

**Titre : Dépister et évaluer la douleur**

**Intervenants concernés :**

- Le personnel infirmier;
- Le personnel infirmier auxiliaire;
- Les auxiliaires en santé et services sociaux;
- Les préposés aux bénéficiaires.

Date d'entrée en vigueur : 14 juin 2011

Date de révision : février 2014

Prochaine révision : février 2017

**Référé à :**

- Programme interdisciplinaire de «gestion de la douleur».
- RS-8 *Surveillance clinique lors de l'administration d'analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC).*
- RS-13 *Surveillance clinique lors de l'administration d'analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux centrale (SNC).* (Excluant la clientèle hébergée).

**Secteurs d'activités visés:**

- Famille-Enfance-Jeunesse et santé publique (FEJSP)
- Services généraux et services spécifiques aux adultes (SGSSA)
- Services aux personnes en perte d'autonomie (SPPA)
- Centre d'hébergement
- Ressources non-institutionnelles (RNI)
- Centre de jour

**Sites :**

CLSC :  de Saint-Michel  de Saint-Léonard  
Centres d'hébergement :  de Saint-Michel  des Quatre-Temps  des Quatre-Saisons  
Ressource non-institutionnelle :  UTRF<sup>1</sup> Navarro  RI<sup>2</sup> Lacordaire  RTF<sup>3</sup>, RA<sup>4</sup>  
RPA<sup>5</sup> :

**CLIENTÈLE VISÉE**

Toute clientèle pédiatrique ou adulte desservie par le CSSS.

**BUT**

Dépister et évaluer la douleur auprès de la clientèle concernée.

<sup>1</sup> Unité transitoire de récupération fonctionnelle

<sup>2</sup> Résidence intermédiaire

<sup>3</sup> Ressources de type familial sur le territoire du CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel

<sup>4</sup> Résidences d'accueil sur le territoire du CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel

<sup>5</sup> Résidences pour personnes âgées sur le territoire du CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel

---

## CONTEXTE LÉGAL

---

- En conformité avec l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, **l'infirmière** évalue l'état de santé d'une personne, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et prodigue les soins et les traitements infirmiers et médicaux.
- Elle évalue la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, administre et ajuste des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance et exerce la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Dans le cadre de ses activités décrites aux articles 37 (p) et 37.1 (5) du *Code des professions*, **l'infirmière auxiliaire** contribue à l'évaluation de l'état de santé des personnes, à la réalisation du plan de soins, prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux.
- Elle observe l'état de conscience d'une personne, surveille les signes neurologiques et administre, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

---

## POSTULATS

---

- La douleur se définit comme une expérience subjective sensorielle et émotionnelle, désagréable associée à un dommage tissulaire potentiel ou réel.
- L'usager demeure la source la plus fiable de l'évaluation de sa douleur. La douleur est ce que l'usager dit qu'elle est. Lorsqu'il est incapable de communiquer, la douleur doit être évaluée par observation.
- Nous devons considérer la douleur comme un **cinquième signe vital**, ce qui devrait entraîner une évaluation plus en profondeur, une intervention prompte, un suivi de l'efficacité du traitement et une évaluation continue par la suite.
- Une collaboration interdisciplinaire est essentielle à l'évaluation de la douleur. À ce titre, les parents et les proches aidants sont des partenaires essentiels et doivent être intégrés à l'équipe de soins.

---

## DÉFINITIONS

---

Le dépistage de la douleur : démarche systématique visant à identifier chez un usager une douleur non verbalisée.

Évaluation de la douleur : démarche active auprès de l'usager qui permet de quantifier et de qualifier la douleur selon des paramètres déterminés.

L'évaluation de la douleur constitue l'étape préalable à un soulagement adéquat des usagers. Cependant, lorsque la communication est impossible, comme pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs graves, les indicateurs comportementaux et physiologiques constituent les seules informations disponibles. Il en est de même pour les nouveaux-nés, les enfants en bas âge et les personnes avec handicap cognitif (ex. : déficience intellectuelle).

## CONDITIONS

- Les intervenants concernés doivent:
  - avoir pris connaissance du programme interdisciplinaire sur la gestion de la douleur;
  - avoir reçu la formation sur le programme interdisciplinaire sur la gestion de la douleur;
  - utiliser les outils cliniques appropriés selon l'âge et le type de clientèle.

## DIRECTIVES

### Outils de dépistage et d'évaluation de la douleur

Clientèle cible	Outil clinique	Annexe	Précisions
Toute clientèle capable d'auto-évaluation	Méthode PQRSTU	Annexe 1	Permet d'évaluer, de qualifier et de quantifier la douleur éprouvée par l'utilisateur.  Chacune des lettres correspond à une notion spécifique évaluée à l'aide de questions ciblées (caractéristiques spéciales, temporelles, d'intensité et psycho-sociales).
Nouveau-né et enfant jusqu'à l'âge de 7 ans et personne avec handicap cognitif	Échelle comportementale FLACC (Face Legs Activity Cry Consolability)	Annexe 2	Échelle comportementale valable à tout âge jusqu'à l'âge de l'auto-évaluation. Elle est basée sur les comportements physiques : faciès, mouvements des jambes, activités motrices, pleurs et consolabilité.
Enfant de 3 à 6 ans	Échelle des visages Wong et Baker	Annexe 3	Permet à l'enfant de s'auto-évaluer en désignant le visage qui correspond le mieux à ce qu'il ressent à l'intérieur de lui-même.
Usagers communiquant et coopératifs de plus de 6 ans	Thermomètre d'intensité de douleur (Gélinas, 2007)	Annexe 4	L'utilisateur évalue l'intensité de sa douleur selon une échelle de 0 à 10 : <ul style="list-style-type: none"><li>– numérique (EN)</li><li>– de couleurs (EC)</li><li>– de visages (EV)</li></ul>
Personne âgée ayant des capacités réduites à communiquer	Grille d'observation PACSLAC-F	Annexe 5A	Explorer les dimensions sensorielles, affectives, psychologiques, cognitives et comportementales associées à la douleur.
	Directives d'utilisation	Annexe 5B	
Adulte	Questionnaire DN4	Annexe 6	Estimer la probabilité d'une douleur neuropathique.

**N.B. Pour les enfants**, trois outils peuvent être utilisés. L'infirmière choisit l'outil approprié selon la condition de l'enfant.

---

## LE PROCESSUS D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

---

Le processus d'évaluation de la douleur comporte les étapes suivantes :

### 1. FRÉQUENCE DU DÉPISTAGE ET D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

---

**L'infirmière et l'infirmière auxiliaire** assurent un dépistage systématique de la douleur pour tous les usagers :

- Lors d'une visite de l'usager aux services ambulatoires, lors de visites à domicile ou lors d'une admission dans un centre d'hébergement ou dans toute ressource non-institutionnelle du territoire.

**N.B.** : En centre d'hébergement, pour la «personne âgée ayant des capacités réduites à communiquer» la fréquence du dépistage à l'**admission** se déroule comme suit :

**Semaine 1** : dans les premiers 7 jours post admission, l'infirmière complète le PACSLAC-F à chaque quart de travail durant 24 heures.

**Semaine 2** : l'infirmière complète le PACSLAC-F à chaque quart de travail durant 24 heures.

**Semaine 3** : l'infirmière auxiliaire complète le PACSLAC-F à chaque quart de travail durant 24 heures.

**Semaine 4** : l'infirmière auxiliaire complète le PACSLAC-F à chaque quart de travail durant 24 heures.

- Lors de toute **modification de l'état de santé** pouvant entraîner une douleur ou un inconfort.
- Lorsqu'un usager **se plaint de douleur** ou lorsqu'un de ses proches suspecte la présence de douleur chez l'usager.
- Lorsqu'un **traitement (pharmacologique ou non pharmacologique)** visant le soulagement de la douleur est initié.

**N.B.** : Lors de l'introduction d'un traitement pharmacologique, il est recommandé de procéder à l'évaluation de la douleur avant l'administration du médicament, au pic d'action et selon les directives inscrites au PTI.

**N.B.** : Pour la **clientèle hébergée** en centres d'hébergement et admise à L'UTRF, se référer à la règle de soins 8 concernant la surveillance clinique lors de l'administration d'analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC).

**N.B.** : Pour la **clientèle non hébergée**, se référer à la règle de soins 13 concernant la surveillance clinique lors de l'administration d'analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le système nerveux central (SNC).

- En centre d'hébergement, se référer au calendrier établi au programme clinique cadre.

**L'auxiliaire en santé et services sociaux (ASSS)** et le **préposé aux bénéficiaires (PAB)** rapportent à l'infirmière toute manifestation de douleur observée chez l'usager.

La fréquence d'évaluation de la douleur est similaire à celle du dépistage.

## 2. PROCÉDURE DU DÉPISTAGE ET D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

---

### 2.1 Procédure du dépistage de la douleur

**L'infirmière et l'infirmière auxiliaire** appliquent le dépistage :

- Pour tout usager capable d'auto-évaluation, lui demander s'il éprouve de la douleur (ex : Actuellement, avez-vous de la douleur ? Avez-vous mal ?) et adapter les questions selon la compréhension et les difficultés de l'usager.
- Pour la clientèle pédiatrique, du nouveau-né à l'enfant capable d'auto-évaluation, vérifier d'abord auprès du parent s'il y a présence de douleur.
- Pour les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer, utiliser la grille d'observation de la douleur PACSLAC-F.

### 2.2 Procédure d'évaluation de la douleur

L'évaluation vise à valider la présence de signes et symptômes associés à la douleur qui ont été dépistés et permet un suivi planifié de la gestion de la douleur.

Pour ce faire, **l'équipe soignante** se partage les responsabilités de la façon suivante :

#### L'INFIRMIÈRE ÉVALUE LA DOULEUR EN :

- utilisant la méthode PQRSTU pour effectuer une collecte de données complète, si appropriée;
- procédant à un examen physique, en fonction des données recueillies (examen visuel, palpation, mobilisation, etc.);
- choisissant et utilisant l'outil d'évaluation d'intensité de la douleur approprié à la situation clinique;
- déterminant le suivi clinique infirmier approprié, incluant les directives au PTI;
- procédant à l'analyse des données obtenues, incluant la validation des observations des autres membres de l'équipe ou des proches;
- se référant aux autres professionnels de l'équipe;
- ajustant le suivi clinique infirmier en conséquence, incluant les directives au PTI;
- consignant les notes au dossier.

#### L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE CONTRIBUE À L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR EN :

- utilisant la méthode PQRSTU pour effectuer une collecte de données complète, si appropriée;
- utilisant l'outil d'évaluation d'intensité de la douleur, selon les directives au PTI;
- avisant l'infirmière des manifestations particulières pouvant être associées à la douleur;
- consignant les notes au dossier.

#### L'AUXILIAIRE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX ET LE PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES COLLABORENT EN :

- avisant l'infirmière de ses observations quant aux manifestations (plaintes, comportements, etc.) pouvant être associés à la douleur;
- suivant les directives de l'infirmière (PTI), le cas échéant.

---

## SOURCES ET RÉFÉRENCES

---

- Bouhassira, D. et al. (2004). Pain (Douleurs neuropathiques). 108 (3) : p. 248-257
- CSSS Lac-des-Deux-Montagnes (2007), Règle de soins infirmiers No R-006 : *Dépistage et évaluation de la douleur*. 13p.
- CSSS Lucille-Teasdale (2012), Protocole infirmier DSI-RSI-07 : *Activité clinique : Dépister et évaluer la douleur*, Montréal, 8 p.
- CSSS de Saint-Jérôme (2009), *Programme de soins : Gestion de la douleur*, Direction des soins infirmiers.
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), 2006, Règle de soins infirmiers No SI-02-05 : *Activité clinique : dépistage et évaluation de la douleur*.
- CSSS du Sud de Lanaudière (2009), *Fiche d'évaluation de la douleur selon PQRSTU*. Marianik Boulard
- CSSS SLSM RS-8, *Surveillance clinique lors de l'administration d'analgésiques opiacés ou autres médicaments ayant un effet dépressur sur le système nerveux central (SNC)*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2003), *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la Santé*, 97p.
- [www.RNAO.org](http://www.RNAO.org) , Nursing best practices guidelines.
- Lévesque, Martine, *triage pédiatrique*, CHU Ste-Justine.
- Charrette, Sylvie, conseillère en soins infirmiers aux services analgésiques post-opératoires, CHU Ste-Justine, communication personnelle, Mai 2011.

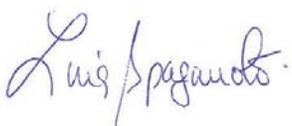
---

## LISTE DES ANNEXES

---

Annexe 1	SLS219- Évaluation/Douleur –Méthode PQRSTU
Annexe 2	SLS220- Échelle comportementale de FLACC
Annexe 3	SLS350- Échelle des visages Wong et Baker
Annexe 4	SLS218- Thermomètre d'intensité de douleur Gélinas
Annexe 5a	SLS198- Observation/douleur/P.A/PACSLAC-F
Annexe 5b	PACSLAC-F -Guide d'utilisation
Annexe 6	SLS223- Questionnaire DN4- Dépistage adulte

## PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'APPROBATION

Rédigé par :	
	Jun 2011
Jocelyne Roberge, conseillère cadre en soins infirmiers Direction des soins infirmiers et de la qualité	
Révisé par :	
	
Nathalie Hébert, conseillère cadre en soins infirmiers Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles	Février 2014
Consultations auprès de :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carole Dagenais, conseillère cadre en soins infirmiers</li> <li>• CECII</li> </ul>	Jun 2011, Février 2014 14 juin 2011
Approuvé par :	
	14 juin 2011
Aline Bourgon, infirmière Directrice des soins infirmiers et de la qualité	
Approuvé par :	
	
Lina Spagnuolo, infirmière Directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles	Février 2014

\*SLS219\*

SLS219

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

## ÉVALUATION / DOULEUR – MÉTHODE PQRSTU

Date : \_\_\_\_\_

### P : Provoquer

Avez-vous mal? \_\_\_\_\_  Oui  Non

Comment votre douleur est-elle apparue? \_\_\_\_\_

Quels sont les facteurs qui provoquent ou qui aggravent la douleur? \_\_\_\_\_

- La posture Spécifier \_\_\_\_\_
- Mouvement Spécifier \_\_\_\_\_
- Heure de la journée Spécifier \_\_\_\_\_
- Certaines activités \_\_\_\_\_
- Autre \_\_\_\_\_

### P : Pallier

Quels sont les facteurs qui soulagent la douleur?

- Écouter de la musique
- La présence de quelqu'un
- Changer de position
- Massage, relaxation
- La distraction
- Autre \_\_\_\_\_

### Q : Qualité

À quoi ressemble votre douleur?

- Élançement
- Coup de poignard
- Crampe
- Brûlure
- Écrasement
- Torsion
- Piqûre
- Pincement
- Engourdissement
- Déchirement
- Choc électrique
- Autre \_\_\_\_\_

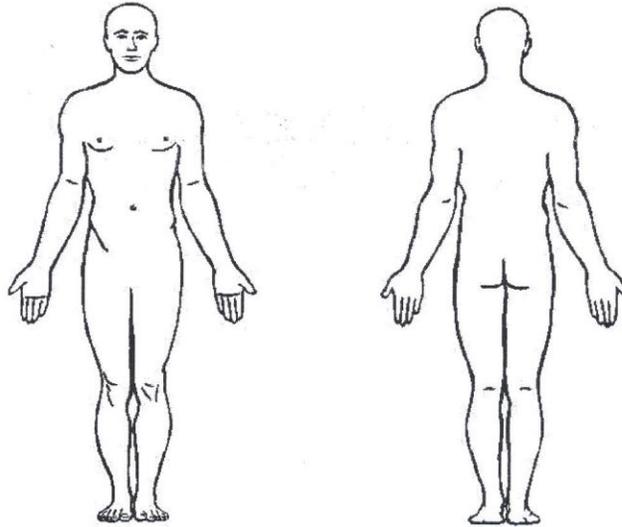
### Q : Quantité

Référer à l'outil clinique approprié à l'âge et la condition de la personne (cf.RS#11)	Résultat
Échelle comportementale FLACC (nouveau-né jusqu'à l'âge de 7 ans et personne avec handicap)	_____
Échelle des visages « Wong Baker » (Enfant de 3 à 6 ans)	_____
Thermomètre d'intensité de douleur (Gélinas 2007) (Usager communicant de plus de 6 ans)	_____
PACSLAC – F (Personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer)	_____
Questionnaire DN4 (Estimer la probabilité d'une douleur neuropathique)	_____

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No dossier : \_\_\_\_\_

### R : Région et irradiation

Encercler le ou les sites de douleur. Hachurer la région d'irradiation de la douleur.



### S : Signes et symptômes associés

Avez-vous d'autres signes qui accompagnent votre douleur?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nausées, vomissements | <input type="checkbox"/> Pâleur        |
| <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac    | <input type="checkbox"/> Palpitation   |
| <input type="checkbox"/> Étourdissements       | <input type="checkbox"/> Essoufflement |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse             | <input type="checkbox"/> Enflure       |
| <input type="checkbox"/> Toux                  | <input type="checkbox"/> Autre _____   |

Si requis, paramètres cliniques : P.A. : \_\_\_\_\_, Pls : \_\_\_\_\_, R.R : \_\_\_\_\_, T° : \_\_\_\_\_

### T : Temps

Depuis quand avez-vous mal? \_\_\_\_\_

Quand avez-vous mal (tout le temps ou à certains moments de la journée)? \_\_\_\_\_

### U : Understanding (signification)

Selon vous à quoi votre douleur est-elle due? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà ressenti ce genre de douleur auparavant? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce que cette douleur représente pour vous? \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Source : CSSS du Sud de Lanaudière (2009). Fiche d'évaluation de la douleur selon le PQRSTU

Évaluation / Douleur – Méthode PQRSTU

Page 2 de 2

\*SLS219\*

SLS219

\*SLS220\*

SLS220

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
No dossier : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

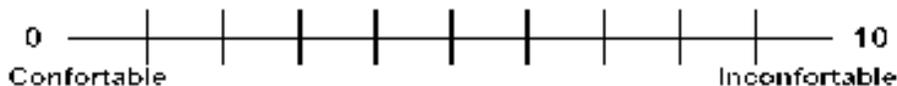
**ÉVALUATION / DOULEUR / ENFANT – FLACC**

<b>VISAGE</b>	Date / Heure				
Pas d'expression particulière ni sourire	0				
Grimace ou froncement des sourcils occasionnels, repli sur soi, indifférence	1				
Tremblement du menton fréquent à constant, mâchoires crispées	2				
<b>JAMBES</b>					
Position normale ou détendue	0				
Gênées, agitées, tendues	1				
Coups de pied ou jambes ramenées sur le corps	2				
<b>ACTIVITÉ</b>					
Allongé calmement, position normale, bouge facilement	0				
Se tortille, se tourne et se retourne, tendu	1				
Cambré, rigide ou agité par des secousses	2				
<b>PLEURS</b>					
Ne pleure pas (éveillé ou endormi)	0				
Geint ou gémit, plaintes occasionnelles	1				
Pleure régulièrement, cris ou sanglots, plaintes fréquentes	2				
<b>RÉCONFORT</b>					
Content, détendu	0				
Rassuré par contacts occasionnels de la main, par des étreintes ou quand on lui parle, se laisse distraire	1				
Difficile à consoler ou à réconforter	2				
<b>TOTAL / Initiales</b>					

**Guide d'utilisation :**

- Pour procéder à l'observation, l'enfant devrait être découvert (si possible) et positionné de façon à pouvoir attribuer une marque à chacun des cinq énoncés (visage, jambes, activité, pleurs, consolabilité)
- Observer l'enfant pendant au moins 2 minutes.
- Additionner les résultats de chacun des 5 items en score global (0 à 10)

**Interprétation :** Un score de  $\geq 3$  sur 10 suggère la présence de douleur



Tiré de *Pediatric Nursing* (1997) 23 (3), pp.293-297; validation française provenant de la RNAO

Utilisé par le CHU Sainte-Justine

Initiales	Signature et titre d'emploi	Initiales	Signature et titre d'emploi

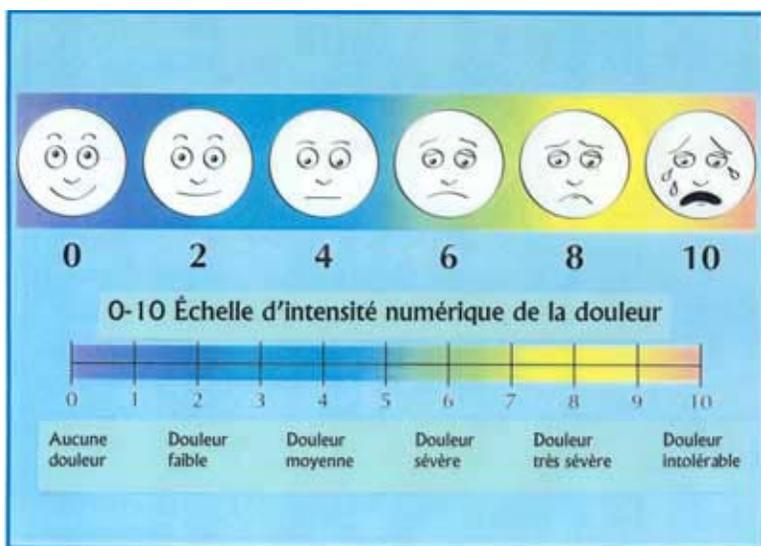
NE PAS IMPRIMER

# \*SLS350\*

SLS350

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 No dossier : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

## ÉCHELLE DES VISAGES (FACE PAIN SCALE) WONG ET BAKER



### Interprétation :

- 0 : Le visage 0 est souriant parce qu'il n'y pas de douleur.
- 2 : Le visage 2 a un peu mal.
- 4 : Le visage 4 a un peu plus mal.
- 6 : Le visage 6 a encore plus mal.
- 8 : Le visage 8 a très mal.
- 10 : Le visage 10 a aussi mal que l'enfant peut l'imaginer même s'il n'y a pas de larmes pour exprimer cette douleur.

### Guide d'utilisation :

La consigne donnée à l'enfant est de désigner le visage qui correspond le mieux à la douleur qu'il ressent à «l'intérieur de lui-même».

Voici ce que l'on peut dire à l'enfant :

«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 à l'enfant, 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 mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment».

Date	Heure	Intensité												Initiales
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Initiales	Signature et titre d'emploi	Initiales	Signature et titre d'emploi

Source : CSSS de Saint-Jérôme (2 mars 2009). Programme de soins. Gestion de la douleur. Du petit bobo à la douleur inexprimée. Direction des soins infirmiers. P.31

\*SLS218\*

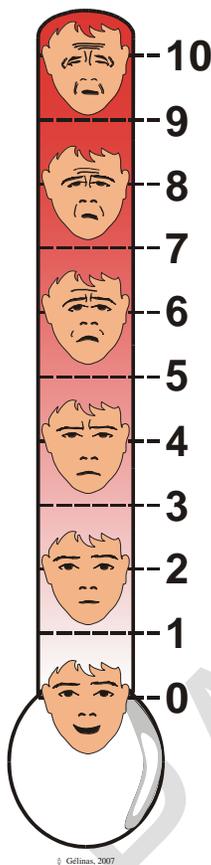
SLS218

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 No dossier : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_  
 AAAA/MM/JJ

**THERMOMÈTRE D'INTENSITÉ DE LA DOULEUR  
(GÉLINAS, 2007)**

Échelle :  numérique  couleurs  visages

**Thermomètre**



**Guide d'utilisation :**

- Présenter le thermomètre d'intensité de douleur à l'utilisateur
- Lui expliquer comment il sera utilisé
- Lui faire choisir l'une des échelles illustrées sur le thermomètre (numérique, couleur, visages)  
**N.B. :** L'utilisateur devra toujours utiliser la même échelle
- Lui poser une des questions suivantes, selon l'échelle choisie :
  - ✓ Échelle **numérique** :  
 « Sur une échelle de 0 à 10, « 0 » étant aucune douleur et « 10 » la pire douleur, où situez-vous votre douleur présentement? »
  - ✓ Échelle de **couleurs** :  
 « Sur une échelle de blanc à rouge, « blanc » étant aucune douleur et « rouge foncé » la pire douleur, où situez-vous votre douleur présentement? »
  - ✓ Échelle de **visages** :  
 « Sur une échelle de visages, le visage en bas signifiant aucune douleur et le visage en haut la pire douleur, où situez-vous votre douleur présentement? »

Date	Heure	Intensité											Initiales	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Initiales	Signature et titre d'emploi	Initiales	Signature et titre d'emploi

Sources : CSSS de Saint-Jérôme (2009). Programme de soins : Gestion de la douleur. DSI. Document de travail p.28.  
 Gélinas, C. (2007). Le thermomètre d'intensité de douleur : Un nouvel outil pour les patients adultes en phase critique. Perspective infirmière, 4 (4), p.12-20.

\*SLS198\*

SLS198

Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 No dossier : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_  
 AAAA/MM/JJ

**OBSERVATION / DOULEUR / P.Â. / PACSLAC-F**

Cochez (✓) les éléments observés au moment choisi et les additionner pour obtenir le score global.  
 N.B. : allouer 1 point par élément observé même si coché plus d'une fois par période d'observation.

		Date			
<b>Quart de travail ou heure</b>					
<b>Expressions faciales</b>	Grimace				
	Regard triste				
	Visage renfermé				
	Regard menaçant				
	Changements au niveau des yeux (ex : plissée, vides, brillants, augmentation du mouvement)				
	Sourcils froncés				
	Expression de douleur				
	Visage sans expression				
	Dents serrées				
	Visage crispé				
	Bouche ouverte				
	Front plissé				
	Nez froncé				
<b>Activités et mouvements du corps</b>	Bouge sans arrêt				
	Se recule				
	Nerveux				
	Hyperactif				
	Marche sans arrêt				
	Errance				
	Tente de fuir				
	Refuse de bouger				
	Bouscule				
	Diminution de l'activité				
	Refuse la médication				
	Bouge lentement				
	Comportements impulsifs (ex : mouvements répétitifs)				
	Non coopératif / résistant aux soins				
	Protège le site de la douleur				
	Touche ou soutient le site de la douleur				
	Claudication				
Poing serrés					
Prend la position fœtale					
Raideur / rigidité					

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ No dossier : \_\_\_\_\_

		Date			
<b>Quart de travail ou heure</b>					
<b>Comportement / personnalité / humeur</b>	Agression physique (ex : pousser les autres ou les objets, griffer, frapper les autres des mains ou des pieds)				
	Agression verbale				
	Refuse d'être touché				
	Ne permet pas aux autres de s'approcher				
	Fâché / mécontent				
	Lance des objets				
	Augmentation de la confusion				
	Anxieux				
	Bouleversé				
	Agité				
	Impatient / irritable				
	Frustré				
<b>Autres</b>	Pâleur du visage				
	Rougeurs au visage				
	Yeux larmoyants				
	Transpiration excessive				
	Tremblements				
	Peau froide et moite				
	Changements au niveau du sommeil : <b>Spécifier</b> ↑ <b>ou</b> ↓ ▪ Diminution du sommeil (↓) ou ▪ Augmentation du sommeil <b>durant le jour</b> (↑)				
	Changements au niveau de l'appétit : <b>Spécifier</b> ↑ <b>ou</b> ↓ ▪ Diminution de l'appétit (↓) ou ▪ Augmentation de l'appétit (↑)				
	Cris / hurlements				
	Appel à l'aide				
	Pleure				
	Son spécifique ou vocalisation liée à la douleur (ex : aie, ouch)				
	Gémit / se plaint				
	Marmonne				
	Grogne				
		<b>Score global</b>			
		<b>Initiales</b>			
<b>Initiales</b>	<b>Signature et titre d'emploi</b>	<b>Initiales</b>	<b>Signature et titre d'emploi</b>		

Les droits d'auteur du PACSLAC-F sont détenus par Sylvie Le May, Maryse Savoie, Shannon Fuchs-Lacelle, Thomas Hadjitsavropoulos et Michele Aubin. **Le PACSLAC-F est reproduit ici avec leur permission.**

Observation / Douleur / P.Â. / PACSLAC-F

Page 2 de 2

\* SLS198 \*

SLS198

## PACSLAC-F –GUIDE D'UTILISATION

But visé	Détecter la présence de signes et symptômes suggérant de la douleur.
Clientèle cible	Les aînés incapables d'utiliser les outils d'auto-évaluation de la douleur et ayant des capacités réduites à communiquer.
Qui l'utilise ?	Les intervenants de la santé et des services sociaux qui travaillent en établissement ou à domicile : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le personnel infirmier et infirmier auxiliaire</li> <li>• Les préposés aux bénéficiaires, les auxiliaires en santé et services sociaux</li> <li>• Les médecins</li> <li>• Les autres professionnels (réadaptation, service social, etc.)</li> <li>• Les proches, les aidants naturels</li> </ul>
Quand l'utiliser ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lors d'une visite de l'usager aux services ambulatoires, lors de visites à domicile ou lors d'une admission dans un centre d'hébergement ou dans toute ressource non-institutionnelle du territoire.</li> <li>• Lors de toute modification de l'état de santé pouvant entraîner une douleur ou un inconfort.</li> <li>• Lorsqu'un usager se plaint de douleur ou lorsqu'un de ses proches suspecte la présence de douleur chez l'usager.</li> <li>• Lorsqu'un traitement (pharmacologique ou non pharmacologique) visant le soulagement de la douleur est initié.</li> </ul> <p>P.S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser le PACSLAC-F régulièrement et systématiquement.</li> <li>• Ne pas attendre de soupçonner la présence de douleur avant d'utiliser le PACSLAC-F.</li> </ul>
Comment l'utiliser ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compléter une grille d'observation à chaque quart de travail (période de 8 heures), chaque période ciblée ou à une heure précise (ex. : pic d'action d'un médicament).</li> <li>• Observer l'aîné en mouvement et au repos. La mobilisation facilite la détection de la douleur.</li> <li>• À chaque moment de présence auprès de l'usager, noter tous les comportements observés lors des interactions avec ce dernier : soins d'hygiène, repas, déplacements, soins, etc.</li> <li>• Tous les comportements sont notés, <u>même ceux qui sont observés tous les jours</u>. 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 60. Par exemple, même si après 8 heures d'observation, la case «expression de douleur» est cochée 4 fois, cet item vaut au maximum 1 point dans le calcul total du PACSLAC-F.</li> <li>• Un score PACSLAC-F est compilé à la fin de la période d'observation visée.</li> </ul>
Comment l'interpréter ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un score PACSLAC-F isolé n'est pas significatif de la douleur d'un aîné.</li> <li>• <u>Seul le score global</u> 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>• Toute hausse importante ou soutenue du score PACSLAC-F d'un aîné : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ peut signifier la présence de douleur;</li> <li>○ doit entraîner un examen clinique complet (histoire et examen physique).</li> </ul> </li> <li>• Au besoin, instaurer un traitement analgésique adapté à chaque aîné ou réviser le traitement en cours.</li> <li>• Poursuivre l'utilisation régulière du PACSLAC-F pour vérifier l'efficacité du traitement. Une diminution du score peut témoigner de l'efficacité du traitement utilisé.</li> <li>• Au besoin, réévaluer, ajuster ou modifier les interventions analgésiques instaurées de façon à obtenir un soulagement optimal de la douleur de l'aîné.</li> </ul>

\*SLS223\*

SLS223

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
No dossier : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

**QUESTIONNAIRE DN4 – DÉPISTAGE ADULTE**

Consigne à l'usager pour le **dépistage de douleurs neuropathiques** : Doit répondre à chaque item des quatre questions ci-dessous par «oui» ou par «non».

**QUESTION 1** : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

	OUI	NON
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 2** : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

	OUI	NON
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 3** : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	OUI	NON
Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUESTION 4** : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OUI = 1 point**

**NON = 0 point**

**SCORE : \_\_\_\_\_ /10**

**Guide d'utilisation :**

- L'intervenant interroge lui-même l'usager et remplit le questionnaire.
- À chaque item, il doit apporter une réponse «oui» ou «non».
- À la fin du questionnaire, l'intervenant comptabilise les réponses, 1 pour chaque «oui» et 0 pour chaque «non».
- La somme obtenue donne le Score, noté sur 10.

**Interprétation** : Si le score  $\geq 4/10$ , le test est positif. (sensibilité à 82,9%; spécificité à 89,9%)

**Consigne** : Si le test est positif, référer au médecin traitant ou au service de physiothérapie

**Signature et titre d'emploi** : \_\_\_\_\_

Référence : Bouhassira, D. et al. (2004). Pain (Douleurs neuropathiques). 108 (3) P.248-257