

## Conseils d'utilisation de l'Echelle DOLOPUS\*

Tout changement de comportement doit faire évoquer la douleur. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera dès lors incriminée.

		<i>dates</i>				
<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>						
1.	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
2.	Positions antalgiques ou 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
3.	Protection des zones douloureuses	* pas de protection	0	0	0	0
		* protection à la sollicitation n'empêchant de zones 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
4.	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
5.	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>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>						
6.	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
7.	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>RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL</b>						
8.	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
9.	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
10.	Troubles du comportement	* comportement habituel	0	0	0	0
		* troubles du comportement relationnel itératif	1	1	1	1
		* troubles du comportement relationnel permanent	2	2	2	2
		* troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
<b>SCORE TOTAL</b>						

## LEXIQUE

### Plaintes somatiques

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris - pleurs - gémissements.

### Positions antalgiques

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

### Protection de zones douloureuses

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

### Mimique

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

### Sollicitation

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)

### Toilette / Habillage

Évaluation de la douleur pendant

### Mouvements

Évaluation de la douleur transferts - marche, seul

### Communication

Verbale ou non verbale

### Vie sociale

Repas, animations, activités,

### Troubles du comportement

Agressivité, agitation, confusion, d'euthanasie, etc.

## CONSEILS D'UTILISATION

### 1 • L'utilisation nécessite un apprentissage

Comme pour tout nouvel outil, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Devant tout changement de comportement, le soignant pensera à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

### 2 • Coter en équipe pluridisciplinaire de préférence

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. A domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».

### 3 • Ne rien coter en cas d'item inadapté

Il n'est pas toujours possible d'avoir d'emblée une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles, la cotation pouvant s'enrichir cependant au fil du temps.

### 4 • Les comportements passifs

Sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs; par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.

### 5 • La cotation d'un item isolé

N'a pas de sens; c'est le score global qui est à considérer. Si celui-ci se concentre sur les derniers items, la douleur est peu probable.

### 6 • Ne pas comparer les scores de patients différents

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

### 7 • Établir une cinétique des scores

La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

### 8 • En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté

On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

### 9 • L'échelle cote la douleur, et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

### 10 • Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.