

DOULEURS CHRONIQUES EN SOINS PALLIATIFS

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à des lésions tissulaires réelles ou possibles ou décrites comme si ces lésions existaient » Définition de l'Association Internationale pour l'étude de la douleur.

Chez le malade en fin de vie, angoisse et douleur sont souvent intriquées. Il est donc capital d'analyser de façon précise ce que recouvre la plainte douloureuse pour évaluer la demande et orienter au mieux la prise en charge. Il est important de considérer la personne comme un tout.

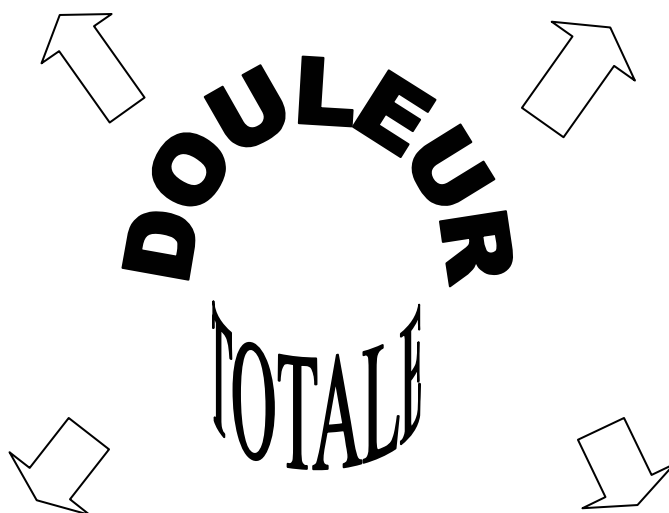
CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR TOTALE

ANXIETE

Crainte de l'hôpital
Crainte de souffrir
Crainte de mourir
Incertitudes financières

DOULEURS SOMATIQUES

Maladie
Lésions iatrogènes
Pathologie préexistante



COLERE

Tracas administratifs
Retard du diagnostic
Relations avec le corps médical
Echec Thérapeutique

DEPRESSION

Perte de position sociale
Perte de position familiale
Fatigue et insomnie
Schéma corporel modifié

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Démarche d'évaluation :

1. Avez-vous mal ?

Demander au patient s'il a mal et le croire.
Ecouter sa réponse et ses priorités

2. Quels sont les retentissements sur votre comportement au quotidien et votre état psychologique du patient ?

Sommeil, alimentation, autonomie....

Relation au proche (agressivité, repli sur soi), sentiment d'impuissance....

Evaluer toutes les composantes de la douleur : affective, comportementale, cognitive...

3. Quel type de douleur ?

S'agit il d'une **douleur aiguë** « symptomatique » véritable signal d'alarme, utile orientant vers un diagnostic.

S'agit il d'une **douleur chronique**, véritable douleur maladie qui traduit l'existence d'une séquelle ou d'une maladie évolutive.

4. Quels mécanismes générateurs ?

Douleur d'excès de nociception

Douleur neurogène:

Voir le tableau des caractéristiques de la douleur, et le tableau DN4 (douleurs neuropathiques)

Douleur induite : se dit d'une douleur de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisible et susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées

5. Quelle intensité de la douleur ?

Evaluer l'intensité de la douleur avec une échelle adaptée permet de mesurer la sévérité de la douleur et d'apprécier l'efficacité du traitement:

Autoévaluation chez les patients communiquant : échelle visuelle analogique (EVA)

Hétéroévaluation chez les patients ayant des troubles de la communication : échelle comportementale pour personnes âgées (ECPA) ou Doloplus (ci-joint)

Démarche thérapeutique

« Pour traiter la douleur,
il faut prendre une chaise avant de prendre un stylo » Dr BRIZARD

- ⇒ Traiter si possible la cause de la douleur
- ⇒ Proposer un traitement en respectant les principes de l'OMS (voir page suivante)
 - Privilégier la voie orale
 - Administrer les antalgiques à horaires réguliers en respectant la pharmacologie du médicament.
 - Hiérarchiser l'analgésie en fonction du niveau évalué de la douleur
 - Passer au palier supérieur après échec avéré du palier inférieur bien conduit (respect des paliers de l'OMS : cf. pages 5) L'utilisation d'un antalgique du palier 3 est possible en cas de douleur intense.
 - Le paracétamol du palier 1 peut être associé aux paliers 2 et 3
- ⇒ Chez le sujet âgé ou fragile, les règles classiques de l'antalgie sont valables mais il faut être prudent notamment au début du traitement. Il est préférable de commencer par des plus faibles doses et d'augmenter progressivement afin de chercher les doses minimales efficaces
- ⇒ L'utilisation des co-antalgiques à chaque palier de OMS est recommandée en particulier dans les douleurs neurogènes, viscérales, les céphalées par hypertension intracrânienne, les douleurs osseuses.
- ⇒ Réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement et adapter les doses au besoin du malade. Associer des co-antalgiques si nécessaire.
- ⇒ Prévenir et traiter les effets secondaires. Informer le patient des effets indésirables attendus
- ⇒ Associer des soins non médicamenteux : postures, massages, relaxation
- ⇒ Chercher à préserver la lucidité

Que dire au patient ?

- Traitement immédiat proposé
- Expliquer les mécanismes de la douleur, le traitement, etc.
- Fixer des objectifs réalistes : ce qui est attendu ou espéré, dans combien de temps
- Date de réévaluation

Avec des objectifs précis, l'espoir renaît

Caractéristiques cliniques :douleur nociceptive et douleur neurogène

	Douleur par excès de nociception	Douleur neurogène
Physiopathologie	Stimulation des nocicepteurs	Lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie	Rythme mécanique ou inflammatoire	Composante continue (brûlure).ou Composante fulgurante (décharges électriques)
Topographie	Régionale, sans topographie neurologique systématisée. Zone douloureuse atypique.	Topographie neurologique périphérique (tronc, racine), ou centrale (hémicorporelle)
Caractéristiques descriptives	Serrement, écrasement en étau, broiement, étirement, torsion, arrachement, lourdeur, sourde, sensation d'être grignoté, mangé par l'intérieur. Douleur pulsatile.	Elancement en éclairs, décharge électrique, picotement, fourmillement, démangeaison, engourdissement
Examen clinique	Examen neurologique normal	Signes d'hypoesthésie ou d'hypersensibilité (allodynie)

Questionnaire douleur neuropathique en 4 questions(DN4) :

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item

Interrogatoire du patient

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

1. Brûlure	oui	non
2. Sensation de froid douloureux	oui	non
3. Décharges électriques	oui	non

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

4. Fourmillements	oui	non
5. Picotements	oui	non
6. Engourdissement	oui	non
7. Démangeaisons	oui	non

Examen du patient

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

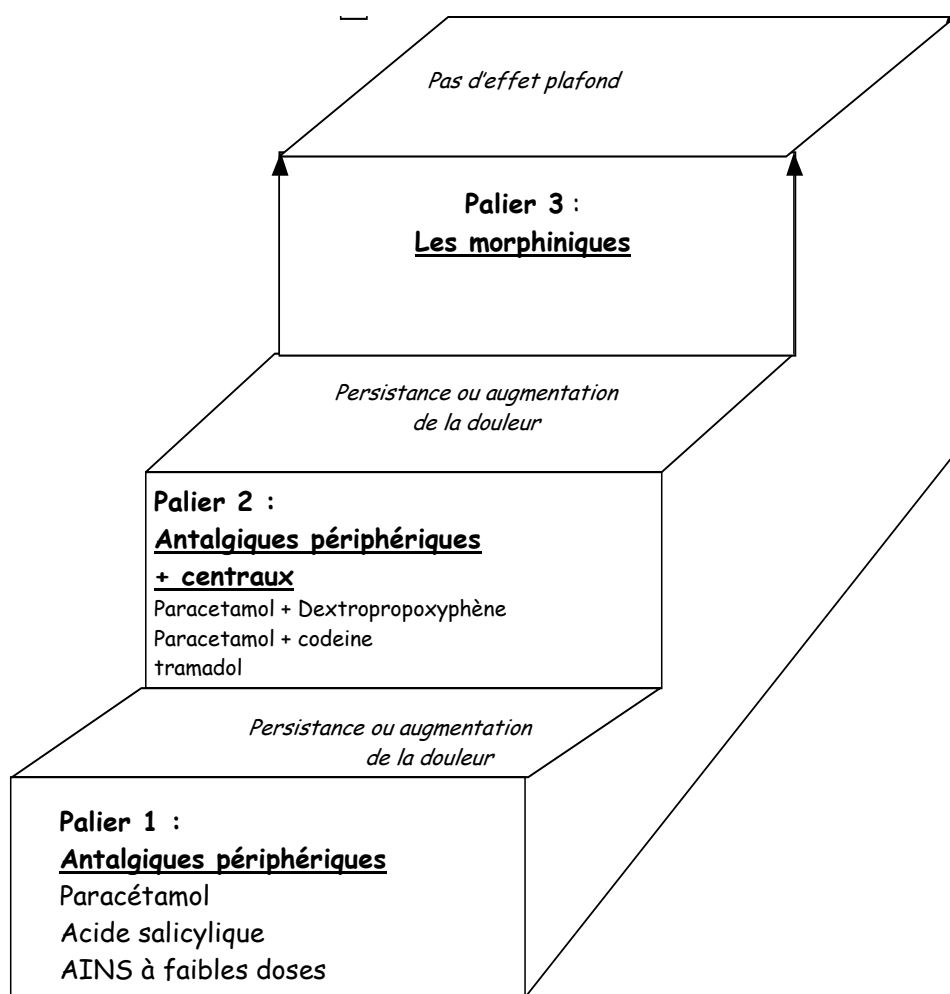
8. hypoesthésie au tact	oui	non
9. hypoesthésie à la piqûre	oui	non

Question 4 : La douleur est elle provoquée ou augmentée par :

10. Le frottement	oui	non
-------------------	-----	-----

Non=0 point Oui=1 point. Score du patient sur 10 points

LES TROIS PALIERS DE L'O.M.S.



CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES

DCI (Nom commercial)	Posologie/24H	Rythme	Spécificité
Palier 1 : Paracétamol et AINS (dose plafond à ne pas dépasser)			
Paracétamol (doliprane®)	0.5g à 4g	4 à 6h	Effet anti-inflammatoire
Acide acétylsalicylique (aspirine®)	1.5g à 4g	4 à 6h	
AINS (voltarène®, profénid®)	se reporter au vidal	variable	
Palier 2 : Codéine et dérivé (dose plafond à ne pas dépasser)			
Dihydrocodéine (Dicodin®)	60mg à 120 mg	12h	
Dextropropoxyphène :(Souvent associé au paracétamol : Di-antalvic®)	30 à 180 mg	6-8h	Risque d'hypoglycémie
Tramadol : seul :Topalgic®,Zamudol®... associé avec paracétamol : Ixprim®, Zaldiar®	50 à 400 mg	6-8h ou 12h si LP	
Codéine : souvent associée au paracétamol : Efferalgan codeiné®, codoloprane®...	60 à 180mg	4-6h	- Prévenir la constipation - Risque de somnolence en particulier chez la personne âgée
Palier 3 : Morphine et équivalents (pas de dose plafond)			
Action immédiate : pour la titration et/ou les interdosés A adapter en fonction du traitement de fond			
Sulfate de morphine : -Actiskénan® (gél : 5-10-20-30mg) -Séfredol® (cp10-20mg) -Oramorph® (soluté uni dose 10-30- 100mg/5ml ou solution compte-gouttes) -Morphine injectable®	titration et interdose	4h	
Oxycodone : Oxynorm®(5-10-20mg)		4h	
Fentanyl: Actiq® (200, 400, 600, 800, 1200, 1800 µg)	Accès douloureux Débuter par du 200µg	Action en 5' Durée moins 1h	Titration sous surveillance médicale Max 4 fois/j
Action prolongée : pour le traitement de fond			
Sulfate de morphine : -SkénanLP® : 10,30,60,100, 200 mg -Moscontin® :10,30 :60,100 mg	Douleurs stables après titration.	12h	Accumulation des métabolites pouvant nécessiter une rotation opioïdes
Oxycodone : Oxycontin® : 5,10,20,40,80 mg		12h	Élimination rénale
Hydromorphone: Sophidone® : 4,8,16,24 mg	En 2ème intention Rotation d'opioïdes	12h	
Fentanyl: Durogesic®patch :12, 25, 50, 75, 100 µg	Douleurs stables Rotation des opioïdes	72h	-Efficacité au bout de 12h, pendant 12 à 24h après le retrait. -Variation efficacité en fonction de la texture de la peau, de la température

MISE EN PLACE D'UN TRAITEMENT DE PALIER 3 : MORPHINE ET AUTRES OPIOÏDES

MYTHES ET REALITES SUR LA MORPHINE

- La dépression respiratoire : n'existe pas dans les conditions normales d'utilisation
- L'accoutumance : « De l'ordre du fantasme » (Dr GOMAS)

Posologie de départ :

Morphine orale : 0.5 à 1 mg/kg/24h soit 60 mg chez l'adulte soit Skénan®
30mgx2 ou Actiskénan 10mg/4h

Oxycodone : Oxycontin® 15mgx2 ou Oxynorm®5mg

Chez la personne âgée, cachectique, insuffisante rénale ou hépatique : diminuer les doses : Skénan® 10 à 20mgx2 ou Oxycontin® 5 à 10 mgx2

Interdose ou dose de secours :

C'est une dose supplémentaire de morphine à libération immédiate à donner en cas de douleur qui correspond à 1/10 ou 1/6 de la dose totale des 24h

Le délai entre 2 interdoses : 1h minimum

En cas de pic douloureux non prévisible : donner une interdose

En cas de douleur induite prévue (soins, kiné, transport..): donner une interdose environ 1 h avant

Réadaptation des doses :

Augmentation ou diminution des doses par palier de 30 à 50%

L'augmentation des doses peut également se faire en fonction du nombre d'interdose prise durant 24h par le patient.

Effets indésirables des opiacés forts

Symptômes	Traitement	Remarques, surveillance
Constipation Très fréquentes et constantes	Laxatifs osmotiques systématiques Lavement si pas de selles depuis 3 jours Règles hygiéno-diététiques	Risque de fécalome
Somnolence Fréquent Origine centrale et « dette de sommeil »	Tolérable pendant 3 jours Si persistance supérieure à 3j, diminuer la posologie quotidienne de 30 à 50% Chez la personne âgée, débiter à des posologies plus faibles, et augmenter progressivement.	Ne pas introduire en même temps un morphiniques et un psychotrope mais plutôt l'un après l'autre. Attention aux chutes
Nausées-vomissements Inconstants, disparaît au bout d'environ 7 jours	Antiémétiques de référence : - Métopropramide (Primpéran®) - Haldopéridol (Haldol®)	Sétons rarement efficaces
Etat confusionnel-hallucinations Plus fréquents chez la personne âgée Susceptibilité individuelle	Diminuer les doses de 30 à 50% et adapter les posologies plus lentement (favoriser les interdoses) mais persister dans la prescription Si besoin Haldopéridol (Haldol®) Si persistance : rotation d'opioïdes, le retour à la normale peut mettre quelques jours	Favoriser par la prise conjointe de psychotrope Eliminer la rétention d'urine et le fécalome
Rétention d'urine Plus fréquente chez les personnes âgées	Sondage urinaire transitoire Souvent succès des alphabloquants (vasobral®, xatral®, josir®....)	Y penser devant une agitation inexplicée Risque majoré par le fécalome
Prurit : Rare	Souvent succès des antihistaminiques	
Sueurs : Rare	Souvent succès des AINS ou des neuroleptiques (Melleril®)	
Myoclonies, Convulsions Sursauts à l'endormissement,	Possible utilisation du Rivotril®	Rare à l'introduction, plutôt lors d'une augmentation de posologie ou avec le Skenan® lors de traitement au long cours
Dépression Respiratoire (FR inf à 8/min)	Rarement si patient hyperalgique et règles de prescriptions respectées	Utiliser la morphine même chez l'insuffisant respiratoire

Le surdosage

Le surdosage est exceptionnel si les règles de prescription sont bien suivies. Il correspond à l'administration excessive de morphine de manière inadaptée à la douleur. La douleur est « l'antagoniste physiologique » des effets dépresseurs centraux de la morphine.

Certains facteurs le favorisent

- ✓ La mauvaise compréhension des mécanismes de la douleur (douleurs neurogènes, douleurs psychogènes) ;
- ✓ L'insuffisance rénale
- ✓ L'augmentation trop rapide des doses
- ✓ Les interactions avec les psychotropes

**Dans tous les cas, il faudra rechercher l'étiologie de ce surdosage
Il faudra rediscuter la posologie de la morphine.**

Ses manifestations cliniques sont :

- Une bradypnée. (FR < 8)
- Une modification de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma

Son traitement est :

- En cas de signes modérés : la diminution des doses de morphine
- En cas de surdosage massif : utilisation du Narcan® (c'est un antagoniste pur de la morphine.) Il annule tous les effets de la morphine, y compris l'effet antalgique

Utilisation du Narcan®

Diluer une ampoule de Narcan dans 10cc de chlorure de sodium
L'injecter lentement sur 10 minutes

La demi-vie est brève : 45 à 90 minutes

Dans le cas d'un surdosage, le Narcan s'utilise en IV lente en injections répétées toutes les 30 à 45 minutes si nécessaire jusqu'à la restauration d'une conscience ou d'une fréquence respiratoire satisfaisante et non jusqu'à la disparition complète de l'antalgie.

TRAITEMENTS DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

= DOULEURS CONSÉCUTIVES A UNE LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX

- ✓ Ces douleurs sont réfractaires aux analgésiques habituels.
- ✓ Leur traitement fait appel à des médicaments d'autres classes pharmacologiques dont l'efficacité a été découverte de façon fortuite. Il s'agit donc le plus souvent de prescriptions hors AMM (sauf Laroxyl - Tofranil et Neurontin) qui nécessitent une explication claire au malade.
- ✓ Il faut fixer des objectifs réalistes à ces traitements dont l'efficacité est souvent partielle. Ces traitements doivent être mis en place de façon progressive, avec recherche d'un rapport efficacité/effet secondaire très variable suivant chaque personne.
- ✓ Si en première intention, il est classiquement préférable de commencer par une monothérapie pour traiter la douleur neurogène, des travaux récents montrent qu'une association morphiniques+traitement spécifique est plus efficace particulièrement dans la pathologie néoplasique où les douleurs sont souvent des douleurs mixtes

Traitement du fond douloureux continu : les antidépresseurs

brûlures, paresthésies douloureuses, fourmillements, picotements.

Les antidépresseurs tricycliques :

Anafranil®, Laroxyl®, etc...

- Leur action antalgique spécifique est prouvée.
- Il faut commencer à faibles doses, par exemple pour l'Anafranil®, Laroxyl® 10 à 20 mg/24h, en augmentant de 10 mg tous les 7 jours jusqu'à une dose efficace variable suivant les sujets d'environ 75mg/24h.
- Il faut attendre 7 jours pour juger de l'efficacité de la dose en cours.

Les autres anti-dépresseurs

(inhibiteurs de la recapture de la sérotonine)

- Prozac®, Déroxat®, Zoloft® sont moins efficaces, mais les effets secondaire sont moindres.

Traitement des douleurs paroxystiques : les anticonvulsivants

« en éclair », des hyperesthésies, décharges électriques.

1. Neurontin® et Lyrica®

Ils ont une efficacité prouvée, et moins d'effets secondaires.

Neurontin®: en 3 prises, obtenu par palier de 300mg tous les 3j, en moyenne 1800mg/j max 3600mg.

AMM pour les douleurs post-zostériennes.

Lyrica® : débiter à 75mgX2 /j. augmenter à 150mg après 3 à 7j max 600mg
AMM : douleurs neuropathiques périphériques et centrales

2. Les autres :

Tégrétol®, Dihydan® AMM pour la névralgie du trijumeau, mais rarement utilisées en soins palliatifs

Rivotril® très utilisé en soins palliatifs même si son efficacité n'a jamais été vraiment prouvée.

Effets secondaire surtout la somnolence

Posologie : 5 gouttes matin et soir (0,1mg par goutte) en augmentant de 5 gouttes tous les 2 jours.

AUTRES MOYENS THERAPEUTIQUES POSSIBLE

La neurostimulation transcutanée

Avec électrodes posées soit localement soit à distance sur le trajet nerveux, les points gâchettes.

Souvent technique connue par les kinésithérapeutes

Topiques locaux

Lidocaïne gel : Xylocaïne® à 2%

Association lidocaïne prilocaïne : Emla® en crème ou en patch

Préparation magistrale à base de capsaïcine à 0.025%

Molécule pouvant être intéressante sur les séquelles de zona, sur les douleurs spontanées paroxystiques ainsi que sur l'hyperalgésie et l'allodynie.

Antagonistes NMDA : la kétamine

Utilisation non standardisée

Peu utilisée en soin palliatifs, peut être une alternative dans les cas de douleurs neuropathiques rebelles

Dans les cas difficiles

Les blocs analgésiques périphériques

Les anesthésiques locaux en IV, en bloc périphérique, par voie péridurale ou intrathécale

Maniement difficile de la Lidocaïne® en IV, réservée aux services spécialisés.

Flécaïne® Mexitil® dans les polyneuropathies après certains traitements du SIDA.

Catapressan®, Lioréal®

2. AUTRES ANTALGIQUES :

Le Topalgic® et L'oxycontin®

auraient une efficacité sur les douleurs neurogènes.

- Des travaux sont en cours.

L'efficacité **des opioïdes** et de **la morphine** est discutée

- Pour certains, ils retrouvent une efficacité à forte dose mais avec des effets secondaires importants

Les Co-Analgésiques

1° Les Corticoïdes :

Intéressant pour leur propriété anti-inflammatoire et anti-oedémateuse, et pour l'effet orexigène et dynamisant

- Indications en soins palliatifs

Phénomènes inflammatoires et compressifs
Oedèmes et lymphoedèmes
Syndromes sub-occlusifs - occlusion
Hypertension intracrânienne
Syndrome de la veine cave supérieure ou inférieure
Douleurs osseuses par métastases en 2ème intention
Hyperthermie d'origine néoplasique

- Prescriptions

Souvent bien tolérés.
Nombreuses présentations permettant une grande souplesse de prescription :
Dose d'attaque : 120mg de Solumedrol® IV (ou SC plutôt que IM, discontinu) ou équivalent per os, dose en principe élevée de 1 à 4 mg/kg/j voire davantage

- Effets secondaires :

Décompensation fréquente d'un diabète.
Euphorie
Tassements vertébraux ostéoporotiques en cas de traitement prolongé.
Risques infectieux (entre autre aux points d'injection).
Confusion, hypokaliémie, problèmes digestifs : rares.
Risques ophtalmologiques : cataracte, glaucome

2° Les Anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS :

- Antalgiques par leur action anti-inflammatoire.
- Action antalgique propre :
- Indication en soins palliatifs :
 - Les métastases osseuses
 - Les métastases cutanées
 - Les sueurs nocturnes
 - Les douleurs mineures
- Action prouvée du Kétoprofène : PROFENID®

3° autres co-antalgésiques :

- Les biphosphonates (Clastoban®, Lytos®, Zometa®, Aredia®)
En inhibant l'activité ostéoclastique et en réduisant la résorption osseuse, ils ont un effet bénéfique
- Les anti-spasmodiques :
- Les myorelaxants : Valium®, Myolastan® ou les antispastiques : Lioresal®

- Les antidépresseurs pour leur action antalgique propre. Action plus importante des anti-dépresseurs tricycliques mais beaucoup d'effets secondaires. Moindre efficacité des nouveaux anti-dépresseurs mais bien meilleure tolérance.

AUTRES

Les soins de nursing: « Le nursing-douceur qui chasse l'angoisse... » (Dr Sebag-Lanoë)

La kinésithérapie.

Les massages, la relaxation, la musicothérapie, l'art thérapie, toutes les techniques alternatives.

ANTALGIE ET SOINS DOULOUREUX

Nécessité d'un traitement préventif par un ou plusieurs moyens associés

Voie générale

Indication : mobilisations douloureuses, les soins d'escarre, d'ulcère artériel, d'angiodermite, de plaies...

- Patient ne recevant pas d'opioïdes forts.

Au moins 1h avant le soins

Donner de la morphine à libération immédiate

Ex : Actiskénan 5mg au départ si insuffisant 10mg
ou morphine s/c 2.5mg

- Patient déjà sous opioïdes forts

Donner un supplément de morphine selon la règle 1/6 à 1/10 de la dose totale de morphine reçue par la même voie ou après calcul de l'équianalgésie (Cf tableau) si un autre morphinique est pris au long cours.

Ex : durogésic® 50µg/h

Equivalence antalgique Skénan 60mgx2

donc Actiskénan® 20mg ou Morphine sc 10mg

- Patient présentant une composante anxieuse :

Anxiolyse possible par une benzodiazépine par voie sublinguale (Xanax® ou Lysanxia®) ou parentérale s/c (Hypnovel®, hors AMM, de 0.5mg à 5 mg/injection selon la clinique et âge du patient.)

Voie locale

Le traitement par voie locale peut être indiqué pour les mêmes soins (hors mobilisations douloureuses) seul ou associé aux précédents selon l'importance de la lésion ;

- Crème EMLA®

Anesthésique local transcutané

Indication :

- la peau saine pour les ponctions veineuses ou sous cutanées, les ponctions lombaires...,
- les muqueuses génitales chez l'adulte,
- les ulcères de jambe exigeant une détersion mécanique longue et douloureuse. Ne pas utiliser de façon permanente d'un pansement à l'autre dans un but antalgique.

A appliquer 1h av la ponction

- Xylocaïne® : gel, spray

Autres : le Protoxyde d'azote ou Kalinox®

L'Echelle Comportementale pour Personnes Agées (ECPA)

1 - OBSERVATION 5 MN MINIMUM AVANT LES SOINS	
1 PLAINTES EXPRIMEES PENDANT TOUTE LA PERIODE D'OBSERVATION¹ :	
Le sujet ne se plaint pas spontanément.	0
Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui.	1
Le sujet se plaint en présence de quelqu'un.	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée.	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée.	4
2 L'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
3 POSITION SPONTANEE AU REPOS²	
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
4 SUR LES MOUVEMENTS³ :	
Le sujet se mobilise comme d'habitude.	0
Le sujet bouge comme d'habitude mais évite certains mouvements.	1
Lenteur, rareté des mouvements.	2
Immobilité.	3
Prostration ou agitation.	4
<i>N.B. En cas d'absence de mouvement, hormis les états végétatifs, coter 4.</i>	
5 SUR LA RELATION A AUTRUI⁴ :	
Présence d'un contact immédiat.	0
Contact difficile à établir.	1
Evite la relation.	2
Absence de tout contact.	3
Indifférence totale.	4

¹ En dehors de tout contexte de soins.

² Recherche d'une attitude ou position antalgique.

³ Quand les circonstances permettent au patient de bouger.

⁴ Si le malade la souhaite habituellement.

2 - OBSERVATION PENDANT LES SOINS	
6 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
7 REACTIONS 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 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
8 REACTIONS PENDANT LES SOINS DES ZONES DOULOUREUSES :	
Aucune réaction pendant les soins.	0
Réaction pendant les soins, sans plus.	1
Réactions au toucher des zones douloureuses.	2
Réactions à l'effleurement des zones douloureuses.	3
L'approche des zones est impossible.	4
9 PLAINTES EXPRIMEES PENDANT LES SOINS :	
Le sujet ne se plaint pas.	0
Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui.	1
Le sujet se plaint en présence de quelqu'un.	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée.	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée.	4

Score total sur 32

DOLOPLUS

Echelle DOLOPLUS - 2 Evaluation comportementale de la douleur						
			DATES			
NOM :		Prénom :				
Observation comportementale						
RETENTISSEMENT SOMATIQUE						
Plaintes somatiques	pas de plainte		0	0	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation		1	1	1	1
	plaintes spontanées occasionnelles		2	2	2	2
	plaintes spontanées continues		3	3	3	3
Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique		0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle		1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace		2	2	2	2
	position antalgique permanente et inefficace		3	3	3	3
Protection de zones douloureuses	pas de protection		0	0	0	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins		1	1	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin		2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation		3	3	3	3
Mimique	mimique habituelle		0	0	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation		1	1	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation		2	2	2	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)		3	3	3	3
Sommeil	sommeil habituel		0	0	0	0
	difficultés d'endormissement		1	1	1	1
	réveils fréquents (agitation motrice)		2	2	2	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR						
Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées		0	0	0	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)		1	1	1	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels		2	2	2	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative		3	3	3	3
Mouvements	possibilités habituelles inchangées		0	0	0	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)		1	1	1	1

	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
Communication	inchangée	0	0	0	0
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités	0	0	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	refus de toute vie sociale	3	3	3	3
Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE / 30 :			

Lexique :

- plaintes somatiques : le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris-pleurs-gémissements.
- positions antalgiques : position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.
- protection de zones douloureuses : le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.
- mimique : le visage semble exprimer la douleur à travers les traits (grimaçants, tirés, atones) et le regard (fixe, absent, ou 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.
- mouvements : évaluation de la douleur dans le mouvement pour les changements de position, transferts, la marche, seul ou avec aide.
- communication : verbale ou non verbale.
- vie sociale : repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc...
- troubles du comportement : agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc...