

## **1. EVALUATION DE LA DOULEUR : (1, 2)**

### **1.1. LES DIFFERENTES METHODES :**

La douleur est un phénomène subjectif, sa mesure est donc difficile et il n'existe pas de méthode clinique de référence pour l'évaluer. Il est actuellement admis que la mesure de la douleur post-opératoire doit être réalisée systématiquement.

L'**auto-évaluation** par le patient lui-même, est la règle chaque fois que possible, car l'hétéro-évaluation par le personnel soignant conduit à une sous-estimation. Cette sous-estimation existe également lorsque l'hétéro-évaluation utilise une échelle systématisée.

Il est théoriquement souhaitable d'évaluer non seulement l'intensité de la douleur, mais également les autres composantes telles que la localisation, le retentissement affectif et émotionnel, le type de douleur. En pratique, les échelles permettant d'évaluer ces différentes composantes sont trop complexes pour une mise en œuvre chez tous les opérés et plusieurs fois par jour.

Pour être valide, une méthode d'évaluation doit être :

- ❑ facilement et rapidement comprise,
- ❑ applicable à une large population de patients,
- ❑ reproductible dans sa représentation au patient,
- ❑ facile d'utilisation et de présentation.

#### **1.1.1. LES METHODES D'AUTO-EVALUATION :**

En post-opératoire immédiat, on utilise essentiellement les méthodes d'évaluation de l'**intensité** de la douleur.

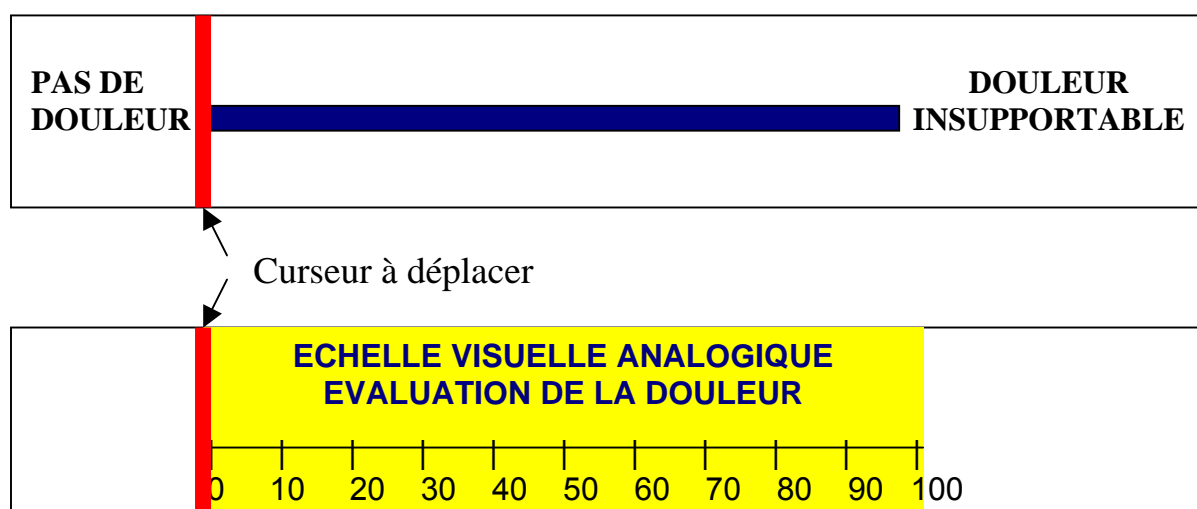
Il est indispensable d'expliquer la méthode choisie avant l'intervention, c'est à dire lors de la consultation pré-anesthésique.

Le personnel médical et para-médical doit être formé.

##### **1.1.1.1. L'ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA) :**

Elle permet la cotation de la douleur et de son soulagement.

Il s'agit d'une réglette avec un curseur à placer entre « pas de douleur » et « douleur maximale », correspondant au dos à un résultat entre 0 et 100 mm.



Elle doit être présentée à l'**horizontale**, curseur sur « **pas de douleur** ». Il faut demander au patient d'étalonner par rapport à une douleur antérieure et habituelle (exemple: « Quand vous avez des maux de tête, où vous situez vous ?, et maintenant la douleur est comment, plus ou moins forte ? »).

Il faut noter le **résultat en mm** sur la feuille de suivi post opératoire réservée à cet effet, **sans le communiquer au malade**.

C'est l'échelle la plus utilisée en post-opératoire, car les résultats sont plus objectifs, les réponses possibles sont nombreuses et le patient ne peut pas mémoriser la position précédente. La position initiale du curseur est importante.

Cette méthode nécessite une bonne coordination motrice du patient et elle est donc difficilement applicable en post-opératoire immédiat. Elle a d'autres limites d'utilisation : les patients à faible capacité d'abstraction, mal voyants et les personnes âgées.

#### **1.1.1.2. L'ECHELLE VERBALE SIMPLE (EVS) :**

C'est une échelle catégorielle constituée d'une liste de 4 ou 5 qualificatifs classés dans un ordre croissant d'intensité (par exemple : douleur absente, modérée, moyenne, forte, insoutenable).

Ses inconvénients sont un manque de sensibilité (nombre limité de réponses) et des réponses suggestives du patient pouvant orienter les réponses de l'évaluateur.

#### **1.1.1.3. L'ECHELLE NUMERIQUE (EN) :**

Cette méthode permet d'évaluer l'intensité de la douleur par affectation d'un pourcentage. Sa présentation peut être verbale ou écrite. Elle est facile à comprendre et bien adaptée à la personne âgée.

Le tableau suivant résume les avantages et inconvénients des principales méthodes d'auto-évaluation de la douleur.

<b>TABLEAU N°1 : MODALITES D'EVALUATION DISPONIBLES</b>		
<b>MOYENS</b>	<b>AVANTAGES</b>	<b>INCONVENIENTS</b>
<b>Echelle verbale simple</b> <b>EVS</b> 0 = pas de douleur 1 = douleur faible 2 = douleur modérée 3 = douleur intense 4 = la pire douleur imaginable	La plus simple à comprendre, Utilisable en phase de réveil de l'anesthésie et chez l'enfant.	Peu fiable, Subjectif, Risque de mémorisation.
<b>Echelle numérique</b> <b>EN</b> de 0 (pas de douleur) à 100 (pire douleur imaginable)	Simple, rapide, toujours possible, Bien adaptée à la personne âgée.	Moins sensible que l'EVA, Risque de mémorisation.
<b>Echelle visuelle analogique</b> <b>EVA</b> <i>Réglette avec un curseur</i> Une extrémité : —→ pas de douleur l'autre extrémité : —→ <u>DOULEUR MAXIMALE</u> graduée au dos de 0 à 100	Plus objectif, Choix important, Mémorisation de la position précédente peu probable.	Importance de la position initiale du curseur, Difficultés d'utilisation en cas de troubles visuels ou de capacités d'abstraction limitées (post-opératoire immédiat, personnes âgées...).

## **1.1.2. LES METHODES D'HETERO-EVALUATION :**

### **L'EVALUATION PHYSIOLOGIQUE :**

Elle est fondée sur les paramètres respiratoires et hémodynamiques. Cependant, ces variations ne sont pas spécifiques à la douleur elle-même.

### **L'EVALUATION COMPORTEMENTALE :**

Il existe plusieurs échelles permettant aux soignants d'évaluer l'intensité de la douleur par l'observation du comportement émotionnel de stress.

Elle présente de nombreuses limites : le plus souvent, il y a sous estimation de la douleur par l'évaluateur, elle ne qualifie pas directement la douleur, et il est difficile de la séparer du contexte dans lequel a été réalisé la mesure ce qui rend la méthode peu reproductible.

Elle est utilisée en cas de troubles du langage ou en l'absence de langage (nourrisson, grand vieillard, dément...).

## **1.2. CHRONOLOGIE DES EVALUATIONS :**

### **EN CONSULTATION D'ANESTHESIE :**

L'anesthésiste doit délivrer une information précise et détaillée sur la nécessité d'évaluer la douleur post opératoire. Il doit présenter et expliquer la méthode choisie.

### **LORS DE L'ACCUEIL EN SECTEUR D'HOSPITALISATION :**

La méthode d'évaluation doit être à nouveau présentée par l'infirmière.

### **EN SALLE DE SURVEILLANCE POST-INTERVENTIONNELLE :**

L'auto-évaluation est privilégiée. Il doit y avoir une évaluation systématique dès que le malade peut répondre, et autant de fois que cela est nécessaire, jusqu'à ce qu'il soit calmé.

Si le patient est encore confus, on utilisera le plus souvent l'échelle verbale simple ou l'échelle numérique, en attendant de pouvoir utiliser l'échelle visuelle analogique (EVA).

**Le patient doit avoir une EVA  $\leq$  30-40 mm à la sortie de salle de réveil.**

Les résultats doivent être recueillis sur un document au même titre que les autres paramètres.

### **EN UNITE D'HOSPITALISATION :**

L'évaluation doit être régulière selon un protocole préalablement défini : au minimum une fois par équipe, à la demande du patient, lors de la kinésithérapie ou de la mobilisation du patient, avant chaque administration d'antalgique, et systématique dans l'heure qui suit une injection de morphine ou toute modification thérapeutique.

**L'E.V.A au repos et à la mobilisation permet un réajustement thérapeutique avec l'instauration d'une analgésie avant les actes douloureux.**

Les informations sont consignées dans un document accessible à tous les intervenants.

## **1.3. ANNEXES :**

- ❑ Protocole d'évaluation de la douleur post-opératoire (cf fiche protocole n°1).
- ❑ Intensité de la douleur postopératoire en fonction du type de chirurgie (cf tableau n°2).
- ❑ Prise en charge de la douleur post-opératoire (cf dossier information patient).

# EVALUATION DE LA DOULEUR

Les méthodes d'évaluation de la douleur (EN et EVA) seront expliquées au patient en consultation pré-anesthésique par le médecin, puis à son admission dans le service par l'équipe soignante.

Pour l'EVA, la réglette doit être présentée à l'horizontale, curseur sur « pas de douleur ».

Demander au patient d'étalonner par rapport à une douleur antérieure et habituelle (exemple: « Quand vous avez des maux de tête, vous vous situez où ?, et maintenant la douleur est comment, plus ou moins forte ? »).

## EN SALLE DE REVEIL

**Dès que le patient peut répondre : EN**  
**Puis EVA autant de fois que cela est nécessaire,**  
**jusqu'à ce qu'il soit calmé.**  
**Le patient doit avoir une EVA < 30-40mm**  
**à la sortie de la salle de réveil.**

## DANS LE SERVICE

**Une fois par équipe au minimum (8h, 16h, 22h) ;**  
**A la demande du patient ;**  
**Avant chaque administration d'antalgique ;**  
**1h après chaque injection d'antalgique ou**  
**toute modification de traitement antalgique ;**  
**Lors de la kinésithérapie ou de la mobilisation du patient.**

Noter les résultats en mm sur la feuille de surveillance prévue à cet effet ;  
Ne pas communiquer les résultats de l'EVA au patient.

FICHE PROTOCOLE N°1

Validée le  
Par

**TABLEAU N°2 : INTENSITE DE LA DOULEUR  
POSTOPERATOIRE EN FONCTION  
DU TYPE DE CHIRURGIE**

	<b>Durée inférieure à 48heures</b>	<b>Durée supérieure à 48heures</b>
<b>Douleur Forte</b>	Cholécystectomie (laparotomie) Adénomectomie prostatique (voie haute) Hystérectomie (voie abdominale) Césarienne	Chirurgie abdominale sus et sous méso-colique Oesophagectomie Hémorroïdectomie Thoracotomie Chirurgie vasculaire Chirurgie rénale Chirurgie articulaire (sauf hanche) Rachis (fixation) Amygdalectomie
<b>Douleur modérée</b>	Appendicectomie Hernie inguinale Vidéo-chirurgie thoracique Hystérectomie vaginale Chirurgie gynécologique mineure Cœlioscopie gynécologique Mastectomie Hernie discale Thyroïdectomie Neurochirurgie	Chirurgie cardiaque Hanche Chirurgie ORL (Larynx, pharynx).
<b>Douleur faible</b>	Cholécystectomie cœlioscopique Prostate (résection trans-urétrale) Chirurgie urologique mineure Circoncision IVG/Curetage Chirurgie ophtalmologique	

D'après : *Conférence de consensus organisée par la Société Française d'Anesthésie et Réanimation 1997*