


<b>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale</b>  <b>Québec</b>	<b>Code : CIUSSSCN-DSISP-RSI-019</b>  <b>Date d'émission : 2020-03-06</b> <b>Date de révision :</b>
	<b>RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS</b>  <b>Référence à un protocole</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Objet : Évaluation de la douleur</b>	
Émise par la Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP) Recommandée par le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	Le 17 mai 2022  Le 5 mai 2022

### INTERVENANTS CONCERNÉS

Les infirmières, infirmières auxiliaires, et aide-soignants<sup>1</sup> du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

### SECTEUR(S) D'ACTIVITÉS VISÉ(S)

Tous les secteurs d'activités.

### CLIENTÈLE, CATÉGORIES DE CLIENTÈLES OU SITUATION CLINIQUE VISÉES

- Personne de tout âge.
- Personne capable de communiquer : autodéclaration.
- Personne non communicante : autodéclaration difficile ou impossible.

### CONTEXTE

La douleur est une sensation physique pénible et une expérience désagréable. Elle est une expérience subjective, personnelle et complexe. Reconnue comme cinquième signe vital (OIIQ, 2005), la douleur est un phénomène important souvent sous-estimé.

Toute personne a le droit de recevoir des soins afin que sa douleur soit prise en charge de façon optimale. La douleur est parfois un phénomène complexe à évaluer et à traiter et pour laquelle, seule la personne qui l'expérimente est en mesure de la décrire. Il faut toujours croire et prendre en considération la douleur exprimée ou observée chez la personne. Une douleur non soulagée n'est pas sans conséquence. Elle est souvent un des symptômes présents chez les personnes en soins palliatifs et de fin de vie. Par conséquent, il est essentiel que tous les membres de l'équipe soignante participent à l'évaluation selon leurs rôles respectifs d'où l'importance du travail en interdisciplinarité.

Le volet évolutif de la douleur est un des aspects à considérer dans la prise en charge globale de la douleur. La règle de soins infirmiers (RSI) n'aborde pas la surveillance de tous les aspects pharmaceutiques et non pharmaceutiques qui pourront être abordés dans un programme de gestion de la douleur. Des informations complémentaires relatives à l'évaluation de la douleur sont disponibles au niveau des méthodes de soins informatisées (MSI).

<sup>1</sup> Terme représentant les personnes qui exercent un rôle d'assistance aux soins infirmiers. Il regroupe les auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS) du CIUSSS ou d'une agence de personnel, les travailleurs engagés de gré à gré et le personnel œuvrant dans les milieux spécifiques visés par la Loi, notamment : préposés aux bénéficiaires, intervenant en milieu résidentiel, technicien en loisirs, moniteur en réadaptation, éducateur, accompagnateur, enseignant.

## DEFINITIONS

---

**Douleur** : Est une expérience désagréable en réponse à une atteinte réelle ou potentielle. Il s'agit d'un concept subjectif et multidimensionnel comprenant cinq dimensions : sensorielle, émotionnelle, cognitive, comportementale et physiologique. La complexité de la douleur fait qu'elle peut se définir en fonction de sa durée d'évolution et du mécanisme qui la génère.

### A) Durée d'évolution :

- 1) Aiguë :
  - D'apparition récente, habituellement passagère.
  - Durée de plusieurs minutes à quelques jours et généralement moins de 30 jours.
  - Décroit et disparaît avec les traitements ciblés sur la cause.
- 2) Chronique ou persistante :
  - Persiste plus de trois mois ou au-delà du cours habituel d'une maladie ou d'une blessure.
  - Associée à une tendance de récurrence.
  - Doit être traitée en tant que maladie elle-même.
  - Rebelle aux traitements usuels.

### B) Mécanisme qui la génère :

Les principaux types de douleur sont :

- 1) Nociceptive : Processus mécanique et inflammatoire intervenant au niveau périphérique. Se caractérise par un signe avertisseur qui découle de lésions réelles ou menacées aux tissus. Traitements antalgiques classiques sont efficaces. Il existe deux catégories de douleur nociceptive :
  - Somatique : localisée et provenant de récepteurs situés sur les structures telles que musculaires, osseuses, articulaires et la peau.
  - Viscérale : diffuse ou généralisée et provenant des organes internes.
- 2) Neuropathique : Conséquence de lésion du système nerveux périphérique ou central. Se caractérisent par de multiples sensations comme une brûlure, une décharge électrique, des engourdissements, des picotements, etc. Réponds habituellement à un traitement analgésique ou à une combinaison d'analgésiques.
- 3) Mixte : Combinaison de la douleur nociceptive et neuropathique.

## CONDITIONS D'APPLICATION

---

La douleur doit être évaluée à des moments précis soit lors de l'évaluation initiale et en cours d'évolution.

### A) Évaluation initiale

- Pour tout usager lors de l'admission ou d'une première consultation ou visite;
- Pour tout usager présentant des problèmes de santé potentiellement douloureux;
- Lors de la prise des signes vitaux;
- Lors de toute modification de l'état de santé, d'une plainte ou de signes observables d'une nouvelle douleur rapportée par l'usager ou un tiers;
- Lors d'apparition de comportement inhabituel ou changement de l'état mental ou de l'autonomie fonctionnelle;
- Avant, pendant et après toute intervention, soin ou mobilisation susceptible de provoquer de la douleur;
- Avant, pendant et après l'administration d'une médication analgésique ou tout autre traitement non pharmacologique en lien avec la douleur;
- À tout autre moment jugé pertinent.

### B) Évaluation en cours d'évolution

- Lors de la prise des signes vitaux ;
- Lors de toute modification de l'état de santé, d'une plainte ou de signes observables d'une douleur rapportée par l'usager ou un tiers ;
- Lorsque la douleur n'est plus soulagée par des interventions auparavant efficaces ;
- Lors du changement de l'ordonnance ou ajustement de la posologie d'un analgésique;

- Avant, pendant et après toute intervention, soin ou mobilisation susceptible de provoquer de la douleur;
- Avant, pendant et après l'administration d'une médication analgésique ou tout autre traitement non pharmacologique en lien avec la douleur;
- Selon les indications au PTI;
- À tout autre moment jugé pertinent.

**N. B. En contexte d'utilisation d'opiacés, il est important d'adapter la surveillance selon les règles en vigueur.**

## DIRECTIVES

L'évaluation de la douleur s'insère dans une démarche clinique visant à soulager cette douleur ou à la diminuer. Il est essentiel de qualifier la douleur afin d'orienter le traitement et de déterminer les interventions appropriées. L'infirmière fait une évaluation initiale ou en cours d'évolution selon les conditions d'application. Pour sa part, l'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de la douleur. Les autres membres de l'équipe collaborent à l'observation des manifestations de la douleur. Nonobstant l'utilisation d'échelles ou d'outils pour l'évaluation de la douleur, le jugement clinique remplace toujours la précision sur le chiffre obtenu.

Directives	
Infirmière	Infirmière auxiliaire
Collecter les données en utilisant PQRSTU (voir annexes)	
Réaliser un examen physique selon la situation	
Déterminer et utiliser l'échelle validée et appropriée selon les particularités, l'âge et la capacité à communiquer de la clientèle (voir annexes) et consigner l'information au plan thérapeutique infirmier (PTI)	Appliquer les directives et utiliser l'échelle de douleur, déterminée par l'infirmière au PTI
Analyser les données récoltées et interpréter les résultats	
La même échelle doit être utilisée dans l'évaluation et le suivi du soulagement sauf si l'infirmière, suite à son évaluation, détermine qu'un changement d'échelle est requis	
Assurer le suivi du soulagement à la fréquence recommandée en utilisant l'échelle déterminée (voir annexes)	
Documenter ses observations au dossier	
Transmettre les informations aux membres de l'équipe de soins et équipe traitante	
Suite à son évaluation, déterminer et ajuster le PTI	Contribuer à la réalisation et la mise à jour du PTI.
Procède à la réévaluation	Contribue à la réévaluation

Aide-soignants
S'approprier les outils de dépistage afin de connaître les comportements laissant présager une douleur
Observer les manifestations de douleur et de signes d'inconfort
Appliquer les directives ou consignes inscrites à son outil de travail respectif
Signaler à l'infirmière auxiliaire ou à l'infirmière : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur exprimée par l'utilisateur ou ses proches;</li> <li>• Signes observables d'inconfort;</li> <li>• Tout changement au niveau de l'autonomie, de l'état mental ou comportement inhabituel.</li> </ul>

## ANNEXES

---

Les annexes suivantes représentent les différentes échelles/ outils pouvant être utilisées pour l'évaluation de la douleur. Les échelles/ outils des annexes 1, 2 et 3 doivent être utilisées pour la clientèle communicante. L'annexe 4 contient un tableau résumé des échelles à utiliser chez la clientèle non communicante (annexe 5 à 10).

Annexe 1	PQRSTU
Annexe 2	Thermomètre d'intensité de la douleur
Annexe 3	Échelle d'autoévaluation de la qualité de la douleur chez l'enfant (EAQDE)
Annexe 4	Échelles d'évaluation comportementale de la douleur
Annexe 5	Face Legs Activity Cry Consolability révisé (r-FLACC)
Annexe 6	Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS)
Annexe 7	Nociception Coma Scale (NCS) adapté par Vinay, 2011
Annexe 8	Grille d'observation de la douleur pour les personnes âgées ayant des capacités de communication réduite ou Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate II (PASCLAC-II-F)
Annexe 9	AlgOplus
Annexe 10	Échelle d'observation comportementale modifiée (EOC)

## RÉFÉRENCES

---

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013), *Évaluation et prise en charge de la douleur*, Troisième édition, 103 pages

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, Méthodes de soins infirmiers informatisées, *Cadre de référence sur la douleur*

Centre de santé et services sociaux de Vieille Capitale (2012), *Évaluation initiale et en cours d'évolution de la douleur chez un usager, RDS-2009-2*

Centre de Santé et des Services Sociaux de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent (2008). *Règle de soins infirmiers RSI-4. Activité clinique : Évaluation de la douleur.*

Centre de santé et services sociaux de Portneuf (2011), *Évaluation de la douleur (RS-11)*

Centre de santé et services sociaux de Portneuf (2008), Direction des soins infirmiers et Direction des services professionnels et hospitaliers, *Programme de gestion de la douleur*

Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (2008), *Évaluation de la douleur, (RSI-101)*

Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (2010), *Évaluation clinique de la douleur et documentation (RSI-206)*

Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (2017), Lignes directrices en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur

DOYON, O. et Longpré, S (2016), *Évaluation clinique d'une personne symptomatique,*

GÉLINAS, Céline (2007), Le thermomètre d'intensité de douleur : un nouvel outil pour les patients adultes en phase critique, *Perspective infirmière*, mars-avril 2007, 13-20

GRÉGOIRE, Marie-Claude (2008) *Outils pour repérer et évaluer la douleur des enfants polyhandicapés, www.pediadol.org*

Institut universitaire en santé mentale de Québec (2013), *Évaluation de la douleur, (RSI-1).*

JOVEY, Roman (2008) *Évaluation infirmière du programme CaNPASS* Guide de marquage des scores obtenus dans le questionnaire du patient

LEBLANC, N., Audet, M.-H., Lebrasseur, I et Trépanier, A. (2010). Soins pédiatriques. Ça fait mal! Développement et validation de l'Échelle d'autoévaluation de la qualité de la douleur chez l'enfant au Centre mère-enfant du CHUL. *Perspective infirmière*, 7 (3), 33-36

LE SAOUT, Katell (2013), Thèse : *La douleur chez les patients souffrant de handicap mental sévère : une étude descriptive de la prise en charge de 111 patients*, Université Claude Bernard, Lyon

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007) *Le thermomètre d'intensité de douleur : un nouvel outil pour les patients adultes en phase critique*, Perspective infirmière, mars-avril 2007

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018) *Douleur aiguë pédiatrique : de l'urgence à l'unité de soins*, Perspective infirmière, janvier-février, vol15 no1, p. 35

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015) *Soins intensifs : Le CPOT Évaluer la douleur de patients adultes inconscients*, Perspective infirmière, mars-avril, vol12 no 2

VOYER, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Chapitre 23 : La douleur* Saint-Laurent (Québec): Éditions du renouveau pédagogique, inc.

## VALIDATION DE LA RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS

---



Directrice des soins infirmiers et de la santé physique

17 mai 2022

Date

## PQRSTU

Le PQRSTU est un outil mnémotechnique pour se remémorer les items à collecter et approfondir un malaise, signe ou symptôme. Il s'agit de questionner la personne (mode journalistique) afin d'obtenir un portrait le plus juste possible de la douleur qu'elle ressent et ainsi intervenir d'une manière efficace. Il peut être complété sous forme d'observation des comportements (mode enquêteur).

PQRSTU	Exemples de questions
<b>P</b> Provoquer/Pallier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Qu'est-ce qui a provoqué votre douleur ?</i></li> <li>• <i>Quels traitements avez-vous essayés pour soulager la douleur ?</i></li> <li>• <i>Ont-ils été efficaces ?</i></li> </ul>
<b>Q</b> Qualité/Quantité et impact fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Décrivez-moi votre douleur ? (Annexe 3)</i></li> <li>• <i>À combien évaluez-vous votre douleur sur une échelle de 0 à 10 ? (0= aucune douleur, 10 = la plus forte douleur)</i></li> <li>• <i>Y a-t-il un impact sur vos activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ-AVD) ?</i></li> </ul>
<b>R</b> Région et irradiation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>À quel endroit ressentez-vous de la douleur ?</i></li> <li>• <i>Est-ce que la douleur se déplace vers d'autres endroits ?</i></li> </ul>
<b>S</b> Signes et symptômes associés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ressentez-vous d'autres malaises en plus de cette douleur ?</i></li> <li>• <i>Lesquels ?</i></li> </ul>
<b>T</b> Temps	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Quand la douleur a-t-elle commencé ?</i></li> <li>• <i>Est-elle constante ou intermittente ?</i></li> <li>• <i>Combien de temps dure-t-elle ?</i></li> <li>• <i>A quel moment au cours de la journée apparaît-elle ?</i></li> <li>• <i>A quelle fréquence au cours de la journée apparaît-elle ?</i></li> </ul>
<b>U</b> Understanding (compréhension)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>À quoi cette douleur vous fait penser ?</i></li> <li>• <i>Avez-vous déjà vécu la même chose ?</i></li> <li>• <i>Comment expliquez-vous votre douleur ?</i></li> </ul>

## Thermomètre d'intensité de douleur

**Définition** : Outil simple, rapide et facile à utiliser pour la plupart des personnes. Échelle d'autoévaluation graduée de 0 à 10 sur lequel apparaissent six visages dont les traits expriment différentes intensités. La personne attribue une cote à la douleur ressentie.

**Clientèle visée** : Toute personne

**Consignes d'utilisation** : Demander à la personne de quantifier sa douleur sur l'échelle en lui précisant que 0 représente aucune douleur et 10 insupportable. Inscrive la cote au dossier.

**Interprétation des résultats** : Difficile d'interpréter les scores à l'expérience subjective de la douleur. Les termes descriptifs tels que douleur légère, modérée, sévère amènent un défi et il n'y a pas de standard absolu établi. Par exemple un score de 4 sur 10 peut être qualifié de léger ou modéré selon la personne.

**Intensité 10** (insupportable) : visage grimaçant présentant les caractéristiques précédentes encore plus marquées et des yeux fermés et plissés

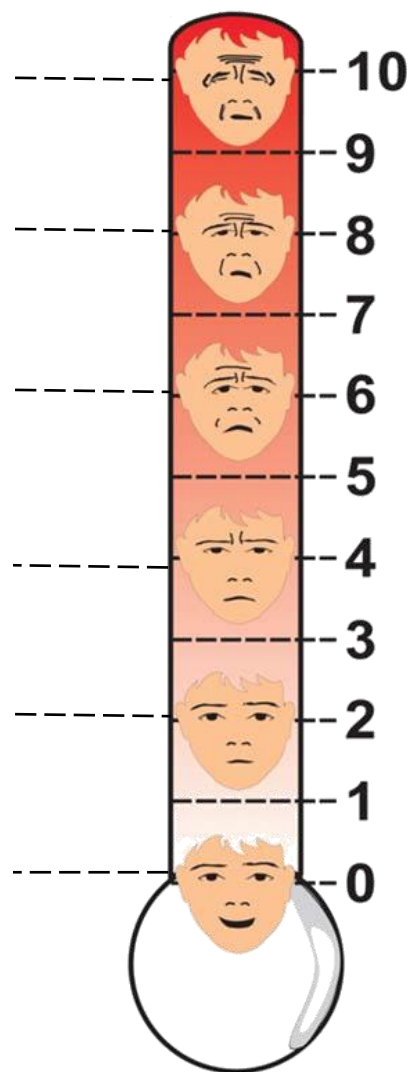
**Intensité 8** : visage présentant un front plissé, un froncement des sourcils, des yeux plissés et des plis nasolabiaux plus apparents

**Intensité 6** : visage présentant un front plissé, des yeux un peu plissés et des plis nasolabiaux légèrement apparents

**Intensité 4** : visage présentant un début de tension au niveau des plis du front

**Intensité 2** : visage neutre, sérieux

**Intensité 0** (aucune douleur); visage détendu et souriant



(Gélinas, Céline, 2007)

## Échelle d'autoévaluation de la qualité de la douleur chez l'enfant (EAQDE)

**ÉCHELLE D'AUTOÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT (EAQDE)**  
**FICHE DE L'INFIRMIÈRE**

			
<b>1. Battement</b> « ça fait comme un battement »	<b>2. En éclair</b> « ça fait comme un choc électrique »	<b>3. Coup de marteau</b> « ça fait comme un coup de marteau »	<b>4. Piqûre</b> « ça pique »
			
<b>5. Coupure</b> « ça coupe »	<b>6. Pincement</b> « ça pince »	<b>7. Serrement</b> « ça serre »	<b>8. Écrasement</b> « ça écrase »
			
<b>9. Étirement</b> « ça étire »	<b>10. Brûlure</b> « ça brûle »	<b>11. Glacée</b> « c'est froid »	<b>12. Démangeaison</b> « ça gratte »
			
<b>13. Engourdissement</b> « c'est engourdi »			

**GUIDE D'UTILISATION DE L'ÉCHELLE D'AUTOÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA DOULEUR CHEZ L'ENFANT (EAQDE)**

1. Expliquer à l'enfant qu'on lui présentera des images pour savoir le genre de douleur qu'il ressent.
2. Demander à l'enfant de regarder attentivement chaque image une après l'autre et énoncer le verbatim propre à chaque image au moment où vous présentez l'image.
3. Demander à l'enfant de dire si oui ou non l'image correspond au genre de douleur qu'il ressent.
4. Noter les images pointées par l'enfant et inscrire le résultat de l'évaluation au dossier. Si l'enfant décrit sa douleur avec des mots qui ne sont pas dans l'échelle, noter le verbatim puis l'inscrire sur la grille réponse, dans le dossier médical.

(Tiré de : LEBLANC, N., Audet, M.-H., Lebrasseur, I et Trépanier, A. (2010). Soins pédiatriques. Ça fait mal! Développement et validation de l'Échelle d'autoévaluation de la qualité de la douleur chez l'enfant au Centre mère-enfant du CHUL. Perspective infirmière, 7 (3), 33-36)



**Échelles d'évaluation comportementale de la douleur**  
(Autodéclaration difficile ou impossible)

Titre/Nom	Annexes	Clientèle visée			
		Nouveau-né	Enfant Adolescent	Adulte	Personne âgée
<b>Face Legs Activity Cry Consolability révisé (r-FLACC)</b> <i>Peut être utilisée auprès de la clientèle de 0 à 18 ans en situation aiguë d'un soin (post-opératoire, procédure de soins, etc.).</i>	5		X		
<b>Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS)</b> <i>Pour la clientèle prématurée</i>	6	X			
<b>Nociception Coma Scale adapté par Vinay</b> <i>Adulte comateux ou sous sédation palliative</i>	7			X	X
<b>Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate PACSLAC-II-F + Journal *</b> <i>Adapté aux personnes avec troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) et incapables d'exprimer efficacement la douleur</i> <i>* Échelle à privilégier en CHSLD</i>	8			X	X
<b>ALGOPLUS</b> <i>Personnes âgées présentant une douleur aiguë et des troubles de communication</i>	9				X
<b>Échelle d'observation comportementale modifiée (EOC)</b> <i>Adulte non communicant (sans limites d'âge)</i>	10			X	X

\* Formulaires

Pour chacun des outils, un encadré présente une brève définition, clientèle visée, consignes d'utilisation et interprétation des résultats. Il y a parfois une précision sur le type de douleur.

## Face Legs Activity Cry Consolability révisé (r-FLACC)

**Définition :** Échelle comportementale simple et rapide d'origine américaine (Michigan) qui a été traduite en France et a été adaptée au contexte québécois par CHU McGill. Comporte 5 items comportementaux simples (visage, jambes, activité, cris ou pleurs, consolabilité).

**Clientèle visée :** Naissance à 18 ans.

**Type de douleur :** Postopératoire et aiguë d'un soin. Douleur peut être liée aux procédures de soins.

**Consignes d'utilisation :** Coter pour chaque item de 0, 1 ou 2.

Personnes éveillées : Observer jambes et corps pendant 2-5 minutes. Repositionner, observer motricité pour évaluer rigidité et tonus. Consoler au besoin.

Personnes endormies : Observer au moins 5 minutes. Si possible, repositionner et toucher corps pour évaluer rigidité et tonus.

**Interprétation des résultats :** Score de 0 à 10, transférer le score sur une échelle numérique, 1 à 10 chez l'enfant qui ne peut s'exprimer verbalement. 0= détendu et confortable, 1-3= léger inconfort 4-6= douleur modérée 7-10 douleur sévère ou inconfort majeur

## Échelle FLACC-Révisée (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

	SCORE		
	Les énoncés en <i>italiques</i> s'appliquent aux personnes handicapées		
	0	1	2
<b>Visage</b>	Pas d'expression particulière ou sourire (détendu, contact visuel, intérêt)	Grimace ou froncement des sourcils occasionnel, renfermé, désintéressé, yeux mi-clos, pommettes surélevées, bouche pincée <i>Semble triste ou inquiet</i>	Grimace ou froncement des sourcils soutenu, front crispé, tremblement du menton fréquent et permanent, mâchoires serrées, bouche ouverte) <i>Visage affligé; expression d'effroi ou de panique</i>
<b>Jambes</b>	Position détendue ou habituelle Tonus et mouvements habituels	Jambes qui remuent, agitées, tendues, tonus augmenté, rigidité mouvements flexion-extension intermittents, <i>Trémulations occasionnelles</i>	Coup de pied ou jambes recroquevillées, hypertonicité <i>Augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents</i>
<b>Activité</b>	Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement, se mobilise, activité habituelle <i>Respiration rythmée, régulière</i>	Se tortille, se balance d'un côté à l'autre, change de position ou hésite à bouger <i>Tendu ou mouvements de protection, moyennement agité (bouge sa tête d'un côté à l'autre); respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents</i>	Corps arc-bouté, figé ou sursaute, bouge sa tête de part et d'autre, frotte une partie de son corps <i>Agitation sévère, se cogne la tête, tremblement (non rigide), retient sa respiration, halète ou inspire profondément, respiration saccadée importante</i>
<b>Cris/pleurs</b>	Pas de pleurs/verbalise	Gémissements, cris, pleurs, plainte occasionnelle <i>Explosion verbale ou grognement occasionnel</i>	Pleurs constants, cris ou sanglots, plaintes fréquentes <i>Explosion verbale répétée et grognement constant</i>
<b>Capacité à être consolé</b>	Content et détendu	Rassuré par le toucher occasionnel, par les câlins ou lorsqu'on lui parle en 30-60 secondes	Difficile à consoler ou à reconforter <i>Repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de réconfort</i>
<b>Score total</b>			

ÉCHELLE FLACC : Face Legs Activity Cry Consolability, 2006, Université de Michigan, Système de santé. Droits réservés. Traduction par l'équipe de l'Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France. Contre-traduction par le Dr Marie-Claude Grégoire, IWK Health Center, Dalhousie University, Halifax, Canada et par le Dr Peter Jones, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France.

## Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale (N-PASS)

**Définition :** N-PASS Échelle d'évaluation de la douleur, de l'agitation et de la sédation en néonatalogie. Les critères d'évaluation sont les suivants : pleurs/ Irritabilité, comportement/ état d'éveil, expression faciale, extrémité/ tonus musculaire, signes vitaux (FC, FR, TA, SpO<sub>2</sub>)

**Clientèle visée :** Prématurée

**Consignes d'utilisation :** Pour l'évaluation de la douleur/ agitation, compléter les 5 critères en déterminant le score de 0 à +2. Un point est ajouté au score de douleur du bébé prématuré en bas de 30 semaines d'âge corrigé.

**Interprétation des résultats :** Les scores sont additionnés pour un score de douleur variant entre 0 et 10 sous forme positive. Un score de 0 est attribué si l'enfant ne présente aucun signe de douleur ou d'agitation.

### N-PASS: Neonatal Pain, Agitation, & Sedation Scale

Critères d'évaluation	Sédation / Atonie		Sédation/Douleur	Douleur / Agitation	
	-2	-1	0/0	1	2
<b>Pleurs Irritabilité</b>	Ne pleure pas aux stimuli douloureux	Gémit ou pleure un peu aux stimuli douloureux	Aucun signe de sédation/douleur	Irritable ou pleure par <u>intermittence</u> Consolable	Pleurs aigus ou silencieux <u>continus</u> Inconsolable
<b>Comportement État d'éveil</b>	Ne s'éveille à aucun stimulus Aucun mouvement spontané	S'éveille un peu aux stimuli Peu de mouvements spontanés	Aucun signe de sédation/douleur	S'agite, se tortille Se réveille <u>fréquemment</u>	Arque le dos, donne des coups de pieds. <u>Constamment réveillé ou</u> Réagit peu / aucun mouvement (sans sédation)
<b>Expression faciale</b>	Bouche relâchée Pas d'expression faciale	Expression faciale minimale aux stimuli	Aucun signe de sédation/douleur	Toute expression faciale de douleur <u>intermittente</u>	Toute expression faciale de douleur <u>continue</u>
<b>Extrémités Tonus musculaire</b>	Pas de réflexe de préhension Tonus flasque	Faible réflexe de préhension Tonus diminué	Aucun signe de sédation/douleur	Orteils crispés, poings serrés, doigts en éventail de façon <u>intermittente</u> Corps détendu	Orteils crispés, poings serrés, doigts en éventail de façon <u>continue</u> Corps tendu
<b>Signes vitaux FC, FR, TA, SpO<sub>2</sub></b>	Pas de variation aux stimuli Hypoventilation ou apnée	Moins de 10% de variation de la valeur de base lors de stimuli	Aucun signe de sédation/douleur	↑ 10-20% de la valeur de base SpO <sub>2</sub> à 76-85% aux stimuli, récupération rapide	↑ plus de 20% de la valeur de base SpO <sub>2</sub> ≤ 75% aux stimuli, récupération lente Non synchronisé avec le respirateur/ lutte contre le respirateur

© Loyola University Health System, Loyola University Chicago, 2009  
(Rev. 2/10/09) Pat Hummel, MA, APN, NNP, PNP

Permission accordée pour utilisation au CHUQ : 2010-08-20

Prématuré  
Évaluation  
douleur

+ 1 si moins de 30 semaines d'âge corrigé  
(âge post conceptionnel)

Référence : Hummel & Puchalski, Loyola University Health System, Loyola University Chicago, 2000, (Rev. 8/14/01)

## GUIDE D'UTILISATION DE L'ÉCHELLE N-PASS

Évaluation de la sédation/atonie	Évaluation de la douleur/agitation
<p>Sur l'échelle N-PASS, la sédation/atonie est évaluée selon les 5 mêmes critères que la douleur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque critère est coté entre 0 et -2 :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ces scores sont additionnés, pour un score de sédation variant entre -10 et 0 sous forme négative</li> <li>○ un score de 0 est attribué si l'enfant ne présente aucun signe de sédation ou d'atonie</li> <li>○ utiliser le paramètre le plus pertinent selon</li> </ul> </li> <li>• La sédation n'a pas besoin d'être cotée lors de chaque évaluation de douleur, <u>par contre un score de sédation doit toujours être couplé à un score de douleur</u></li> <li>• L'inscription des scores se fait à la page 8 de 8 du bilan global unité néonatale ou au besoin sur une feuille supplémentaire de signes vitaux</li> </ul> <p>FC, FR et/ou TA : utiliser le plus significatif selon la situation</p>	<p>Sur l'échelle N-PASS, la douleur/agitation est évaluée selon 5 critères</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque critère comportemental et physiologique est coté entre 0 et +2 puis ces scores sont additionnés               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ces scores sont additionnés pour un score de douleur variant entre 0 et 10 sous forme positive</li> <li>○ un point est ajouté au score de douleur du bébé prématuré en bas de 30 semaines d'âge corrigé</li> <li>○ un score de 0 est attribué si l'enfant ne présente aucun signe de douleur ou d'agitation</li> </ul> </li> <li>• L'évaluation de la douleur est le 5<sup>e</sup> signe vital et doit être faite au minimum aux 8 heures</li> <li>• L'inscription des scores se fait à la page 8 de 8 du bilan global unité néonatale ou au besoin sur une feuille supplémentaire de signes vitaux</li> </ul> <p>FC, FR et/ou TA : utiliser le plus significatif selon la situation</p>

### Critères pour les scores

#### Pleurs / Irritabilité

- 2 → Aucune réponse aux stimuli douloureux
  - Aucun pleur lors des ponctions
  - Aucune réaction à l'aspiration nasale ou ET
  - Aucune réaction aux soins courants
- 1 → Gémit, se plaint ou pleure (audible ou silencieux) peu aux stimuli douloureux, tels ponctions, aspiration nasale ou ET, soins courants
- 0 → Aucun signe de sédation/atonie ou de douleur/agitation
- +1 → Irritable/pleure par intervalles - mais consolable
  - Si intubé : pleurs silencieux intermittents
- +2 → Un des critères suivants :
  - Pleurs aigus
  - Enfant inconsolable
  - Si intubé : pleurs silencieux continus

#### Comportement / État d'éveil

- 2 → Ne s'éveille pas ou ne réagit pas à aucun stimulus:
  - Yeux continuellement fermés ou ouverts
  - Aucun mouvement spontané
- 1 → Présente peu de mouvements spontanés, s'éveille brièvement et/ou un peu à tous stimuli
  - Ouvre les yeux brièvement
  - Réagit aux aspirations
  - Mouvement de retrait à la douleur
- 0 → Aucun signe de sédation/atonie ou de douleur/agitation
- +1 → Un des critères suivants :
  - Agité, se tortille
  - S'éveille souvent/facilement avec peu ou pas de stimuli
- +2 → Un des critères suivants :
  - Donne coups de pieds
  - Arque le dos
  - Constamment éveillé
  - Aucun mouvement ou peu d'éveil aux stimuli (non sédationné, état inapproprié pour l'âge gestationnel ou la situation clinique)

#### Expression faciale (voir illustration)

- 2 → Un des critères suivants :
  - Bouche relâchée
  - Bave
  - Aucune expression faciale au repos ou aux stimuli
- 1 → Expression faciale minimale aux stimuli
- 0 → Aucun signe de sédation ou de douleur/agitation
- +1 → Toute expression faciale de douleur observée de façon intermittente
- +2 → Toute expression faciale de douleur continue

#### Extrémités / Tonus musculaire

- 2 → Un des critères suivants :
  - Aucun réflexe de préhension palmaire ou plantaire
  - Tonus flasque
- 1 → Un des critères suivants :
  - Faible réflexe de préhension palmaire ou plantaire
  - Tonus diminué
- 0 → Aucun signe de sédation/atonie ou de douleur/agitation
- +1 → Orteils et/ou mains crispés ou doigts en éventail de façon intermittente (durée : moins de 30 secondes)
  - Corps non tendu
- +2 → Un des critères suivants :
  - Orteils et/ou mains crispés ou doigts en éventail de façon fréquente (durée : plus ou égal à 30 secondes)
  - Corps tendu/ raide

#### Signes vitaux: FR, FC, TA, Saturation O<sub>2</sub>

- 2 → Un des critères suivants :
  - Aucune variation des signes vitaux aux stimuli
  - Hypoventilation
  - Apnée
  - Si intubé: aucun effort respiratoire spontané
- 1 → Un peu de variation des signes vitaux aux stimuli - moins de 10% des valeurs de base
- 0 → Aucun signe de sédation/atonie ou de douleur/agitation
- +1 → Un des critères suivants :
  - FC, FR et/ou TA sont de 10% à 20% au-dessus des valeurs de base
  - Lors des soins ou des stimuli, désaturation légère ou modérée (SpO<sub>2</sub> 76-85%) et récupère rapidement (en dedans de 2 minutes)
- +2 → Un des critères suivants :
  - FC, FR et/ou TA sont plus de 20% au-dessus des valeurs de base
  - Lors des soins ou des stimuli, désaturation sévère (SpO<sub>2</sub> <75%) et récupère lentement (plus de 2 minutes)
  - Non synchronisé /lutte contre le respirateur



## Nociception Coma Scale adaptée par Vinay (2011)

**Définition** : La Nociception Coma Scale, adaptée par Vinay (2011) permet d'évaluer le confort chez le patient comateux ou sous sédation palliative. Sept éléments sont observés: visage, larmes, geignements, membres, mouvements, respiration et pouls.

**Clientèle visée** : Adulte comateux ou sous sédation palliative.

**Consignes d'utilisation** : Pour chaque élément, encerclez le score attribué. Calculez le nombre de points totaux.

**Interprétation des résultats** : Le confort est déterminé particulièrement par l'absence d'inconfort au niveau de l'expression du visage, des sons émis, du tonus des membres et des mouvements spontanés. Un résultat plus grand que 8 pourrait être subjectif d'un inconfort.

Soulagement de la douleur (Nociception Coma Scale adapté par Vinay, 2011)	Éléments observés	États	Score
	Visage	Détendu	1
		Tendu	2
		Crispé	3
		Grimaçant	4
	Larmes	Absentes	1
		Présentes	2
	Geignements	Absents	1
		Présents	2
	Membres	Souples	1
		Raides	2
		Rigides	3
Mouvements	Calme	1	
	Remuant	2	
	Agitée	3	
	Très agitée	4	
	Combative	5	
Respiration	Normale : Moins que 19 respirations/minute	1	
	Rapide : Plus grand ou égal à 19 respirations/minute	2	
Pouls	Moins que 110 battements/min	1	
	Plus grand ou égal à 110 battements/min	2	
<b>TOTAL</b>		<b>/20</b>	

Référence : Nociception Coma Scale » (NCS-A), adaptée par Vinay, Dallaire, Gagnon, Corrales-Rodriguez, Côté et Blaise (2011)

**© Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability  
to Communicate-II PACSLAC-II-F**

**Définition :** Échelle comportementale de 31 éléments divisés en 6 catégories expressions faciales, verbalisations et vocalisations, mouvements du corps, modifications relations, activités ou routines, état mental.

**Clientèle visée :** Adapté aux personnes avec troubles neurocognitifs majeurs (TNM) et incapables d'exprimer efficacement la douleur

**Consignes d'utilisation :** Cocher selon les observations lors d'un quart de travail et suivre les directives d'utilisation.  
Compléter le journal de suivi de la douleur (CN00177)

**Interprétation des résultats :** Suivre les directives d'utilisation

NOTER TOUT COMPORTEMENT OBSERVÉ, MÊME SI HABITUEL OU CONNU		Comportement observé (✓)
<b>Expressions faciales</b>		
1.	Grimace	
2.	Visage renfermé, renfrogné	
3.	Expression de douleur	
4.	Mouvements des yeux plus fréquents	
5.	Tressaillement, crispation, contraction du visage	
6.	Ouvre la bouche	
7.	Plisse le front	
8.	Abaisse ou fronce les sourcils	
9.	Yeux plissés, pommettes relevées	
10.	Nez froncé et lèvre supérieure relevée	
11.	Ferme les yeux	
<b>Verbalisation et vocalisations</b>		
12.	Pleure	
13.	Son spécifique lié à la douleur (ex. : « aie », « ouille »)	
14.	Gémit, geint	
15.	Grogne	
16.	Respire bruyamment, halète, reprend son souffle	
<b>Mouvements du corps</b>		
17.	Tente de se reculer, sursaute, tressaille	
18.	Se débat	
19.	Refuse de bouger	
20.	Bouge lentement	
21.	Protège la zone endolorie	
22.	Frotte ou tient la zone endolorie	
23.	Boite	
24.	Poings serrés	
25.	Adopte la position fœtale	
26.	Raide ou rigide	
27.	Frissonne, tremble	
<b>Modifications dans les relations avec les autres</b>		
28.	Ne veut pas être touché	
29.	Ne laisse personne s'approcher	
<b>Modifications dans les activités ou dans les routines</b>		
30.	Diminution de l'activité	
<b>Modifications de l'état mental</b>		
31.	Y a-t-il changement de l'état mental?	
<b>SCORE TOTAL (1 point par case où l'on retrouve un crochet)</b>		
Date _____ Signature _____		
Date _____ aaaa/mm/jj		
<small>©PACSLAC-II-F est protégé par le droit d'auteur et par les lois québécoises, canadiennes et étrangères sur la propriété intellectuelle ©. Pour toute demande relative à la reproduction du PACSLAC-II-F, veuillez contacter <a href="mailto:Michele.Aubin@imed.ulaval.ca">Michele.Aubin@imed.ulaval.ca</a>. Prendre note que les auteurs et développeurs du PACSLAC-II ne peuvent être tenus responsables en tout ou en partie de quelques dommages que ce soit, directs ou indirects, résultant de l'utilisation du PACSLAC-II-F. L'utilisation du PACSLAC-II-F peut ne pas convenir pour certains patients. Le PACSLAC-II-F est un outil de dépistage et ne peut en aucun cas être considéré et utilisé comme un outil infallible de détection de la douleur. Le PACSLAC-II-F ne peut en aucun cas se substituer à une évaluation approfondie effectuée par un professionnel de la santé compétent.</small>		

<b>DIRECTIVES D'UTILISATION – PACSLAC-II-F</b>	
<b>BUT VISÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépister, évaluer et gérer efficacement la douleur.</li> </ul>
<b>QUI ÉVALUER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les aînés incapables d'utiliser les outils d'autoévaluation de la douleur en raison d'un trouble neurocognitif majeur.</li> </ul>
<b>QUI L'UTILISE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les professionnels de la santé compétents qui travaillent en établissement de longue durée : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Personnel infirmier ;</li> <li>– Préposés aux bénéficiaires ;</li> <li>– Médecins ;</li> <li>– Autres professionnels (travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.).</li> </ul> </li> </ul>
<b>QUAND L'UTILISER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durant les 24 premières heures de l'admission de chaque aîné ciblé.</li> <li>• Au minimum 1 fois par semaine pour chaque aîné ciblé.</li> <li>• Utiliser plus fréquemment le PACSLAC-II-F pour les aînés ciblés avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une détérioration de l'état de santé ;</li> <li>– Un diagnostic de maladie potentiellement douloureuse ;</li> <li>– Un traitement analgésique en cours.</li> </ul> </li> </ul>
<b>COMMENT L'UTILISER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compléter une grille d'observation par quart de travail (ou période de 8 heures).</li> <li>• Observer l'aîné en mouvement et au repos. La mobilisation facilite la détection de la douleur.</li> <li>• Durant leur quart de travail, les soignants notent tous les comportements observés lors de leurs interactions avec l'aîné : soins d'hygiène, repas, déplacements, soins, etc.</li> <li>• Tous les comportements sont notés, même ceux qui sont toujours présents. Un même comportement n'est noté qu'une seule fois même s'il est retrouvé à plusieurs reprises lors des observations.</li> <li>• Chaque item observé et noté (même plusieurs fois) vaut 1 point pour un score maximal de 31. Par exemple, même si après 8 heures d'observation, la case « Expression de douleur » est cochée 4 fois, cet item vaudra au maximum 1 point dans le calcul total du PACSLAC-II-F.</li> <li>• Un score PACSLAC-II-F est compilé à la fin de chaque quart de travail (période de 8 heures).</li> <li>• Le score obtenu est consigné dans le journal de douleur personnel de l'aîné à la fin de chaque période d'observation (<b>page suivante</b>).</li> <li>• Utiliser le PACSLAC-II-F régulièrement et systématiquement.</li> <li>• Ne pas attendre de soupçonner la présence de douleur avant d'utiliser le PACSLAC-II-F.</li> </ul>
<b>COMMENT L'INTERPRÉTER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un score PACSLAC-II-F isolé n'est pas significatif de la douleur d'un aîné.</li> <li>• Seul le score global doit être utilisé, car la fiabilité des scores des sous-échelles n'est pas suffisante.</li> <li>• Observer les fluctuations et les tendances des scores d'un aîné dans le temps.</li> <li>• Toujours comparer les scores d'un aîné avec ses propres scores antérieurs.</li> <li>• Surveiller les hausses importantes ou soutenues du score PACSLAC-II-F d'un aîné.</li> <li>• Toute hausse importante ou soutenue du score PACSLAC-II-F d'un aîné <b>peut</b> signifier la présence de douleur.</li> <li>• Toute hausse importante ou soutenue des scores PACSLAC-II-F <b>doit</b> entraîner un examen clinique complet (histoire et examen physique).</li> <li>• Au besoin, instaurer un traitement analgésique adapté à chaque aîné.</li> <li>• Au besoin, réviser le traitement analgésique en cours.</li> <li>• Poursuivre l'utilisation régulière du PACSLAC-II-F pour vérifier l'efficacité du traitement.</li> <li>• Au besoin, réévaluer, ajuster ou modifier les interventions analgésiques instaurées de façon à obtenir un soulagement optimal de la douleur chez l'aîné.</li> </ul>
<p>Adaptation du formulaire Grille d'observation PACSLAC-F (CN00178).</p>	

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability  
to Communicate-II PACSLAC-II-F

**Journal de suivi de la douleur – Version abrégée**

Date (aaaa/mm/jj)																				
Heure (hh:mm)																				
Initiales																				
32																				
30																				
28																				
26																				
24																				
22																				
20																				
18																				
16																				
14																				
12																				
10																				
8																				
6																				
4																				
2																				
0																				

Adapté du Journal continu d'évaluation de la douleur – collecte PACSLAC-F (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)

**Légende**

●= Score PACSLAC-II-F      X= médication donnée

Initiales	Signature	Initiales	Signature



# AlgOplus

**Définition :** Échelle comportementale de 5 items : visage, regard, plaintes, corps, comportements

**Clientèle visée :** Personnes âgées présentant troubles de communication

**Type de douleur :** Aigüe

**Consigne d'utilisation :** Cocher oui ou non. La présence d'un seul comportement dans le domaine défini suffit pour coter «oui» l'item considéré. Chaque item coté «oui» compte pour un point. Score total sur 5

**Interprétation des résultats :** Présence de douleur si le score est supérieur ou égal à 2



## Evaluation de la douleur

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

## Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....						
Heure	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
<b>3 • Plaintes</b> « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.												
<b>Total OUI</b>	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5						
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						

Référence : [www.doloplus.com](http://www.doloplus.com) – Groupe de travail Algoplus (coordinateur Dr Patrice Rat - patrice.rat@ap-hm.fr)

Légende :

IDE : Infirmier diplômé d'état

AS : Aide-soignant

## Échelle d'observation comportementale modifiée (EOC)

**Définition** : Échelle d'observation comportementale modifiée comprenant 5 items : vocalisations, expressions du visage, posture, mobilisation et agitation/prostration

**Clientèle visée** : Adulte non communicant (sans limites d'âge).

*Pour la clientèle gériatrique, il est recommandé d'utiliser le PACSLAC-II-F ou l'Algoplus.*

**Consigne d'utilisation** : Cote 0 à 2 pour chaque item, pour un total de 0 à 10

**Interprétation des résultats** : Présence de douleur si le score total est supérieur ou égal à 2



### EOC modifiée

### *Echelle d'Observation Comportementale modifiée*



<b>Echelle d'Observation Comportementale modifiée</b>			<b>Score</b>
<i>Noter pour chaque item la situation caractérisant au mieux le patient.</i>			
<b>Pousse des gémissements, des plaintes</b> <small>(Expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)</small>	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
<b>Front plissé, crispation du visage</b> <small>(Expression du visage, du regard, et mimiques douloureuses)</small>	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
<b>Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos "assis ou allongé"</b> <small>(Recherche active d'une posture inhabituelle ou adaption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée douloureuse)</small>	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
<b>Mouvements précautionneux</b> <small>(A la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)</small>	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
<b>Agressivité/agitation ou mutisme/prostration</b> <small>(Communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou replis sur soi)</small>	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
<b>Score total</b>			<b>/10</b>
<i>Le patient est considéré comme douloureux si le score total est supérieur ou égal à 2.</i>			