

NOM :		Prénom :		Service :		DATES				
Observation Comportementale										
<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 au repos	pas de position antalgique	0	0	0	0					
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1					
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2					
	position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3					
3 • Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0	0	0					
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1					
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2					
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3					
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 PSYCHOSOCIAL</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					
	absente 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 différents 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 à la sollicitation et itératif	1	1	1	1					
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2					
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3					
<b>COPYRIGHT</b>						<b>SCORE</b>				

# ECHELLE DOLOPLUS : 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 la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

## **Mouvements**

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position - transferts - marche, seul ou avec aide.

## **Communication**

Verbale ou non verbale

## **Vie sociale**

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

## **Troubles du comportement**

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

# ECHELLE DOLOPLUS : CONSEILS D'UTILISATION

TOUT CHANGEMENT  
DE COMPORTEMENT CHEZ  
UNE PERSONNE ÂGÉE  
DOIT FAIRE ÉVOQUER  
LA DOULEUR

## 1 • L'utilisation nécessite un apprentissage

Comme pour n'importe quel outil nouveau, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Le temps de cotation de l'échelle diminue également 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

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants est préférable (médecin, infirmière, aide-soignante...). 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 nécessaire d'avoir une réponse à tous les items de l'échelle, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. De même, en cas de coma, la cotation reposera essentiellement sur les items somatiques.

## 4 • Établir une cinétique des scores

La réévaluation sera biquotidienne 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.

## 5 • 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.

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

On admet aujourd'hui qu'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 donc incriminée.

## 7 • L'échelle cote la douleur, et non pas 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.

## 8 • Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS-2.

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Lorsque la douleur est évidente, il est plus urgent de la calmer que de l'évaluer... Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.