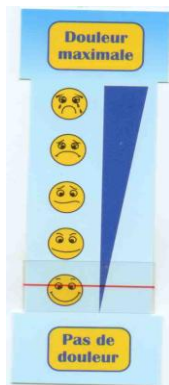


Pratique, rapide, reproductible (pour un même patient), c'est l'outil de référence, pour assurer un suivi de la prise en charge de la douleur en objectivant son évolution dans le temps.

A présenter à tout patient qui se dit douloureux, pour qu'il s'auto-évalue (sous réserve qu'il soit capable de comprendre et de se servir de l'outil).

La réglotte présente deux faces, orientées de bas en haut, sur laquelle se déplace un curseur.



Une FACE « PATIENT » :

- Son extrémité basse est marquée « Pas de douleur » et en haut « Douleur maximale ».
- En corrélation avec une héli-pyramide verticale, des smileys 😊 représentant des visages allant du sourire, aux froncements de sourcil,... jusqu'aux pleurs.

Une FACE « SOIGNANT » :

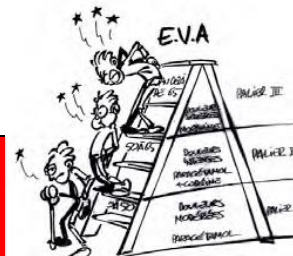
- Une échelle numérique permet au soignant de lire le chiffre correspondant à la position du curseur placé par la personne douloureuse.



Le score est marqué en demandant au patient de déplacer le curseur vers le haut jusqu'au niveau correspondant : Par exemple

« Entre un niveau 'sans aucune douleur' et un niveau 'douleur maximale' où êtes-vous ? »

- De part et d'autre de l'échelle, 5 boutons graphiques avec un intitulé pour se souvenir des 10 items de la douleur neuropathique et les transmettre si on les remarque.



Présenter la réglotte à la verticale, curseur placé sur « Pas de douleur » Face « patient » uniquement.

N.B. : Pour que l'évaluation soit pertinente, il faut :

- croire le malade, sans minorer ou majorer ce qu'il dit, et ce qu'il montre
- travailler en équipe: chaque professionnel réunit des observations pertinentes, même si elles sont contradictoires ou variables. Il est évident qu'une douleur varie ! Ainsi un même malade peut être douloureux à sa toilette et souriant une fois installé au fauteuil. C'est la confiance mutuelle que s'accorde chaque membre de l'équipe médico-soignante qui permet une juste appréciation des informations, et donc une stratégie permettant au mieux un soulagement efficace et adapté de la personne soignée.

- ne pas « enfermer le malade dans l'outil d'évaluation » : une grille ne peut remplacer le contact clinique et la relation d'aide. La relation de soin doit toujours être privilégiée, car la personne âgée décrira plus facilement sa douleur si elle perçoit la bienveillance du professionnel

LA DOULEUR

C'est la plainte la plus souvent exprimée par le patient et/ou relayée par sa famille.
La douleur est le symptôme le plus redouté et celui qui induit le plus d'inquiétude, le plus d'interrogations.

Le malade dit «j'ai mal» et ... je le crois !

«La douleur, c'est AVOIR mal, la souffrance c'est ETRE mal»

1. DEFINITION SELON L'ASSOCIATION INTERNATIONALE D'ETUDE DE LA DOULEUR (IASP) :

- ☑ La DOULEUR est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en ces termes...

2. QUELQUES CHIFFRES A MEDITER :

- ☑ 71,5% des personnes âgées de plus de 65 ans ont été douloureux au moins une fois au cours de l'année écoulée (étude PAQUID 2004)
- ☑ 70 % des malades cancéreux sont douloureux (30% en phase initiale, 90% en phase terminale)
 - 30 % d'entre eux n'ont pas de traitement antalgique,
 - 60 % disent que leur traitement antalgique n'est pas suffisant (Larue et coll. : 1995)

3. LA PRISE EN CHARGE NECESSITE :



- ☑ une connaissance des mécanismes,
- ☑ une évaluation de la douleur,
- ☑ une prescription médicamenteuse,
- ☑ la connaissance des moyens non médicamenteux,
- ☑ une coordination des acteurs de soins.



4. L'ÉVALUATION : (FAIRE SON C.O.C.Q.) :

- ☑ **L'intensité et la durée** : aiguë, chronique, durable ou persistante,
- ☑ **la localisation**,
- ☑ **le mécanisme**: excès de nociception, neuropathique, mixte,
- ☑ **le moment**
et
- ☑ **le retentissement** sur l'humeur, le sommeil, sur la qualité de vie...

C : COMBIEN ?
O : OÙ ?
C : COMMENT ?
Q : QUAND ?

5. NB : RAPPEL

■ **La douleur nociceptive :**

- Elle est liée à un excès de « noci-ception » (réception d'un événement nocif en cours). Par exemple : hématome, entorse, arthrose, fracture, ...
- Elle est inflammatoire ou mécanique, le système nerveux est intact.
- Elle cède au traitement antalgique classique bien conduit (3 paliers de l'OMS) : Paracétamol, +- Codéine, +- Morphine.

↳ **Objectif : EVA < 3 atteint dans 98%**

■ **La douleur neuropathique :**

- Reflet d'une atteinte **pathologique** du nerf (**neuro**) transmetteur de l'information, elle survient quand le système nerveux périphérique ou central est atteint.
- Causes par exemple : infectieuse (zona, herpès...), vasculaire (AVC...), traumatique (chirurgie, compression nerveuse...), toxique (radiothérapie, chimiothérapie, diabète...)...
- D'instauration souvent différée par rapport au mécanisme en cause au départ, elle s'associe à des troubles de la sensibilité et mêle douleur continue, lancinante à type de picotement, de brûlure et de fulgurance (Questionnaire DN 4).
- Elle résiste au traitement antalgique classique, mais est sensible aux antiepileptiques (GabapentineDCI : NEURONTIN®, PregabalineDCI :LYRICA®) et à certains antidépresseurs sérotoninergiques (ParoxétineDCI : DEROXAT®,...) et tricycliques (AmitriptyllineDCI :LAROXYL®, ...) .

↳ **Objectif : ⓪ de 50% de l'EVA initiale**

■ **La douleur mixte ou complexe :**

- Elle associe les caractères des deux précédentes.
- Elle est typique de la douleur cancéreuse quand, au-delà de la progression locale nociceptive, l'évolution tumorale, la radiothérapie et/ou les chimiothérapies ont entraîné des lésions nerveuses.
- Elle est fortement sous traitée et mal évaluée dans ses 2 composantes.