

Evaluation de la douleur chez le patient non communicant

en Unité de Soins Intensifs

Validation de la « SOS Dolousi »

M.D. De Val, B. SC⁽¹⁾, M. Pachioli, M. Sc⁽¹⁾, C. Lorent, B.Sc⁽²⁾, T. Nguyen⁽³⁾

⁽¹⁾Unité de Soins intensifs, CHU de Charleroi, Belgique

⁽²⁾Cellule indicateurs du département infirmier CHU de Charleroi, Belgique

⁽³⁾Statisticien « asbl Promarex » Charleroi, Belgique

Adresse :

Marie-Danièle De Val, CHU de Charleroi, Bd Paul Janson, 92 6000 Charleroi (Belgium)

Tél : + 32-71-92.13.55

E-mail : marie.deval@skynet.be

Titre abrégé : Evaluation et prise en charge de la douleur

L'évaluation de la douleur chez les patients non communicants (PNC) est un problème complexe mais primordial.

La non communication peut révéler de nombreuses causes : démence, enfants en bas âge, personnes âgées, patients infirmes avec handicap grave, patients comateux, patients intubés, ventilés. Chacune de ces catégories nécessite une approche spécifique.

Nous nous sommes attachés, depuis 2005, à développer une échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez les patients non communicants, dans notre service de soins intensifs du CHU de Charleroi. Ce questionnement avait initialement été le thème de notre travail de fin d'études. Il répondait aussi à une demande institutionnelle, à savoir la prise en charge de la douleur chez tous les patients non communicants de notre institution.

L'importance de l'évaluation et de la prise en charge adéquate de la douleur en USI est de plus en plus confirmée par les publications récentes (Chanquès et al)⁽¹⁾ et les guide-lines (Jacobi et al)⁽²⁾.

Le problème est complexe en raison des interférences possibles avec les différents traitements, en particulier la sédation. Or le « paradigme » émergent semble privilégier l'analgésie de façon à « recourir » à la sédation la plus brève et la plus légère possible : ceci dans le but de réduire la durée du séjour en USI. Ce travail s'inscrit donc dans l'élaboration d'un outil indispensable d'évaluation de la douleur chez ce type de patient, stade initial incontournable à une prise en charge correcte.

Echelle Dolousi ou Dolousi Pain Scale (DPS)

Il s'agit d'une échelle comportementale d'hétéro-évaluation de la douleur, s'adressant spécifiquement à des patients non communicants, intubés et ventilés, avec ou sans analgésédation.

Nous avons défini un patient non communicant comme tout patient incapable de communiquer verbalement ou par un signe non équivoque la présence ou l'absence de douleur.

Notre population excluait :

1. les patients curarisés,
2. les patients sous coma barbiturique,
3. les patients quadriplégiques,
4. Les patients atteints de syndrome de Guillain Barré ou autre polyneuropathie périphérique. Nous avons exclu ces catégories de patients car ils sont de facto non évaluables sur le plan moteur.
5. Les patients âgés de moins de 15 ans : ce critère lié à l'âge a été retenu dans un souci d'homogénéisation de notre population.

La DPS se base sur l'évaluation de 4 items :

- Adaptation au respirateur.
- Expression du visage.
- Comportement moteur.
- Larmes.

Chaque item est scoré de 1 à 4 ou 5 : les sous items détaillent les états somatiques leur correspondant. (Tableau I).

Le score 4 correspond à un patient « à l'aise », le score 5 est un patient présentant un « inconfort » maximum.

Notre échelle fut élaborée en se basant sur l'échelle des visages et sur l'échelle Behavioral Pain Scale (BPS) élaborée à Grenoble par Payen et al⁽³⁾ et validée en 2005 par Aissaoui⁽⁴⁾ (alors que nous avons commencé le présent travail).

Nous y avons apporté certaines modifications en fonction de notre expérience.

Validation de l'échelle DPS

1. Etude initiale 2005-2008

Après les pré-tests et une étude préliminaire, la population qui fait l'objet de cette présentation comporte 110 patients non communicants intubés et ventilés, investigués dans les trois situations que nous avons choisies en fonction de notre expertise infirmière sur base de nos observations durant les soins. Ces trois situations sont : au repos, lors d'un soin d'yeux (considéré comme peu douloureux), et lors d'une toilette complète avec retournement (considéré comme soin douloureux). L'étude portait au total sur 1027 évaluations.

L'interprétation statistique des résultats (test de Wilcoxon pour données non paramétriques) montrait des différences tout à fait significatives entre les trois situations : l'échelle semblait donc varier en fonction d'un « inconfort » grandissant (fig 1) (fig 2).

Dans les trois mêmes situations, l'échelle de Ramsay (échelle de sédation) ne variait pas, nous permettant de penser que notre échelle évaluait bien la douleur et non la sédation. (fig 3) Il nous semblait toutefois nécessaire d'en apporter une preuve plus solide.

2. L'échelle DPS évalue-t-elle la douleur ?

Afin d'aborder ce problème, nous avons évalué (de mai à août 2009) par la DPS 34 patients au repos et lors d'un stimulus indéniablement douloureux à savoir une pression sur le lit de l'ongle.

Les résultats montrent des variations très significatives de la DPS dans cette seconde situation. Celle-ci est donc sensible à la nociception.

Nous pensons donc que la DPS est un moyen fiable d'évaluer la douleur chez le patient non communicant.

3. La cohérence interne de la DPS

Le test alpha de Cronbach de l'échelle de Dolousi variait de 0,559 à 0,637 selon les situations.

→ La consistance du test était acceptable.

En Conclusion :

Nous pensons que la DPS permet d'évaluer spécifiquement la douleur chez le patient non communicant, indépendamment du degré de sédation.

Grâce à divers outils comme le Glasgow Coma Scale (GCS) , la Dolousi Pain Scale (DPS) ou (autre échelle équivalente) et une échelle de la sédation telle la Ramsay ou la Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)... il est possible d'évaluer spécifiquement la conscience, la douleur et la sédation chez le patient non communicant.

La maîtrise de ces outils devrait permettre d'élaborer des algorithmes décisionnels de prise en charge optimale de ce type de patient.

Références

1. Chanques G., Jaber S., Barbotte E., Violet S., Sebbane M., Perrigault P. et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006; 34 : 1691-9.
2. Jacobi J., Fraser G.I., Coursin DB., Rike RR., Fontaine D., Witbrodt E., et al : Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med.* 2002; 30:119-41 (NA)
3. Payen JF., Bru O., Bosson HL., Lagastra A., Novel E., Deschaux I. et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioural pain scale. *Crit Care Med.* 2001; 29:2258-63.
4. Aissaoui Y., Zeggwagh A., Zekraoui A., Abidi K., Abouqal R. Validation of a behavioural pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg* 2005; 101:1470-6

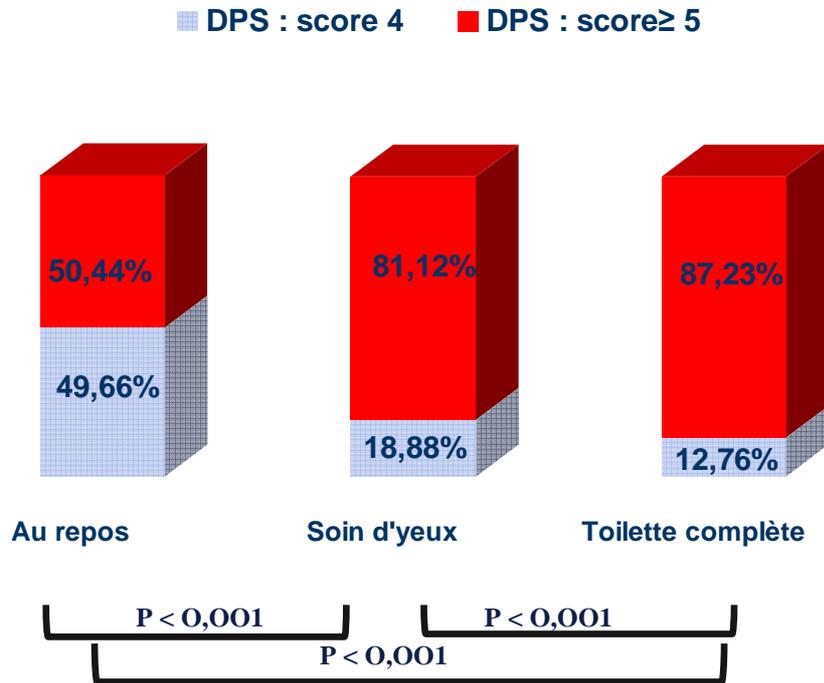
Tableau 1. Echelle Dolousi Pain Scale (DPS)



.....

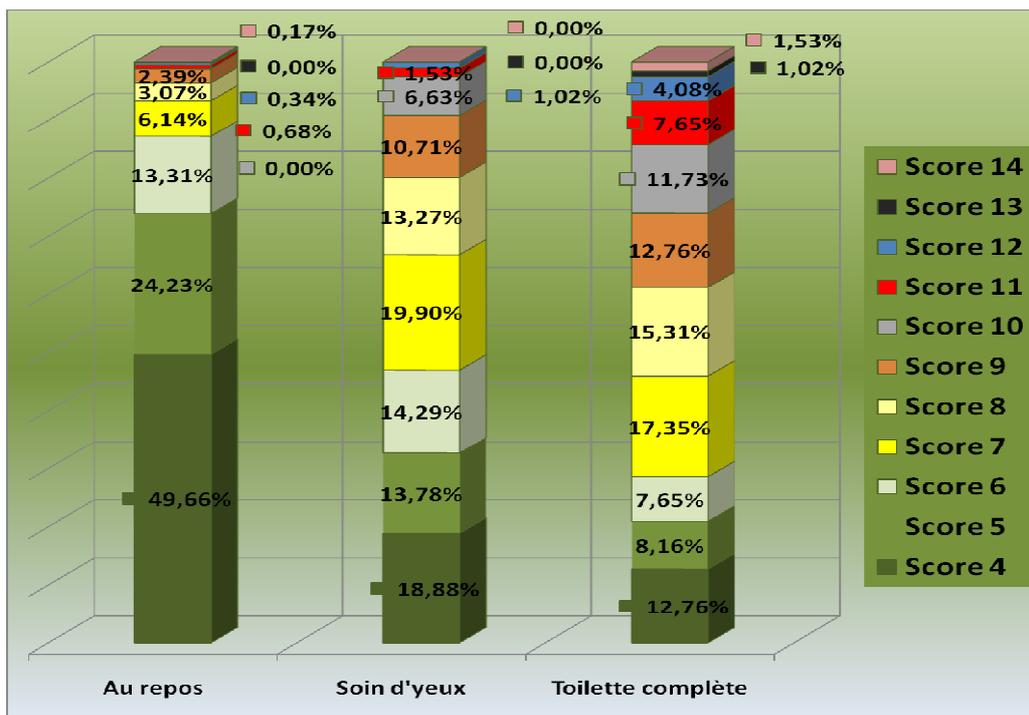
Adaptation au respirateur	1	« Adapté » : synchrone au respirateur, ne tousse pas, se laisse ventiler selon les paramètres imposés.	
	2	« Tousse mais tolère » : synchrone la plupart du temps, tousse occasionnellement et déclenche ainsi un trigger. Retrouve rapidement son confort. Pas besoin de modifier les paramètres ventilatoires.	
	3	« Lutte » : contre le respirateur la plupart du temps mais se laisse ventiler (toux fréquente, augmentation des pressions d'insufflation,...).	
	4	« Ventilation incontrôlée » : patient non ventilable.	
Expression du visage	1	« Détendu » : visage relâché.	
	2	« Partiellement tendu » : tension de certains muscles ou grimaces passagères (froncement sourcils, lèvres pincées, tremblement du menton, ...), plus souvent le haut du visage.	
	3	« Complètement tendu » : tension importante de certains muscles ou grimaces fréquentes, prolongées plus marquées qu'en 2 (non passagères), plus souvent au niveau du mi-visage	
	4	« Grimacant » : visage totalement crispé en permanence, prostré, figé ou violacé, ...	
Comportement moteur	1	« Calme » : détendu, à l'aise, sans mouvement, sans protection aux soins et aux examens.	
	2	« Remuant » : mouvements de flexion, sans mouvement de protection agressif ou vigoureux. Se calme aisément, par exemple à la parole, au toucher.	
	3	« Agité » : mouvements incontrôlés, fréquents, veut s'asseoir, nécessite des liens. Evite les soins / les examens.	
	4	« Très agité » : flexion complète et/ ou protection brutale aux soins, crispation des extrémités, raideur des membres, poings fermés, arrache et/ou tire les cathéters ou mord son tube endotrachéal.	
	5	« Combatif » : mouvements de rétraction, violents, raideur de défense, danger immédiat pour l'entourage et pour lui-même. Agitation dangereuse, sort du lit (risque de chute).	
Larmes	1	« Non » : absence de larmes.	
	2	« Oui » : présence de larmes.	
Score minimal : 4 – Score maximal : 15			
©CHU Charleroi - Belgique		version 2008	

Figure 1. Comparaison des scores Dolousi dans les 3 situations (n = 196 observations /24 h)

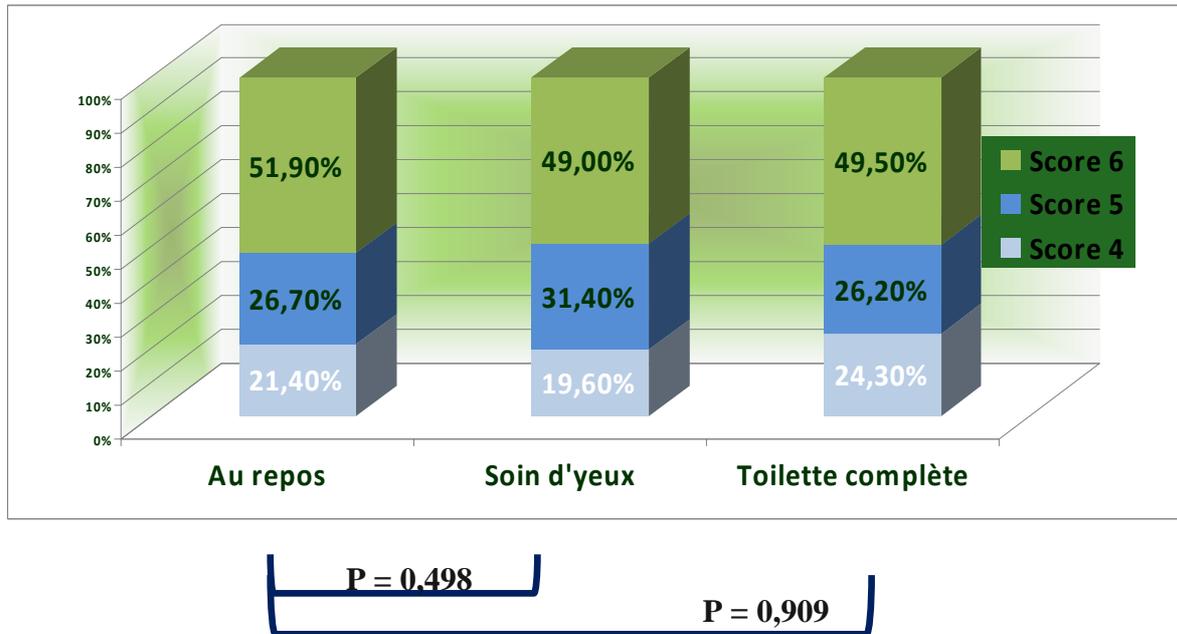


Test de Mann-Whitney et Wilcoxon

Figure 2. Variation des scores DPS dans les 3 situations (n = 196 observations/24h)



**Figure 3. Variation du Score de Ramsay dans les 3 situations
(n = 109 observations/24h)**



Mann-Whitney and Wilcoxon test

XXVII ième Symposium SIZ-Nursing – 29 octobre 2009

**Enquête sur la cohérence (ou
homogénéité) de l'échelle**

SOS DOLO USI - Pain Scale (DPS)

.....

Merci de bien vouloir remplir ce document et de le déposer dans l'urne « SOS DOLOUSI » au comptoir de l'accueil.

Ceci ne vous prendra que quelques minutes, faisons le ensemble maintenant !

Marie De Val et l'équipe des soins intensifs du CHU de Charleroi

(sites Charleroi – Vésale).

Questionnaire (Veuillez cocher une réponse par question)

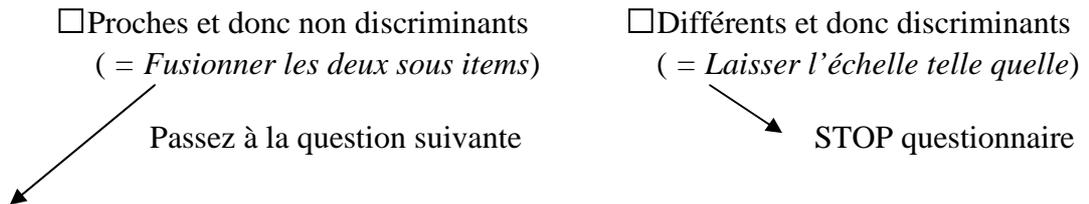
1. Quel âge avez-vous ? _____ ans
2. Dans quel secteur hospitalier travaillez-vous et depuis combien d'années ?

<input type="checkbox"/> Urgences	depuis _____ années
<input type="checkbox"/> USI	depuis _____ années
<input type="checkbox"/> UC	depuis _____ années
<input type="checkbox"/> Autre	depuis _____ années
3. Avez-vous déjà utilisé l'échelle « SOS DOLOUSI » ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
4. Pensez-vous que cet outil est indispensable dans votre pratique professionnelle aux soins intensifs ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

5. Dans cette échelle, les sous items (repris sous la rubrique comportement moteur) « **très agité** » et « **combatif** » sont-ils pour vous :



6. En cas de fusion des deux sous items en un seul, celui-ci serait libellé :
 « **Très agité** » : il regrouperait donc un ou plusieurs retentissements somatiques de ces deux sous-items (très agité – combatif). C'est à dire :

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Protection brutale aux soins - Crispation des extrémités et/ou poings fermés - Arrache et/ou tire les cathéters - Mord son tube endotrachéal | <ul style="list-style-type: none"> - Eviction des soins par des mouvements violents ou stéréotypés - Sort du lit (risque de chute) - Danger immédiat pour lui-même et pour l'entourage |
|---|---|

Ces retentissements somatiques vous paraissent-ils compréhensibles et cohérents

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Si non, avez-vous d'autres suggestions? _____

