



**HAL**  
open science

## Douleur chez les personnes âgées non communicantes : quelle modalité pour l'évaluation?

Elsa Jeannin

► **To cite this version:**

Elsa Jeannin. Douleur chez les personnes âgées non communicantes : quelle modalité pour l'évaluation?. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01885539

**HAL Id: hal-01885539**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01885539>**

Submitted on 2 Oct 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE**

**Directeur : Professeur C. SIMON**

**DOULEUR CHEZ LES PERSONNES AGEES NON  
COMMUNICANTES :  
QUELLE MODALITE POUR L'EVALUATION?**

**MEMOIRE**

présenté pour l'obtention du

**CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE**

par

**Elsa JEANNIN**

le

15 juin 2010

**JURY :**

Président : Monsieur J. PAYSANT, Professeur  
Rapporteurs : Madame F. BRIN-HENRY, Orthophoniste  
Monsieur D. LEROND, Orthophoniste  
Assesseur : Madame I. THILTGES, Docteur



**DOULEUR CHEZ LES PERSONNES AGEES NON  
COMMUNICANTES :  
QUELLE MODALITE POUR L'EVALUATION?**

# Remerciements

En préambule à ce mémoire, je souhaitais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à remercier sincèrement Monsieur Jean Paysant, qui a témoigné de l'intérêt pour mon mémoire, et dont la présence au sein du jury a permis l'aboutissement de ce travail.

Mes remerciements s'adressent également à Madame Frédérique Brin-Henry, qui s'est toujours montrée à l'écoute et disponible tout au long de la réalisation de ce travail, et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Il en est de même pour Monsieur Didier Lerond, que je remercie pour l'aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer, et la patience dont il a fait preuve.

J'exprime ma gratitude à Madame Isabelle Thiltgès, pour son aide et ses conseils, et pour la disponibilité dont elle a su faire preuve.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers les différents professionnels de santé rencontrés lors de mon expérimentation, au sein de l'USLD du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc. Ils m'ont accueillie chaleureusement et ont témoigné de l'intérêt et de la patience à mon égard.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille, mes proches et amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la réalisation de ce mémoire.

Merci à tous et à toutes.

# Sommaire

<u>Introduction :</u>	6
<u>I Partie théorique :</u>	9
<u>I.1 La douleur :</u>	9
<u>I.1.1 Définition de la douleur :</u>	9
<u>I.1.1.1 Définition de l'IASP (International Association for the Study of Pain) :</u>	9
<u>I.1.1.2 Les composantes de la douleur :</u>	10
<u>I.1.1.3 La complexité de la douleur :</u>	11
<u>I.1.2 Quelques notions de neurophysiologie :</u>	12
<u>I.1.2.1 Le trajet de la douleur :</u>	14
<u>I.1.2.2 Les voies de la douleur :</u>	15
<u>I.1.2.3 La modulation de la douleur :</u>	16
<u>I.1.3 Les différents types de douleurs :</u>	18
<u>I.1.3.1 La douleur dans le temps :</u>	18
<u>I.1.3.2 Les mécanismes en jeu dans la douleur :</u>	19
<u>I.1.4 L'évaluation de la douleur :</u>	21
<u>I.1.4.1 Les principaux éléments d'une évaluation de la douleur :</u>	21
<u>I.1.4.2 Les limites de l'évaluation de la douleur :</u>	22
<u>I.1.4.3 Auto-évaluation de la douleur : les échelles unidimensionnelles vs pluridimensionnelles :</u>	23
<u>I.1.4.4 L'hétéro-évaluation de la douleur :</u>	26
<u>I.1.4.5 D'autres échelles d'évaluation :</u>	28
<u>I.1.4.6 L'évaluation de la douleur chez l'enfant :</u>	30
<u>I.1.5 Le retentissement de la douleur sur le patient, son entourage et sur l'équipe médicale :</u>	32
<u>I.1.6 Les particularités de la douleur chez la personne âgée :</u>	34
<u>I.1.6.1 Les caractéristiques de la douleur : causes, conséquences et perception :</u>	35
<u>I.1.6.2 Le langage de la douleur :</u>	36
<u>I.1.6.3 L'évaluation de la douleur :</u>	37
<u>I.2 La lutte contre la douleur en France :</u>	38
<u>I.2.1 L'évolution de la prise en charge de la douleur en France : le point de vue législatif :</u>	38
<u>I.2.1.1 Les plans douleur et les lois :</u>	38
<u>I.2.2 L'évolution de la prise en charge de la douleur en France : les aspects pratiques :</u>	41
<u>I.2.2.1 Les différents types de structures dans la prise en charge de la douleur :</u>	42
<u>I.2.2.2 Le processus de certification des établissements de santé :</u>	43
<u>I.2.2.3 L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP):</u>	44
<u>I.2.2.3.1 Exemple d'une EPP au Centre Hospitalier de Bar-le-Duc :</u>	45
<u>I.2.2.4 Les besoins des établissements :</u>	46
<u>I.2.3 La personne non communicante :</u>	48
<u>I.2.3.1 La définition de la personne non communicante :</u>	48
<u>I.2.3.2 Les particularités de l'évaluation de la douleur :</u>	49
<u>I.2.3.3 Les lacunes dans la définition sur la personne non communicante :</u>	50
<u>I.3 Synthèse :</u>	51
<u>I.4 Problématique :</u>	52
<u>I.5 Hypothèses :</u>	53
<u>I.6 Objectifs :</u>	55
<u>II Partie pratique :</u>	56
<u>II.1 Protocole expérimental :</u>	56
<u>II.1.1 La population :</u>	57
<u>II.1.2 Les outils utilisés :</u>	57

II.1.2.1 L'Echelle Verbale Simple (EVS) :	57
II.1.2.2 L'EVS avec les algocubes:	58
II.1.2.3 L'EVS avec les gestes:	59
II.1.3 Méthodologie :	59
II.1.3.1 Passation de l'Echelle Verbale Simple seule :	60
II.1.3.2 Passation de l'Echelle Verbale Simple avec les algocubes :	60
II.1.3.3 Passation de l'Echelle Verbale Simple avec les gestes:	61
II.1.4 L'exploitation des résultats :	62
II.1.5 Précautions méthodologiques :	63
II.1.6 Synthèse :	65
II.2 Présentation et analyse des résultats :	66
II.2.1 La passation :	66
II.2.1.1 Le déroulement de la passation :	66
II.2.1.2 Les réactions des patients :	68
II.2.1.2.1 L'attitude générale des patients :	68
II.2.1.2.2 Le comportement des patients lors de l'évaluation de la douleur :	69
II.2.1.3 Les réactions des soignants :	70
II.2.1.3.1 L'attitude initiale et pendant l'étude :	70
II.2.1.3.2 Le comportement des soignants après l'expérimentation :	71
II.2.2 Les limites de l'expérimentation :	71
II.2.3 Présentation des résultats :	72
II.2.3.1 Le cadre de l'expérimentation :	72
II.2.3.2 Les résultats :	73
II.2.4 Analyse globale des résultats :	78
II.2.4.1 Description des résultats :	79
II.2.4.2 Interprétation des résultats :	80
II.2.5 Analyse des résultats par type de patient :	81
II.2.5.1 Pertinence de l'auto-évaluation de la douleur :	82
II.2.5.1.1 Description des résultats :	82
II.2.5.1.2 Interprétation des résultats :	84
II.2.5.2 Pertinence des supports de communication :	85
II.2.6 Analyse des résultats par pathologie :	86
II.2.6.1 Description par pathologie :	87
II.2.6.2 Interprétations globales :	90
II.2.6.3 Les limites :	91
II.2.7 Synthèse :	92
II.3 Discussion :	93
II.3.1 Vérification des hypothèses :	93
II.3.2 Les limites de l'expérimentation :	94
II.3.2.1 Les limites liées au déroulement de la passation :	94
II.3.2.2 Les limites liées au personnel soignant :	94
II.3.2.3 Les limites liées aux paramètres de l'étude :	95
II.3.3 Les intérêts de l'expérimentation :	97
II.3.3.1 Intérêts pour les soignants, l'hôpital et le patient :	97
II.3.3.2 Intérêts dans la formation orthophonique :	98
II.3.4 Perspectives :	99
Conclusion :	100
Glossaire.....	102
Bibliographie.....	104
Annexes.....	107

# Introduction :

Les études s'intéressant au phénomène de la douleur se sont considérablement développées durant ces dernières décennies. Ainsi, les avancées ont permis de dépister, d'évaluer et de traiter la douleur de façon précise et, dans l'idéal, de manière systématique. Le public et les professionnels de santé ont été sensibilisés à un aspect de la santé qui était auparavant peu considéré, en raison de la méconnaissance de ses nombreuses caractéristiques. En effet, tout professionnel médical et paramédical peut être confronté à une personne douloureuse. Il importe donc, pour tout intervenant, de connaître et de savoir utiliser un outil d'évaluation de la douleur, de façon à orienter au mieux le patient. Hormis les professionnels médicaux, les professions paramédicales sont concernées. Le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste entre autres, se doivent de rentrer dans une démarche cohérente de dépistage, d'évaluation et de traitement de la douleur.

Comme tout professionnel de santé, l'orthophoniste peut recueillir la parole d'un patient douloureux. Cependant, la profession orthophonique n'est pas encore suffisamment sensibilisée à cet aspect de l'exercice. Tout patient peut être confronté à un vécu douloureux et aux angoisses qu'il engendre. L'orthophoniste doit être à même de détecter la douleur et de la caractériser pour renseigner le patient, pour le rassurer, le conseiller et lui proposer une solution adaptée. Un patient douloureux et angoissé ne peut se montrer aussi disponible et attentif à la rééducation. Le vécu traumatisant de sa pathologie entraîne des peurs qu'une douleur peut majorer, le patient pouvant songer à une rechute, une récurrence. Il est donc important d'établir un échange autour du vécu douloureux, et d'accompagner le patient dans un des nombreux aspects de sa situation clinique.

L'orthophoniste peut également être à même d'établir un échange avec un patient ayant des troubles annexes, l'empêchant de s'exprimer et de se faire comprendre. Il est ici fait référence aux patients atteints de lésions neurologiques, de pathologies dégénératives, ou de pathologies impliquant une ou plusieurs structures anatomiques en jeu dans la production verbale. Dans ce cas, l'orthophoniste peut communiquer avec le patient, autour de son vécu douloureux, par le biais d'un moyen de communication : pictogrammes, code écrit, gestes. La rééducation menée avec ce patient lui apporte, lui redonne des moyens supplémentaires pour se faire

comprendre du personnel soignant et de ses proches. Les outils d'évaluation de la douleur ont également pour objectif de rendre cette passation accessible au plus grand nombre de patients, en facilitant la communication, quelles que soient les difficultés engendrées par la pathologie du patient.

De nombreux outils d'évaluation de la douleur ont été élaborés, dans le but de pouvoir dépister et décrire la douleur, quel que soit le profil clinique du patient. Certaines échelles, plus spécialisées, ont été conçues pour compenser les entraves à cette évaluation. Ainsi, les outils d'hétéro-évaluation ont été établis pour une utilisation auprès de patients non communicants. Mais ces échelles fournissent moins d'informations, nécessaires cependant à l'identification du mécanisme en jeu et de l'origine. En outre, la définition du patient non communicant est très vaste. Elle englobe, de ce fait, des personnes ayant des capacités résiduelles de communication, ou ayant développé des stratégies de compensation.

Est-il donc nécessaire de procéder à une hétéro-évaluation, dès lors qu'un patient est considéré non communicant, du fait de sa pathologie?

N'est-il pas préférable d'utiliser un outil d'auto-évaluation de la douleur, plus fiable, en employant un ou plusieurs supports de communication pour pallier ses atteintes?

Il nous a paru utile d'évaluer la pertinence d'une auto-évaluation de la douleur auprès d'adultes non communicants, avec ou sans moyen de communication.

Dans un premier temps, il est fait une description synthétique de la ou des douleurs, de ses aspects physiologiques et de ses implications sociales. Vient ensuite une description non exhaustive des outils d'évaluation de la douleur. Dans un deuxième temps, les dispositions législatives et pratiques de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur sont détaillées, ainsi que la définition de la personne non communicante et ses lacunes.

Le chapitre suivant détaille l'expérimentation, qui fait suite à un travail d'EPP au Centre Hospitalier de Bar-le-Duc. Ce dernier concernait la douleur et son traitement chez les adultes non communicants, et s'est intéressé à l'auto-évaluation de la douleur auprès de ces patients. Cette modalité était à privilégier d'emblée et le recours à l'hétéro-évaluation se justifiait par l'absence de réponse fiable. Le travail de recherche approfondit cette constatation et permet de déterminer la pertinence de l'auto-évaluation de la douleur chez des adultes non communicants. Pour ce faire, un outil d'auto-évaluation de la douleur est utilisé auprès d'adultes communicants et non

communicants. Cette évaluation est accompagnée de l'utilisation de moyens de communication, dans le but d'identifier un support de communication pertinent et efficace. Son rôle est alors de pallier les obstacles à l'évaluation chez une population adulte non communicante.

Il est ensuite fait une description et une analyse des résultats obtenus à l'issue de l'expérimentation. Les pourcentages de réponses fiables, et d'utilisation adaptée de l'outil d'auto-évaluation de la douleur, déterminent la pertinence de cette modalité et d'un ou plusieurs moyens de communication. Une discussion détaille ensuite les limites de l'expérimentation et des résultats, ainsi que les possibles ouvertures.

# **I Partie théorique :**

## ***I.1 La douleur :***

La douleur est un phénomène complexe qui dépend de nombreux paramètres. Ce phénomène est variable dans ses caractéristiques d'un individu à l'autre, ce qui entraîne une grande diversité des situations cliniques. C'est pourquoi il existe des douleurs et non une douleur unique. Il est nécessaire de connaître un certain nombre de notions pour cerner, de façon assez générale, le phénomène que constitue la douleur. Ainsi, cette première partie fera état de l'aspect physiologique de la douleur : les facteurs et composantes entrant en jeu, les voies de la douleur, les différents types de douleur. L'évaluation de la douleur sera également abordée, avec ses particularités en fonction des populations de patients. Les implications de la douleur dans la vie quotidienne, et le cas particulier des personnes âgées vis-à-vis de la douleur, constitueront les derniers points de cette partie.

### **I.1.1 Définition de la douleur :**

#### ***I.1.1.1 Définition de l'IASP (International Association for the Study of Pain) :***

L'association internationale pour l'étude de la douleur est un acteur majeur dans le domaine de la douleur. La définition de l'IASP est la plus usitée dans les ouvrages sur la douleur.

«La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrit en termes d'un tel dommage.»<sup>1</sup>

Cette définition met en avant plusieurs caractéristiques de la douleur. Tout d'abord, c'est une expérience sensorielle et émotionnelle qui se veut donc subjective, renvoyant à différentes réalités en fonction des individus.

De plus, le phénomène douloureux comporte un aspect discriminatif mais aussi

---

<sup>1</sup> Chaffour-Ader C., Daydé M-C. (2008), *Comprendre et soulager la douleur*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, p.22.

affectif. Ainsi, l'aspect discriminatif renseigne sur les caractéristiques physiques de la douleur : localisation, intensité, durée, aspect continu ou pulsatoire. L'aspect affectif se rattache aux émotions, à l'aspect désagréable de la douleur, à son caractère supportable ou non.

En outre, les étiologies sont diverses, allant d'une lésion bien visible par le praticien à une cause masquée voire indéterminée, sans corrélation anatomo-clinique. La cause peut aussi être psychogène et ne relever d'aucune lésion à proprement parler. Bien que soulignant le caractère complexe de la douleur, cette définition omet le rôle prépondérant de la mémoire. En effet, la mémoire participe au phénomène de sensibilisation et augmente le risque de douleur chronique en l'absence d'analgésie rapide et efficace, dans le meilleur des cas préventive.

Cette définition introduit la notion de composantes de la douleur, en mettant en avant les aspects différenciés affectif et discriminatif. Il existe d'autres composantes, lesquelles sont détaillées dans la partie suivante.

### ***1.1.1.2 Les composantes de la douleur :***

Un grand nombre de paramètres entrent en jeu dans la douleur, ce qui explique la multitude de situations cliniques. Ainsi, l'âge, le sexe ainsi que des facteurs innés et acquis modulent notre perception et notre réponse à la douleur. En outre, le phénomène de la douleur fait appel à des dimensions physiologiques mais aussi psychologiques. Générées par des processus différents, ces dimensions sont cependant intriquées. L'aspect psychologique peut majorer la douleur, de même que la douleur physique peut engendrer une dépression. La douleur résulte donc de différentes composantes, dont les associations peuvent être diverses.

Plusieurs modèles existent concernant les composantes de la douleur, qui diffèrent essentiellement sur la segmentation de celles-ci. Celui retenu ici est présenté par C. Chaffour-Ader et M-C. Daydé<sup>2</sup>. Il distingue quatre composantes :

La composante sensori-discriminative se caractérise par ce que le sujet sent. Elle permet la localisation de la douleur et une définition de ses caractéristiques.

La composante motivo-affective peut-être assimilée à la souffrance : c'est une réponse affective négative générée par la douleur ou d'autres expériences

---

<sup>2</sup> Chaffour-Ader C., Daydé M-C. (2008), *Comprendre et soulager la douleur*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, p.26.

désagréables. Elle fait appel aux centres nerveux supérieurs, d'où l'implication de phénomènes d'apprentissage, de mémoire et des expériences passées.

La composante comportementale correspond aux comportements de douleur, c'est-à-dire, toutes les réactions allant du simple réflexe d'évitement aux expressions faciales. Ces comportements peuvent aussi être des manifestations orales, verbales.

Enfin, la composante cognitive détermine ce que le patient comprend de sa douleur, l'ensemble des pensées et interprétations qui accompagnent ce phénomène. En effet, certaines blessures peuvent être vécues de façon positive, telles que celles de soldats, car elles signifient la survie et le retour chez soi. A l'inverse, les séquelles d'un accident de voiture n'auront comme signification que le bouleversement d'une vie.

Cette description des composantes de la douleur illustre la diversité des situations cliniques. D'autres paramètres influent sur la douleur, notamment sur notre ressenti, notre interprétation de la douleur, et notre propension à communiquer notre vécu douloureux.

### ***1.1.1.3 La complexité de la douleur :***

Hormis les différentes composantes de la douleur, celle-ci est influencée par de nombreux facteurs qui n'engendrent pas les mêmes réactions à douleurs d'intensités égales chez deux personnes différentes.

La douleur est en partie définie par des caractères innés : nous ne sommes pas égaux devant ce phénomène, en particulier au travers de nos seuils de perception et de tolérance. Le seuil de perception correspond à la plus petite intensité d'une stimulation nécessaire pour ressentir de la douleur, tandis que le seuil de tolérance se traduit par l'intensité nécessaire pour qu'un sujet veuille que la sensation s'arrête immédiatement. Les hormones sexuelles seraient impliquées dans le phénomène douloureux, en entraînant une perception et une réponse différentes à la douleur.

Le contexte culturel influe sur notre interprétation de la douleur et sur notre manière plus ou moins explicite de la communiquer. Il sera inconvenant pour une personne de faire montre de sa douleur tandis qu'une autre communiquera sur sa douleur de façon "exagérée" aux yeux des soignants. Ceci est indépendant de

l'intensité et de l'aspect désagréable du phénomène douloureux. Cette communication de la douleur dépend fortement des pays et des groupes culturels et varie de manière importante pour une même expérience douloureuse. En outre, ces aspects culturels varient au cours du temps, au sein d'une même société. En effet, auparavant, il était coutumier de ne pas se plaindre de sa douleur. C'est pourquoi les personnes âgées ne communiquent pas toujours sur leur douleur. A l'inverse, parler de sa douleur est aujourd'hui mieux admis, voire fortement incité. Témoigner de sa douleur lors d'un accouchement est aujourd'hui courant. Dans d'autres cas, il est déconseillé de taire une douleur, qui peut signaler une pathologie parfois grave, tel qu'un cancer. Les meilleures connaissances neurologiques sur la douleur ont, en partie, permis cette évolution des pensées.

L'aspect psychologique entre également en jeu dans le vécu douloureux. La douleur chronique est très souvent liée à un syndrome dépressif. Cependant, il est difficile de déterminer ce qui, de la douleur ou de la dépression, est la cause. En effet, la douleur chronique peut entraîner des symptômes dépressifs qui, à leur tour, majorent la sensation de douleur, entraînant ainsi le patient dans un cercle vicieux.

Enfin, les facteurs cognitifs et expérimentaux jouent un rôle dans notre perception de la douleur. En effet, la mémoire des vécus douloureux passés nous permet de nous adapter et d'anticiper de nouveaux vécus douloureux. Elle peut également entraîner une sensibilisation à la douleur. La signification que l'on donne à une douleur exacerbe parfois le vécu douloureux, comme dans le cas où l'on se persuade d'être atteint d'une maladie grave.

Cette diversité du phénomène douloureux s'explique d'un point de vue physiologique. En effet, le trajet de la douleur est composé de plusieurs voies, et de nombreuses structures interviennent à chaque étape du message nociceptif<sup>3</sup>. Celles-ci peuvent avoir de multiples implications : augmenter le message ou l'inhiber, le diriger vers d'autres structures, engendrer des réponses motrices.

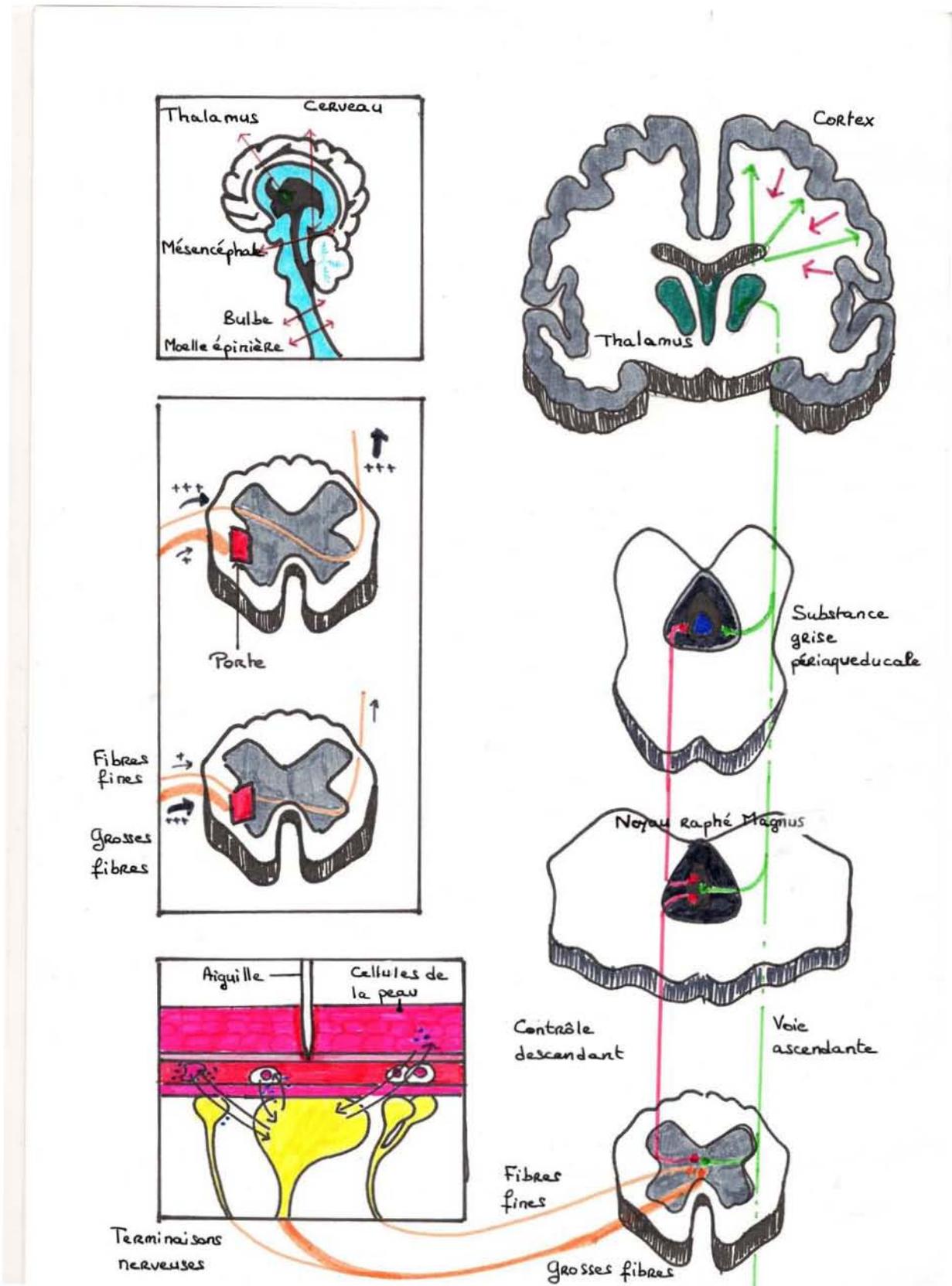
## **I.1.2 Quelques notions de neurophysiologie :**

Le trajet de la douleur est complexe, caractérisé par la diversité des récepteurs, fibres et structures relayant le message nociceptif. Il en est fait une description synthétique, à partir du schéma ci-dessous.

---

<sup>3</sup> Glossaire, p.102.

# Schéma 1 Neurophysiologie de la douleur



### ***1.1.2.1 Le trajet de la douleur :***

Les premières structures impliquées dans le trajet de la douleur sont les récepteurs. Le système nerveux est composé de cellules, les neurones, et de fibres nerveuses qui permettent le passage du message douloureux de la périphérie vers les centres supérieurs. On appelle stimulus nociceptif un stimulus à l'origine d'une douleur. Les stimulations peuvent être de différentes natures : mécanique, thermique ou chimique. Il existe des seuils à partir desquels le stimulus génère de la douleur. Les récepteurs à la douleur, qui peuvent être cutanés ou situés au niveau des viscères, sont appelés nocicepteurs. Ils génèrent un message relayé par un neurone primaire puis par les fibres nerveuses. Plusieurs types de fibres nerveuses existent et sont affectés à la transmission d'un message sensoriel particulier.

Il existe trois types de fibres nerveuses impliquées dans la transmission de la douleur. Les fibres A $\beta$  sont les seules fibres non spécialisées dans la perception de la douleur. Elles servent à la conduction des afférences non nociceptives et entrent surtout dans les processus de modulation de la douleur. Les fibres A $\delta$  sont des fibres myélinisées de petit diamètre : elles permettent une conduction rapide du message nerveux et permettent donc une localisation précise de la stimulation nociceptive. Enfin, les fibres C sont amyéliniques et de petit diamètre : leur conduction est moins rapide que les fibres A $\delta$ . Elles sont à l'origine d'une sensation douloureuse diffuse et participent à la protection des zones douloureuses. Tous les types de fibres se connectent à la moelle épinière.

Le message douloureux évolue ensuite vers la corne postérieure de la moelle épinière. La moelle se décompose en plusieurs segments, correspondant chacun à un territoire sur la peau qui envoie des informations sensorielles. Ces territoires cutanés sont appelés dermatomes. Le message nociceptif est ensuite relayé par un neurone secondaire qui peut être de deux types. Un neurone nociceptif spécifique ne répond qu'à des stimulations nociceptives tandis qu'un neurone nociceptif non spécifique peut répondre à des stimulations de natures et de territoires différents. C'est en raison de cette caractéristique que certaines personnes peuvent subir des douleurs projetées. Dans ce type de douleur, le neurone recevant des informations de territoires différents peut entraîner une interprétation erronée du message nerveux, et conduire à une autre localisation de la douleur que le territoire

initialement touché. Les voies nerveuses situées au niveau de la moelle sont appelées voies spinales. Elles relayent l'information nociceptive vers les centres supérieurs.

Le message douloureux est ainsi acheminé vers les structures supraspinales : le tronc cérébral et le thalamus. La formation réticulée, présente dans le bulbe rachidien et la protubérance, contient au sein de ces structures respectivement le noyau raphé magnus et le locus coeruleus. Tous deux jouent un rôle dans la modulation de la douleur. Le mésencéphale contient la substance grise périaqueducule (SGPA) qui intervient également dans la modulation de la douleur. En effet, ces substances entrent essentiellement en jeu dans les mécanismes d'inhibition du message nociceptif. En réponse au message, ces structures délivrent un signal qui, après avoir atteint le siège de la douleur, atténue la perception douloureuse. Le thalamus reçoit les afférences nociceptives au niveau du noyau ventral postérieur qui possède une organisation somatotopique : à chaque région de l'organisme correspond une zone précise du thalamus. Il joue un rôle dans la composante sensori-discriminative de la douleur et transmet les informations au cortex.

Il est actuellement admis que quatre structures corticales sont impliquées dans la douleur. Les cortex somatosensoriels primaire et secondaire joueraient un rôle dans la composante sensori-discriminative de la douleur. Le cortex cingulé antérieur, situé dans la circonvolution du corps calleux, et l'insula seraient, quant à eux, responsables de la composante motivo-affective de la douleur. Le trajet décrit est un trajet général, des nocicepteurs aux centres générant une réponse motrice. En effet, l'étude du trajet d'un message nociceptif a permis d'identifier plusieurs voies relayant l'information, en fonction de sa nature.

### ***1.1.2.2 Les voies de la douleur :***

Plusieurs voies ont été identifiées dans la perception de la douleur : la voie lemniscale et les voies spinothalamiques latérale et médiane. Leur différenciation tient à leur trajet ainsi qu'aux types d'afférences qu'elles relayent vers les centres supérieurs.

La voie lemniscale transmet des stimuli nociceptifs et non nociceptifs et comporte donc des fibres A $\beta$ . Elle recueille des afférences mécaniques légères, des

mouvements articulaires et des afférences viscérales.

Constituée de fibres à conduction rapide, la voie spinothalamique latérale bénéficie de champs récepteurs précis, dans l'hémicorps controlatéral. Cette caractéristique permet une localisation précise des stimulations douloureuses. Cette voie passe par le thalamus puis vers des régions corticales ayant une somatotopie précise. Elle rentre dans la composante sensori-discriminative de la douleur.

Enfin, la voie spinothalamique médiane, également appelée voie spinoréticulaire, comporte un grand nombre de fibres C et de champs récepteurs plus larges. Cette voie chemine par le thalamus puis vers des zones du cortex impliquées dans les processus mnésique et émotionnel, ce qui l'implique dans l'aspect motivo-affectif de la douleur. Outre la présence de multiples voies et structures en jeu dans la douleur, il existe des mécanismes responsables de la modulation de la douleur.

### ***1.1.2.3 La modulation de la douleur :***

La perception douloureuse n'est pas seulement dépendante du trajet des afférences. Elle est également influencée par de nombreux processus de modulation de la douleur, présents aux différents niveaux du message douloureux. Un défaut de modulation du message nociceptif peut être à l'origine de la douleur. Les différents mécanismes de modulation de la douleur impliquent diverses structures.

Comme leur nom l'indique, les mécanismes inhibiteurs spinaux se situent au niveau de la moelle épinière. La stimulation des fibres A $\beta$ , de gros calibre, entraîne une inhibition du message douloureux véhiculé par les fibres de plus petit diamètre A $\delta$  et C. Ce phénomène est appelé gate control ou portillon de la douleur, symbolisé par une porte sur le schéma 1. On peut l'observer concrètement lorsque l'on masse une zone douloureuse : le message proprioceptif mobilise les fibres A $\beta$  qui bloquent les autres fibres A $\delta$  et C responsables du message nociceptif. Cette inhibition est limitée au segment concerné par la stimulation initiale, contrairement aux mécanismes inhibiteurs supraspinaux descendants.

Ces processus de contrôle de la douleur impliquent le noyau raphé magnus ainsi que la substance grise périaqueducule, respectivement situés dans le bulbe rachidien et le mésencéphale. Suite à une stimulation mécanique, thermique, chimique ou électrique, ces zones entraînent une sécrétion de neurotransmetteurs,

dont la sérotonine et la noradrénaline. Ces structures permettent alors une importante analgésie diffuse sur l'ensemble du corps. Ces mécanismes, bien que proches, diffèrent du contrôle inhibiteur diffus nociceptif.

L'objectif premier de ce mécanisme est de mettre en relief la stimulation nociceptive, véhiculée par les fibres A $\delta$  et C, pour en permettre une localisation précise, en bloquant l'activité des neurones à convergences. Ces derniers, en l'absence de stimulation nociceptive, envoient des afférences somesthésiques non nociceptives aux centres supérieurs. Ce processus a pour conséquence une inhibition généralisée de la douleur en situation de stimulation nociceptive intense. Les structures cérébrales et neurotransmetteurs précédents sont encore en jeu. Il est également établi que les zones cérébrales ont une action dans les mécanismes de modulation de la douleur.

La douleur faisant intervenir plusieurs zones cérébrales, une action sur les centres supérieurs a pour conséquence une modulation du message nociceptif. Les connaissances sur ces zones impliquées dans la douleur ont permis l'élaboration de moyens thérapeutiques pour contrôler le vécu douloureux. Certaines procédures "thérapeutiques" se sont révélées invasives et engendrent de lourdes séquelles. Lors de douleurs chroniques particulièrement rebelles aux traitements, on pouvait avoir recours à une lobotomie en enlevant une partie du lobe frontal. La conséquence en était une indifférence de la part du patient à une douleur à laquelle il attribuait pourtant la même intensité. L'aspect motivo-affectif de la douleur était altéré par l'opération. Des techniques moins invasives ont encore lieu. L'hypnose ou la suggestion permettent de moduler les aspects sensori-discriminatif et motivo-affectif de la douleur, ce qui a été démontré par une modification de l'activité cérébrale. Cependant, la stimulation de certaines zones cérébrales peut avoir l'effet contraire en entraînant une sensibilisation à la douleur.

La stimulation de régions cérébrales intervenant dans la composante sensori-discriminative de la douleur, chez des personnes ayant déjà expérimenté de la douleur, entraîne une reproduction de ces douleurs avec la composante motivo-affective. Il y aurait un système sensori-limbique de mémorisation de la douleur. Les effets placebo et nocebo font également intervenir les centres supérieurs. Le placebo est une substance neutre administrée à la place d'une substance médicamenteuse active. Ses effets sont parfois identiques à ceux du médicament en atténuant les

symptômes. A l'inverse, un nocebo est une substance neutre qui génère des effets indésirables. L'effet placebo est l'effet bénéfique engendré par la prise d'une substance neutre, quand l'effet nocebo est un effet néfaste généré par cette prise. Dans le domaine de la douleur, la stimulation des structures cérébrales peut avoir pour conséquence une inhibition du message nociceptif, ou d'une de ses composantes, lorsqu'il y a effet placebo. Le signal nociceptif est exacerbé quand il y a effet nocebo.

Le phénomène douloureux se caractérise donc par l'implication d'une multitude de structures, de fibres, ayant chacune des rôles différents dans le trajet du message nociceptif. La diversité des récepteurs nociceptifs, des voies de transmission et des lésions potentielles entraîne l'existence d'un grand nombre de douleurs différentes.

### **I.1.3 Les différents types de douleurs :**

Il est possible de classer la douleur suivant plusieurs critères : la durée du phénomène douloureux ou les mécanismes responsables de ce dit phénomène. Ces deux critères sont indispensables pour caractériser la douleur et rendre sa description la plus fine possible en vue d'un traitement adapté.

#### ***I.1.3.1 La douleur dans le temps :***

La différenciation la plus connue est celle faite entre douleur aiguë et douleur chronique. Cependant, il existe des douleurs intermédiaires, qui seront évoquées plus loin dans l'exposé.

Le rôle de la douleur est un rôle vital : celui d'alerter en indiquant, par sa survenue, une lésion à un endroit donné du corps ou le mauvais fonctionnement d'un organe. On parle alors de douleur aiguë. Dans la littérature, ce phénomène douloureux est passager et s'interrompt avec l'identification de l'étiologie et son traitement. Sa durée ne dépasse pas trois mois. La mise en place d'un traitement contre la douleur est encore difficile, au vu des réticences de certains médecins. En effet, des visions sur la douleur aiguë persiste : elle serait normale dans un tel contexte, voire nécessaire au diagnostic. La peur des médicaments anti-douleur entre aussi en compte. Or, un traitement adapté pour soulager le patient n'est pas contre-indiqué, y compris lorsque l'étiologie n'est pas encore identifiée. En outre, il est établi qu'une persistance de la douleur peut engendrer une aggravation de l'état

du patient. Lorsque la douleur persiste dans le temps, elle est alors qualifiée de douleur chronique.

Lorsque la douleur persiste au-delà de six mois, pour la plupart des auteurs<sup>4</sup>, elle perd son rôle d'alerte. Elle devient alors une maladie à part entière qu'il faut tenter de soigner : on emploie le terme de douleur chronique. On qualifie de douleur chronique rebelle une douleur chronique résistant aux différents traitements administrés. Dans ce cas, les composantes psychologique et émotionnelle prennent une place importante, et une évaluation globale du patient est indispensable. Il n'est plus question de simples symptômes douloureux, comme dans le cas d'une douleur aiguë, mais d'une appréhension du patient dans sa globalité. Les établissements de santé spécialisés dans la prise en charge de la douleur doivent être mis à contribution le plus tôt possible. En effet, une prise en charge pluridisciplinaire précoce est de meilleur pronostic. Elle permet parfois d'éviter une pérennisation de la douleur chronique. Etant donné l'écart de temps existant entre les deux douleurs aiguë et chronique, il existe d'autres types de douleurs intermédiaires.

Hormis ces deux types de douleurs majoritairement identifiés, S. Marchand<sup>5</sup>, P. Queneau et G. Ostermann<sup>6</sup> citent la douleur subaiguë. Celle-ci persiste au-delà de trente jours mais n'excède pas six mois. Enfin, la douleur aiguë récurrente revient régulièrement lors d'épisodes distincts. Hormis cette classification, l'identification de différents types de douleurs, en fonction du système affecté et du mécanisme en jeu, permet d'adapter au mieux les traitements.

### ***1.1.3.2 Les mécanismes en jeu dans la douleur :***

Etant donné la diversité des lésions existantes, en fonction de leur nature et de leur localisation, un nombre tout aussi important de types de douleurs leur correspond.

On distingue, dans un premier temps, les douleurs nociceptives, ou douleurs par excès de nociception, et neurogènes. Il existe également des douleurs purement psychogènes, qui restent rares. Les classifications des différents types de douleurs sont globalement semblables d'un auteur à l'autre<sup>7</sup>. S. Marchand propose une

---

4 S. Marchand, C. Chauffour-Ader et M-C. Daydé ainsi que P. Queneau et G. Ostermann estiment qu'une douleur est qualifiée de chronique lorsque sa durée dépasse six mois.

5 Marchand S. (2009), *Le phénomène de la douleur : comprendre pour mieux soigner*, 2è éd., Issy-les-Moulineaux : Masson, pp.21-22.

6 Queneau P., Ostermann G. (2004), *Le médecin, le malade et la douleur*, 4è éd., Paris : Masson, pp.60-64.

7 C. Chauffour-Ader et M-C. Daydé ainsi que P. Queneau et G. Ostermann considèrent également les syndromes régionaux douloureux complexes.

classification qui présente l'avantage d'être plus précise et détaillée.

Les douleurs nociceptives sont générées par une stimulation thermique, chimique ou mécanique et sont impliquées dans les réflexes de retrait. Un stimulus nociceptif cutané, de quelque nature qu'il soit, engendre une réponse du système nerveux qui génère le retrait rapide du membre impliqué dans la douleur. Lors de l'examen clinique, la sensibilité est normale. Ces douleurs sont divisées, selon leur origine, en douleurs nociceptives somatiques, viscérales ou inflammatoires.

Les douleurs somatiques font suite à une stimulation thermique, mécanique ou chimique. Elles se caractérisent par une douleur superficielle ou profonde, un réflexe nociceptif ou une réponse automatique.

A l'origine des douleurs viscérales se trouve une distension des viscères. Elles sont constantes ou crampiformes, souvent mal localisées. Elles peuvent également entraîner une réponse automatique. Les douleurs peuvent parfois être projetées, c'est-à-dire, le système interprète mal le message en provenance d'un viscère et l'attribue à un territoire cutané dépendant de la même région nerveuse.

Enfin, les douleurs inflammatoires sont associées à des lésions tissulaires, suivies d'une réparation suscitant de l'hyperalgésie ou de l'inflammation. Elles permettent la guérison de la région blessée que le sujet évite de manipuler du fait de la douleur. Une douleur inflammatoire prédomine la nuit ou le matin, pour s'amenuiser progressivement.

Les douleurs nociceptives se différencient des douleurs neurogènes par leur localisation et leur processus. Plusieurs catégories de douleurs neurogènes existent.

Les douleurs neurogènes ou neuropathiques se caractérisent par des troubles de la sensibilité. Au sein de ces douleurs se distinguent les douleurs causalgiques et fonctionnelles.

Les premières sont liées à une lésion du système nerveux, soit périphérique soit central. Les phénomènes douloureux résultant de ces lésions s'avoisinent à des douleurs spontanées, une hyperalgésie<sup>8</sup> ou une allodynie<sup>9</sup>. En dépit de cette distinction périphérique et centrale, une composante centrale existe souvent dans des douleurs périphériques.

---

8 Glossaire, p.102.

9 Glossaire, p.102.

Les douleurs neurogènes fonctionnelles sont associées à une dysfonction du système nerveux central. Les mécanismes excitateurs sont majorés ou, dans d'autres pathologies, les mécanismes inhibiteurs sont bloqués. On observe des douleurs spontanées, diffuses, profondes ainsi que la présence d'hyperalgésie ou d'allodynie.

Le caractère complexe de la douleur, sur le plan physiologique, engendre une grande diversité des types de douleurs. Ainsi, de nombreuses structures peuvent être à l'origine d'un vécu douloureux. L'évaluation de la douleur doit tenir compte de ces caractéristiques afin d'identifier au mieux le processus douloureux, en vue d'appliquer un traitement adapté.

## **I.1.4 L'évaluation de la douleur :**

Etant donné l'intrication de nombreux paramètres dans la douleur, l'évaluation de ce phénomène doit être la plus complète et précise possible. Il faut donc disposer d'un grand nombre d'informations et d'outils de qualité.

### ***I.1.4.1 Les principaux éléments d'une évaluation de la douleur :***

Une évaluation de la douleur doit considérer le patient et sa pathologie dans sa globalité pour être la plus complète possible, et permettre une bonne adaptation du traitement. Hormis les caractéristiques de la douleur et son retentissement sur la qualité de vie, il faut aussi prendre en compte les composantes sensori-discriminative et motivo-affective du phénomène douloureux.

Il existe des informations indispensables pour évaluer et traiter la douleur, quelle qu'elle soit. Il est important de déterminer un certain nombre de caractéristiques de la douleur, de façon à l'identifier le plus précisément possible. Ainsi, il faut connaître la localisation de la douleur, sa nature superficielle ou profonde, et les éventuelles zones d'irradiation. L'intensité de la douleur est utile pour suivre l'évolution du phénomène douloureux au cours du traitement.

De plus, il est essentiel de poser des questions sur les aspects temporels de la douleur : le moment de sa première survenue, son caractère permanent ou intermittent, sa survenue à des moments particuliers. Il faut également connaître le

contexte d'apparition de la douleur : les circonstances dans lesquelles elle survient, les signes d'accompagnement, un évènement particulier qui en serait la cause.

Ces informations sont sur la douleur elle-même et permettent d'en déterminer l'étiologie dans certains cas. Mais il est important également de déterminer le retentissement de la douleur sur la qualité de la vie, dont beaucoup d'aspects peuvent être touchés. On peut citer la capacité physique, le statut, l'état émotionnel et affectif, la vie sociale, mais aussi les répercussions financières.

Il est aussi utile de déterminer les attentes du patient vis-à-vis du traitement, mais aussi ses craintes ainsi que les éventuels effets indésirables de la guérison, pour adapter au mieux le traitement. Par la suite, on se doit de vérifier la satisfaction du patient vis-à-vis du traitement et l'observance de ce traitement. Les composantes de la douleur sont aussi des éléments à analyser au cours de l'évaluation de la douleur.

Les deux composantes sensori-discriminative et motivo-affective se différencient tôt dans le système nerveux central et ne sont pas modulées par les mêmes traitements. Il est donc utile de les évaluer toutes deux pour estimer l'implication plus ou moins importante de l'une et l'autre.

La composante sensori-discriminative permet d'évaluer l'intensité de la douleur, ainsi que ses caractéristiques spatiale et temporelle. Elle est stable.

La composante motivo-affective est moins stable, car elle est facilement modulée par la manipulation psychologique et par le contexte culturel et environnemental. Elle peut être sollicitée par l'aspect aversif d'une situation sans qu'il y ait douleur pour autant. Elle est déterminée à travers un questionnaire sur l'aspect désagréable du phénomène douloureux.

Malgré des mesures très détaillées et fournies sur la douleur, il existe des limites à connaître dans les différentes échelles d'évaluation.

#### ***1.1.4.2 Les limites de l'évaluation de la douleur :***

Il existe deux types de limites que l'on peut prévenir ou contourner. L'une dépend des outils utilisés quand l'autre tient du phénomène de la douleur même.

Certaines échelles d'évaluation ne sont pas très sensibles, avec quatre ou cinq degrés dans les choix de réponses proposés au patient. L'idéal est un outil

comportant un choix suffisamment large de réponses pour obtenir une plus grande sensibilité de celui-ci. S. Marchand<sup>10</sup> ainsi que P. Queneau et G. Ostermann<sup>11</sup> jugent les échelles verbales parfois trop peu sensibles. Celles-ci, ayant un nombre restreint de qualificatifs, ne permettent pas au patient de décrire sa douleur de façon précise. Les qualificatifs, marqués par une différence trop importante entre eux, font hésiter le patient. A l'inverse, un nombre trop important d'items peut gêner le patient pour effectuer un choix entre des termes presque identiques.

Lors de l'évaluation de l'efficacité d'un traitement, les échelles numériques incitent le patient à attribuer une valeur positive au traitement. Dans le cas d'une aggravation de la douleur, si le patient a déjà donné zéro au traitement précédent, il ne peut donner une note plus faible pour quantifier cette différence. Cette évaluation nécessite également une mémoire de la douleur. D'autres tests demandent au patient d'avoir recours à la mémoire de sa douleur, en évaluant celle-ci il y a une semaine par exemple. Or, cette mémoire n'est pas fiable et peut fausser l'évaluation. Outre ces obstacles, il faut connaître les freins à une bonne évaluation sur le plan physiologique.

Il faut également prendre en compte les éventuelles variations de la douleur au cours du temps. En effet, celle-ci évolue souvent au cours de la semaine, ainsi que dans la journée. En outre, une modification de l'environnement peut aussi la moduler par le changement d'attention qui est généré dans ce cas. Il est intéressant que le patient puisse estimer l'intensité et l'aspect désagréable de sa douleur au cours de la journée et de la semaine. Le praticien obtient ainsi une bonne évaluation de la douleur au cours du temps, ainsi que l'implication des deux composantes sensori-discriminative et motivo-affective. Il est donc important de bien choisir l'outil d'évaluation en fonction des objectifs que l'on se fixe. Les échelles d'auto-évaluation sont désormais nombreuses : en voici un aperçu non exhaustif.

### ***1.1.4.3 Auto-évaluation de la douleur : les échelles unidimensionnelles vs pluridimensionnelles :***

L'évaluation de la douleur peut se faire par le biais de multiples outils. Certains sont axés uniquement sur l'intensité de la douleur, et sont alors appelés échelles

---

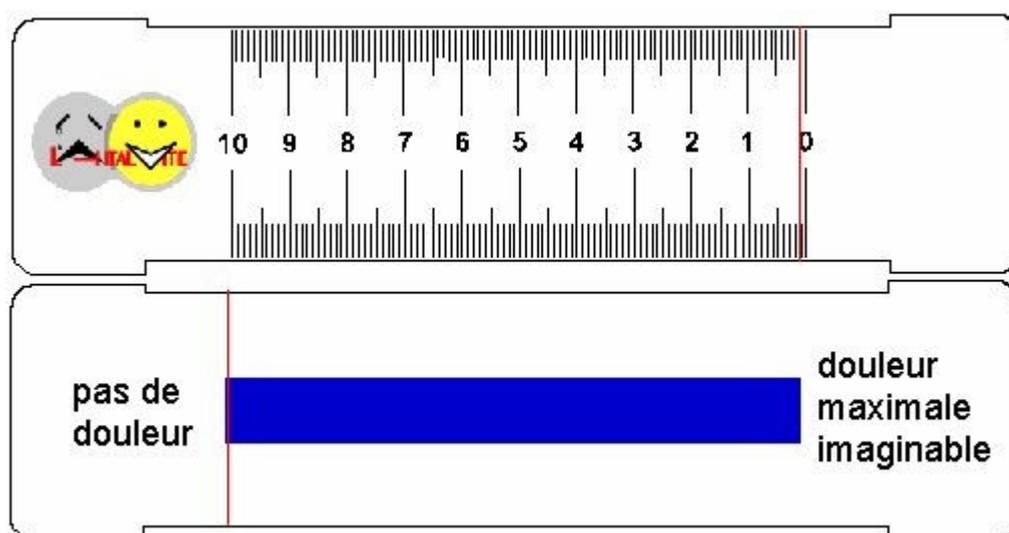
10 Marchand S. (2009), *Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner*, 2<sup>e</sup> éd., Issy-les-Moulineaux : Masson, pp.141-142.

11 Queneau P., Ostermann G. (2004 ), *Le médecin, le malade et la douleur*, 4<sup>e</sup> éd., Paris : Masson, pp.79-80.

unidimensionnelles. D'autres prennent en compte de nombreux paramètres tels que la localisation de la douleur, sa nature, sa fréquence entre autres, d'où leur appellation d'échelles pluridimensionnelles.

Les échelles unidimensionnelles comptent parmi les plus utilisées et connues. L'une des échelles les plus courantes est l'échelle visuelle analogique<sup>12</sup> (*figure 1*). Elle se présente sous la forme d'une ligne ayant à chaque extrémité une qualification de la douleur : «pas de douleur» à «douleur maximale imaginable». Le patient doit déterminer l'intensité de sa douleur en la positionnant sur cette ligne. Le praticien peut disposer d'une réglette au dos de cette ligne, qui lui permet d'associer un chiffre correspondant à la douleur du patient.

**Figure 1** Echelle Visuelle Analogique



Dans le même principe, l'échelle numérique<sup>13</sup> consiste, pour le patient, à donner un chiffre de 0 à 10, ou de 0 à 100, pour qualifier sa douleur. Les chiffres extrêmes correspondent aux terminologies vues plus haut.

En dernier lieu, l'échelle verbale simple<sup>14</sup> (*figure 2*) permet au patient de qualifier l'intensité de sa douleur à l'aide d'une série de termes. Le patient désigne le terme adéquat parmi plusieurs, sur une réglette. Les termes proposés peuvent varier d'un établissement de santé à l'autre, bien qu'ils soient globalement proches par le sens. Il existe des réglettes à cinq termes et d'autres à quatre, dans lesquelles le terme du milieu est enlevé car jugé non pertinent.

12 [consulté le 24/02/2010 : [http://www.antalvite.fr/prise\\_en\\_charge.php](http://www.antalvite.fr/prise_en_charge.php)].

13 Ibid.

14 Ibid.

**Figure 2** Echelle Verbale Simple

Absente	Faible	Modérée	Forte	Très intense
---------	--------	---------	-------	--------------

Ces échelles sont très restrictives car axées sur la seule intensité de la douleur, paramètre qui ne définit pas à lui seul un phénomène aussi complexe. Elles ont pour principal avantage une passation rapide et généralement facile, si le patient comprend bien le principe de ces outils. Ces outils permettent de mesurer l'intensité de la douleur du patient et son évolution sous l'effet du traitement administré. Néanmoins, il est nécessaire de définir le plus précisément possible la douleur d'un patient, ses caractéristiques multiples, afin d'en identifier le plus facilement l'étiologie, le mécanisme et d'adapter au mieux le traitement.

De nombreuses échelles pluridimensionnelles existent : sont ici retenus le questionnaire douleur de Saint Antoine et l'échelle DN4. Le questionnaire douleur de Saint Antoine<sup>15</sup> (*encadré 1*) est l'adaptation française du Mac Gill Pain Questionnaire (Melzack, 1975). Cet outil comporte seize groupes de mots, présentés par ordre croissant de gravité. Il consiste, pour le patient, à déterminer le terme décrivant le mieux sa douleur, puis de lui attribuer une note allant de 0 à 4. Les neuf premiers critères présentés sont des critères sensoriels, qui déterminent les caractéristiques discriminatives de la douleur. Les critères suivants sont des critères affectifs, correspondant à l'aspect désagréable de la douleur, liés aux émotions, au ressenti du patient, à l'interprétation qu'il fait de sa douleur.

---

15 Op. cit. Annexe 1.

## Encadré 1 Questionnaire Douleur de Saint-Antoine

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots, choisissez le plus exact. Donnez au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4.

Cotation : 0=Absent/Pas du tout                      1=Faible/Un peu  
                  2=Modéré/Moyennement                    3=Fort/Beaucoup  
                  4=Extrêmement fort/Extrêmement

**A** Battements  
Pulsations  
Élancements  
En éclairs  
Décharges électriques  
Coups de marteau

L'échelle DN4<sup>16</sup> est plus spécialisée car son but est de déterminer l'éventuelle présence d'une douleur neuropathique, causée par une lésion ou une dysfonction du système nerveux. Elle est composée de quatre questions sur les caractéristiques discriminatives de la douleur, le total déterminant s'il y a ou non douleur neuropathique.

Il est essentiel de bien présenter le principe de ces différents outils et de s'assurer de la bonne compréhension du patient, sans quoi cette évaluation serait faussée et le traitement probablement peu adapté. Ces conditions s'appliquent bien évidemment dans le cadre de patients comprenant, communicants et coopérants. Il existe néanmoins des situations dans lesquelles les patients ne peuvent communiquer du fait de leur pathologie qui entraîne des troubles de l'expression, de la compréhension ou encore du comportement. Ces patients sont dits non communicants et leur pathologie nécessite une adaptation des outils d'évaluation. Celle-ci peut aller jusqu'à l'utilisation d'une hétéro-évaluation par les professionnels de santé.

### ***1.1.4.4 L'hétéro-évaluation de la douleur :***

Les outils d'hétéro-évaluation sont développés depuis quelques années. Ils se basent sur la communication non verbale : attitude, mimiques, comportement en dehors et lors des soins. Ils nécessitent une bonne connaissance du patient pour pouvoir détecter une modification d'attitude, éventuellement liée à une douleur.

---

<sup>16</sup> Op. cit. Annexe 2.

## Encadré 2 Echelle Doloplus

<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>
<b>1• Plaintes somatiques</b> <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>
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>
<b>6• Toilette et/ou habillage</b> <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>
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>
<b>8• Communication</b> <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>

L'échelle Doloplus<sup>17</sup> (*encadré 2*) permet de déterminer l'existence d'une douleur à travers l'observation de plusieurs aspects : le retentissement somatique (plaintes, mimiques, positions de repli...), le retentissement psychomoteur et le retentissement psychosocial. Dans chacune de ces catégories, il faut choisir le terme le plus adapté à ce que les praticiens observent. Il s'agit le plus souvent d'une observation collégiale qui se déroule sur plusieurs jours. Il est possible de la faire repasser ultérieurement pour juger de la bonne efficacité du traitement. De présentation différente, l'échelle Algoplus<sup>18</sup> comporte le même principe que celui de l'échelle Doloplus, mais concerne la douleur aiguë. L'ECPA<sup>19</sup> (*encadré 3*) se base également sur l'observation des mimiques, attitudes, comportements, avant et pendant les soins, pour déterminer l'existence de douleurs induites.

---

17 Op. cit. Annexe 3.

18 Ibid. Annexe 4.

19 Ibid. Annexe 5.

### **Encadré 3** Echelle Comportementale de la Douleur pour Personnes Agées non communicantes

#### **1. EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE**

- 0 - Visage détendu
- 1 - Visage soucieux
- 2 - Le sujet grimace de temps en temps
- 3 - Regard effrayé et/ou visage crispé
- 4 - Expression complètement figée

Les échelles d'hétéro-évaluation comportent l'avantage de pouvoir déceler un phénomène douloureux chez un patient qui n'a pas ou plus la possibilité de la verbaliser. Néanmoins, les caractéristiques de la douleur ne pouvant être évaluées, il sera plus difficile de trouver un traitement adapté. De plus, l'hétéro-évaluation repose, malgré tout, sur une interprétation du professionnel de santé et dépend de sa bonne connaissance du patient. Elle ne sera jamais aussi précise qu'une auto-évaluation car le patient est le seul expert de sa douleur et lui seul peut orienter efficacement les praticiens vers le bon traitement<sup>20</sup>. Hormis ces outils d'évaluation de la douleur, il est important de disposer d'échelles permettant de déterminer l'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient, dans le cadre d'une douleur chronique.

#### ***1.1.4.5 D'autres échelles d'évaluation :***

Certaines échelles, plus spécifiques à la psychologie ou à la psychiatrie, permettent de déterminer les conséquences de la douleur au quotidien. Le praticien obtient ainsi une vision globale de la situation clinique du patient.

Les échelles d'évaluation de la douleur doivent être utilisées dès qu'il y a un doute ou dès qu'un patient se plaint. Cependant, elles ne suffisent pas à évaluer la situation du patient dans sa globalité : la douleur comporte de nombreux aspects, discriminatifs mais également affectifs, ce qui rend ce phénomène complexe. Il est donc important de déterminer les impacts de la douleur sur la vie du patient : on observe souvent un retentissement sur le sommeil, l'appétit, l'équilibre psychologique. Quelques-unes des échelles utiles dans ce domaine sont décrites ci-dessous.

Il existe des échelles spécifiques ou plus globales, ainsi que des dessins du corps permettant au patient de désigner les zones douloureuses, notamment dans le Questionnaire concis sur les douleurs.

<sup>20</sup> Queneau P., Ostermann G. (2004), *Le médecin, le malade et la douleur*, 4<sup>e</sup> éd., Paris : Masson, p.79.

à différents moments (moment présent, en général, semaine dernière) et évalue les répercussions de la douleur sur la vie quotidienne du patient et sur son moral. En outre, il existe des échelles permettant d'évaluer une éventuelle dépression ainsi que la qualité du sommeil.

Les échelles spécifiques sur la dépression sont la Beck Depression Inventory<sup>21</sup> (*encadré 4*) qui détermine l'existence d'une dépression et sa gravité à partir d'un score numérique. Un autre test est le Hospital Anxiety and Depression Scale<sup>22</sup>, qui comporte une partie anxiété, dépression et mène également à un score numérique. L'échelle de dépression de Hamilton<sup>23</sup> comporte le même principe en étant plus fournie et précise. Enfin, il existe une échelle concernant la population âgée : la Geriatric Depression Scale de Yesavage<sup>24</sup>. Elle consiste en un questionnaire de trente items dans sa forme originale et de quinze items dans sa forme abrégée, que le patient remplit. Quatre questions d'hétéro-évaluation sont destinées au personnel soignant pour le dépistage, dans la version longue. Concernant le sommeil, le Pittsburg Sleep Quality Index évalue la qualité du sommeil au cours du précédent mois écoulé.

#### **Encadré 4** Beck Depression Inventory

<b>Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)</b>	
0	Je ne me sens pas triste
1	Je me sens cafardeux ou triste
2	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
3	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter
0	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
1	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
2	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
3	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

Outre les patients non communicants, il existe une autre population de personnes pour lesquelles il est nécessaire d'adapter les outils d'évaluation de la douleur. Il s'agit des enfants, qui n'ont pas encore développé les capacités nécessaires pour

21 [consulté le 09/10/2009 : <http://www.echelles-psychiatrie.com/echelle-beck.php>]. Annexe 6.

22 [consulté le 09/10/2009 : <http://www.echelles-psychiatrie.com/echelle-had.php>]. Annexe 7.

23 [consulté le 09/10/2009 : <http://www.echelles-psychiatrie.com/echelle-hdrs.php>]. Annexe 8.

24 [consulté le 28/03/2010 : [www.sgca.fr/outils/gds15.pdf](http://www.sgca.fr/outils/gds15.pdf)]. Annexe 9

décrire finement leur vécu douloureux.

### ***1.1.4.6 L'évaluation de la douleur chez l'enfant :***

Les enfants ne disposent pas des mêmes possibilités pour communiquer leur douleur, du fait de leur âge et de leurs expériences réduites. Il en découle des particularités inhérentes aux tests qui leur sont destinés.

Les formes que prend l'évaluation de la douleur sont fortement dépendantes de l'âge de l'enfant et de son développement cognitif. Ainsi, chaque enfant révèle des capacités langagières, des modes de communication différents. Un nourrisson ne peut communiquer sa douleur que par des mimiques, des cris, des pleurs. Un petit enfant n'ayant pas encore accès au langage, se situant au stade préverbal, se fera également comprendre par ces modalités, ainsi que par son changement d'attitude. Cependant, bien qu'un enfant d'environ trois ans puisse communiquer son expérience douloureuse, il ne possède pas pour autant le vocabulaire nécessaire pour la décrire de façon précise. En outre, l'utilisation d'une note pour évaluer l'intensité douloureuse est trop abstraite. On estime qu'un enfant de sept ans ou plus a la capacité de décrire sa douleur avec un outil utilisé chez les adultes. Les outils d'évaluation de la douleur chez l'enfant sont donc très variés en raison des différents stades de développement de ces patients.

De nombreux outils sont à la disposition des professionnels de santé pour chaque tranche d'âge. Le paragraphe suivant comprend une liste non exhaustive de ces outils, présentés par catégorie d'âge. Les échelles d'auto-évaluation ne sont utilisées que vers quatre ans. Les tests présentés en premier lieu sont donc des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur.

En premier lieu viennent les échelles pour nourrissons et très jeunes enfants. La grille de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)<sup>25</sup> (*encadré 5*) n'est utilisable que jusqu'à trois mois. Elle consiste en l'observation des expressions faciales, des mouvements corporels, de la qualité du sommeil et de la relation à l'autre. Le Neonatal Facial Coding System (NFCS)<sup>26</sup> est utilisé pour des enfants de zéro à dix-huit mois et se base sur l'observation des expressions faciales.

---

25 [consulté le 25/02/2010 : <http://www.pediadol.org/grille-de-douleur-et-dinconfort-du-nouveau-ne-edin.html>].  
Annexe 10.

26 [consulté le 25/02/2010 : <http://www.pediadol.org/neonatal-facial-coding-system-nfcs.html>]  
Annexe 11.

## Encadré 5 Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né

### **Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)**

**élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré  
utilisable jusqu'à 6 à 9 mois**

pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs)

non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.

**score de 0 à 15, seuil de traitement 5**

#### **VISAGE**

**0** Visage détendu

**1** Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton

**2** Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées

**3** Crispation permanente **ou** visage prostré, figé **ou** visage violacé

#### **CORPS**

**0** Détendu

**1** Agitation transitoire, assez souvent calme

**2** Agitation fréquente mais retour au calme possible

**3** Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres **ou** motricité très pauvre et limitée, avec corps figé

Les outils suivants sont utilisés à partir d'un ou de deux ans. Le Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS, *encadré 6*)<sup>27</sup> fait partie des plus connus. Il concerne les enfants de un à sept ans et s'appuie sur l'observation des expressions faciales, des vocalisations et des attitudes et mouvements corporels.

## Encadré 6 Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale

### **ECHELLE CHEOPS : Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale**

élaborée et validée pour évaluer la douleur post-opératoire de l'enfant de 1 à 7 ans ou la douleur d'un soin

**Score de 4 (normal) à 13 (maximum), seuil de traitement 8**

#### **PLEURS**

**1** : pas de pleurs

**2** : gémissements ou pleurs

**3** : cris perçants ou hurlements

#### **VISAGE**

**0** : sourire

**1** : visage calme, neutre

**2** : grimace

Il existe également la grille d'hétéro-évaluation de la douleur prolongée de l'enfant (HEDEN)<sup>28</sup>, pour des enfants de deux à six ans, basée sur l'observation des vocalisations et verbalisations, des mouvements corporels et des aspects

27 [consulté le 25/02/2010 : <http://www.pediadol.org/echelle-cheops-childrens-hospital-of-eastern-ontario-pain-scale3.html>]

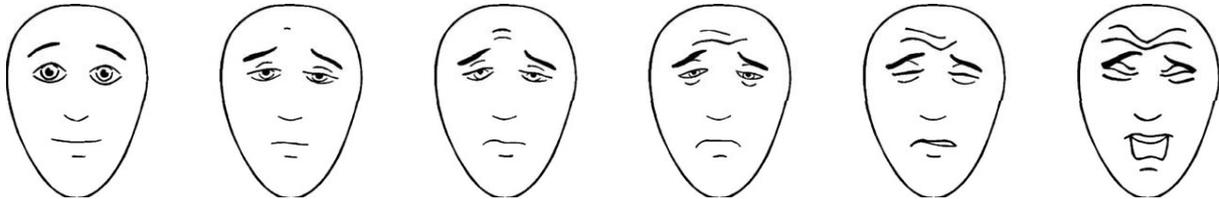
Annexe 12.

28 [consulté le 25/02/2010 : <http://www.pediadol.org/grille-heden.html>] Annexe 13.

relationnels.

Enfin, les enfants de quatre ans et plus peuvent être soumis à une auto-évaluation de la douleur. L'échelle de visages<sup>29</sup> (figure 3), de quatre à six ans, consiste à choisir le visage qui correspond le mieux à l'intensité de la douleur.

**Figure 3** Echelle de visages



A partir de sept ans, l'enfant peut utiliser les mêmes outils d'évaluation de la douleur que les adultes.

Les échelles d'évaluation sont donc nombreuses, en fonction de l'âge et de la pathologie du patient. Elles ont pour objectif d'évaluer la situation clinique de la personne dans sa globalité en s'appuyant sur les caractéristiques de la douleur, mais aussi sur l'impact de ce vécu dans le quotidien du patient. Il existe en effet de nombreuses conséquences de la douleur, chez le patient mais également chez ses proches et parfois au sein du personnel soignant.

### **I.1.5 Le retentissement de la douleur sur le patient, son entourage et sur l'équipe médicale :**

La douleur comporte un grand nombre d'implications au quotidien, influant sur la qualité de vie du patient, sur ses contacts avec l'entourage familial, social, médical. Il est ici question de douleur chronique. La douleur aiguë n'est pas caractérisée par une durée à même de modifier divers aspects de la vie quotidienne du patient. De même, elle n'engendre pas une grande souffrance chez le patient et son entourage. Le vécu douloureux peut altérer la qualité de vie du patient, mais aussi celle de son entourage, voire des professionnels de santé.

Les conséquences de la douleur sont multiples et influent sur la qualité de vie du patient, dans toutes ses dimensions. Tout d'abord, l'état physique du patient est altéré en raison de sa douleur. Il a alors tendance à limiter ses mouvements et ses

---

29 [consulté le 25/02/2010 : <http://www.pediadol.org/echelle-des-visages.html>]. Annexe 14.

activités. Dans certains cas, il est totalement dépendant de son entourage ou s'isole. De plus, le statut de la personne dans la famille se modifie. Elle n'est plus à même d'assurer certaines tâches qui lui incombent. L'état psychologique est très souvent altéré par l'expérience douloureuse : il peut y avoir un repli, un mutisme, parfois une dépression. La personne douloureuse peut être qualifiée de difficile par sa famille en raison de son humeur. Lorsque la douleur engendre ces phénomènes, les relations s'en ressentent et le patient peut perdre tout échange social. Il ne trouve plus l'envie de sortir et de rencontrer des amis. Enfin, l'aspect financier est parfois touché : la personne a besoin d'aides à domicile, de soins, d'accompagnement. Toutes ces aides ont un coût malgré des aides financières attribuées lorsqu'il y a handicap. Le patient est donc en souffrance du fait des diverses conséquences de sa douleur au quotidien. Il peut également mettre en souffrance ses proches.

La famille et les proches de la personne malade sont également en souffrance. Tout d'abord, il peut être difficile pour certains de voir le patient dans un tel état de douleur. L'entourage peut aller jusqu'à nier cette douleur pour surmonter l'épreuve. Outre la douleur même de leur proche, c'est lui-même qui peut les affecter. En effet, la personne douloureuse peut changer ses habitudes et son comportement, se montrer blessante. Elle peut également ne pas accepter sa dépendance vis-à-vis des autres et les rejeter. Enfin, le patient peut se sentir incompris, isolé dans sa douleur et être agressif à l'encontre de son entourage. Outre ces manifestations, un repli est tout aussi douloureux à vivre pour la famille et les proches qui se sentent impuissants. Il est essentiel pour l'entourage de parler avec l'équipe soignante et de se faire épauler. Il peut ainsi témoigner sa souffrance, l'extérioriser auprès de personnes attentives. Cependant, bien que disposés à écouter et aider le malade et sa famille, les professionnels de santé sont parfois affectés par cette épreuve.

Malgré l'expérience et la formation dont ils bénéficient, les soignants peuvent aussi se retrouver en situation de souffrance. Tout d'abord, le patient peut se montrer agressif et blessant à leur encontre. Outre la relation parfois difficile au malade, le sentiment d'impuissance face à cette personne douloureuse les atteint. Il est d'autant plus difficile pour un soignant de ne pas parvenir à soulager un patient. De plus, les professionnels de santé écoutent la souffrance du patient et de leur entourage qui peut tout autant se montrer agressif. Des conflits peuvent alors apparaître, que les soignants doivent gérer. En outre, ils ont à gérer la problématique du patient, de son entourage et la leur. Ainsi, la situation du patient peut renvoyer à leur propre

expérience familiale et à un vécu douloureux. Au vu de ces différents aspects, il peut être utile d'aménager des temps de parole entre les soignants.

La douleur chronique est donc génératrice de souffrance et d'inconvénients pratiques, qui pèsent sur la vie du patient et de son entourage. Ces conséquences sont souvent importantes chez les personnes âgées. Plus que dans d'autres populations, la douleur chez ces patients présente des particularités, sur les plans physiologique, perceptif et communicationnel. Les causes et les conséquences de ce vécu sont également singulières.

### **I.1.6 Les particularités de la douleur chez la personne âgée :**

La douleur, aux yeux d'un grand nombre de professionnels de santé comme au sein de la population ordinaire, était considérée, et l'est encore parfois, comme partie intégrante du processus de vieillissement. De ce fait, pourquoi chercher à évaluer et traiter une douleur qui tient sa cause dans l'âge avancé de la personne? Cette vision est parfois partagée par l'entourage, voire par le patient lui-même qui ne signalera pas sa douleur, persuadé qu'il n'y a pas de traitement possible pour lui. Les avancées en matière de prise en charge de la douleur, au travers des plans et lois présentés ultérieurement, ont permis de contrer cet état de faits. Le dernier plan douleur inscrit même la prise en charge de la douleur des personnes âgées parmi ses objectifs.

Hormis ces obstacles basés sur un manque de connaissance du patient et de l'entourage, l'évaluation de la douleur et son traitement chez la personne âgée comportent des spécificités. Ainsi, l'aspect perceptif est souvent altéré au sein de cette population.

Il est à noter que les personnes âgées sont souvent atteintes de polypathologies. En effet, elles vivent généralement avec plusieurs atteintes physiques distinctes, à l'origine de diverses douleurs. Bien qu'il soit question de la douleur au sens général, ce terme recouvre ici différents vécus douloureux, souvent simultanés.

### ***1.1.6.1 Les caractéristiques de la douleur : causes, conséquences et perception :***

La douleur de la personne âgée est généralement due à une polyopathie, ce qui a pour effet d'augmenter sa prévalence avec l'âge. Il y a plusieurs localisations douloureuses dans bon nombre de cas. Il est à noter que les douleurs sont résultantes de plusieurs pathologies, mais aussi dans certains cas, de la limitation d'activité ou de l'immobilisation engendrée par cette polyopathie. Les conséquences sont la présence d'escarres et de raideurs au niveau des membres. Les pathologies fréquentes sont l'arthrose, le zona, le cancer, entre autres. Hormis ces causes de douleur souvent retrouvées chez la personne âgée, les conséquences sont également spécifiques dans cette population.

Plus que dans les autres tranches d'âge, la douleur entraîne une limitation physique de la personne âgée. Il est fréquent pour ce patient de voir certaines de ses activités devenir difficiles, pénibles, voire impossibles à réaliser. Il n'est pas rare qu'une personne âgée renonce à certaines activités en raison de douleurs, ou par peur d'en engendrer. Dans le pire des cas, la personne âgée se retrouve totalement dépendante de son entourage et des soignants, dans toutes ses activités quotidiennes. Cette situation est particulièrement difficile à vivre et nécessite une écoute attentive et un accompagnement. La douleur est donc un phénomène qu'il faut dépister et combattre le plus tôt possible. Elle engendre de nombreuses conséquences parfois lourdes, qu'il faut éviter par un traitement précoce efficace. Néanmoins, un tel traitement peut être ardu à mettre en place, à cause de la difficulté des personnes âgées à percevoir et témoigner de leur douleur.

La personne âgée perçoit la douleur différemment, en raison de l'atteinte de structures et cellules impliquées dans le phénomène douloureux. En effet, les fibres A $\delta$ , responsables de la discrimination fine de la douleur, sont victimes de ce processus de vieillissement. La personne âgée perd alors ses capacités à localiser de manière précise la douleur et à évaluer son intensité.

Hormis cette imprécision dans les caractéristiques de la douleur, le vieillissement engendre une altération du système inhibiteur au niveau de la moelle épinière ainsi que du contrôle inhibiteur descendant. Le processus de vieillissement influe également sur l'intégration du phénomène douloureux, au niveau cortical, ce qui

entraîne une modification des comportements de douleur et de l'interprétation du vécu douloureux. Par exemple, la mémoire de la douleur est généralement altérée, d'où un manque d'anticipation et d'adaptation à la douleur. La mémoire est utile pour associer un type de douleur à une pathologie déjà expérimentée, et pour y associer les comportements et stratégies utiles.

Outre ces obstacles de nature physiologique, les personnes âgées hésitent, voire refusent de faire part de leur douleur, pour diverses raisons. De plus, lorsqu'elles alertent les professionnels de santé sur leur douleur, elles n'utilisent pas toujours les mêmes modes de communication, ce qui entraîne un risque de mauvaise compréhension.

### ***1.1.6.2 Le langage de la douleur :***

Bien que ressentant de la douleur, la personne âgée ne la communiquera pas pour autant au personnel soignant. Ainsi, un patient âgé pense plus facilement que la douleur est phénomène normal à un âge avancé. Il existe aussi des patients considérant comme dévalorisant d'exprimer sa douleur ou en décalage avec son statut familial et social.

La personne âgée évite également de parler de sa douleur par crainte des investigations, du diagnostic et des traitements. La morphine, utilisée pour lutter contre la douleur, est encore associée à une dépendance et à l'euthanasie. Elle préfère ignorer la cause de sa douleur, qu'elle voit très souvent comme une maladie grave et à plus long terme le décès.

L'aspect religieux peut également avoir un impact sur le comportement de la personne âgée vis-à-vis de la douleur. Il est ici question de la chrétienté essentiellement, où l'interprétation de la douleur diffère des visions médicales. Ainsi, cette douleur peut être perçue comme une punition divine ou la simple volonté de Dieu, la personne n'ayant d'autre choix que d'accepter en silence cette épreuve. Contredire la volonté de Dieu est impensable. Pour d'autres, elle peut signifier une mise à l'épreuve pour déterminer la foi d'une personne. Les martyres en sont un exemple, et la foi est censée rendre plus supportable la douleur. En ce sens pourquoi demander de l'aide quand Dieu est le seul à pouvoir nous soulager? Les personnes âgées, dont nombre d'entre elles sont croyantes, peuvent donc taire leur douleur en raison de croyances religieuses.

En outre, comme dans toute autre tranche d'âge, la douleur peut être liée à des aspects dépressifs, plus fréquents chez des personnes âgées isolées ou déracinées. Il est à noter que les soignants peuvent être confrontés à la situation inverse. Ainsi, certaines personnes âgées communiquent beaucoup sur leur douleur car cela constitue leur seul moyen d'attirer l'attention sur elles et d'avoir une relation de communication et d'écoute.

Enfin, l'expression d'une douleur peut se faire par des canaux de communication différents de la simple communication verbale. En effet, une personne âgée douloureuse peut montrer des comportements atypiques : l'agitation, la confusion, le mutisme, le repli ou encore l'anorexie. L'expression de la douleur est multiple et parfois inhabituelle chez ce type de patient.

Ces différents obstacles à la communication de la douleur ont des conséquences sur l'évaluation de la douleur. D'autres facteurs rendent cette dernière difficile.

### ***1.1.6.3 L'évaluation de la douleur :***

La douleur est souvent sous-estimée chez les personnes âgées, pour diverses raisons. Tout d'abord, les patients âgés communiquent souvent moins ou différemment sur leur douleur comme nous l'avons vu précédemment. Le dépistage s'en trouve donc plus difficile.

De plus, lors de l'évaluation de la douleur, la personne âgée doit faire face à des difficultés de discrimination, mais aussi parfois à des troubles sensoriels (audition, vision), d'expression et cognitifs, qui nécessitent une adaptation des outils d'évaluation. Il peut aussi y avoir un vocabulaire déficient ou différent, souvent accompagné d'une endurance générale qui faiblit vite et nécessite donc l'utilisation d'échelles d'évaluation relativement courtes.

Une autre cause des difficultés d'évaluation est l'aspect parfois atypique des localisations et des sémiologies de pathologies douloureuses. L'évaluation de la douleur chez la personne âgée comporte donc des particularités à connaître pour bénéficier d'informations complètes et précises à l'issue des tests. Outre ces singularités, les causes de la douleur se distinguent souvent de celles existant dans d'autres populations de patients.

La douleur est donc un phénomène relevant de multiples paramètres

physiologiques, environnementaux, culturels. Le vécu douloureux est unique d'un individu à l'autre, malgré des caractéristiques physiques parfois proches, avec des conséquences variant d'un patient à l'autre. La pathologie, l'âge, la culture sont autant de paramètres entraînant une grande diversité des situations cliniques. L'évaluation de la douleur nécessite une prise en compte de tous ces paramètres pour mettre en place un traitement adapté. La méconnaissance de la douleur, de son évaluation et de son traitement, est aujourd'hui combattue à travers de multiples mesures législatives et pratiques.

## ***1.2 La lutte contre la douleur en France :***

La douleur et sa prise en charge sont longtemps restées méconnues ou mal maîtrisées en France. Cependant, depuis quelques années, ce phénomène fait l'objet de nombreuses études et est placé au centre des préoccupations médicales et sociales, par la mise en place de lois et de plans successifs.

### **1.2.1 L'évolution de la prise en charge de la douleur en France : le point de vue législatif :**

Les plans douleur ont permis de fixer des objectifs concernant la douleur, son évaluation et son traitement, plusieurs fois adaptés en fonction des progrès faits dans ces domaines et des progrès restants. Ces plans ont marqué l'engagement du gouvernement dans le développement de l'évaluation et du traitement de la douleur. La volonté affichée était de sensibiliser les professionnels de santé et le public afin d'améliorer la lutte contre la douleur. Ces mesures législatives marquent une grande avancée dans les croyances et représentations de la douleur, tant dans le milieu médical qu'au sein du public. Ces plans sont aujourd'hui au nombre de trois : chaque plan détermine des objectifs en fonction de ceux établis dans le précédent et des objectifs atteints jusque là.

#### ***1.2.1.1 Les plans douleur et les lois :***

La prévention, le dépistage, l'évaluation ainsi que la prise en charge de la douleur restent relativement récents en France, et demandent encore beaucoup d'efforts concertés pour leur amélioration et leur généralisation. La sensibilisation des

différents professionnels de santé face à ces aspects est rendue possible grâce aux trois plans douleur appliqués successivement ces dernières années. Le plan 1998-2000, le plan 2002-2005 et 2006-2010 ont tous trois affiché des objectifs précis en fonction du contexte médical et des problématiques soulevées par les actions menées précédemment.

Le plan douleur 1998-2000<sup>30</sup> est axé autour de quatre objectifs :

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

Les objectifs du plan sont remplis dans une certaine mesure, avec une prise de conscience générale des professionnels de santé et une meilleure information des patients. La formation continue est développée et des centres de prise en charge de la douleur chronique rebelle sont mis en place. Viennent aussi les recommandations de bonne pratique.

Cependant, son rôle est aussi de déterminer les carences encore présentes à l'issue de sa durée d'application. Ainsi, la formation continue reste trop peu développée, tout comme les centres de prise en charge de la douleur chronique rebelle. Les échelles d'auto-évaluation de la douleur sont encore décriées quand les échelles d'hétéro-évaluation sont largement méconnues et sous-utilisées. Il est alors décidé d'établir un second plan douleur pour dégager de nouveaux objectifs d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Cinq objectifs constituent le plan douleur 2002-2005<sup>31</sup> :

- fournir une meilleure information au public
- améliorer l'accès du patient souffrant de douleur chronique à des structures spécialisées
- améliorer l'information et la formation des personnels de santé

---

30 Société Française de Santé Publique (2001), *Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur*.

31 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère Délégué à la Santé (2002), *Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005*.

- amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur
- renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

L'information des usagers se fait par le biais du «Contrat d'engagement contre la douleur», remis à tout patient dès son entrée dans l'établissement. De plus, la prise en charge de la douleur chronique est renforcée, grâce à la mise en place de centres spécialisés. La formation des professionnels se développe. La circulaire n°266 du 30 avril 2002 détermine les conditions d'engagement des établissements de santé et un guide est élaboré et distribué : «Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé». Le rôle infirmier est défini dans un décret du 11 février 2002 et il est créé un comité de suivi du programme de lutte contre la douleur.

Les difficultés soulevées au terme de ce programme sont d'ordre matériel, financier et humain pour les structures élaborées. En outre, la prise en charge de la douleur est parfois encore insuffisante et il y a un manque de concertation au sein des équipes. Le dernier plan en date (2006-2010<sup>32</sup>) prend en compte ces problèmes en fixant de nouveaux objectifs.

Ce dernier programme de lutte contre la douleur tient compte des avancées mais aussi des lacunes révélées par les plans précédents. Il affiche quatre objectifs :

- améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie
- améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients
- améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité
- structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif.

Ce plan est encore en cours d'application. Ses objectifs sont plus précis que les tout premiers objectifs élaborés en 1998, permettant ainsi une continuelle amélioration de

---

<sup>32</sup> Ministère de la Santé et des Solidarités (2006), *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*.

la prise en charge de la douleur en répondant à des nouvelles problématiques. D'autres plans nationaux de santé, dans lesquels la prise en charge de la douleur revêt une importance particulière, sont élaborés dans les mêmes temps. On peut ainsi citer le plan cancer, mais aussi les différents plans d'accompagnement et de soins palliatifs (1999-2001 et 2002-2005) et le plan qualité de vie et maladies chroniques.

Enfin, une référence «douleur» est intégrée dans la certification des établissements de santé, de façon à pouvoir promouvoir cette démarche.

Hormis ces différentes mesures, des lois sont établies pour permettre des améliorations dans le domaine de l'évaluation de la douleur et de son traitement.

Plusieurs lois intègrent le droit d'un patient de se voir prodiguer des soins et traitements dans le but de soulager sa douleur.

La loi du 4 mars 2002<sup>33</sup> assure au malade le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur en toute circonstance, droit qui est réitéré dans la loi du 22 avril 2005.

La loi du 9 août 2004 inscrit la lutte contre la douleur parmi les 100 objectifs de santé publique des cinq années à venir.

Ces lois apportent de nouveaux droits au malade, qui doivent être respectés par tout professionnel de santé. De plus, d'autres lois sont mises en place pour éviter des dérives médicales dans un domaine si complexe.

## **I.2.2 L'évolution de la prise en charge de la douleur en France : les aspects pratiques :**

Hormis les décisions législatives, la lutte contre la douleur est marquée par une série de dispositions pratiques mises en œuvre à la suite des plans douleur et des lois. Ainsi, outre la formation initiale et continue, la sensibilisation des différents professionnels de santé à la douleur, des structures de prise en charge de la douleur ont été créées : il en existe plusieurs types.

---

<sup>33</sup> Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre (2003), *Information du patient dans la loi du 4 mars 2002, accès aux informations de santé.*

### ***1.2.2.1 Les différents types de structures dans la prise en charge de la douleur :***

Trois types de structures existent dans l'évaluation et le traitement de la douleur : la consultation, l'unité de consultations anti-douleur et le centre anti-douleur.

La consultation peut être de deux types : une consultation de proximité, effectuée par un médecin libéral par exemple, et une consultation pluridisciplinaire qui se déroule au sein d'une structure. Cette structure propose au moins deux demi-journées de consultations externes et met à la disposition du personnel soignant un plateau technique (matériel et infrastructures nécessaires) sans faire bénéficier les patients de lits d'hospitalisation. Une formation y est possible. L'équipe pluridisciplinaire comprend un médecin algologue, formé aux différentes formes que peut prendre la douleur, et considère le patient dans sa globalité.

L'unité de consultations anti-douleur se trouve au sein d'un établissement de santé et offre cinq demi-journées de consultations qui peuvent être externes ou internes pour les patients de l'établissement, au cours desquelles elle assure l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Outre le plateau technique mis à sa disposition et la possibilité d'une formation, cette unité comporte des lits d'hospitalisation spécifiques, présents au sein de la structure ou dans d'autres services de l'établissement. Dans ce cas, le personnel soignant des différents services concernés doit être formé à la douleur. L'équipe pluridisciplinaire comporte un rhumatologue, un neurologue, un psychiatre ou un psychologue et assure un véritable suivi du patient en étant intégré dans un réseau constitué par les médecins généralistes et spécialistes en amont, et le centre anti-douleur en aval.

Dernier échelon des structures, le centre anti-douleur accorde des consultations externes quotidiennes et des consultations internes. Les lits d'hospitalisation spécifiques se trouvent au sein même de cette structure ou dans d'autres services de l'établissement. Une partie du personnel de ces services doit consacrer toute son activité à l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Un ou plusieurs médecins travaillent à plein temps dans cette structure, au sein d'une équipe pluridisciplinaire comportant au minimum un rhumatologue, un neurologue, un psychiatre et qui se réunit de façon hebdomadaire. Les consultations peuvent se faire à un ou plusieurs professionnels de santé, éventuellement avec un assistant

social, et la prise en charge prend en compte un traitement spécifique de la douleur ainsi qu'un suivi psychologique et une aide sociale.

Le plateau technique doit être efficace en raison de la complexité des éventuels actes à effectuer. En outre, la formation n'est plus uniquement interne ; elle est également externe par des sessions de formation continue. L'activité de recherche y est obligatoire et prend 50% du temps de travail du médecin algologue. Il y a obligation pour le personnel soignant de posséder un diplôme sur la douleur : un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) voire une Capacité d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD). Cette structure joue le rôle de centre référent en terme d'évaluation en santé et prend en charge un nombre croissant de patients souffrant de douleurs rebelles et complexes.

En dehors de ces structures spécialisées, plusieurs processus existent pour promouvoir la prise en charge de la douleur.

### ***1.2.2.2 Le processus de certification des établissements de santé :***

En juin 1999, la Haute Autorité de Santé a mis en place la procédure de certification. Celle-ci consiste en une évaluation externe du fonctionnement et des pratiques d'un établissement de santé, en s'appuyant sur des références. Ces références sont au nombre de quatre : l'aspect politique et le management de l'établissement, l'étude des fonctions transversales, la qualité de la prise en charge du patient et la présence de démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques. Ce dernier point comprend l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Les résultats de cette évaluation sont consultables par le public. Chaque référence se décline en plusieurs critères qui correspondent à des objectifs à atteindre pour l'établissement. La cotation d'un établissement se fait par la mesure des critères.

La démarche de certification comporte plusieurs objectifs : l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la mise en place de démarches d'évaluation et d'amélioration, la mise en confiance du public vis-à-vis d'un établissement. Le processus de certification s'appuie sur plusieurs principes que tout établissement doit promouvoir. Tout d'abord, le patient est placé au centre des investigations et démarches médicales et l'implication des professionnels de santé dans la qualité des soins est primordiale. Le service médical dont le patient bénéficie doit être

constamment amélioré, de même que la sécurité des usagers. L'établissement doit s'inscrire dans une démarche à long terme, tout en sachant s'adapter au cours du temps. La certification, une fois accordée, n'est valable que cinq ans : l'établissement doit donc s'engager dans une constante évaluation et amélioration de ses pratiques. L'Evaluation des Pratiques Professionnelles en est un bon moyen.

### ***1.2.2.3 L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP):***

L'évaluation des pratiques professionnelles est définie dans le décret du 14 avril 2005. Ainsi, elle correspond à «l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques». Cette démarche est obligatoire pour tous les médecins au vu de la loi du 13 août 2004. Cependant elle peut être délivrée à un médecin ayant reçu une accréditation ou dont l'établissement a récemment fait l'objet d'une certification. Cette procédure est formative, en incitant la mise en place des recommandations de bonne pratique. De plus, elle est normalement insérée dans l'exercice clinique : les professionnels de santé doivent analyser régulièrement leurs pratiques. La validation de l'EPP, valable cinq ans, est délivrée par différents organismes selon le mode de travail du médecin. L'EPP permet de mettre en lien les pratiques et les recommandations ainsi qu'une analyse des résultats obtenus. A terme, elle entraîne une constante amélioration des pratiques cliniques.

La mise en place d'une EPP doit se baser sur le choix d'un thème dans lequel des améliorations sont possibles. Le domaine choisi peut donc être la douleur : son dépistage, son évaluation ou son traitement. Vient ensuite une analyse de l'organisation et des pratiques, au sein de l'établissement, puis une prise de position du groupe EPP, renforcée par des références. Le groupe d'EPP doit définir ses objectifs en terme d'amélioration et mettre en place les actions permettant d'y aboutir. Enfin se déroule une mesure des résultats obtenus à la suite de ces actions, plus précisément une mesure de l'amélioration apportée. Une EPP implique différents professionnels de santé, à divers niveaux d'un établissement de santé.

Les médecins peuvent participer à cette démarche de façon individuelle ou collective. La Commission Médicale d'Etablissement a pour rôle de mettre en place

l'EPP au sein de l'établissement et de délivrer les certificats d'accomplissement d'une EPP aux différents professionnels. Il peut également exister une sous-commission EPP qui a pour but de valider les démarches effectuées dans l'établissement. Elle permet également des échanges autour de ces démarches en vue de développer d'autres aspects susceptibles d'être améliorés. Toute procédure d'EPP nécessite également le concours d'un médecin expert extérieur ou d'un organisme agréé. L'un comme l'autre a le même rôle : permettre le bon déroulement de la démarche d'évaluation.

### **I.2.2.3.1 Exemple d'une EPP au Centre Hospitalier de Bar-le-Duc :**

Le Centre Hospitalier de Bar-le-Duc a mis en place une EPP ayant pour thème : «*L'évaluation de l'utilisation des antalgiques de palier III chez la personne présentant des troubles de la communication en USLD*». Ce travail avait pour objectif d'améliorer le dépistage, l'évaluation et le traitement de la douleur auprès de patients non communicants. Pour ce faire, le travail effectué a tout d'abord consisté à mettre en avant les points forts et les points faibles de la démarche d'évaluation et de traitement de la douleur, au sein de l'établissement. Il a ensuite été établi des actions d'amélioration de cette démarche avec, entre autres, l'établissement d'un chemin clinique et d'un document détaillant la méthode d'évaluation et de traitement de la douleur retenue. Des formations ont été mises en place pour les professionnels de santé travaillant auprès de personnes non communicantes. Des indicateurs ont ensuite été établis de façon à évaluer l'application des nouvelles mesures issues du travail d'EPP. La comptabilisation des EVS et échelles Doloplus utilisées constitue un de ces indicateurs.

Concernant l'évaluation de la douleur, l'étude menée a mis en avant une mauvaise utilisation des outils d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation en raison d'une méconnaissance de ceux-ci. Les professionnels de santé participant au projet ont dû évaluer la pertinence des outils d'évaluation de la douleur auprès de patients non communicants. Il est ressorti de ce travail la nécessité d'une utilisation plus spécifique des échelles d'évaluation de la douleur au sein de l'USLD. Ainsi, l'auto-évaluation de la douleur est à privilégier car le patient est le plus à même de décrire avec précision les caractéristiques de son vécu douloureux. La fiabilité des réponses

est un critère d'utilisation de l'hétéro-évaluation. En effet, une absence de fiabilité de la réponse fausse l'auto-évaluation, le patient ne pouvant apporter des indications pertinentes sur sa douleur. L'hétéro-évaluation est alors à utiliser pour pallier le manque d'informations engendré par la pathologie du patient. Ces conclusions ont été diffusées dans l'établissement, auprès des professionnels de santé concernés, par la distribution de documents écrits et par la mise en place de formations.

L'ensemble des dispositions législatives et pratiques a permis de grandes avancées dans le domaine de la douleur et de sa prise en charge. Cependant, de nombreuses améliorations sont encore nécessaires dans les établissements de santé.

#### ***1.2.2.4 Les besoins des établissements :***

Les établissements de santé, bien que sensibilisés à la problématique de la douleur, doivent faire face à des manques de ressources, de plusieurs natures. Ainsi, sont constatés des manques de ressources financières, matérielles et humaines. De plus, certains services de santé sont pénalisés par un manque de reconnaissance professionnelle. Enfin, la formation continue reste très hétérogène dans les établissements.

Les possibilités des établissements de santé ne sont pas égales sur le territoire français et certains établissements ne bénéficient pas d'un apport financier suffisant pour prendre en charge les patients correctement. Ce problème entraîne une difficulté de fonctionnement des structures de l'établissement au quotidien et une baisse de la qualité des pratiques. Ce manque de ressources financières engendre un manque de personnel auprès de patients ayant un grand besoin d'accompagnement, d'écoute et de soins. En outre, les structures médicales manquent parfois de matériel, ce qui engendre une prise en charge des patients de moins bonne qualité. Les locaux et le matériel nécessaires à des investigations, des soins et un suivi de qualité font parfois défaut.

La prise en charge de patients douloureux nécessite du temps et de l'écoute, ce qui engendre une augmentation du temps consacré aux soins quotidiens. En effet, le personnel soignant doit prendre le temps de parler avec le patient et de guetter des signes d'une douleur. Il doit également éviter de générer des douleurs induites lors des soins et l'analgésie préalable demande un temps supplémentaire. Or, beaucoup de soignants ne peuvent accorder le temps nécessaire à des soins et

des échanges de qualité avec le patient. En effet, ces professionnels prodiguent des soins à un nombre trop important de patients en un temps limité<sup>34</sup>. Il est donc nécessaire de doter les établissements de santé d'un plus grand nombre de soignants pour qu'ils puissent prodiguer des soins et un suivi de qualité. Dans le cas contraire, des situations de conflit autour des soins et des douleurs induites apparaissent<sup>35</sup>. En outre, l'apparition d'une douleur peut passer inaperçue. Le manque de personnel dans des structures de prise en charge de la douleur est lié au manque de ressources financières mais aussi à une mauvaise reconnaissance professionnelle.

Différents services de soins peuvent accueillir des personnes douloureuses, du petit enfant à la personne âgée, en passant par les patients souffrant de troubles psychiatriques. Certains de ces services sont entachés d'une mauvaise réputation. Ainsi, un poste de soignant en gériatrie est entaché d'une mauvaise image. En effet, il est peu réputé de travailler auprès de personnes âgées démentes et douloureuses. A l'inverse, certains services tels que la chirurgie sont réputés. L'ajout d'une rémunération peu attrayante n'incite pas les professionnels de santé à travailler auprès de ces populations. Il serait donc utile de lutter contre ces représentations dégradantes par une meilleure information du personnel sur les différents aspects d'une telle prise en charge. En effet, bien que difficile et parfois pesant, le travail auprès de telles populations demeure très enrichissant et formateur. Il offre une approche globale du patient et demande des compétences diverses : ce travail apporte une formation complète.

Les différents états des lieux établis par la HAS décrivent une inégalité des possibilités de formation continue. Bien que primordiale dans un domaine tel que la douleur, la formation continue n'est pas égale entre les établissements du territoire français. Ainsi, quand certains établissements bénéficient d'une formation continue complète, d'autres peinent à faire bénéficier leurs soignants d'un tel apport. Ce préjudice affecte les patients et leur prise en charge qui n'est pas assurée par des professionnels sensibilisés à tous les aspects de la douleur, ou formés de façon complète.

---

34 R. Sebag-Lanoë, dans son livre *Propos sur le grand âge*, évoque la différence de rythmes entre le personnel soignant et les patients, dû au peu de soignants en regard du nombre de patients et de leurs besoins (pp.33-35).

35 R. Sebag-Lanoë, dans le même ouvrage, met en avant les situations conflictuelles qui peuvent émerger d'un tel décalage de rythme entre patients et soignants (pp.33-35).

La lutte contre la douleur nécessite de nouvelles dispositions et améliorations pour une prise en charge la plus efficace possible. Les différentes études menées sur ce phénomène ont également mis en avant des obstacles liés à une population de patients particulière. Ainsi, les mesures établies pour l'évaluation de la douleur ne sont pas applicables aux patients dits non communicants, pour lesquels des adaptations supplémentaires sont nécessaires.

## **I.2.3 La personne non communicante :**

Le patient non communicant entrave le dépistage et l'évaluation de la douleur en raison de ses difficultés à attirer l'attention des soignants sur son vécu douloureux comme le ferait un patient tout venant. Il a recours à des moyens différents pour signaler sa douleur qui peuvent être mal interprétés.

### ***1.2.3.1 La définition de la personne non communicante :***

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) porte désormais le titre de Haute Autorité en Santé (HAS). Ses recommandations d'octobre 2000 déterminent les caractéristiques d'une personne âgée non communicante :

«Les personnes âgées dites non communicantes sont des personnes âgées non verbalisantes, non comprenantes ou non participantes et par définition des personnes âgées ne pouvant pas s'auto-évaluer.»<sup>36</sup>

Une personne non communicante présente donc des troubles de l'expression, de la compréhension ou du comportement, isolés ou associés, en raison de sa pathologie. De nombreuses pathologies peuvent être à l'origine de tels troubles : les différentes formes d'aphasies, les maladies neuro-dégénératives comme la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique, les différents troubles psychiatriques entre autres. Un patient est donc considéré comme non communicant dès que l'un de ces canaux est touché. Cela engendre de nombreuses difficultés dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur.

---

<sup>36</sup> ANAES (2000), *Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*, p.5.

### ***1.2.3.2 Les particularités de l'évaluation de la douleur :***

«Une évaluation correcte de la douleur associe une échelle d'hétéro-évaluation et une analyse séméiologique et étiologique.»<sup>37</sup>

La définition de l'ANAES stipule qu'un patient non communicant n'est pas à même de décrire sa douleur et de définir ses différentes caractéristiques par le biais d'un outil d'auto-évaluation. Le dépistage de la douleur est également difficile chez ces patients qui manquent de moyens pour attirer l'attention des soignants sur leur vécu douloureux. Par conséquent, l'utilisation d'instruments d'hétéro-évaluation est recommandée aux professionnels de santé : ces outils s'appuient sur la communication non verbale (attitude, comportement, vocalisations) comme il a été vu précédemment. Cependant, l'utilisation de ces outils concerne essentiellement le moment de l'évaluation de la douleur, qui est obligatoirement précédée d'un dépistage de la douleur.

Ce dépistage peut se faire, dans l'idéal, par la passation régulière d'outils d'évaluation de la douleur, pour déterminer l'apparition d'une douleur chez un patient. Il peut également se fonder sur toute modification apparaissant dans l'attitude ou le comportement du patient, dans ses activités quotidiennes, dans ses habitudes alimentaires. Ces modifications peuvent être observées par les soignants, notamment lors des soins, mais aussi par les proches et la famille, qui connaissent bien le patient et remarquent des changements chez lui. La collaboration et la communication entre l'équipe médicale et la famille est de ce fait très importante. Le patient non communicant dispose donc de moyens de communication alternatifs, conscients ou non, pour alerter l'entourage et les soignants.

La personne non communicante se voit privée d'un ou plusieurs canaux de communication et elle va avoir recours à des moyens compensatoires pour se faire comprendre des soignants. Ainsi, un patient douloureux peut limiter ses mouvements en raison de la douleur, il peut avoir des réactions d'évitement lors d'un soin ou adopter des positions particulières pour épargner la zone douloureuse. Ses activités quotidiennes peuvent devenir limitées voire inexistantes de peur d'avoir mal : on peut aller jusqu'à un repli total avec parfois un mutisme. A l'inverse, on peut être confronté à un patient agité, délirant. L'anorexie est aussi un signe de douleur parfois, tout comme l'altération du sommeil.

---

37 Op.cit., p.6.

Les signes en faveur d'une douleur sont multiples et peuvent être mal interprétés en raison de leur nature, qui peut orienter les professionnels de santé vers d'autres hypothèses et diagnostics. Un patient, bien que non communicant, peut véhiculer des informations sur son vécu douloureux par d'autres moyens que ceux habituellement utilisés par un patient tout venant. Le facteur déterminant en faveur d'un vécu douloureux est la modification, le changement. Partant de cette constatation que le patient non communicant possède des possibilités pour transmettre son vécu douloureux, la définition de cette population de patients manque de précision.

### ***1.2.3.3 Les lacunes dans la définition sur la personne non communicante :***

Il est établi que la personne non communicante est à même de partager son vécu douloureux, en utilisant au besoin des canaux de communication différents de l'expression verbale. Elle semble donc à même de participer à une auto-évaluation de la douleur, avec des aménagements éventuels pour pallier ses troubles et rendre l'échange avec le soignant optimal. La présence d'un type de troubles (expression, compréhension ou comportement) n'altère pas la communication dans son entier. Ainsi, les malades souffrant d'Alzheimer gardent longtemps un accès au langage écrit. Ces capacités préservées à des stades avancés de pathologies rendent l'auto-évaluation de la douleur possible, avec ou sans stratégie compensatoire. Une étude ancienne<sup>38</sup> montre qu'il est possible d'effectuer une auto-évaluation avec des personnes âgées démentes et qu'il n'est pas indispensable d'avoir recours à l'hétéro-évaluation.

Un moyen de facilitation peut être employé par le patient pour améliorer la passation de l'auto-évaluation de la douleur. La personne non communicante développe souvent des stratégies pour attirer l'attention des soignants et de sa famille sur sa douleur. Certains de ces moyens sont conscients et volontaires (une position antalgique, un évitement lors des soins, des vocalisations, une limitation des mouvements). D'autres ne le sont pas forcément (anorexie, mutisme, agitation) et relèvent plus de l'aspect psychologique. Le patient utilisera probablement les moyens qui lui sont proposés pour se faire comprendre lors de l'évaluation de la

---

<sup>38</sup> Sebag-Lanoë R., Wary B., Mischlich D. (2002), *La douleur des femmes et des hommes âgés*, Paris : Masson, pp.228-229.

douleur.

### ***1.3 Synthèse :***

La douleur est un phénomène complexe, influencé par de nombreux facteurs, personnels, environnementaux, culturels, entre autres. La méconnaissance de la douleur est due aux multiples caractéristiques qu'elle comporte, et qu'il a fallu identifier. Les voies et structures en jeu dans la transmission d'un stimulus douloureux sont nombreuses, et responsables de mécanismes complexes et intriqués. La douleur peut ainsi recouvrir un grand nombre de réalités cliniques, en fonction de la nature du stimulus, de la transmission du message douloureux et des réponses engendrées.

C'est pour répondre au plus grand nombre de situations cliniques que des outils d'évaluation de la douleur ont été élaborés. Certains sont peu spécialisés et s'adressent à une large population, quand d'autres sont spécifiques à des populations pédiatriques, gériatriques, ou non communicantes. L'évaluation de la douleur est un processus qui nécessite de prendre connaissance du profil clinique précis du patient, et de bien maîtriser les différentes échelles. Cette évaluation s'est vue développée au travers de différentes mesures législatives et applications pratiques, au sein des établissements de santé. Ces dernières années sont marquées par le développement du dépistage, de l'évaluation et du traitement de la douleur.

Cependant, des connaissances restent à développer, notamment dans le domaine des personnes non communicantes. La définition de ces patients inclut de nombreuses situations cliniques et manque de finesse. De ce fait, de nombreux patients sont considérés non communicants et sont soumis à une hétéro-évaluation de la douleur. Or, la précision de cette modalité d'évaluation est moindre en regard de l'auto-évaluation de la douleur. Certains patients jugés non communicants seraient probablement à même de passer l'auto-évaluation. En effet, des patients dits non communicants sont capables d'échanger autour de leur vécu douloureux ; dans ce cas, l'hétéro-évaluation de la douleur paraît peu appropriée. L'auto-évaluation de la douleur a donc une utilité auprès de ces personnes non communicantes.

## ***1.4 Problématique :***

Nous avons vu, dans la partie théorique, les diverses caractéristiques et conséquences de la douleur. Les connaissances acquises sur ce phénomène ont permis l'élaboration d'outils d'évaluation de la douleur, conçus en fonction du profil clinique d'un patient. Nous avons également abordé la législation et les mesures pratiques mises en œuvre, dans le cadre de l'évaluation et du traitement de la douleur. Enfin, nous avons détaillé la définition de la personne non communicante et l'évaluation de la douleur dans un tel cas, la modalité privilégiée étant l'hétéro-évaluation de la douleur.<sup>39</sup>

Il en résulte que la douleur est un phénomène très complexe, qui met en jeu de nombreux paramètres. Les caractéristiques d'un vécu douloureux sont encore différentes chez une personne âgée, qui ne peut plus décrire avec précision son ressenti et qui s'habitue à vivre avec une ou plusieurs douleurs. La douleur est souvent d'ordre chronique, liée à de nombreuses pathologies, fréquentes à un âge avancé. Les maladies dégénératives en constituent une proportion importante au sein de cette population. Les personnes âgées atteintes de telles pathologies sont considérées non communicantes et sont généralement soumises à l'hétéro-évaluation de la douleur.

Cependant, la définition de la personne non communicante englobe un grand nombre de situations cliniques et de pathologies. De ce fait, les canaux de communication préservés varient d'un individu à l'autre, en fonction de son profil pathologique. Il semble erroné d'estimer qu'il n'existe plus de possibilité de communication pour ces patients. En outre, les atteintes peuvent être compensées par l'utilisation de moyens de communication permettant un meilleur échange des informations, lors d'une auto-évaluation.

Partant de cette approche, il nous a paru intéressant d'évaluer l'utilité et la pertinence de l'auto-évaluation auprès des patients non communicants, avec ou sans support de communication.

---

<sup>39</sup> ANAES (2000), *Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*, p.6.

## ***1.5 Hypothèses :***

Nous avons vu précédemment que des patients non communicants sont parfois à même d'échanger des informations, au besoin par l'intermédiaire d'un canal différent de l'expression verbale. L'emploi de l'auto-évaluation de la douleur trouve alors toute son utilité chez ces patients, capables de se faire comprendre et de comprendre autrement. Elle permet aux patients non communicants de caractériser leur douleur, par l'utilisation d'un outil précis et cadrant. En outre, un support de communication peut être ajouté à la passation, dans le but de rendre plus performant cet échange autour de la douleur du patient. De ce fait, ce moyen de communication permet, si besoin, de pallier tout ou partie des difficultés du patient.

L'hétéro-évaluation de la douleur apporte moins de renseignements sur la douleur et ses caractéristiques qu'une auto-évaluation. En effet, lors de l'auto-évaluation, le patient, seul expert de sa douleur, décrit son vécu douloureux et ses diverses caractéristiques. La douleur étant un phénomène subjectif, seul le patient peut apporter des informations précises et utiles sur son ressenti. Dans ce cas, le professionnel de santé bénéficie d'une description plus fiable et fine de la douleur, avec des informations qui l'orientent vers une sémiologie particulière. A l'inverse, l'hétéro-évaluation ne fournit que peu de renseignements sur les caractéristiques de la douleur. Elle détermine, en premier lieu, s'il y a douleur, et permet, au mieux, de localiser la ou les zones douloureuses. Enfin, cette évaluation s'appuie sur l'interprétation d'un observateur extérieur : le soignant.

L'auto-évaluation de la douleur semble donc utile et pertinente auprès d'une population non communicante. Cette modalité est plus pratique et plus rapide à utiliser pour les soignants. L'hétéro-évaluation de la douleur nécessite un entraînement pour l'employer de manière adaptée et efficace. Les conclusions qui découlent d'une auto-évaluation sont plus précises. Cette passation permet également de replacer le patient dans son rôle d'interlocuteur et de le revaloriser. Cette démarche est importante pour les patients, mais aussi pour les soignants, qui impliquent le patient dans des décisions qui le concernent, et le replacent dans son rôle de décideur. Cette modalité d'évaluation de la douleur trouve donc toute son utilité et sa valeur auprès des patients et des professionnels de santé. Les patients non communicants ayant des difficultés pour communiquer de manière optimale, un

moyen de communication ajouté à la passation paraît tout aussi pertinent. Il permet ainsi de faciliter l'échange entre le patient et le soignant lors de l'évaluation. Il est alors justifié de privilégier l'emploi d'un outil d'auto-évaluation de la douleur, avec ou sans support de communication, auprès de patients non communicants, à celui de l'hétéro-évaluation. Les objectifs qui découlent de ces hypothèses sont les suivants.

## ***1.6 Objectifs :***

En s'appuyant sur la problématique et les hypothèses énoncées précédemment, plusieurs objectifs émergent.

Dans un premier temps, il est nécessaire de mettre en avant la pertinence de l'utilisation de l'auto-évaluation de la douleur auprès des patients non communicants. Cet objectif sera atteint par l'obtention de réponses fiables au questionnaire sur la présence d'une douleur chez le patient. La pertinence de cette modalité d'évaluation sera également établie lors d'une utilisation adaptée d'un outil d'auto-évaluation de la douleur, avec ou sans moyen de communication.

Dans un deuxième temps, la pertinence d'un support de communication sera démontrée. Pour ce faire, il faudra s'appuyer sur la réussite des passations comportant un moyen de communication. L'utilisation adaptée de l'outil d'auto-évaluation permettra d'établir la pertinence d'un ou plusieurs moyens de communication.

L'atteinte de ces objectifs nécessite l'élaboration d'un protocole d'expérimentation, avec le choix de plusieurs paramètres. Ainsi, l'outil d'auto-évaluation utilisé, la population concernée, les supports de communication testés, et le déroulement de l'étude sont décrits dans la partie expérimentale.

## **II Partie pratique :**

### ***II.1 Protocole expérimental :***

L'expérimentation fait suite à un travail d'Evaluation des Pratiques Professionnelles au sein du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc. Celui-ci est intitulé : *«L'évaluation de l'utilisation des antalgiques de palier III chez la personne présentant des troubles de la communication en USLD»*. Ce travail nécessitait de déterminer les outils d'évaluation de la douleur les plus pertinents auprès de la population concernée. Il est ressorti de cette étude une utilisation de l'auto-évaluation de la douleur en première intention. Cette modalité fournit plus d'informations sur la douleur de la part du patient, qui est le plus à même de décrire son vécu douloureux. Le manque de fiabilité de la réponse apportée par le patient (stéréotypie, discours incohérent, entre autres) justifie le recours à l'hétéro-évaluation dans un deuxième temps.

Ces dispositions restent internes à l'établissement et sont difficilement applicables. Les soignants considèrent généralement les patients non communicants comme incapables de fournir une réponse fiable lors de l'évaluation de la douleur. Ils ont très souvent recours à un outil d'hétéro-évaluation, en première intention. L'expérimentation mise en place devra donc appuyer les conclusions de l'EPP précédemment menée. De plus, l'étude est validée par le Comité de Lutte contre la Douleur et les symptômes (CLUD'S) du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc. Ce comité est impliqué dans différents travaux réalisés ces dernières années, l'EPP citée précédemment en est la continuité. Deux objectifs ont émergé de ces précédents travaux, dont l'évaluation de la douleur chez la personne non communicante. Le CLUD'S est donc un acteur important dans la lutte contre la douleur, notamment au sein des patients non communicants.

L'expérimentation consiste à mettre en évidence la pertinence de l'auto-évaluation de la douleur auprès de patients dits non communicants, avec ou sans moyen de communication. Le but est ainsi de privilégier l'auto-évaluation de la douleur, toujours plus riche en renseignements que l'hétéro-évaluation. En outre, cette étude comporte comme second objectif de déterminer l'utilité et la pertinence

de supports de communication, pour pallier les difficultés communicationnelles des patients. Les paramètres de l'expérimentation sont les suivants.

### **II.1.1 La population :**

L'expérimentation se base sur une enquête quantitative et qualitative auprès de 90 patients, communicants et non communicants, de l'Unité de Soins Longue Durée du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc. Leurs pathologies sont multiples et la plupart d'entre eux ont de 80 à 90 ans. L'USLD accueille des personnes âgées dépendantes et atteintes de pathologies nécessitant un traitement et un suivi médical quotidien. Les résidents d'une telle unité ne sont plus autonomes et y vivent de façon définitive, les chambres sont personnalisées et décorées. Leur séjour dans cette structure peut durer plusieurs années.

La population cible de cette expérience est constituée des patients adultes non communicants, souffrant potentiellement d'une douleur quelle qu'elle soit. Sont considérés comme non communicants les patients atteints de pathologies engendrant des troubles de l'expression, de la compréhension ou du comportement. La consultation des dossiers de patients permet de déterminer leurs pathologies et de les catégoriser en patients communicants et non communicants. Les patients bénéficiant d'une prise en charge en Unité de Soins Longue Durée voient leur douleur dépistée et évaluée quotidiennement. Il est donc intéressant de faire bénéficier le personnel soignant d'un outil rapide et pratique, pouvant être utilisé auprès des patients non communicants. Les outils retenus pour l'expérimentation sont constitués d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur et de deux supports de communication.

### **II.1.2 Les outils utilisés :**

L'expérimentation se base sur un outil d'auto-évaluation de la douleur, l'Echelle Verbale Simple, accompagnée ou non de moyens de communication que sont les algocubes et les gestes.

#### ***II.1.2.1 L'Echelle Verbale Simple (EVS) :***

L'EVS est l'échelle d'auto-évaluation de la douleur utilisée régulièrement auprès de

la population présentée précédemment. Elle est utilisée en première intention lors du dépistage de la douleur car elle est facile d'utilisation et de passation rapide. L'EVS utilisée lors de cette expérimentation comprend quatre items pour qualifier l'intensité de la douleur : absente, faible, forte, très intense, contrairement à l'EVS classique qui comprend également le terme «modérée». Le CLUD'S du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc a éliminé ce qualificatif, estimé peu pertinent. En effet, les patients choisissent souvent le qualificatif du milieu par défaut. L'éliminer permet une distinction plus forte entre les termes proposés.

Le critère de réussite retenu pour l'auto-évaluation est l'obtention d'une réponse fiable, accompagnée de l'utilisation adaptée de la réglette et de ses termes. Le patient devra fournir une réponse adaptée à la question sur la présence d'une éventuelle douleur. Il devra ensuite utiliser la réglette et ses termes pour quantifier l'intensité de sa douleur, sans être en contradiction avec sa réponse précédente.

### ***II.1.2.2 L'EVS avec les algocubes:***

Les algocubes consistent en six cubes d'une même couleur et de tailles différentes. Le patient doit choisir un cube de façon à symboliser l'intensité de sa douleur. Ce matériel est habituellement utilisé auprès d'enfants trop jeunes pour pouvoir décrire de façon précise leur vécu douloureux. On propose à l'enfant un jeu de cubes et on lui demande de choisir le cube dont la taille correspond à l'intensité de sa douleur. La formulation employée doit être adaptée à l'âge de l'enfant.

Ce matériel ne nécessitant pas d'utiliser le canal verbal, mais un appui visuel, il semble être un support de communication utile auprès de patients non communicants. Les algocubes peuvent donc servir à pallier les difficultés de communication chez certains patients âgés, du fait de leur pathologie. Ils permettent par là-même une passation de l'échelle verbale simple auprès d'adultes non communicants. En outre, cet outil trouve son utilité auprès de patients à mobilité réduite, mais aussi de personnes atteintes de troubles visuels.

Dans le cadre de cette expérimentation, les algocubes seront au nombre de quatre pour correspondre aux quatre termes de l'EVS. Ils se présenteront sous la forme de quatre cubes de taille croissante, chacun comprenant l'item de l'EVS lui correspondant. Une autre passation aurait pu consister en la disposition des quatre cubes derrière la réglette de l'EVS, pour les faire correspondre chacun à un terme.

Cependant, cette passation était plus lourde, et les patients n'auraient probablement pas su quel matériel utiliser et désigner. L'utilisation d'algocubes avec les termes correspondants écrits permettra de déterminer le canal utilisé préférentiellement entre le code écrit et le support visuel. Cette observation sera établie en fonction des difficultés que le patient éprouvera face au matériel proposé.

### ***II.1.2.3 L'EVS avec les gestes:***

L'utilisation de gestes comporte le même objectif que le recours aux algocubes. Par le biais de gestes adaptés, le soignant tente de collaborer avec le patient non communicant, lors de la passation de l'échelle verbale simple, de façon à déterminer l'existence d'une douleur et son intensité. Ils constituent un autre moyen exploré pour améliorer la passation d'une auto-évaluation, et pour la privilégier auprès de ce type de patients. Les gestes seront élaborés avant la passation, pour chaque item du test.

L'expérimentation se déroulera donc avec trois outils différents : l'EVS seule, l'EVS avec les algocubes et l'EVS avec les gestes. L'expérimentation se déroulera en plusieurs fois, avec une passation différente à chaque fois.

### **II.1.3 Méthodologie :**

L'expérimentation se déroulera sur plusieurs semaines, étant donné le nombre important de patients à rencontrer. Ainsi, chaque type de passation se fera le jeudi, deux semaines de suite, auprès de la moitié des patients de l'USLD. Les patients passeront donc chaque type de passation à deux semaines d'intervalle. Ne seront considérés dans l'étude que les patients ayant participé aux trois passations successives. Ainsi, les patients absents pendant la journée de passation, en raison d'examens, seront exclus de l'expérimentation, de même que les patients arrivés en cours d'expérimentation. De plus, ne seront pas inclus dans l'expérimentation les patients placés en isolement, c'est-à-dire les personnes très fragiles qui ne doivent pas être mises en contact avec des agents pathogènes. Les procédures d'hygiène nécessaires pour voir ces patients sont chronophages, et le risque d'infections nosocomiales est accru en raison des nombreux passages.

### ***II.1.3.1 Passation de l'Echelle Verbale Simple seule :***

La première passation de l'Echelle Verbale Simple se fera sur deux jours, sans support de communication. Les patients communicants et non communicants de l'Unité de Soins Longue Durée seront concernés par cette passation.

Lors de cette passation, la réglette sera présentée au patient et la question posée sera la suivante : «Là, maintenant, avez-vous mal?». Si le patient ne réagit pas, la question pourra être répétée. De plus, si le patient manifeste une mauvaise compréhension de la question (je me sens mal et non j'ai mal), la question pourra être reformulée : «Avez-vous de la douleur?». En effet, le terme douleur ne permet plus cette confusion. Cette question pourra être employée dans le cas d'une absence de réponse également. Une dernière question pourra être posée, en se basant sur la réglette : «Comment est votre douleur?», dans l'hypothèse où le code écrit apporte une aide. Enfin, il sera nécessaire de s'assurer de l'attention du patient au préalable, en posant des questions qui ne seront pas en rapport direct avec la douleur.

Lorsque le patient répondra par la négative, et qu'il aura lu la réglette, le terme «absente» sera désigné sur la réglette et accompagné de la question : «Donc votre douleur est comme ça?». S'il y a absence de compréhension, le terme sera inséré dans une nouvelle question : «Votre douleur est absente?». Cela permettra une confirmation des propos du patient et une vérification de la bonne compréhension de l'usage de la réglette et de ses termes, à l'écrit ou à l'oral.

Quand le patient répondra par l'affirmative, après avoir lu la réglette, la question posée sera : «Comment est votre douleur?», en accompagnant la question d'un geste vers la réglette. Le patient nommera ou désignera alors le terme adéquat. S'il y a absence de réponse, les différents termes seront proposés à l'oral.

### ***II.1.3.2 Passation de l'Echelle Verbale Simple avec les algocubes :***

La deuxième passation de l'Echelle Verbale Simple s'effectuera auprès des mêmes patients, dans les mêmes lieux, après une durée approximative de deux semaines. Elle sera complétée par les algocubes pour évaluer la possible facilitation de la passation par ce support.

Dans le cadre de l'expérimentation, les cubes seront disposés devant le patient, dans un ordre identique à celui des termes de la réglette. Les mêmes questions seront posées au patient. Il sera utile d'évaluer si le patient s'appuie préférentiellement sur le code écrit ou sur la taille des algocubes. Il est à noter que les patients non douloureux éprouveront probablement de la difficulté à désigner le cube «absente», s'ils s'appuient sur la taille des algocubes. En effet, une absence de douleur se traduirait tout aussi bien par l'absence d'algocube. En revanche, lorsqu'il y aura appui sur le code écrit, le patient désignera sans hésitation le premier cube.

### ***II.1.3.3 Passation de l'Echelle Verbale Simple avec les gestes:***

La dernière passation se fera auprès des précédents patients, avec l'ajout de gestes à l'EVS. Ces gestes seront proposés en même temps que le seront les termes de la réglette, à l'oral. Ainsi, après la réponse du patient à la première question, chaque geste sera produit au-dessus du terme écrit correspondant, en même temps que l'oralisation des items. Les gestes seront associés à une mimique signifiant une douleur croissante. Les gestes employés en fonction des termes seront les suivants :

- absente : mouvement horizontal de la main à plat, de gauche à droite et inversement, sans mimique.
- faible : espacement peu important du pouce et de l'index, avec une mimique peu marquée.
- forte : espacement plus important du pouce et de l'index, avec une mimique marquée.
- très intense : ouverture complète de la main, avec une mimique très marquée.

Il est à noter que la voix pourra traduire également les variations d'intensité, lorsque seront lus les items de la réglette. Les différentes passations terminées, il sera nécessaire d'organiser les résultats obtenus pour pouvoir les interpréter.

## **II.1.4 L'exploitation des résultats :**

Les résultats obtenus seront analysés de différentes façons.

Tout d'abord, des pourcentages seront établis en fonction de différents critères. L'absence de réussite, l'obtention d'une réponse fiable sans utilisation adaptée de la réglette, puis avec utilisation adaptée de la réglette, seront calculées en pourcentages.

Ces calculs seront établis sur la base de la population totale de l'USLD, dans un premier temps. Ainsi, la réussite globale sera évaluée en fonction des différentes passations, sans tenir compte de la différenciation patient communicant et non communicant. A partir de cette analyse, il sera possible de déterminer, de façon générale, l'impact des supports de communication sur la passation de l'EVS.

Ensuite, des pourcentages seront élaborés pour chaque type de population. Ils seront calculés pour les trois passations. Les attitudes des patients pourront être relevées pour fournir un complément d'information et une différenciation. Les patients communicants et non communicants seront donc considérés de façon séparée. La réussite globale de l'EVS, ainsi que l'impact des moyens de communication, seront établis pour chaque type de population. Il en ressortira probablement un support de communication plus pertinent.

Enfin, il sera peut-être intéressant de considérer la population des patients non communicants. A l'intérieur de cette population, les patients seront répartis en fonction de leur pathologie, ou du trouble dominant dont ils sont atteints. Les troubles d'expression, de compréhension ou du comportement, engendrent probablement différents types de difficultés dans la passation. Des pourcentages seront éventuellement établis pour chaque type de patient, en fonction de sa pathologie ou de son trouble dominant.

Malgré l'établissement des divers paramètres de l'expérimentation, il existe un certain nombre de biais qui pourront l'affecter. Ceux-ci sont exposés dans la partie suivante.

## II.1.5 Précautions méthodologiques :

Plusieurs éléments peuvent biaiser l'expérimentation.

En effet, les moyens de communication pour la passation de l'EVS sont nombreux et variés. Il n'est pas possible de tous les étudier, et il y a donc obligation de choisir certains outils, dont la pertinence n'est pas meilleure que d'autres. Le choix des algocubes, support parfois abstrait pour les patients, n'est peut-être pas très pertinent. Le lien avec les items de l'EVS peut être difficile à établir car la correspondance entre ce matériel et les termes de la réglette n'est pas complète. Le terme «absente» devrait correspondre à une absence de cube dans l'absolu, ce qui rendrait la désignation impossible. Les algocubes risquent donc de générer des difficultés lors de leur manipulation, ce qui les rendra peu utiles et peu pertinents comme support de communication.

La population source est composée de patients présentant une douleur chronique, mais des cas de douleur aiguë peuvent apparaître au cours de l'expérimentation. Or, les caractéristiques de ces deux types de douleur diffèrent : la douleur chronique peut être moins souvent signalée qu'une douleur aiguë. Le caractère récent de la douleur aiguë peut susciter une réaction plus vive chez le patient, en particulier s'il s'agit d'une douleur inhabituelle du point de vue de ses caractéristiques. A l'inverse, la douleur chronique est présente depuis plusieurs mois, parfois plusieurs années. Le patient s'est habitué à vivre avec cette douleur et pense généralement que les soignants ne peuvent rien faire contre ce vécu douloureux. Il aura donc tendance à ne pas tenir compte de cette douleur lors d'une évaluation, et affirmera ne pas avoir mal. Les résultats de l'expérimentation seront probablement meilleurs que ceux obtenus dans une population atteinte uniquement de douleur chronique. Les patients signalant leur douleur seront majoritairement ceux atteints de douleur aiguë.

Enfin, toutes les catégories de patients non communicants sont intégrées dans l'expérience. Or, des pathologies diverses constituent cette population, et par conséquent des stratégies de compensation différentes. Il est donc possible d'obtenir des résultats différents au sein des patients non communicants, selon le type de trouble et le type de pathologie, pour un même outil d'évaluation. Ainsi, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer auront probablement plus de facilité avec le code écrit, préservé à des stades avancés de cette pathologie.

Une fois l'expérimentation appliquée, les résultats permettront d'établir des conclusions sur la passation de l'EVS auprès de patients non communicants, avec ou sans support de communication.

## **II.1.6 Synthèse :**

L'expérimentation consistera donc à mettre en place trois passations : l'EVS seule puis l'EVS avec algocubes et l'EVS avec gestes. Cette auto-évaluation de la douleur se déroulera auprès de 90 patients communicants et non communicants d'une USLD. Les passations s'accompagneront d'observations, de façon à décrire le plus précisément possible les caractéristiques d'une auto-évaluation de la douleur auprès d'une telle population. En outre, des pourcentages seront calculés à partir des résultats obtenus, dans le but de déterminer la réussite des passations chez les patients non communicants.

Le DIM (correspondant du CIL) a notifié son accord pour l'accès aux dossiers des patients et la mise en place de l'étude au sein de l'établissement, après avoir vérifié l'anonymat des données. Le déroulement de l'expérimentation rentre dans la démarche d'évaluation quotidienne de la douleur, ce qui rend cette démarche possible. Le protocole expérimental et les grilles d'analyse ont été vérifiés.

Les objectifs de cette expérimentation sont au nombre de deux. Tout d'abord, cette étude cherchera à démontrer la pertinence de l'auto-évaluation de la douleur chez les adultes non communicants. Ceci confirmera les conclusions de l'EPP et l'utilité de la démarche initiée au sein de l'établissement, à la suite de ce travail précédemment évoqué. L'utilisation de l'auto-évaluation de la douleur en première intention apportera une passation simple et rapide aux soignants. La douleur des patients sera mieux quantifiée et qualifiée, avec par la suite un traitement plus adapté. Les patients se verront également considérés dans leur statut d'interlocuteur, et participeront à part entière à l'évaluation et à la prise en charge de leur vécu douloureux. De plus, il sera utile de déterminer la pertinence d'un support de communication, pour pallier les obstacles à l'auto-évaluation de la douleur auprès de la population non communicante. La passation de l'auto-évaluation de la douleur sera alors la plus efficace possible.

## **II.2 Présentation et analyse des résultats :**

### **II.2.1 La passation :**

L'expérimentation s'est déroulée en six fois, de janvier à mars, chaque passation se faisant sur deux jeudis de suite. Les trois passations reposaient sur l'utilisation de l'Echelle Verbale Simple seule, puis avec les algocubes et les gestes. L'objectif premier de cette expérimentation était de mettre en avant la pertinence de l'utilisation de l'EVS auprès de populations dites non communicantes. Le second objectif consistait à évaluer et comparer l'utilité de supports de communication tels que les algocubes et les gestes, auprès de ces patients.

#### **II.2.1.1 Le déroulement de la passation :**

La passation s'est déroulée pendant les journées citées dans le tableau ci-dessous. Chaque patient concerné par les trois passations est caractérisé par un numéro :

<b>Date</b>	<b>Patients</b>	<b>Passation</b>
21/01/10	<u>Groupe 1</u> : 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 83 + <u>certains patients du groupe 2</u> : 2, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28.	EVS
28/01/10	<u>Groupe 2</u> : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 65, 67, 73, 74, 84, 85, 86, 87, 88, 90.	EVS
04/02/10	Groupe 1	EVS + algocubes
11/02/10	Groupe 2	EVS + algocubes
04/03/10	Groupe 1	EVS + gestes
11/03/10	Groupe 2	EVS + gestes

Les groupes se sont formés en fonction des patients qu'il était possible de voir lors de la première journée. Il fallait voir un nombre minimum de résidents, à savoir la moitié par journée. Les patients exclus de l'expérimentation, car n'ayant pas participé à toutes les passations, ne figurent pas dans ce tableau. En effet, ceux-ci ne sont pas pris en compte dans les résultats, et les rajouter nuirait à la lisibilité du tableau ci-dessus. Il est à noter, bien que cela ait peu de risques de biaiser l'expérimentation, que les patients n'ont pas tous été vus selon les délais fixés initialement. En effet, certains résidents ont passé l'EVS deux semaines de suite, en raison d'une première passation mal menée. De plus, la deuxième et la dernière passation étaient plus espacées, ce qui n'a pas empêché certains patients de se souvenir de la passation de l'évaluation de la douleur.

Chacune des six journées d'expérimentation se déroulait de la même façon :

<b>Arrivée</b>	<p><u>Bureau des infirmières</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérification de la répartition des patients par chambre.</li> <li>- Prise de connaissance des départs et arrivées.</li> <li>- Activités des patients dans la matinée et patients concernés.</li> </ul> <p>Ces vérifications s'effectuaient dans chacun des trois étages de l'USLD.</p>
<b>Matinée</b>	<p>Voir les différents patients du groupe concerné, en fonction de leur disponibilité, de leur état de fatigue, sans ordre préétabli. Patients vus dans leur chambre, dans les couloirs ou dans la salle de vie commune. Se présenter au patient : donner son nom, son statut, la raison de sa venue. Disposer la réglette devant le patient. Si le patient lit les items, redire les termes mal lus. Poser la question initiale : «Là maintenant, avez-vous mal?» et reformuler en cas de non compréhension. Demander au patient de confirmer sa réponse avec la réglette, et de quantifier sa douleur. Lors de la passation, noter le score à l'EVS sur une feuille à laisser au bureau des infirmières, à la fin de la journée. Pour chaque patient, noter les observations sur la réussite ou l'échec de la passation, l'attitude du patient, ses capacités sensorielles, langagières et cognitives, ses remarques.</p>
<b>Après-midi</b>	Voir le reste des patients du groupe 1 ou 2.
<b>Départ</b>	Laisser une feuille de scores à l'EVS, pour les patients vus dans la journée, à chaque étage concerné.

Pour chaque passation, il était nécessaire de mettre en place des adaptations de façon à rendre le déroulement de l'évaluation le plus efficient possible. Parfois, il y avait nécessité d'expliquer plusieurs fois le principe et le but de la passation d'une

évaluation de la douleur. Il était essentiel de vérifier au préalable que le patient avait bien ses lunettes et/ou son appareil auditif, s'il en éprouvait le besoin. Un oubli pouvait mener à une interprétation erronée, en pensant que le patient présentait des troubles de compréhension sévères.

Canaliser l'attention du patient au préalable était nécessaire, en se mettant à sa hauteur, en positionnant l'échelle d'évaluation de façon adaptée par rapport à lui. En outre, il ne fallait pas hésiter à se répéter, à reformuler les questions et à vérifier la réponse du patient. Il fallait utiliser tous les canaux de communication possibles, de façon simultanée : le code écrit, l'oral, un éventuel moyen de facilitation. La passation de l'évaluation de la douleur dépendait fortement des patients, de leur réaction et de leur attitude.

### ***II.2.1.2 Les réactions des patients :***

#### **II.2.1.2.1 L'attitude générale des patients :**

La plupart des patients se sont montrés coopérants lors de mon arrivée. Bon nombre d'entre eux n'avaient pas d'occupation, et peu avaient des visites. Des profils différents composaient la population des résidents. Certains regardaient par les fenêtres et regrettaient de ne pouvoir sortir. Ils étaient généralement conscients de leur état de santé, et témoignaient leur angoisse d'atteindre un stade de démence avancé, comme d'autres résidents. Les patients récemment accueillis, avec des capacités cognitives résiduelles, se trouvaient désœuvrés et interpelaient les autres patients. L'arrivée était d'autant plus dure lorsque leur admission faisait suite à un accident brutal, et non à un processus dégénératif insidieux.

D'autres patients ne faisaient preuve d'aucune demande, ni envie de quelque sorte lors des journées d'expérimentation. Ces résidents se trouvaient dans un état d'attente et de passivité, sur lequel ils s'exprimaient parfois. Ils ne faisaient preuve d'aucune curiosité et une sorte de lassitude semblait les caractériser. Quelques patients, quant à eux, témoignaient leur désir de mourir, se sentant diminués et très dépendants. L'aspect psychologique est difficile à évaluer chez des patients déments, très fluctuants sur le plan de l'humeur et des capacités cognitives. Les relations et la communication entre patients n'étaient pas toujours faciles, bien que des affinités se créaient parfois. Certains patients montraient le désir de rester seuls

et ne cherchaient pas à communiquer, quand d'autres pouvaient aller jusqu'à monopoliser un échange avec leur voisin ou voisine de chambre. La mise en place de l'expérimentation a révélé des attitudes particulières chez les patients, vis-à-vis de l'auto-évaluation de la douleur.

### **II.2.1.2.2 Le comportement des patients lors de l'évaluation de la douleur :**

Il était rarement utile de lire les termes de la réglette pour les patients. En effet, la plupart d'entre eux avaient le réflexe de lire les items dès la présentation de l'échelle. De nombreux patients considéraient d'emblée la réglette comme un exercice de lecture. Pour d'autres, leur curiosité vis-à-vis de ce matériel se traduisait par le besoin d'identifier les termes écrits. Beaucoup de patients ne paraissaient pas familiarisés avec cet outil. Cependant, certains se souvenaient de l'utilité de la réglette d'une passation à l'autre, souvent de manière un peu confuse. Une patiente, en particulier, parlait automatiquement des douleurs qu'elle avait eues dans la matinée, à la vue de l'échelle d'évaluation. D'autres se familiarisaient vite avec la passation, et attendaient la question avant de désigner ou d'oraliser le terme adéquat.

Il est à noter la réticence de plusieurs patients à donner la véritable intensité de leur douleur, considérant qu'ils n'avaient pas à se plaindre, ou par méfiance vis-à-vis des médecins et traitements. D'autres considéraient qu'il était normal d'avoir des douleurs à leur âge, à tel point qu'ils ne les quantifiaient pas avec les termes de la réglette. Dans toutes ces situations, les patients me demandaient alors de qualifier leur douleur d'absente, malgré un vécu douloureux qui me semblait bien réel. Hormis ces quelques réticences (entre une et cinq personnes par passation), de nombreux patients ont répondu de façon fiable à l'évaluation.

Les patients ont généralement bien réagi lors de la mise en place de l'étude, malgré des difficultés et des attitudes particulières vis-à-vis du matériel. La mise en place de l'expérimentation a également suscité des réactions, généralement positives, au sein du personnel soignant.

## **II.2.1.3 Les réactions des soignants :**

### **II.2.1.3.1 L'attitude initiale et pendant l'étude :**

Le personnel soignant s'est montré très enthousiaste à l'annonce de l'expérimentation, et il m'a été demandé de donner les scores de l'EVS pour les patients vus dans la journée. Certaines aides-soignantes ont réagi à ces scores, avec lesquels elles n'étaient pas toujours d'accord. Elles s'appuyaient en effet sur leur expérience pendant la toilette, et faisaient l'amalgame avec des douleurs induites. En outre, elles ne prenaient pas en compte l'aspect temporel de l'évaluation de la douleur : la douleur évaluée est celle ressentie sur le moment.

Malgré cet intérêt pour l'expérimentation, les plaintes des patients n'étaient pas toujours écoutées. Celles-ci étaient souvent expliquées par la démence ou par l'habitude de la part du patient de toujours tenir les mêmes propos. Ce comportement semblait invalider les dires du patient. De même, les rares demandes d'écoute et de compagnie que pouvait formuler un patient étaient difficilement respectées. La communication entre les patients et le personnel soignant s'établissait essentiellement lors de la toilette. Les autres moments où de rares patients pouvaient solliciter l'attention des soignantes pour parler étaient très souvent écourtés. Seuls les stagiaires pouvaient parfois prendre le temps de faire une activité avec des patients, ou de discuter. Les patients semblaient s'être accommodés de ce manque d'écoute puisque la majorité d'entre eux n'avaient plus l'initiative d'aller vers les soignantes.

Le personnel soignant ne semblait pas toujours considérer les troubles des patients et pouvait encourager involontairement des stéréotypies et des persévérations. Les soignantes proposaient ainsi un énoncé déclencheur, qui entraînait l'émission d'une comptine chez une patiente en particulier, et ceci de façon répétée. Elles pouvaient également répéter les stéréotypies de cette patiente. Le rythme des patients et celui du personnel soignant étaient très décalés, les soignantes ayant un travail important à effectuer dans un laps de temps bien défini. Le rythme des patients n'était donc pas toujours respecté, le lever et le couchage se faisaient parfois à la demande du patient, souvent en fonction des possibilités du personnel. Il en était de même pour les repas. Il est à noter que l'étude menée n'a pas influencé de manière significative les représentations des soignantes vis-à-vis

des patients et de l'évaluation de la douleur.

### **II.2.1.3.2 Le comportement des soignants après l'expérimentation :**

Malgré la mise en place de cette expérimentation, et les conclusions qui peuvent en découler, beaucoup de soignantes restent méfiantes vis-à-vis de l'auto-évaluation de la douleur. L'attitude qu'elles adoptaient vis-à-vis de cette modalité ne s'est pas modifiée à la suite de l'étude menée. Elles sont habituées à l'utilisation de l'hétéro-évaluation de la douleur, et mettent très souvent la parole du patient en doute. Ainsi, elles craignent les réponses non fiables et redoutent de voir certains patients fournir la même réponse automatique, sans réfléchir.

En outre, ces professionnelles de santé ne semblent pas en faveur d'une passation journalière, qui engendrerait cet automatisme, selon elles. Enfin, les soignantes semblent garder des préjugés sur certains patients, qu'elles n'iraient pas interroger, convaincues que ces patients ne répondraient pas ou pas de façon fiable. Dans d'autres cas, elles pensent connaître la réponse d'avance et ne voient pas l'utilité d'interroger le patient. Elles peuvent d'ailleurs répondre à la place du patient en étant persuadées de ce qu'elles avancent. Il serait nécessaire de leur expliquer à nouveau, et de façon précise, l'intérêt de l'auto-évaluation de la douleur, et son aspect pertinent auprès des patients non communicants. Les soignantes ne semblent pas suffisamment sensibilisées à l'utilisation de cette modalité malgré la formation dont elles ont bénéficiée à l'issue de l'EPP.

Hormis ces remarques sur la position générale des soignantes, les différentes passations ont suscité plusieurs observations, notamment concernant les limites.

## **II.2.2 Les limites de l'expérimentation :**

L'expérimentation présente plusieurs limites, concernant les patients et le déroulement de la passation.

Les patients concernés par l'étude présentaient des fluctuations dans leur état physique et dans leurs réponses. Ce manque de stabilité était dû à plusieurs paramètres. Les visites aux patients se faisaient sans ordre préétabli : un patient pouvait être vu tôt le matin, ou plus tardivement. Or, les patients étaient souvent

fatigués rapidement dans la journée et demandaient à être couchés. Cet état de fatigue pouvait entraîner certains résidents à dormir pendant la grande majorité de la journée. Durant les quelques heures où ils étaient réveillés, leur attention n'était pas toujours optimale et ils étaient facilement irritables, manquaient de patience. Il pouvait leur arriver de ne pas vouloir répondre ou de ne pas répondre de façon adaptée. Ils ne cherchaient pas à comprendre l'usage de la réglette. L'attention semblait globalement meilleure dans la matinée. Les patients de l'USLD étaient également plus fragiles et prompts à tomber malade, ce qui engendrait de la fatigue. Certains patients pouvaient faire montre de capacités très différentes d'une fois à l'autre, en répondant bien puis en étant totalement inhibés dans l'expression verbale la fois suivante. Les résultats de l'expérimentation sont donc influencés par cette variation des performances chez ces patients.

La passation n'était pas non plus totalement uniformisée. Les premières passations manquaient de précision, autant dans le déroulement que dans les observations utiles à noter. La passation s'est rapidement uniformisée, bien qu'elle dépendait de chaque patient, de ses performances, de son attitude, ainsi que de sa capacité à modifier la passation en fonction des observations antérieures. Les observations prises auprès des premiers patients de l'expérimentation étaient peu fournies et manquaient de précision. Ces annotations se sont enrichies au fur et à mesure de l'étude, grâce aux patients. La passation de l'auto-évaluation de la douleur révèle quelques limites en raison de mon inexpérience dans ce domaine. Cependant, les résultats obtenus ont permis d'élaborer plusieurs hypothèses.

## **II.2.3 Présentation des résultats :**

### ***II.2.3.1 Le cadre de l'expérimentation :***

L'expérimentation s'est déroulée auprès de 81 patients d'une Unité de Soins Longue Durée, souffrant de pathologies diverses. Ont été retirés de l'étude les patients n'ayant pas participé aux trois passations. Cette population comportait 18,5 % de patients communicants pour 81,5% de patients non communicants. Les critères utilisés pour considérer un patient comme non communicant étaient issus des recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES, datant de 2000. Ainsi, tout patient ayant une pathologie impliquant des troubles de la compréhension, de

l'expression, du comportement était considéré non communicant. La consultation des dossiers de patients a permis de déterminer s'ils étaient atteints de pathologies engendrant de tels troubles ou s'ils faisaient partie des patients communicants. La population des patients non communicants était composée essentiellement de personnes souffrant de séquelles d'accident vasculaire cérébral, engendrant dans la majorité des cas une démence vasculaire. Venaient ensuite la maladie d'Alzheimer et les démences de type Alzheimer, puis la maladie de Parkinson. Certains patients souffraient de démences dégénératives non étiquetées.

### **II.2.3.2 Les résultats :**

Les feuilles de passation et d'observations utilisées lors de l'expérimentation sont disponibles en annexes (*annexes 15, 16 et 17*), en raison de la grande quantité d'informations contenue. Ces documents comportent l'ensemble des observations relevées lors des différentes passations, auprès des patients de l'USLD. Il y figure des remarques concernant la réussite ou l'échec de la passation, le canal préférentiellement utilisé par le patient et l'utilité du support de communication employé. L'attitude du patient, ses capacités sensorielles, cognitives, motrices et ses éventuelles remarques sont également notées.

Les résultats obtenus sont répartis dans le tableau ci-dessous, qui comporte un numéro pour chaque patient, ainsi que son âge, et ses performances aux différentes passations. Le patient est noté «NC» lorsqu'il est considéré non communicant et «C» quand il est communicant.

Trois types de performances ont émergé à la suite de l'étude. Ainsi, «échec» correspond à l'absence de réussite de la passation. Dans ce cas, le patient n'a pas répondu ou n'a fourni aucune réponse fiable : la réponse n'était pas adaptée à la question, le discours était incohérent ou marqué par des stéréotypies. Le terme «intermédiaire» désigne l'obtention d'une réponse fiable, mais une utilisation inadaptée des termes de la réglette, ou une absence d'utilisation de ceux-ci. Le patient n'a pas su quantifier l'intensité de sa douleur à l'aide des items de la réglette, ou il n'a pas pu confirmer sa précédente réponse en s'appuyant sur un terme de l'EVS. Enfin, «réussite» caractérise l'obtention d'une réponse fiable et l'utilisation adaptée de la réglette et de ses termes. Le patient a fourni une réponse adaptée concernant la présence d'une éventuelle douleur, et il a su décrire sa douleur à l'aide

des qualificatifs de l'outil d'auto-évaluation.

Des pourcentages ont ensuite été calculés à partir de ces résultats, de façon à comparer les performances aux différentes passations, pour l'ensemble des patients, puis pour les patients non communicants. Plusieurs calculs ont été faits à partir du tableau ci-dessous : le pourcentage de réussite, le pourcentage de réponses intermédiaires et le pourcentage d'échec.

Ces différents calculs ont été établis pour l'ensemble des résidents de l'USLD, sans distinction entre les patients communicants et non communicants dans un premier temps. Ces calculs ont été élaborés pour chaque passation : l'EVS seule, l'EVS avec les algocubes puis avec les gestes. Les mêmes pourcentages ont été calculés pour les patients non communicants, puis au sein de cette population. Nous avons fait une distinction entre les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, d'AVC et pour le reste des patients non communicants.

<b>N°</b>	<b>Age</b>	<b>Type patient</b>	<b>EVS seule</b>	<b>EVS + algucubes</b>	<b>EVS + gestes</b>
1	84.7	NC	réussite	réussite	intermédiaire
2	98.3	C	réussite	réussite	réussite
3	77.8	NC	intermédiaire	réussite	réussite
4	88.8	NC	réussite	intermédiaire	réussite
5	92.4	NC	réussite	réussite	réussite
6	89.3	C	réussite	intermédiaire	réussite
7	85.0	NC	réussite	intermédiaire	réussite
8	66.3	NC	réussite	réussite	réussite
10	89.5	NC	réussite	échec	réussite
12	84.8	NC	réussite	échec	réussite
13	89.6	C	intermédiaire	intermédiaire	intermédiaire
14	70.9	NC	réussite	réussite	réussite
15	89.1	C	réussite	réussite	réussite
16	84.5	NC	intermédiaire	échec	intermédiaire
17	89.4	NC	réussite	réussite	réussite
18	73.0	C	réussite	réussite	réussite
19	84.5	C	réussite	réussite	réussite
20	83.1	NC	intermédiaire	réussite	réussite
21	83.4	NC	échec	échec	échec
22	79.1	NC	réussite	réussite	réussite
23	92.6	NC	échec	intermédiaire	intermédiaire
24	85.0	NC	échec	échec	réussite
25	76.1	NC	réussite	réussite	réussite
26	98.7	C	échec	échec	échec
27	54.8	NC	échec	échec	échec
28	97.11	NC	intermédiaire	réussite	échec
29	90.5	NC	réussite	réussite	réussite
30	83.3	NC	réussite	intermédiaire	intermédiaire
31	96.3	NC	échec	échec	échec
32	91.4	NC	réussite	réussite	réussite
33	81.10	NC	réussite	réussite	réussite
34	90.3	NC	intermédiaire	intermédiaire	réussite
35	71.11	NC	réussite	réussite	réussite

36	101.10	C	réussite	réussite	réussite
37	87.4	NC	intermédiaire	réussite	réussite
38	87.6	NC	réussite	réussite	réussite
39	93.3	NC	intermédiaire	intermédiaire	intermédiaire
40	84.4	C	intermédiaire	intermédiaire	réussite
41	93.8	NC	échec	échec	réussite
42	89.9	NC	réussite	réussite	réussite
43	97.1	NC	intermédiaire	réussite	échec
44	96.0	NC	intermédiaire	réussite	réussite
45	89.1	NC	intermédiaire	intermédiaire	réussite
46	96.0	C	réussite	intermédiaire	réussite
47	75.3	NC	échec	échec	échec
48	96.11	NC	intermédiaire	réussite	intermédiaire
49	88.2	NC	réussite	réussite	réussite
50	84.7	NC	intermédiaire	échec	échec
51	96.7	NC	intermédiaire	intermédiaire	intermédiaire
53	78.8	NC	intermédiaire	réussite	réussite
54	88.4	NC	réussite	réussite	réussite
55	85.4	NC	échec	intermédiaire	échec
56	91.11	NC	réussite	intermédiaire	intermédiaire
58	86.2	NC	intermédiaire	intermédiaire	réussite
59	83.2	NC	intermédiaire	intermédiaire	Intermédiaire
61	89.9	NC	intermédiaire	réussite	échec
62	73.1	NC	échec	échec	échec
63	97.10	NC	échec	échec	échec
64	85.7	NC	intermédiaire	réussite	réussite
65	87.6	C	réussite	réussite	réussite
67	92.7	NC	intermédiaire	intermédiaire	intermédiaire
69	85.5	NC	échec	intermédiaire	échec
70	65.9	NC	échec	échec	intermédiaire
71	84.11	NC	échec	échec	intermédiaire
72	64.9	NC	réussite	réussite	réussite
73	83.11	NC	réussite	intermédiaire	réussite
74	87.8	C	intermédiaire	intermédiaire	intermédiaire
75	75.11	NC	réussite	réussite	réussite
76	73.4	NC	réussite	intermédiaire	intermédiaire

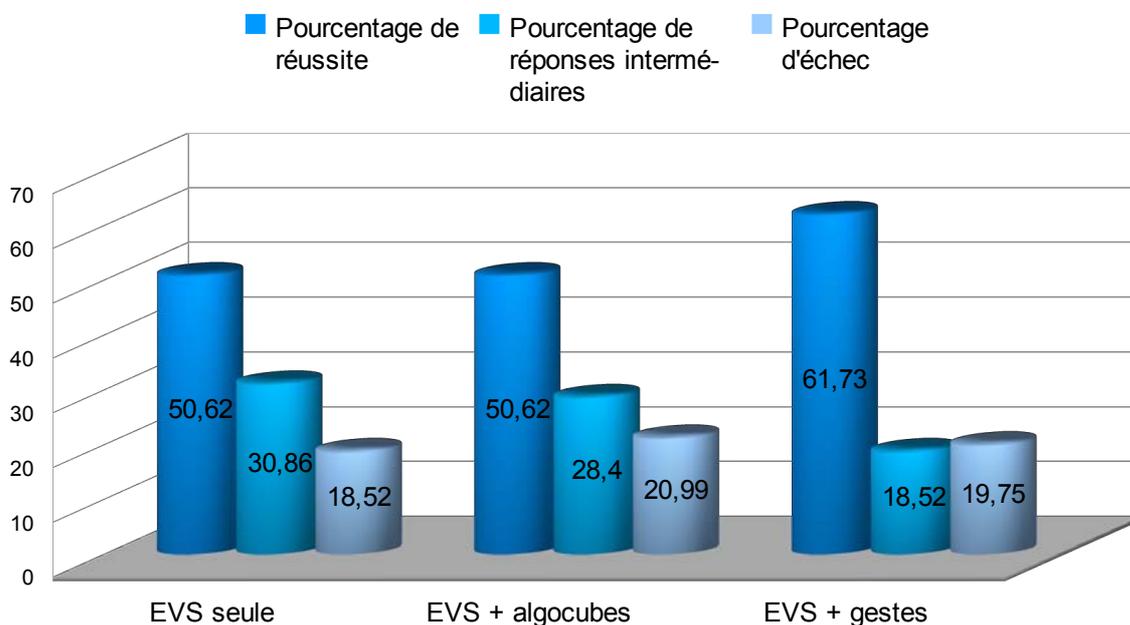
77	85.6	NC	échec	échec	échec
79	72.4	NC	réussite	réussite	réussite
80	76.8	NC	réussite	réussite	réussite
81	83.2	NC	réussite	réussite	réussite
83	86.7	NC	intermédiaire	échec	échec
84	82.7	C	réussite	réussite	réussite
85	90.1	NC	intermédiaire	réussite	réussite
86	89.8	C	réussite	intermédiaire	réussite
87	97.7	C	réussite	intermédiaire	réussite
88	76.4	NC	réussite	réussite	réussite
89	89.8	NC	intermédiaire	réussite	échec
90	92.4	NC	réussite	réussite	réussite

## II.2.4 Analyse globale des résultats :

L'exploitation des résultats présentés précédemment a permis l'élaboration de graphiques, à partir de pourcentages.

Le graphique ci-dessous décrit la réussite globale de l'auto-évaluation de la douleur pour chaque passation et selon les trois critères définis précédemment. Les résultats présentés dans ce graphique ne distinguent pas la population communicante de la population non communicante.

**Graphique 1** Réussite globale aux trois passations



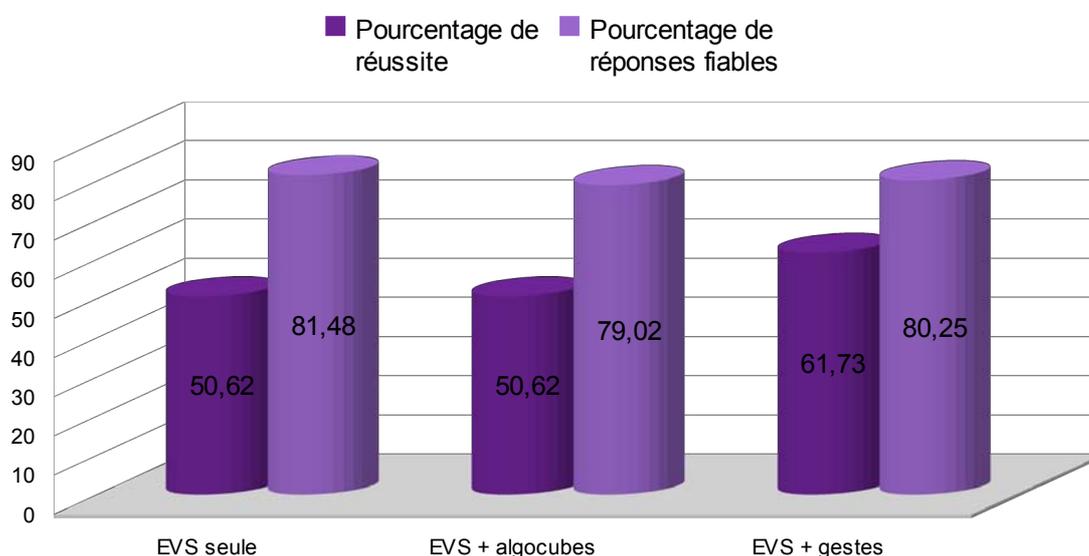
On ne distingue pas les patients ayant répondu de façon fiable à la première question, ou aux deux autres questions proposées en cas de non compréhension. L'obtention d'une réponse fiable, quelle que soit la question posée, est le seul critère important pour pouvoir déterminer la pertinence de l'auto-évaluation de la douleur. Il est utile de préciser qu'il peut être nécessaire de reformuler la question initiale, et de déterminer les termes qui posent problème dans une majorité des cas. Le patient peut comprendre «Vous sentez-vous mal?» lors de la première question «Avez-vous mal?». C'est pourquoi la question «Avez-vous de la douleur?» permet de supprimer cet amalgame. Le plus important est de savoir quelle question poser et quelle reformulation utiliser en cas de non compréhension, pour pouvoir continuer la passation.

Rappelons que l'on se base sur l'obtention de réponses fiables, et sur l'utilisation adaptée de l'EVS pour déterminer la pertinence de l'auto-évaluation de la douleur. La réussite de la passation de l'EVS se caractérise par la présence de ces deux critères. Une réponse intermédiaire correspond à l'obtention seule d'une réponse fiable. Enfin, l'échec ne contient aucun des deux critères précédemment évoqués. Le graphique ci-dessus indique les pourcentages de réussite, de réponses intermédiaires et d'échec. Il ne détermine pas directement le pourcentage de réponses fiables obtenues pour chacune des passations.

### **II.2.4.1 Description des résultats :**

L'obtention de réponses fiables est présente dans les performances intermédiaires, le patient n'allant pas plus loin dans la passation, mais aussi dans les passations réussies. Il faut donc ajouter les pourcentages de réussite et de réponses intermédiaires pour calculer le pourcentage de réponses fiables obtenues, pour chaque passation. Le pourcentage d'utilisation adaptée de la règlette est compris dans le pourcentage de réussite. Ces deux paramètres sont décrits dans le diagramme ci-dessous.

**Graphique 2** Pourcentages de réponses fiables et de réussite



Le pourcentage de réponses fiables est resté quasiment identique d'une passation à l'autre : 81,48% à l'EVS, 79,02% avec les algocubes et 80,25% avec les gestes. Les supports de communication n'ont aucune influence sur ce critère, car ils

ne sont pas utilisés lors du questionnement initial sur la présence éventuelle d'une douleur. Il est donc logique que ce pourcentage reste globalement le même entre les trois passations. Malgré la fluctuation des performances dans la population testée, les patients sont capables de répondre à une question sur la présence d'une douleur avec une certaine continuité. La réponse attendue est de fait assez simple et facile à obtenir : oui ou non. Cependant, nombre de patients étaient capables de fournir des réponses développées à la suite de cette première question. Ils pouvaient également commenter leur douleur et ses caractéristiques : le moment de la journée durant lequel elle survenait dans le cas d'une douleur récurrente, la localisation, la position dans laquelle elle apparaissait.

En revanche, le pourcentage de patients ayant utilisé de manière adaptée les termes de la réglette a varié en fonction des passations, et du moyen de communication employé. Ainsi, si ce pourcentage est resté globalement stable lors des deux premières passations, soit 50,62%, il a augmenté de façon significative avec les gestes, en atteignant 61,73%. Les gestes ont permis aux patients de mieux comprendre l'emploi de l'EVS, et de l'utiliser de la bonne manière, avec une augmentation significative par rapport à l'EVS seule et avec les algocubes.

#### ***II.2.4.2 Interprétation des résultats :***

Le pourcentage de réponses fiables obtenues est donc important et relativement constant d'une passation à l'autre. Les patients de l'USLD ont montré leur capacité à répondre à une question sur la présence d'une éventuelle douleur, avec une certaine reproductibilité de cette performance. Bien que n'étant supportée par aucun moyen de communication, cette question est facilement comprise par une grande majorité des résidents. **Le canal verbal, pourtant difficilement accessible pour certains patients, ne constitue pas un obstacle majeur à la passation de l'EVS, lors du questionnement initial.** La notion de douleur doit être facilement compréhensible pour de nombreux patients, malgré leurs atteintes. La pertinence de l'auto-évaluation de la douleur semble donc vérifiée dans ce cas. En revanche, on ne connaît pas encore les performances des patients non communicants, les patients communicants pouvant rehausser les résultats obtenus. Malgré cette constatation, une forte majorité de patients ont su fournir une réponse fiable, sachant que les patients non communicants représentent 81,5% de l'effectif testé.

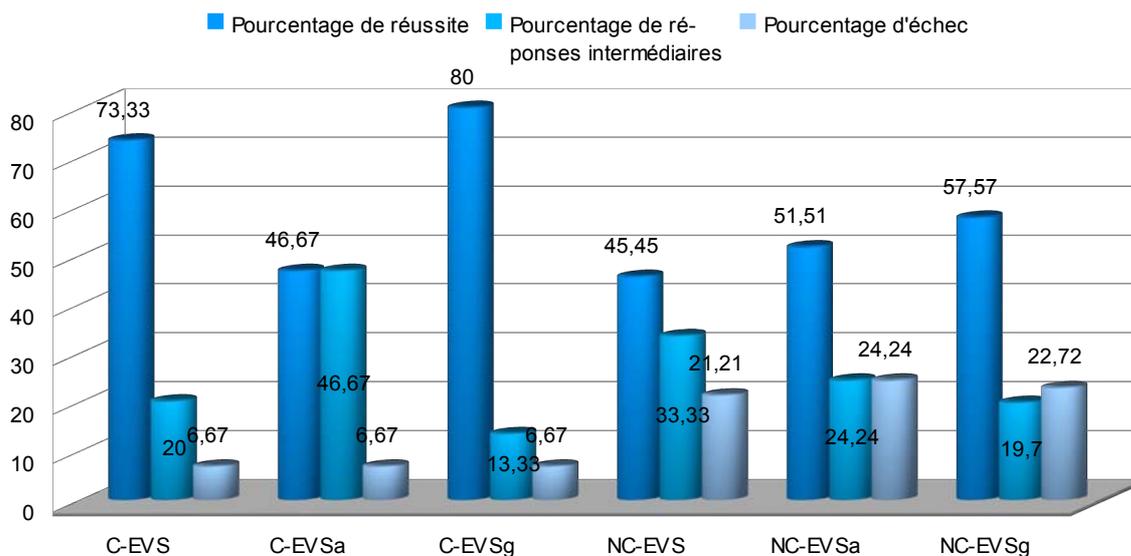
Les variations du pourcentage de réussite mettent en avant une augmentation significative de celui-ci lors de l'utilisation des gestes. Ceci tend à démontrer la pertinence de ce support de communication. Cependant, les performances observées concernent la totalité des résidents de l'USLD, sans différencier les patients communicants des patients non communicants. On ne peut donc affirmer avec certitude que les gestes constituent le moyen de communication le plus pertinent auprès de patients non communicants. **Les algocubes n'engendrent aucune différence dans les performances par rapport à l'EVS seule, et paraissent peu utiles.**

Une analyse globale des résultats met donc en avant **la pertinence de l'utilisation de l'auto-évaluation de la douleur auprès de patients communicants et non communicants.** En outre, **les gestes seraient le support de communication le plus pertinent.** Il est cependant nécessaire de procéder à une analyse plus fine des résultats. En effet, il faut déterminer la réussite de la passation chez les patients non communicants, et l'utilité des moyens de communication auprès de cette population. Il en ressortira peut-être des résultats différents, démontrant ainsi la singularité des patients non communicants.

## **II.2.5 Analyse des résultats par type de patient :**

Le graphique ci-dessous détaille la réussite des différentes passations, selon les mêmes critères que ceux utilisés dans le graphique précédent. Les passations sont notées «EVS» pour l'utilisation de l'EVS seule, «EVSa» lorsqu'il y a adjonction des algocubes, et «EVSg» quand les gestes sont ajoutés. Les patients sont répartis dans les populations communicante «C» et non communicante «NC». Il y a association entre les qualificatifs «C» et «NC» et les types de passation «EVS», «EVSa» et «EVSg». Les résultats sont toujours présentés sous forme de pourcentages.

### Graphique 3 Réussite des patients communicants et non communicants



De ce diagramme émergent plusieurs observations, concernant les patients non communicants mais aussi la population communicante.

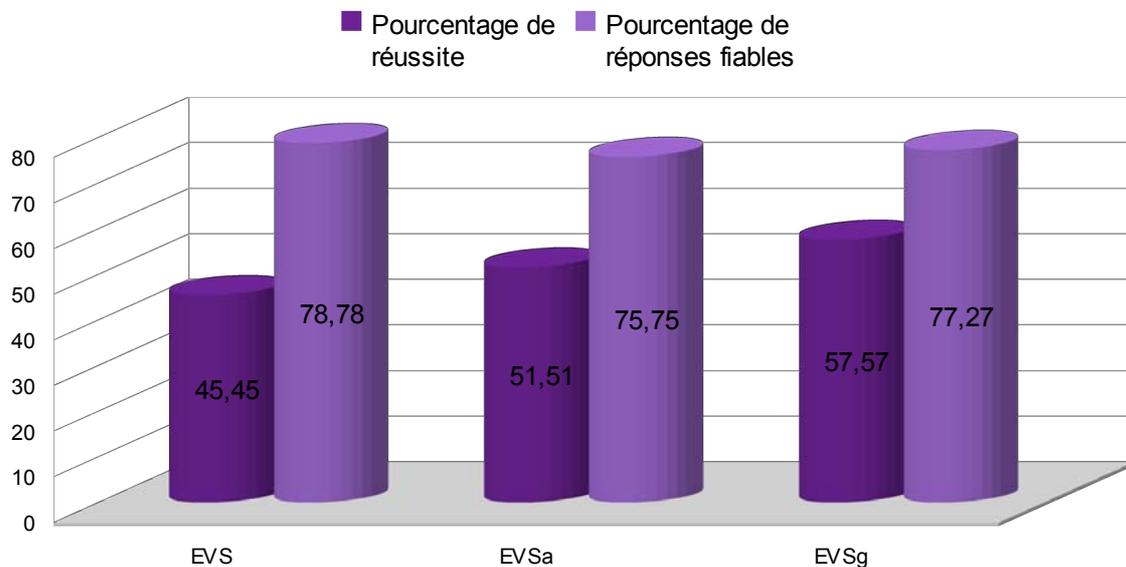
#### ***II.2.5.1 Pertinence de l'auto-évaluation de la douleur :***

Nous allons considérer les patients non communicants dans un premier temps. Les éventuelles remarques, découlant de ce graphique et concernant les patients communicants, seront faites ultérieurement.

##### **II.2.5.1.1 Description des résultats :**

Les mêmes calculs, effectués dans le graphique 2 pour la population générale de l'USLD, sont nécessaires pour déterminer le pourcentage de réponses fiables obtenues. Le graphique ci-dessous détaille les pourcentages de réponses fiables obtenues et de réussite, pour chaque passation.

**Graphique 4** Patients non communicants : pourcentages de réponses fiables et de réussite



Le pourcentage de réponses fiables est stable d'une passation à l'autre : 78,78% à l'EVS seule, 75,75% avec les algocubes et 77,27% avec les gestes. L'obtention de réponses fiables suit la même progression que dans le graphique 1. Les performances des patients communicants n'ont eu que peu d'influence sur les résultats globaux.

De nombreux patients non communicants ont également témoigné d'une utilisation adaptée de la réglette et de ses termes. Le pourcentage de réussite a augmenté continuellement au cours des trois passations. De 45,45% lors de l'EVS seule, il est passé à 51,51% lors de la passation avec les algocubes, pour atteindre 57,57% avec les gestes. Le pourcentage de réussite est donc plus important pour les gestes, tout comme dans le graphique 1. En revanche, ce pourcentage augmente aussi lors de l'utilisation des algocubes, à la différence du précédent graphique. **Les patients non communicants semblent se servir aussi des algocubes pour pallier leurs difficultés**, les gestes permettant la réussite la plus importante dans les trois passations.

Certains patients avaient mis en place une communication non verbale efficace pour pallier leurs incapacités physiologiques pour oraliser (hypophonie, tremblement de la voix, pathologie organique de la cavité buccale). De plus, les

patients souffrant de démence répondaient souvent de manière adaptée. En effet, il est arrivé qu'une patiente visiblement en délire réponde de manière juste. Cette résidente parlait à une tierce personne inexistante et m'intégrait dans une conversation à trois, tout en répondant de manière adaptée à ma question. De même, dans le cadre de stéréotypies, les patients pouvaient répondre en dehors de leurs productions, le questionnement semblant les cadrer et inhiber les stéréotypies.

Il est à noter la grande fluctuation des possibilités et des états chez ces patients. Il est arrivé de ne pouvoir obtenir de réponse d'une patiente qui s'était montrée très communicative lors de la passation précédente. L'inverse s'est également produit. Les seuls patients qui ont témoigné d'une véritable incapacité à communiquer souffraient de pathologies à un stade avancé, et ne réagissaient ni à la présence humaine, ni au son de la voix. Il était souvent nécessaire de prendre dix à vingt minutes de plus, par rapport à un patient ayant des capacités cognitives normales, pour répéter les questions au patient et s'assurer de sa réponse.

### **II.2.5.1.2 Interprétation des résultats :**

La majorité des patients non communicants se montre donc capable de signaler une douleur et de la quantifier, avec l'EVS et un support de communication. Les soignantes ne laissent pas suffisamment l'occasion aux patients de s'exprimer sur leur douleur et ne leur accordent pas suffisamment confiance. Elles ont intégré l'utilisation de l'hétéro-évaluation de la douleur comme un réflexe face à tout patient jugé non communicant. Malheureusement, cette démarche ne permet pas aux patients d'échanger sur leur douleur, et elle empêche le personnel soignant de revoir ses impressions sur les capacités des résidents. Il est important d'essayer l'auto-évaluation de la douleur dans un premier temps, même s'il paraît peu probable que le patient communique. De nombreuses fois, il semblait inutile de faire la passation avec un patient. Tout aussi nombreuses étaient les fois où ce patient répondait et pouvait s'aider du moyen de communication pour décrire son vécu douloureux.

Il est difficile d'effectuer des regroupements par type de trouble (trouble de l'expression, de la compréhension, du comportement). Des pathologies comme la maladie d'Alzheimer sont souvent caractérisées par la concomitance de plusieurs troubles, surtout lors de stades avancés. Il en est de même pour la maladie de Parkinson, bien que le trouble dominant reste longtemps un trouble d'expression, en

raison du tremblement. Le versant compréhension est altéré à un stade plus sévère. Il est cependant rare qu'un patient ne présente qu'un type de trouble isolé.

L'auto-évaluation de la douleur trouve donc toute sa place auprès de populations non communicantes. Néanmoins, il est utile de déterminer si un ou plusieurs supports de communication permettent une meilleure réussite de cette évaluation. Les résultats de l'expérimentation montrent avant tout le caractère pertinent de cette évaluation, auprès de populations âgées et jugées non communicantes. En effet, de nombreux patients ont fourni une réponse fiable lors de l'évaluation de la douleur.

### ***II.2.5.2 Pertinence des supports de communication :***

Hormis ces observations concernant les pourcentages de réponses fiables obtenues et d'utilisation adaptée de la réglette, le graphique 3 permet de déterminer la pertinence des moyens de communication employés. La passation de l'EVS avec les algocubes s'est caractérisée par une baisse importante du nombre de patients communicants utilisant les termes de manière adaptée. En effet, dans ce cas, le pourcentage d'utilisation adaptée de l'échelle d'évaluation atteint 46,67%, contre 73,33% pour l'EVS seule et 80% avec les gestes.

Les patients non communicants, quant à eux, semblaient aidés par l'emploi des algocubes, en comparaison à la passation seule de l'EVS : 51,51% contre 45,45%. Ce support de communication est donc pertinent auprès de cette population. Cependant, les algocubes n'ayant pas une correspondance complète avec les termes de l'EVS, le cube «absente» a déstabilisé de nombreux patients. En effet, il y aurait dû ne pas y avoir de cube pour signifier ce terme. Les algocubes sont donc un matériel peu pratique de ce point de vue. Une adaptation éventuelle du matériel pourrait être la présentation des cubes insérés sur un plateau, à égale distance les uns des autres, avec un espace vide pour signifier l'absence de douleur.

La passation de l'EVS avec les gestes a permis d'augmenter de façon significative le nombre d'utilisations adaptées de la réglette, pour les deux types de patients. Ainsi, les patients non communicants ont atteint 57,57% d'utilisation adaptée de la réglette, quand ce pourcentage est égal à 80% chez les patients communicants. Ce support de communication est donc pertinent. La correspondance entre les termes et les gestes était bien plus importante. De ce fait, les gestes permettaient de compléter de façon efficace les informations véhiculées par la

réglette : ils constituaient un bon outil augmentatif.

Ainsi, au vu de ces résultats, les moyens de communication que sont les algocubes et les gestes apportent une aide aux patients non communicants, les gestes étaient les plus pertinents. Il est à noter que le terme «absente» de la réglette restait souvent peu compris par les patients, qui comprenaient mieux «vous n'avez pas de douleur» ou «vous n'avez pas mal». Ce problème de compréhension pouvait aussi bien concerner le canal oral, écrit, et les moyens de communication n'aidaient pas toujours.

Les patients non communicants semblent donc capables de participer à une auto-évaluation de la douleur. Ils peuvent fournir une réponse adaptée à la première question et quantifier la douleur grâce à la réglette, avec ou sans support de communication. Cependant, la définition du patient non communicant regroupe plusieurs types de troubles (expression, compréhension, comportement) et de nombreuses pathologies. Il est donc possible de mener une analyse plus fine des résultats en répartissant les patients en fonction des pathologies dominantes au sein de cette population. Ces pathologies sont l'AVC, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, le reste des pathologies étant réuni dans une catégorie intitulée «divers».

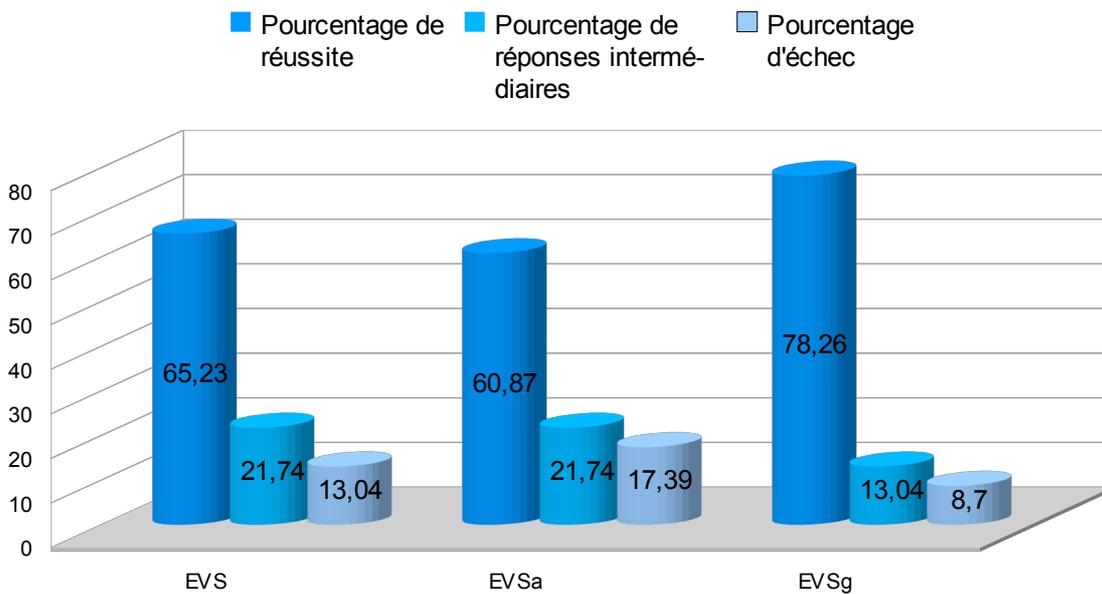
## **II.2.6 Analyse des résultats par pathologie :**

Les diagrammes ci-dessous déterminent la réussite des trois passations, en fonction des pathologies majoritaires dans la population non communicante. Les différentes passations sont décrites dans les catégories de patients «AVC», «Alz» pour la maladie d'Alzheimer, «Park» pour la maladie de Parkinson et «Div» pour la catégorie divers. Ce dernier groupe comprend plusieurs pathologies non majoritaires chez les patients non communicants. On y retrouve des démences non étiquetées et des troubles cognitifs. L'EVS peut être seule «EVS», accompagnée des algocubes «EVSa», ou des gestes «EVSg». Les différentes catégories de patients sont associées aux trois formes de passation, en abscisse.

Des différences sont mises en évidence par les différents diagrammes, entre les groupes de patients non communicants. A chaque groupe de patients correspond un diagramme. Nous allons décrire les performances obtenues par groupe, pour chaque passation.

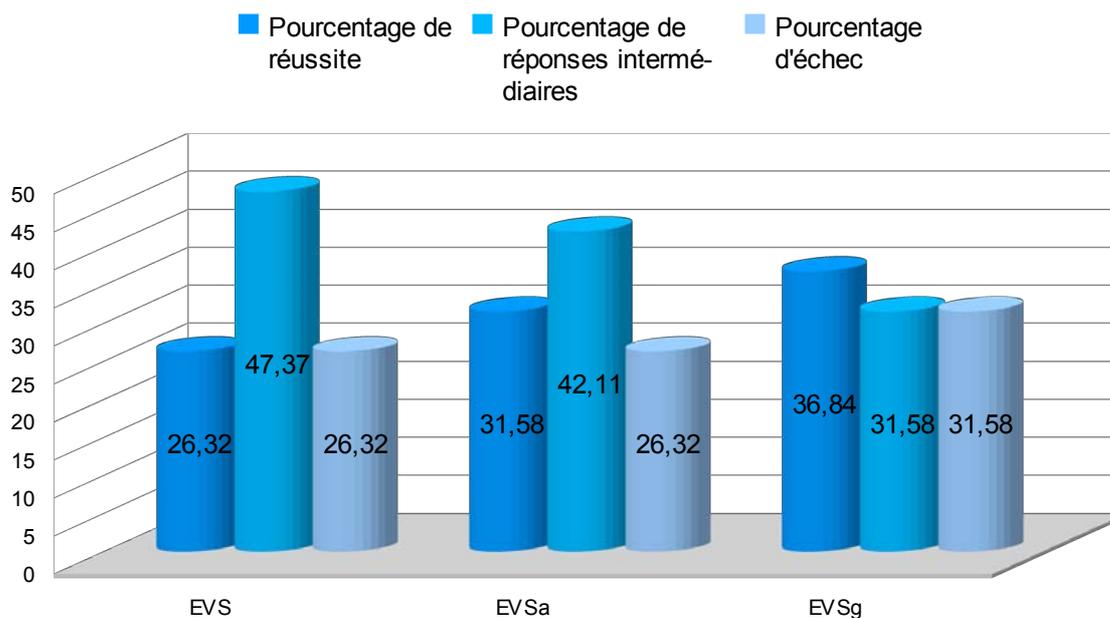
## II.2.6.1 Description par pathologie :

Graphique 5 Réussite des patients atteints d'AVC



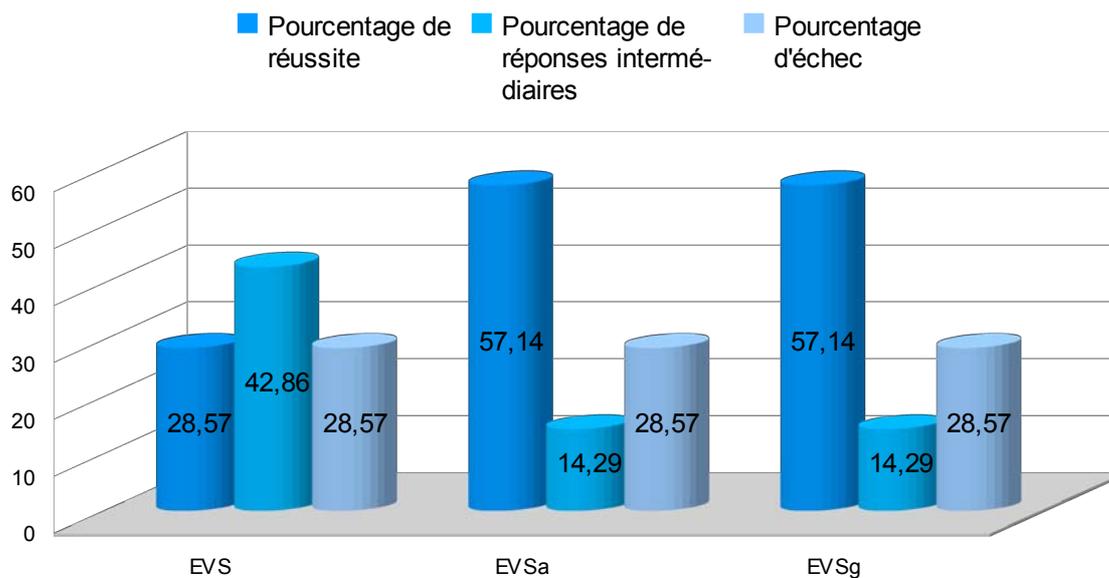
Les patients atteints de pathologies résiduelles d'un AVC ont fourni un pourcentage important de réponses adaptées. Ce pourcentage est de 86,97% à l'EVS seule, 82,61% lors de l'EVS avec algocubes et 91,30% avec les gestes. L'utilisation adaptée de la réglette décrit les mêmes variations. De 65,23% lors de l'EVS seule, le pourcentage passe à 60,87% avec les algocubes pour atteindre 78,26% avec les gestes. Les patients AVC présentent une capacité à participer à une auto-évaluation de la douleur puisqu'ils sont nombreux à répondre à la première question. L'utilisation adaptée de la réglette concerne également une majorité de ces patients, en particulier avec l'emploi des gestes. Les algocubes ne semblent pas pertinents : la réussite de la passation avec l'EVS seule est meilleure qu'avec les algocubes. Les patients ayant subi un AVC sont donc répondants à l'auto-évaluation de la douleur, et pallient leurs difficultés avec l'utilisation de gestes.

## Graphique 6 Réussite des patients Alzheimer



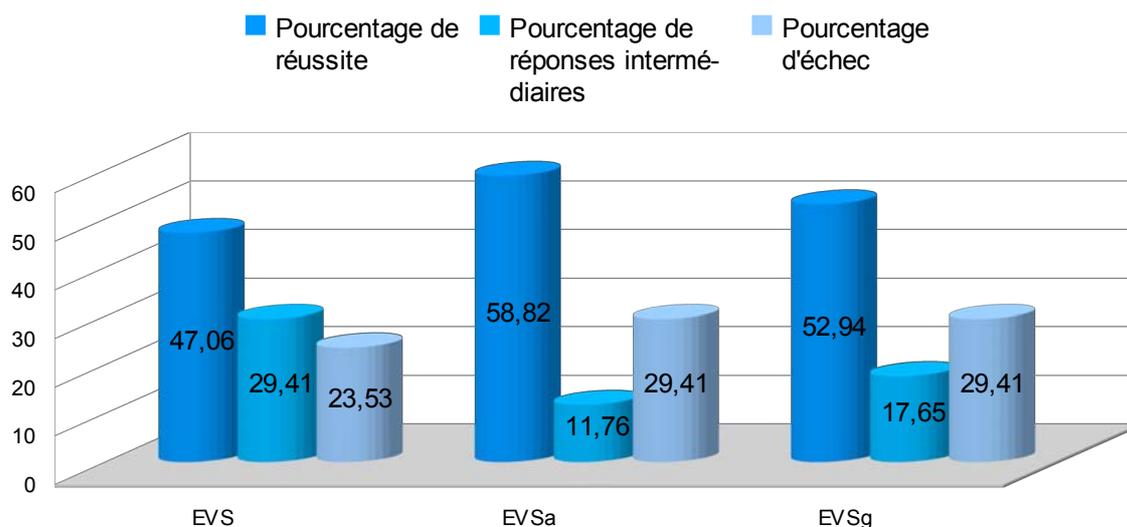
Les résultats diffèrent pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, l'obtention de réponses fiables est identique pour les deux premières passations, avec un pourcentage de 73,69%, et baisse lors de l'utilisation des gestes : 68,42%. En revanche, le pourcentage d'utilisation adaptée de l'EVS suit une progression constante. Il débute à 26,32% pour l'EVS, passe à 31,58% avec les algocubes et finit à 36,84% avec les gestes. L'auto-évaluation de la douleur reste pertinente auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, et les gestes sont le support de communication le plus pertinent. Les algocubes, bien que moins utiles, permettent également à ces patients de mieux comprendre l'utilisation de l'EVS et de ses termes. Les patients Alzheimer répondent bien aux moyens de communication, avec une plus grande réussite pour les gestes.

## Graphique 7 Réussite des patients atteints de la maladie de Parkinson



Le troisième groupe, caractérisé par la maladie de Parkinson, comporte des particularités. En effet, le pourcentage de réponses fiables est identique d'une passation à l'autre, soit 71,43%. Les performances de ces patients semblent plus stables que dans les autres groupes, du fait de l'absence de variation sur les trois passations. Le pourcentage d'utilisation adaptée de la règle varie de façon importante, entre une passation sans support de communication et celles avec moyen de communication. De 28,57% pour l'EVS seule, il atteint 57,14% lors de l'emploi du support de communication, quel qu'il soit. Les patients atteints de la maladie de Parkinson peuvent utiliser une auto-évaluation de la douleur mais un moyen de communication est fortement conseillé. Les algocubes et les gestes sont tout aussi pertinents, chez ce groupe. Les patients atteints de la maladie de Parkinson ne semblent pas témoigner de grosses difficultés langagières. La compréhension semble, par contre, altérée puisqu'un support de communication est nécessaire pour leur permettre de quantifier leur douleur avec la règle. Les items de la règle leur sont difficilement accessibles.

## Graphique 8 Réussite du groupe «divers»



Enfin, le groupe «divers» se caractérise par un pourcentage de réponses fiables important, allant de 76,47% à 70,58% pour finir à 70,59%, de l'EVS seule à l'EVS avec gestes. L'utilisation adaptée de la réglette est meilleure lors de l'ajout des algocubes (58,82%) et avec les gestes (52,94%) que pour l'EVS seule (47,06%). Ce groupe réagit bien à l'auto-évaluation de la douleur et aux supports de communication, avec une plus grande pertinence des algocubes.

### ***II.2.6.2 Interprétations globales :***

Les résultats observés pour les différents groupes de patients sont très variés. Les patients ayant subi un AVC obtiennent une meilleure réussite de la passation avec les gestes. Les algocubes ne sont pas pertinents pour cette catégorie. Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont également aidés par les gestes, qui sont plus pertinents que les algocubes. Mais ce dernier moyen de communication trouve aussi son utilité. Le troisième groupe, touché par la maladie de Parkinson, est autant aidé par l'un ou l'autre des deux supports de communication. Enfin, le groupe «divers» s'appuie préférentiellement sur les algocubes, bien que les gestes sont également utiles. Hormis ces variations d'un groupe à l'autre, deux caractéristiques se retrouvent dans toutes les catégories de patients. L'auto-évaluation de la douleur est pertinente auprès de tous ces patients non communicants, et les supports de communication, algocubes ou gestes, sont tout aussi pertinents.

### **II.2.6.3 Les limites :**

Les interprétations établies précédemment doivent être pondérées. Les patients ayant subi un AVC composent le groupe le plus important, avec 23 personnes. Cependant, les suites d'un AVC sont diverses et les profils cliniques des patients regroupés diffèrent. Un AVC peut engendrer des troubles nombreux et divers, tels qu'une démence vasculaire, de gravité variable, mais aussi une aphasie, des troubles mnésiques. Les conséquences sont fonction de la nature de l'AVC, de son aspect répétitif ou unique, et de la localisation de la lésion. Ces paramètres n'ont pas été pris en compte dans la répartition des patients non communicants par groupes. Il aurait été difficile de déterminer des profils pathologiques plus précis et d'en tirer des conclusions sur les résultats de la passation de l'auto-évaluation de la douleur.

De même, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont au nombre de 19. Les profils cliniques varient d'un patient à l'autre, en raison de l'avancée de la maladie. Ainsi, certains patients peuvent répondre correctement, quand d'autres ne présentent aucune réaction à la présence humaine et à la voix. Un tri plus fin des patients aurait comporté les mêmes inconvénients que ceux évoqués précédemment. Les patients atteints de la maladie de Parkinson sont peu nombreux (sept patients) ce qui ne permet pas de généraliser les observations faites à partir du graphique 7. Les stades de cette pathologie sont également variés.

Enfin, le groupe «divers» comporte les patients ne rentrant dans aucune des catégories établies, et dont la pathologie est peu fréquente dans l'établissement, ou mal identifiée. Les résultats obtenus pour ce groupe sont donc peu utiles, tout comme les hypothèses qui en résultent.

## II.2.7 Synthèse :

Les résultats obtenus suite à l'expérimentation, ainsi que leur interprétation, donnent lieu à plusieurs conclusions.

Tout d'abord, l'utilisation de l'auto-évaluation de la douleur auprès de patients non communicants est pertinente par rapport à une hétéro-évaluation. En effet, des pourcentages importants de patients non communicants fournissent une réponse fiable, et beaucoup d'entre eux utilisent de manière adaptée les termes de la réglette. La passation nécessite plus de temps qu'auprès de patients communicants ayant conservé toutes leurs facultés cognitives. Au cours des trois passations, les patients ayant admis présenter une douleur représentent de 12,35% à 33,33% de la population de l'USLD. L'emploi d'une évaluation régulière de la douleur est donc justifié.

Les algocubes, et les gestes en premier lieu, constituent un bon support de communication pour améliorer la passation de l'EVS, chez les patients non communicants. Cependant, ce support n'est pas le plus pertinent pour tous les patients non communicants. Il est donc difficile de considérer les gestes comme le moyen de communication le plus pertinent. Il faudrait, dans l'idéal, prendre en compte la pathologie du patient non communicant pour décider de la compensation à employer.

## ***II.3 Discussion :***

### **II.3.1 Vérification des hypothèses :**

L'expérimentation et les résultats obtenus, suivis de leur interprétation, permettent plusieurs constatations. Tout d'abord, il est établi que les adultes non communicants sont à même, pour la plus grande partie d'entre eux, de partager leur vécu douloureux. Les rares adultes se trouvant dans l'incapacité de communiquer, quel que soit le canal exploité, sont atteints de pathologies dégénératives à un stade sévère, voire terminal.

Partant de ce constat, et des pourcentages élaborés à partir des résultats, la pertinence de l'auto-évaluation de la douleur, auprès d'adultes non communicants, est vérifiée. En outre, l'expérimentation et les résultats ont permis de déterminer un support de communication pertinent, pour pallier les obstacles à l'auto-évaluation. Les gestes constituent le moyen de communication le plus pertinent, autant pour les patients non communicants que pour les adultes communicants.

Il est alors justifié de privilégier l'auto-évaluation de la douleur à une hétéro-évaluation, pour la population considérée. La passation d'un tel outil nécessite quelques adaptations, de façon à optimiser au mieux le déroulement. La répétition, la reformulation, entre autres choses, sont très souvent nécessaires. La passation d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur, chez un adulte non communicant, nécessite par conséquent de consacrer plus de temps au patient, de ne pas se précipiter.

Malgré l'atteinte globale des objectifs établis auparavant, certaines limites subsistent.

## **II.3.2 Les limites de l'expérimentation :**

Ces limites sont de plusieurs natures.

### ***II.3.2.1 Les limites liées au déroulement de la passation :***

Dans un premier temps, les limites dues à la passation de l'expérimentation ont peut-être biaisé les résultats. Ainsi, il n'existe pas de protocole de passation de l'EVS uniformisé, entre les établissements de santé. Le protocole de passation de cette échelle varie d'un établissement à un autre, de même que les items de cet outil. Certains établissements utilisent une EVS avec cinq termes quand le Centre Hospitalier de Bar-le-Duc n'en garde que quatre, éliminant le qualificatif du milieu. Il en a résulté quelques difficultés dans la mise en place de l'expérimentation au début.

De plus, les observations faites auprès des premiers patients sont imprécises, en raison d'un manque d'expérience dans le domaine abordé. Les constatations utiles sont venues au fur et à mesure des patients rencontrés. Leurs réactions, leurs remarques m'ont permis de mieux orienter les observations. Le déroulement de la passation s'est également uniformisé après quelques essais, les patients étant très différents les uns des autres et ayant besoin d'adaptations diverses.

### ***II.3.2.2 Les limites liées au personnel soignant :***

Les conclusions établies par ce travail, dans le domaine de l'évaluation de la douleur, restent peu utiles si elles ne servent pas à modifier l'attitude du personnel soignant. Or les soignantes sont peu convaincues par la généralisation de l'emploi de l'auto-évaluation de la douleur, auprès de patients non communicants. Leur vécu au quotidien les focalise sur les incapacités des patients ; elles en oublient les capacités résiduelles de la grande majorité d'entre eux. Leur travail et le rythme qui leur est imposé les forcent à donner un autre statut aux patients et à intervenir à leur place, en communication comme dans les autres domaines. Il faudrait les aider à modifier leur regard sur la population non communicante, en observant les moyens de communication que peuvent mobiliser les patients, et leurs stratégies de compensation. Il est important qu'elles considèrent le patient comme un être de communication, pas uniquement comme un patient qu'il faut faire manger, changer, laver. Il serait probablement utile d'encourager les soignantes à adopter un autre

regard, une nouvelle démarche dans la relation et l'évaluation de la douleur avec les patients non communicants.

### ***II.3.2.3 Les limites liées aux paramètres de l'étude :***

Le travail de recherche mené présente des limites liées aux paramètres de l'expérimentation. Tout d'abord, la population de l'étude est une population gériatrique, caractérisée par des perceptions et un langage de la douleur bien spécifiques. La description des différentes caractéristiques de la douleur est souvent moins fine que chez une population plus jeune. Les fibres nerveuses véhiculant le message nociceptif sont altérées par le vieillissement. L'interprétation de la douleur est souvent détériorée en raison d'un fonctionnement cortical moins efficient. Les processus inhibiteurs sont également altérés, ce qui peut entraîner des douleurs plus fortes. Outre ces particularités physiologiques, la personne âgée accepte plus difficilement de partager son vécu douloureux. Les croyances religieuses, la normalité du vécu douloureux, la crainte du diagnostic, du traitement, des investigations sont autant d'éléments expliquant le silence d'une personne âgée. De ce fait, les résultats obtenus pour cette population ne peuvent être généralisés à d'autres populations de patients non communicants, telles que les enfants, les populations psychiatriques.

Les supports de communication utilisés font l'objet d'un choix, basé sur l'expérience clinique et les connaissances des supports de communication utilisés auprès d'autres populations. Les gestes sont utiles avec des patients non communicants, pour diriger un échange au quotidien, pour se faire comprendre en rééducation. Leur utilité peut donc s'étendre à l'évaluation de la douleur. Les algocubes sont utilisés auprès des enfants pour faciliter la caractérisation de la douleur par ce type de patient. Il existe d'autres moyens de communication (dessin, jetons entre autres), dont la pertinence est peut-être égale ou supérieure aux gestes.

Les types de douleur n'ont pas fait l'objet d'une différenciation lors de l'expérimentation. Or, la douleur chronique peut être plus difficile à déceler car les patients ont tendance à s'y habituer, ou à penser qu'on ne peut rien faire contre ce phénomène. Ils ne la signaleront donc pas toujours. A l'inverse, la douleur aiguë, par son caractère récent, sera plus facilement signalée. Les lésions, blessures à l'origine de cette douleur peuvent aussi être décelées lors de la toilette. L'évaluation de la

douleur serait peut-être moins efficace chez des patients uniquement atteints de douleurs chroniques.

La différenciation faite entre plusieurs pathologies, au sein des patients non communicants, présente des écueils. Les résultats obtenus, et leur interprétation, sont discutables en raison de l'hétérogénéité résiduelle dans les catégories formées. Les pathologies considérées (AVC, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson) sont caractérisées par des stades et des profils cliniques variables. Les patients atteints de la maladie de Parkinson ne sont que sept, ce qui empêche une généralisation de l'interprétation émise. Le dernier groupe «divers» ne présente que peu d'intérêt, du fait de son hétérogénéité. La catégorisation par pathologies manque donc de finesse et ne porte pas sur des populations suffisamment importantes.

Les troubles de compréhension, d'expression et du comportement, qui constituent la définition de la personne non communicante, n'ont pas été dissociés lors de l'analyse des résultats. Il existe souvent plusieurs troubles concomitants pour un même patient et il est donc difficile d'apprécier l'implication d'un type de trouble dans la réussite ou l'échec de l'évaluation de la douleur. On ne peut donc tirer aucune conclusion sur l'efficacité éventuelle d'un support de communication pour chaque type de trouble. En dépit de ces différentes limites, l'expérimentation comporte de nombreux intérêts, pour les différentes personnes concernées.

### **II.3.3 Les intérêts de l'expérimentation :**

Hormis les différentes limites que comporte l'étude, de nombreux intérêts en ressortent.

#### ***II.3.3.1 Intérêts pour les soignants, l'hôpital et le patient :***

Rappelons que l'expérimentation menée fait suite à une Evaluation des Pratiques Professionnelles ayant trait au traitement de la douleur chez des patients non communicants. Au terme de ce travail, l'auto-évaluation de la douleur devait être privilégiée auprès de personnes non communicantes. L'obtention d'une réponse non fiable (stéréotypées, discours incohérent...) justifiait l'emploi de l'hétéro-évaluation de la douleur. Le travail de recherche mis en place dans ce mémoire s'inscrit dans la continuité des démarches développées à l'issue de l'EPP. Malgré ce précédent travail, l'hétéro-évaluation de la douleur reste la modalité la plus utilisée par le personnel soignant, qui n'accorde pas suffisamment de fiabilité aux productions de ces patients.

L'expérimentation conduite permet de souligner l'importante proportion de réponses fiables chez des patients non communicants lors de l'évaluation. Elle marque également la possibilité, pour de nombreux patients, d'utiliser l'outil d'auto-évaluation de la douleur de manière adaptée. Les observations issues de l'étude permettent d'inciter les soignants à privilégier l'auto-évaluation de la douleur chez les patients non communicants. Ceci renforce la pertinence des démarches proposées à l'issue de l'EPP. Les soignants doivent utiliser l'auto-évaluation de la douleur, en premier lieu, malgré leurs représentations et croyances sur les patients non communicants. Cette modalité d'évaluation permet une précision dans la description de la douleur qui est non négligeable en regard de l'hétéro-évaluation. De plus, si les soignants accordent une plus grande confiance dans les capacités des patients, la communication n'en sera que meilleure. Les soignants pourront répondre de manière plus efficace aux demandes et plaintes des patients.

Les intérêts de l'expérimentation, et de ses conclusions, concernent également l'hôpital. L'auto-évaluation de la douleur est plus riche en informations sur la douleur que l'hétéro-évaluation. La richesse accrue de la description du vécu douloureux permet une meilleure identification du mécanisme en cause. Le

traitement développé est alors plus rapidement adapté au cas du patient. Celui-ci ne subit pas de multiples changements de traitement et un processus de tâtonnement, pour trouver la meilleure façon de lutter contre sa douleur. L'hôpital gagne alors une plus grande efficacité dans sa démarche d'évaluation et de traitement de la douleur, pour les patients non communicants. Le patient bénéficie également des conclusions de l'expérimentation. Il est considéré comme un interlocuteur à part entière et se sent écouté dans ses dires. Sa relation avec le personnel soignant en devient meilleure, et il accorde une confiance justifiée envers les différents professionnels de santé. La douleur qu'il décrit est prise en charge par un traitement le plus adapté possible. Celui-ci est déterminé à l'issue de l'évaluation de la douleur et de ses caractéristiques, mais aussi après plusieurs essais thérapeutiques. Chaque traitement administré est suivi d'une nouvelle évaluation de la douleur pour déterminer l'efficacité de la prise en charge envisagée. Un traitement efficace peut être établi à la suite de cette démarche.

### ***II.3.3.2 Intérêts dans la formation orthophonique :***

Ce travail nous a permis une prise de connaissance avec le domaine de la douleur, lequel est peu abordé pendant les études d'orthophoniste. Tout professionnel médical et paramédical peut être confronté à la douleur dans le cadre de son exercice, il est essentiel d'être familiarisé avec celle-ci. Il faut adopter la bonne réaction vis-à-vis d'un patient douloureux.

Le travail d'étude effectué en USLD nous a permis de nous familiariser avec un environnement peu connu. Nous avons pu observer les différents profils cliniques de patients, et la grande variabilité des performances pour une même pathologie. Observer le quotidien de ces patients, la communication et ses obstacles, entre les patients et les soignants, entre les patients eux-mêmes, était très enrichissant. Il nous a été donné la possibilité de voir les démarches faites pour aider les patients et les accompagner, mais aussi la grande solitude dans laquelle ils se trouvaient.

Le travail de recherche nous a donc aidé à nous familiariser avec un domaine, la douleur, et un environnement, les établissements pour personnes âgées, peu expérimentés auparavant. Les représentations des patients non communicants n'en sont devenues que plus précises et plus justes. Les interprétations issues de ce travail renforcent la confiance que l'on se doit d'accorder envers les patients et leurs

potentialités. Ce travail reste à compléter, par de nombreuses possibilités de poursuite.

### **II.3.4 Perspectives :**

Le travail effectué comporte plusieurs possibilités de poursuite, liées pour la majorité aux limites rencontrées dans l'interprétation des résultats. En premier lieu, suite à ce travail de recherche, il serait utile de mettre au point un matériel d'information à l'intention des professionnels de santé, pour les sensibiliser à l'utilisation de l'auto-évaluation de la douleur.

En outre, un nouveau travail de recherche pourrait s'effectuer en modifiant un ou plusieurs paramètres de cette étude. Il serait possible de travailler sur d'autres populations non communicantes : les enfants, la population psychiatrique. D'autres supports de communication pourraient être testés, de manière à déterminer leur utilité.

De plus, il serait intéressant de rendre l'étude menée plus précise en affinant certains paramètres. Il faudrait alors concentrer l'étude sur un type de douleur, chronique ou aiguë. L'application d'une expérimentation à un seul type de trouble, de la compréhension, de l'expression ou du comportement, serait un autre moyen d'affiner ce travail et ses interprétations. Il serait alors nécessaire de sélectionner des patients ne présentant qu'un type de trouble. Les différents types de troubles pourraient aussi être différenciés dès le début de l'expérimentation.

Enfin, il serait utile de travailler sur différents moyens pour améliorer la communication entre les patients non communicants et le personnel soignant, au quotidien. La mise en place de supports compensatoires, permettant aux patients de formuler leurs demandes et leurs besoins, serait très bénéfique. Ces outils permettraient aux patients de se faire entendre et comprendre plus aisément, et les relations entre patients et soignants s'en trouveraient meilleures. La communication autour de la douleur se trouverait également facilitée, avec un dépistage plus rapide.

Le travail effectué comporte donc de nombreuses ouvertures, qui permettraient d'enrichir les connaissances sur l'auto-évaluation de la douleur, chez des patients non communicants.

## Conclusion :

La douleur est un phénomène auquel les professionnels de santé sont de plus en plus sensibilisés. De nombreux progrès ont été réalisés, tant sur le plan de son dépistage et de son évaluation que pour son traitement. Cependant, des obstacles subsistent quant à l'évaluation de la douleur, notamment chez les adultes non communicants. L'hétéro-évaluation, habituellement utilisée auprès de ces patients, se caractérise par un manque important d'informations sur la douleur et ses caractéristiques.

Il a été établi, au cours du travail de recherche effectué, que ce recours à l'hétéro-évaluation de la douleur ne revêt pas un caractère systématique. Il importe de laisser le patient s'expliquer sur son vécu douloureux, quel que soit son profil pathologique et les impressions premières que l'on peut avoir. De ce fait, l'auto-évaluation de la douleur, accompagnée ou non d'un support de communication, est pertinente auprès d'adultes non communicants. Les gestes constituent un bon moyen de communication, pertinent au vu des résultats. Les patients non communicants affichent un pourcentage de réussite de 57,57% avec les gestes, contre 51,51% avec les algocubes et 45,45% pour l'EVS seule. Lorsque l'on regroupe les patients non communicants par pathologies (AVC, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson) les gestes sont également majoritairement utilisés par les différentes catégories établies. Il est alors approprié de privilégier un outil d'auto-évaluation de la douleur, qui apporte des informations nombreuses et précises sur la douleur. Celles-ci orientent le soignant vers un diagnostic plus fiable et un traitement mieux adapté.

Les interprétations issues du travail de recherche ne sont pas généralisables à toutes les populations non communicantes. Il serait intéressant d'appliquer cette étude aux autres types de patients non communicants : enfants, population psychiatrique. Il serait tout aussi utile de sensibiliser davantage le personnel soignant à l'utilisation de l'auto-évaluation de la douleur, chez les adultes non communicants, par le biais d'un support d'information. Les soignantes se sont montrées très sceptiques vis-à-vis de l'utilisation de l'auto-évaluation de la douleur, durant la totalité de l'expérimentation. L'hétéro-évaluation reste la modalité privilégiée, en raison des préjugés concernant les patients et leur capacité à fournir

une réponse fiable. Il serait donc intéressant de créer un outil d'information sur l'auto-évaluation de la douleur, sa pertinence auprès des patients non communicants, et ses avantages en regard de l'hétéro-évaluation. L'objectif, à terme, serait de favoriser une nouvelle démarche basée préférentiellement sur l'auto-évaluation de la douleur et sur l'écoute du patient. Dans ce cas, l'hétéro-évaluation ne constituerait qu'une possibilité en cas d'échec de la première modalité.

# Glossaire

Ce glossaire est établi à partir des définitions fournies dans le livre de S. Marchand :  
*Le phénomène de la douleur : comprendre pour mieux soigner.*

**Algésie** : Sensibilité à la douleur.

**Algie** : Terme qualifiant une douleur, quels qu'en soient les caractéristiques.

**Algique** : Relatif à la douleur physique.

**Algésiogène** : Qui provoque de la douleur.

**Allodynie** : Douleur produite par une stimulation habituellement non douloureuse.

**Analgesie** : Absence de douleur à la suite d'une stimulation normalement douloureuse. Elle peut être provoquée médicalement ou par une lésion du système nerveux périphérique ou central.

**Anesthésie** : Perte de la sensation somesthésique.

**Antalgique** : Propre à calmer la douleur.

**Dysesthésie** : Sensation anormale (non douloureuse) désagréable.

**Hyperalgésie** : Réponse exagérée à une stimulation normalement douloureuse.

**Hyperesthésie** : Exagération de la sensibilité.

**Hypoalgésie** : Diminution de la douleur en réponse à une stimulation normalement douloureuse.

**Hypoesthésie** : Diminution de la sensibilité à une stimulation somesthésique non douloureuse.

**Nocicepteur** : Récepteur nerveux préférentiellement sensible aux stimulations nociceptives ou à une stimulation devenant nociceptive si elle persiste.

**Nociceptif** : Qui se caractérise par une stimulation d'intensité suffisante pour activer des nocicepteurs, voire produire une lésion tissulaire.

**Paresthésie** : Sensation anormale (non douloureuse) provoquée ou non.

**Seuil de perception** : Plus faible intensité de stimulation perceptible par un sujet.

**Seuil de douleur** : Seuil à partir duquel une stimulation produit une douleur. Plus faible expérience de douleur qu'un sujet peut connaître.

**Seuil de tolérance** : Plus importante douleur qu'un sujet est prêt à tolérer.

**Seuil de discrimination** : Plus petite différence entre deux stimulations qu'un sujet arrive à discriminer au-delà du simple hasard.

# Bibliographie

ANAES (2000), *Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*, [consulté le 09/10/2009 : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)].

ANAES (2004), *Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation, Septembre 2004*, [consulté le 09/10/2009 : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)].

Chauffour-Ader C., Daydé M-C. (2008), *Comprendre et soulager la douleur*, Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.

Centre Hospitalier de Bar-le-Duc, *Evaluation de l'utilisation des antalgiques de palier III chez la personne présentant des troubles de la communication en USLD au centre hospitalier de Bar-le-Duc*.

Ginies P. (2007), *Créer, organiser et développer une structure anti-douleur*, [consulté le 04/10/2009 : CNRD, Centre National des Ressources de Lutte contre la Douleur, <http://www.cnrdr.fr/Creer-organiser-et-developper-une.html>].

HAS (2007a), Service évaluation des pratiques, *Evaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé*, [consulté le 09/10/2009 : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)].

HAS (2007b), *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*, [consulté le 04/10/2009 : CNRD, Centre National des Ressources de Lutte contre la Douleur, <http://www.cnrdr.fr/Manuel-de-certification-des.html>].

HAS (2008), *DECISION N° 2007.10.035/EPP du 7 novembre 2007 de la Haute Autorité de Santé relative aux modalités de mise en oeuvre de l'Évaluation des pratiques professionnelles*, [consulté le 09/10/2009 : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)].

HAS (2009), *Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées*, [consulté le 09/10/2009 : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)].

Journal officiel (1999), *LOI n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs*, [consulté le 09/10/2009 : <http://admi.net/jo/19990610/MESX9903552L.html>].

Marchand S. (2009), *Le phénomène de la douleur : comprendre pour mieux soigner*, 2<sup>e</sup> éd., Issy-les-Moulineaux : Masson.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère Délégué à la Santé (2002), *Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005*, [consulté le 04/10/2009 : CNRD, Centre National des Ressources de Lutte contre la Douleur, <http://www.cnrdr.fr/>].

Ministère de la Santé et des Solidarités (2006), *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010*, [consulté le 04/10/2009 : CNRD, Centre National des Ressources de Lutte contre la Douleur, <http://www.cnrdr.fr/Le-plan-de-lutte-contre-la-douleur.html>].

Mischlich D., Sebag-Lanoë R., Wary B. (2002), *La douleur des femmes et des hommes âgés*, Paris : Masson.

Moulinoux C. (2006), *Les résidents en unité de soins de longue durée souffrent : y penser, en parler pour une meilleure prise en charge en équipe*, Thèse de médecine, Université de Nantes.

Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre (2003), *Information du patient dans la loi du 4 mars 2002, accès aux informations de santé*, [consulté le 31/10/2009 : [www.web.ordre.medecin.fr/info\\_patient/infopatientgep.pdf](http://www.web.ordre.medecin.fr/info_patient/infopatientgep.pdf)].

Queneau P., Ostermann G. (2004), *Le médecin, le malade et la douleur*, 4<sup>e</sup> éd., Paris : Masson.

Sebag-Lanoë R. (2008), *Propos sur le grand âge*, Paris : Editions Doin-Lamarre.

SFAP (2005), *La loi relative au droit des malades et à la fin de vie n°2005-370 du 22 avril 2005*, Supplément au bulletin de la SFAP n°48, [consulté le 24/09/2009 : SFAP, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, <http://www.sfap.org/content/textes-relatifs-aux-soins-palliatifs-et-laccompagnement>].

Société Française de Santé Publique (2001), *Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur*, [consulté le 04/10/2009 : CNRD, Centre National des Ressources de Lutte contre la Douleur, <http://www.cnrdr.fr/Le-programme-de-lutte-contre-la.html>].

# Annexes

## Annexe 1

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

### QUESTIONNAIRE DOULEUR SAINT-ANTOINE (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots, choisissez le plus exact. Donnez au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4

Cotation : 0=Absent/Pas du tout      1=Faible/Un peu      2=Modéré/Moyennement  
3=Fort/Beaucoup      4=Extrêmement fort/Extrêmement

<b>A</b>	Battements	<input type="checkbox"/>
	Pulsations	<input type="checkbox"/>
	Élancements	<input type="checkbox"/>
	En éclairs	<input type="checkbox"/>
	Décharges électriques	<input type="checkbox"/>
	Coups de marteau	<input type="checkbox"/>

<b>B</b>	Rayonnante	<input type="checkbox"/>
	Irradiante	<input type="checkbox"/>

<b>C</b>	Piqûre	<input type="checkbox"/>
	Coupure	<input type="checkbox"/>
	Pénétrante	<input type="checkbox"/>
	Transperçante	<input type="checkbox"/>
	Coups de poignard	<input type="checkbox"/>

<b>D</b>	Pincement	<input type="checkbox"/>
	Serrement	<input type="checkbox"/>
	Compression	<input type="checkbox"/>
	Écrasement	<input type="checkbox"/>
	En étou	<input type="checkbox"/>
	Broiement	<input type="checkbox"/>

<b>E</b>	Tiraillement	<input type="checkbox"/>
	Étirement	<input type="checkbox"/>
	Distension	<input type="checkbox"/>
	Déchirure	<input type="checkbox"/>
	Torsion	<input type="checkbox"/>
	Arrachement	<input type="checkbox"/>

<b>F</b>	Chaleur	<input type="checkbox"/>
	Brûlure	<input type="checkbox"/>

<b>G</b>	Froid	<input type="checkbox"/>
	Glace	<input type="checkbox"/>

<b>H</b>	Picotements	<input type="checkbox"/>
	Fourmillements	<input type="checkbox"/>
	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>

<b>I</b>	Engourdissement	<input type="checkbox"/>
	Lourdeur	<input type="checkbox"/>
	Sourde	<input type="checkbox"/>

**A à I** : critères sensoriels

<b>J</b>	Fatigante	<input type="checkbox"/>
	Énervante	<input type="checkbox"/>
	Éreintante	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

<b>K</b>	Nauséuse	<input type="checkbox"/>
	Suffocante	<input type="checkbox"/>
	Syncopale	<input type="checkbox"/>

<b>L</b>	Inquiétante	<input type="checkbox"/>
	Oppressante	<input type="checkbox"/>
	Angoissante	<input type="checkbox"/>

<b>M</b>	Harcelante	<input type="checkbox"/>
	Obsédante	<input type="checkbox"/>
	Cruelle	<input type="checkbox"/>
	Torturante	<input type="checkbox"/>
	Supplicante	<input type="checkbox"/>

<b>N</b>	Gênante	<input type="checkbox"/>
	Exaspérante	<input type="checkbox"/>
	Pénible	<input type="checkbox"/>
	Insupportable	<input type="checkbox"/>

<b>O</b>	Énervante	<input type="checkbox"/>
	Exaspérante	<input type="checkbox"/>
	Horripilante	<input type="checkbox"/>

<b>P</b>	Déprimante	<input type="checkbox"/>
	Suicidaire	<input type="checkbox"/>

**TOTAL :**

**J à P** : critères affectifs

Illustrant les différentes composantes de la douleur, le QDSA (version française du Mac Gill Pain Questionnaire-MPQ) permet essentiellement une évaluation qualitative de la douleur chronique, en particulier la douleur neuropathique.

Le QDSA nécessite, pour le patient douloureux un bon niveau de compréhension et un vocabulaire assez riche. Il en existe une version abrégée.



## Annexe 2

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

### QUESTIONNAIRE DN4

Il permet d'estimer la probabilité d'une douleur neuropathique chez un patient, par le biais de 4 questions réparties en 10 items à cocher.

Le praticien interroge ou examine le patient et remplit le questionnaire lui-même. Il note une réponse ("oui", "non") à chaque item.

A la fin du questionnaire, il comptabilise les réponses et attribue la note 1 pour chaque "oui", et la note 0 pour chaque "non". La somme obtenue donne le score du patient, noté sur 10.

**Question 1** (*interrogatoire*) : 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** (*interrogatoire*) : 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** (*examen*) : 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 piquûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 4** (*examen*) : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

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

**Score du patient : /10**

**Résultat** : le diagnostic de douleur neuropathique (DN) est porté si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10 (sensibilité de 83%, spécificité de 90%)



## Annexe 3

# ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGÉE

NOM :	Prénom :	DATES			
Service :					
Observation comportementale					
<b>RETEN TISSEMENT SOMATIQUE</b>					
<b>1•</b> 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
<b>2•</b> Positions antalgiques au repos	* pas de position antalgique .....	0	0	0	0
	* le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle .....	1	1	1	1
	* position antalgique permanente et efficace .....	2	2	2	2
	* position antalgique permanente inefficace .....	3	3	3	3
<b>3•</b> 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 soins .....	2	2	2	2
	* protection au repos, en l'absence de toute sollicitation .....	3	3	3	3
<b>4•</b> 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
<b>5•</b> 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
<b>RETEN TISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>					
<b>6•</b> 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
<b>7•</b> 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
<b>RETEN TISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>					
<b>8•</b> 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
<b>9•</b> Vie sociale	* participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) .....	0	0	0	0
	* participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation .....	1	1	1	1
	* refus partiel de participation aux différentes activités .....	2	2	2	2
	* refus de toute vie sociale .....	3	3	3	3
<b>10•</b> 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
		<b>SCORE</b>			

COPYRIGHT

## Annexe 4

### ALGOPLUS : Evaluation de la douleur

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur :  /  /   
(JJ/MM/AAAA)

Heure :  :   
(hh : mm)

Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation

Médecin <sub>1</sub>  
IDE <sub>2</sub>  
AS <sub>3</sub>  
Etudiant <sub>4</sub>

Paraphe :

### ALGOPLUS

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

	Oui	Non
1 – <b>Visage</b> : Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – <b>Regard</b> : Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – <b>Plaintes orales</b> : « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – <b>Corps</b> : Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – <b>Comportements</b> : Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Oui  / 5

Collectif DOLOPLUS : [WWW.Doloplus.com](http://WWW.Doloplus.com) Responsable Dr Bernard Wary  
Mail : [cspbelair@free.fr](mailto:cspbelair@free.fr)

Groupe de travail Algoplus : Responsable Dr Patrice RAT  
Mail : [patrice.rat@ap-hm.fr](mailto:patrice.rat@ap-hm.fr)

## Annexe 5

NOM :

PRÉNOM :

DATE :

### ECPA (Échelle Comportementale de la douleur pour Personnes Agées non communicantes)

<b>OBSERVATION AVANT LES SOINS</b> <i>(personne non communicante)</i>	
<b>1. EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE</b>	
0 - Visage détendu	<input type="checkbox"/>
1 - Visage soucieux	<input type="checkbox"/>
2 - Le sujet grimace de temps en temps	<input type="checkbox"/>
3 - Regard effrayé et/ou visage crispé	<input type="checkbox"/>
4 - Expression complètement figée	<input type="checkbox"/>
<b>2. POSITION SPONTANÉE AU REPOS (RECHERCHE D'UNE ATTITUDE OU POSITION ANTALGIQUE)</b>	
0 - Aucune position antalgique	<input type="checkbox"/>
1 - Le sujet évite une position	<input type="checkbox"/>
2 - Le sujet choisit une position antalgique	<input type="checkbox"/>
3 - Le sujet recherche sans succès une position antalgique	<input type="checkbox"/>
4 - Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	<input type="checkbox"/>
<b>3. MOUVEMENTS (OU MOBILITE) DU PATIENT (HORS ET/OU DANS LE LIT)</b>	
0 - Le sujet ou ne bouge pas comme d'habitude*	<input type="checkbox"/>
1 - Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	<input type="checkbox"/>
2 - Lenteur, rareté des mouvements**, contrairement à son habitude*	<input type="checkbox"/>
3 - Immobilité, contrairement à son habitude*	<input type="checkbox"/>
4 - Absence de mouvement ou forte agitation, contrairement à son habitude*	<input type="checkbox"/>
<b>4. RELATION A AUTRUI (IL S'AGIT DE TOUTE RELATION, QUEL QUE SOIT LE TYPE : REGARD, GESTE, EXPRESSION,...)</b>	
0 - Même type de contact que d'habitude	<input type="checkbox"/>
1 - Contact plus difficile à établir que d'habitude	<input type="checkbox"/>
2 - Évite la relation, contrairement à l'habitude	<input type="checkbox"/>
3 - Absence de tout contact, contrairement à l'habitude	<input type="checkbox"/>
4 - Indifférence totale, contrairement à l'habitude	<input type="checkbox"/>
<b>OBSERVATION PENDANT LES SOINS</b> <i>(personne non communicante)</i>	
<b>5. ANTICIPATION ANXIEUSE AUX SOINS</b>	
0 - Le sujet ne montre pas d'anxiété	<input type="checkbox"/>
1 - Angoisse du regard, impression de peur	<input type="checkbox"/>
2 - Sujet agité	<input type="checkbox"/>
3 - Sujet agressif	<input type="checkbox"/>
4 - Cris, soupirs, gémissements	<input type="checkbox"/>
<b>6. RÉACTIONS PENDANT LA MOBILISATION</b>	
0 - Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	<input type="checkbox"/>
1 - Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	<input type="checkbox"/>
2 - Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	<input type="checkbox"/>
3 - Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	<input type="checkbox"/>
4 - Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	<input type="checkbox"/>
<b>7. RÉACTIONS PENDANT LES SOINS DES ZONES DOULOUREUSES</b>	
0 - Aucune réaction pendant les soins	<input type="checkbox"/>
1 - Réaction pendant les soins, sans plus	<input type="checkbox"/>
2 - Réaction au toucher des zones douloureuses	<input type="checkbox"/>
3 - Réaction à l'effleurement des zones douloureuses	<input type="checkbox"/>
4 - L'approche des zones est impossible	<input type="checkbox"/>
<b>8. PLAINTES EXPRIMÉES PENDANT LES SOINS</b>	
0 - Le sujet ne se plaint pas	<input type="checkbox"/>
1 - Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	<input type="checkbox"/>
2 - Le sujet se plaint dès la présence du soignant	<input type="checkbox"/>
3 - Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	<input type="checkbox"/>
4 - Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>	<b>/32</b>

\*se référer aux jours précédents \*\*ou prostration 0 à 4 : pas de douleur 4 à 8 : douleur possible >8 : douleur certaine



## Annexe 6

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

### Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

#### A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

#### B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

#### C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

#### D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

#### E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

#### F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

#### G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

**H**

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

**I**

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

**J**

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

**K**

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

**L**

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

**M**

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

**Résultats :**

Le score varie de 0 à 39.

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère

*Références :*

*Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.  
Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.*

## Annexe 7

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

### Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmund et Snaith

#### 1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

## 2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

### Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

### Références :

*Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.*

**Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)**

- 1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)
  - 0 Absent
  - 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
  - 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
  - 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).
  - 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.
  
- 2) Sentiments de culpabilité
  - 0 Absent.
  - 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
  - 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
  - 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
  - 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.
  
- 3) Suicide
  - 0 Absent
  - 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
  - 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
  - 3 Idées ou gestes de suicide.
  - 4 Tentatives de suicide.
  
- 4) Insomnie du début de nuit
  - 0 Absent.
  - 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
  - 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.
  
- 5) Insomnie du milieu de nuit
  - 0 Pas de difficulté.
  - 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
  - 2 Il se réveille pendant la nuit.
  
- 6) Insomnie du matin
  - 0 Pas de difficulté.
  - 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
  - 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.
  
- 7) Travail et activités
  - 0 Pas de difficulté.
  - 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
  - 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
  - 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
  - 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

**8) Ralentissement** (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

**9) Agitation**

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

**10) Anxiété psychique**

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

**11) Anxiété somatique** (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

**12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux**

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

**13) Symptômes somatiques généraux**

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

**14) Symptômes génitaux** (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

**15) Hypochondrie**

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

**16) Perte de poids**

A : selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

**17) Prise de conscience**

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

**Résultats :**

Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci.

Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

**Références :**

*Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Gueffi, S.Criquillon-Doublet, Laboratoires Ardix, 1993*

## Annexe 9

9 septembre 2000

### **ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (Version courte)**

**NOM :**

*(étiquette patient)*

**Prénom :**

**Date :**

1 - Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités ?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie soit vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Etes-vous en général de bonne humeur ?	oui	non*
6 - Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ?	oui*	non
7 - Etes-vous heureux(se) de vivre actuellement ?	oui	non*
8 - Avez-vous l'impression de n'être plus bon(ne) à rien ?	oui*	non
9 - Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ?	oui*	non
10 - Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui*	non
11 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
12 - La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ?	oui*	non
13 - Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non*
14 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui*	non
15 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui*	non

Chaque réponse marquée \* vaut un point.

<p><b>Score 0 à 5 : normal</b> <b>Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression</b> <b>Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression</b></p>
--

Source : Jérôme A. Yesavage, MD. Syllabus Gériatrique. IPSEN. American Geriatrics society. Société Française de Gériatrie. 2701713/02.99. p 412.

Département de Gériatrie – Hôpital NORD – CEBAZAT – CHU CLERMONT-FERRAND.

## Annexe 10

### Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN) élaborée et validée pour le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 6 à 9 mois

pour mesurer un état douloureux prolongé (lié à une maladie ou à une intervention chirurgicale ou à la répétition fréquente de gestes invasifs)  
non adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.

**score de 0 à 15, seuil de traitement 5**

		Date							
		Heure							
<b>VISAGE</b>	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente <b>ou</b> visage prostré, figé <b>ou</b> visage violacé								
<b>CORPS</b>	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres <b>ou</b> motricité très pauvre et limitée, avec corps figé								
<b>SOMMEIL</b>	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil								
<b>RELATION</b>	0 Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation								
<b>RECONFORT</b>	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement 3 Inconsolable. Succion désespérée								
<b>SCORE TOTAL</b>									
<b>OBSERVATIONS</b>									

DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, TRES F, MAGNY JF, BOUGUIN MA, DEHAN M. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994, 1, 1085-1092.

DEBILLON T., ZUPAN V., RAVAUULT N, MAGNY J.F., DEHAN M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Arch Did Child Neonatal Ed 2001, 85 : F36-F41.

## Annexe 11

### ECHELLE NFCS : Neonatal Facial Coding System

élaborée et validée pour mesurer la douleur d'un soin invasif chez le nouveau-né  
**Chaque item est coté absent (0) ou présent (1) au cours de l'acte douloureux.**  
 Score maximum de 4.

<b>JOUR</b>												
<b>ACTE DE SOIN</b>												
<b>HEURE</b>												
<b>Sourcils froncés</b>												
<b>Paupières serrées</b>												
<b>Sillon naso-labial accentué</b>												
<b>Ouverture des lèvres</b>												
<b>SCORE</b>												

Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates : facial action and cry. *Pain* 1987, 28 : 395-410  
 Grunau RVE, Craig KD, Drummond JE. Neonatal pain behaviour and perinatal events : implications for research observations. *Can J Nursing Research* 1989, 21 : 7-17  
 Grunau RVE, Oberlander T, Holsti L, Whitfield MF. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonate. *Pain* 1998, 76 : 277-286.

*Traduction Pедиadol 2000*

## Annexe 12

**ECHELLE CHEOPS : Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale**  
 élaborée et validée pour évaluer la douleur post-opératoire de l'enfant de 1 à 7 ans ou la douleur d'un soin  
**Score de 4 (normal) à 13 (maximum), seuil de traitement 8**

JOUR												
HEURE												
<b>PLEURS</b>												
1 : pas de pleurs												
2 : gémissements ou pleurs												
3 : cris perçants ou hurlements												
<b>VISAGE</b>												
0 : sourire												
1 : visage calme, neutre												
2 : grimace												
<b>PLAINTES VERBALES</b>												
0 : parle de choses et d'autres sans se plaindre												
1 : ne parle pas, ou se plaint, mais pas de douleur												
2 : se plaint de douleur												
<b>CORPS (torse)</b>												
1 : corps (torse) calme, au repos												
2 : change de position ou s'agite, ou corps arqué ou rigide ou tremblant, ou corps redressé verticalement, ou corps attaché												
<b>MAINS : touchent la plaie ?</b>												
1 : n'avance pas la main vers la plaie												
2 : avance la main ou touche ou agrippe la plaie, ou mains attachées												
<b>JAMBES</b>												
1 : relâchées ou mouvements doux												
2 : se tordent, se tortillent, ou donnent des coups, ou jambes redressées ou relevées sur le corps, ou se lève ou s'accroupit ou s'agenouille, ou jambes attachées												
<b>SCORE GLOBAL</b>												

Mc Grath et al : CHEOPS : a behavioral scale for rating postoperative pain in children. *Advances in Pain Research and Therapy*, vol 9, 1985 : 395-402.  
 Traduction Pédiadol 2000

## Annexe 13

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

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

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

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.

## Annexe 14

Pediatric Pain Sourcebook, [www.painsourcebook.ca](http://www.painsourcebook.ca)  
Version : 7 Aug 2007 CL von Baeyer

### Échelle des visages : Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)

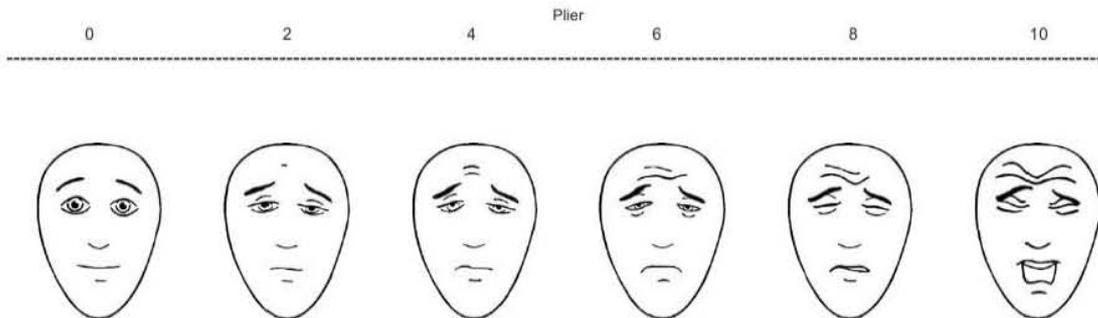
« Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (*montrer celui de gauche*) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (*les montrer un à un de gauche à droite*) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (*montrer celui de droite*), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment. »

Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10. 0 correspond donc à « pas mal du tout » et 10 correspond à « très très mal ». Exprimez clairement les limites extrêmes : « pas mal du tout » et « très très mal ». N'utilisez pas les mots « triste » ou « heureux ». Précisez bien qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect affiché de leur visage.

**Permission pour l'usage.** Copyright International Association for the Study of Pain (IASP) © 2001. Ce matériel peut être photocopié pour une utilisation clinique ou en recherches. Pour demander la permission de l'IASP de reproduire le FPS-R dans une publication, ou pour tout usage commercial, s'adresser à [iaspdesk@iasp-pain.org](mailto:iaspdesk@iasp-pain.org)

Pour toute autre information concernant le FPS-R, s'adresser à [Tiina.Jaaniste@sesiahs.health.nsw.gov.au](mailto:Tiina.Jaaniste@sesiahs.health.nsw.gov.au) (Pain Medicine Unit, Sydney Children's Hospital, Randwick NSW 2031, Australia).

**Sources.** Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised : Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001 ; 93 : 173-83. Bieri D, Reeve R, Champion GD, Addicoat L, Ziegler J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children : Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990 ; 41 : 139-50.



Annexe 15 : Passation de l'EVS seule, grille d'observations

N° patient	Réponse fiable	Age	Observations
1	Oui	84.7	- Bonne compréhension orale. Expression orale bonne, paraît cohérente. Difficile de comprendre à cause de l'articulation défectueuse, du peu de souffle et de l'hypophonie. - «Avez-vous mal?» : «J'ai du mal à respirer.» - «Avez-vous de la douleur?» : «Non» + confirmation quand je redemande.
2	Oui	98.3	- Bonne compréhension orale et écrite. Expression orale bonne, pas toujours cohérente. - Réponse immédiate dès la première question et fait le lien avec «Donc votre douleur est comme ça?» + désignation. - Dit avoir déjà vu ça il y a longtemps. «Ah, c'est pour les douleurs, ça!», après la passation.
3	Oui	77.8	- Bonne compréhension orale. Ne semble pas lire la réglette. Bonne expression orale, avec hypophonie. - «Avez-vous mal?» : «Mal où?» . «N'importe, avez-vous mal?» : «Non.» - Ne fait pas le lien avec «douleur absente» à l'oral.
4	Oui	88.8	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation. Attitude adaptée. - Réponse directe à la première question et fait le lien avec «absente» sur désignation.
5	Oui	92.4	- Bonne compréhension écrite : recours à une question écrite car surdité totale. Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation et prosodie. - Réponse directe et lien avec «absente» + mot «douleur» écrit.
6	Oui	89.3	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation. - Lien avec «absente» sur désignation.
7	Oui	85	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation. Compréhension «douleur absente» à l'oral (il avait mal entendu «votre douleur est comme ça» d'où son manque de réponse, il aurait compris sur désignation). - Très mauvaise ouïe.
8	Oui	66.3	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, cohérente et bonne articulation. - Réponse directe à la première question et compréhension du terme «absente» sur désignation.

<b>10</b>	Oui	89.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale (?). Je ne sais pas si il lit et si il a compris.</li> <li>- Réponse assez rapide, je dois répéter car il est canalisé par la réglette.</li> <li>- Bonne expression non verbale : signe de la tête.</li> <li>- Attitude inadaptée : rit fréquemment.</li> </ul>
<b>12</b>	Oui	84.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale. Ne semble pas lire la réglette, ou ne pas comprendre. Bonne expression orale.</li> <li>- «Avez-vous mal?» : «Oui». Il choisit le terme «forte» proposé à l'oral.</li> </ul>
<b>13</b>	Oui	89.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté à comprendre ce que je demande au début. N'a pas le réflexe de prendre sa loupe pour lire, je dois lui demander. Mauvaise ouïe. Bonne expression orale, bonne articulation.</li> <li>- Signifie qu'il ne comprend pas à quoi sert l'échelle.</li> <li>- «Avez-vous mal?» : «Mal où?», puis «Non».</li> <li>- «Donc votre douleur est comme ça....absente?» : «Ah bon?» + haussement d'épaules. Ne fait pas le lien entre la question et la réglette.</li> </ul>
<b>14</b>	Oui	70.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation.</li> <li>- Fait le lien avec «absente» sur désignation.</li> </ul>
<b>15</b>	Oui	89.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale de la première question. Semble perdu quand je lui demande «Comment est votre douleur?» (bonne lecture mais ne sait pas choisir ou ne fait pas le lien). «Vous avez mal comment?» : il choisit «forte» que je désigne pour confirmation. Peu convaincu par sa réponse, hésitation. Comprend-il la notion d'intensité?</li> <li>- Bonne expression orale, phrases courtes.</li> </ul>
<b>16</b>	Oui	84.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mouvement constant de succion des lèvres. Expression orale très rare : oui, non soufflé. Quelques mouvements de la tête (hochement, négation?). Haussement des épaules. Communication non verbale peu efficiente.</li> <li>- Réaction à «douleur absente» mais je ne sais pas si elle a bien compris.</li> </ul>
<b>17</b>	Oui	89.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite. Expression orale difficile : hypophonie (oui soufflé). Expression non verbale efficiente : hochement de tête, négation.</li> <li>- Fait le lien avec «absente» sur désignation.</li> </ul>
<b>18</b>	Oui	73	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite + «absente» sur désignation.</li> <li>- Bonne expression orale, cohérente. Gros tremblement moteur.</li> </ul>

<b>19</b>	Oui	84.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite, même quand phrases longues. Bonne expression orale, cohérente.</li> <li>- Bonne compréhension du terme «absente» sur désignation.</li> </ul>
<b>20</b>	Oui	83.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite. Expression orale difficilement compréhensible : bafouillage. Image labiale permet de reconnaître oui/non.</li> <li>- Expression non verbale efficace : hochement et négation tête.</li> <li>- Fait le lien avec «absente»?</li> </ul>
<b>21</b>	Non	83.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientation du regard vers moi assez rarement. Réaction à mes questions (froncement sourcils, agitation, bruits faibles) : est-ce une réponse? J'ai l'impression d'une négation de la tête, une seule fois (mouvement réflexe, involontaire?).</li> <li>- Ne semble pas lire, ne fixe pas son regard sur la réglette.</li> </ul>
<b>22</b>	Oui	79.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite. Expression orale faible (hypophonie). Bonne expression non verbale : mouvement de tête.</li> <li>- Fait le lien avec «douleur absente» à l'oral.</li> </ul>
<b>23</b>	Non	92.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gros troubles du comportement : agressivité verbale dès les premières phrases.</li> <li>- Je ne sais pas si elle ne comprend pas ou si elle ne veut pas répondre. Quelques réponses sur le mode «je me sens mal» mais part ensuite dans un délire verbal.</li> <li>- Ne veut pas lire? Dit oui puis non à la question. Ensuite logorrhée. Bonne expression orale sur le plan de l'articulation.</li> </ul>
<b>24</b>	Non	85	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gros trouble de la compréhension.</li> <li>- «Avez-vous de la douleur?» : «ça va», «j'en ai pas» mais je ne suis pas sûre qu'elle ait compris. Quand je repose la question : «mais je n'en ai pas besoin!».</li> <li>- Refuse de lire : «je fais pas», «j'en ai pas besoin».</li> <li>- Bonne expression orale, bonne articulation.</li> </ul>
<b>25</b>	Oui	76.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite. Utilise la désignation.</li> <li>- Expression orale difficile en raison de sa langue : seuls les mots courts sont reconnaissables. En dépit de ces difficultés, elle persiste à vouloir parler bcp : il faut que je lui repose la question pour que ça l'incite à dire oui/non. Il faut que je lui demande de désigner. Souffre de cette situation.</li> <li>- Expression non verbale efficace : mouvement de tête, haussement des épaules.</li> </ul>

<b>26</b>	Non	98.7	- Absence de réaction à ma présence. Semble ne pas vouloir me parler ou m'écouter. Ne s'oriente pas vers moi.
<b>27</b>	Non	54.8	- Agitation quand je viens mais n'oriente pas longtemps son regard sur moi (seulement au début). Ensuite contorsions, me tourne la tête. - Au début, j'avais l'impression d'une réponse mais comportement inapproprié pour faire passer un message.
<b>28</b>	Oui	97.11	- Bonne compréhension orale (et écrite?). Bonne lecture. Bonne expression orale, semble cohérente mais difficile sur le plan articulatoire. - Ne sait pas choisir un terme pour qualifier sa douleur.
<b>29</b>	Oui	90.5	- Bonne compréhension orale et écrite. Expression orale : uniquement oui/non. Expression non verbale efficace : mouvement tête. - Fait le lien avec «absente» sur désignation.
<b>30</b>	Oui	83.3	- Compréhension à partir de la question «Avez-vous de la douleur?». Fait le lien avec «douleur absente» à l'oral. - Veut absolument lire la réglette.
<b>31</b>	Non	96.3	- Aucune réaction à ma présence, au mouvement au-dessus de sa tête. Pas de mouvement oculaire vers moi ou vers la réglette. Pas de réaction à ma voix.
<b>32</b>	Oui	91.4	- Grosse méfiance de sa part, ce qui fait qu'elle ne répond pas tout de suite. Bonne compréhension orale. Ne peut pas lire (pas de lunettes). - Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation. «Avez-vous mal?» : «Mal où?» puis «Non». Sur lecture, elle choisit «absente».
<b>33</b>	Oui	81.1	- Bonne compréhension orale. Ne comprend pas le principe de la réglette : «A quoi ça sert?». Fait le lien avec «douleur absente».
<b>34</b>	Oui	90.3	- Bonne compréhension orale. Difficulté à lire et à comprendre le lien avec «douleur absente» mais comprend «pas de douleur». - Bonne expression orale.
<b>35</b>	Oui	71.11	- Bonne compréhension orale. Expression orale : quelques difficultés articulatoires.
<b>36</b>	Oui	101.10	- Bonne compréhension orale, difficulté de lecture.
<b>37</b>	Oui	87.4	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale. - Fait le lien avec «absente» sur désignation.
<b>38</b>	Oui	87.6	- Bonne compréhension orale. Bonne expression

			orale, cohérente, bonne articulation.
<b>39</b>	Oui	93.3	- Bonne compréhension orale. Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation. - Ne comprend pas le principe de la réglette : ne fait pas le lien avec la question (difficulté avec «douleur absente»).
<b>40</b>	Oui	84.4	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation. - Ne sait pas choisir un terme pour décrire sa douleur : difficulté de compréhension, difficulté à se concentrer sur sa douleur?
<b>41</b>	Non	93.8	- N'essaie pas de lire la réglette. - Réponse directe : «non» et dit qu'elle ne sait pas. - Problème de compréhension, d'audition? - Bonne expression orale, bonne articulation.
<b>42</b>	Oui	89.9	- Compréhension qui semble aléatoire : «Vous comprenez ce que je dis?" : «non». - «Avez-vous mal?» : «non». «Donc votre douleur est absente?» : semble dire oui et vouloir répéter «absente».
<b>43</b>	Oui	97.1	- Bonne compréhension orale et compréhension écrite altérée. Bon déchiffrage mais ne fait pas de lien avec la question. - Réponse directe à la question mais quand je désigne «absente» pour confirmer, elle lit plusieurs fois de suite le mot.
<b>44</b>	Oui	96	- Bonne compréhension orale. Ne sait pas choisir entre les termes proposés (problème de compréhension?). - Bonne expression orale, bonne articulation.
<b>45</b>	Oui	89.1	- Réglette = exercice de lecture. - Bonne compréhension orale mais difficulté à faire le lien avec la réglette. - Bonne expression orale, bonne articulation mais plus ou moins de cohérence.
<b>46</b>	Oui	96	- Bonne compréhension orale, mauvaise lecture. Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation.
<b>47</b>	Non	75.3	- Aucune réaction à ma présence et à ma voix.
<b>48</b>	Oui	96.11	- Bonne compréhension orale. Ne regarde pas la réglette. Bonne expression orale, bonne articulation, paraît cohérent.
<b>49</b>	Oui	88.2	- Bonne compréhension orale et écrite. - Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation.
<b>50</b>	Oui	84.7	- «Avez-vous mal?» : «oui» mais ne sait pas dire

			comment. Ne regarde pas la règlette, même sur incitation. Sourit souvent. - Problème de compréhension?
<b>51</b>	Oui	96.7	- Compréhension orale ? Répond oui à la question puis rien à la confirmation. Agitation. - Montre «très intense» puis «forte» puis «très intense» puis «faible».
<b>53</b>	Oui	78.8	- Bonne compréhension orale. Bonne expression orale, bonne articulation, cohérence. - Je ne suis pas sûre qu'elle a bien compris le terme «absente».
<b>54</b>	Oui	88.4	- Bonne compréhension orale, ne peut pas lire (prétend qu'elle a des lunettes). Bonne expression orale, bonne articulation, pas toujours cohérente. - Compréhension des termes de la règlette sur lecture.
<b>55</b>	Non	85.4	- Problème compréhension orale. Attitude inadaptée : rit sans cesse même si elle semble me prêter attention. - Déchiffrage conservé : lit la règlette en boucle. - Dit ne pas entendre mais ne comprend pas.
<b>56</b>	Oui	91.11	- Bonne compréhension orale. Bonne expression orale sur le plan articulatoire mais manque de cohérence. «Je n'ai mal nulle part.»
<b>58</b>	Oui	86.2	- Bonne compréhension orale. Bonne expression orale, bonne articulation, cohérence. - Comprend mal le terme «douleur absente».
<b>59</b>	Oui	83.2	- Compréhension orale +/- : répond à la première question de façon claire. - Ne comprend pas «douleur absente». - Ne voit pas.
<b>61</b>	Oui	89.9	- Bonne compréhension orale. Ne fait pas le lien avec «douleur absente».
<b>62</b>	Non	73.1	- Bonne compréhension orale, bonne expression orale, bonne articulation. - Ne veut pas répondre à ma question car elle se méfie des médecins et de leurs traitements.
<b>63</b>	Non	97.10	- Ne semble pas lire la règlette même si elle la prend. Ne répond pas : change de mouvement de lèvres quand je propose «non» comme réponse mais pas pertinent. - Ne montre pas sur la règlette.
<b>64</b>	Oui	85.7	- Bonne compréhension orale. Expression orale rare. Expression non verbale : mouvements de tête. - Ne comprend pas le lien avec la règlette.
<b>65</b>	Oui	87.6	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne

			expression orale, bonne articulation, cohérence. «Mal où?» puis réponse. - Fait le lien avec «absente» sur désignation.
<b>67</b>	Oui	92.7	- Compréhension orale +/- : répète mes questions, hésite dans ses réponses, ne confirme pas. - Bonne expression orale sur le plan de l'articulation. - «Douleur absente» : ne dit pas oui, répète. Ne lit pas.
<b>69</b>	Non	85.5	- Ne regarde pas la réglette, ne désigne pas. - Ne me regarde pas. - Jargon : ne s'arrête pas dans son discours pour m'écouter.
<b>70</b>	Non	65.9	- Regarde la réglette mais ne semble pas lire. Semble répondre de façon adaptée au début. Cherche à me dire quelque chose d'inintelligible. Jargon.
<b>71</b>	Non	84.11	- Ne semble pas lire la réglette. Semble vouloir dire quelque chose mais je ne sais pas quoi : parle trop bas, est-ce cohérent? - Ne désigne pas. Réaction vers la fin.
<b>72</b>	Oui	64.9	- Bonne compréhension orale. Bonne expression orale, même si hypophonie.
<b>73</b>	Oui	83.11	- Bonne compréhension orale. Bonne expression orale, bonne articulation, pas toujours cohérent. Nécessité de lire les termes de la réglette. - Chante entre temps, dès qu'il y a une pause (ou une question trop vague?). Me dit qu'elle a mal au dos puis quand je lui demande «vous avez mal comment?» : «comme ça» en montrant ses bras l'un après l'autre. - Quand je lis les termes sur la réglette elle répond de façon adaptée.
<b>74</b>	Oui	87.8	- Bonne compréhension orale de façon aléatoire, pas de lecture. Bonne expression orale sur le plan de l'articulation, pas toujours cohérent. - Ne sait pas choisir le terme pour qualifier sa douleur, s'énerve à force.
<b>75</b>	Oui	75.11	- Bonne compréhension orale. Bonne expression orale, bonne articulation, bonne cohérence.
<b>76</b>	Oui	73.4	- Bonne compréhension orale. Ne semble pas lire, choisit un terme quand je les lis. - Expression pas toujours facile à comprendre. Bonne articulation, pas toujours cohérent.
<b>77</b>	Non	85.6	- Ne me regarde pas, ni la réglette. Agitation. - Mouvement de tête : vrai «oui»?

<b>79</b>	Oui	72.4	- Bonne compréhension orale. Expression non verbale efficiente (mouvement de tête).
<b>80</b>	Oui	76.8	- Bonne compréhension orale. Bonne expression orale, bonne articulation, cohérence.
<b>81</b>	Oui	83.2	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, bonne articulation, pas toujours cohérent.
<b>83</b>	Oui	86.7	- Stéréotypie en oui. - Seul moment de cohérence : «Avez-vous mal?» : «oui, parfois» mais tout de suite après, impossible d'obtenir d'autres productions à part «oui».
<b>84</b>	Oui	82.7	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, cohérente, débit rallongé car tremblement. - Donne l'intensité de sa douleur sans que je lise les termes, après la question «comment est votre douleur?».
<b>85</b>	Oui	90.1	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, bonne articulation, cohérence. - Répond de façon affirmative mais laisse très vite tomber quand il faut choisir un terme et se remet dans son livre. Ne sait pas dire.
<b>86</b>	Oui	89.8	- Bonne compréhension orale. Ne peut pas lire. Bonne expression orale, cohérente, bonne articulation. Bonne compréhension de «douleur absente».
<b>87</b>	Oui	97.7	- Ne peut pas lire. - Dit avoir mal, je lui lis les termes. Puis il me dit qu'il n'a pas mal, que je me suis trompée. - Bonne expression orale, bonne articulation. Cohérence?
<b>88</b>	Oui	76.4	- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale, articulation, cohérence. - Fait le lien avec «absente» sur désignation.
<b>89</b>	Oui	89.8	- Bonne compréhension orale (?). Ne lit pas. Expression orale mauvaise : hypophonie, marmonne plus qu'il ne parle. Expression non verbale efficiente : mouvement tête. - Ne sait pas donner d'intensité à sa douleur. Il a mal mais à chaque terme que je lui propose, il fait non de la tête. Problème de compréhension?
<b>90</b>	Oui	92.4	- Bonne compréhension orale. Bonne expression orale, articulation, cohérence. Ne peut pas lire. - Fait le lien avec «douleur absente».

*Annexe 16 : Passation de l'EVS avec les algocubes, grille d'observations*

<b>N° patient</b>	<b>Réponse fiable</b>	<b>Age</b>	<b>Observations</b>
<b>1</b>	Oui	84.7	<p>- Expression orale difficile (pas de prothèse dentaire). Productions verbales répétitives, parfois incohérentes.</p> <p>- Compréhension dès la première question. Choix du terme difficile. Lit mais n'utilise pas l'écrit. «Faible» dit par la patiente. Ne semble pas sûr, semble lire quand je montre pour confirmation.</p>
<b>2</b>	Oui	98.3	<p>- Expression orale bien articulée, pas toujours cohérente. Compréhension orale dès première question. Ne fait pas le lien avec les cubes. Parasitée par les cubes et l'écrit. Dès que je désigne un mot, elle veut lire ou épelle, même si je dis le mot. Compréhension «douleur absente» à l'oral.</p> <p>- Parle beaucoup, difficile de l'arrêter.</p>
<b>3</b>	Oui	77.8	<p>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Compréhension orale bonne : répond après une répétition de la première question. Ne fait pas le lien avec le cube «absente» sur désignation. Je lui demande si elle lit («oui») mais elle ne lit pas sur incitation. «J'arrive pas à voir». Compréhension «douleur absente» à l'oral.</p> <p>- Pas de lecture, de compréhension écrite. Pas aidée par les cubes et l'écrit.</p>
<b>4</b>	Oui	88.8	<p>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Compréhension orale +/- bonne : dès la première question. Ne fait pas le lien avec le cube «absente» sur désignation. Mauvaise compréhension écrite. L'oral «votre douleur est absente» n'aide pas. «Je ne suis pas absente» puis «oui» hésitant.</p>
<b>5</b>	Oui	92.4	<p>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Compréhension écrite uniquement. Je marque douleur... et je désigne «absente» : «non, j'en ai des douleurs». Ne se fixe pas sur «maintenant» dans la question. Quand je repose la question initiale : «non» à nouveau. Lien fait avec l'écrit (appui sur les cubes?).</p>
<b>6</b>	Oui	89.3	<p>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. Bon déchiffrage mais compréhension écrite +/-.</p> <p>- Ne s'appuie ni sur les cubes ni sur l'écrit même quand je l'incite à désigner. «Celui-là, c'est pour le intestins?» en désignant le gros cube.«Je ne sais</p>

			pas». Incohérence due à une mauvaise compréhension des cubes et de l'écrit. Dès que je pose les cubes (sans avoir posé de question), elle me parle de douleurs qu'elle a eu dans la matinée.
<b>7</b>	Oui	85	- Bonne expression orale. Bonne compréhension orale mais grosses difficultés pour entendre. Compréhension dès la première question. - Ne fait pas le lien avec le cube «absente» sur désignation : lecture mais n'aide pas. L'oral n'aide pas non plus. Il dit «j'ai pas de douleur». Pas de lien avec le terme «absente», quelque soit la modalité de présentation.
<b>8</b>	Oui	66.3	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale (dès la première question) et écrite. Fait le lien avec l'écrit et désigne de lui-même le cube qui correspond.
<b>10</b>	Non	89.5	- Peu d'expression verbale. Expression non verbale efficace (tête, épaules). Dit avoir mal puis non. Ne dit plus rien par la suite, même sur lecture des termes. - Aucun support n'aide : cube, écrit, oral.
<b>12</b>	Non	84.8	- Grosse incohérence : me prend pour quelqu'un d'autre, réponse inadaptées ou pas de réponse du tout. Ne regarde pas les cubes, sauf quand je les bouge au-dessus de lui. Question récurrente : «Tu vas me le donner?». - Pas mieux quand il regarde les cubes : «C'est du pâtissier du coin, ça!».
<b>13</b>	Oui	89.6	- Bonne expression orale. Compréhension orale +/-, pas de lecture (ne veut pas prendre sa loupe). Compréhension dès la première question mais ne fait pas le lien avec les cubes. Confirme qu'il a mal, ne sait pas choisir un terme quand je les lis. - Pas aidé par les cubes, l'écrit, l'oral pour les termes.
<b>14</b>	Oui	70.9	- Expression verbale lente mais bien articulée, qui paraît cohérente. - Temps de latence avant d'intégrer mes propos et de répondre de façon adaptée. Compréhension orale +/- (comprend dès la première question), bonne compréhension écrite. - Fait le lien avec les cubes et nomme le cube correspondant. S'appuie sur l'écrit, pas sur les cubes.
<b>15</b>	Oui	89.1	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Entend mal et met un peu de temps pour intégrer mes propos. - Bonne compréhension orale et écrite. S'appuie sur

			l'écrit, pas sur les cubes. Met du temps à comprendre l'usage des cubes. «Comment est votre douleur?» : «sur le pied». «Sur ça?» (en montrant les cubes) : choisit forte et confirme avec ma désignation.
<b>16</b>	Non	84.5	- Pas d'expression verbale ni non verbale. Tête sans arrêt ses lèvres. Semble réagir à ma présence mais ne confirme pas. Semble vouloir dire quelque chose, semble dire des mots tout bas. Me regarde par moments, comme les cubes. Ne lit pas les cubes.
<b>17</b>	Oui	89.4	- Bonne expression orale (articulation, cohérence), même si faible volume sonore. Bonne expression non verbale (acquiescement, négation). - Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation.
<b>18</b>	Oui	73	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Répond tout de suite par désignation d'un cube en le nommant. Appui sur l'écrit.
<b>19</b>	Oui	84.5	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. - Fait le lien avec les cubes et désigne en nommant. S'appuie sur l'écrit. - «J'ai déjà vu ça, peut-être pas comme ça».
<b>20</b>	Oui	83.1	- Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation. - Bonne expression non verbale (acquiescement, négation). Expression orale bonne mais faible, troublée par les tremblements, très basse.
<b>21</b>	Non	83.4	- Pas d'expression verbale ni non verbale. Me regarde quand je lui parle au début, puis quelques fois après mes questions, puis regarde ailleurs. Pas de signe montrant une véritable réponse. A un moment, négation de la tête (geste volontaire?). Quelques gémissements et respirations fortes, pas significatifs. Ne regarde pas les cubes, même sur incitation.
<b>22</b>	Oui	79.1	- Expression verbale faible, basse, mais intelligible. Bonne compréhension orale dès la première question. Lecture mais mauvaise compréhension écrite. - Ne fait pas le lien avec les cubes. Cubes et écrit n'aident pas.

			- «Douleur absente» à l'oral bien compris.
<b>23</b>	Oui	92.6	- Compréhension avec la question «Avez-vous de la douleur?». Compréhension aléatoire. Expression orale bien articulée. - Pas de lien avec les cubes, ni avec l'écrit, ni avec l'oral «douleur absente». Dans un délire, prétend qu'il y a un garçon avec nous. Me parle toujours quand je dis «au revoir» et que je suis partie.
<b>24</b>	Non	85	- Expression orale bien articulée mais incohérente. Répond à côté de mes questions, me parle de quelqu'un à chaque fois. Peut donner illusion parfois. - Mauvaise compréhension orale et écrite. Rien n'aide : cube, écrit, oral. - Ne répond de façon cohérente que pour confirmer son patronyme.
<b>25</b>	Oui	76.1	- Expression verbale impossible à cause de sa langue. Bonne expression non verbale (acquiescement, négation tête). Quelques petits bruits vocaux pour marquer les mouvements de tête. - Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation.
<b>26</b>	Non	98.7	- Dit qu'il a mal à un moment mais ne confirme pas. Entend très mal. N'arrive pas à lire, semble mal voir les cubes. «Douleur absente?» : «Je ne comprends pas». - Bonne expression orale, bonne articulation.
<b>27</b>	Non	54.8	- «Avez-vous mal?» : semble dire oui de la tête. Je lis les termes un a un pour qu'elle puisse réagir. Soit absence de réaction, soit ce qui ressemble à une négation de la tête. - Mauvaise compréhension? Gestes involontaires qui donnent illusion. - Pas d'expression verbale (non verbale?), quelques sonorisations par moment. - Ne me regarde pas, semble regarder les cubes.
<b>28</b>	Oui	97.11	- Bonne expression orale. Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation.
<b>29</b>	Oui	90.5	- Bonne expression orale : se limite à quelques mots «merci», «non» mais bien articulés et adaptés. Bonne expression non verbale (acquiescement, négation tête). - Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation.

<b>30</b>	Oui	83.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale difficile : parfois très clair («c'est embêtant»), parfois articulation incompréhensible ou jargon.</li> <li>- Compréhension orale +/- : à partir de «avez-vous de la douleur?». «Comment est votre douleur?» : ne sait pas répondre ou réponse inintelligible.</li> <li>- Ne regarde pas les cubes, même si positionnés au-dessus d'elle ou sur incitation.</li> </ul>
<b>31</b>	Non	96.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune réaction à ma présence, ne regarde ni moi, ni les algocubes.</li> <li>- Pas d'expression verbale ou non verbale.</li> </ul>
<b>32</b>	Oui	91.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. Ne lit pas.</li> <li>- Fait le lien avec «douleur absente» à l'oral.</li> <li>- Les cubes et l'écrit n'aident pas.</li> </ul>
<b>33</b>	Oui	81.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale (et écrite?). Bonne expression orale (articulation parfois difficile car débit rapide et tremblements), bonne cohérence.</li> <li>- Comprend dès la première question mais je pense qu'elle parle de douleur morale.</li> <li>- Désignation du plus gros cube sans lire le terme à voix haute. Je ne sais pas si elle choisit par la taille du cube ou par lecture.</li> </ul>
<b>34</b>	Oui	90.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale. Ne lit pas (trop petit). Comprend dès la première question. Ne fait pas le lien avec les cubes de différentes tailles, ni avec les termes à l'oral. Répond oui à «absente» avec hésitation, puis «je ne comprends rien».</li> <li>- Bonne expression orale (articulation, cohérence).</li> <li>- S'est réveillée peu de temps avant.</li> </ul>
<b>35</b>	Oui	71.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale (articulation, cohérence).</li> <li>- Expression orale suffisante pour se faire comprendre (articulation moyenne) pour oui/non.</li> <li>- Comprend dès la première question et fait le lien avec le cube «absente» sur désignation (aide de la lecture?).</li> </ul>
<b>36</b>	Oui	101.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite, à part «Comment est votre douleur?» : «Un peu partout.» Je repose la question en montrant les cubes et il désigne, avec confirmation ensuite.</li> <li>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Lit tout de suite les cubes, s'appuie sur l'écrit pour choisir le cube.</li> </ul>
<b>37</b>	Oui	87.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite. Comprend dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne expression orale (articulation, cohérence).</li> <li>- Envie de lire dès qu'il y a écrit.</li> </ul>
<b>38</b>	Oui	87.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite. Bonne expression orale (articulation, cohérence).</li> <li>Comprend dès la première question. Lien avec cube de plus petite taille pas fait.</li> </ul>
<b>39</b>	Oui	93.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne expression orale (articulation, cohérence).</li> <li>- Compréhension orale qui paraît bonne : dès la première question mais lien pas fait avec le cube «absente» sur désignation. La taille des cubes n'aide pas.</li> <li>- Compréhension écrite mauvaise : la lecture n'aide pas.</li> </ul>
<b>40</b>	Oui	84.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale, dès la première question. Bonne expression orale (articulation, cohérence).</li> <li>- Ne sait pas dire l'intensité de sa douleur («Comment est votre douleur?» puis «Vous avez mal comment?»).</li> <li>- Ni la taille des cubes, ni le code écrit n'aident.</li> </ul>
<b>41</b>	Non	93.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- «J'entends pas» puis «Je ne vois pas» quand je lui présente la question sous forme écrite.</li> <li>- Ne regarde pas les cubes : je les dirige l'un après l'autre au-dessus d'elle mais elle ne regarde pas longtemps.</li> <li>- Négation permanente de la tête.</li> </ul>
<b>42</b>	Oui	89.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite dès la première question. Bonne expression orale (articulation, cohérence).</li> <li>- Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation : passe par la lecture avant de répondre de façon affirmative.</li> </ul>
<b>43</b>	Oui	97.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compréhension orale et écrite +/- Répond tout de suite et fait le lien avec «absente» sur désignation. Elle lit le terme (mais est-ce compris?), semble hésiter.</li> <li>- Bonne expression orale (bonne articulation, pas toujours cohérente).</li> </ul>
<b>44</b>	Oui	96	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite. Comprend dès la première question et fait le lien avec le cube «absente» sur désignation, par la lecture.</li> <li>- A la première désignation, elle s'appuie sur le cube et dit «J'ai pas de douleur moi», à la deuxième désignation, elle lit et dit «oui».</li> <li>- Bonne expression orale (articulation, cohérence).</li> </ul>
<b>45</b>	Oui	89.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale, dès la première question. Ne sait pas dire l'intensité de sa douleur.</li> </ul>

			<p>Pas aidée par les cubes ou par l'écrit. Ne comprend pas mes explications orales.</p> <p>- Expression orale : persévération «nanana» de temps en temps. Bonne articulation.</p>
<b>46</b>	Oui	96	<p>- Bonne compréhension orale, dès la première question. Ne fait pas le lien avec le cube «absente» sur désignation. Ne peut pas lire et ne s'aide pas de la taille des cubes. Ne comprend pas non plus «absente» en oral : comprend «pas de douleur».</p>
<b>47</b>	Non	75.3	<p>- Pas d'expression verbale ou non verbale. Me suit du regard. Pas de réaction à mes questions permettant de déduire une réponse. Ne regarde pas les cubes. Froncement de sourcils à un moment : volontaire ou non?</p>
<b>48</b>	Oui	96.11	<p>- Bonne compréhension orale et écrite. Comprend dès la première question et fait le lien avec le cube «absente» sur désignation après l'avoir lu elle-même. Ne s'appuie pas sur taille des cubes.</p> <p>- Bonne expression orale (articulation, cohérence).</p> <p>- Un peu de difficulté avec la notion «maintenant» puis réajuste quand répétition de la question.</p>
<b>49</b>	Oui	88.2	<p>- Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec les cubes et l'écrit. Hésitation dans le choix du cube : prend le plus petit puis change quand elle lit «absente». Prend «faible» (suggestion orale de ma part).</p> <p>- S'appuie sur la taille des cubes et l'écrit ensuite.</p>
<b>50</b>	Non	84.7	<p>- Me regarde mais ne répond quasiment jamais. Expression orale très faible : «oui/non». Pas d'expression non verbale. Pas de réponse aux deux premières questions. «Vous voyez les cubes?» : «Oui». «Vous pouvez les lire?» : «Oui». «Vous ne savez pas?» : «Non». Pas de réaction faciale.</p> <p>- Problème de compréhension orale et peut-être écrite?</p>
<b>51</b>	Oui	96.7	<p>- Compréhension orale +/- Répond dès la première question et semble faire le lien avec le cube «absente» sur désignation. Ne lit pas.</p> <p>- Bonne expression orale (articulation).</p>
<b>53</b>	Oui	78.8	<p>- Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation, appui possible sur l'écrit.</p> <p>- Expression orale : mauvaise articulation, cohérence pas toujours bonne : prétend s'appeler autrement.</p>
<b>54</b>	Oui	88.4	<p>- Bonne compréhension orale et écrite, répond tout</p>

			<p>de suite à la question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se base sur l'écrit et non sur les cubes : lit le terme avant d'acquiescer.</li> <li>- Bonne expression orale (articulation, cohérence).</li> </ul>
<b>55</b>	Oui	85.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compréhension orale +/- . Répond à la question «Avez-vous de la douleur?». Ne fait pas le lien avec le cube «absente» sur désignation (ou lien aléatoire).</li> <li>- Expression orale : bonne articulation, plus ou moins de cohérence.</li> </ul>
<b>56</b>	Oui	91.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale. Répond dès la première question mais ne fait pas le lien avec les cubes ou avec l'écrit (ne lit pas). Ne comprend pas que petit cube = absente.</li> <li>- La lecture des termes n'aide pas non plus.</li> </ul>
<b>58</b>	Oui	86.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale dès la première question. Ne lit pas. Bonne expression orale (articulation, cohérence). Lien pas fait avec le cube «absente» sur désignation.</li> </ul>
<b>59</b>	Oui	83.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale de la question mais pas de lien avec le cube «absente» sur désignation. Ne regarde pas les cubes, même sur incitation, en regardant où est mon doigt (indique un mauvais endroit).</li> <li>- «Vous pouvez lire?» : «Oui». «Vous me dites ce qu'il y a d'écrit?» : «Oui».</li> <li>- Expression orale : bonne articulation, incohérence.</li> </ul>
<b>61</b>	Oui	89.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale et écrite. Fait le lien avec les cubes mais ne dit pas la même chose les deux fois : «absente» puis «faible». Utilise l'écrit.</li> <li>- Expression orale très faible : peu de souffle, oui/non très peu audible, il faut se pencher.</li> </ul>
<b>62</b>	Non	73.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compréhension orale et écrite +/- . Hésitation continuelle dans ses réponses. Dit avoir mal mais ne sait pas choisir le cube et change de réponse. Arrive à lire.</li> <li>- Expression orale : articulation bonne, cohérence +/-.</li> </ul>
<b>63</b>	Non	97.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Très peu de réaction à ma présence. Me regarde à un moment puis regarde dans le vide. Ne regarde pas les cubes. Ne réagit pas à mes questions.</li> <li>- Pas d'expression verbale ni non verbale.</li> </ul>
<b>64</b>	Oui	85.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bonne compréhension orale, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation. Bonne lecture.</li> <li>- Appui sur l'écrit ou sur les cubes?</li> </ul>

<b>65</b>	Oui	87.6	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Nomme le cube qui correspond. Appui sur l'écrit, pas sur les cubes.
<b>67</b>	Oui	92.7	- Expression orale faible, basse. Bonne articulation, pas toujours cohérent. Compréhension +/- Répond assez vite à la question. Ne lit pas. Je lis les termes et je propose «douleur absente» : dit oui sans paraître sûre.
<b>69</b>	Oui	85.5	- Compréhension orale que je ne peux pas vérifier. Très mauvaise expression orale, pas articulée («oui», «j'ai mal à la dent» compris). - Ne regarde pas les cubes même sur incitation.
<b>70</b>	Non	65.9	- Expression orale incompréhensible. Jargon peu développé, attitude calme, respecte les tours de parole mais je ne comprends rien. - Regarde les cubes sans les lire. Ses réponses sont incompréhensibles. - Ne montre pas sur les cubes.
<b>71</b>	Non	84.11	- Quelques vocalisations inintelligibles, tête ses lèvres. - Me regarde très peu. - J'ai cru qu'elle disait «non» à un moment et «oui» à un autre mais pas de confirmation. - Réaction à ma présence?
<b>72</b>	Oui	64.9	- Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation (par lecture je pense). - Expression orale très faible : mots soufflés «non/oui», «bonjour». Mouvement labial permet l'identification. - Bonne expression non verbale : claquement de langue pour négation.
<b>73</b>	Oui	83.11	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Compréhension orale +/- Ne lit pas. - Je lis les termes, choix de «faible» sans être sûre. Comprend-elle? - Cubes et écrit n'aident pas.
<b>74</b>	Oui	87.8	- Expression orale bien articulée, pas toujours cohérente. Compréhension orale +/- N'ouvre pas les yeux. «J'ai pas mal moi», au bout de plusieurs questions, après «avez-vous de la douleur?». Ne comprend pas «douleur absente» à l'oral.
<b>75</b>	Oui	75.11	- Bonne compréhension orale et écrite. Dès la première question, elle désigne sur les cubes. S'appuie sur l'écrit. Après avoir enlevé les cubes, se rappelle les termes et utilise le terme approprié pour

			décrire un autre lieu de douleur. - Expression orale laborieuse (manque du mot) mais se fait comprendre.
<b>76</b>	Oui	73.4	- Bonne compréhension orale. Ne fait pas le lien avec le cube «absente» sur désignation. Peut lire mais l'écrit n'aide pas, ni les cubes. Si pas de douleur : pas de cube (semble être son problème). - Expression orale : voix faible.
<b>77</b>	Non	85.6	- Me regarde peu, tout comme les cubes. Réaction à la question «Avez-vous de la douleur?» mais pas de confirmation (bruit volontaire?). - Pas de réaction pour «Comment est votre douleur?». Pas d'expression verbale ou non verbale.
<b>79</b>	Oui	72.4	- Bonne compréhension orale et écrite. Comprend dès la première question et fait le lien avec le cube «absente» sur désignation. Appui sur l'écrit. - Uniquement expression non verbale : hochement, négation de la tête.
<b>80</b>	Oui	76.8	- Bonne compréhension orale et écrite. Difficulté à bien entendre le mot «mal». Réponse dès «avez-vous de la douleur?». Désignation d'un cube en nommant le terme en même temps. - Semble s'appuyer sur le cube et l'écrit (a failli prendre «absente» car plus petit cube). - Bonne expression orale (articulation, cohérence).
<b>81</b>	Oui	83.2	- Bonne compréhension orale et écrite. Répond dès la première question et fait le lien avec le cube «absente» quand je le lis. Les cubes et l'écrit n'aident pas. - Bonne expression orale (articulation, cohérence pour le moment de la question).
<b>83</b>	Non	86.7	- Expression orale : grosse persévération en «oui» ou «nenene» de façon ininterrompue. Semble marmonner des phrases incompréhensibles. Pas aidé par les cubes et l'écrit même s'il les regarde. Pas de réponse. Ne me regarde pas.
<b>84</b>	Oui	82.7	- Expression orale bonne mais faible, difficile, hachée à cause des tremblements. Bonne cohérence. Bonne compréhension orale et écrite. Dès qu'elle voit les cubes, elle essaie de les lire à haute voix. «absente, ça n'existe plus depuis que je tremble» (avant que je pose la question) : fait le lien avec la douleur. Choisit le cube en le nommant, appui sur l'écrit.
<b>85</b>	Oui	90.1	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale et écrite, dès la

			première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation. Appui sur l'écrit. - Difficulté de contact, semble vouloir rester dans son magazine mais j'arrive à attirer son attention.
<b>86</b>	Oui	89.8	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. Ne lit pas. Ne s'aide pas des cubes, pense qu'il faut savoir lire pour répondre. Je lis les termes mais elle continue de dire qu'elle ne peut pas lire. Je propose de répondre «oui/non» à chaque terme mais elle a trop mal à la gorge. Je lui propose de faire un mouvement de tête mais elle «n'entend pas». Elle veut que je la laisse.
<b>87</b>	Oui	97.7	- Expression orale bien articulée mais pas toujours cohérente. Compréhension orale dès la première question. Ne fait pas le lien avec le cube «absente» sur désignation. Ne lit pas. «Douleur absente» à l'oral pas mieux. - Comprend «pas de douleur». «Absente» pas compris quelque soit modalité.
<b>88</b>	Oui	76.4	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation. Hésitante : elle doit avoir un peu mal mais ne veut pas se plaindre.
<b>89</b>	Oui	89.8	- Expression orale faible et marmonnée. Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec le cube «absente» sur désignation. Bonne expression non verbale (gestes, tête).
<b>90</b>	Oui	92.4	- Bonne expression orale. Bonne compréhension orale, dès la première question. Ne lit pas. Je lis les termes : elle montre en nommant le terme (se souvient où est chaque terme). Fait le lien avec les termes à l'oral. Cubes et écrit n'aident pas.

*Annexe 17 : Passation de l'EVS avec les gestes, grille d'observation*

<b>N° patient</b>	<b>Réponse fiable</b>	<b>Age</b>	<b>Observations</b>
<b>1</b>	Oui	84.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale mal articulée. Communication non verbale efficace mais elle veut parler. Compréhension orale qui paraît bonne. Je crois qu'elle comprend dès la première question, mais pas sûre donc je pose la deuxième question =&gt; négation franche de la tête.</li> <li>- Pas de lien avec le terme «absente» (pas de réponse franche), le geste n'aide pas. «Vous n'avez pas de douleur?» : «non, j'ai pas mal.»</li> </ul>
<b>2</b>	Oui	98.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale bonne (articulation). Pas toujours cohérente. Compréhension orale bonne, dès la première question.</li> <li>- Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral, ne regarde pas les gestes et l'écrit.</li> </ul>
<b>3</b>	Oui	77.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale bonne (articulation, cohérence sur le moment). Compréhension orale bonne dès la première question.</li> <li>- Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral. Regarde très peu la réglette, ne regarde pas les gestes.</li> </ul>
<b>4</b>	Oui	88.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale très difficile (peu de souffle) : débit haché, entrecoupé, obligée de s'y reprendre à plusieurs fois. Compréhension orale bonne, dès la première question.</li> <li>- Fait le lien avec la réglette et les termes (deux présentations). Semble s'appuyer sur l'oral mais regarde aussi les gestes =&gt; possible complément gestuel.</li> </ul>
<b>5</b>	Oui	92.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lit la question : «non, j'ai pas mal.». Puis quand présentation de la réglette, elle choisit «faible».</li> <li>Expression orale bonne (articulation, cohérence). Compréhension écrite. Ne s'appuie pas sur le geste.</li> </ul>
<b>6</b>	Oui	89.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Compréhension orale qui paraît bonne, dès la première question.</li> <li>- Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral, un peu sur l'écrit, et le geste. Reproduit le geste quand elle confirme oralement.</li> <li>- Quand elle voit la réglette : demande confirmation des termes qu'elle lit puis dit : «ça peut aller» mais attend quand même ma question pour répondre clairement.</li> </ul>
<b>7</b>	Oui	85	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Entend mal. Lit la réglette dès le début. Compréhension dès la première question.</li> </ul>

			- Fait le lien avec les termes de la réglette + gestes. Hésitation puis choisit «faible». Semble plus s'appuyer sur l'oral et l'écrit que sur les gestes.
<b>8</b>	Oui	66.3	- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Compréhension orale bonne, dès la première question. - Fait le lien avec la réglette + geste. Appui sur l'oral. Lit la réglette au début. Dit d'abord qu'il n'a pas mal puis quand je dis «douleur absente», il dit «une petite douleur dans les jambes». Propositions des termes + gestes : choisit tout de suite «faible» sans écouter le reste.
<b>10</b>	Oui	89.5	- Expression orale réduite (oui/non). Expression non verbale efficace (haussement d'épaules, négation de la tête). Lit la réglette dès le début. - Comprend à partir de la question «Avez-vous de la douleur?». Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral.
<b>12</b>	Oui	84.8	- Expression orale bonne (articulation, cohérence fluctuante). Compréhension orale pas toujours bonne ou mauvaise audition? Comprend à partir de «Avez-vous de la douleur?». - Fait le lien avec la réglette + gestes. Choisit «forte» sans attendre les autres propositions. Réponses par phrases cohérentes puis mutisme. Ne confirme pas ses réponses.
<b>13</b>	Oui	89.6	- Expression orale plutôt bien articulée, pas toujours cohérente. Comprend à partir de «Avez-vous de la douleur?». Ne comprend pas l'utilité de la réglette, ne peut pas lire. Refuse la réglette, refuse de répondre à un moment. - Pas de lien avec «absente». Le geste n'aide pas. «Vous n'avez pas mal?» : «Non» ; «Vous avez de la douleur?» : «Non».
<b>14</b>	Oui	70.9	- Expression orale bonne (articulation, cohérence, lenteur). Bonne compréhension orale, dès la première question. Fait le lien avec la réglette + gestes. Appui sur l'oral plus que sur les gestes. Appui faible sur l'écrit. - Difficulté à choisir le terme : «Très intense parfois», «Oui, mais maintenant?» : «Faible».
<b>15</b>	Oui	89.1	- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. Lit la réglette dès le début. - Fait le lien avec réglette + gestes. Appui sur oral et gestes. Dit le terme, ne désigne pas.
<b>16</b>	Oui	84.5	- Pas d'expression verbale audible (soufflée, très difficilement compréhensible). Expression non verbale

			peu développée. Répond à partir de «Avez-vous de la douleur?» : «Non» soufflé puis confirmation. Pas de réaction à «absente» + geste, ni aux autres termes. Ne réagit plus ensuite.
<b>17</b>	Oui	89.4	- Expression orale bonne (articulation, cohérence) mais très faible volume sonore (voix chuchotée, hypophonie). - Bonne compréhension orale et écrite, dès la première question. Fait le lien avec «absente» + geste. Ne s'appuie pas sur le geste. Lecture de la réglette au début.
<b>18</b>	Oui	73	- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale. Dès la première question, il répond en disant «faible». Je demande confirmation en proposant «faible» + geste, il ne regarde pas. Appui sur l'écrit.
<b>19</b>	Oui	84.5	- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. - Fait le lien avec «absente» + geste. Lit la réglette au début. Appui sur l'oral, pas trop sur les gestes.
<b>20</b>	Oui	83,1	- Expression orale difficile (articulation faible, difficulté d'évocation), oui/non bien articulé. Compréhension orale bonne, dès la première question. - Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral, pas sur le geste. Mauvaise lecture de la réglette au début, je donne les bons termes.
<b>21</b>	Non	83.4	- Pas d'expression verbale et non verbale. Aucun signe de compréhension orale. - Me regarde de façon régulière, pas la réglette. Quelques mouvements faciaux, pas très pertinents.
<b>22</b>	Oui	79.1	- Expression orale difficile, compréhensible, avec des difficultés d'articulation et peu de souffle. Bonne expression non verbale (tête). Lit la réglette au début. Compréhension orale bonne, dès la première question. - Fait le lien avec «absente»+ geste. Ne regarde pas beaucoup la réglette et le geste. Appui sur l'oral.
<b>23</b>	Oui	92.6	- Expression orale bien articulée et cohérente sur le moment. Compréhension orale pas toujours bonne : «je ne comprends pas ce que vous dites.». Répond après plusieurs questions : «avez-vous mal?» et «avez-vous de la douleur?» : «douleur, je ne sais pas ce que c'est». Répond après «avez-vous mal?» mais ne sait pas choisir le terme : «c'est pareil» à propos des termes. Gestes, écrit, oral n'aident pas. «Le docteur ne me l'a pas dit».

<b>24</b>	Oui	85	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale bien articulée. Fait peut-être illusion. Répond dès la première question : «ça va bien». «douleur absente» + geste : oui, sans hésiter. «vous n'avez pas mal? Vous n'avez pas de douleur?» : «ça va, ça va».</li> <li>- Lit mal la règlette au début (mots qui ne veulent rien dire) et ça ne la gêne pas. Appui sur l'oral plus que sur le geste.</li> </ul>
<b>25</b>	Oui	76.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'expression orale ou très faible et peu articulée (oui/non compréhensible). Expression non verbale efficace (haussement d'épaules, tête). Compréhension orale bonne, dès la première question.</li> <li>- Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral et l'écrit. Lit la règlette au début.</li> </ul>
<b>26</b>	Non	98.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de réaction à ma présence. Ouvre les yeux brièvement. S'oriente un peu vers moi mais aucune expression verbale et non verbale.</li> </ul>
<b>27</b>	Non	54.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de réaction à ma présence. Continue à s'agiter. Ne me regarde pas, ni la règlette. Pas d'expression verbale et non verbale.</li> </ul>
<b>28</b>	Non	97.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale limitée : «bonjour» puis petits bruits, vocalisations non linguistiques. Ne regarde pas la règlette, ni les gestes, ne répond à aucune question. Me regarde au début puis joue avec les miettes. Rien n'aide.</li> </ul>
<b>29</b>	Oui	90.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Compréhension orale bonne, dès la première question. Lit la règlette.</li> <li>- Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral.</li> </ul>
<b>30</b>	Oui	83.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale +/- bonne. Articulation difficile, pas toujours cohérente. Pas d'expression non verbale. Compréhension +/- Répond quelque chose d'incompréhensible à la première question. «Avez-vous de la douleur?» : «non». «Votre douleur est...termes» + gestes =&gt; choisit «faible». Je demande confirmation «faible» + gestes : oui. «Donc vous avez de la douleur?» : oui. Ne paraît pas sûre, comme si elle devait donner une bonne réponse. «C'est bien?».</li> </ul>
<b>31</b>	Non	96.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvre un peu les yeux à ma voix. Oriente son regard vers moi quand je demande «vous me voyez?». Pas de réaction à mes autres questions. Elle m'entend. Compréhension +/- Pas d'expression verbale et non verbale. Regarde un peu la règlette. Ne me regarde pas quand je mime les terme.</li> </ul>
<b>32</b>	Oui	91.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expression orale bonne (articulation, cohérence).</li> </ul>

			<p>Bonne compréhension orale, dès la première question.</p> <p>- Fait le lien avec «absente» + geste. Ne s'appuie pas sur le geste ni sur l'écrit (ne lit pas) mais sur l'oral.</p>
<b>33</b>	Oui	81.10	<p>- Expression orale bien articulée et cohérente mais faible (hypophonie). Bonne compréhension orale, dès la première question.</p> <p>- Ne sait pas choisir entre forte et très intense (ne comprend pas que très intense &gt; forte). J'essaie de lui faire comprendre en répétant les gestes, mais ça n'aide pas. Je lui explique oralement et elle comprend. Lit la réglette.</p>
<b>34</b>	Oui	90.3	<p>- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Compréhension orale bonne, dès la première question. Méfiante, ne veut pas que je lui pose de question au début. Ne lit pas.</p> <p>- Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral. Ne regarde pas la réglette et les gestes.</p>
<b>35</b>	Oui	71.11	<p>- Expression orale bonne (articulation un peu pauvre, mais se fait comprendre, bonne cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question.</p> <p>- Fait le lien avec «absente» + geste. Ne s'est pas vraiment aidée du geste.</p>
<b>36</b>	Oui	101.10	<p>- Expression essentiellement non verbale (hochement, négation de la tête). Problème d'audition. Bonne compréhension orale, dès la première question. Veut lire au début, puis répond.</p> <p>- Fait le lien avec «absente» + geste. Ne semble pas regarder les gestes.</p>
<b>37</b>	Oui	87.4	<p>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question.</p> <p>- Fait le lien avec «absente» + geste. Elle semble s'appuyer sur l'oral.</p>
<b>38</b>	Oui	87.6	<p>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question.</p> <p>- Fait le lien avec la réglette + gestes. Dit ne pas avoir mal au début, puis quand je propose les termes + gestes, il choisit «faible».</p>
<b>39</b>	Oui	93.3	<p>- Expression orale très faible, peu d'émissions vocales. Compréhension orale bonne, dès la première question.</p> <p>- Ne fait pas le lien avec «absente» + geste. «Vous n'avez pas mal?» : «non». Pas de compréhension du terme «absente», quelque soit la modalité de présentation.</p>

<b>40</b>	Oui	84.4	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. - Fait le lien avec la réglette + geste. Choisit «faible» par défaut, ne sait pas trop. Appui sur l'oral et l'écrit, gestes pas utiles.
<b>41</b>	Oui	93.8	- Expression orale bien articulée, cohérente sur le moment. Bonne compréhension orale, dès la première question. - Fait le lien avec «absente» + geste. Regarde la réglette. Appui sur l'oral. Regarde dans le vide mais écoute.
<b>42</b>	Oui	89.9	- Expression orale bonne (articulation un peu faible mais suffisante pour se faire comprendre, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. Lit la réglette, un peu focalisée par ça. - Fait le lien avec «absente» + geste (répété une fois). Appui sur l'oral.
<b>43</b>	Non	97.1	- Expression orale bonne. Compréhension orale +/- . Dit d'office qu'elle n'entend pas. Je lui montre la réglette : «je ne connais pas», «je ne sais pas». Ne répond rien d'autre à mes deux questions («avez-vous mal?», «avez-vous de la douleur?»), «je me renseignerai». Paniquée par la réglette.
<b>44</b>	Oui	96	- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Mauvaise audition. Compréhension orale +/- . Répond dès la première question. Ne comprend pas l'utilité de la réglette au début. Il faut lui répéter plusieurs fois pour qu'elle comprenne. Compréhension lente, nécessité de prendre du temps, de faire des phrases courtes. Tient compte du terme «maintenant» après coup. Ne peut pas lire. Appui sur l'oral. Ne regarde pas les gestes. Fait le lien avec «absente» + geste, finalement.
<b>45</b>	Oui	89.1	- Expression orale bien articulée, pas toujours cohérente. Bonne compréhension orale à partir de «avez-vous de la douleur?». - Fait le lien avec «absente» + geste.
<b>46</b>	Oui	96	- Bonne expression orale. Bonne compréhension orale, dès la première question. Fait le lien avec la réglette + gestes. Désignation de «forte» sans nommer (a-t-elle lu?). Elle confirme «forte». Possible appui sur le geste.
<b>47</b>	Non	75.3	- Réaction à ma présence. Pas de réaction à mes trois questions. Ferme les yeux au bout d'un moment. Pas d'expression verbale et non verbale.
<b>48</b>	Oui	96.11	- Bonne expression orale (articulation, cohérence?).

			<p>Compréhension orale +/- Répond dès la première question.</p> <p>- Ne fait pas le lien avec la réglette. Même après des répétitions successives des termes + gestes, elle répond de façon inadaptée. Elle parle de la durée, ne sait pas choisir entre les termes quand je lui dis que la durée ne m'intéresse pas.</p>
49	Oui	88.2	<p>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. Lit la réglette dès le début.</p> <p>- Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral et l'écrit. «a priori, ça doit être ça.» «j'étais absente avant» : amalgame avec «douleur absente»?</p>
50	Non	84.7	<p>- Expression orale faible. Oui/non pas forcément adapté. Pas d'expression non verbale. Compréhension orale +/- Répond à partir de «avez-vous de la douleur?».</p> <p>- Répond oui à toutes mes propositions de termes + gestes, même après un deuxième essai. Je lui dis qu'elle ne peut répondre oui qu'à un terme. Elle ne répond plus. «Vous me voyez?» : «non». «Vous avez mal?» : pas de réponse.</p>
51	Oui	96.7	<p>- Expression orale bien articulée, pas toujours cohérente. Compréhension orale +/- Répond dès la première question : «j'ai pas mal, un peu fatiguée c'est tout.»</p> <p>- Ne fait pas le lien avec «absente» + geste. «Vous n'avez pas mal?» compris. «Absente» non compris quelque soit la modalité de présentation.</p>
53	Oui	78.8	<p>- Expression orale limitée à oui/non. Peu d'expression non verbale. Quelques petits bruits pour signifier l'approbation. Compréhension orale bonne, dès la première question.</p> <p>- Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral. Ne regarde pas trop les gestes.</p>
54	Oui	88.4	<p>- Expression orale bien articulée, semble un peu perdue. Dès la première question, répond «ça me pique là».</p> <p>- Ne comprend pas l'utilité de la réglette + gestes. Quand je propose les termes + gestes : «j'ai pas mal, ça me pique mais ça va». Reposition des termes + gestes plusieurs fois. Choisit «faible». Ne lit pas. Appui sur l'oral.</p>
55	Non	85.4	<p>- Pas d'expression verbale, un peu d'expression non verbale (expression du visage). Me regarde et rit de mes questions ou dit «hein?». Ne répond à aucune de mes trois questions. Mauvaise compréhension orale, les gestes n'aident pas.</p>

<b>56</b>	Oui	91.11	<p>- Expression orale bien articulée mais limitée à «oui», «non», «comment?». Compréhension orale bonne dès la première question.</p> <p>- Ne fait pas le lien avec la réglette + gestes. Ne sait pas choisir un terme. Je propose «absente» + geste =&gt; oui peu affirmé. «Vous n'avez pas mal?» : «non». Peut-être mauvaise compréhension des termes.</p>
<b>58</b>	Oui	86.2	<p>- Bonne expression orale (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question.</p> <p>- Fait le lien avec «absente» + geste. «Votre douleur est absente?» : «j'en ai pas». «Donc elle est absente» : «elle est absente». Appui sur l'oral.</p>
<b>59</b>	Oui	83.2	<p>- Expression orale limitée à oui/non. Expression non verbale : mouvements de la tête. Compréhension orale +/- Répond dès la première question.</p> <p>- Ne fait pas le lien avec «absente» + geste. «Absente» non compris quelque soit la modalité de présentation. «Vous n'avez pas mal?» : «non».</p>
<b>61</b>	Non	89.9	<p>- Aucune expression verbale et non verbale. Me regarde brièvement au début. Regarde la réglette : semble la lire et la relire sans cesse. Aucune réaction à mes trois questions.</p>
<b>62</b>	Non	73.1	<p>- Expression orale bien articulée, cohérence? Bonne compréhension orale. Lit la réglette. Ne veut pas répondre sinon tout le monde va le savoir. Se méfie des médecins et des médicaments.</p>
<b>63</b>	Non	97.10	<p>- Pas d'expression verbale et non verbale. Compréhension orale? Mâchonne, va moins vite quand je pose les questions. Me regarde parfois. Mâchonne à nouveau, plus vite, en regardant ailleurs.</p>
<b>64</b>	Oui	85.7	<p>- Expression orale limitée à oui/non au début. Bonne articulation et cohérence. Bonne compréhension orale, dès la première question. Essai de lire la réglette au début.</p> <p>- Fait le lien avec «absente» + geste. Ne regarde pas la réglette et le geste quand elle confirme. Appui sur l'oral.</p>
<b>65</b>	Oui	87.6	<p>- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Compréhension orale bonne, dès la première question. Lit la réglette.</p> <p>- Fait le lien avec la réglette + gestes. Choisit un terme sans me laisser proposer les autres. Appui sur l'oral et l'écrit.</p>
<b>67</b>	Oui	92.7	<p>- Expression orale bonne (faible et un peu marmonnée mais compréhensible, bonne articulation, cohérence +/-). Compréhension orale +/- Répond</p>

			dès la première question mais sans confirmer. «Avez-vous de la douleur?» pas mieux compris. «Avez-vous mal?» reste mieux compris. - Ne comprend pas «absente» + geste. Ne regarde pas le geste et la réglette. «Vous n'avez pas mal?» : «non».
<b>69</b>	Non	85.5	- Jargon ininterrompu. Me regarde et semble vouloir dire quelque chose. N'écoute pas mes questions, ne me laisse pas d'espace de parole. Ferme les yeux par moment. Me montre quelque chose? Ne regarde pas la réglette et les gestes. Continue de parler quand je suis partie.
<b>70</b>	Oui	65.9	- Jargon au début, qui s'arrête quand je pose la question. Répond «oui» dès la première question. Ne sait pas choisir entre les termes + gestes : pas de lien avec la réglette? «Vous ne savez pas comment est votre douleur?» : «oui». Regarde la réglette, les gestes n'aident pas.
<b>71</b>	Oui	84.11	- Au début, aucune expression verbale et non verbale, ne répond pas à mes trois questions. Pas de réaction, ne me regarde pas ni la réglette et les gestes. Quand je réessaie avec «avez-vous mal?», parle beaucoup et dit «oui». Ne choisit pas de terme pour l'intensité, pas de réaction pertinente en faveur de l'un ou l'autre. - Expression orale mauvaise : mauvaise articulation, «oui» compréhensible. Parle dans le vide ou me dit quelque chose?
<b>72</b>	Oui	64,9	- Expression orale très faible (hypophonie), oui/non intelligible, essai de parler plus mais pas compréhensible. Quelques gestes pour appuyer l'oral (mouvements tête, paupières). - Compréhension orale bonne, dès la première question. Fait le lien avec «absente» + geste. Lecture de la réglette.
<b>73</b>	Oui	83.11	- Expression orale bonne (articulation, cohérence quand elle est canalisée par les questions et la conversation). Compréhension orale bonne, dès la première question. - Fait le lien avec la réglette + gestes. Appui sur l'oral. Ne semble pas lire et ne regarde pas trop les gestes.
<b>74</b>	Oui	87.8	- Expression orale bonne (articulation, cohérence, voix un peu faible et tremblante). Compréhension orale dès la première question, répétée une fois. - Ne fait pas le lien avec «absente» + geste (elle n'ouvre pas les yeux). «Absente» pas compris quelque soit la modalité de présentation. Comprend «Vous n'avez pas mal?». Appui sur l'oral.
<b>75</b>	Oui	75.11	- Bonne expression orale (un peu hésitante mais

			choix adapté des mots). Bonne compréhension orale. Dès la première question, elle désigne le terme «faible» en l'oralisant et confirme. Appui sur l'écrit.
<b>76</b>	Oui	73.4	- Expression orale très faible (mauvaise articulation, hypophonie) mais cohérente. Compréhension orale bonne, dès la première question. Lit ou essaie de lire la réglette. - Difficulté à comprendre le terme «absente» + geste => dit «j'ai pas mal».
<b>77</b>	Non	85.6	- Pas d'expression verbale et non verbale. Quelques mouvements de tête, quelques froncements de sourcils difficiles à interpréter. Ne répond à aucune de mes trois questions. Me regarde de temps en temps, ainsi que la réglette.
<b>79</b>	Oui	72.4	- Expression orale inexistante. Bonne expression non verbale (mouvements de la tête). Compréhension orale bonne, dès la première question. - Fait le lien avec la réglette + gestes. Choix d'un terme par hochement de tête et serrement des paupières. Bonne lecture. Gestes peu utiles dans ce cas.
<b>80</b>	Oui	76.8	- Expression orale bien articulée (cohérente?). Son mari dit qu'elle ne comprend rien. Elle voit la réglette : «Qu'est-ce que c'est que ça?». «Avez-vous mal?» : «mettez absente». Lecture de la réglette et bonne compréhension de la question. - Elle m'a dit avoir mal aux reins avant l'évaluation. Finalement, elle choisit «faible» quand la réglette est rangée. Son mari l'incite : «tu me dis tout le temps que t'as mal». Mauvaise compréhension orale ou n'ose pas se plaindre?
<b>81</b>	Oui	83.2	- Expression orale bien articulée, pas de cohérence. Veut toujours repartir chez lui. Compréhension orale bonne, dès la première question. - Fait le lien avec «absente» + geste. «Votre douleur est absente?» : «j'ai pas de douleur». Appui sur l'oral. «Ma douleur, c'est de ne pas pouvoir partir», «Mais physiquement?» : «non».
<b>83</b>	Non	86.7	- Expression verbale inintelligible. Pas d'expression non verbale. Quelques vocalisations incompréhensibles. A la fin, long discours incompréhensible. Me regarde mais pas la réglette. Aucune réaction à mes questions.
<b>84</b>	Oui	82.7	- Expression verbale laborieuse (tremblement du corps et de la voix). Voix faible mais audible et compréhensible. Compréhension orale dès la première question. - Fait le lien avec la réglette + gestes. Dit le terme

			«faible». Ne regarde pas beaucoup les gestes. Appui sur l'oral et l'écrit.
<b>85</b>	Oui	90.1	- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. - Fait le lien avec la règlette + gestes. Lit la règlette au début. Choisit «forte» puis «très intense» quand je propose. Appui sur l'oral.
<b>86</b>	Oui	89,8	- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Bonne compréhension orale, dès la première question. Insiste sur maintenant : «là, maintenant, j'ai pas mal», «j'ai des calmants pour prévenir la douleur». Ne peut pas lire. - Fait le lien avec «absente» + geste. Appui sur l'oral.
<b>87</b>	Oui	97.7	- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Compréhension orale bonne, dès la première question. - Fait le lien avec la règlette + gestes. Appui sur l'oral, les gestes semblent peu pris en compte.
<b>88</b>	Oui	76.4	- Expression orale bonne (articulation, cohérence, productions bizarres peut-être dues à une faible audition). Bonne compréhension orale, dès la première question. Répond «non» puis quand je propose les termes, choisit «faible». Fait le lien avec la règlette + gestes. Lit la règlette. Appui sur l'écrit et l'oral.
<b>89</b>	Non	89.8	- Ne me répond que pour confirmer son nom et dire bonjour. Expression bien articulée. Ne répond à aucune de mes questions, même s'il me regarde. «non» de la tête? (ne confirme pas). Ne semble pas lire la règlette, même s'il la regarde.
<b>90</b>	Oui	92.4	- Expression orale bonne (articulation, cohérence). Compréhension orale bonne, dès la première question. - Fait le lien avec la règlette + gestes. Appui sur l'oral et peut-être sur les gestes. Ne peut pas lire.