



HAL
open science

Intérêt d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur pour la population aphasique

Léonie Cacho

► **To cite this version:**

Léonie Cacho. Intérêt d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur pour la population aphasique. Sciences cognitives. 2011. dumas-01302821

HAL Id: dumas-01302821

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302821>

Submitted on 15 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Léonie CACHO

Née le 28 janvier 1987

**INTÉRÊT D'UNE ÉCHELLE
D'AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR
POUR LA POPULATION APHASIQUE**

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste**

Département d'orthophonie
Université Bordeaux Segalen
Année universitaire 2010 - 2011



UNIVERSITÉ
BORDEAUX
SEGALÉN

Département d'Orthophonie

Mémoire d'Orthophonie

TITRE : Intérêt d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur pour la population aphasique.

DATE DE PASSATION : 6 Septembre 2011

NOM DE L'ETUDIANT : Léonie CACHO

MEMBRES DU JURY :
- Directrice Adjointe : Anne LAMOTHE-CORNELOUP
- Directeur de Mémoire : Isabelle GONZALEZ
- Membres du Jury : - Valérie NICHELET
- Anne DEBELLEIX
- Pr P.A. JOSEPH

APPRECIATION : Très Honorable - Honorable - Satisfaisant - Passable

COMMENTAIRES : Sujet important mais difficile à traiter et peu étudié. La présentation écrite et orale montre une bonne maîtrise de cette recherche. Les qualités professionnelles transparaissent à travers la discussion. Ce travail met bien en évidence le rôle que peut prendre l'orthophoniste au sein d'une équipe pluridisciplinaire auprès de patients aphasiques dans la prise en compte de la douleur.

Signature de la Directrice Adjointe

A. Lamothe-Corneloup

Signatures des membres du jury

Isabelle Gonzalez
Valérie Nichelet
P.A. Joseph

Mes remerciements...

A Isabelle Gonzalez, pour avoir accepté de mener avec moi cette étude, pour sa grande disponibilité et ses précieux conseils.

A tous les orthophonistes qui m'ont conseillée et aidée dans ma recherche de population : Fabienne Pélage, Annie Pointreau et Pauline Germain à Tastet Girard ; Valérie Michelet à la Tour de Gassies ; Isabelle Gonzalez et Amandine Fradin aux Grands Chênes ; mais aussi Anne Debelleix, Amélie Vignaud ou encore Nelly Bon Saint Come en libéral. Merci pour le temps que vous avez bien voulu consacrer à cette étude.

A Pierre-Alain Joseph, médecin MPR au CHU Tastet Girard, Hervé Petit, médecin MPR à la CRF Les Grands Chênes, et Eric Gaujard, médecin neurologue à la CRF Les Grands Chênes, pour leurs conseils avisés.

Aux équipes d'infirmiers et de kinésithérapeutes de Tastet Girard, la Tour de Gassies et Les Grands Chênes, pour leur participation précieuse autant qu'indispensable à ce mémoire. Je remercie également les kinésithérapeutes du cabinet rue Eugène Jacquet, pour m'avoir accordé du temps durant leurs séances.

Aux patients rencontrés dans le cadre de ce mémoire, pour avoir accepté de participer à cette étude avec le sourire, même dans la douleur.

A Michèle Koleck, psychologue, qui nous a indiqué la méthodologie à appliquer pour notre étude, ainsi qu'à Blandine Bouchière, neuropsychologue, qui en a rendu possible les conclusions statistiques.

Aux membres du jury de ma soutenance, pour avoir accepté d'être présents : Anne Lamothe-Corneloup, Isabelle Gonzalez, Pierre-Alain Joseph, Anne Debelleix et Valérie Michelet.

A mes proches, famille et amis, pour leur soutien et leur écoute.

A l'école d'orthophonie de Bordeaux, enfin, pour ces quatre années de formation riches de découvertes, tant sur le plan théorique que pratique. Merci, donc, à la direction, aux enseignants, ainsi qu'aux maîtres de stages pour avoir partagé avec nous tout leur savoir.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	<u>1</u>
<u>I. L'APHASIE :</u>	<u>3</u>
<u>A) Définitions :</u>	<u>3</u>
1. Qu'est-ce que l'aphasie ?	3
2. L'accident vasculaire cérébral : de quoi s'agit-il ?.....	4
<u>B) Langage et aphasie:</u>	<u>5</u>
1. Sur le plan de l'expression orale:.....	5
2. Sur le plan de la compréhension orale :	8
3. Les perturbations du langage écrit :	9
<u>C) Aphasie et communication non verbale :</u>	<u>11</u>
1. Qu'est-ce que communiquer ?	11
2. Du constat d'échec de la communication verbale... ..	12
3. ... à la recherche de solutions :	14
<u>D) Accident vasculaire cérébral et troubles neuro-visuels et spatiaux :...</u>	<u>15</u>
<u>E) Dépression et aphasie :</u>	<u>18</u>
1. Le constat :	18
2. L'évaluation de la dépression chez le sujet aphasique :	19
<u>II. L'EVALUATION DE LA DOULEUR:</u>	<u>21</u>
<u>A) Qu'est-ce que la douleur ?</u>	<u>21</u>
<u>B) Objectifs et enjeux de l'évaluation de la douleur :</u>	<u>22</u>
<u>C) Cadre de l'évaluation de la douleur :</u>	<u>23</u>
<u>D) Les outils d'auto-évaluation de la douleur :</u>	<u>24</u>

1.	Les échelles unidimensionnelles :	25
a)	<u>L'échelle visuelle analogique (EVA):</u>	25
b)	<u>L'échelle numérique (EN) :</u>	27
c)	<u>L'échelle verbale simple (EVS) :</u>	27
2.	Les échelles multidimensionnelles :	28
E)	<u>Les outils d'hétéro-évaluation comportementale de la douleur :</u>	30
1.	Doloplus 2 :	30
2.	ECPA (Echelle comportementale pour les personnes âgées) :	31
3.	Algoplus :	31
4.	PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate):	32
F)	<u>Evaluation de la douleur en fonction du terrain:</u>	33
1.	Chez les enfants :	33
a)	<u>Enfants âgés de plus de 6 ans :</u>	34
b)	<u>Enfants âgés de 4 à 6 ans :</u>	34
c)	<u>Enfants âgés de moins de 4 ans :</u>	34
2.	Chez les personnes âgées :	35
3.	En cas de troubles psychiatriques :	36
III.	<u>DOULEUR ET APHASIE :</u>	39
A)	<u>Situations cliniques : les douleurs fréquemment rencontrées suite à un accident vasculaire cérébral :</u>	39
B)	<u>Données sur l'évaluation de la douleur chez le sujet aphasique :</u>	41
C)	<u>Des troubles aphasiques pouvant limiter l'auto-évaluation de la douleur :</u>	45
1.	Les troubles réceptifs :	46
a)	<u>En modalité orale :</u>	46
b)	<u>En modalité écrite :</u>	47
2.	Les troubles expressifs :	48

a) <u>En modalité orale :</u>	48
b) <u>En modalité écrite :</u>	49
3. Les troubles non langagiers parfois associés à une aphasie :.....	49
a) <u>Les troubles neuro-visuels et spatiaux :</u>	50
b) <u>Les troubles psychiatriques :</u>	50
<u>D) L'hétéro-évaluation de la douleur : un recours unique insuffisant :.....</u>	51
<u>E) L'échelle d'auto-évaluation de la douleur aphasique :</u>	52
1. Objectif de sa création :.....	52
2. Description:.....	53
<u>F) Comparaison des compétences requises pour l'EVA classique et l'EVA aphasique :</u>	54
<u>IV. EXPERIMENTATION :</u>	57
<u>A) Hypothèses de travail et objectifs de l'étude :.....</u>	57
1. Hypothèses de travail :.....	57
2. Objectifs de l'étude :.....	58
<u>B) Population de l'étude :.....</u>	58
1. Les critères d'éligibilité :.....	58
2. Description de la population :.....	59
<u>C) Méthodologie:.....</u>	60
1. Modalités de l'étude :.....	60
2. Protocoles d'évaluation :.....	62
<u>V. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS :.....</u>	65
<u>A) Analyse des questionnaires remis aux soignants :</u>	65
<u>B) Présentation des résultats de notre étude :.....</u>	68
1. Présentation des scores bruts :.....	68
a) <u>EVA aphasique en première passation :.....</u>	69

b) <u>EVA classique en première passation</u> :	70
2. Analyse de corrélation entre les scores obtenus aux EVA et à l'Algoplus :	71
a) <u>Entre l'EVA aphasique et l'Algoplus</u> :	71
b) <u>Entre l'EVA classique et l'Algoplus</u> :	71
3. Analyse de variance en fonction des facteurs sévérité et type d'EVA :	72
4. Analyse de corrélation entre le score à l'ADRS et la différence entre EVA et Algoplus :	75
a) <u>Entre le score à l'ADRS et la différence entre l'EVA aphasique et l'Algoplus</u> :	75
b) <u>Entre le score à l'ADRS et la différence entre l'EVA classique et l'Algoplus</u> :	75
<u>VI. DISCUSSION</u> :	76
<u>A) Réponses aux hypothèses de départ</u> :	76
1. Hypothèse 1:	76
2. Hypothèse 2:	77
3. Hypothèse 3:	78
4. Hypothèse 4:	80
<u>B) Réflexions sur l'outil élaboré</u> :	80
1. Ses points positifs :	80
2. Ses points négatifs :	81
<u>C) Réflexions sur notre étude</u> :	83
1. Apports et intérêts:	83
2. Limites de l'étude :	84
a) <u>Au niveau de la méthodologie</u> :	85
b) <u>Autour de notre thème de recherche</u> :	87
<u>D) Difficultés rencontrées</u> :	88
<u>E) Perspectives et ouvertures</u> :	89
<u>CONCLUSION</u> :	91

BIBLIOGRAPHIE : **92**

ANNEXES : **97**

INTRODUCTION :

« *La douleur qui se tait n'en est que plus funeste* ». Si Jean Racine évoque dans son œuvre *Andromaque* (1668) une douleur morale, la citation ne peut-elle pas s'appliquer à la douleur physique ? Cette dernière représente un domaine dont les recherches ne cessent de fournir de nouvelles données visant à mieux la traiter, donc à la limiter. La prise en charge efficace de la douleur représente un défi pour la médecine, mais également une nécessité. Pourtant, certains obstacles peuvent nuire à une prise en charge adaptée et efficace de la douleur.

L'évaluation de la douleur, lorsque mal conduite, peut faire partie de ces obstacles. En effet, chez les patients dyscommunicants, par exemple, l'auto-évaluation de la douleur est aujourd'hui souvent contournée du fait du type de troubles auxquels ces personnes sont confrontées. Si l'hétéro-évaluation est toujours possible, elle est cependant limitée et insuffisante lorsqu'elle est pratiquée seule. L'auto-évaluation de la douleur permet en effet d'obtenir le ressenti du patient concernant l'intensité de sa propre douleur. Or, cette perception est parfois différente de celle du soignant : en effet, le ressenti douloureux est un phénomène subjectif, et l'interprétation par le soignant de signes représentant des manifestations douloureuses peut être erronée. Ainsi, l'auto-évaluation de l'intensité de la douleur est précieuse, mais elle implique que le patient soit apte à fournir des informations fiables, sur lesquelles le médecin pourra se baser.

Nous nous intéressons ici tout particulièrement à la population aphasique, dont les difficultés communicationnelles sont avérées. Les sujets aphasiques sont souvent sous-évalués quant à l'intensité de leurs douleurs, quelles qu'elles soient. Cette constatation est problématique, puisqu'elle pose la question de ses conséquences sur l'efficacité de la prise en charge de la douleur chez ces patients. La nécessité d'un support adapté aux troubles de la population aphasique apparaît alors, afin de permettre une meilleure évaluation de l'intensité douloureuse.

Une échelle visuelle analogique d'auto-évaluation de la douleur adaptée aux troubles aphasiques a donc été créée afin d'optimiser l'évaluation de la douleur chez ces patients. Cette réglette et son utilisation apportent des informations différentes de

l'EVA (échelle visuelle analogique) classique, informations dont le contenu apparaît comme étant plus accessible à la compréhension des sujets aphasiques. Ainsi, elle représente un moyen d'expression de la douleur pour ces patients, que l'on juge trop souvent inaptes à fournir ce type d'informations. Elle permet donc également de tester, par une même évaluation périodique, l'efficacité d'un traitement, et si besoin, de l'adapter.

Nous pouvons alors nous demander si l'EVA classique peut être utilisée auprès de la population aphasique, ou si une adaptation de cette échelle d'auto-évaluation de la douleur, comme l'EVA aphasique, est plus pertinente au vu de la diversité et de la spécificité des troubles de cette population.

Notre étude se propose donc de démontrer que l'EVA classique n'est pas adaptée à la population aphasique car trop difficile d'accès en présence de troubles de la compréhension orale et/ou écrite.

De plus, nous pensons que l'EVA aphasique permet une auto-évaluation de la douleur plus fiable que l'EVA classique pour cette population.

Nous pouvons également penser que cette hypothèse est valable pour les sujets présentant une aphasie d'intensité légère à modérée mais aussi pour les personnes avec aphasie sévère.

Enfin, nous supposons que la présence de symptômes dépressifs chez certains sujets aphasiques pourrait influencer les résultats de l'auto-évaluation de la douleur.

Nous nous attacherons donc dans une première partie à reprendre les différents troubles que sont susceptibles de rencontrer les sujets aphasiques, troubles pouvant nuire à l'auto-évaluation de la douleur.

Nous aborderons ensuite l'évaluation de la douleur telle qu'elle existe actuellement.

Enfin, l'évaluation de la douleur sera resituée dans le cadre de l'aphasie.

Après avoir exposé les modalités de notre expérimentation, nous évoquerons enfin les résultats de notre étude, que nous discuterons pour une plus grande pertinence.

I. L'APHASIE :

Nous nous proposons dans cette recherche d'étudier l'intérêt d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur pour la population aphasique. Avant d'aborder le thème de la douleur, étudions alors cette pathologie neurologique afin de mieux comprendre l'intérêt de ce travail. Qu'en est-il des troubles auxquels peuvent être confrontés les sujets aphasiques ?

Voici donc une présentation des caractéristiques de l'aphasie qui nous intéressent ici.

A)Définitions :

1. Qu'est-ce que l'aphasie ?

En 1864, Trousseau définissait l'aphasie comme étant une perturbation du code linguistique affectant l'encodage (pour le versant expressif) et/ou le décodage (versant réceptif), et pouvant concerner le langage oral et/ou écrit. Plus récemment, en 2010, Sophie Chomel-Guillaume et ses collègues donnaient la définition suivante de l'aphasie : « *ensemble des troubles de la communication par le langage secondaires à des lésions cérébrales acquises entraînant une rupture du code linguistique* ». Cette définition, proche de la première, intègre cependant la notion de *trouble de la communication* pour qualifier la pathologie aphasique.

Ce trouble du langage acquis est lié à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, généralement dans la zone frontale, pariétale et/ou temporale de l'hémisphère gauche. (Brin, F. et coll., 2004)

L'étiologie de l'aphasie est essentiellement vasculaire, traumatique, ou tumorale. Elle peut également être neurodégénérative, inflammatoire ou infectieuse (Chomel-Guillaume, S. et coll., 2010).

2. L'accident vasculaire cérébral : de quoi s'agit-il ?

Explorons désormais l'étiologie vasculaire, qui nous intéresse ici tout particulièrement. L'aphasie vasculaire est provoquée par un accident vasculaire cérébral (ou AVC). Celui-ci se définit comme un « *processus pathologique cérébral vasculaire par obstruction ou rupture d'une artère (plus rarement d'une veine) entraînant un ramollissement ou une nécrose du territoire impliqué* » (Brin, F. et coll., 2004).

Environ 85% des AVC sont d'origine ischémique : il peut alors s'agir d'une *thrombose cérébrale*, soit le rétrécissement d'une artère dans le cerveau (ou athérosclérose) bouchant partiellement ou totalement l'artère en question. Une *embolie cérébrale* peut également avoir lieu : il s'agit alors de la formation dans le corps d'un caillot qui, transporté dans le sang, vient boucher une artère du cerveau. Dans les deux cas, l'artère en question est obstruée : le cerveau est alors privé de l'oxygène et des éléments nutritifs dont il a besoin.

L'origine hémorragique des AVC survient donc dans environ 15% des cas. Elle peut apparaître en cas de fragilité de la paroi d'une artère du cerveau, fragilité entraînant une rupture d'anévrisme (l'anévrisme correspond à la section fragile de la paroi de l'artère). Elle peut également survenir en présence d'un angiome cérébral, soit une malformation vasculaire entre les artères et les veines du cerveau. En cas d'hémorragie, un épanchement de sang a alors lieu dans le cerveau, endommageant la zone concernée.

Chaque accident vasculaire cérébral est unique. Ses conséquences sont donc très variables. Elles dépendent de la localisation, de l'étendue, de la profondeur de la lésion, mais aussi de l'âge et de l'état de santé du sujet avant l'AVC. Les atteintes peuvent alors être multiples : hémiparésie ou hémiplégie, aphasie, troubles visuels, perceptifs, mnésiques, fatigabilité, ou encore troubles psychologiques. (Fédération Nationale France-AVC).

Il est important de noter que, dans les pays occidentaux, l'AVC est la première cause de handicap acquis de l'adulte (avec 100000 à 145000 AVC par an en moyenne en France).

B) Langage et aphasie:

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'aphasie peut affecter le versant expressif et/ou le versant réceptif du langage. Ces atteintes peuvent être plus ou moins sévères, et, comme nous l'explique Gil en 2006, le pronostic de l'aphasie dépend de son étiologie mais aussi de la sévérité initiale de l'aphasie et de son évolution durant les quatre semaines suivant l'événement déclencheur.

Ainsi, qu'est-ce que cette ***notion de sévérité*** ?

L'*aphasie sévère* regroupe les aphasies globales, soit celles ne présentant que peu de chances de progrès linguistiques et altérant tant le versant productif que réceptif. Elle englobe également les aphasies se manifestant dans un contexte de démence dégénérative, donc tendant vers une aggravation des symptômes. Les moyens de communication alternatifs sont donc à privilégier ici.

L'*aphasie légère*, quant à elle, présente des troubles du langage n'altérant pas la communication, mais uniquement la qualité de l'échange verbal. Si ces troubles peuvent être très gênants, la récupération spontanée est toutefois souvent efficace, favorisée par la mise en place de stratégies compensatoires. (Mazzucchi, A., 2001)

L'*aphasie modérée* renvoie à une forme intermédiaire, entre l'aphasie sévère et l'aphasie légère.

Nous allons à présent développer la symptomatologie de l'aphasie dans ses modalités orale et écrite, sur les versants expressif et réceptif.

1. Sur le plan de l'expression orale:

Peuvent être retrouvées, selon Gil (2006) et Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard (2010), les perturbations suivantes :

- **Une anomalie de la fluence:** Ce critère est le socle de la classification clinique des aphasies, opposant aphasies *fluentes* et *non fluentes*. Le volume

verbal peut ainsi être logorrhéique (aphasie *fluente*, avec une fluidité excessive du débit de paroles), normal, ou réduit (aphasie *non fluente* ou *réduite*) (Gil, 2006). L'absence totale de toute production linguistique orale, voire de toute émission sonorisée, est appelée *mutisme*.

D'autres anomalies du débit peuvent apparaître :

- Les **stéréotypies**, qui correspondent à des syllabes ou mots inlassablement répétés lors de toute tentative de verbalisation. Le langage se limite alors à ces stéréotypies.
- Les **palilalies**, définies comme étant des répétitions involontaires et irrépressibles d'une même syllabe, mot, partie de mot, ou phrase.
- L'**écholalie**, tendance incontrôlable à répéter en écho les dernières paroles prononcées par l'interlocuteur.
- Les **persévérations**, qui consistent en une répétition de mots ou phrases précédemment produits de manière appropriée et réapparaissant malgré la modification du thème. (Chomel-Guillaume, S. et coll., 2010)

Toutefois, une **dissociation automatico-volontaire** est parfois présente, donnant lieu à une relative préservation du langage automatique mais à des difficultés dans le langage construit, propositionnel.

- **La dysprosodie** : Chez le sujet aphasique, elle se manifeste par le remplacement de l'accent habituel du sujet par un accent de type « étranger », souvent qualifié de germanique ou d'anglo-saxon. (Gil, R., 2006)
- **La perturbation phonétique** : Cette expression rassemble les perturbations de l'expression orale en rapport avec des difficultés de réalisation phonétique portant tant sur l'émission que sur l'enchaînement des phonèmes. L'expression est souvent réduite, lente et syllabée. Les transformations articulatoires sont parfois nombreuses (assourdissements, nasalisations, occlusions, ou encore élisions de groupes consonantiques complexes) et difficilement transcriposables. C'est la sélection de certains traits phonétiques et leur combinaison qui font ici défaut.

- **Les troubles de la dénomination :**

- **Le manque du mot :** Il s'agit de l'impossibilité ou la difficulté pour le sujet à produire un mot spécifique en langage spontané ou en dénomination. Il peut correspondre à un déficit lexical ou sémantique. Les manifestations cliniques du manque du mot sont diverses : absence de production, temps de latence, conduites d'approche (périphrases, circonlocutions, recours aux gestes et mimiques), ou encore paraphasies.

- **Les paraphasies :** Sont regroupées sous ce terme les productions orales déformées des patients. Il en existe plusieurs types :

- ✓ Les *paraphasies phonémiques* consistent en des distorsions de mots en rapport avec des perturbations de l'agencement phonémique par omissions, adjonctions, inversions, ou déplacements de phonèmes (locomotive → [kolomotiv]). Lorsque plus de 50 % du mot-cible est transformé par des paraphasies phonémiques, on parle alors de *néologisme*. Lorsque le discours comprend de nombreux néologismes le rendant incompréhensible, il s'agit d'un *jargon phonémique*.
- ✓ Les *paraphasies verbales morphologiques* correspondent à la substitution d'un mot par un autre mot appartenant au lexique et phonétiquement proche du mot-cible (cravate → [krava]). Le lien sémantique entre les deux mots est absent.
- ✓ Les *paraphasies verbales sémantiques* consistent en une substitution de mot par un autre mot appartenant au lexique et ayant un lien sémantique avec le mot-cible (table → [tɛz]).

- **Les troubles syntaxiques**, qui peuvent se manifester de trois manières :

- *L'agrammatisme*, qui correspond à une production réduite des morphèmes grammaticaux (pronoms, prépositions, conjonctions, ou encore déterminants). Le discours est essentiellement constitué de morphèmes

lexicaux (noms, verbes, adjectifs, adverbes), et les verbes sont le plus souvent à l'infinitif, ce qui donne un style « télégraphique » au discours.

- *La dyssyntaxie*, qui est le résultat d'un emploi inapproprié des mots grammaticaux, tant dans l'ordre que dans la sélection.
- *La parasyntaxie*, qui concerne les discours jargonnés dans lesquels l'emploi de marques syntaxiques est net mais dont la validité ne peut être vérifiée du fait des nombreux néologismes.

2. Sur le plan de la compréhension orale :

Comme le montrent Mazaux et ses collègues en 2007, les atteintes sur le versant réceptif sont diverses. Nous pouvons donc retrouver chez le sujet aphasique les perturbations suivantes :

- **Un trouble d'accès aux représentations phonético-phonologiques et/ou une atteinte de celles-ci**: Appelés également « surdité verbale », ils désignent un trouble massif de discrimination des phonèmes au niveau des traits phonétiques. Les épreuves ne passant que par le langage oral en réception sont chutées, mais en contexte, la compréhension est relativement préservée. En fonction du site lésionnel, la compréhension des messages gestuels, la reconnaissance de pantomimes, et la compréhension du langage écrit sont conservées ou non.
- **Un trouble d'accès aux représentations sémantiques et/ou une atteinte de celles-ci** sont présents lorsque la compréhension orale est altérée malgré un niveau phonologique préservé. Les difficultés apparaissent donc en désignation d'images (en fonction de la fréquence des mots et de leur catégorie sémantique), dans l'exécution d'ordres complexes, ou encore en compréhension d'histoires longues et/ou logiques. Toutes les épreuves explorant le niveau sémantique verbal sont chutées.

- **Un trouble de la compréhension syntaxique**, dans lequel les difficultés apparaissent en compréhension d'items syntaxiques et de phrases, et non pas d'items isolés. Ainsi, la compréhension des verbes, des articles, des flexions, des prépositions spatiales, ou encore des phrases syntaxiquement ambiguës est chutée.

3. Les perturbations du langage écrit :

Celles-ci peuvent atteindre le sujet aphasique, tant dans le domaine de l'écriture que de la lecture, ou encore en calcul. En voici les principales manifestations :

- **Les troubles de l'écriture** : « *Les agraphies désignent les difficultés praxiques, visuospatiales ou langagières de « s'exprimer par écrit » en l'absence de paralysie, ou de trouble affectant la coordination des mouvements* » (Gil, R., 2006). Celles-ci peuvent accompagner les troubles du langage oral dans l'aphasie.

Différentes altérations peuvent apparaître alors: des paragraphies littérales (au niveau de la lettre), verbales, des omissions/ajouts de lettres, de mots, un agrammatisme, une dyssyntaxie, ou encore une réduction des productions écrites. Ces altérations sont plus ou moins fréquentes selon la modalité d'écriture (dictée, copie, écriture spontanée).

- **Les troubles de la lecture** : Appelés alexies chez les sujets aphasiques, ils consistent en des déviations produites en lecture à voix haute et/ou en compréhension écrite. Il en existe trois types :

- *L'alexie sans agraphie* : Également appelée alexie « pure », elle se caractérise par l'opposition entre une lecture très chutée et une écriture quasiment préservée. L'alexie peut intéresser les lettres, les mots, la phrase, ou être globale. La compréhension écrite est également altérée ici. Ce type d'alexie s'associe fréquemment à une hémianopsie latérale

homonyme droite, parfois à une agnosie visuelle, à une aphasie optique, et plus rarement, à une agnosie pour les images et les objets (cf. I. D.).

- *L'alexie-agraphie ou alexie centrale* associe une agraphie et un trouble de la compréhension écrite. Des paraphrasies phonémiques et verbales pouvant produire un jargon apparaissent en lecture, alors qu'elles sont absentes du langage oral. Une apraxie idéomotrice ou constructive peut accompagner ce type d'alexie.

- *L'alexie frontale ou antérieure*, enfin, comprend un trouble de la lecture intéressant les lettres, une compréhension de phrases très chutée, et une agraphie. Cette alexie pourrait être le résultat d'une parésie résiduelle du balayage oculaire de la gauche vers la droite et d'un déficit du traitement séquentiel des mots associé à des difficultés à comprendre les mots et les liens grammaticaux.

- **Les troubles du calcul** : L'acalculie peut également accompagner l'aphasie. Elle peut se manifester par une alexie et/ou une agraphie pour les chiffres et les nombres, ou encore par un déficit de la compréhension et/ou de la production orale des nombres. (Gil, R., 2006)

Voici donc une présentation des différents troubles que l'on peut retrouver chez les patients aphasiques sur le plan du langage oral et écrit, versants réceptif et expressif. Nous verrons dans la troisième partie de quelle manière certains de ces troubles peuvent être problématiques dans l'évaluation de la douleur.

Mais d'abord, qu'en est-il de la communication non verbale concernant l'aphasie ? Intéressons-nous à cet autre aspect essentiel de cette pathologie.

C) Aphasie et communication non verbale :

Le langage verbal, que nous venons d'aborder, est un élément bien connu de la communication. Nous allons désormais évoquer un autre aspect moins visible mais non moins important qui accompagne, chez tout individu, le langage verbal : la communication non verbale.

Rappelons dans un premier temps ce qu'est la communication globale.

1. Qu'est-ce que communiquer ?

La communication fait depuis des années l'objet de nombreuses études. Des modèles de communication ont donc été proposés par différents auteurs.

Elle a ainsi d'abord été analysée très simplement par Shannon: un émetteur envoie un message à un récepteur, et ce grâce à un code commun (Shannon, C., Weaver, W., 1949).

Progressivement, la communication a été envisagée de manière plus large, avec une prise en compte des interactions et du contexte de communication. Ainsi, Jakobson a réalisé un modèle intégrant six fonctions de communication, avec ici une prise en compte du contexte et du maintien de la communication (Jakobson, R., 1960).

Plus tard, l'école de Palo Alto s'est intéressée à l'aspect pragmatique de la communication, réintégrant ainsi la communication dans le contexte social. Ainsi, deux modes de communication apparaissent : la communication verbale (aspect linguistique) et la communication non verbale (gestes, mimiques, posture ou encore proxémique). Ces deux modes forment un tout intégré, ils sont différents mais indissociables. Dans ce modèle de communication, le récepteur est aussi important que l'émetteur, et l'on parle d'interactions et non d'actions autonomes. Une réelle volonté intentionnelle de modifier l'état mental de son interlocuteur est alors présente (Watzlawick, P. et coll., 1972).

En reprenant les travaux de Susan Goldin-Meadow (1999), Daviet, Muller et leurs collègues se proposent, en 2007, de recueillir les principales hypothèses sur le rôle du geste dans la communication. En voici donc les principales fonctions pour celui qui le reçoit.

Fonctions du geste pour l'interlocuteur
<ul style="list-style-type: none">• Le geste de l'émetteur facilite la compréhension du message par le récepteur• Il enrichit et complète le message• La représentation du message est différente : ce format de représentation commun au locuteur et au récepteur permet un accès au sens plus aisé et plus rapide

Figure 1 : Rôle du geste pour le récepteur, d'après Susan Goldin-Meadow (1999), repris par Daviet, Muller et coll., 2007.

(Daviet, J.-C, Muller, F. et coll., 2007)

Ainsi, comme nous pouvons le constater, la communication ne réside pas que dans la parole. L'aspect non verbal est capital pour transmettre un message sans erreur d'interprétation. Mais qu'en est-il lorsque la communication verbale est un échec, comme souvent dans les cas d'aphasie sévère? Dans quelle mesure les capacités non verbales sont-elles préservées ? Une communication dépourvue de langage verbal est-elle possible ?

2. Du constat d'échec de la communication verbale...

Daviet, Muller et leurs collègues proposent en 2007 la définition suivante de la communication verbale : « *capacité à adapter les comportements discursifs aux données d'une situation, d'un contexte d'énonciation, à sa propre compétence et à*

celles des partenaires de l'échange ». Si l'on se base sur cette définition, le sujet aphasique est empêché dans sa communication. Mais il peut l'être de manière très différente et plus ou moins importante, selon la sévérité et le type de troubles auxquels il est confronté.

Les difficultés langagières des personnes aphasiques peuvent avoir un impact très important sur leur qualité de vie. Ainsi, des troubles de la compréhension orale peuvent engendrer des malentendus, des ruptures de la communication, une mise à l'écart de l'échange verbal pour le sujet. De même, des perturbations au niveau des productions orales ralentissent souvent l'échange, demandent parfois un effort de reconstitution important de la part de l'interlocuteur, pouvant le mettre dans une situation d'inconfort difficile à supporter. Ces situations peuvent être très mal vécues par le sujet aphasique, qui tait son incompréhension la plupart du temps.

Mais qu'en est-il de la communication non verbale ? Que comprennent les sujets aphasiques des éléments non verbaux de la communication ?

Daviet, Muller et leurs collègues évoquent en 2007 la compréhension du geste et la pragmatique chez les sujets aphasiques. Le constat est le suivant : les performances pragmatiques extra-linguistiques semblent mieux préservées chez le sujet cérébro-lésé gauche que chez le droit, bien qu'elles soient diminuées par rapport à un sujet sain. De même, la compréhension de pantomimes serait altérée chez le sujet aphasique. Cependant, la gravité de l'aphasie n'est pas à mettre en corrélation avec le niveau de performance dans ce domaine. Il n'existe pas non plus de corrélation entre les atteintes linguistique et non linguistique, la compréhension verbale étant toujours plus altérée que la compréhension gestuelle. De plus, « *les lésions cérébrales droites seraient plus responsables de troubles de la communication non verbale que les lésions gauches* » (Daviet, Muller et coll., 2007). Or, dans les cas d'aphasie, c'est le plus souvent l'hémisphère gauche qui est endommagé.

Gonzalez et Brun abordent dans le même ouvrage datant de 2007 la question des communications alternatives pour le sujet aphasique. En effet, dans les cas

d'aphasie sévère, les compétences linguistiques du sujet sont très altérées. Et il lui est difficile de réaliser seul des ajustements afin d'accéder à un mode de communication efficace.

3. ... à la recherche de solutions :

C'est là qu'interviennent les moyens de communication alternative, soit passant par les canaux non verbaux (pantomimes, langages manuels, symboles picto et idéo-graphiques). Des stratégies de contournement du handicap de communication doivent en effet être envisagées, et ce rapidement, afin de « réparer l'interaction ». Ces outils doivent être adaptés au patient, à ses possibilités et incapacités. Il s'agit là d'une démarche palliative et non rééducative, le but étant de soulager les conséquences du symptôme, non de le guérir.

Ainsi, la photographie est un médiateur non codé permettant un accès immédiat au sens de la cible représentée par l'image. La lecture de l'item est alors transparente. Son sens premier est accessible sans analyse déductive, aucune ambiguïté n'est possible. Les indices sémantiques ou conventionnels sont limités afin de faciliter la compréhension globale de l'item. Nous sommes ici au plus près des capacités résiduelles du sujet aphasique. Au niveau de l'interlocuteur, l'accès est également direct. Par exemple, des informations relatives au repérage spatial et temporel adaptées à la situation du patient peuvent être regroupées sur des supports papiers sous forme d'images, de photographies. Il en est de même pour l'entourage du sujet, familial et soignant notamment. Ainsi, les classeurs de communication comme le C.COM ou encore le SACCC, par exemple, constitués d'items photographiques ciblant un message et permettant son identification, sont des outils intéressants à mettre en place dans cette situation : l'accès au sens est ici aisé, ne nécessitant pas l'apprentissage de symboles ou de codes, et une adaptation à chaque patient est possible. (Gonzalez, I., et Brun, V., 2007)

Ainsi, si la communication non verbale du sujet aphasique sévère n'est pas toujours parfaitement préservée, il est important de noter qu'elle est toutefois toujours

meilleure que la communication verbale. C'est pourquoi le recours aux supports visuels ou encore aux renforcements mimo-gestuels, lorsque les capacités du sujet le permettent, est à privilégier lorsque l'on veut faire passer un message à une personne aphasique. Nous pouvons alors penser que, dans le domaine de l'évaluation de la douleur, ce constat est également valable.

D) Accident vasculaire cérébral et troubles neuro-visuels et spatiaux :

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'accident vasculaire cérébral peut avoir pour conséquences des troubles visuels. Roger Gil expose en 2006 dans son ouvrage *Neuropsychologie* ces différents troubles, dont voici une liste non exhaustive:

- **La cécité corticale** correspond à l'abolition de la vision due à une destruction du cortex visuel occipital. La cécité, lorsqu'elle n'est pas totale, est importante, pouvant alors laisser une vague perception de la lumière ou des mouvements.
- **L'hémianopsie** représente l'affaiblissement ou la perte totale de la vue dans la moitié du champ visuel d'un œil ou, plus souvent, des deux yeux. Le champ visuel peut alors être coupé en deux de manière verticale, ou plus rarement horizontale. Ce trouble est la conséquence d'une atteinte des voies optiques. (Brin, F., et coll, 2004)
- **Les agnosies visuelles** : contrairement à la cécité corticale et à l'hémianopsie, les sensations visuelles sont ici préservées. C'est l'accès à la reconnaissance de certains composants du monde qui fait défaut. La perception n'est alors plus associée à sa signification. Les agnosies visuelles peuvent intéresser les objets, les images, les couleurs ou encore les visages. Des associations entre ces différents types d'agnosies sont fréquentes, et, phénomène plus rare, il arrive qu'elles n'intéressent qu'un hémichamp visuel (il s'agit alors d'hémiagnosies).

On distingue classiquement deux types d'agnosies visuelles des objets:

- *L'agnosie aperceptive* : il s'agit d'un défaut d'accès à la structuration perceptive des sensations visuelles. C'est donc la discrimination de la cible qui est atteinte. Le dessin d'objets ou d'images et les appariements fonctionnels ou sur la forme sont impossibles. La mobilisation de l'objet ou le mime de son utilisation peut parfois faciliter son identification, mais aussi conduire à des confusions. Si l'objet émet un bruit spécifique, s'il est palpé par le sujet, ou si une définition verbale en est faite, la cible peut alors être dénommée.
- *L'agnosie associative* : si la perception est ici préservée, c'est l'appariement catégoriel et fonctionnel des objets qui fait défaut. Les objets peuvent être décrits, dessinés en copie, mais la dénomination est chutée. Les erreurs peuvent être morphologiques, fonctionnelles, ou persévératives. Les modalités orale et tactile peuvent également permettre une reconnaissance des objets. Les agnosies associatives pourraient s'expliquer de manière générale par la présence de lésions calleuses empêchant les informations visuelles de l'hémisphère droit intact d'être traitées au niveau des aires du langage de l'hémisphère gauche.

Les agnosies des couleurs peuvent être de trois types. En effet, l'absence d'identification des couleurs peut relever :

- D'un déficit de la perception. L'*achromatopsie* correspond ainsi à l'incapacité acquise de perception des couleurs dans un hémichamp ou dans la totalité du champ visuel. Les épreuves comportant une modalité visuelle sont échouées, mais les épreuves verboverbales sont réalisées avec succès.
- D'un déficit de la reconnaissance des couleurs en tant qu'attributs d'objets. L'*agnosie des couleurs* s'accompagne alors d'une perception des couleurs préservée, mais les appariements de couleurs et d'objets et le coloriage de dessins sont chutés.
- D'un déficit ne concernant que la dénomination des couleurs. Appelé *anomie des couleurs*, ce trouble correspond à l'incapacité de nommer ou désigner des couleurs. La perception est pourtant préservée, et les appariements de couleurs et d'objets et le coloriage de dessins sont possibles. En modalité verboverbale, les épreuves sont généralement possibles.

- **Le syndrome de Riddoch** consiste en une perception du mouvement préservée alors qu'il se situe dans une portion aveugle du champ visuel. Ceci met en évidence l'indépendance de la perception du mouvement par rapport à celle de la lumière, de la forme et de la couleur.
A contrario, l'**akinétopsie** correspond à la non-perception du mouvement en l'absence de déficit du champ visuel.

- **La prosopagnosie** désigne l'incapacité de reconnaître les visages familiers. La reconnaissance peut cependant être facilitée par la voix, la démarche, ou encore des particularités physiques ou vestimentaires.
La prosopagnosie peut être asémantique si elle relève d'une altération du système sémantique.

- **Les métamorphopsies des visages** : Le sujet perçoit alors les visages de manière déformée. Sur photographie, en revanche, la perception est souvent normale.

- **Le syndrome de Balint** associe trois éléments séméiologiques :
 - *La paralysie dite psychique du regard, ou apraxie optique*, qui désigne l'incapacité à fixer une cible dans le champ périphérique tout en voyant et reconnaissant l'objet qui doit être regardé. Les saccades ne peuvent être produites, c'est pourquoi le regard ne peut être porté d'un objet à un autre.
 - *L'ataxie optique ou visuomotrice* est l'incapacité d'atteindre une cible en se guidant par la vue. Le membre tâtonne alors pour se saisir de l'objet recherché.
 - Enfin, *le déficit de l'attention visuelle* représente ici l'incapacité des stimulations périphériques à solliciter l'attention visuelle. Le sujet ne peut alors voir qu'un objet à la fois.

- **La négligence spatiale unilatérale** : Celle-ci fait partie des agnosies spatiales. Elle désigne « l'incapacité à porter son attention et à engager son action au niveau d'un héli-espace comme au niveau de l'hémicorps

correspondant ». Les lésions de l'hémisphère gauche engendrant des négligences moins fréquentes et importantes que les atteintes de l'hémisphère droit, l'hémi-espace droit est moins souvent négligé que le gauche. L'héminégligence peut être partielle ou totale, allant parfois jusqu'à l'absence totale de prise en compte de l'hémi-espace en question : le sujet n'écrit, ne lit, ne dessine alors que sur un seul hémi-espace, et ne peut prêter attention à toute personne située dans l'autre hémi-espace.

(Gil, R., 2006)

La présence de troubles neuro-visuels et spatiaux peut donc être très invalidante pour le sujet. Dans les cas d'aphasie, elle peut limiter un peu plus les possibilités du sujet, par exemple dans le domaine de la communication. Nous verrons dans la troisième partie que ce type de troubles peut être problématique dans l'auto-évaluation de la douleur notamment.

E) Dépression et aphasie :

1. Le constat :

L'aphasie, comme nous l'avons vu, peut être une pathologie très lourde, altérant parfois grandement la communication. Nous pouvons alors nous demander comment elle est vécue par le sujet aphasique sur le plan psychologique. Quelles sont donc les données actuelles à ce sujet ?

Comme l'évoquent Bénéïm, Lorrain et leurs collègues en 2007 dans *Aphasies et aphasiques*, la dépression fait partie de ces éléments pour lesquels une auto-évaluation est difficile pour les patients aphasiques du fait de leurs difficultés langagières. Cependant, depuis bon nombre d'années, il est largement admis qu'en cas de maladie neurologique, les troubles dépressifs sont plus fréquents que dans la population générale : on retrouve ainsi 37,5 % de troubles dépressifs chez les sujets atteints d'une pathologie neurologique, contre 17,5% dans la population générale. Le

risque suicidaire est quant à lui cinq fois plus important dans la population avec affection neurologique que dans la population saine.

Après un accident vasculaire cérébral, plus spécifiquement, les chiffres sont plus variables. Il est toutefois question d'une prévalence des épisodes dépressifs majeurs après AVC de 19,3 % chez les patients hospitalisés et de 23,3% chez les sujets résidant à leur domicile. Dans la population globale, le chiffre concernant ce dernier point est de 10%. L'écart est donc conséquent.

Les données concernant un éventuel lien entre aphasie et dépression sont encore trop variables pour affirmer une telle corrélation. En effet, des contradictions apparaissent dans les études ayant tenté d'analyser l'impact du site lésionnel sur la fréquence de la dépression.

Quoi qu'il en soit, nous savons que la présence de troubles dépressifs après un AVC aggrave de manière importante le pronostic cognitif et fonctionnel. En effet, comme l'explique Gil en 2006, « *les dépressions majeures compliquant les lésions de l'hémisphère gauche ont des perturbations cognitives plus marquées que les malades non déprimés ayant des lésions comparables en taille et en localisation* ».

Alors, comment éviter une aggravation du pronostic du patient en cas de dépression ? Ceci passe par une prise en charge efficace de la dépression, qui, elle-même, nécessite une évaluation de qualité.

2. L'évaluation de la dépression chez le sujet aphasique :

C'est ainsi que sont apparus des outils spécifiques d'évaluation de la dépression chez le sujet aphasique. En effet, les difficultés communicationnelles fréquentes avec l'aphasie rendent difficile, voire impossible, l'utilisation d'échelles cliniques basées sur l'entretien avec le patient, c'est-à-dire l'auto-évaluation dans une modalité verbale.

Ainsi, trois outils spécifiques d'évaluation des symptômes dépressifs ont été créés pour la population aphasique :

- La batterie des *Visual Analog Mood Scales* (VAMS), composée d'échelles visuelles analogiques indicées par des visages dessinés exprimant, entre autres, la tristesse ;
- Le *Stroke Aphasic Depression Questionnaire* (SADQ), complété par un proche ou l'infirmier. Sa validité est en revanche limitée, puisqu'elle ne concerne pas les patients présentant des troubles de la compréhension ;
- L'*Aphasia Depression Rating Scale* (ADRS), enfin, validée de manière très rigoureuse, même auprès de patients dyscommunicants. Il s'agit d'un questionnaire à destination des soignants, rapide à remplir. La présence d'une valeur-seuil permet de suspecter fortement une dépression, avec une sensibilité à 83% et une spécificité à 71% par rapport à l'expertise du psychiatre. (Bénaïm, C., Cailly, B., et coll., 2004) (cf Annexe 2)

(Bénaïm, C., Lorrain, C., et coll., 2007)

Ainsi, la dépression chez le sujet aphasique présente un impact très néfaste quant au pronostic de l'aphasie. C'est pourquoi, en dehors de la souffrance associée à la dépression en elle-même, il est essentiel qu'elle soit prise en charge efficacement, donc évaluée de manière adaptée à cette population.

Nous verrons plus tard le lien important entre douleur et dépression, et en quoi la présence d'une dépression peut compliquer l'évaluation de la douleur.

Après avoir exposé une liste non exhaustive des capacités, incapacités et de leurs éventuelles conséquences auxquelles peuvent être confrontés les sujets aphasiques, nous allons désormais aborder la question de la douleur, dans un premier temps au niveau de la population générale.

Qu'est-ce que la douleur ? A l'heure actuelle, de quels moyens dispose-t-on pour l'évaluer ? A quels problèmes peut-on être confronté dans ce domaine ?

II. L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR:

A) Qu'est-ce que la douleur ?

En 1986, l'IASP (International Association for the Study of Pain) définissait la douleur comme *“une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en relation avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion”*. Cette définition est devenue la définition officielle de la douleur, reprise par l'OMS.

On distingue, sur le plan fonctionnel, trois types de douleurs :

- *La douleur aiguë* : Fonction essentielle du système nerveux, elle est en général ressentie comme intense. Provoquée par une agression (piqûre, brûlure, pincement), elle représente un signal d'alarme important, permettant un réflexe d'évitement et entraînant une augmentation de la vigilance dans un contexte dangereux. Elle peut durer jusqu'à environ quatre semaines.
- *La douleur subaiguë durable* : Il peut s'agir par exemple d'une douleur post-traumatique ou inflammatoire. Moins vive que la douleur aiguë, elle est cependant persistante. Elle provoque une inhibition de l'action et des comportements de recherche de l'étiologie du trouble. Ce type de douleur peut durer en moyenne de quatre semaines à trois mois de manière plus ou moins constante.
- *La douleur chronique* : L'ANAES en propose en 1999 la définition suivante : *« Une douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de trois à six mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne »*. Plutôt séquellaire, on l'appelle aussi *douleur-maladie*. Elle entraîne donc des retentissements tant physiques que psychologiques, comme une perte d'efficacité de l'individu ou

encore des troubles de l'humeur par exemple. Celle-ci ne présente plus de fonction de signal d'alarme, c'est pourquoi elle devient « maladie ».

(Binoche, T. et coll., 2005)

B) Objectifs et enjeux de l'évaluation de la douleur :

La science ne cesse d'évoluer dans le domaine du traitement de la douleur. Les progrès sont incontestables. Pourtant, cette évolution rapide se heurte à un problème majeur face au contrôle de la douleur : celui d'une mesure objective. En effet, le paradoxe réside dans ce double constat : une progression scientifique importante des moyens de soulagement de la douleur, et une imprécision de la mesure de la douleur. Il semble inconcevable d'accepter de mesurer de façon aussi approximative l'effet de technologies si évoluées, d'autant plus qu'« *une mesure imprécise entraîne un traitement imprécis* ». (Marchand, 2009)

Mais pourquoi est-il nécessaire d'évaluer la douleur ?

D'une part, il n'existe pas de relation proportionnelle entre l'importance de la lésion et la douleur exprimée par le patient. Il serait donc dangereux de se baser sur la lésion pour en tirer des conséquences sur l'intensité douloureuse.

D'autre part, il n'existe pas de marqueur spécifique de la douleur.

Les objectifs de l'évaluation globale de la douleur sont donc les suivants :

- Identifier et reconnaître les patients douloureux,
- Identifier les facteurs responsables de la douleur, afin d'adapter la thérapeutique à une étiologie parfois complexe,
- Utiliser un langage commun au sein de l'équipe soignante et avec les intervenants extérieurs, afin de favoriser l'homogénéité des décisions et de donner aux patients le même discours quel que soit le soignant,
- Fixer des objectifs réalisables en termes de soulagement de la douleur,

- Améliorer la qualité de vie par une meilleure efficacité des prescriptions.

(Metzger et coll., 2007)

Plus spécifiquement, évaluer l'intensité de la douleur de manière régulière permet de repérer l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse, et si nécessaire, d'y apporter des modifications. C'est une composante essentielle de l'évaluation de la douleur.

Evaluer la douleur dans sa globalité revient donc à objectiver un phénomène subjectif dont les enjeux sont très importants, pour le patient mais également pour le milieu médical.

C) Cadre de l'évaluation de la douleur :

L'évaluation de la douleur comporte plusieurs éléments, tous essentiels à une prise en charge efficace de celle-ci.

Le recueil de données est donc capital et se base sur l'histoire de la douleur du patient. Il peut comporter les informations suivantes :

- **L'histoire de vie du patient** : La connaissance du milieu familial, affectif, professionnel ou encore culturel du patient permet de mettre en contexte sa plainte douloureuse,
- **Les circonstances d'apparition de la douleur** : Quand est-elle apparue ? Comment ? Dans quel contexte ? Quelle a été son évolution ? Ces questions sont essentielles dans l'évaluation de la douleur,
- **L'histoire de la douleur** : Il s'agit ici du parcours du patient concernant sa douleur, son ancienneté, son éventuelle prise en charge, ou encore la manière dont le patient a l'habitude de se soigner,
- **La localisation de la douleur** : Où se situe la douleur ? Est-elle superficielle ou profonde, diffuse ou localisée ?

- **La qualité de la douleur**, soit la manière dont le patient pourrait qualifier sa douleur,
- **La périodicité de la douleur**, à savoir s'il s'agit d'une douleur permanente, intermittente, fluctuante ou encore favorisée par certaines circonstances (soins, moments de la journée),
- **L'intensité douloureuse** : La quantification de la douleur par le patient est-elle possible ? L'intensité de la douleur est-elle modifiée par certains facteurs ?
- **Le retentissement sur les activités quotidiennes et la qualité de vie** : Le patient peut-il faire les mêmes activités qu'avant l'apparition de ses douleurs ou est-il plus limité qu'avant?

(Metzger et coll., 2007)

Comme nous pouvons le voir ici, l'évaluation de la douleur présente de nombreuses composantes. Tous ces éléments sont à considérer afin d'en assurer une prise en charge optimale.

Cependant, un élément nous intéresse tout particulièrement ici: l'intensité douloureuse. C'est sur l'évaluation de celle-ci que nous allons donc désormais nous concentrer.

D) Les outils d'auto-évaluation de la douleur :

La douleur étant un phénomène subjectif dont les manifestations comportementales peuvent être variables d'un individu à l'autre, l'auto-évaluation de la douleur par le patient est la méthode à privilégier lorsqu'elle est réalisable.

En voici les différentes catégories :

1. Les échelles unidimensionnelles :

Celles-ci permettent une estimation globale de la douleur, ne prenant en compte que l'aspect quantitatif de la douleur. Elles n'en mesurent ainsi qu'une seule dimension : son intensité.

A l'heure actuelle, les échelles unidimensionnelles validées sont au nombre de trois :

a) L'échelle visuelle analogique (EVA):

Dans *Le médecin, le malade et la douleur* (2004), Patrice Queneau et Gérard Ostermann expliquent que cette échelle se présente sous la forme d'un segment de droite d'une longueur de 10 centimètres et dont les deux extrémités correspondent aux sensations extrêmes de douleur : « absence de douleur », et « douleur insupportable » par exemple. Entre ces deux extrémités, une ligne droite représente le continuum douloureux.

Si l'EVA se présente sous la forme écrite, le patient fait alors une marque à l'endroit lui semblant le mieux correspondre à son intensité douloureuse. La distance entre l'extrémité correspondant à l'absence de douleur et la marque faite par le patient représente l'intensité douloureuse. Celle-ci est donc reportée par l'évaluateur.

S'il s'agit d'une réglette, le patient doit alors placer le curseur à l'endroit lui semblant le mieux correspondre à son intensité douloureuse, la face de la réglette destinée au patient lui étant présentée. L'évaluateur reporte donc le score apparaissant sur la face destinée au soignant, face sur laquelle une graduation de 0 à 10 centimètres est présente. (cf Annexe 4)

L'EVA peut être horizontale ou verticale. Elle est parfois assortie de qualificatifs le long du segment de droite ou graduée sur la face destinée au patient. Elle peut également être destinée à évaluer le pourcentage de soulagement du patient.

L'EVA est simple et rapide d'utilisation. L'évaluateur doit en expliquer le fonctionnement avec des mots simples et compréhensibles pour le patient. Il doit

expliquer avec précision que plus le curseur est proche d'une des deux extrémités de la réglette et plus la douleur est importante ou plus elle est faible. (Thurel, C., et Serrie, A., 2002)

Dans tous les cas, ces échelles ne contiennent que du langage écrit, sans indice visuel supplémentaire. Une compréhension orale préservée étant également nécessaire pour comprendre la consigne, nous pouvons donc penser que l'accès à la compréhension de l'EVA classique par le sujet aphasique est compliqué.

Cette mesure peut être répétée à plusieurs reprises pendant le traitement, ce qui permet d'évaluer la cinétique d'action du médicament en question (efficacité, délai et durée d'action).

L'évaluateur ne doit en aucun cas influencer la mesure de l'intensité de la douleur.

Ce type de mesure est le plus employé, se révélant sensible, fidèle et reproductible. L'EVA est en effet « *actuellement considérée comme la méthode la plus précise pour évaluer la modification de l'intensité d'une douleur* » (Binoche et coll., 2005).

Cependant, les auteurs Queneau et Ostermann (2004) évoquent certaines limites de l'EVA:

- D'une part, la sensibilité est moins fine au milieu du segment qu'aux extrémités.
- De plus, l'orientation de l'échelle peut avoir une incidence sur l'interprétation qu'en fait le patient : l'échelle verticale peut ainsi être prise pour une figuration du rachis par exemple, et l'échelle horizontale, pour une représentation temporelle de l'apparition des douleurs.
- Certains éléments peuvent également biaiser la réponse du patient : des troubles dépressifs, des troubles visuels, ou encore des tremblements par exemple.

- Enfin, dans les cas où la communication verbale est altérée (comme dans l'aphasie, le coma, la démence ou encore un état de confusion), ce type d'évaluation devient impossible.

b) L'échelle numérique (EN) :

Celle-ci peut être présentée sous la forme écrite ou orale.

Elle comprend le plus souvent une série de 11 chiffres, de 0 à 10 : le 0 correspond à l'absence de douleur, et le 10 à la douleur maximale imaginable. Le patient doit donner, parmi les chiffres de cette série, celui correspondant le mieux à son intensité de douleur. L'évaluateur relève alors ce chiffre.

Certaines échelles numériques ne comportent que 6 chiffres (de 0 à 5) ou, parfois, 21 chiffres (de 0 à 20). Le principe reste le même.

Cette échelle est reproductible, fiable, mais moins sensible que l'EVA. En effet, si les intervalles sont égaux, les patients ont cependant tendance à préférer certaines valeurs à d'autres. (Queneau, P., Ostermann, G., 2004)

c) L'échelle verbale simple (EVS) :

Cette échelle d'auto-évaluation unidimensionnelle de la douleur peut également être présentée sous la forme écrite ou orale.

Elle comprend une liste de qualificatifs présentés dans un ordre croissant du point de vue de l'intensité douloureuse qu'ils représentent. La version la plus utilisée comporte cinq qualificatifs : *Pas de douleur*, *Douleur faible*, *Douleur modérée*, *Douleur intense*, *Douleur extrêmement intense*. Parmi ces qualificatifs, le patient doit choisir celui qui correspond le mieux à l'intensité de sa douleur.

Si cette échelle est fiable et reproductible, elle est considérée comme étant moins sensible et moins précise que l'EVA et l'EN. C'est d'autant plus le cas lorsque

le nombre de qualificatifs est très restreint (par exemple dans l'échelle en quatre points). A contrario, lorsque l'échelle présente trop de qualificatifs (c'est le cas de l'échelle en 17 points), des difficultés de compréhension apparaissent alors souvent, les nuances entre les adjectifs étant trop faibles. (Queneau, P., Ostermann, G., 2004)

De manière générale, il est important d'utiliser toujours la même échelle avec un patient afin de suivre l'évolution de son intensité douloureuse. Les changements d'échelle pour un même patient sont contre-indiqués. (Thurel, C., Serrie, A., 2002)

Comme nous pouvons le constater, ces échelles d'auto-évaluation de la douleur utilisent systématiquement le langage oral pour permettre aux patients d'en comprendre le fonctionnement : elles nécessitent donc une compréhension orale préservée. De plus, ces échelles comportent toutes du langage écrit et ne proposent ni images ni couleurs afin de pallier un éventuel trouble de compréhension du langage écrit. En effet, nous savons que l'utilisation de moyens de communication non verbaux peut faciliter la compréhension du sujet aphasique : pourquoi donc ne pas avoir recours à des indices visuels supplémentaires comme la photographie ? De même, nous pouvons imaginer que la compréhension orale pourrait être contournée par un recours aux gestes et aux mimiques de la part de l'évaluateur.

2. Les échelles multidimensionnelles :

Contrairement aux échelles unidimensionnelles, ces échelles multidimensionnelles ne prennent pas seulement en compte l'intensité de la douleur, mais aussi son retentissement sur la vie du patient. Les aspects quantitatif et qualitatif sont alors réunis pour plus d'informativité.

Des questionnaires de la douleur existent donc dans ce cadre. Ceux-ci comportent des adjectifs qualificatifs analysant principalement les composantes

sensorielles et émotionnelles de la douleur. Les questionnaires sont divisés en plusieurs rubriques, chaque catégorie étant composée de sous-classes.

Comme le présentent Queneau et Ostermann en 2004, le MPQ (Mac Gill Pain Questionary) a ainsi été élaboré en 1975 par Melzack et Wall. Il comprend 82 qualificatifs répartis en 20 classes, celles-ci exprimant les aspects qualificatifs, évaluatifs, sensoriels et affectifs de la douleur. Le patient choisit les adjectifs correspondant le mieux à son état au moment de l'évaluation. Il ne doit pas cocher plus d'un mot par classe, mais n'est pas tenu de choisir un mot dans chaque classe.

Cette échelle a fait l'objet de plusieurs adaptations, dont le QDSA (Questionnaire Douleur Saint-Antoine) en France. Celui-ci comporte 61 qualificatifs répartis en 17 catégories : 9 sensorielles, 7 affectives, et 1 évaluative. (Queneau, P., Ostermann, G., 2004)

Différentes études ont montré la validité de cette échelle, qui apprécie non seulement l'intensité de la douleur mais aussi son retentissement. Le vocabulaire de la douleur possède une valeur d'orientation diagnostique et d'identification du mécanisme en cause, et permet une analyse du retentissement affectif de la douleur (Binoche, T., Martineau, C., 2005).

Cependant, ces échelles sont plus longues à traiter, ne se prêtent pas à des mesures répétées et sont plutôt utilisées pour des douleurs chroniques. De plus, elles nécessitent une bonne connaissance de la langue et l'absence de troubles du langage (Belin, C., Gatt, M-T., 2006).

Ainsi, nous avons vu que l'auto-évaluation était le mode d'évaluation de la douleur à privilégier. Or, au vu des troubles aphasiques évoqués précédemment, nous pouvons penser que l'auto-évaluation de la douleur telle qu'elle se présente à l'heure actuelle n'est pas adaptée à cette population. Quels sont alors les autres recours possibles ?

E) Les outils d'hétéro-évaluation comportementale de la douleur :

Ces échelles ont été créées pour les patients dyscommunicants et/ou ayant des troubles cognitifs importants. En effet, en présence d'une altération de la communication verbale, l'auto-évaluation de la douleur a toujours été considérée comme difficile, voire impossible. Il est alors admis que les répercussions de la douleur sur le comportement sont des éléments assez fiables pour en évaluer la sévérité. Selon les critères de l'American Geriatric Society (AGS), ces comportements sont les suivants : expressions faciales, verbalisations et vocalisations, positions du corps, comportements relationnels, activités quotidiennes, et troubles de l'humeur. (Belin, C., Gatt, M-T., 2006)

Les principales échelles d'hétéro-évaluation de la douleur sont les suivantes :

1. Doloplus 2 :

Il s'agit de l'une des échelles les plus utilisées chez les personnes âgées. Elle est disponible en version française et anglaise, et comprend 10 items regroupés sous 3 parties :

- Le retentissement somatique : plaintes somatiques, position antalgique au repos, protection des zones douloureuses, mimiques, et sommeil,
- Le retentissement psychomoteur : toilette et/ou habillage, et mouvements,
- Le retentissement psychosocial : communication, vie sociale, et troubles du comportement.

Chaque item est coté de 0 à 3.

A partir de 5/30, il est considéré qu'une douleur est présente ; un score de 30/30 reflète une douleur intense.

Une limite de cette échelle est qu'elle requiert pour l'évaluateur une bonne connaissance des comportements du patient avant l'apparition des douleurs. Ainsi, son utilisation est à éviter dans les unités de soins aigus, où les patients sont présents sur du très court terme. (Chatelle, C., et coll., 2008)

2. ECPA (Echelle comportementale pour les personnes âgées) :

Cette échelle comporte 8 items répartis sur deux périodes d'observation avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4 :

- *Cinq minutes avant les soins* : regard et mimiques, position spontanée, mouvements, et relation à autrui,
- *Durant les soins* : anticipation anxieuse, mobilisation, réactions pendant les soins des zones douloureuses, et plaintes.

Le score peut donc varier de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur intense).

Les termes employés dans l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants. Le temps de cotation varie entre 1 et 5 minutes. (ANAES, Octobre 2000)

3. Algoplus :

Créée par le collectif Doloplus et validée en 2007, l'échelle Algoplus est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale. Elle a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé pour tous les cas où l'on estime qu'une auto-évaluation fiable n'est pas praticable.

Elle présente 5 items :

- les expressions du visage,
- le regard,

- les plaintes émises,
- les attitudes corporelles,
- le comportement général.

(cf Annexe 2)

Chaque item comporte plusieurs exemples de comportements. La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit à coter « oui » l'item considéré. Un point est alors noté ici. Un score supérieur ou égal à 2/5 permet de diagnostiquer la présence d'une douleur avec une sensibilité de 87 % et une spécificité de 80 %.

(Rat, P. et coll., 2010)

4. PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate):

Validée en français, cette grille d'observation de la douleur pour les personnes âgées ayant des capacités réduites à communiquer comporte 60 items répartis selon 4 parties :

- Expressions faciales,
- Activités et mouvements du corps,
- Comportement/personnalité/humeur,
- Autres.

Le score peut donc varier de 0 à 60. (Chatelle, C. et coll., 2008)

F) Evaluation de la douleur en fonction du terrain:

Comme l'explique Jean Vibes dans son *Guide de la douleur* (2001), « *les douleurs aux âges extrêmes de la vie ont en commun d'être sous-évaluées et insuffisamment traitées* ». Le langage verbal étant la plus éloquente des manières de manifester une douleur, l'absence ou la simple limitation de la parole nécessite de la part du soignant une plus grande attention à un autre aspect de la communication : le comportement douloureux. C'est pourquoi une hétéro-évaluation de la douleur est souvent considérée comme nécessaire. Cependant, ce comportement douloureux est délicat à interpréter, ce qui entraîne surestimation et sous-estimation de la douleur, l'expérience montrant que c'est souvent cette dernière qui prime.

La sous-évaluation de la douleur pour ces populations entraîne donc souvent une insuffisance de son traitement. Cette insuffisance peut également s'expliquer par une certaine prudence thérapeutique : le métabolisme, à ces âges de la vie, est différent de celui de l'âge adulte moyen. Le rapport bénéfices/risques quant à la prescription d'antalgiques est donc souvent problématique. (Vibes, J., 2001).

Ainsi, pour ces populations, des adaptations sont nécessaires quant à l'évaluation de la douleur. Il existe donc pour ces personnes des outils spécifiques, variant selon l'âge et les capacités cognitives du patient.

1. Chez les enfants :

Moins aptes à communiquer leurs expériences que les adultes d'âge moyen, les enfants obligent le personnel médical à s'appuyer davantage sur le langage non-verbal que sur le langage verbal pour évaluer leur intensité douloureuse. Cette méthode accroît le risque d'erreurs d'interprétation. Pourtant, une évaluation fine et adaptée est indispensable afin de porter un diagnostic précis et de déterminer le mode de traitement optimal. (Marchand, S., 2009)

a) Enfants âgés de plus de 6 ans :

L'EVA reste ici l'outil d'auto-évaluation de référence de cette classe d'âge. Elle est habituellement présentée verticalement, avec des extrémités formulées en termes neutres et sans éléments ludiques.

L'échelle des quatre jetons a également été créée pour cette population : elle consiste à « prendre autant de jetons que l'on a mal ».

Existe également l'échelle des six visages (Faces Pain Scale – Revised, ou FPS – R): ces visages dessinés sont présentés à l'enfant, qui doit choisir celui qui correspond le mieux à son ressenti douloureux. Ils représentent, de gauche à droite, des ressentis de plus en plus douloureux, allant de l'absence de douleur (visage souriant) à une douleur insupportable (visage grimaçant).

b) Enfants âgés de 4 à 6 ans :

L'EVA peut encore être tentée ici, conjointement à un autre outil d'auto-évaluation (jetons ou échelle des six visages). Si les scores obtenus par les deux outils sont divergents, ils doivent être considérés comme non valides, c'est-à-dire non informatifs. Dès lors, seule l'hétéro-évaluation est possible.

c) Enfants âgés de moins de 4 ans :

L'évaluation de la douleur repose ici principalement sur l'hétéro-évaluation.

Parmi les échelles existantes, les plus validées sont les suivantes :

- pour le diagnostic et l'évaluation de l'intensité de la douleur postopératoire immédiate :
 - l'échelle d'Amiel-Tison inversée, chez l'enfant âgé de 1 mois à 3 ans,
 - l'échelle OPS (*Objective Pain Scale*) à partir de l'âge de 2 mois,

- l'échelle CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) de 1 à 6 ans;

 - pour le diagnostic et l'évaluation de l'intensité des autres douleurs aiguës à leur début :
 - la NFCS (Neonatal Facial Coding System) abrégée, jusqu'à 18 mois,
 - l'échelle CHEOPS de 1 an à 6 ans ;

 - pour l'évaluation d'une douleur aiguë évoluant depuis plusieurs heures :
 - l'échelle DEGRR (Douleur Enfant Gustave-Roussy) peut être utilisée entre 2 et 6 ans,
 - il est également possible d'utiliser une appréciation générale du comportement de l'enfant : existence d'une perturbation des activités de base de l'enfant : bouger, jouer, dormir, parler, manger (en association avec un contexte où l'existence d'une douleur est possible).
- (ANAES, Mars 2000)

2. Chez les personnes âgées :

La finalité de l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ne diffère pas de celle de l'évaluation de la douleur de l'enfant ou de l'adulte d'âge moyen. Cependant, la douleur de cette population est souvent sous-estimée car son diagnostic est difficile.

La prévalence de la douleur chez les personnes âgées est mal connue mais augmente avec l'âge. Certaines études démontrent que près de 40 % des personnes âgées de plus de 80 ans présentent des douleurs fréquentes ou permanentes.

Ainsi, il est dangereux de considérer que la personne âgée ressent moins les phénomènes douloureux. Cette erreur de jugement est favorisée par le fait que l'appréciation et l'expression de la douleur diminuent avec l'âge, phénomène à mettre en lien avec l'altération de la communication verbale fréquente chez les personnes âgées, notamment dans les cas de démence.

Pour toutes ces raisons, l'évaluation de la douleur doit être adaptée aux possibilités de ces patients âgés :

- Si le patient âgé présente des capacités cognitives et une communication verbale préservées, alors l'évaluation sera semblable à celle d'un adulte d'âge moyen, soit un interrogatoire et l'utilisation d'échelles d'évaluation comme l'EVA.
- En revanche, en cas d'atteinte de la communication verbale, une hétéro-évaluation de la douleur est proposée en pratique courante au moyen d'une échelle validée (cf II. E.).

(Queneau, P., Ostermann, G., 2004)

Comme nous venons d'en faire le constat, l'évaluation de la douleur aux âges extrêmes de la vie est souvent compliquée.

Mais d'autres situations peuvent rendre difficile l'évaluation de la douleur.

3. En cas de troubles psychiatriques :

Comme l'expliquent Thierry Binoche et Caroline Martineau en 2005 dans leur *Guide pratique du traitement des douleurs*, certaines affections psychiatriques peuvent donner un caractère atypique à l'expression douloureuse.

- En cas de **trouble factice**, par exemple, le patient peut jouer un rôle de malade sans chercher à en tirer un quelconque bénéfice. Des douleurs sont alors exprimées, parfois même des affections somatiques entraînant des douleurs sont créées par le patient. Dans le **syndrome de Munchhausen**, en revanche, des douleurs sont exprimées, mais avec un objectif précis : subir des interventions chirurgicales et/ou médicales. En cas de **simulation**, enfin, le sujet feint une douleur afin d'en tirer bénéfice, et peut cesser ses plaintes dès lors qu'il n'y trouve plus d'intérêt.

- Certaines **personnalités pathologiques** peuvent également se servir de leurs symptômes dans le cadre de comportements sociopathes ou addictifs.
- Chez les **patients schizophrènes**, la douleur ne serait pas perçue, avec cependant un rétablissement partiel de la sensibilité douloureuse grâce au traitement neuroleptique. Cependant, les douleurs sont parfois exprimées sous la forme d'idées délirantes, et des hallucinations cénesthésiques (relatives aux sensations corporelles) accompagnent parfois certains délires.
- En cas de **paranoïa**, c'est principalement la relation soignant/patient qui est décisive dans la prise en charge douloureuse. Une trop grande proximité, ou, à l'inverse, une distance trop importante avec le patient peut être très mal vécue et susciter un refus d'investigation voire de soin de la part du patient, alimentant son délire.
- Enfin, les **troubles dépressifs** peuvent se manifester principalement par des plaintes douloureuses, sur un mode algique prédominant (dépression masquée). La présence d'une dépression chez le sujet peut donc le conduire à exagérer l'intensité douloureuse ressentie. A contrario, il arrive également qu'un sentiment extrême de culpabilité et d'indignité du patient le conduise à refuser tout soin médical. Il risque alors de sous-évaluer l'intensité de sa douleur, et cette négligence volontaire peut avoir des conséquences très graves. Ainsi, dépression et douleur sont deux phénomènes très liés, et il est difficile de savoir si l'un est à l'origine de l'autre. Une douleur chronique persistante peut en effet également retentir sur l'humeur et favoriser l'apparition de troubles dépressifs. Il apparaît donc nettement que la présence d'une dépression complique l'évaluation de la douleur.

Ces éléments montrent bien l'aspect particulier de la prise en charge de la douleur, y compris de son évaluation, avec ces patients atteints de troubles psychiatriques. L'auto-évaluation de la douleur est donc à considérer avec réserve et prudence dans cette situation.

Une étude sur la douleur en santé mentale, réalisée par Serra, Saravane et leurs collègues (2007), apporte certaines informations supplémentaires quant à l'évaluation de la douleur auprès des patients atteints de troubles psychiatriques. A destination des Chefs des Services de Psychiatrie des Centres Hospitaliers, des Centres Hospitaliers Spécialisés, et des Chefs des Services de Pharmacie des Centres Hospitaliers Spécialisés, les questionnaires ont donné les résultats suivants :

- 29% des patients psychotiques ne sont suivis ni par un médecin traitant, ni par un psychiatre formé à la douleur,
- 71% des répondants estiment que leurs équipes ne sont pas formées à la douleur,
- 54% des personnes interrogées estiment que la douleur, chez le patient souffrant de troubles psychiques, ne s'évalue et ne se traite pas de la même manière que chez un autre individu,
- 68% des psychiatres formés à la douleur n'utilisent pas l'EVA.

Ainsi, si les patients avec troubles psychiatriques peuvent avoir des comportements particuliers face à la douleur, ces chiffres laissent penser que le personnel soignant est quelque peu démuni face à l'évaluation de la douleur de ces patients. En effet, en plus d'un cadre particulier d'évaluation de la douleur, les équipes semblent trop peu formées à la douleur. Ce constat met en évidence la nécessité de formation des équipes de psychiatrie à la douleur et l'importance d'une adaptation des outils d'évaluation à cette population.

Ainsi, nous pouvons voir qu'une évaluation efficace de la douleur représente une base essentielle pour une prise en charge de qualité. Les outils d'évaluation sont nombreux, mais pas toujours adaptés à certaines populations.

Mais qu'en est-il de la douleur du sujet aphasique ? A l'heure actuelle, que sait-on de l'évaluation de la douleur dans le domaine de l'aphasie ? Certains troubles aphasiques peuvent-ils représenter un obstacle à une évaluation efficace de la douleur ?

Nous allons aborder ces questions dans la partie suivante.

III. DOULEUR ET APHASIE :

A) Situations cliniques : les douleurs fréquemment rencontrées suite à un accident vasculaire cérébral :

Comme tout être humain, le sujet ayant subi un AVC est susceptible de faire face à des douleurs de tous types. Cependant, certaines douleurs spécifiques ou secondaires à l'AVC viennent s'ajouter à cette période, rendant alors le risque de ressentir des phénomènes douloureux plus important que chez un sujet sain.

Voici donc une présentation de ces particularités pouvant être rencontrées dans les suites de l'AVC.

- ***Les douleurs spécifiques à l'AVC :***

La survenue d'un AVC peut être à l'origine de douleurs centrales lorsqu'il intéresse le thalamus ou les régions pariétales qui lui sont reliées. On parle alors de douleur thalamique, composante essentielle du syndrome thalamique. En présence d'une lésion thalamique, les douleurs sont présentes dans 80 % des cas, apparaissant entre un mois (dans 90 % des cas) et un an post-AVC. (Baud, P., 2007).

Le syndrome thalamique se caractérise par :

- Des troubles de la motricité,
- Des troubles de la sensibilité superficielle et profonde,
- Une hémiparésie et une hémiaspéciosité,
- Une douleur intolérable,
- Des mouvements choréo-athétosiques.

Il est généralement la conséquence d'une lésion ischémique intéressant le territoire ventro-postéro-latéral du thalamus. La lésion peut également toucher la capsule interne, le centre semi-ovale ou le cortex pariétal. Ce tableau est le plus

souvent dû à une occlusion des branches de l'artère cérébrale postérieure, mais il peut également être la conséquence d'un accident vasculaire hémorragique.

La douleur thalamique est décrite comme inhabituelle, intense, spontanée, constante, continue, et touchant l'hémicorps opposé à la lésion. Elle associe un fond douloureux permanent à une sensation de brûlure. Sur ce fond continu, se greffent des paroxysmes hyperalgiques spontanés ou provoqués par la moindre stimulation (bruit, mouvements, émotions, anxiété, froid ou chaleur).

- **Les douleurs secondaires à l'AVC :**

- Les céphalées : dans 16 à 27 % des cas d'infarctus cérébral ;
- Le syndrome de l'épaule douloureuse : il existe le plus souvent une association complexe entre une subluxation inférieure de l'articulation gléno-humérale, une souffrance tendineuse du long biceps ou des muscles de la coiffe, secondaire au déficit moteur, et un syndrome algoneurodystrophique. Ce dernier constitue l'un des phénomènes douloureux les plus fréquemment rencontrés dans l'hémiplégie par accident vasculaire cérébral. Ce syndrome douloureux s'accompagne de plusieurs phénomènes : une diminution de l'amplitude des mouvements de l'épaule mais aussi du poignet et des doigts, un œdème de la main, des troubles trophiques, des troubles de la sudation, un amincissement de la peau, et une modification des phanères.
- Les douleurs spastiques : la survenue secondaire d'une spasticité est une complication spécifique de l'hémiplégie. Elle peut devenir gênante par la douleur et les conséquences fonctionnelles qu'elle entraîne. Elle est responsable d'une limitation de l'amplitude des articulations concernées, puis de l'installation d'attitudes vicieuses avec déformations articulaires irréductibles. Ces complications sont elles-mêmes à l'origine de douleurs chroniques.

(Djian, 2002).

B)Données sur l'évaluation de la douleur chez le sujet aphasique :

Encore peu d'études se sont penchées sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge de la douleur chez la population aphasique.

Cependant, cette population est connue pour rencontrer des problèmes de communication verbale tant sur le plan expressif que réceptif, mais aussi oral et écrit. Nous pouvons donc imaginer que l'évaluation de la douleur fait l'objet de situations à peu près similaires à celles rencontrées avec les personnes âgées, soit des problèmes de compréhension et/ou d'expression pouvant limiter la possibilité d'une évaluation par le sujet lui-même.

Certaines études se sont tout de même penchées sur cette question de l'évaluation de la douleur des sujets aphasiques. En voici les résultats :

➤ L'étude HAS sur l'évaluation de la prise en charge de la douleur chez le patient cérébro-lésé dyscommunicant :

Réalisée en 2010, cette étude, menée par Bonnin-Koang, Froger et leurs collègues, se base sur le constat suivant: l'expression de la douleur est souvent complexe chez les patients victimes de lésion cérébrale en présence de troubles de la communication verbale. Les auteurs ont donc cherché à mesurer la qualité de la prise en charge de la douleur de patients cérébro-lésés, avec pour objectif principal d'identifier les outils d'évaluation utilisés. L'un des objectifs secondaires de l'étude était d'améliorer l'aspect multi-disciplinaire de la prise en charge entre les différents acteurs de soin, ainsi que la transmission de l'information.

Pour cela, dans une analyse rétrospective, deux audits cliniques ciblés ont été menés dans l'unité de rééducation et de réadaptation neurologique du CHU de Nîmes : 40 dossiers étaient répartis en deux groupes comparables tirés au sort de patients aphasiques et non aphasiques.

Le premier audit, datant de novembre 2008, a montré que la douleur était largement sous-estimée, s'agissant non seulement des patients aphasiques mais également des non aphasiques. L'évaluation de la douleur, lorsqu'elle était réalisée, n'était quantifiée par aucune échelle d'auto-évaluation et encore moins complétée par une hétéro-évaluation. 80 % des patients douloureux ont été traités à l'admission. La fréquence de réévaluation de la douleur diminuait au cours du séjour. Et les patients aphasiques ont été moins souvent évalués que les patients non aphasiques, ce qui met en avant les limites des outils d'auto-évaluation actuels.

Durant sept mois, des actions d'amélioration ont été mises en œuvre dans cette unité : des réunions de sensibilisation à l'ensemble des équipes ont été menées, ainsi que des formations internes sur le maniement des échelles, avec distribution exhaustive de réglettes EVA aux patients (en version verticale colorée).

L'impact de ces actions a été significatif : en juin 2009, le deuxième audit a mis en évidence une évaluation quantifiée de la douleur plus exhaustive dès l'admission par chaque acteur de soin. Cependant, est mise en lumière une sous-évaluation probable de la douleur en présence d'aphasie. En effet, à l'admission, était notée la présence de douleurs chez 70 % des patients. Ce constat n'était présent que chez 41,7 % des patients aphasiques. De même, pendant le séjour, 55 % des patients étaient considérés comme étant douloureux. Parmi les patients aphasiques, seulement 33,3 % l'étaient. Enfin, si 3 évaluations de la douleur ont été réalisées en 4 semaines pour l'ensemble des patients, il n'y en a eu que 2,1 pour les patients aphasiques. (Bonnin-Koang, H.-Y., et coll., 2010)

Ainsi, ces chiffres dénotent une sous-évaluation générale de la douleur et la nécessité d'actions de sensibilisation auprès des équipes soignantes afin d'améliorer ce constat. Mais ils posent également la question d'une probable sous-évaluation de la douleur de la population aphasique. Les outils d'évaluation utilisés en pratique courante seraient-ils donc inadaptés pour ces patients ?

➤ **Une étude québécoise: Differences in pain medication use in stroke patients with aphasia and without aphasia:**

Parue en 1997 dans le magazine „Stroke’, cette étude avait pour but d’analyser les différences dans la prise d’antalgiques entre des patients aphasiques et des patients non aphasiques suite à un AVC, dans un hôpital québécois. Pour cela, trois groupes ont été réalisés : un groupe de patients non aphasiques, un groupe de patients présentant une aphasie légère à modérée, et un groupe de patients avec aphasie sévère.

Les résultats sont les suivants :

- Si les proportions d’individus à qui l’on a prescrit des antalgiques sont semblables en fonction des groupes, il n’en est pas ainsi quant à la prise effective d’antalgiques.

En effet, pendant les 21 premiers jours d’hospitalisation, 88 % des patients non aphasiques en ont réellement consommés, contre 51 % pour les patients avec aphasie légère à modérée, et 55 % pour les patients avec aphasie sévère.

Concernant les 5 derniers jours d’hospitalisation, le constat est le même : 56 % des patients non aphasiques ont eu les antalgiques qui leur avaient été prescrits, contre 29 % des patients avec aphasie légère à modérée, et 27 % des patients avec aphasie sévère.

- Le deuxième constat concerne les dosages des antalgiques, et suit la tendance du premier :

Durant les 21 premiers jours d’hospitalisation, le groupe de patients avec aphasie sévère a reçu quotidiennement moins d’antalgiques que le groupe de patients non aphasiques. C’était également très souvent le cas pour les patients avec aphasie légère à modérée.

Cette étude met donc en lumière le problème des traitements antalgiques trop souvent inadaptés pour les patients aphasiques. Ce constat est à mettre en lien avec les difficultés du personnel soignant à identifier et à évaluer correctement les besoins de cette population, qui peine à les exprimer. (Kehayia, E., et coll., 1997)

➤ **Une étude sur l'utilisation de l'échelle des visages pour la population aphasique : Use of the faces pain scale by left and right hemispheric stroke patients :**

Paru en 2007 dans la revue *Pain*, cet article expose les résultats d'une étude qui a testé l'efficacité de l'échelle des visages (cf. II. F. 1.) dans une version verticale pour la douleur chez les patients cérébro-lésés. Deux groupes faisaient partie de l'étude : l'un était constitué de patients ayant subi un accident vasculaire cérébral dans l'hémisphère droit, l'autre dans l'hémisphère gauche. Deux corrélations étaient établies sur les douleurs de l'épaule :

- Une corrélation à l'échelle visuelle analogique indicée : cette échelle, verticale, présente un dégradé de couleurs du rose pâle au rouge vif. La bande de couleur est, de plus, plus fine en bas, au niveau « pas de douleur », qu'en haut, au niveau « douleur maximale ». Le patient désigne sur cette bande l'endroit correspondant le mieux à sa douleur (Pélissier, J., Pellas, F., et coll., 2009) ;
- Une corrélation à l'échelle verbale simple.

Les résultats sont les suivants : une forte corrélation est retrouvée pour les deux groupes entre l'échelle des visages et l'EVA indicée, et entre l'échelle des visages et l'EVS. Cependant, l'échelle des visages est plus fiable chez les patients cérébro-lésés gauches, alors que l'EVA indicée est plus adaptée chez les patients cérébro-lésés droits.

Ainsi, si cette étude tend à prouver l'efficacité de l'échelle des visages chez les patients cérébro-lésés gauches, ses conclusions contiennent cependant des réserves : l'utilisation unique de l'échelle des visages n'est pas recommandée, la variabilité des troubles cognitifs et perceptifs chez ces patients étant trop grande. Il est donc conseillé de disposer également de l'EVA indicée. De plus, d'autres études seraient nécessaires pour prouver la sensibilité de l'échelle des visages auprès de cette population. (Bénaïm, C, Froger, J. et coll, 2007)

Nous pouvons ici penser que cette échelle des visages présente des expressions faciales qui pourraient faire l'objet d'erreurs d'interprétation par le patient : en effet, l'expression douloureuse pourrait être prise pour une expression de colère ou encore de tristesse. Ce biais possible pourrait éventuellement être annulé par la présence de photographies de vrais visages sur une échelle de douleur, peut-être plus significatives que des dessins pour le patient.

Nous pouvons également imaginer que le nombre de visages sur l'échelle représente une quantité d'informations trop importante pour le sujet aphasique. L'analyse déductive de l'expression de chaque visage pouvant être trop coûteuse, il semblerait plus adapté de ne sélectionner que les sensations extrêmes de douleur afin de faciliter la compréhension de l'outil en privilégiant le recours à l'implicite pour les ressentis intermédiaires. Le support utilisé avec le sujet aphasique doit présenter le moins d'ambiguïtés possible.

Enfin, l'utilisation de deux échelles de douleur présente un inconvénient notable pour le soignant, puisqu'elle requiert la connaissance des deux échelles par l'évaluateur et nécessite un temps d'évaluation plus important. Nous pouvons donc penser que, d'un point de vue pratique, l'utilisation d'une seule échelle serait souhaitable.

C) Des troubles aphasiques pouvant limiter l'auto-évaluation de la douleur :

Après avoir fait le constat d'une évaluation de la douleur compliquée pour la population aphasique, analysons désormais les troubles pouvant être à l'origine de ces difficultés.

1. Les troubles réceptifs :

a) En modalité orale :

Nous avons pu constater que les différents outils d'auto-évaluation de la douleur actuellement utilisés passent tous par une consigne verbale. Le principe des échelles est en effet expliqué à l'oral au patient. Ceci requiert donc une intégrité de la compréhension orale.

Prenons par exemple la consigne de l'EVA suivante, retrouvée dans de nombreux ouvrages :

« Je vous propose d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable. Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante.

L'autre extrémité correspond à pas de douleur. Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante. »

Ici, que l'atteinte sur le plan réceptif soit phonético-phonologique, sémantique, ou syntaxique, la consigne ne peut être comprise par le sujet aphasique.

- Au niveau phonético-phonologique : un trouble massif entraîne chez le sujet aphasique une impossibilité à discriminer les sons perçus, à les décoder. Les mots n'évoquent donc rien au patient, et la compréhension globale de la consigne est impossible.
- Au niveau sémantique : si la discrimination des sons est ici possible, c'est l'accès au sens des mots qui est altéré. Ainsi, des termes comme « intensité » ou « extrémité » peuvent ne renvoyer à aucune représentation sémantique chez le sujet aphasique par exemple. La compréhension globale de la consigne est de ce fait limitée.
- Au niveau syntaxique : les mots, compris isolément ici, n'ont plus de sens une fois combinés entre eux. Les phrases sont alors difficilement comprises,

d'autant plus lorsque la structure grammaticale est complexe : ici, par exemple, nous pouvons imaginer que l'emploi de la structure analogique « plus... plus... » et « plus... moins... » est particulièrement difficile d'accès pour un patient présentant un tel trouble.

Cette analyse dénote bien la difficulté à laquelle peut être confronté le sujet aphasique face à une consigne orale de ce type. Ce problème est majoré lors de l'atteinte de plusieurs niveaux chez une même personne. Le sujet ne peut alors s'appuyer sur ces informations pour effectuer ce qui lui est demandé.

De plus, la longueur de l'énoncé peut être problématique : en effet, sur le plan mnésique, un effet de récence peut apparaître, signifiant alors un oubli du début de l'énoncé. Un effet de primauté représente quant à lui une moindre fixation en mémoire de la fin de la consigne. Quoi qu'il en soit, une analyse précise de l'énoncé oral est difficilement réalisable.

Qu'en est-il alors des informations écrites ?

b) En modalité écrite :

Si l'accès aux informations orales est compliqué pour le sujet aphasique, voyons désormais sur quelles données visuelles il peut s'appuyer parmi les outils d'auto-évaluation de la douleur existants.

L'échelle numérique (EN) ainsi que l'échelle des visages ne comportent pas de langage écrit. En présence de troubles de la compréhension écrite, nous pouvons donc penser que l'accès au sens de ces échelles est possible pour le sujet aphasique. Or, elles reposent toutes les deux sur une consigne orale, ce qui reste problématique en cas de trouble de la compréhension orale. De plus, l'échelle numérique ne contient aucun indice visuel afin de faciliter la compréhension du patient : la succession de chiffres pourrait alors renvoyer à n'importe quel thème. Aucun élément, visuellement, ne permet de comprendre que l'on parle de la douleur. L'échelle des visages, quant à elle, comprend des éléments visuels plus informatifs

que l'échelle numérique, puisque six dessins de visages représentent des degrés progressifs de ressentis douloureux. Cependant, ces expressions peuvent être mal interprétées, prises pour des expressions de tristesse ou de colère par exemple, et non de douleur.

Quant aux autres échelles d'auto-évaluation de la douleur, la présence de langage écrit est systématique et de manière plus ou moins importante. Ainsi, en présence d'une alexie, quelle qu'en soit la modalité, la compréhension de ces termes peut être très difficile, d'autant plus qu'aucun indice visuel supplémentaire ne vient illustrer les termes.

Ainsi, comme nous pouvons le voir, un trouble de la compréhension orale et/ou écrite, l'un n'allant que rarement sans l'autre, peut rendre très difficile, voire impossible, l'auto-évaluation de la douleur avec les outils actuellement disponibles. Qu'en est-il alors du versant productif ? Dans quelle mesure la présence d'un trouble de l'expression orale et/ou écrite peut limiter l'auto-évaluation de la douleur?

2. Les troubles expressifs :

a) En modalité orale :

L'échelle numérique, tout comme l'échelle verbale simple, peut se présenter sous la forme orale. Dans ce cas, le sujet doit avoir à la fois une compréhension et une expression orales préservées. Ainsi, en présence d'une stéréotypie, par exemple, ou de paraphasies, le patient aphasique peut ne pas parvenir à se faire comprendre par le langage oral. L'auto-évaluation est alors compromise.

De manière plus générale, en situation douloureuse, un patient présentant des difficultés pour s'exprimer peut faire face à des erreurs d'interprétation de la part de ses interlocuteurs. Ses plaintes peuvent être ainsi prises pour des expressions de tristesse ou de colère par exemple. Nous pouvons alors penser que la frustration, conséquence probable de cette situation d'incompréhension, peut conduire le sujet à ne plus exprimer ses douleurs, comme résigné. Sa douleur n'est pas entendue, alors

il la tait. Les conséquences sur le plan de la prise en charge de la douleur peuvent donc être très néfastes.

b) En modalité écrite :

Si aucune échelle d'auto-évaluation de la douleur ne requiert d'écrit de la part du patient, nous pouvons toutefois imaginer qu'en cas de trouble de l'expression orale, l'écriture peut être un recours pour exprimer spontanément une douleur pour le sujet aphasique.

Or, l'agraphie accompagne fréquemment les perturbations du langage oral. La mise en mots écrits d'un ressenti douloureux peut donc être extrêmement difficile pour le sujet atteint de ce trouble.

Ainsi, nous pouvons constater que sur le plan du langage verbal, nombreux sont les troubles que peuvent rencontrer les sujets aphasiques. Or, ces troubles représentent un frein à l'auto-évaluation de la douleur, d'autant plus lorsqu'ils sont combinés entre eux, phénomène fréquent. En effet, rares sont les patients qui ne présentent qu'un trouble de la compréhension orale par exemple : une telle situation pourrait être compensée par les capacités langagières préservées du sujet.

En dehors des troubles langagiers pouvant résulter d'un AVC, d'autres troubles peuvent-ils nuire à l'auto-évaluation de la douleur ?

3. Les troubles non langagiers parfois associés à une aphasie :

Comme nous l'avons constaté dans la première partie de notre écrit, l'AVC peut avoir des conséquences sur d'autres domaines que le langage et la communication. Certaines d'entre elles peuvent avoir un impact supplémentaire sur l'auto-évaluation de la douleur, comme nous allons le remarquer dès à présent.

a) Les troubles neuro-visuels et spatiaux :

Certains troubles neuro-visuels et spatiaux peuvent compliquer l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur. En effet, prenons l'exemple d'une hémianopsie coupant le champ visuel en deux de manière verticale (cas le plus fréquent). Si celle-ci peut être contournée par l'utilisation d'une échelle de douleur verticale, elle est très problématique en modalité horizontale, le sujet ne percevant alors que la moitié de l'échelle, donc l'une des deux extrémités seulement.

De même, en présence d'une agnosie visuelle associative par exemple, l'utilisation d'une échelle comportant des visages peut être compromise : en effet, le sujet peut alors percevoir la cible sans pouvoir l'associer à une représentation mentale. L'auto-évaluation de la douleur est dans ce cas difficilement réalisable.

b) Les troubles psychiatriques :

Comme nous l'avons abordé dans la deuxième partie de notre étude, les troubles psychiatriques font partie des éléments à prendre en compte dans l'évaluation de la douleur. En effet, en présence d'une dépression, par exemple, nous avons pu remarquer que des phénomènes de sous-évaluation ou de surévaluation de la douleur pouvaient apparaître. Il est donc essentiel d'avoir notion de la présence d'un tel trouble dans l'auto-évaluation de la douleur du sujet.

Ainsi, ces différents troubles pouvant faire suite à un AVC augmentent le risque d'un manque de fiabilité de l'auto-évaluation telle qu'elle est possible actuellement en pratique. Nous pouvons alors penser que l'hétéro-évaluation de la douleur est de rigueur dans cette situation. Mais est-elle, de manière générale, aussi fiable que l'auto-évaluation ?

D) L'hétéro-évaluation de la douleur : un recours unique insuffisant :

Lorsque l'auto-évaluation de la douleur est impossible en raison des incapacités du sujet, le recours à l'hétéro-évaluation de la douleur est alors recommandé en pratique courante. Les échelles comportementales validées évoquées précédemment peuvent donc représenter un moyen d'évaluer l'intensité douloureuse du patient. Cependant, ce mode d'évaluation est-il aussi fiable que l'auto-évaluation?

Nul ne connaît mieux sa douleur que le patient lui-même. Ce constat est patent, et il met en lumière le fait qu'une évaluation de la douleur au plus près de la réalité est une auto-évaluation.

Un élément vient appuyer ce constat : dans certaines situations, l'hétéro-évaluation ne peut pas mettre en évidence une douleur pourtant bien présente. C'est le cas notamment des douleurs chroniques auxquelles les patients se sont habitués : la douleur est présente, le patient en souffre, mais il ne la manifeste plus car elle est plus ou moins continue. Ainsi, une hétéro-évaluation de la douleur dans cette situation donnera un score nul, étant donné l'absence de comportements douloureux (plaintes ou grimaces, par exemple). Pourtant, une douleur est bien présente. C'est pourquoi ce mode d'évaluation n'est ici pas adapté. Il nécessite au moins d'être complété par une tentative d'auto-évaluation.

De plus, la douleur est un phénomène subjectif. Chaque personne la tolère à sa manière, plus ou moins bien. Quand certains ne sont pas habitués à exprimer, à manifester leurs émotions, d'autres ont tendance à les faire savoir à leur entourage, parfois même de manière exagérée. La douleur fait partie de ces ressentis que l'on exprime plus ou moins selon notre personnalité. Ce constat a son importance, puisqu'il montre bien en quoi peut être limitée l'hétéro-évaluation de la douleur. En effet, en présence d'un sujet stoïque, bien que confronté à des douleurs importantes, l'hétéro-évaluation objectivera une absence de douleur. A contrario, l'hétéro-

évaluation de la douleur avec un patient très sensible à la douleur et l'exprimant aisément donnera un score élevé, avec une douleur très importante. Dans les deux cas, les résultats sont biaisés.

Ces éléments mettent ainsi en évidence les limites de l'hétéro-évaluation de la douleur pratiquée seule. Ils dénotent bien l'importance de privilégier l'auto-évaluation de la douleur tant qu'elle est possible. C'est pourquoi il est capital de puiser dans toutes les ressources du sujet afin de trouver un outil d'auto-évaluation de la douleur adapté au mieux à ses capacités résiduelles. C'est sa prise en charge médicamenteuse qui est en jeu ici, et une évaluation optimale de la douleur est pour cela essentielle.

Alors, comment contourner les incapacités langagières des sujets aphasiques afin de rendre possible l'auto-évaluation de la douleur pour cette population ?

E) L'échelle d'auto-évaluation de la douleur aphasique :

Pour toutes ces raisons, Isabelle Gonzalez, orthophoniste au Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle Les Grands Chênes, à Bordeaux, ainsi que Nelly Munier, psychomotricienne et cadre de santé, ont créé une échelle d'auto-évaluation de la douleur pour la population aphasique. En voici les caractéristiques.

1. Objectif de sa création :

L'échelle d'auto-évaluation de la douleur à destination des patients aphasiques a été créée face à l'échec d'évaluation de la douleur de cette population. En effet, bon nombre de soignants ont pu faire ce constat. Or, la douleur du patient peut toucher chaque professionnel qu'il est amené à rencontrer : les conséquences d'une douleur non/mal prise en charge peuvent en effet être nombreuses, avec notamment une moins grande concentration, ou encore une altération de l'humeur. Le patient est

empêché dans la communication de sa douleur, et la frustration ne peut être qu'intense.

Ainsi, une adaptation de l'échelle visuelle analogique à la population aphasique a été réfléchi afin de permettre à ces patients de communiquer l'intensité de leur douleur, donc de faire entendre leur souffrance, et d'accéder à une prise en charge adaptée. Si c'est l'EVA qui a été choisie dans ce but, c'est pour sa grande sensibilité et ses possibilités d'adaptation, plus évidentes qu'avec les autres échelles d'auto-évaluation.

2. Description:

L'échelle d'auto-évaluation de la douleur aphasique se présente dans les mêmes dimensions que l'échelle visuelle analogique classique. Un curseur permet de situer l'intensité douloureuse entre 0 et 10. La règlette a été conçue initialement sous la forme horizontale.

Un dégradé de couleurs est présent sur la règlette, allant du rose pâle (correspondant à l'absence de douleur) au rouge vif (douleur insupportable). Cela donne au patient aphasique un indice visuel non langagier.

A chaque extrémité de la règlette, se trouve la photographie d'une personne de sexe féminin aux cheveux courts exprimant d'un côté un état de bien-être apparent, et de l'autre une douleur intense, douleur accentuée par la présence d'éclairs sur la zone douloureuse (ici, l'épaule). Ces photographies sont issues du classeur de communication C.COM. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la photographie est un médiateur non codé dont l'accès au sens premier est direct. La compréhension de cette échelle peut donc être favorisée par la présence de cet indice visuel photographique.

Est tout de même préservé le langage écrit pour les cas où la compréhension écrite est possible. Les termes sont cependant simplifiés en « j'ai très mal » et « je n'ai pas mal ». (cf Annexe 3)

Nous évoquerons dans la partie pratique le contexte d'utilisation de l'EVA aphasique ainsi que le conditionnement qui l'accompagne, éléments précisés dans le cadre de notre étude.

F) Comparaison des compétences requises pour l'EVA classique et l'EVA aphasique :

Après avoir présenté l'EVA classique et l'EVA aphasique, il nous a semblé essentiel de comparer les compétences recrutées pour chacune. Un rappel des caractéristiques de chaque échelle suivi d'un bilan des compétences qu'elles requièrent permettront alors de mieux cibler l'intérêt de notre travail.

EVA classique en version horizontale	EVA aphasique en version horizontale
Pôle « douleur maximale »: texte écrit sur fond blanc.	Pôle « douleur maximale »: visage grimaçant, main sur l'épaule, symboles à fort degré d'iconicité illustrant la douleur, fond rouge vif.
Pôle « absence de douleur »: texte écrit sur fond blanc.	Pôle « absence de douleur »: visage souriant sur fond rose pâle.
Modification d'intensité: une barre horizontale de même largeur et de couleur bleue uniforme sur fond blanc.	Modification d'intensité: la totalité de la barre centrale est utilisée, la couleur varie du rose pâle (absence de douleur) au rouge vif (intensité de douleur maximale).
Enoncé oral de la consigne. Pas d'indices non-verbaux.	Enoncé oral de la consigne associé à un débit adapté, une formulation simplifiée et la démonstration de la variation de positionnement du curseur. Indices non-verbaux augmentatifs: gestes, mimique, intonation.

Figure 2 : Récapitulatif des différences entre EVA classique et EVA aphasique en version horizontale.

	<u>Compétences requises pour l'EVA classique en version horizontale</u>	<u>Compétences requises pour l'EVA aphasique en version horizontale</u>
COMPREHENSION DE LA PROCEDURE	Compréhension orale préservée.	Traitement de la composante non verbale du message : gestes, mimiques, traitement sémantique de l'image, qui contournent le message verbal.
	Compréhension écrite d'un énoncé simple.	Texte simplifié afin de contourner les troubles de la compréhension écrite.
COMPREHENSION DE LA NOTION D'INTENSITE	Compréhension de la progression du degré d'intensité sans éléments concrets la matérialisant.	Compréhension implicite de la progression du degré d'intensité grâce à un dégradé de couleurs.
CAPACITES DEDUCTIVES	Capacités déductives élevées : faire le lien avec sa propre situation à partir d' éléments verbaux .	Capacités déductives allégées : faire le lien avec sa propre situation à partir d' éléments non verbaux implicites .
CAPACITES D'EXPLORATION DU CHAMP VISUEL	Balayage gauche / droite conservé.	Balayage gauche / droite conservé.

Figure 3 : Tableau comparatif des compétences requises pour l'EVA classique et pour l'EVA aphasique en version horizontale.

Ainsi, si certaines de ces compétences sont nécessaires à l'utilisation des outils en question, d'autres peuvent être réduites dans la mesure où elles sont compensées par les capacités préservées. C'est le cas des différents éléments non verbaux : par exemple, si le sujet n'est pas réceptif au geste, mais qu'il peut interpréter une mimique expressive, il pourra alors accéder au sens de ce qui lui est communiqué.

Quoi qu'il en soit, il apparaît très nettement que les compétences requises pour l'EVA aphasique sont beaucoup plus adaptées aux troubles aphasiques que celles recrutées pour l'EVA classique. Avec l'EVA aphasique, en effet, les exigences se situent au plus près des capacités résiduelles du sujet, même atteint d'une aphasie sévère. L'orientation de l'outil sur les aspects non verbaux, visuels et mimogestuels, permet un accès plus direct au sens de l'EVA aphasique.

Ainsi, ces éléments nous amènent à la conclusion suivante : il existe un problème patent quant à l'évaluation de la douleur chez les sujets dyscommunicants, notamment les personnes aphasiques. Si les outils d'auto-évaluation de la douleur ne semblent pas adaptés à leurs troubles, l'hétéro-évaluation de la douleur reste le dernier recours, moins fiable que le propre ressenti du sujet.

Aussi, nous pensons qu'avec un outil d'auto-évaluation de la douleur mieux adapté aux troubles de cette population, obtenir le propre ressenti d'intensité douloureuse du sujet est possible, et ce de manière fiable.

C'est pour cette raison qu'un travail sur l'intérêt de l'EVA aphasique a été mis en œuvre ici, travail que nous allons exposer dès à présent.

IV. EXPERIMENTATION :

A) Hypothèses de travail et objectifs de l'étude :

1. Hypothèses de travail :

Les outils d'auto-évaluation de la douleur actuellement disponibles semblent donc difficilement accessibles pour les patients présentant des troubles de la communication verbale, notamment les sujets aphasiques. Or, l'hétéro-évaluation de la douleur peut être limitée et conduire à des erreurs d'appréciation, donc à une prise en charge inadaptée, comme nous l'avons évoqué précédemment. C'est pourquoi l'EVA aphasique, présentée dans le III. E), a été créée pour cette population.

Nous pouvons alors nous demander si l'EVA classique peut être utilisée auprès de la population aphasique, ou si une adaptation de cette échelle d'auto-évaluation de la douleur, comme l'EVA aphasique, est plus pertinente au vu de la diversité et de la spécificité des troubles de cette population.

Notre étude se propose donc de démontrer que l'EVA classique n'est pas adaptée à la population aphasique car trop difficile d'accès en présence de troubles de la compréhension orale et/ou écrite.

De plus, nous pensons que l'EVA aphasique permet une auto-évaluation de la douleur plus fiable que l'EVA classique pour cette population.

Nous pouvons également penser que cette hypothèse est valable pour les sujets présentant une aphasie d'intensité légère à modérée mais aussi pour les personnes avec aphasie sévère.

Enfin, nous supposons que la présence de symptômes dépressifs chez certains sujets aphasiques pourrait influencer les résultats de l'auto-évaluation de la douleur.

2. Objectifs de l'étude :

Notre recherche vise à répondre aux hypothèses exposées ci-dessus.

De manière plus générale, notre intérêt premier est de prouver qu'une auto-évaluation de la douleur est possible pour les sujets aphasiques, dont les capacités sont trop souvent sous-estimées. Ceci permettrait une reconsidération de la « parole » du sujet aphasique, ce qui lui redonnerait un rôle actif dans sa prise en charge. Cette considération aurait également pour effet une meilleure adaptation de la prise en charge médicamenteuse de la douleur.

De plus, la reconnaissance de la fiabilité d'un tel outil permettrait d'aller dans le sens d'une favorisation de l'utilisation de supports non verbaux quant à la prise en compte des ressentis des sujets aphasiques. Ce type de supports se situant au plus près des capacités résiduelles des personnes atteintes de cette pathologie, il semble intéressant d'en multiplier la création dans différents domaines.

B) Population de l'étude :

1. Les critères d'éligibilité :

La population de l'étude a été sélectionnée selon certains critères que voici.

D'une part, les critères d'inclusion de la population recrutée sont les suivants :

- Aphasies vasculaires
- Sujets âgés de plus de dix-huit ans
- Sujets francophones

Quant aux critères de non inclusion, ils ont été établis de la manière suivante :

- Etat démentiel
- Déficit d'acuité visuelle non corrigé, ou trouble du traitement de l'information visuelle ne permettant pas l'utilisation de la règlette : score < 68/72 à la Batterie de Décision Visuelle d'Objets, et score < 8/10 aux épreuves d'appariements fonctionnels et catégoriels du Protocole d'Évaluation des Gnosies Visuelles.

Initialement, nous avions pensé n'inclure que les sujets présentant une aphasie sévère. Après discussions, l'intérêt de tester l'efficacité de l'EVA aphasique avec des patients présentant une aphasie légère à modérée s'est fait sentir, afin de repérer si elle est au moins aussi sensible que l'EVA classique avec des sujets présentant des troubles de la communication verbale moins importants.

De même, les patients recrutés devaient, au départ, présenter des douleurs physiques. Finalement, l'EVA aphasique incluant la possibilité d'une absence de douleur, il nous a semblé intéressant d'intégrer des sujets non douloureux, afin de repérer si la compréhension de l'échelle est possible malgré l'absence de douleurs.

2. Description de la population :

Nous avons réalisé l'étude auprès de 30 sujets aphasiques, évalués entre les mois de janvier et juin 2011.

Parmi ces 30 patients, 18 présentent une aphasie sévère, avec un score de sévérité au BDAE situé entre 0 et 2 /5 inclus. Les 12 autres sujets présentent une aphasie légère à modérée, soit avec un score de sévérité au BDAE allant de 2,5 à 5 /5 inclus.

Sept femmes font partie de l'étude pour vingt-trois hommes.

Les sujets évalués sont âgés de 36 à 83 ans, la moyenne d'âge étant de 59 ans.

Les patients ont été recrutés dans trois centres de réadaptation et de rééducation fonctionnelle, à Bordeaux et à Bruges : neuf patients étaient suivis aux Grands Chênes, nous avons également évalué neuf personnes à Tastet Girard, et La Tour de Gassies nous a enfin permis d'intégrer six patients à notre étude.

Six patients ont également été recrutés en cabinet libéral.

Nous avons donc effectué, pour chaque patient, les tests BDVO et PEGV (appariements catégoriels et fonctionnels) afin de savoir s'ils pouvaient être inclus dans notre étude.

Nous avons également recueilli auprès des orthophonistes prenant en charge les patients recrutés les informations nécessaires à notre étude (âge, sexe, degré de sévérité de l'aphasie).

C) Méthodologie:

1. Modalités de l'étude :

Dans un premier temps, un questionnaire à destination des soignants (infirmiers et médecins pratiquant habituellement des évaluations de la douleur auprès des sujets aphasiques) de certains centres de réadaptation et de rééducation fonctionnelle bordelais a été réalisé. Il a pour but d'obtenir des informations sur l'évaluation de la douleur, et notamment auprès de la population aphasique, en pratique courante dans ces centres. Les résultats permettront ainsi d'obtenir un support supplémentaire quant à l'évaluation de la douleur auprès de la population aphasique, thème peu abordé dans la littérature (cf V. A).

De plus, certaines modifications et précisions des paramètres de l'échelle d'auto-évaluation de la douleur aphasique ont été apportées dans le cadre de notre étude.

En effet, initialement conçue à l'horizontale, l'EVA aphasique a été ici proposée sous la forme verticale: ce sens permet à des patients présentant une hémianopsie ou encore une hémignégligence de pouvoir utiliser de manière plus adaptée cette échelle d'auto-évaluation de la douleur. Il nous a en effet semblé préférable de partir d'une réglette adaptée à la population aphasique présentant ce type de troubles : l'outil est alors pertinent pour tous les patients, avec ou sans altération du champ visuel.

Nous avons donc situé l'absence de douleur à l'extrémité inférieure de l'échelle, et la douleur insupportable au niveau du pôle supérieur. Cette orientation, retrouvée classiquement sur les échelles verticales, nous a semblé être la plus pertinente : la montée vers le haut paraît en effet plus facilement assimilable à une augmentation de l'intensité que l'orientation vers le bas de l'échelle.

De même, en dehors des caractéristiques physiques essentielles de cet outil, les modalités de passation et le contexte d'utilisation de l'EVA aphasique sont également très importants. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de préciser ces éléments dans le cadre de notre étude.

Pour ce qui est des modalités de passation de l'EVA aphasique, un conditionnement a été créé dans le cadre de notre protocole afin d'uniformiser l'utilisation de cette échelle par les différents soignants. Ce conditionnement repose essentiellement sur une consigne non verbale, basée sur la production de gestes et de mimiques, avec une limitation du langage verbal. L'implicite est ici privilégié.

(cf Annexe 2)

Concernant le contexte d'utilisation de cette échelle de douleur, l'EVA aphasique peut être proposée en situation douloureuse ou non. Nous verrons plus tard que, dans le cadre de notre étude, nous avons recherché la présence de douleurs pour réaliser nos évaluations. Cependant, de manière générale, l'utilisation de cette échelle ne nécessite pas une telle situation. En effet, nous partons du principe que les caractéristiques physiques de la réglette aphasique et le

conditionnement qui l'accompagne permettent un accès au sens de ce qui est demandé, y compris en dehors des situations douloureuses.

2. Protocoles d'évaluation :

Deux protocoles d'évaluation ont été mis en place dans le cadre de cette recherche, chacun se différenciant de l'autre par l'ordre de passation des EVA. Le protocole comprenant l'EVA aphasique en première passation est disponible en annexe 2. Pour chaque patient, plusieurs évaluations ont alors été réalisées à une semaine d'intervalle :

	ÉVALUATIONS EFFECTUÉES	
<u>Groupe 1</u>	À J0	- EVA aphasique - Algoplus - ADRS
	À J7	- EVA classique - Algoplus - ADRS
<u>Groupe 2</u>	À J0	- EVA classique - Algoplus - ADRS
	À J7	- EVA aphasique - Algoplus - ADRS

Figure 4 : Présentation du protocole d'évaluation

➤ A J0, étaient donc réalisées :

- **Une auto-évaluation de la douleur avec une EVA** : pour un patient sur deux, l'EVA en première passation était l'EVA aphasique, et pour l'autre, l'EVA classique ;
- **Une hétéro-évaluation de la douleur avec l'échelle Algoplus** (cf II. E) 3.);

- **Et une évaluation de la situation thymique des patients, avec l'échelle de dépression ADRS (Aphasia Depression Rating Scale) (cf I. E) 2.):** cette échelle était remplie avec un soignant si possible, c'est-à-dire pour les patients hospitalisés à temps complet. Pour les patients suivis en libéral ou pris en charge en hospitalisation de jour, nous avons complété l'ADRS avec l'aide de l'infirmier libéral, de l'orthophoniste, du kinésithérapeute, ou encore, en dernier recours, avec un membre de la famille du patient.
- A J7, étaient effectuées les mêmes évaluations, la différence étant l'EVA utilisée : si, à J0, était utilisée l'EVA classique, alors c'est l'EVA aphasique qui était testée à J7, et vice versa.

Afin de limiter les biais méthodologiques, une alternance entre l'EVA aphasique en première passation et en seconde passation a été réalisée pour un patient sur deux : ainsi, si un patient était évalué en premier lieu avec l'EVA aphasique, le suivant était donc testé avec l'EVA classique dans un premier temps.

Concernant le cadre des évaluations, différents cas de figure se sont présentés :

- Les patients pris en charge en milieu institutionnel avec un suivi kinésithérapeutique étaient évalués durant leur séance de kinésithérapie.
- Les patients pris en charge en cabinet libéral avec un suivi kinésithérapeutique étaient également évalués durant leur séance de kinésithérapie.
- Quant aux patients non suivis sur le plan kinésithérapeutique, les évaluations avaient lieu à domicile ou sur le lieu de la prise en charge orthophonique.

Nous avons en effet privilégié les évaluations en séance de kinésithérapie, donc souvent en situation douloureuse, pour un meilleur accès à la compréhension de l'EVA par les patients : en effet, le lien entre l'outil d'évaluation et ce qu'il cherche à objectiver, c'est-à-dire une douleur, est ici plus direct. De plus, l'Algoplus étant composée d'items peu nombreux (5) et relatifs à des douleurs marquées et visibles

physiquement, cette situation d'évaluation s'est rapidement imposée à nous dans le cadre de notre étude. La cotation de cette échelle était alors plus aisée.

Initialement, l'ensemble de ces évaluations avait été pensé pour être effectué par des membres du personnel soignant : infirmiers ou aides-soignants. Ceci aurait permis une mise en place plus simple du protocole, au sein même de l'équipe soignante. Les évaluations pour un même patient auraient ainsi pu être effectuées par un même soignant, personne proche du patient qui plus est. Cependant, pour des raisons pratiques et une question de temps pour les équipes soignantes, nous avons finalement nous-mêmes réalisé les évaluations.

V.PRESENTATION ET ANALYSE DES

RESULTATS :

Avant d'exposer les résultats en lien avec nos hypothèses de recherche, analysons les questionnaires remplis par des soignants sur l'évaluation de la douleur auprès de la population aphasique.

A)Analyse des questionnaires remis aux soignants :

Le questionnaire sur l'évaluation de la douleur proposé aux soignants (infirmiers et médecins) se trouve en annexe 1.

Ce questionnaire a été proposé à dix soignants réalisant des évaluations de la douleur dans leur pratique quotidienne. Parmi ces dix questionnaires, cinq nous ont été retournés : deux médecins et trois infirmiers ont ainsi apporté leur vision de l'évaluation de la douleur telle qu'elle existe actuellement. Si nous n'avions initialement pas pensé à réaliser une telle recherche, l'intérêt de compléter notre étude par ce support s'est imposé à nous en cours d'expérimentation, à travers les échanges avec certains soignants. Pour des raisons de temps, nous n'avons pu obtenir un plus grand nombre de réponses. Nous avons toutefois jugé intéressant d'étudier les résultats de ces quelques questionnaires, à titre d'exemples, afin d'avoir une idée du ressenti des soignants quant à l'évaluation de la douleur auprès des sujets aphasiques.

- **Fréquence d'évaluation de la douleur et outils utilisés pour la population générale d'une part, et pour les personnes aphasiques d'autre part :**

		<u>Population générale</u>	<u>Population aphasique</u>
<u>Médecin</u> <u>1</u>	Fréquence d'évaluation de la douleur	Une fois par jour	Moins d'une fois par semaine
	Outils d'évaluation utilisés	EVA + EVS	EVS
<u>Médecin</u> <u>2</u>	Fréquence d'évaluation de la douleur	Une fois par jour	Une fois par jour
	Outils d'évaluation utilisés	EVA + EN + EVS	EVA + EVS + Echelle des visages
<u>Infirmier</u> <u>1</u>	Fréquence d'évaluation de la douleur	Plus d'une fois par jour	Plus d'une fois par jour
	Outils d'évaluation utilisés	EVA + EN + EVS + Echelle des visages	EVA + Echelle des visages
<u>Infirmier</u> <u>2</u>	Fréquence d'évaluation de la douleur	Une fois par jour	/
	Outils d'évaluation utilisés	EVA	EVA
<u>Infirmier</u> <u>3</u>	Fréquence d'évaluation de la douleur	/	/
	Outils d'évaluation utilisés	Hétéro-évaluation : selon l'expression faciale	Echelle des visages

Figure 5 : Réponses des soignants interrogés sur la fréquence d'évaluation de la douleur et les outils utilisés auprès de la population générale et auprès de la population aphasique.

Nous pouvons donc remarquer que certains éléments diffèrent entre la population générale et la population aphasique, tant au niveau de la fréquence d'évaluation de la douleur que des outils utilisés pour la réaliser. Ces derniers sont très variables d'un soignant à l'autre, ce qui dénote leurs difficultés à ne se référer qu'à un outil considéré comme fiable et applicable à toute la population. Pour le premier médecin, la fréquence d'évaluation est quant à elle nettement moins importante chez les sujets aphasiques que chez les patients tout-venant, ce qui signe des difficultés évidentes.

De manière générale, nous pouvons également noter que, y compris pour la population générale, la fréquence et surtout les outils d'évaluation de la douleur sont très variables d'un soignant à l'autre. Ce constat signe des difficultés d'uniformisation de l'évaluation de la douleur entre les soignants, et pose la question de leurs conséquences sur la prise en charge de la douleur dans sa globalité. Ainsi, apparaît l'idée que, d'un point de vue très global, l'évaluation de la douleur reste un domaine qui pose problème, et non pas seulement auprès de la population aphasique.

➤ **Opinions sur l'évaluation de la douleur auprès des sujets aphasiques :**

Concernant la population aphasique plus précisément, les infirmiers 2 et 3 ne répondent rien à la question sur les difficultés rencontrées avec les échelles d'évaluation auprès de la population aphasique. En revanche, ils peuvent dire qu'ils considèrent que les outils actuels d'évaluation de la douleur sont adaptés aux troubles aphasiques, et que cette population n'est pas sous-évaluée en matière de douleur. Pourtant, plusieurs questions restent sans réponse pour ces infirmiers, comme nous pouvons le remarquer dans le tableau ci-dessus, ce qui peut laisser penser que la réalité n'est pas aussi simple que ce qui ressort ici.

Pour les trois autres soignants (les deux médecins et le premier infirmier), des difficultés apparaissent dans l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur auprès de la population aphasique. En effet, ce sont ici les troubles de la compréhension des patients qui rendent l'utilisation de ces outils problématique, leur fonctionnement n'étant pas toujours bien perçu par les sujets. De ce fait, ces trois

soignants considèrent que les outils d'évaluation de la douleur existant actuellement ne sont pas adaptés aux troubles aphasiques. Leur ressenti général est alors une sous-évaluation de la douleur chez les personnes aphasiques.

➤ **Conclusion :**

Nous pouvons donc remarquer que pour plus de la moitié des soignants interrogés, l'évaluation de la douleur est problématique auprès de la population aphasique, avec des outils ressentis comme inadaptés, ne permettant pas d'accès à la compréhension de leur fonctionnement pour certains patients. Pour les autres soignants, les réponses très incomplètes ne nous permettent pas de remarquer de réelle similitude entre les deux populations.

Si l'échantillon interrogé est très restreint, cela permet toutefois d'avoir un aperçu de l'opinion des soignants face à l'évaluation de la douleur des personnes aphasiques. Ces résultats, bien que mitigés, nous confortent donc dans l'intérêt que nous trouvons à travailler sur un nouvel outil d'auto-évaluation de la douleur adapté à cette population. Il serait tout de même intéressant d'élargir ce questionnaire à un plus grand échantillon de soignants.

B)Présentation des résultats de notre étude :

1. Présentation des scores bruts :

a) EVA aphasique en première passation :

<u>Code patient</u>	<u>Score de sévérité BDAE</u>	<u>Résultats à J0</u>			<u>Résultats à J7</u>		
		<i>EVA aphasique</i>	<i>Algoplus</i>	<i>ADRS</i>	<i>EVA classique</i>	<i>Algoplus</i>	<i>ADRS</i>
LA / NO	4/5	0,3/10	0/5	5/32	1,5/10	0/5	5/32
LE / PH	2/5	7,3/10	2/5	6/32	6,8/10	1/5	6/32
MI / AN	2/5	0/10	0/5	5/32	2,3/10	0/5	5/32
LA / FR	4/5	1,6/10	1/5	5/32	6,4/10	2/5	9/32
CA/DO	3/5	3,5/10	2/5	3/32	3,5/10	2/5	1/32
MO / AL	2/5	2/10	2/5	12/32	5/10	4/5	12/32
HE / CH	3/5	5/10	0/5	3/32	3,5/10	0/5	3/32
LA / CH	2/5	2,7/10	2/5	6/32	10/10	0/5	8/32
JO / AN	0,3/5	0,3/10	0/5	1/32	0/10	0/5	3/32
GI / NO	2/5	4,7/10	2/5	9/32	2,4/10	0/5	6/32
LE / TH	3/5	2,4/10	1/5	2/32	4,8/10	1/5	4/32
BR / MI	3/5	10/10	4/5	0/32	6,1/10	2/5	0/32
BA / AR	3,5/5	0/10	0/5	10/32	0/10	0/5	13/32
CO/GA	1,5/5	5,6/10	2/5	8/32	3,2/10	0/5	8/32
EL / MA	2/5	9,3/10	4/5	0/32	6/10	4/5	0/32

Figure 6: Scores obtenus pour le groupe ayant bénéficié de l'EVA aphasique en première passation

b) EVA classique en première passation :

<u>Code patient</u>	<u>Score de sévérité BDAE</u>	<u>Résultats à J0</u>			<u>Résultats à J7</u>		
		<i>EVA classique</i>	<i>Algoplus</i>	<i>ADRS</i>	<i>EVA aphasique</i>	<i>Algoplus</i>	<i>ADRS</i>
BO / JA	1/5	8/10	4/5	8/32	6,5/10	3/5	9/32
CA / CH	1,5/5	7/10	2/5	2/32	6/10	1/5	1/32
HE / HE	3/5	8,4/10	4/5	7/32	5,2/10	2/5	7/32
CA / OL	3/5	7,3/10	1/5	3/32	8,3/10	2/5	3/32
BA / PH	1/5	10/10	4/5	20/32	6,5/10	3/5	20/32
DO / PI	3/5	6/10	2/5	3/32	5,5/10	3/5	3/32
CR / CH	1/5	6,8/10	2/5	13/32	5,4/10	2/5	13/32
GU / VI	3/5	1,4/10	1/5	4/32	7,1/10	3/5	4/32
MO / BE	1/5	6,3/10	2/5	3/32	0,7/10	0/5	2/32
ME / CA	2/5	2/10	2/5	0/32	8,3/10	4/5	5/32
AY / TH	1/5	8/10	2/5	16/32	3,4/10	1/5	17/32
VI / CA	1,5/5	0/10	0/5	4/32	9,3/10	3/5	4/32
AL / JE	2/5	0/10	0/5	3/32	0/10	0/5	3/32
GE / JO	3,5/5	5,5/10	1/5	15/32	4/10	2/5	5/32
TO / RE	1/5	8/10	4/5	10/32	7/10	3/5	9/32

Figure 7: Scores obtenus pour le groupe ayant bénéficié de l'EVA classique en première passation

2. Analyse de corrélation entre les scores obtenus aux EVA et à l'Algoplus :

a) Entre l'EVA aphasique et l'Algoplus :

Une première corrélation a été menée entre le score obtenu à l'EVA aphasique (cotée sur 10) et le score obtenu à l'Algoplus correspondante (cotée sur 5).

- L'analyse révèle que les scores de l'EVA aphasique sont significativement corrélés aux scores de l'Algoplus : $r = .85, p < .001$.

Qu'en est-il de l'EVA classique ?

b) Entre l'EVA classique et l'Algoplus :

Une deuxième corrélation a été menée entre le score obtenu à l'EVA classique (cotée sur 10) et celui de l'Algoplus correspondante (cotée sur 5).

- Il apparaît que les scores de l'EVA classique sont significativement corrélés aux scores de l'Algoplus : $r = .64, p < .001$.

Ainsi, si les scores aux deux EVA sont significativement corrélés aux scores à l'Algoplus, l'EVA aphasique est toutefois plus fortement corrélée à l'Algoplus que l'EVA classique.

Etude supplémentaire : Analyse de variance en fonction de l'ordre de passation des EVA pour le groupe des aphasiques sévères :

Nous avons ici recherché un éventuel effet de conditionnement de l'EVA aphasique sur le score de différence entre l'EVA classique et l'Algoplus, donc lorsque

l'EVA aphasique est proposée en première passation, pour le groupe des aphasiques sévères.

- Le score de différence entre l'EVA classique et l'Algoplus n'est pas significativement différent selon l'ordre de passation des EVA, donc lorsque l'EVA aphasique est proposée en première passation ou non, pour le groupe des aphasiques sévères : $F < 1$.

Lorsque l'EVA classique est proposée en première passation, le score de différence entre l'EVA classique et l'Algopolus est de 2,120000.

Lorsque c'est l'EVA aphasique qui est proposée en première passation, le score de différence entre l'EVA classique et l'Algoplus est de 1,685714.

Ainsi, l'écart entre l'EVA classique et l'Algoplus est moins important lorsque l'EVA aphasique est proposée en première passation, cependant cette différence n'est pas significative.

3. Analyse de variance en fonction des facteurs sévérité et type d'EVA :

Nous avons réalisé une analyse de variance (ANOVA) sur le score de différence entre l'EVA et l'Algoplus.

Cette analyse incluait le facteur inter-participants « degré de sévérité » et le facteur intra-participants « type d'EVA ».

Le score de l'Algoplus, initialement coté sur 5, a été ramené sur 10 pour les besoins de l'étude.

- L'analyse n'a pas révélé d'effet significatif du degré de sévérité : $F < 1$.
Le groupe des sujets présentant une aphasie sévère obtient un score de 1,3. Quant au groupe des patients avec une aphasie légère à modérée, le score est de 1,5.
- L'analyse n'a pas révélé d'effet significatif du type d'EVA :

$F(1,28) = 2,19$; $p = .15$. Le score de différence entre l'EVA aphasique et l'Algoplus est de 1,0. Le score de différence entre l'EVA classique et l'Algoplus est de 1,8.

- L'effet d'interaction entre le degré de sévérité et le type d'EVA n'est pas significatif : $F < 1$.

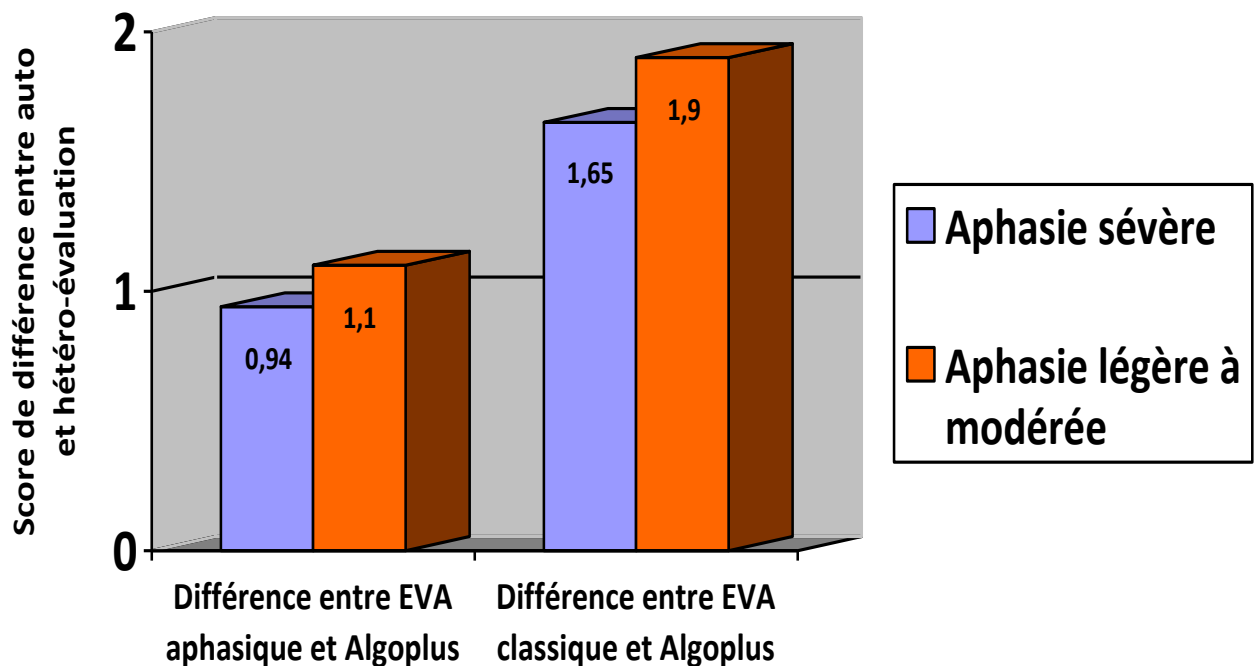


Figure 8: Effet d'interaction entre le degré de sévérité de l'aphasie et le type d'EVA

Ainsi, l'écart entre, d'une part, la différence entre EVA classique et Algoplus, et d'autre part, la différence entre EVA aphasique et Algoplus, est présent mais non significativement différent d'un degré de sévérité à l'autre.

De plus, les comparaisons planifiées n'ont pas révélé d'écart significatif entre le score de différence entre EVA classique et Algoplus et le score de différence entre EVA aphasique et Algoplus, respectivement 1,9 et 1,1 chez les sujets présentant une aphasie légère à modérée. Ici, $F(1,28) = 1,01$; $p = .32$.

De même, aucun écart significatif n'a été trouvé entre le score de différence entre EVA classique et Algoplus et le score de différence entre EVA classique et Algoplus, respectivement 1,65 et 0,94 chez les aphasiques sévères. Ici, $F(1,28) = 1,22$; $p = .28$.

Etude supplémentaire : Etude de corrélation entre chaque EVA et l'hétéro-évaluation selon le groupe de sévérité :

- Pour les aphasiques sévères :

- Il apparaît que les scores de l'EVA classique sont significativement corrélés à ceux de l'Algoplus : $r = .60$, $p < .01$.
- Les scores obtenus à l'EVA aphasique chez les aphasiques sévères sont encore plus fortement corrélés à ceux de l'Algoplus que les scores de l'EVA classique, mais cette différence n'est pas significative :
 $r = .88$, $p < .001$.

- Pour les sujets présentant une aphasie légère à modérée :

- Les scores obtenus à l'EVA classique sont également significativement corrélés à ceux de l'Algoplus : $r = .73$, $p < .01$.
- Les scores obtenus à l'EVA aphasique sont, ici aussi, encore plus fortement corrélés à ceux de l'Algoplus que les scores de l'EVA classique, mais cette différence n'est pas non plus significative :
 $r = .81$, $p < .001$.

Comme nous pouvons le remarquer, si, pour les deux groupes de sévérité, chaque EVA est fortement corrélée à l'Algoplus, la différence de corrélation selon l'EVA proposée est toutefois plus marquée pour le groupe des aphasiques sévères. En effet, la corrélation entre l'EVA classique et l'Algoplus est plus importante chez les sujets présentant une aphasie légère à modérée, et la corrélation entre l'EVA aphasique et l'Algoplus est plus forte chez les sujets présentant une aphasie sévère, bien que ces différences ne soient pas significatives.

Nous nous sommes également posé la question de la présence d'un éventuel biais dans l'auto-évaluation de la douleur lorsque le sujet présente des troubles dépressifs. Qu'en est-il de cette hypothèse ?

4. Analyse de corrélation entre le score à l'ADRS et la différence entre EVA et Algoplus :

Nous avons, d'une part, analysé cette corrélation avec l'utilisation de l'EVA aphasique, puis avec l'utilisation de l'EVA classique. Chaque paramètre a été étudié à J0 et à J7.

Les résultats obtenus sont les suivants :

a) Entre le score à l'ADRS et la différence entre l'EVA aphasique et l'Algoplus :

- L'analyse révèle une corrélation non significative entre la différence entre EVA aphasique et Algoplus et le score à l'ADRS, à J0 comme à J7 :

- A J0 : $r = -.36$, $p = .19$.

- A J7 : $r = -.21$, $p = .45$.

b) Entre le score à l'ADRS et la différence entre l'EVA classique et l'Algoplus :

- L'analyse révèle une corrélation non significative entre la différence entre EVA classique et Algoplus et le score à l'ADRS, à J0 comme à J7 :

- A J0 : $r = .35$, $p = .20$.

- A J7 : $r = .07$, $p = .81$.

VI. DISCUSSION :

Des réponses à nos hypothèses de départ permettront dans un premier temps d'interpréter les résultats de notre recherche.

Nous en discuterons ensuite les paramètres, ce qui permettra de mieux cerner les modifications à apporter à l'outil et/ou les études supplémentaires à effectuer.

A) Réponses aux hypothèses de départ :

1. Hypothèse 1:

La première hypothèse de notre étude était la suivante : l'EVA classique n'est pas adaptée à la population aphasique car trop difficile d'accès en présence de troubles de la compréhension orale et/ou écrite.

Notre étude n'a pas permis de confirmer cette hypothèse. En effet, il apparaît ici que les scores de l'EVA classique sont significativement corrélés aux scores de l'Algoplus. Cela signifie que, en regard de l'hétéro-évaluation pratiquée dans le cadre de notre étude, l'EVA classique donne des résultats correspondants. Elle représenterait donc la douleur réelle ressentie par les sujets aphasiques.

Ainsi, l'EVA classique apparaît dans notre étude comme étant adaptée à la population aphasique.

Nous pouvons toutefois penser que cette corrélation de l'EVA classique avec l'hétéro-évaluation peut être favorisée par la situation d'évaluation. En effet, évalués dès que possible en séance de kinésithérapie, donc souvent en situation douloureuse, en raison de l'hétéro-évaluation réalisée parallèlement, les patients ont peut-être mieux perçu le sens de l'EVA classique que s'ils avaient été évalués en situation non douloureuse. Le lien entre l'outil et le thème auquel il se réfère est ici

plus direct du fait de la situation douloureuse. De même, en situation de douleur chronique, induite par des douleurs spastiques par exemple, nous pouvons penser que la compréhension de l'outil serait plus problématique, l'habitude à cette souffrance physique ne permettant pas de faire un lien direct entre l'EVA et la douleur. Ainsi, cette précision a son importance, puisqu'elle met en évidence le fait que les patients n'ont majoritairement pas été évalués à un moment quelconque de la vie quotidienne. La provocation de douleurs a ainsi probablement facilité la compréhension de l'EVA classique.

Nous verrons également dans le C) 2. que l'échelle de référence (l'Algoplus) présente des limites venant nuancer les résultats exposés ici.

De plus, en recherchant chez les aphasiques sévères un effet du conditionnement de l'EVA aphasique sur l'EVA classique, il est apparu que le score de différence entre l'EVA classique et l'Algoplus n'était pas significativement différent lorsque l'EVA aphasique était proposée en première ou en seconde passation. Cela signifie que le conditionnement de l'EVA aphasique n'a pas eu d'influence significative sur les scores de l'EVA classique. Toutefois, une plus grande proximité entre les scores de l'EVA classique et ceux de l'Algoplus lorsque l'EVA aphasique a été proposée en première passation est à noter, bien que cette différence ne soit pas significative.

2. Hypothèse 2:

Nous avons ici émis l'hypothèse que l'EVA aphasique permettait une auto-évaluation de la douleur plus fiable que l'EVA classique pour la population aphasique.

L'hypothèse n'est pas non plus confirmée ici. En effet, si l'EVA aphasique est davantage corrélée à l'Algoplus que l'EVA classique (respectivement .85 et .64), la différence entre les deux scores de corrélation n'est toutefois pas significative. Ceci ne nous permet donc pas d'affirmer une plus grande fiabilité de l'EVA aphasique.

Ainsi, l'EVA aphasique n'apparaît pas, avec la méthodologie employée ici, comme étant plus fiable que l'EVA classique.

Cependant, nous pouvons nous poser la question de l'effet de la taille de notre échantillon sur ces résultats. En effet, la population de notre étude n'étant composée que de 30 sujets, nous pouvons penser, au vu de ces résultats, qu'un échantillon de plus grande taille aurait peut-être permis de mettre en évidence une différence significative entre les deux corrélations établies. Une étude incluant un plus grand nombre de sujets serait donc intéressante afin de vérifier cette supposition.

3. Hypothèse 3:

Celle-ci ajoutait à la seconde hypothèse la notion de sévérité de l'aphasie, émettant l'idée que l'EVA aphasique est plus fiable que l'EVA classique non seulement pour les sujets présentant une aphasie légère à modérée, mais aussi pour les aphasiques sévères.

La seconde hypothèse étant infirmée, comme nous venons de le remarquer, il semble particulièrement intéressant de rechercher une éventuelle différence entre les deux groupes selon le degré de sévérité de l'aphasie.

Les résultats ne nous permettent pas de confirmer cette hypothèse: en effet, chez les sujets présentant une aphasie légère à modérée comme chez les aphasiques sévères, l'écart entre la différence entre l'EVA classique et l'Algoplus et la différence entre l'EVA aphasique et l'Algoplus n'est pas significatif. Cela signifie que **l'EVA aphasique n'est pas significativement plus proche de l'Algoplus que l'EVA classique, quel que soit le degré de sévérité**. Toutefois, pour les deux groupes, l'EVA aphasique présente des scores plus proches de l'Algoplus que l'EVA classique.

Ce résultat peut également être mis en lien avec le nombre trop restreint de sujets ayant participé à notre étude. En effet, une fois les groupes mis en évidence, il reste alors 12 sujets présentant une aphasie légère à modérée, et 18 aphasiques

sévères. Ces échantillons sont donc limités, et une étude plus homogène sur le plan des groupes de sévérité et à plus grande échelle serait donc intéressante afin de repérer si l'écart entre chaque EVA et l'hétéro-évaluation qui lui correspond devient significatif.

De même, le score total de l'Algoplus étant ramené sur 10 afin d'être sur la même base que les EVA pour cette étude, nous pouvons nous demander dans quelle mesure le manque de finesse de l'échelle d'hétéro-évaluation biaise ici les résultats.

De plus, il n'y a pas de différence notable entre les deux groupes de sévérité concernant l'écart entre chaque EVA et son hétéro-évaluation correspondante. Cela signifie que les aphasiques sévères comprennent globalement aussi bien l'EVA classique et l'EVA aphasique que les sujets présentant une aphasie légère à modérée en regard de l'hétéro-évaluation. Toutefois, la corrélation entre l'EVA classique et l'Algoplus est plus importante chez les sujets présentant une aphasie légère à modérée, et la corrélation entre l'EVA aphasique et l'Algoplus est plus forte chez les sujets présentant une aphasie sévère, bien que ces différences ne soient pas significatives.

Ici, nous pouvons également présumer que ces résultats sont le fait de la situation d'évaluation, douloureuse pour une majorité de patients. L'écart entre l'EVA classique et l'Algoplus aurait été en effet peut-être significativement plus important chez les aphasiques sévères que chez les sujets présentant une aphasie légère à modérée en situation non douloureuse ou en situation de la vie quotidienne, en présence d'une douleur de nature différente, chronique par exemple.

De même, la taille de l'échantillon peut ici expliquer l'absence de résultats significatifs : avec un plus grand nombre de sujets évalués, notre étude aurait peut-être révélé une différence significative entre les deux groupes de sévérité.

4. Hypothèse 4:

Notre dernière hypothèse concernait l'ADRS, échelle de dépression pour la population aphasique. Nous supposions alors que la présence de symptômes dépressifs chez certains sujets aphasiques pourrait influencer les résultats de l'auto-évaluation de la douleur.

Cette hypothèse est infirmée par les résultats de notre analyse de corrélation. En effet, que ce soit entre l'EVA aphasique et l'Algoplus ou entre l'EVA classique et l'Algoplus, nous n'obtenons pas de corrélation significative avec les scores obtenus à l'ADRS.

Cela signifie que **la présence d'éventuels symptômes dépressifs chez certains patients n'a pas entraîné une plus grande différence entre l'auto et l'hétéro-évaluation de la douleur que chez les sujets ne présentant pas ces symptômes.**

Nous pouvons penser que ces résultats sont à mettre en lien avec les difficultés rencontrées dans l'utilisation des outils d'hétéro-évaluation ADRS et Algoplus, limites que nous évoquerons dans le C) 2.

B) Réflexions sur l'outil élaboré :

Nous parlons ici de l'EVA aphasique, dont la création est antérieure à cette étude mais à laquelle nous avons ajouté et modifié certains paramètres.

1. Ses points positifs :

L'outil créé pour la population aphasique a été pensé de manière à ce que la plus large population de sujets aphasiques puisse y accéder, y compris les patients présentant une aphasie sévère. Ainsi, plusieurs caractéristiques physiques de cette EVA représentent des apports facilitant la compréhension des sujets :

- La présence d'un dégradé de couleurs, indice visuel représentant l'évolution de l'intensité douloureuse ;
- La présence de photographies de visages représentant les deux intensités extrêmes de douleur, photographies qui, rappelons-le, sont un médiateur non codé permettant un accès immédiat au sens de la cible représentée par l'image (Gonzalez, I., Brun, V., 2007) ;
- Du langage écrit simplifié, en cas de compréhension écrite simple préservée ;
- Enfin, la verticalité de l'échelle permet à des sujets présentant une hémianopsie ou une héminégligence d'utiliser cet outil d'auto-évaluation de la douleur.

De plus, le conditionnement, indispensable à l'utilisation de cet outil, se base essentiellement sur des informations mimo-gestuelles, avec une limitation du recours au langage oral. La compréhension verbale étant toujours plus altérée que la compréhension non verbale, cet aspect de l'EVA aphasique semble capital et particulièrement intéressant (Daviet, J.-C, Muller, F., et coll., 2007).

2. Ses points négatifs :

Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence des aspects négatifs à cette échelle d'auto-évaluation de la douleur destinée à la population aphasique.

Cependant, nous pouvons nous poser certaines questions qu'il serait intéressant d'approfondir par des tests supplémentaires :

- Si aucun patient n'a émis de remarques ou suggestions quant à cette échelle, certains soignants ont pu dire qu'ils trouvaient que les couleurs de l'EVA pouvaient prêter à confusion. En effet, nous pouvons nous demander si le dégradé de couleurs allant du rose pâle au rouge vif est assez marqué. Bien qu'il semble que ce dégradé progressif d'une même couleur représente bien l'évolution de l'intensité douloureuse, d'autres possibilités peuvent être envisagées. Alors, nous pouvons imaginer cette échelle avec des couleurs plus différenciées : comme l'évoque Dominique Servant en 2009, le rouge

vif pourrait rester la couleur associée à la situation extrême de douleur, et la couleur associée à l'état de bien-être serait par exemple le bleu ou le vert. Un dégradé entre ces deux couleurs pourrait alors apparaître pour marquer les degrés intermédiaires.

- De manière plus globale, durant la pratique de cette étude, une réflexion est survenue à plusieurs reprises : certains patients, lors de l'évaluation de la douleur avec l'outil créé pour la population aphasique, n'ont pris en compte que le conditionnement non verbal. En effet, cette observation a eu lieu par exemple dans les cas où, exprimant qu'ils n'avaient aucune douleur, les patients mettaient pourtant le curseur au niveau de l'intensité de douleur maximale. Alors, si l'évaluateur reprenait très brièvement le conditionnement, les patients déplaçaient le curseur pour le positionner sur l'absence de douleur, comprenant leur erreur immédiatement. Ainsi, nous pouvons penser que l'outil en lui-même n'était pas pris en compte dans ses caractéristiques physiques. Une question se pose alors: l'EVA classique ne serait-elle pas aussi bien comprise que l'EVA aphasique avec, à la place de la consigne verbale, le conditionnement de l'EVA aphasique ? Un essai sous cette forme mériterait certainement d'être mis en œuvre.
- Ce dernier constat soulève une autre question : nous pouvons en effet imaginer que, pour certains patients, ce placement spontané du curseur à la mauvaise extrémité de l'échelle représente une logique plus grande à voir l'absence de douleur située au pôle supérieur de l'échelle. S'il nous a semblé plus pertinent de représenter l'augmentation de l'intensité douloureuse de bas en haut sur l'échelle, la question de l'orientation de l'outil se pose toutefois ici. Nos recherches à ce sujet dans la littérature restant sans réponses, nous ne pouvons que soulever ce questionnement, et soumettre l'idée d'une étude sous cette forme : l'absence de douleur se situerait alors à l'extrémité supérieure de la réglette, et la douleur maximale imaginable au niveau du pôle inférieur.

Ainsi, si cet outil présente des qualités certaines, nous pouvons nous demander si la modification de certaines caractéristiques pourrait encore favoriser la compréhension de l'outil par des sujets présentant une aphasie sévère. S'il ne s'agit pas réellement de points négatifs, des questionnements sont donc présents, idées qu'il semblerait intéressant d'expérimenter.

Qu'en est-il, désormais, des apports et limites de notre étude ?

C) Réflexions sur notre étude :

Après avoir mis en évidence les apports et limites de l'EVA aphasique en elle-même, analysons désormais les aspects positifs et négatifs de notre étude dans sa globalité. Ces informations permettront alors d'envisager notre étude à la mesure de sa juste valeur.

1. Apports et intérêts:

D'une part, l'intérêt de cette étude réside dans ses résultats et dans la réponse aux hypothèses émises initialement (cf VI. A).

De plus, ce travail de recherche présente une ouverture à la réflexion autour de l'évaluation de la douleur chez le sujet aphasique, élément encore peu traité dans la littérature, comme nous avons pu le constater dans le III. B). Il permet une prise de conscience de l'impact d'une évaluation de la douleur erronée et trop souvent sous-estimée par le personnel soignant avec ces patients par manque d'outils adaptés et d'information. Il met ainsi en évidence la nécessité de repenser l'évaluation de la douleur par un ajustement au plus près des capacités résiduelles du sujet présentant une aphasie sévère, afin de permettre à une large population d'y accéder.

Cette étude a également permis de nombreux échanges avec les autres professionnels de la santé, notamment avec les kinésithérapeutes. Si ces interactions ont été riches pour nous, l'échange autour de ce thème de l'évaluation

de la douleur chez la population aphasique a pu susciter la curiosité et l'intérêt chez certains professionnels. D'autres ont pu être surpris en découvrant les scores de douleur exprimés par les patients durant certaines mobilisations. Ainsi, si ces contacts avec les différents soignants ont été parfois compliqués à mettre en place, comme nous le verrons dans la partie sur les difficultés rencontrées, ces interactions ont toutefois été riches, sources de réflexions et de prises de conscience intéressantes.

Enfin, notre étude a permis de mettre en lumière les limites de l'hétéro-évaluation de la douleur. En effet, il a été très clair durant les évaluations que les patients ayant une douleur chronique à laquelle ils se sont habitués ne présentent pas, pour la plupart, de comportements douloureux. Ainsi, si la douleur est pourtant bien présente, le soignant peut ne pas la percevoir s'il réalise une hétéro-évaluation unique. Avec un sujet dyscommunicant et les outils d'auto-évaluation actuellement disponibles, comment évaluer alors l'intensité douloureuse d'un sujet présentant une douleur chronique ? La prise en charge médicamenteuse de la douleur peut donc, dans ce cas, ne pas être adaptée à la situation du patient. C'est pourquoi l'auto-évaluation de la douleur reste toujours à privilégier, même dans les cas où la communication verbale est très limitée. C'est ce que cette étude a voulu démontrer, en mettant l'accent sur le fait que le sujet aphasique doit se voir offrir des moyens d'expression adaptés à son trouble. Il est essentiel de garder à l'esprit que ce n'est pas au patient, qui n'a souvent que peu de moyens à disposition, de s'adapter au personnel soignant, mais à l'inverse, aux équipes de lui permettre de s'exprimer.

2. Limites de l'étude :

Cette étude connaît également de nombreux biais qu'il est important de prendre en compte. Certaines réserves sont en effet à émettre sur les résultats obtenus dans le cadre de cette étude.

a) Au niveau de la méthodologie :

➤ **La population :**

Un élément pourrait être remis en question dans cette étude : le caractère très large des critères de la population recrutée. Ces critères étaient initialement volontairement larges, afin de tester la validité de l'EVA aphasique auprès de sujets présentant tous types d'aphasie, tant sur le plan de la sévérité que des troubles présentés. Cependant, nous pouvons penser qu'il aurait été intéressant de restreindre cette population afin d'explorer la validité de cette échelle avec une population plus limitée en terme de critères, mais avec un échantillon plus large: par exemple, des aphasies sévères uniquement, ou encore des aphasies réceptives. Ceci aurait permis d'avoir un plus grand nombre de patients avec le même type de troubles, donc de mieux cibler la population pour laquelle l'outil est le plus adapté. Ici, nous avons en fait un aperçu, une vue d'ensemble de la validité de l'outil auprès de la population aphasique au sens large. Un travail de recherche plus ciblé serait donc intéressant afin de compléter celui-ci.

➤ **Les outils utilisés :**

- L'ADRS (Aphasia Depression Rating Scale) :

D'une part, la passation de l'échelle de dépression a été problématique, et nous pouvons penser que les difficultés rencontrées ont pu nuire à la fiabilité des résultats. En effet, selon les situations des patients, cette échelle a été remplie tantôt par les équipes soignantes, tantôt par des membres de la famille des patients. Ce deuxième cas de figure s'est présenté avec les patients recrutés en cabinet libéral ou en hospitalisation de jour : ici, le sujet ne côtoyant pas systématiquement de personnel soignant au quotidien, il a été nécessaire de trouver une personne proche du sujet tout en essayant de garder chez cette personne une certaine neutralité. Ainsi, nous pouvons tout de même nous poser la question de l'objectivité dans les réponses de proches de patients.

De plus, d'une semaine à l'autre, les membres du personnel soignant n'étaient parfois pas les mêmes. Il est donc arrivé que les échelles de dépression ne soient pas remplies par les mêmes soignants à J0 et à J7, ce qui pose la question de points de vue différents quant à la situation thymique des patients.

C'est pourquoi cette échelle, si elle a été difficile à faire remplir par les équipes soignantes, présente également des résultats nécessitant une certaine réserve.

- L'Algoplus :

Cette échelle d'hétéro-évaluation de la douleur a été conçue pour une population âgée. L'utilisation de cette échelle comportementale dans notre étude était pourtant essentielle afin d'avoir une référence sur laquelle se baser. L'Algoplus était alors l'échelle la plus adaptée à cette pratique. Cet élément présente donc un biais connu : celui de la population de l'étude, parfois des adultes d'âge moyen. Cependant, tout au long de cette étude, nous avons pu remarquer qu'un item de l'échelle Algoplus restait systématiquement coté à la négative : celui des comportements (agitation, agressivité ou agrippement). En effet, aucun patient n'a présenté un tel comportement lors des évaluations. Nous pouvons alors penser que cet item correspond à une manifestation de la douleur plus fréquente chez les personnes âgées, et plus spécifiquement chez les sujets déments. Comme l'expliquent Moulias et ses collègues en 2005, « *nombre d'événements organiques, telle la douleur, peuvent se traduire par une agressivité chez le dément* ». Aussi, nous pouvons penser que la présence de cet item dans le cas d'une population aphasique n'est pas adaptée et biaise l'étude.

De plus et d'une manière plus globale, nous avons pu remarquer que l'échelle Algoplus est cotée sur 5. Face à l'EVA, cotée sur 10, nous pouvons donc nous poser la question de la finesse de l'hétéro-évaluation avec l'Algoplus. En effet, il a parfois été nécessaire de ramener le score de l'Algoplus sur 10 pour certaines études, ce qui peut représenter un biais dans l'analyse des résultats. Si cette échelle est pourtant validée, nous pouvons penser que l'ECPA, par exemple, plus longue à coter et moins adaptable à notre étude, serait toutefois plus précise dans une nouvelle étude

sur l'évaluation de la douleur auprès de la population aphasique. Ainsi, nous pourrions imaginer une étude avec une passation de l'EVA aphasique cinq minutes avant les soins puis durant les soins, parallèlement à la cotation de l'ECPA par exemple (qui doit être remplie par les soignants à ces moments précis de la prise en charge du sujet). Cette étude nécessiterait une expérimentation plus coûteuse en temps mais permettrait certainement d'obtenir des résultats plus fins. Elle permettrait, de plus, de tester la sensibilité de l'outil aphasique.

De même, nous aurions pu imaginer une étude comprenant une auto-évaluation de la douleur avant et après prise d'antalgiques. Ceci permettrait également de tester la sensibilité de l'outil aphasique. L'échelle d'hétéro-évaluation de la douleur PACSLAC pourrait alors éventuellement constituer l'outil de référence à ces évaluations.

b) Autour de notre thème de recherche :

Notre étude a trait à un thème qu'il est difficile d'objectiver. La subjectivité de l'évaluation de la douleur, qu'elle soit sur le mode de l'auto ou de l'hétéro-évaluation, peut poser question. En effet, même pour certains patients ne présentant pas de trouble de la compréhension, l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur peut être difficile. La subjectivité d'un ressenti est telle qu'il est parfois très difficile d'en donner un niveau entre l'absence et la présence extrême. La douleur est un ressenti personnel, que chacun perçoit de manière différente. Aussi, un sujet tolérant bien sa douleur pourra la sous-estimer, non parce qu'il n'a pas intégré ce qui lui était demandé, mais parce qu'il juge qu'il pourrait supporter une douleur nettement plus marquée. Alors, si la corrélation entre l'auto et l'hétéro-évaluation est absente, ce peut être pour une toute autre raison que l'incompréhension de l'outil.

Pour toutes ces raisons, il a été nécessaire de repenser nos objectifs de départ. En effet, si nous envisagions initialement une validation de l'EVA aphasique, ce résultat n'a pu être obtenu du fait du nombre trop restreint de sujets et de l'hétérogénéité de leurs troubles. L'évaluation de la douleur est un domaine

complexe qui nécessiterait une recherche plus complète afin d'obtenir des résultats précis sur les qualités métriques de l'outil étudié.

D) Difficultés rencontrées :

Durant cette étude, nous avons pu nous confronter à certaines difficultés lors de l'expérimentation. Alors, des prises de conscience et des réflexions ont émergé progressivement durant la pratique de l'étude face à ces problèmes.

D'une part, d'un point de vue très global, nous pouvons penser que la méthodologie mise en place dans le cadre de ce mémoire d'orthophonie impliquait peut-être trop de personnes et était trop coûteuse en temps. Cette étude a en effet nécessité l'investissement de nombreux professionnels de la santé. Et si ce besoin fait en partie la richesse du travail mis en œuvre, il a également rendu la mise en application du protocole difficile. Ce constat a été particulièrement patent dans les centres de rééducation et de réadaptation. En effet, les différents professionnels impliqués étant tous très occupés dans leurs activités respectives, nos sollicitations ont été parfois problématiques. C'est le cas, principalement, des infirmiers et aides-soignants, qui ont souvent rempli les échelles de dépression pour les patients : le manque de temps ou l'incapacité à répondre à toutes les informations demandées ont parfois rendu ce moment pénible pour les soignants, qui ont toujours accepté de participer, mais dans des conditions toutefois pas toujours optimales. Il a donc été souvent difficile de trouver un professionnel disponible pour effectuer cette tâche sans avoir le sentiment de le gêner dans son activité professionnelle. Nous avons donc fait face, à travers cette pratique, à la suractivité du personnel soignant. Toutefois, nous pouvons penser que, afin qu'une étude de cette ampleur puisse être réalisée dans de meilleures conditions, un travail de recherche à plus grande échelle, mené par une équipe de soignants impliquée dans ce projet, serait intéressant et permettrait un plus grand investissement des intervenants.

De plus, certaines difficultés ont pu apparaître lors de l'évaluation des patients avec l'EVA classique. En effet, cette échelle, comme nous l'avons expliqué, a été

validée avec une consigne verbale. Aussi, dans le cadre de notre étude, nous avons décidé de comparer l'EVA classique, telle qu'elle a été validée, à l'EVA aphasique, comprenant un conditionnement essentiellement non verbal. En tant que future orthophoniste, il a été très difficile, lors des évaluations avec l'EVA classique, de n'avoir recours qu'au langage oral avec ces patients. En effet, sensibilisés dans notre formation au recours au renforcement mimo-gestuel avec les sujets dyscommunicants, n'utiliser que du langage oral face à ces personnes en difficulté a souvent été compliqué. Le sentiment de les mettre en échec n'a pas toujours été simple à gérer, et la tentation de leur venir en aide a été forte.

E) Perspectives et ouvertures :

Comme nous l'avons abordé tout au long de cette discussion, notre étude sur l'EVA aphasique présente des apports certains, mais également des limites. Il serait donc intéressant, afin de connaître plus précisément les intérêts d'un tel outil, d'approfondir les études sur le sujet : ainsi, tester l'outil sur une plus grande population, avec des groupes aux critères bien distincts, permettrait de mieux cibler les populations pour lesquelles l'outil est le plus adapté et de réfléchir à des solutions pour les autres.

De plus, mener cette étude dans le cadre d'un protocole de recherche à plus grande échelle permettrait de limiter les biais par une procédure systématique et rigoureuse.

Il serait également intéressant, comme nous l'avons évoqué dans nos réflexions sur l'outil élaboré, de tester l'EVA classique avec le conditionnement élaboré pour l'EVA aphasique, afin de repérer si ce renforcement non verbal seul permet une compréhension de l'outil aussi bonne qu'avec l'EVA aphasique et ses caractéristiques physiques. Une inversion des pôles « je n'ai pas mal » et « j'ai très mal » sur la réglette aphasique, soit avec l'absence de douleur en haut de l'échelle, et la douleur insupportable en bas, est une autre suggestion d'étude.

Enfin, tester l'EVA aphasique avant et pendant les soins, parallèlement à une hétéro-évaluation avec l'ECPA, par exemple, permettrait certainement d'obtenir des résultats plus fins et une idée plus précise de la sensibilité de l'outil aphasique. De

même, une évaluation avant et après prise d'antalgiques accompagnée de la cotation du PACSLAC serait intéressante pour les mêmes raisons.

Après avoir longuement étudié l'efficacité de l'outil créé pour la population aphasique auprès de cette même population, nous pouvons nous poser une ultime question : cet outil ne pourrait-il pas être adapté à une population âgée présentant une démence légère ? Une auto-évaluation de la douleur avec un outil adapté à cette population n'est-elle vraiment pas envisageable ? Cette interrogation pourrait également faire l'objet d'une nouvelle étude.

CONCLUSION :

Nous nous sommes attachés dans notre projet de recherche à étudier l'intérêt de la création d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur (échelle visuelle analogique ou EVA) pour la population aphasique. En effet, le domaine de l'évaluation de la douleur est, de manière générale, problématique. Ce constat est particulièrement patent lorsque des troubles de la communication verbale sont présents, avec des outils d'évaluation souvent considérés comme inadaptés aux patients atteints de ce type de troubles.

La population aphasique présentant fréquemment une communication non verbale mieux préservée que la communication verbale, notre outil d'auto-évaluation de la douleur se base essentiellement sur des éléments non verbaux (visuels et mimo-gestuels).

Les résultats de notre étude vont dans le sens d'une meilleure adaptation à la population aphasique de l'EVA aphasique par rapport à l'EVA classique, la plus fréquemment utilisée en pratique. Toutefois, ces résultats ne sont pas significatifs.

Aussi, nous pouvons penser qu'une étude à plus grande échelle et avec une révision de la méthodologie employée permettrait peut-être de mettre en évidence la pertinence de l'outil aphasique. Un tel constat ouvrirait alors à une possible uniformisation de l'évaluation de la douleur, avec cet outil comme échelle de référence, auprès de la population générale. Envisager un tel progrès nécessiterait néanmoins de passer par des actions de sensibilisation du personnel soignant à l'évaluation de la douleur. La prise en charge de celle-ci n'en serait alors qu'améliorée.

Cette étude aura ainsi permis une ouverture à la réflexion autour de l'évaluation de la douleur chez le sujet aphasique, domaine encore peu étudié mais dont les répercussions peuvent être pourtant très importantes.

BIBLIOGRAPHIE :

1. **ANAES Recommandations. (Octobre 2000).** Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.
2. **ANAES Recommandations. (Mars 2000).** Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans.
3. **ANAES Recommandations. (Février 1999).** Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.
4. **Baud, P. (2007).** Douleurs neuropathiques en pratique quotidienne. Paris : John Libbey Eurotext.
5. **Belin, C., Gatt, M.-T. (2006).** Pain and dementia. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, Volume 4, Numéro 4, 247-54.
6. **Bénaïm, C., Cailly, B., Perennou, D., Pelissier J. (2004).** Validation of the aphasic depression rating scale. *Stroke*, 35, 1692-1696.
7. **Bénaïm, C., Froger, J., Cazottes, C., Gueben, D., Porte, M., Desnuelle, C., Pélissier, J (2007).** Use of the faces pain scale by left and right hemispheric stroke patients. *Pain*, 128 (1-2):52-8.
8. **Bénaïm, C., Lorain, C., Pélissier, J., Desnuelle, C. (2007).** Dépression, qualité de vie et aphasie. In J.-M Mazaux, P. Pradat-Diehl et V. Brun. *Aphasies et aphasiques* (pp 283-289). Paris : Masson.
9. **Binoche, T., Martineau, C. (2005).** Guide pratique du traitement des douleurs. 2^{ème} édition. Paris : Masson.

- 10. Bonnin-Koang, H.-Y., Froger, J., Laffont, I., Pellas, F., Pélissier, J. (2010).** Evaluation de la prise en charge de la douleur chez le patient cérébro-lésé dyscommunicant. Symposium HAS. N° 268.
- 11. Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2004).** Dictionnaire d'orthophonie. Paris : Orthoédition.
- 12. Chatelle, C., Vanhauzenhuyse, A., Mergam, A.-N., De Val, M., Majerus, S., Boly, M., Bruno, M.-A., Boveroux, P., Demertzi, A., Gosseries, O., Ledoux, D., Peigneux, P., Salmon, E., Moonen, G., Faymonville, M.-E., Laureys, S., Schnakers, C. (2008).** Mesurer la douleur chez le patient non communicant. *Revue médicale de Liège*. 63 : 5-6 : 429-437.
- 13. Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., Bernard, I. (2010).** Les aphasies – Evaluation et rééducation. Paris : Masson.
- 14. Daviet, J.-C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B., Mazaux, J.-M. (2007).** Communication et aphasie. In J.-M Mazaux, P. Pradat-Diehl et V. Brun. *Aphasies et aphasiques* (pp 76-86). Paris : Masson.
- 15. Djian, M-C. (2002).** Les douleurs chroniques et les maladies neurologiques centrales. Antony : Les éditions de l'école de médecine.
- 16. Fédération Nationale France – AVC.** Plaquette d'informations *Après l'accident vasculaire cérébral (AVC)*.
- 17. Gil, R. (2006).** Neuropsychologie. 4^{ème} édition. Paris: Masson.
- 18. Goldin-Meadow, S. (1999).** The role of gesture in communication and thinking. *Trends in Cognitive Sciences*, 3: 419 - 429.

- 19. Gonzalez, I., Brun, V. (2007).** Communications alternatives et suppléances fonctionnelles. In J.-M Mazaux, P. Pradat-Diehl et V. Brun. *Aphasies et aphasiques* (pp 251-261). Paris : Masson.
- 20. International Association for the Study of Pain (1986).** Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*; 3 (suppl).
- 21. Jakobson, R. (1960).** Closing statements : Linguistics and Poetics. In T.-A. Sebeok. *Style in language* (pp 350-377). Cambridge Massachusetts: MIT Press.
- 22. Kehayia, E., Korner-Bitensky, N., Singer, F., Becker, R., Lamarche, M., Georges, P., Retik, S. (1997).** Differences in pain medication use in stroke patients with aphasia and without aphasia. *Stroke*, 28: 1867 - 1870.
- 23. Marchand, S. (2009).** Le phénomène de la douleur – Comprendre pour soigner. 2^{ème} édition. Paris : Masson.
- 24. Mazaux, J.-M, Nespoulous, J.-L, Pradat-Diehl, P., et Brun, V. (2007).** Les troubles du langage oral : quelques rappels sémiologiques. In J.-M Mazaux, P. Pradat-Diehl et V. Brun. *Aphasies et aphasiques* (pp 54-65). Paris : Masson.
- 25. Mazzucchi, A. (2001).** Méthodes de rééducation de l'aphasie. In J.-M Mazaux, V. Brun et J. Péliissier. *Aphasie – Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires* (pp 107-113). Paris : Masson.
- 26. Metzger, C., Walter, C., Muller, A., Schwetta, M. (2007).** Soins infirmiers et douleur. 3^{ème} édition. Paris : Masson.
- 27. Moulias, R., Hervy, M.-P., Ollivet, C. (2005).** Alzheimer et maladies apparentées: traiter, soigner et accompagner au quotidien. Paris : Masson.

- 28. Pélissier, J., Pellas, F., Bénéïm, C., Fattal, C. (2009).** Principales échelles d'évaluation en Médecine Physique et Réadaptation. 2^{ème} édition. Paris : Frison-Roche.
- 29. Queneau, P., Ostermann, G. (2004).** Le médecin, le malade et la douleur. 4^e édition. Paris : Masson.
- 30. Racine, J. (1668).** Andromaque. Paris : Claude Barbin.
- 31. Rat, P., Jouve, E., Pickering, G., Donnarel, L., Nguyen, L., Michel, M., Capriz-Rivière, F., Lefebvre-Chapiro, S., Gauquelin, F., Bonin-Guillaume, S. (2010).** Validation of an acute pain behavior-scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus (R). *Eur J Pain*.
- 32. Serra, E., Saravane, D., De Beauchamp, I., Pascal, J.-C., Peretti, C.-S., Boccard, E., (2007).** La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. *Douleur et analgésie*. 2, 1 – 6.
- 33. Servant, D. (2009).** La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques. Paris : Elsevier Masson.
- 34. Shannon, C., Weaver, W. (1949).** The mathematical theory of communication. University of Illinois press.
- 35. Thurel, C., Serrie, A. (2002).** *La douleur en pratique quotidienne - Diagnostic et traitements*. 2^{ème} édition. Paris : Arnette.
- 36. Trousseau, A. (1864).** De l'aphasie, maladie décrite récemment sous le nom impropre d'aphémie. *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, 37, 13-14.
- 37. Vibes, J. (2001).** Guide de la douleur – Le syndrome douloureux chronique. Paris : Estem.

38. Watzlawick, P., Helmick, J., Jackson, D. (1972). Pour une logique de la communication. Paris : Editions du Seuil.

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Questionnaire aux soignants

ANNEXE 2 : Protocole d'évaluation 1 - EVA aphasique en première passation

ANNEXE 3 : EVA aphasique

ANNEXE 4 : EVA classique

Annexe 1 : Questionnaire aux soignants

QUESTIONNAIRE ÉVALUATION DOULEUR - MÉMOIRE D'ORTHOPHONIE -

1. Quelle est votre profession ?

Médecin

Infirmier

2. Vous arrive-t-il de pratiquer des évaluations de la douleur ?

Oui

Non

3. Si oui, quels sont les outils d'évaluation que vous utilisez ?

Auto-évaluation :

EVA (Echelle Visuelle Analogique)

Echelle numérique

Echelle verbale simple

Autres :

Hétéro-évaluation :

ECPA

Doloplus

PACSLAC

Algoplus

Autres :

4. En moyenne, à quelle fréquence réalisez-vous ces évaluations ?

Plus d'une fois par jour

Une fois par jour

Entre une fois par jour et une fois par semaine

Moins d'une fois par semaine

Autre :

AVEC LA POPULATION APHASIQUE :

5. Pratiquez-vous des évaluations de la douleur auprès des patients aphasiques?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

6. Si oui, quels sont les outils d'évaluation que vous utilisez avec les personnes aphasiques ?

Auto-évaluation : EVA (Echelle Visuelle Analogique)
 Echelle numérique
 Echelle verbale simple
 Autres :

Hétéro-évaluation : ECPA
 Doloplus
 PACSLAC
 Algoplus
 Autres :

7. Rencontrez-vous des difficultés avec les échelles que vous utilisez ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?
.....
.....

8. En moyenne, à quelle fréquence réalisez-vous ces évaluations auprès d'un patient aphasique douloureux ?

Plus d'une fois par jour
 Une fois par jour
 Entre une fois par jour et une fois par semaine
 Moins d'une fois par semaine
 Autre :

9. Considérez-vous que les outils d'évaluation de la douleur existant actuellement soient adaptés aux troubles aphasiques ?

Oui Non

Si oui, quels sont ces outils ?
.....
.....

Si non, pourquoi ?
.....
.....

10. De manière générale, pensez-vous que la douleur des personnes aphasiques soit sous-évaluée ?

Oui Non

Annexe 2 :

Protocole d'évaluation 1

- EVA aphasique en première passation –

ÉVALUATION DOULEUR – MÉMOIRE D'ORTHOPHONIE

Code patient : (2 premières lettres du nom – 2 premières lettres du prénom)

Date à J0:

Date à J+7:

Consigne de l'EVA classique

« Je vous propose d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable. Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante.

L'autre extrémité correspond à pas de douleur. Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante. »

Conditionnement de la réglette aphasique

Dans un premier temps, si l'acuité visuelle du patient est réduite, veillez à ce qu'il porte bien ses lunettes.

Placez-vous face au patient, à sa hauteur.

Allez à l'essentiel, en insistant sur vos gestes et vos mimiques, et en laissant au patient le temps de comprendre vos paroles:

- 1) Demandez au patient : « Vous avez mal ? », tout en mimant un ressenti douloureux.
- 2) Présentez ensuite la réglette au patient, la partie graduée face à vous. Placez le curseur successivement sur l'intensité de douleur maximale puis sur l'absence de douleur, en mimant dans les deux cas un ressenti adapté au placement du curseur.
- 3) Déplacez ensuite le curseur, et tendez la réglette au patient en lui disant : « A vous ! Combien avez-vous mal? ».
- 4) Le patient devra alors placer le curseur au niveau correspondant à son intensité de douleur.

Par le geste, vous demanderez confirmation du résultat au patient, et reporterez les résultats sur la feuille d'évaluation.

Critères d'éligibilité de la population aphasique

Critères d'inclusion :

oui

- Aphasie vasculaire
- Sujets âgés de plus de dix-huit ans
- Sujets francophones

Critères de non-inclusion :

non

- Etat démentiel
- Déficit d'acuité visuelle non corrigé ou trouble du traitement de l'information visuelle ne permettant pas l'utilisation de la règlette (Score < 68/72 à la BDVO, et score < 8 aux épreuves d'appariements fonctionnels et catégoriels du PEGV)

PROTOCOLE D'ÉVALUATION

Vérifiez dans un premier temps si le patient remplit bien les critères d'éligibilité.

Vous réaliserez alors les différentes évaluations de la manière suivante :

- **1^{ère} étape** : L'échelle de dépression ADRS + L'hétéro-évaluation de la douleur avec l'échelle Algoplus + L'auto-évaluation avec l'EVA aphasique (et son conditionnement).
- **2^{ème} étape** : **Une semaine plus tard**, l'échelle de dépression ADRS + L'hétéro-évaluation de la douleur avec l'échelle Algoplus + L'auto-évaluation avec l'EVA classique (et sa consigne de base).

<u>1^{ère} évaluation</u> <u>J0</u>	Echelle de dépression	Echelle Algoplus	Echelle EVA aphasique (et son conditionnement)
<u>2^{ème} évaluation</u> <u>J+7</u>	Echelle de dépression	Echelle Algoplus	Echelle EVA classique (et sa consigne de base)

Evaluations pratiquées par :

PREMIÈRE ÉVALUATION À J0 :

Acuité visuelle corrigée par le port de lunettes

Rappel :

Trois évaluations sont à effectuer :

- L'hétéro-évaluation de la douleur avec l'échelle Algoplus
- L'auto-évaluation de la douleur avec l'EVA aphasique (et son conditionnement)
- L'échelle de dépression ADRS

HÉTÉRO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR :

<i>Echelle ALGOPLUS</i> Personne interrogée :	OUI	NON
1- Visage <i>Froncement des sourcils, grimace, crispation, mâchoire serrée, visage figé.</i>		
2- Regard <i>Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.</i>		
3- Plaintes <i>« Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.</i>		
4- Corps <i>Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.</i>		
5- Comportements <i>Agitation ou agressivité, agrippement.</i>		
TOTAL		/5

AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR :

Score EVA aphasique
---------------------	-------

Commentaire :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ÉCHELLE DE DÉPRESSION ADRS (Aphasia Depression Rating Scale)

Personne interrogée :

1- Insomnie du milieu de la nuit :

0 : Pas de difficulté

1 : Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit

2 : Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit – sauf si c'est pour uriner)

2- Anxiété somatique chronique (crise d'angoisse exclue) :

0 : Absente

1 : Discrète (gastro-intestinaux, bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations)

2 : Moyenne

3 : Grave (cardio-vasculaires : palpitations, céphalées)

4 : Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle (respiratoires : hyperventilation, soupirs, transpiration)

3- Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

0 : Aucun

1 : Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale

2 : A des difficultés à manger en l'absence d'indications du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

4- Perte de poids (appréciée par pesées) :

0 : Moins de 500g de perte de poids par semaine

1 : Plus de 500g de perte de poids par semaine

2 : Plus de 1kg de perte de poids par semaine

5- Tristesse apparente : correspond au découragement, à la dépression, au désespoir (plus qu'un cafard passager) reflétés par la parole, la mimique, la posture, le regard. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier :

0 : Pas de tristesse

1 : Entre 0 et 2

2 : Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté

3 : Entre 2 et 4

4 : Paraît triste et malheureux la plupart du temps

5 : Entre 4 et 6

6 : Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

6- Lenteur et rareté des mouvements de la tête et du cou : mimique :

0 : La tête est mobile, son port est souple, le regard explore la pièce et fixe alternativement l'examineur et d'autres centres d'intérêts de façon adaptée. Les mouvements de la bouche sont d'amplitude normale.

1 : Il existe peut-être une réduction de mobilité, difficile à affirmer.

2 : La réduction de la mobilité est indiscutable mais légère. Le regard souvent fixe est encore capable de mobilité, la mimique encore expressive est monotone.

3 : Le malade ne bouge pas la tête. Il n'explore pas la pièce, a le regard fixé le plus souvent vers le bas et regarde rarement l'examineur. Il articule mal, ses lèvres sont peu mobiles, il ne sourit jamais, le mimique est figée.

4 : Faciès entièrement figé et douloureusement inexpressif

7- Anxiété psychique :

0 : Aucun trouble

1 : Tension subjective et irritabilité (anxiété légère)

2 : Se fait du souci à propos de problèmes mineurs (anxiété modérée)

3 : Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage (anxiété sévère)

4 : Peurs exprimées sans qu'on pose de questions (anxiété invalidante)

8- Hypochondrie :

0 : Absente

1 : Attention concentrée sur son propre corps

2 : Préoccupations sur sa santé

3 : Plaintes fréquentes, demandes d'aide, conviction d'être malade physiquement

4 : Idées délirantes hypocondriaques

9- Fatigabilité :

0 : La fatigue n'est ni spontanément signalée, ni retrouvée à l'interrogatoire ou la sollicitation

1 : La fatigue n'est pas signalée spontanément, mais peut être mise en évidence par l'interrogatoire ou la sollicitation

2 : Le malade est gêné par sa fatigue dans la vie quotidienne (manger, faire sa toilette...)

3 : La fatigue oblige le malade à une réduction de ses activités

4 : Réduction quasi-totale des activités mise sur le compte de la fatigue.

Score total	/32
--------------------	------------

(Episode dépressif probable si le score est supérieur ou égal à 9/32)

Evaluations pratiquées par :

DEUXIÈME ÉVALUATION À J+7 :

Acuité visuelle corrigée par le port de lunettes

Rappel :

Trois évaluations sont à effectuer :

- L'hétéro-évaluation de la douleur avec l'échelle Algoplus
- L'auto-évaluation de la douleur avec l'EVA classique (et sa consigne de base)
- L'échelle de dépression ADRS

HÉTÉRO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Echelle ALGOPLUS <i>Personne interrogée :</i>	OUI	NON
1- Visage <i>Froncement des sourcils, grimace, crispation, mâchoire serrée, visage figé.</i>		
2- Regard <i>Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.</i>		
3- Plaintes <i>« Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.</i>		
4- Corps <i>Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.</i>		
5- Comportements <i>Agitation ou agressivité, agrippement.</i>		
TOTAL		/5

AUTO-ÉVALUATION DE LA DOULEUR :

Score EVA classique
----------------------------	-------

Commentaire :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ÉCHELLE DE DÉPRESSION ADRS (Aphasia Depression Rating Scale)

Personne interrogée :

1 Insomnie du milieu de la nuit :

0 : Pas de difficulté

1 : Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit

2 : Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit – sauf si c'est pour uriner)

2 Anxiété somatique chronique (crise d'angoisse exclue) :

0 : Absente

1 : Discrète (gastro-intestinaux, bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations)

2 : Moyenne

3 : Grave (cardio-vasculaires : palpitations, céphalées)

4 : Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle (respiratoires : hyperventilation, soupirs, transpiration)

3 Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

0 : Aucun

1 : Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale

2 : A des difficultés à manger en l'absence d'indications du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

4 Perte de poids (appréciée par pesées) :

0 : Moins de 500g de perte de poids par semaine

1 : Plus de 500g de perte de poids par semaine

2 : Plus de 1kg de perte de poids par semaine

5 Tristesse apparente : correspond au découragement, à la dépression, au désespoir (plus qu'un cafard passager) reflétés par la parole, la mimique, la posture, le regard. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider :

0 : Pas de tristesse

1 : Entre 0 et 2

2 : Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté

3 : Entre 2 et 4

4 : Paraît triste et malheureux la plupart du temps

5 : Entre 4 et 6

6 : Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

6 Lenteur et rareté des mouvements de la tête et du cou : mimique

0 : La tête est mobile, son port est souple, le regard explore la pièce et fixe alternativement l'examineur et d'autres centres d'intérêts de façon adaptée. Les mouvements de la bouche sont d'amplitude normale.

1 : Il existe peut-être une réduction de mobilité, difficile à affirmer.

2 : La réduction de la mobilité est indiscutable mais légère. Le regard souvent fixe est encore capable de mobilité, la mimique encore expressive est monotone.

3 : Le malade ne bouge pas la tête. Il n'explore pas la pièce, a le regard fixé le plus souvent vers le bas et regarde rarement l'examineur. Il articule mal, ses lèvres sont peu mobiles, il ne sourit jamais, le mimique est figée.

4 : Faciès entièrement figé et douloureusement inexpressif

7 Anxiété psychique :

0 : Aucun trouble

1 : Tension subjective et irritabilité (anxiété légère)

2 : Se fait du souci à propos de problèmes mineurs (anxiété modérée)

3 : Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage (anxiété sévère)

4 : Peurs exprimées sans qu'on pose de questions (anxiété invalidante)

8 Hypocondrie :

0 : Absente

1 : Attention concentrée sur son propre corps

2 : Préoccupations sur sa santé

3 : Plaintes fréquentes, demandes d'aide, conviction d'être malade physiquement

4 : Idées délirantes hypocondriaques

9 Fatigabilité :

0 : La fatigue n'est ni spontanément signalée, ni retrouvée à l'interrogatoire ou la sollicitation

1 : La fatigue n'est pas signalée spontanément, mais peut être mise en évidence par l'interrogatoire ou la sollicitation

2 : Le malade est gêné par sa fatigue dans la vie quotidienne (manger, faire sa toilette...)

3 : La fatigue oblige le malade à une réduction de ses activités

4 : Réduction quasi-totale des activités mise sur le compte de la fatigue.

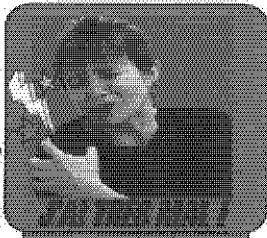
Score total	/32
--------------------	------------

(Episode dépressif probable si le score est supérieur ou égal à 9/32)

Annexe 3 :

L'EVA aphasique

Adapté Aphasique / modèle aphasique. Découper et coller recto verso, puis fixer la bague d'évaluation autour du corps de la réclette.

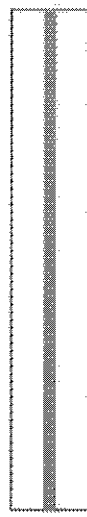


Je n'ai pas mal

J'AI TRÈS MAL !

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR POUR PATIENTS APHASIQUES



Annexe 4 :

L'EVA classique

