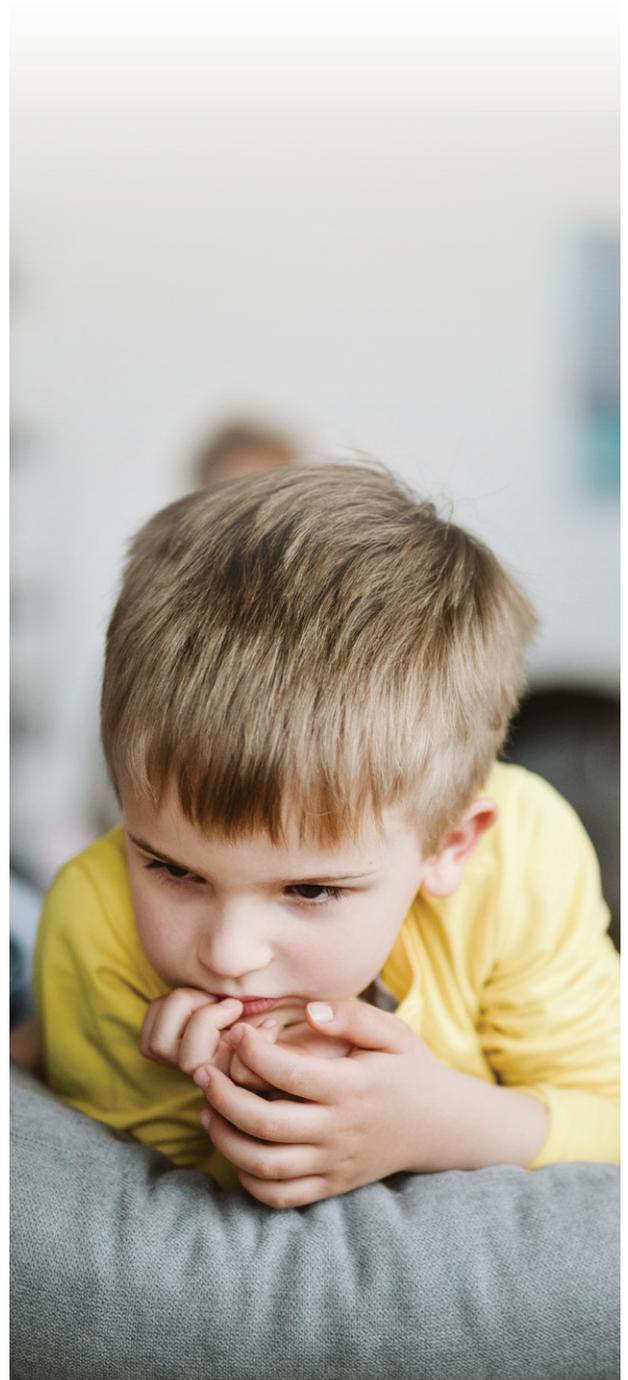
**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Le seuil de traitement généralement admis est de 4/15.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon le cotateur.

\* Fournier-Charrière et al., 2012



## B. Echelle hétéro-évaluation douleur enfant (HEDEN)

### Pour mesurer la douleur prolongée de l'enfant en atonie psychomotrice (version raccourcie et simplifiée de l'échelle DEGR) Score 0 à 10

Signes de douleur	0	1	2	COTATION		
				Date : / /		
Plaintes somatiques (EVD)	Aucune	Se plaint d'avoir mal	Plainte avec geignements, cris, ou sanglots, ou supplications			
Intérêt pour le monde extérieur (APM)	L'enfant s'intéresse à son environnement	Perte d'enthousiasme, intérêt pour activité en y étant poussé	Inhibition totale, apathie, indifférent et se désintéresse de tout			
Position antalgique (SDD)	L'enfant peut se mettre n'importe comment, aucune position ne lui est désagréable	L'enfant a choisi à l'évidence une position antalgique	Recherche sans succès une position antalgique, n'est jamais bien installé			
Lenteur et rareté des mouvements (APM)	Mouvements larges, vifs, rapides, variés	Latence du geste, mouvements restreints, gestes lents et initiatives motrices rares	Enfant comme figé, immobile dans son lit, alors que rien ne l'empêche de bouger			
Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (SDD)	Examen et mobilisation sans problème	Demande de « faire attention », protège la zone douloureuse, retient ou guide la main du soignant	Accès impossible à la zone douloureuse ou opposition à toute initiative du soignant pour la mobilisation			
<b>TOTAL</b>						

EVD : expression volontaire de douleur ; APM : atonie psychomotrice ; SDD : Signes directs de douleur

Référence : Marec-Bérard P., Canicio C., Bergeron C., Gomez F., Combet S., Foussat C., Thibault P., Le Moine P. L'échelle d'évaluation de la douleur HEDEN comme simplification de l'échelle DEGR. 12<sup>e</sup> Journée « La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? », Paris, 2005.

© Pédiadol

#### Quel est l'objectif ?

L'échelle HEDEN a pour objectif d'évaluer la douleur chronique chez les enfants de 2 à 7 ans. C'est une version simplifiée de l'échelle Douleur enfant Gustave Roussy (DEGR). Elle est souvent utilisée dans les services d'oncologie pédiatrique.

#### Comment l'utiliser ?

L'échelle se compose de 5 items simples, recouvrant les principaux domaines de la DEGR :

- Plaintes
  - Positions antalgiques
  - Gestes de protection
  - Atonie psycho-motrice avec désintérêt pour le monde extérieur
  - Immobilité
- Chaque item peut être coté de 0 à 2. Le score maximum est de 10.

#### Quel est le public concerné ?

Enfants de 2 à 7 ans.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

La douleur est présente pour un total supérieur ou égal à 3/10.

#### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

L'évaluation est rapide.

### C. Échelle Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC)

élaborée et validée pour évaluer la douleur postopératoire chez des enfants de 2 mois à 7 ans  
**chaque item est coté de 0 à 2**  
**score de 0 à 10, score seuil de traitement habituellement utilisé : 3/10**

		Date							
		Heure							
<b>VISAGE</b>	0 Pas d'expression particulière ou sourire 1 Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé 2 Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton								
<b>JAMBES</b>	0 Position habituelle ou détendue 1 Gêné, agité, tendu 2 Coups de pieds ou jambes recroquevillées								
<b>ACTIVITE</b>	0 allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement 1 Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu 2 Arc-bouté, figé, ou sursaute								
<b>CRIS</b>	0 Pas de cris (éveillé ou endormi) 1 Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle 2 Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes								
<b>CONSOLABILITE</b>	0 Content, détendu 1 Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait 2 Difficile à consoler ou à réconforter								
<b>SCORE TOTAL /10</b>									
<b>OBSERVATIONS</b>									

Merkel Si, Voepel-Lewis T, Shayevitz Jr, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring post operative pain in young children. *Pediatr Nursing* 1997, 23 : 293-297  
 Crellin DJ, Harrison D, Santamaria N, Babi FE. Systematic review of the Face, Legs, Activity, Cry and Consolability scale for assessing pain in infants and children: is it reliable, valid, and feasible for use? *Pain*. 2015, 156:2132-51.

Traduction 2008 équipe Robert Debré Paris et MC Grégoire Canada.

Il existe une présentation pour la douleur des soins (mêmes items), et une version pour la personne avec handicap cognitif (items un peu différents).

Instructions au verso

#### Quel est l'objectif ?

FLACC est une échelle d'hétéro-évaluation permettant d'apprécier la douleur postopératoire ou la douleur aiguë d'un soin de l'enfant et de l'adolescent de 0 à 18 ans.

#### Comment l'utiliser ?

Un temps d'observation de 2 à 5 minutes est nécessaire pour réaliser cette échelle. Celle-ci peut être réalisée sur un enfant réveillé ou sur un enfant endormi.

L'échelle est composée de 5 items avec 3 modalités de réponses cotées de 0 à 2. Le soignant doit déterminer pour chacun des items, le comportement de l'enfant. Le total des points obtenus pour chaque item donne le score total qui peut varier entre 0 et 10. La correspondance entre le score et le niveau de douleur est notifiée.

#### Quel est le public concerné ?

De 2 mois à 7 ans.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

Non défini par les auteurs, mais le seuil de 3/10 attribué aux échelles de 0 à 10 peut être appliqué.

#### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Échelle rapide d'emploi.

## D. Dossier Profil douleur pédiatrique (PDP)

### Profil Douleur Pédiatrique Evaluation de l'état de base

## Douleurs actuelles

### Douleur la plus gênante (Douleur A)

Quelle est la douleur la plus gênante pour votre enfant ?

Depuis combien de temps votre enfant a-t-il cette douleur ?

Quand cette douleur survient-elle habituellement ?

A quelle fréquence, environ, cette douleur se produit-elle ? (tout le temps, chaque jour, toutes les semaines...)

Qu'est ce qui aide habituellement ?

Pouvez-vous s'il vous plaît noter cette douleur en utilisant le Profil sur la page suivante (page 7)

Rempli par

Date

#### Quel est l'objectif ?

Le Profil douleur pédiatrique (PDP) est un outil pour aider à évaluer et à prendre en charge la douleur chez des enfants souffrant de handicaps neurologiques sévères ou polyhandicapés, de 1 à 18 ans. Le dossier PDP de base est fourni sur la clef USB.

#### Comment l'utiliser ?

Le document « Profil douleur » est une échelle de cotation comportementale qui comprend 20 items. Chaque item est coté sur une échelle de 4 points allant de « pas du tout » à « tout à fait ». Après avoir additionné tous les scores, le total variera de 0 à 60. Le PDP comprend différentes parties :

- histoire de la douleur :

expériences de douleurs précoces ou passées ;

- évaluation de l'état de base : lors d'une bonne journée ;
- évaluation des douleurs actuelles ;
- graphique récapitulatif ;
- évaluation, actions, résultats ;
- aide des professionnels pour gérer la douleur.

Le PDP veut être une aide à la description, l'évaluation et le suivi

## Profil Douleur Pédiatrique

Evaluation de l'état de base

### Profil Douleur

#### Douleur la plus gênante (Douleur A)

1. Pour chaque item, merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux au comportement de votre enfant lorsqu'il présente cette douleur.
2. Notez les chiffres que vous avez entourés dans la colonne score
3. Additionnez les chiffres de la colonne score pour obtenir un score total
4. Enregistrez le total sur le graphique récapitulatif

Lorsqu'il ressent cette douleur, mon enfant :	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait	SCORE
Est joyeux	3	2	1	0	
Est sociable ou communique	3	2	1	0	
Semble en retrait ou déprimé	0	1	2	3	
Pleure, gémit, grogne, crie ou hurle	0	1	2	3	
Est difficile à consoler ou réconforter	0	1	2	3	
Se mutile (se mord ou se cogne la tête...)	0	1	2	3	
Rechigne à manger / est difficile à nourrir	0	1	2	3	
A un sommeil perturbé	0	1	2	3	
Grimaces, visage crispé, yeux plissés	0	1	2	3	
Front plissé, sourcils froncés, air inquiet	0	1	2	3	
Semble apeuré (yeux grands ouverts)	0	1	2	3	
Grince les dents ou fait des mouvements de bouche	0	1	2	3	
Agité, ne tient pas en place, stressé	0	1	2	3	
Tendu, raide ou spastique	0	1	2	3	
Se recroqueville ou ramène ses jambes sur son thorax	0	1	2	3	
Cherche à toucher ou frotter une zone particulière	0	1	2	3	
S'oppose à la mobilisation	0	1	2	3	
Se rétracte ou proteste quand on le touche	0	1	2	3	
Se tortille, jette sa tête en arrière, se contorsionne ou se cabre	0	1	2	3	
A des mouvements involontaires ou stéréotypés, sursaute, tressaille, convulse	0	1	2	3	
<b>TOTAL</b>					

Merci de cocher la case qui décrit le mieux l'intensité de cette douleur

- Aucune
  Légère
  Modérée
  Sévère
  Très sévère

© 2003 UCL/ICH et RCNI. Cette page fait partie du Profil Douleur Pédiatrique. Elle peut être photocopiée et utilisée dans les soins aux enfants atteints de déficience des apprentissages et de handicaps physiques sévères. Traduction française UETD - Hôpital Robert Debré - Paris. 09.2009 Contre-traduction Dr MC Gregoire. IWK Health Centre - Halifax, Canada

des comportements douloureux des enfants. Les parents ou les professionnels de santé remplissent l'histoire de la douleur et l'état de base de l'enfant. Puis il est proposé de remplir la partie du dossier destinée aux douleurs habituelles de l'enfant s'il en a et enfin d'évaluer sa douleur actuelle. Chaque événement douloureux sera conservé dans ce dossier

pour assurer la traçabilité de la douleur. Tous les documents sont à conserver et permettent ainsi de tracer le suivi de prise en charge de la douleur du patient.

#### Quel est le public concerné ?

Enfants souffrants de handicaps neurologiques sévères ou enfants polyhandicapés de 1 à 18 ans.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

Un score supérieur ou égal à 14 est associé à une douleur modérée à sévère.

#### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Le temps de cotation varie selon le coteur.

E. Échelle d'Expression de la douleur adulte ou adolescent polyhandicapé (EDAAP)



**EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR  
CHEZ L'ADOLESCENT OU ADULTE POLYHANDICAPE  
(EDAAP)**

**NOM :**  
**Prénom :**  
**Pavillon :**

		Date :		
		Heures		
<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>				
<b>PLAINTES SOMATIQUES</b>	<b>1. Emissions vocales (langage rudimentaire) et/ou pleurs et/ou cris :</b>			
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels ou absence habituelle...	0	0	0
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris...	1	1	1
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris provoqués par les manipulations...	2	2	3
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris spontanés tout à fait inhabituels...	3	3	3
	Em. Voc. et/ou mêmes signes avec manifestations neurovégétatives...	4	4	4
<b>POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS</b>	<b>2. Attitude antalgique :</b>			
	pas d'attitude antalgique	0	0	0
	Recherche d'une position antalgique	1	1	1
	Attitude antalgique spontanée	2	2	3
	Attitude antalgique déterminée par le soignant	3	3	3
	Obnubilé(e) par sa douleur	4	4	4
<b>IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES</b>	<b>3. Zone douloureuse :</b>			
	Aucune zone douloureuse	0	0	0
	Zone sensible localisée lors des soins (visage, pieds, mains, ventre...), nommer :	1	1	1
	Zone douloureuse révélée par la palpation	2	2	3
	Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen	3	3	3
	Zone douloureuse désignée de façon spontanée	4	4	4
<b>SOMMEIL</b>	<b>4. Troubles du sommeil :</b>			
	Sommeil habituel	0	0	0
	Sommeil agité	1	1	1
	Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne)	2	2	3
	perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil)	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL</b>				
<b>TONUS</b>	<b>5. Tonus :</b>			
	Tonus normal, hypotonique, hypertonique	0	0	0
	Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	1	1	1
	Accentuation spontanée du tonus au repos	2	2	3
	Mêmes signes que 3 avec mimique douloureuse	3	3	3
	Mêmes signes que 2 avec cris et pleurs	4	4	4

**Quel est l'objectif ?**

L'échelle EDAAP permet de mesurer l'écart entre l'expression habituelle du patient et l'expression perturbée dans l'hypothèse d'une douleur (de tout type) et,

ainsi, d'adapter un traitement si besoin.

**Comment l'utiliser ?**

L'échelle se compose de 2 parties : retentissement somatique (4 items)

et 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.

<b>MIMIQUE</b>	<b>6. Mimique douloureuse, expression du visage traduisant la douleur :</b>			
	Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle	0	0	0
	Faciès détendu ou faciès inquiet habituel	0	0	0
	Faciès inquiet inhabituel	1	1	1
	Mimique douloureuse lors des manipulations	2	2	2
	Mimique douloureuse spontanée	3	3	3
	Même signe que 1 - 2 - 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4	4	4
<b>EXPRESSION DU CORPS</b>	<b>7. Observation des mouvements spontanés (volontaires ou non, coordonnés ou non) :</b>			
	Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle	0	0	0
	Peu de capacité à s'exprimer et/ou à agir de manière habituelle	0	0	0
	Mouvements stéréotypés ou hyperactivité (si possibilité motrice)	0	0	0
	Recrudescence de mouvements spontanés	1	1	1
	Etat d'agitation inhabituel ou prostration	2	2	2
	Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3	3	3
	Mêmes signes que 1 - 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4
<b>INTERACTION LORS DES SOINS</b>	<b>8. Capacité à interagir avec le soignant, modes relationnels :</b>			
	Acceptation du contact ou aide partielle lors des soins (habillage, transfert...)	0	0	0
	Réaction d'appréhension habituelle au toucher	0	0	0
	Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher	1	1	1
	Réaction d'opposition ou de retrait	2	2	2
	Réaction de repli	3	3	3
<b>COMMUNICATION</b>	<b>9. Communication verbale ou non verbale :</b>			
	Peu de capacités d'expression de la communication	0	0	0
	Capacité d'expression de la communication	0	0	0
	Demandes intensifiées : attire l'attention de façon inhabituelle	1	1	1
	Difficultés temporaires pour établir une communication	2	2	2
	Refus hostile de toute communication	3	3	3
<b>VIE SOCIALE INTERÊT POUR L'ENVIRONNEMENT</b>	<b>10. Relation au monde :</b>			
	Intérêt pour l'environnement limité à ses préoccupations habituelles	0	0	0
	S'intéresse peu à l'environnement	0	0	0
	S'intéresse et cherche à contrôler l'environnement	0	0	0
	Baisse de l'intérêt, doit être sollicité(e)	1	1	1
	Réaction d'appréhension aux stimuli sonores (bruits) et visuels (lumière)	2	2	2
	Désintérêt total pour l'environnement	3	3	3
<b>TROUBLES DU COMPORTEMENT</b>	<b>11. Comportement et personnalité :</b>			
	Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle	0	0	0
	Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression) passagère	1	1	1
	Déstabilisation durable (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression)	2	2	2
	Réaction de panique (hurlements, réactions neuro-végétatives)	3	3	3
	Actes d'automutilation	4	4	4
<b>TOTAL</b>				

**Quel est le public concerné ?**

Adolescents ou adultes  
polyhandicapés.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

La douleur est affirmée pour un total supérieur à 7.

**Combien de temps est nécessaire****pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon l'évaluateur.

## F. Échelle Douleur enfant San Salvador (DESS)

### Echelle DESS : Douleur Enfant San Salvador pour évaluer la douleur de l'enfant et l'adulte souffrant de polyhandicap Score de 0 à 40, seuil de traitement 6

Coter de façon rétrospective sur 8 heures. Manifestations habituelles : 0. Modification douteuse : 1. Modification présente : 2. Modification importante : 3. Modification extrême : 4. En cas de variation durant cette période, tenir compte de l'intensité maximum des signes. Lorsqu'un item est dépourvu de signification (non applicable) pour le patient étudié, coter 0. Références : Collignon P et al. Eur J of Pain 2001. Guisiano B et al. Methods Inf Med 1995

Date										
Heure										
<b>ITEM 1 : Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes)</b> 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble se manifester plus que d'habitude 2 : Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux 3 : Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)										
<b>ITEM 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (Effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenche une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense)</b> 0 : Réaction habituelle 1 : Semble réagir de façon inhabituelle 2 : Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel 3 : Même signe que 1 et 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs										
<b>ITEM 3 : Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux)</b> 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Faciès inquiet inhabituel 2 : Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux 3 : Mimique douloureuse spontanée 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)										
<b>ITEM 4 : Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact)</b> 0 : Réaction habituelle 1 : Semble redouter le contact d'une zone particulière 2 : Protège une région précise de son corps 3 : Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs. <i>ITEM non pertinent si aucun contrôle moteur des membres supérieurs</i>										

#### Quel est l'objectif ?

L'échelle San Salvador est une échelle comportementale de la douleur chez les enfants et adultes ne pouvant communiquer verbalement, ne pouvant s'auto-évaluer, et notamment ceux porteurs de polyhandicap.

#### Comment l'utiliser ?

Son utilisation comprend deux volets :

- **en dehors de toute situation douloureuse**, le dossier de base caractérise l'enfant ou l'adulte polyhandicapé. Il sera rempli

en équipe multidisciplinaire (parents, soignants, éducateurs, kinésithérapeutes, médecins). Il sera le reflet, le plus fidèle et le plus précis, dans les différentes situations de la vie quotidienne, des modes de communication, des modes de réactions, des potentialités cognitives, mais aussi motrices du patient. Ce dossier de base suivra toujours l'enfant ou l'adulte polyhandicapé, en particulier s'il doit être admis dans un établissement ou un service hospitalier dans lequel il est inconnu ;

- **lors de situation douloureuse ou de modification du comportement habituel**, on utilise la grille de cotation de la douleur avec ses 10 items, en comparant avec le dossier de base. Cette grille est le reflet des phénomènes douloureux. Elle doit être remplie par les soignants en se référant au dossier de base qui indique le comportement habituel et en se basant sur l'observation des 8 heures précédentes. Elle comporte des items regroupés en 3 grands groupes : les signes d'appel à la douleur, les signes



G. Grille évaluation douleur – Déficience intellectuelle (GED-DI)

# GED-DI

## Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle

Nom: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aa)

### INSTRUCTIONS

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants.  
Veuillez encircler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

<b>0</b> = Ne se présente pas du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».	<b>2</b> = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue.
<b>1</b> = Est vu ou entend rarement (à peine), mais présent.	<b>3</b> = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observateur noterait facilement l'action. <b>NA</b> = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action

0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS	
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: cri, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Sautte partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affaibli	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fécit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frisonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:	0 +	.	.	.	0 =

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

**Quel est l'objectif ?**

GED-DI est une échelle comportementale de la douleur chez le patient ne pouvant communiquer verbalement, ne pouvant s'autoévaluer, en relation avec un handicap cognitif, essentiellement dans le cadre du polyhandicap.

**Comment l'utiliser ?**

L'échelle comporte 30 items comportementaux. Pour l'utilisation en postopératoire, il y a 3 items en moins (alimentation et sommeil). Chaque item est coté 0, 1, 2 ou 3 (signe absent, observé occasionnellement, souvent ou très souvent) ou « ne s'applique pas » (si l'enfant ne peut présenter de comportement du fait de son handicap). Le score total est de 0 à 90 pour l'utilisation habituelle, de 0 à 81 pour l'utilisation en postopératoire.

**Quel est le public concerné ?**

De 3 ans à l'âge adulte.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Un score de 6 à 10 est le signe d'une douleur faible. Un score supérieur ou égal à 11 est le signe d'une douleur modérée à intense.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon le cotateur (échelle un peu longue à remplir).



## ECHELLE FLACC (Face Legs Activity Cry Consolability) révisée pour la personne avec handicap

Elaborée par modification de la FLACC (les items en italique sont ajoutés), validée de 4 ans à 18 ans pour évaluer la douleur chez des enfants avec handicap, déficit cognitif, polyhandicap  
**chaque item est coté de 0 à 2, score de 0 à 10**

### H. Échelle Face Legs Activity Cry Consolability (FLACC) modifiée pour le polyhandicap

	Date	Heure					
<b>VISAGE</b>	0 Pas d'expression particulière ou sourire 1 Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé, <i>semble triste ou inquiet</i> 2 Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton, <i>visage affligé, expression d'effroi ou de panique</i>						
<b>JAMBES</b>	0 Position habituelle ou détendue 1 Gêné, agité, tendu, <i>trémulations occasionnelles</i> 2 Coups de pieds ou jambes recroquevillées, <i>augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents</i>						
<b>ACTIVITE</b>	0 allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement 1 Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu, <i>moyennement agité (ex : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif), respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents</i> 2 Arc-bouté, figé, ou sursaute, <i>agitation sévère, se cogne la tête, tremblements (non rigide), retient sa respiration, halète ou inspire profondément (ou va chercher loin sa respiration), respiration saccadée importante</i>						
<b>CRIS</b>	0 Pas de cris (éveillé ou endormi) 1 Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle, <i>explosion verbale ou grognement occasionnel</i> 2 Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, <i>plaintes fréquentes, explosion verbale répétée ou grognement constant</i>						
<b>CONSOLABILITE</b>	0 Content, détendu 1 Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Distrayable 2 Difficile à consoler ou à reconforter, <i>repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort</i>						
<b>SCORE TOTAL</b>							
<b>OBSERVATIONS</b>							

**Quel est l'objectif ?**

L'échelle FLACC modifiée mesure la douleur post-opératoire, la douleur aiguë d'un soin ou autres douleurs des enfants de la naissance à 18 ans souffrant de polyhandicap.

**Comment l'utiliser ?**

Cette échelle permet l'évaluation de 5 items avec 3 cotations possibles : 0 ou 1 ou 2. Une description pour chaque niveau de douleur est fournie. La cotation permet d'obtenir un score de 0 à 10.

**Quel est le public concerné ?**

Enfants de 4 à 18 ans souffrant de handicap/polyhandicap.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Le seuil de prescription n'a pas été défini par les auteurs mais le seuil de 3/10 attribué aux échelles de 0 à 10 peut être appliqué.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Échelle rapide d'emploi.

I. Grille évaluation douleur – Déficience intellectuelle (GED-DI) modifiée pour TSA déficience intellectuelle

**Grille d'évaluation de la Douleur GED– DI (NCCPC) « modifiée » pour les TSA**

Nom :

Date :

Rempli par :

Age :

Avec :

ÉTAT de BASE ou TROUBLE DU COMPORTEMENT

Période d'observation à définir pour chaque situation (demi-journée, journée, semaine...) préciser :

Instruction pour la cotation 0 = non observé 1 = observé à l'occasion	2 = observé souvent mais pas de façon continue 3 = observé très souvent, presque continuellement NA = non applicable
---	--

Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle (fortement)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable,	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire *	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire ou apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés, air renfrogné	0	1	2	3	NA
Auto agressivité	0	1	2	3	NA
Hétéro agressivité	0	1	2	3	NA
Fait la moue, lèvres fermées, frémissantes, maintenues proéminentes	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers une partie du corps	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher (tout ou partie du corps)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de peau change et devient pale	0	1	2	3	NA
La couleur de peau change et il existe une hyper sudation	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court ou hyper ventilé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Mange moins, moins intéressé par la nourriture – Mange plus *	0	1	2	3	NA
Dort plus ou dort moins *	0	1	2	3	NA

Contexte :

Score :

**Quel est l'objectif ?**

GED-DI TSA est une version modifiée de l'échelle GED-DI pour évaluer la douleur d'une personne porteuse du Trouble du spectre de l'autisme (TSA).

**Comment l'utiliser ?**

L'échelle comporte 27 items comportementaux. Chaque item est coté 0, 1, 2 ou 3 (signe absent, observé occasionnellement, souvent ou très souvent) ou « ne s'applique pas » (si l'enfant ne peut présenter de comportement du fait de son handicap). Elle doit être remplie en binôme (exemple : deux professionnels / un professionnel et un parent) et le plus spontanément possible. Il est nécessaire de préciser le contexte (toute information pouvant être intéressante). Il est également possible d'ajouter quelques précisions sur la ligne des items pour faire apparaître les particularités de la personne. Attention à ne pas confondre « NA » (ne s'applique pas, il ne pourra jamais le faire) et « 0 » (non observé).

**Quel est le public concerné ?**

Personnes avec un trouble du spectre de l'autisme.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Le score s'obtient en additionnant la cotation de chaque item. Le score est significatif de douleur lorsque l'écart entre l'état de base et l'évaluation est supérieur 6.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon le cotateur.



Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :

Mode d'emploi : Répondre à chaque item par OUI ou NON, un TOTAL  
> 2 OUI fait suspecter une douleur

J. Échelle simplifiée d'évaluation de la douleur chez les personnes dyscommunicantes avec troubles du spectre de l'autisme (ESDDA)

Date de l'évaluation	.../.../...		... H ...													
	OUI	NON	OUI	NON												
<b>1. Comportement</b> <i>Modifié par rapport à l'habitude ?</i>																
<b>2. Mimiques et expressions du visage</b> <i>Modifié par rapport à l'habitude ?</i>																
<b>3. Plaintes (cris, gémissements...)</b> <i>Modifié par rapport à l'habitude ?</i>																
<b>4. Sommeil</b> <i>Modifié par rapport à l'habitude ?</i>																
<b>5. Opposition lors de soins</b>																
<b>6. Zone douloureuse identifiée à l'examen</b>																
<b>TOTAL DE OUI</b>	/6		/6		/6		/6		/6		/6		/6		/6	
<b>Complétée par</b>																

**Quel est l'objectif ?**

ESDDA est une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur aiguë chez les personnes présentant des troubles de la communication en lien avec l'autisme.

**Comment l'utiliser ?**

Elle se base sur l'observation de la personne évaluée dans 4 items concernant les modifications par rapport à l'habitude et 2 items concernant des situations particulières.

Les résultats sont codifiés et interprétés en fonction d'un seuil correspondant à une alerte quant à une potentielle douleur aiguë d'origine somatique. Des critères de notation permettent d'attribuer une note qui va de 0 à 1 pour chaque item.

La note de 0 est attribuée lorsqu'il n'y a pas de modification par rapport à l'habitude, l'absence d'opposition de soin ou l'absence de zone douloureuse identifiée à l'examen.

La note de 1 est attribuée lorsqu'il y a modification par rapport à l'habitude, une opposition lors de soins ou le repérage d'une zone douloureuse à l'examen.

**Quel est le public concerné ?**

À partir de 2 ans chez les personnes présentant un TSA ou troubles apparentés.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Un résultat supérieur ou égal à 2 devrait toujours être complété par un avis médical pour rechercher une étiologie organique douloureuse.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon le cotateur.



### 5.3.2. LES ÉCHELLES CHEZ L'ADULTE/PERSONNE ÂGÉE

ÉCHELLES POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP		
	Communication possible AUTO-ÉVALUATION	Dyscommunication HÉTÉRO-ÉVALUATION
	ADULTES/PERSONNES ÂGÉES	ADULTES/PERSONNES ÂGÉES
ÉCHELLES <u>GÉNÉRIQUES</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EVS</li> <li>• EN</li> <li>• EVA</li> <li>• <b>Échelle corporelle</b> (localisation douleur)</li> <li>• QDSA (qualité douleur)</li> <li>• DN4 (douleur neuropathique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EVS</li> <li>• EN</li> <li>• <b>Doloplus</b> (douleur chronique - personne âgée)</li> <li>• <b>PACSLAC</b> (douleur chronique - personne âgée)</li> <li>• <b>Algoplus</b> (personne âgée - douleur aiguë)</li> <li>• <b>ECPA</b> (personne âgée - liée aux soins)</li> </ul>
ÉCHELLES SPÉCIFIQUES AU <u>HANDICAP</u>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>EDAAP</b> (handicap)</li> <li>• <b>DESS</b> (handicap)</li> <li>• <b>GED-DI</b> (handicap)</li> <li>• <b>GED-DI TSA</b> (autisme)</li> <li>• <b>ESDDA</b> (autisme)</li> </ul>
ÉCHELLES SPÉCIFIQUES AU <u>HANDICAP SENSORIEL</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Visiodol</b> (déficience visuelle)</li> <li>• <b>Langue des signes et langage simplifié</b> (déficience auditive)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Langue des signes et langage simplifié</b> (déficience auditive)</li> </ul>

### 5.3.2.1. LES ÉCHELLES D'AUTO-ÉVALUATION CHEZ L'ADULTE/PERSONNE ÂGÉE

#### A. Échelle verbale simple (EVS)

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

<b>Douleur Au moment présent</b>	<b>0</b> Absente	<b>1</b> Faible	<b>2</b> Modérée	<b>3</b> Intense	<b>4</b> Extrêmement intense
<b>Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours</b>	<b>0</b> Absente	<b>1</b> Faible	<b>2</b> Modérée	<b>3</b> Intense	<b>4</b> Extrêmement intense
<b>Douleur la plus intense Depuis les 8 derniers jours</b>	<b>0</b> Absente	<b>1</b> Faible	<b>2</b> Modérée	<b>3</b> Intense	<b>4</b> Extrêmement intense

#### Quel est l'objectif ?

L'échelle permet au patient de décrire sa douleur grâce à l'utilisation de mots simples.

#### Comment l'utiliser ?

Le patient doit décrire sa douleur parmi les 5 catégories. Il faut utiliser des mots simples pour décrire la douleur.

#### Quel est le public concerné ?

Toute personne à partir de 3 ans.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

L'interprétation de l'intensité de douleur est la suivante :

« 0 » correspond à

« Pas de douleur »

« 1 » correspond à

« Douleur faible »

« 2 » correspond à

« Douleur modérée »

« 3 » correspond à

« Douleur intense »

« 4 » correspond à

« Douleur extrêmement intense »

#### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 1 minute.

#### B. Échelle numérique (EN)

*Pouvez-vous entourer la note qui décrit le mieux le niveau de douleur ressentie, « 0 » correspond à l'absence de douleur et « 10 » à la douleur maximale imaginable*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*Pas de Douleur* *Douleur maximale imaginable*

#### Quel est l'objectif ?

L'échelle numérique (EN) mesure l'intensité de la douleur. Elle comporte 11 niveaux : de 0 à 10.

#### Comment l'utiliser ?

La personne évaluée doit donner une note de sa douleur entre 0 et 10. Il est nécessaire au préalable de définir la signification des

extrémités des règles :

« 0 » correspond à

« pas de douleur »

« 10 » correspond à

la « douleur maximale imaginable ».

#### Quel est le public concerné ?

À partir de 8 ans.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

Le seuil de traitement est 3/10.

#### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 1 minute.

### C. Échelle visuelle analogique (EVA)



#### Quel est l'objectif ?

L'Échelle visuelle analogique (EVA) mesure l'intensité de la douleur sur une échelle allant de 0 à 10.

#### Comment l'utiliser ?

L'échelle se présente sous la forme d'une règle à double face : une face où le patient fait défiler un curseur selon l'intensité de sa douleur et une autre face où les graduations millimétrées (de 0 à 100 mm) sont lues par les soignants.

#### Quel est le public concerné ?

Toute personne à partir de 6 ans mais la proportionnalité qu'elle nécessite pour l'utiliser n'est pas adaptée à des personnes âgées et/ou avec troubles cognitifs.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

L'interprétation de l'intensité de la douleur est la suivante :

#### Entre 1 et 3 :

douleur d'intensité légère

#### Entre 3 et 5 :

douleur d'intensité modérée

#### Entre 5 et 7 :

douleur intense

#### Supérieure à 7 :

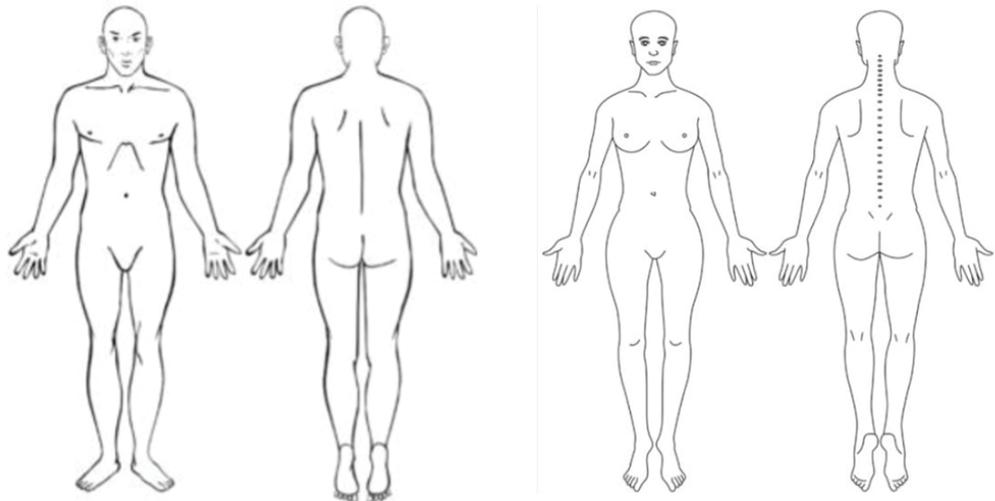
douleur très intense

#### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 1 minute.

\* Huskisson, 1974

### D. Échelle corporelle (Adulte)



Hachurez la ou les régions où vous ressentez une douleur, en mettant une croix sur la région la plus douloureuse et en indiquant par des flèches le trajet des irradiations.

#### Quel est l'objectif ?

Cet outil, à visée topographique, permet de mettre en évidence la (les) localisation(s) de la douleur et leur nombre.

#### Comment l'utiliser ?

Il faut indiquer sur ce dessin où se situe sa douleur, en hachurant, la ou les régions où il ressent une

douleur, en mettant une croix sur la région la plus douloureuse et en indiquant par des flèches le trajet des irradiations.

#### Quel est le public concerné ?

Tout adulte.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

Interprétation de la douleur en fonction des informations renseignées sur le schéma.

#### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 5 minutes.

### E. Questionnaire douleur Saint Antoine (QDSA)

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_

Évaluation : initiale  Intermédiaire  Finale  Date : \_\_\_\_\_

Parmi la liste de mots ci-dessous, certains peuvent décrire la douleur que vous ressentez. Lisez attentivement chaque mot.

- Indiquez par une croix les mots qui décrivent votre douleur en général.
- Afin de préciser votre douleur, donnez une note dans la deuxième case à chacun des mots choisis selon le code suivant :

Douleur      0 = absente      1 = faible      2 = modérée      3 = forte      4 = extrêmement forte

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

*F. Boureau. Pratique du traitement de la douleur. Edition Doit, Vélizy Coublay, 1988*

*F. Boureau, M. Liu, J.F. Doubrère, C. Gay. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs : comparaison avec le Mac Gill pain questionnaire de Melzack. Thérapie, 1984, 39 : 119-129. Institut UPSA de la douleur. L'infirmière et la douleur. 2000.*

*C. Metzger, A. Müller, M. Schwetta, C. Walter. Soins infirmiers et douleur. Collection Savoir et pratique infirmière, Editions Masson, 2000.*

#### Quel est l'objectif ?

Cet outil permet de qualifier la douleur ressentie depuis les dernières 48 heures.

#### Comment l'utiliser ?

57 qualificatifs sont répartis en 16 rubriques : 9 sensorielles (A à I) et 7 affectives (J à P). Il faut entourer pour chaque mot la note correspondante et indiquer l'endroit concerné par la douleur :

« 0 » correspond à l'absence de douleur  
 « 1 » correspond à une douleur « faible »  
 « 2 » correspond à une douleur « modérée »  
 « 3 » correspond à une douleur « forte »  
 « 4 » correspond à une douleur « extrêmement forte »

#### Quel est le public concerné ?

Adolescents et adultes.

#### Quelle est l'interprétation du résultat ?

Plus le score de douleur est élevé, plus la douleur est forte.

#### Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?

Temps nécessaire inférieur à 10 minutes.

F. Échelle de la Douleur neuropathique en 4 points (DN4)

**QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques**

*Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».*

**Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?**

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?**

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :**

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 3 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :**

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oui = 1 point

Non = 0 point

Score du Patient : / 10

**Quel est l'objectif ?**

Cette échelle aide au diagnostic de la douleur neuropathique. Elle est définie comme une « douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux ».

(International Association for the Study of Pain, IASP).

**Comment l'utiliser ?**

Le patient remplit le questionnaire

en apportant une réponse « oui » ou « non » à chaque item. À la fin du questionnaire, le soignant comptabilise les réponses : 1 pour chaque réponse « oui » et 0 pour chaque réponse « non ». La somme obtenue, sur 10, donne le score du patient.

L'hypoesthésie est un trouble de la sensibilité corporelle.

**Quel est le public concerné ?**

Validé chez l'adulte.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Si le score est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif.

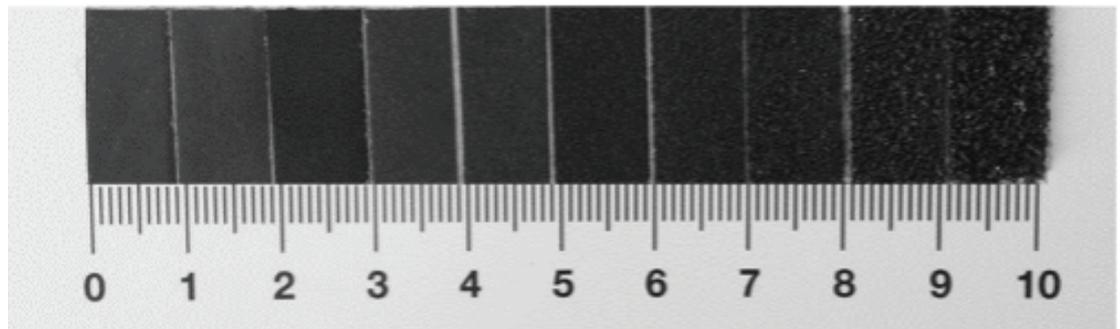
**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Temps nécessaire inférieur à 5 minutes.

\* Bouhassira et al., 2004

**G. Échelle Visiodol®**

Spécimen inséré à titre illustratif. Si vous souhaitez obtenir cette échelle, merci d'en faire la demande à [mallettehandol@gmail.com](mailto:mallettehandol@gmail.com). Elle vous sera transmise dans les meilleurs délais.

**Quel est l'objectif ?**

Cette échelle aide à la cotation de l'intensité de la douleur chez les personnes atteintes de déficience visuelle.

**Comment l'utiliser ?**

Le patient doit donner une note de 0 à 10 à sa douleur en utilisant la granulométrie croissante de l'échelle tactile. La lecture du

résultat doit se faire par une personne voyante :

« 0 » correspond à « Pas de douleur »,  
« 10 » correspond à la « Douleur maximale imaginable ».

**Quel est le public concerné ?**

Personne adulte atteinte de déficience visuelle.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Si > 3/10 : présence de douleur

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Temps nécessaire inférieur à 1 minute.

\* Pickering et al., 2021

H. La douleur traduite en langue des signes et en langage simplifié : méthode FALC (Facile A Lire et à Comprendre)

**Adulte**



Je vais bien.



J'ai mal à la tête.



J'ai mal aux dents.



J'ai mal au dos.



J'ai mal.



J'ai mal au ventre.



J'ai mal à la poitrine.



J'ai mal à la gorge.

© SantéBD

**Enfant**



Je vais bien.



J'ai mal aux dents.



J'ai mal aux yeux.



J'ai mal à la tête.



J'ai mal.



J'ai mal au ventre.



J'ai mal aux oreilles.



J'ai mal à la gorge.

© SantéBD



### 5.3.2.2. LES ÉCHELLES D'HÉTÉRO-ÉVALUATION CHEZ L'ADULTE/PERSONNE ÂGÉE

#### A. Échelle Doloplus®

## ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE

NOM :	Prénom :	DATES			
Service :					
Observation comportementale					
<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>					
<b>1</b> • Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de plainte .....</li> <li>• plaintes uniquement à la sollicitation .....</li> <li>• plaintes spontanées occasionnelles .....</li> <li>• plaintes spontanées continues .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>2</b> • Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de position antalgique .....</li> <li>• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle .....</li> <li>• position antalgique permanente et efficace .....</li> <li>• position antalgique permanente inefficace .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>3</b> • Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de protection .....</li> <li>• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins .....</li> <li>• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins .....</li> <li>• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>4</b> • Mimique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mimique habituelle .....</li> <li>• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation .....</li> <li>• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation .....</li> <li>• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>5</b> • Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sommeil habituel .....</li> <li>• difficultés d'endormissement .....</li> <li>• réveils fréquents (agitation motrice) .....</li> <li>• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>					
<b>6</b> • Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• possibilités habituelles inchangées .....</li> <li>• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) .....</li> <li>• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels .....</li> <li>• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>7</b> • Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• possibilités habituelles inchangées .....</li> <li>• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) .....</li> <li>• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) .....</li> <li>• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>					
<b>8</b> • Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inchangée .....</li> <li>• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) .....</li> <li>• diminuée (la personne s'isole) .....</li> <li>• absence ou refus de toute communication .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>9</b> • Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) .....</li> <li>• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation .....</li> <li>• refus partiel de participation aux différentes activités .....</li> <li>• refus de toute vie sociale .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
<b>10</b> • Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• comportement habituel .....</li> <li>• troubles du comportement à la sollicitation et itératif .....</li> <li>• troubles du comportement à la sollicitation et permanent .....</li> <li>• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
		<b>SCORE</b>			

**Quel est l'objectif ?**

Doloplus® est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chronique chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale.

**Comment l'utiliser ?**

Cette échelle se présente sous la forme d'une fiche d'observation comportant dix items répartis en trois groupes : retentissement somatique (5 items), psychomoteur (2 items), et psychosocial (3 items). Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à quatre niveaux exclusifs et progressifs), ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30. Attention, il n'est pas toujours possible d'avoir une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles,

la cotation pouvant s'enrichir cependant au fil du temps.

Lexique :

- plaintes somatiques : le patient exprime sa douleur par la parole, le geste, les cris, les pleurs ou les gémissements ;
- positions antalgiques : positions corporelles inhabituelles visant à éviter ou à soulager la douleur ;
- protection des zones douloureuses : le patient protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défenses ;
- mimique : le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes) ;
- sollicitation : toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.) ;
- toilette / habillage : évaluation de la douleur pendant la toilette et/ ou l'habillage, seul ou avec aide.

**Quel est le public concerné ?**

Personnes âgées (à partir de 65 ans) présentant des troubles de la communication verbale.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

La douleur est clairement affirmée pour un score  $\geq$  5 sur 30. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade ; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon l'évaluateur.

**B. Echelle Pain Assessment Checklist for Seniors  
with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) version Française**

**GRILLE D'OBSERVATION**

**PACSLAC-F©**

Date :     \_\_\_     \_\_\_     \_\_\_  
                   jj       mm       aaaa

Identification patient

<b>Section 1. Expressions faciales</b>	<b>Présent (1)</b>
Grimace	
Regard triste	
Visage renfermé	
Regard menaçant	
Changements au niveau des yeux (ex. plissés, vides, brillants, ↑mouvement)	
Sourcils froncés	
Expression de douleur	
Visage sans expression	
Dents serrées	
Visage crispé	
Bouche ouverte	
Front plissé	
Nez froncé	
<b>Section 2. Activités / mouvements du corps</b>	<b>Présent (1)</b>
Bouge sans arrêt	
Se recule	
Nerveux	
Hyperactif	
Marche sans arrêt	
Errance	
Tente de fuir	
Refuse de bouger	
Bouscule	
Diminution de l'activité	
Refuse la médication	
Bouge lentement	
Comportements impulsifs (ex. mouvements répétitifs)	
Non coopératif / Résistant aux soins	
Protège le site de la douleur	
Touche ou soutien le site de la douleur	
Claudication	
Poings serrés	
Prend la position fœtale	
Raideur / Rigidité	

<b>Section 3. Comportement / humeur</b>	<b>Présent (1)</b>
Agression physique (ex. pousser, griffer, frapper)	
Agression verbale	
Refuse d'être touché	
Ne permet pas aux autres de s'approcher	
Fâché / Mécontent	
Lance des objets	
Augmentation de la confusion	
Anxieux	
Bouleversé	
Agité	
Impatient / Irritable	
Frustré	
<b>Section 4. Autres</b>	<b>Présent (1)</b>
Pâleur du visage	
Rougeurs au visage	
Yeux larmoyants	
Transpiration excessive	
Tremblements	
Peau froide et moite	
Sommeil modifié (jour et/ou nuit)	
Appétit modifié	
Cris / Hurlements	
Appel à l'aide	
Pleure	
Son spécifique / Vocalisation lié à la douleur	
Gémit / Se plaint	
Marmonne	
Grogne	
<b>TOTAL DES SECTIONS 1 À 4</b> (À consigner dans un journal de la douleur)	

Les auteurs ne peuvent être tenus responsables, en tout ou en partie de quelque dommage que ce soit, direct ou indirect, résultant de l'utilisation du PACSLAC-F.

L'utilisation du PACSLAC-F peut ne pas convenir pour certaines personnes et ne peut en aucun cas se substituer à une évaluation approfondie effectuée par un professionnel de la santé compétent.

**Quel est l'objectif ?**

L'échelle PACSLAC-F est une échelle comportementale de la douleur chronique chez les personnes âgées non communicantes. Son utilisation ne doit pas attendre de soupçonner la présence de douleur.

**Comment l'utiliser ?**

Pour établir un score de base propre à chaque individu, il est nécessaire de remplir la grille une fois par semaine pendant les 4 premières semaines de suivi ou de l'admission du patient qui présente une démence sévère, puis au moins 1 fois par mois par la suite. Tous les intervenants qui prodiguent des soins au patient observé notent sur la grille PACSLAC-F les comportements (habituels, fréquents ou même quotidiens) dont ils sont témoins durant leurs interactions avec ce dernier.

Chaque item noté et observé vaut 1 point pour un score maximal de 60. Le score PACSLAC-F est compilé à la fin de chaque période de 8 heures.

La fréquence d'utilisation du PACSLAC-F doit être augmentée pour les aînés avec démence sévère dans les cas suivants :

- détérioration de l'état de santé ;
- présence d'un diagnostic de maladie potentiellement douloureuse ;
- traitement analgésique en cours ;
- tout comportement inhabituel ;
- nouveau traitement ou intervention ;
- soins de fin de vie ;
- inquiétudes rapportées par le personnel ;
- chute ;
- toute autre condition/situation susceptible de provoquer ou d'être accompagnée de douleur.

**Quel est le public concerné ?**

Personnes âgées (à partir de 65 ans) non communicantes.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Le score obtenu est consigné dans le journal de douleur personnel du patient. Seul le score global doit être utilisé et comparé avec les scores antérieurs car la fiabilité des scores des sous-échelles n'est pas suffisante.

Toute hausse importante ou soutenue du score peut signifier la possibilité de présence de douleur et doit entraîner un examen clinique complet.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon l'évaluateur (entre 1 et 5 minutes).

*\* Aubin et al., 2007*



# ECHELLE ALGOPLUS

## Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale  
de la **douleur aiguë** chez la personne âgée  
présentant des troubles  
de la communication verbale

## Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
	OUI	NON										
<b>Heure</b>	.....h .....											
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
<b>3 • Plaintes</b> « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.												
<b>Total OUI</b>	..... / 5		..... / 5		..... / 5		..... / 5		..... / 5		..... / 5	
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphie		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphie		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphie		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphie		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphie		<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphie	

**Quel est l'objectif ?**

Algoplus® est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

**Comment l'utiliser ?**

Cette échelle n'est pas un mini Doloplus®. Elle a été spécifiquement développée pour l'hétéro-évaluation de la douleur aiguë chez la personne âgée et repose sur une observation somatique, et non pas sur des changements de comportements. Son utilisation est particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des :

- pathologies douloureuses aiguës (par exemple : fracture, période post-opératoire, ischémie, lumbago, zona, rétention urinaire) ;
- accès douloureux transitoires (par exemple : névralgie faciale, poussée douloureuse sur

scanner) ;

- douleurs provoquées par les soins ou les actes médicaux diagnostiques.

L'échelle comporte cinq items (ou domaines d'observation).

En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général. La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa préexistence (exemple, l'item « comportements » coté « non » parce que l'agrippement à la barrière de protection est attribuée à la peur de tomber).

**Quel est le public concerné ?**

Personnes âgées (à partir de 65 ans) présentant des troubles de la communication verbale.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Chaque item coté « oui » est compté 1 point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur 5. Un score supérieur ou égal à 2 permet de diagnostiquer la présence d'une douleur.

La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à 2.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon le cotateur.

D. Échelle Comportementale pour personne âgée (ECPA®)

**ÉVALUATION COMPORTEMENTALE  
DE LA DOULEUR  
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

**Échelle ECPA**

**I - OBSERVATION AVANT LES SOINS**

**1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET 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 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
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

\* se référer au(x) jour(s) précédent(s) \*\* ou prostration  
 N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

**4/ 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
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 au(x) jour(s) précédent(s)

**II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS**

**5/ Anticipation ANXIEUSE aux 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 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 de 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 le soin**

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

**PATIENT**

NOM :	Prénom :	Sexe :	Âge :
-------	----------	--------	-------

--

**SCORE**

**Quel est l'objectif ?**

ECPA® est une échelle comportementale de la douleur chronique chez les personnes âgées non communicantes (avant et pendant les soins). Elle permet de dépister, de quantifier et de suivre l'évolution de la douleur du patient.

**Comment l'utiliser ?**

À chacun des 8 items, correspondent cinq degrés croissants de douleur, cotés de 0 à 4. Le score total varie de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale). Les quatre premiers items, expression du visage, position spontanée au repos, mouvements du patient et relation à autrui, doivent être cotés avant le soin, et non pas de mémoire, après le soin.

**Quel est le public concerné ?**

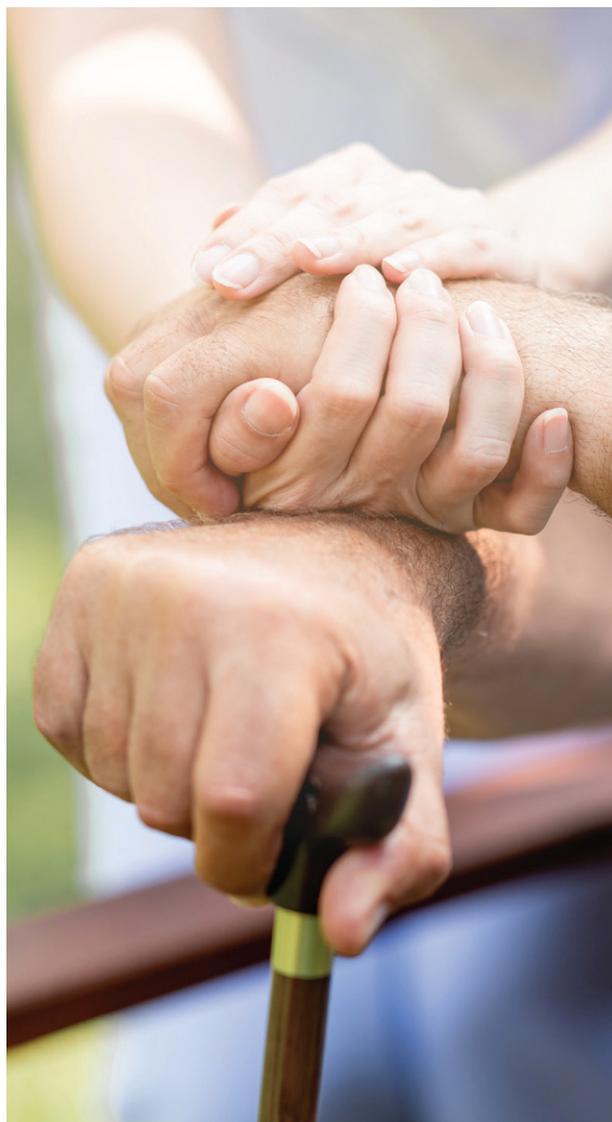
Personnes âgées (à partir de 65 ans) non communicantes.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

La comparaison des scores globaux des deux dimensions va permettre d'ajuster la thérapeutique antalgique. Plus le score est élevé, et plus la douleur est présente.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon le cotateur (entre 1 et 5 minutes).



E. Échelle d'Expression de la douleur adulte ou adolescent polyhandicapé (EDAAP)



**EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR  
 CHEZ L'ADOLESCENT OU ADULTE POLYHANDICAPE  
 (EDAAP)**

**NOM :**  
**Prénom :**  
**Pavillon :**

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		Date :		
		Heures		
<b>PLAINTES SOMATIQUES</b>	<b>1. Emissions vocales (langage rudimentaire) et/ou pleurs et/ou cris :</b>			
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels ou absence habituelle...	0	0	0
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris...	1	1	1
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris provoqués par les manipulations...	2	2	3
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris spontanés tout à fait inhabituels...	3	3	3
	Em. Voc. et/ou mêmes signes avec manifestations neurovégétatives...	4	4	4
<b>POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS</b>	<b>2. Attitude antalgique :</b>			
	pas d'attitude antalgique	0	0	0
	Recherche d'une position antalgique	1	1	1
	Attitude antalgique spontanée	2	2	3
	Attitude antalgique déterminée par le soignant	3	3	3
	Obnubilé(e) par sa douleur	4	4	4
<b>IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES</b>	<b>3. Zone douloureuse :</b>			
	Aucune zone douloureuse	0	0	0
	Zone sensible localisée lors des soins (visage, pieds, mains, ventre...), nommer :	1	1	1
	Zone douloureuse révélée par la palpation	2	2	3
	Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen	3	3	3
	Zone douloureuse désignée de façon spontanée	4	4	4
	Examen impossible du fait de la douleur	5	5	5
<b>SOMMEIL</b>	<b>4. Troubles du sommeil :</b>			
	Sommeil habituel	0	0	0
	Sommeil agité	1	1	1
	Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne)	2	2	3
	perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil)	3	3	3
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL</b>				
<b>TONUS</b>	<b>5. Tonus :</b>			
	Tonus normal, hypotonique, hypertonique	0	0	0
	Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	1	1	1
	Accentuation spontanée du tonus au repos	2	2	3
	Mêmes signes que 3 avec mimique douloureuse	3	3	3
	Mêmes signes que 2 avec cris et pleurs	4	4	4

**Quel est l'objectif ?**

L'échelle EDAAP permet de mesurer l'écart entre l'expression habituelle du patient et l'expression perturbée dans l'hypothèse d'une douleur

(de tout type) et, ainsi, d'adapter un traitement si besoin.

**Comment l'utiliser ?**

L'échelle se compose de 2 parties : retentissement somatique

(4 items) et 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).

<b>MIMIQUE</b>	<b>6. Mimique douloureuse, expression du visage traduisant la douleur :</b>			
	Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle	0	0	0
	Faciès détendu ou faciès inquiet habituel	0	0	0
	Faciès inquiet inhabituel	1	1	1
	Mimique douloureuse lors des manipulations	2	2	2
	Mimique douloureuse spontanée	3	3	3
	Même signe que 1 - 2 - 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4	4	4
<b>EXPRESSION DU CORPS</b>	<b>7. Observation des mouvements spontanés (volontaires ou non, coordonnés ou non) :</b>			
	Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle	0	0	0
	Peu de capacité à s'exprimer et/ou à agir de manière habituelle	0	0	0
	Mouvements stéréotypés ou hyperactivité (si possibilité motrice)	0	0	0
	Recrudescence de mouvements spontanés	1	1	1
	Etat d'agitation inhabituel ou prostration	2	2	2
	Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3	3	3
	Mêmes signes que 1 - 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4
<b>INTERACTION LORS DES SOINS</b>	<b>8. Capacité à interagir avec le soignant, modes relationnels :</b>			
	Acceptation du contact ou aide partielle lors des soins (habillage, transfert...)	0	0	0
	Réaction d'appréhension habituelle au toucher	0	0	0
	Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher	1	1	1
	Réaction d'opposition ou de retrait	2	2	2
	Réaction de repli	3	3	3
<b>COMMUNICATION</b>	<b>9. Communication verbale ou non verbale :</b>			
	Peu de capacités d'expression de la communication	0	0	0
	Capacité d'expression de la communication	0	0	0
	Demandes intensifiées : attire l'attention de façon inhabituelle	1	1	1
	Difficultés temporaires pour établir une communication	2	2	2
	Refus hostile de toute communication	3	3	3
<b>VIE SOCIALE INTERÊT POUR L'ENVIRONNEMENT</b>	<b>10. Relation au monde :</b>			
	Intérêt pour l'environnement limité à ses préoccupations habituelles	0	0	0
	S'intéresse peu à l'environnement	0	0	0
	S'intéresse et cherche à contrôler l'environnement	0	0	0
	Baisse de l'intérêt, doit être sollicité(e)	1	1	1
	Réaction d'appréhension aux stimuli sonores (bruits) et visuels (lumière)	2	2	2
	Désintérêt total pour l'environnement	3	3	3
<b>TROUBLES DU COMPORTEMENT</b>	<b>11. Comportement et personnalité :</b>			
	Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle	0	0	0
	Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression) passagère	1	1	1
	Déstabilisation durable (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression)	2	2	2
	Réaction de panique (hurlements, réactions neuro-végétatives)	3	3	3
	Actes d'automutilation	4	4	4
<b>TOTAL</b>				

Le total est de 41 points.

**Quel est le public concerné ?**

Adolescents ou adultes polyhandicapés.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

La douleur est affirmée pour un total supérieur à 7.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon l'évaluateur.

## F. Échelle Douleur enfant San Salvador (DESS)

### Echelle DESS : Douleur Enfant San Salvador pour évaluer la douleur de l'enfant et l'adulte souffrant de polyhandicap Score de 0 à 40, seuil de traitement 6

Coter de façon rétrospective sur 8 heures. Manifestations habituelles : 0. Modification douteuse : 1. Modification présente : 2. Modification importante : 3. Modification extrême : 4. En cas de variation durant cette période, tenir compte de l'intensité maximum des signes. Lorsqu'un item est dépourvu de signification (non applicable) pour le patient étudié, coter 0. Références : Collignon P et al. Eur J of Pain 2001. Guisiano B et al. Methods Inf Med 1995

Date																			
Heure																			
<b>ITEM 1 : Pleurs et/ou cris (bruits de pleurs avec ou sans accès de larmes)</b> 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Semble se manifester plus que d'habitude 2 : Pleurs et/ou cris lors des manipulations ou des gestes potentiellement douloureux 3 : Pleurs et/ou cris spontanés et tout à fait inhabituels 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)																			
<b>ITEM 2 : Réaction de défense coordonnée ou non à l'examen d'une zone présumée douloureuse (Effleurement, la palpation ou la mobilisation déclenche une réaction motrice, coordonnée ou non, que l'on peut interpréter comme une réaction de défense)</b> 0 : Réaction habituelle 1 : Semble réagir de façon inhabituelle 2 : Mouvement de retrait indiscutable et inhabituel 3 : Même signe que 1 et 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1 ou 2 avec agitation, cris et pleurs																			
<b>ITEM 3 : Mimique douloureuse (expression du visage traduisant la douleur, un rire paradoxal peut correspondre à un rictus douloureux)</b> 0 : Se manifeste comme d'habitude 1 : Faciès inquiet inhabituel 2 : Mimique douloureuse lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux 3 : Mimique douloureuse spontanée 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 accompagné de manifestations neurovégétatives (tachycardie, bradycardie, sueurs, rash cutané ou accès de pâleur)																			
<b>ITEM 4 : Protection des zones douloureuses (protège de sa main la zone présumée douloureuse pour éviter tout contact)</b> 0 : Réaction habituelle 1 : Semble redouter le contact d'une zone particulière 2 : Protège une région précise de son corps 3 : Même signe que 1 ou 2 avec grimace et/ou gémissement 4 : Même signe que 1, 2 ou 3 avec agitation, cris et pleurs. <i>ITEM non pertinent si aucun contrôle moteur des membres supérieurs</i>																			

#### Quel est l'objectif ?

L'échelle San Salvador est une échelle comportementale de la douleur chez les enfants et adultes ne pouvant communiquer verbalement, ne pouvant s'auto-évaluer, et notamment ceux porteurs de polyhandicap.

#### Comment l'utiliser ?

Son utilisation comprend deux volets :

- **en dehors de toute situation douloureuse**, le dossier de base caractérise l'enfant ou l'adulte polyhandicapé. Il sera rempli

en équipe multidisciplinaire (parents, soignants, éducateurs, kinésithérapeutes, médecins). Il sera le reflet, le plus fidèle et le plus précis, dans les différentes situations de la vie quotidienne, des modes de communication, des modes de réactions, des potentialités cognitives, mais aussi motrices du patient. Ce dossier de base suivra toujours l'enfant ou l'adulte polyhandicapé, en particulier s'il doit être admis dans un établissement ou un service hospitalier dans lequel il est inconnu ;

- **lors de situation douloureuse ou de modification du comportement habituel**, on utilise la grille de cotation de la douleur avec ses 10 items, en comparant avec le dossier de base. Cette grille est le reflet des phénomènes douloureux. Elle doit être remplie par les soignants en se référant au dossier de base qui indique le comportement habituel et en se basant sur l'observation des 8 heures précédentes. Elle comporte des items regroupés en 3 grands groupes : les signes d'appel à la douleur, les signes



G. Grille évaluation douleur – Déficience intellectuelle (GED-DI)

# GED-DI

## Grille d'Évaluation de la Douleur–Déficience Intellectuelle

Nom: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_(jj/mm/aa)

### INSTRUCTIONS

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants.  
 Veuillez encercler le chiffre correspondant à chacun des comportements.

- |  |  |
|--|--|
| <p>0 = Ne se présente pas du tout pendant la période d'observation. Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».</p> <p>1 = Est vu ou entend rarement (à peine), mais présent.</p> | <p>2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue.</p> <p>3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observateur noterait facilement l'action.</p> <p>NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action</p> |
|--|--|

0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS	
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: cri, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fonce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:	0 +	.	.	.	0 =

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

**Quel est l'objectif ?**

GED-DI est une échelle comportementale de la douleur chez le patient ne pouvant communiquer verbalement, ne pouvant s'autoévaluer, en relation avec un handicap cognitif, essentiellement dans le cadre du polyhandicap.

**Comment l'utiliser ?**

L'échelle comporte 30 items comportementaux. Pour l'utilisation en postopératoire, il y a 3 items en moins (alimentation et sommeil). Chaque item est coté 0, 1, 2 ou 3 (signe absent, observé occasionnellement, souvent ou très souvent) ou « ne s'applique pas » (si l'enfant ne peut présenter de comportement du fait de son handicap). Le score total est de 0 à 90 pour l'utilisation habituelle, de 0 à 81 pour l'utilisation en postopératoire.

**Quel est le public concerné ?**

De 3 ans à l'âge adulte..

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Un score de 6 à 10 est le signe d'une douleur faible. Un score supérieur ou égal à 11 est le signe d'une douleur modérée à intense.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon le cotateur (échelle un peu longue à remplir).



H. Grille évaluation douleur – Déficience intellectuelle (GED-DI) modifiée pour TSA déficience intellectuelle

**Grille d'évaluation de la Douleur GED- DI (NCCPC) « modifiée » pour les TSA**

Nom :

Date :

Rempli par :

Age :

Avec :

ÉTAT de BASE ou TROUBLE DU COMPORTEMENT

Période d'observation à définir pour chaque situation (demi-journée, journée, semaine...) préciser :

Instruction pour la cotation 0 = non observé 1 = observé à l'occasion	2 = observé souvent mais pas de façon continue 3 = observé très souvent, presque continuellement NA = non applicable
---	--

Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle (fortement)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable,	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire *	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire ou apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés, air renfrogné	0	1	2	3	NA
Auto agressivité	0	1	2	3	NA
Hétéro agressivité	0	1	2	3	NA
Fait la moue, lèvres fermées, frémissantes, maintenues proéminentes	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers une partie du corps	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher (tout ou partie du corps)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de peau change et devient pale	0	1	2	3	NA
La couleur de peau change et il existe une hyper sudation	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court ou hyper ventilé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Mange moins, moins intéressé par la nourriture – Mange plus *	0	1	2	3	NA
Dort plus ou dort moins *	0	1	2	3	NA

Contexte :

Score :

**Quel est l'objectif ?**

GED-DI TSA est une version modifiée de l'échelle GED-DI pour évaluer la douleur d'une personne porteuse du Trouble du spectre de l'autisme (TSA).

**Comment l'utiliser ?**

L'échelle comporte 27 items comportementaux. Chaque item est coté 0, 1, 2 ou 3 (signe absent, observé occasionnellement, souvent ou très souvent) ou « ne s'applique pas » (si l'enfant ne peut présenter de comportement du fait de son handicap). Elle doit être remplie en binôme (exemple : deux professionnels / un professionnel et un parent) et le plus spontanément possible. Il est nécessaire de préciser le contexte (toute information pouvant être intéressante). Il est également possible d'ajouter quelques précisions sur la ligne des items pour faire apparaître les particularités de la personne. Attention à ne pas confondre « NA » (ne s'applique pas, il ne pourra jamais le faire) et « 0 » (non observé).

**Quel est le public concerné ?**

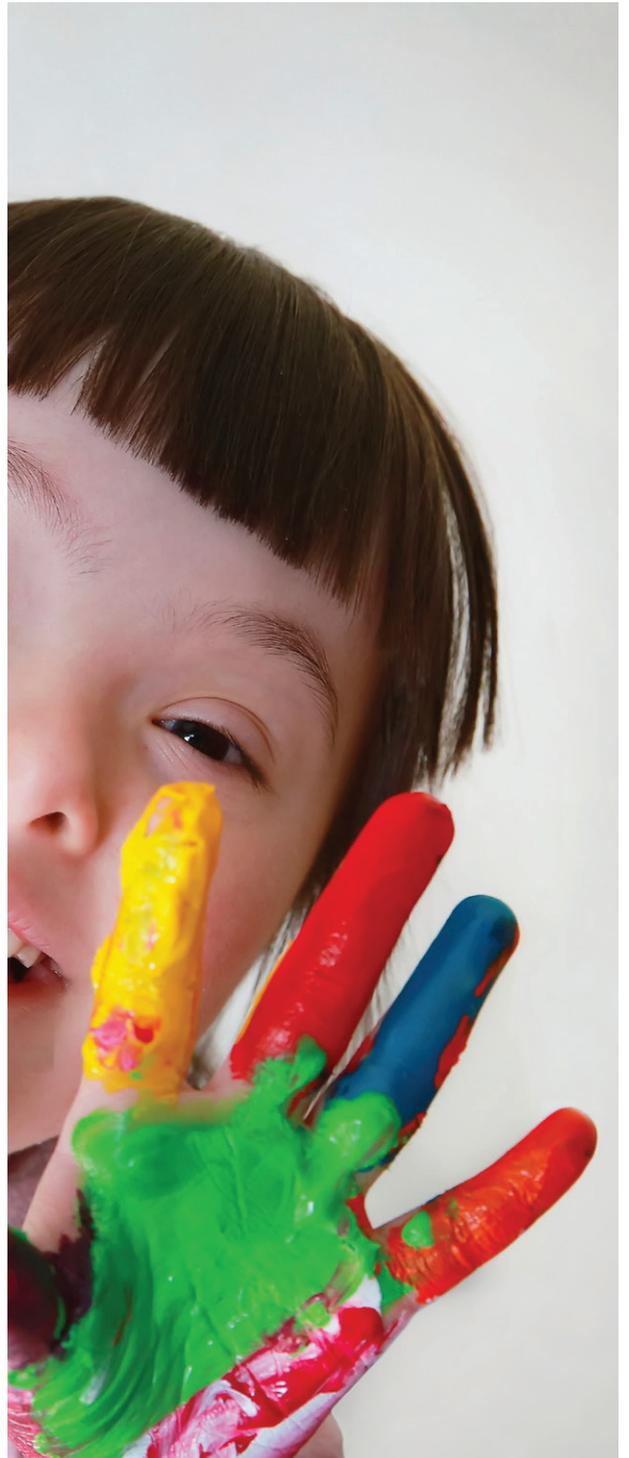
Personnes avec un trouble du spectre de l'autisme.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Le score s'obtient en additionnant la cotation de chaque item. Le score est significatif de douleur lorsque l'écart entre l'état de base et l'évaluation est supérieur à 6.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon le cotateur.



Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :

Mode d'emploi : Répondre à chaque item par OUI ou NON, un TOTAL  
> 2 OUI fait suspecter une douleur

Date de l'évaluation	.../.../...		.../.../...		.../.../...		.../.../...		.../.../...		.../.../...	
	OUI	NON										
Heure	... H ...											
1. Comportement <i>Modifié par rapport à l'habitude ?</i>												
2. Mimiques et expressions du visage <i>Modifié par rapport à l'habitude ?</i>												
3. Plaintes (cris, gémissements...) <i>Modifié par rapport à l'habitude ?</i>												
4. Sommeil <i>Modifié par rapport à l'habitude ?</i>												
5. Opposition lors de soins												
6. Zone douloureuse identifiée à l'examen												
<b>TOTAL DE OUI</b>	/6		/6		/6		/6		/6		/6	
<b>Complétée par</b>												

I. Échelle simplifiée d'évaluation de la douleur chez les personnes dyscommunicantes  
avec troubles du spectre de l'autisme (ESDDA)

**Quel est l'objectif ?**

ESDDA est une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur aiguë chez les personnes présentant des troubles de la communication en lien avec l'autisme.

**Comment l'utiliser ?**

Elle se base sur l'observation de la personne évaluée dans 4 items concernant les modifications par rapport à l'habitude et 2 items concernant des situations particulières.

Les résultats sont codifiés et interprétés en fonction d'un seuil correspondant à une alerte quant à une potentielle douleur aiguë d'origine somatique. Des critères de notation permettent d'attribuer une note qui va de 0 à 1 pour chaque item.

La note de 0 est attribuée lorsqu'il n'y a pas de modification par rapport à l'habitude, l'absence d'opposition de soin ou l'absence de zone douloureuse identifiée à l'examen.

La note de 1 est attribuée lorsqu'il y a modification par rapport à l'habitude, une opposition lors de soins ou le repérage d'une zone douloureuse à l'examen.

**Quel est le public concerné ?**

À partir de 2 ans chez les personnes présentant un TSA ou troubles apparentés.

**Quelle est l'interprétation du résultat ?**

Un résultat supérieur ou égal à 2 devrait toujours être complété par un avis médical pour rechercher une étiologie organique douloureuse.

**Combien de temps est nécessaire pour réaliser l'évaluation ?**

Le temps de cotation varie selon le cotateur.



**5.4. FICHES DE SUIVI**

**5.4.1. FICHE DE SUIVI DU PATIENT – ENFANT/ADOLESCENT**

FICHE DE SUIVI DU PATIENT ENFANT / ADOLESCENT					
<b>IDENTIFICATION DU PATIENT</b>					
Nom du patient : .....		Prénom du patient : .....		Pathologie : .....	
Date de naissance : ..... / ..... / .....		Service : .....			
<b>CHOIX DE L'ÉCHELLE</b>					
• Communication possible ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Évaluation douleur chronique ou aiguë ?		.....			
• Si douleur aiguë : évaluation de la douleur aux soins en post-opératoire ou autre ?		.....			
• Handicap ou polyhandicap (sauf autisme) ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Autisme ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Déficience visuelle ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Déficience auditive ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Âge (en années révolues)		.....			
Date : ..... / ..... / .....		Date : ..... / ..... / .....		Date : ..... / ..... / .....	
TYPE D'ÉCHELLES	RÉSULTATS	TYPE D'ÉCHELLES	RÉSULTATS	TYPE D'ÉCHELLES	RÉSULTATS
• EVS		• EVS		• EVS	
• EN		• EN		• EN	
• EVA		• EVA		• EVA	
• FPS		• FPS		• FPS	
• Échelle corporelle		• Échelle corporelle		• Échelle corporelle	
• QDSA		• QDSA		• QDSA	
• Langue des signes		• Langue des signes		• Langue des signes	
• Evendol®		• Evendol®		• Evendol®	
• HEDEN		• HEDEN		• HEDEN	
• FLACC		• FLACC		• FLACC	
• PDP		• PDP		• PDP	
• EDAAP		• EDAAP		• EDAAP	
• DESS		• DESS		• DESS	
• GED-DI		• GED-DI		• GED-DI	
• FLACC modifiée		• FLACC modifiée		• FLACC modifiée	
• GED-DI TSA		• GED-DI TSA		• GED-DI TSA	
• ESDDA		• ESDDA		• ESDDA	
<b>TRAITEMENT MIS EN PLACE :</b> ..... .....		<b>TRAITEMENT MIS EN PLACE :</b> ..... .....		<b>TRAITEMENT MIS EN PLACE :</b> ..... .....	
Prochaine évaluation prévue le : ..... / ..... / .....		Prochaine évaluation prévue le : ..... / ..... / .....		Prochaine évaluation prévue le : ..... / ..... / .....	

### 5.4.2. FICHE DE SUIVI DU PATIENT – ADULTE/PERSONNE ÂGÉE

FICHE DE SUIVI DU PATIENT ADULTE / PERSONNE ÂGÉE					
<b>IDENTIFICATION DU PATIENT</b>					
Nom du patient : .....		Prénom du patient : .....		Pathologie : .....	
Date de naissance : ..... / ..... / .....		Service : .....			
<b>CHOIX DE L'ÉCHELLE</b>					
• Communication possible ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Évaluation douleur chronique ou aiguë ?		.....			
• Si douleur aiguë : évaluation de la douleur aux soins en post-opératoire ou autre ?		.....			
• Handicap ou polyhandicap (sauf autisme) ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Autisme ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Déficience visuelle ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Déficience auditive ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
• Âge (en années révolues)		.....			
Date : ..... / ..... / .....		Date : ..... / ..... / .....		Date : ..... / ..... / .....	
TYPE D'ÉCHELLES	RÉSULTATS	TYPE D'ÉCHELLES	RÉSULTATS	TYPE D'ÉCHELLES	RÉSULTATS
• EVS		• EVS		• EVS	
• EN		• EN		• EN	
• EVA		• EVA		• EVA	
• Échelle corporelle		• Échelle corporelle		• Échelle corporelle	
• QDSA		• QDSA		• QDSA	
• DN4		• DN4		• DN4	
• Visiodol®		• Visiodol®		• Visiodol®	
• Langue des signes		• Langue des signes		• Langue des signes	
• Doloplus®		• Doloplus®		• Doloplus®	
• PACSLAC		• PACSLAC		• PACSLAC	
• Algoplus®		• Algoplus®		• Algoplus®	
• ECPA®		• ECPA®		• ECPA®	
• EDAAP		• EDAAP		• EDAAP	
• DESS		• DESS		• DESS	
• GED-DI		• GED-DI		• GED-DI	
• GED-DI TSA		• GED-DI TSA		• GED-DI TSA	
• ESDDA		• ESDDA		• ESDDA	
<b>TRAITEMENT MIS EN PLACE :</b> ..... .....		<b>TRAITEMENT MIS EN PLACE :</b> ..... .....		<b>TRAITEMENT MIS EN PLACE :</b> ..... .....	
Prochaine évaluation prévue le : ..... / ..... / .....		Prochaine évaluation prévue le : ..... / ..... / .....		Prochaine évaluation prévue le : ..... / ..... / .....	

## 6. *Le traitement de la douleur*

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur et les établissements sanitaires et médico-sociaux doivent mettre « en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes qu'ils accueillent » (Article L1112-4 du Code de la Santé Publique).

Le traitement de la douleur repose sur deux piliers : un traitement médicamenteux et/ou un traitement non médicamenteux, adaptés afin de soulager les douleurs et améliorer la qualité de vie. Le choix thérapeutique dépend de la douleur (type, intensité, localisation, étiologie, durée) et de la personne (âge, pathologies, antécédents, comorbidités et traitements en cours).

### **6.1. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX**

L'introduction d'un nouveau médicament doit être réfléchi en fonction de la douleur, des comorbidités et des autres médicaments que prend la personne. Les personnes souffrant de handicap et de déficience intellectuelle, les personnes âgées, ont souvent une polymédication (>5 médicaments) qui s'accompagne d'une augmentation du risque d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, du nombre d'hospitalisations et de troubles cognitifs. Il faut donc être prudent dans l'introduction par le praticien d'un nouveau médicament et la prescription de médicaments antalgiques afin de privilégier le rapport bénéfice-risque pour l'individu.

Les antalgiques ou analgésiques sont des médicaments destinés à réduire les douleurs. Il existe des médicaments non opioïdes (paracétamol ou anti-inflammatoires non stéroïdiens), opioïdes... Des médicaments co-antalgiques peuvent également être prescrits comme les corticoïdes ou les antidépresseurs.

### **6.2. TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX**

La prise en charge non-médicamenteuse est aujourd'hui recommandée avec ou sans prescription d'antalgiques. Elle doit être adaptée aux capacités de communication mais aussi aux compétences physiques, cognitives et sensorielles. Les techniques de prise en charge non-médicamenteuse sont multiples : psychologiques (relaxation, musicothérapie...), physiques (kinésithérapie, ergothérapie, activité physique adaptée...).

## 7. *La prévention de la douleur*

Il est essentiel de traiter la douleur. Il est également important d'éviter qu'elle ne se développe. Aussi, l'anticipation du développement possible de douleur avant une intervention ou un soin ne doit pas être négligée. Pour prévenir la douleur, des stratégies peuvent être mises en place.

La prise en charge médicamenteuse permet de limiter la douleur lors des soins, la douleur procédurale. La prise en charge non-médicamenteuse associée permet de prévenir l'anxiété et l'appréhension lors d'une expérience possiblement douloureuse.

De plus, l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) peut aussi être une option intéressante dans la prévention de la douleur. Celle-ci aurait pour objectif d'aider les patients et leur entourage à acquérir des compétences pour mieux gérer et mieux agir face à un nouvel événement douloureux.

Ces stratégies visent à rompre la spirale « peur-douleur » (Handi Connect, Septembre 2021), en limitant l'inconfort, la douleur et l'anxiété.

La prévention de la douleur est d'autant plus importante chez les personnes en situation de handicap qui ont des difficultés pour élaborer une stratégie afin de limiter l'anxiété ressentie lors d'une nouvelle expérience potentiellement génératrice de douleurs.

## 8.

# Le rôle pivot de la famille et du personnel

L'évaluation de la douleur est l'affaire de tous, soignants, famille et entourage, face à des personnes dyscommunicantes ne pouvant évoquer l'intensité ou la présence de leur douleur.

### 8.1. LA FAMILLE

La famille est une ressource pour le patient, comme pour les professionnels de santé. Elle joue un rôle primordial dans la prise en charge de la douleur chez la personne en situation de handicap. Ses observations sont les premiers indices permettant d'identifier la douleur. La famille peut recevoir des informations importantes du ressenti douloureux de la personne en situation de handicap. Elle permet d'identifier les modifications comportementales de la personne et de les traduire. L'entourage aide le personnel à évaluer le langage de la personne en situation de handicap face à la douleur.

### 8.2. LE PERSONNEL

Garantir une relation soignant-soigné de qualité permet aux soignants d'optimiser la prise en charge de la douleur chez un patient : Repérer - Évaluer – Traiter – Réévaluer. L'équipe soignante et le personnel doivent avoir le « réflexe douleur » pour repérer des informations importantes liées au ressenti de la personne en situation de handicap. Pour cela, le personnel peut utiliser plusieurs leviers : adapter leur communication, être proactifs avec le patient, en restant toujours dans l'écoute et le conseil. Ils doivent également veiller à toujours interpréter les manifestations douloureuses de la personne de manière objective en laissant de côté leur propre ressenti.

De plus, pour garantir une bonne évaluation de la douleur chez un patient, le personnel soignant doit favoriser le travail en équipe et l'inter-professionnalité pendant l'évaluation. L'association du savoir, du savoir-être et du savoir-faire de chaque professionnel des équipes soignantes permet de multiplier les regards sur l'évaluation de la douleur chez un patient. Le travail d'équipe est primordial.

Il est important d'assurer la traçabilité des évaluations de la douleur en établissant une cinétique des scores pour chaque patient, document qui sera conservé dans le dossier médical ou le cahier de liaison. Il est important pour cela que l'ensemble des équipes soit formé à l'évaluation de la douleur chez la personne en situation de handicap.



## Bibliographie

- 1- <https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
- 2- <https://iddhea.fr/un-point-sur-le-handicap-en-france-en-2020>
- 3- Raja 2020 douleur Raja, Srinivasa, Carr, Daniel, Cohen, Milton, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-1982.
- 4- <https://www.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur.html>
- 5- Pickering et al. (2020). Pain management in persons with intellectual disabilities living in institutions. Gestion de la douleur chez les personnes handicapées vivant en institution. *Douleur analg.*, 33:35-39.
- 6- Rat P, et al. (2011). Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus. *European journal of pain.*, 15(2) : 198.e1-198.e10.
- AFIPH, & Fondation Handicap . (s.d.). Comprendre, identifier, prendre en charge la douleur chez la personne handicapée intellectuelle.
- APEI. (2020, 09). Comment repérer la douleur chez une personne déficiente intellectuelle dyscommunicante.
- Aubin M, et al. (2007). Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Can J Aging*, 27(1), 45-55.
- Avez-Couturier et al. (2018). La douleur chez l'enfant en situation de handicap neurologique : mise au point de la Commission «déficience intellectuelle et handicap» de la société française de neurologie pédiatrique. *Archives de pédiatrie*, Volume 25, Issue 1, pages 55-62.
- Bouhassira D, et al. . (2004). Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory. *Pain*, 108(3):248-57. .
- Boureau, F., Luu, M., & Doubrère, J. (July 1992). Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain*, Volume 50, Issue 1, Pages 59-65.
- Breau LM, et al. (2002). Breau LM, et al. (2002) Psychometric properties of the non-communicating children's pain checklist-revised. *Pain*, (1-2): 349-57.
- Castarlenas E, et al. (2017). Psychometric Properties of the Numerical Rating Scale to Assess Self-Reported Pain Intensity in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Clin J Pain*, 3:376-383.
- Collignon P, et al. (1993). La douleur chez l'enfant : échelles d'évaluation, traitements médicamenteux. Paris : Spinger Verlag.
- Fournier-Charrière et al. (2012). EVENDOL, a new behavioral pain scale for children ages 0 to 7 years in the emergency department : Design and validation. *Volume 153, Issue 8, Pages 1573-1582.*
- Hicks CL, et al. (2001). The Faces Pain Scale - Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93: 173-83.
- Hunt A, et al. (2004). Clinical validation of the paediatric pain profile. *Dev Med Child Neurol*, 46 (1) : 9-18.
- Huskisson. (1974). Measurement of pain. *Lancet* , Nov 9; 2 (7889): 1127—31.
- Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) . (s.d.). Récupéré sur <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/557/1/ip742.pdf>
- Jutand MA, et al. (2008). Validation statistique d'une grille d'évaluation de l'expression de la douleur chez les adultes ou adolescents polyhandicapés. *Mot Cereb*, 29(3) : 93-100.
- Keele KD. (1948). The pain chart. *Lancet*, Jul; 3; 2 (6514): 6-8.
- Malviya S, et al. (2006). The revised FLACC observational pain tool : improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. . *Paediatr Anaesth*.
- Merkel S et al. (1997). Merkel Si, Voepel-Lewis T, Shayevitz Jr, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring post operative pain in young children. *Pediatr Nursing*, 23 : 293-297.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2008-2011). Le plan « Handicap visuel » 2008-2011. Récupéré sur [Solidarites-sante.gouv.fr: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan\\_plan\\_handicap\\_visuel\\_2008-2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_plan_handicap_visuel_2008-2011.pdf)
- Morello R, et al. (2007). A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: the EPCA-2. Study of its psychometric properties. *Pain*, Dec 15;133(1-3):87-98.
- Moustafa, F., Macian, N., Giron, F., Schmidt, J., Pereira, B., & Pickering, G. (Juin 2017). Intervention Study with Algoplus® : A Pain Behavioral Scale for Older Patients in the Emergency Department. *Pain Pract*, 17 (5) : 665-662.
- Pickering et al. (2021). VISIODOL: Validation of the VISIODOL® Scale for Screening of Pain in People With Visual Impairment.
- Wary B, Serbouti S. (2001). Doloplus : validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Revue Douleurs*, 2(1) :35-38.
- Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67(6):361.



## Pour trouver une structure spécialisée (SDC),

consultez le site internet de la Société française  
d'étude et de traitement de la douleur  
> Rubrique Professionnels > Structures labellisées

[www.sfetd-douleur.org/structures-specialisees-pro](http://www.sfetd-douleur.org/structures-specialisees-pro)



Accédez aux documents en ligne avec ce QR Code,  
ou rendez-vous sur le site internet de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes :  
<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/douleur-et-handicap> :



### PROMOTION DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Programme initié dans le cadre des mesures en faveur de la bienveillance  
des personnes en situation de handicap et à l'initiative de l'ARS AURA

Mise en œuvre : Centre d'Investigation Clinique (CIC)  
du CHU de Clermont-Ferrand

Contact : Pr. Pickering Gisèle [gisele.pickering@uca.fr](mailto:gisele.pickering@uca.fr)

