



GUIDE D'ENTRETIEN

D'après les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé), élaborer un diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'ETP. Ce moment d'écoute est au service d'un cheminement pédagogique.

Il est « indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins, de ses attentes et à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir en tenant compte des priorités du patient.... ». Il a aussi pour but de veiller à l'adhésion du patient dans la démarche d'ETP.

Le diagnostic éducatif doit être actualisé régulièrement et systématiquement lors de la survenue de tout élément nouveau.

Le guide d'entretien est un support à l'établissement de ce bilan éducatif. Il n'a pas d'ordre établi à suivre, pour le recueil de renseignements.

Ces questions sont proposées à titre indicatif.



GUIDE D'ENTRETIEN

« Qu'est ce qu'il a ? »

Perception de la maladie :

- ✦ Que savez-vous de votre maladie ? gravité ?
- ✦ Depuis quand ? quelle évolution ?
- ✦ Quel suivi médical ? quels symptômes associés ?
- ✦ Qu'avez-vous compris de votre maladie ?
- ✦ Quels traitements avez-vous ?
- ✦ Que sait votre entourage ?

Perception de la douleur :

- ✦ Où avez-vous mal ? quand ? comment ?
- ✦ A quelle fréquence ?
- ✦ Combien de temps dure votre douleur ?
- ✦ Facteurs aggravants ?
- ✦ Qu'est ce qui soulage ?
- ✦ Que sait votre entourage ?

« Qu'est ce qu'il sait ? »

Représentation, connaissances, compétences dans sa vie quotidienne :

- ✦ D'après vous, qu'est ce qui favorise la survenue de la douleur ?
- ✦ Comment analysez-vous votre douleur (schéma corporel, organes atteints,...)
- ✦ Comment vivez-vous votre douleur ?
- ✦ Que faites-vous lors d'une crise douloureuse ?
- ✦ Connaissez-vous vos médicaments ?
- ✦ Pensez-vous qu'ils soient efficaces ?
- ✦ Quelles difficultés rencontrez-vous dans la gestion de votre traitement ? observance ?
- ✦ Connaissez-vous des techniques non médicamenteuses ?
- ✦ Comment votre entourage vit votre douleur ?



« Qui est-il ? »

- ✦ Connaissez-vous d'autres personnes douloureuses ?
- ✦ Faites-vous appel à votre entourage dans les situations difficiles ?
- ✦ Quel professionnel peut être une aide pour vous ?
- ✦ Votre douleur retentit-elle sur votre vie quotidienne ? familiale, professionnelle, sociale, loisirs, sport,...
- ✦ Avez-vous des difficultés associées ? travail, finances, administration, logement,....
- ✦ Avez-vous eu des évènements importants dans votre vie, récemment ? (dans l'année)
- ✦ Comment vous sentez-vous ? (tension, énervement, peur, désintérêt, panique, déni, angoisse, image corporelle altérée, confiance, optimiste, calme,)

« Qu'est ce qu'il fait ? »

Travail :

- ✦ Facteurs aggravants ? Lieu, trajet,...
- ✦ Adaptation possible ?

Famille / Logement :

- ✦ Charge familiale
- ✦ Adaptation du lieu de vie
- ✦ Entourage, aides en place

Activités :

- ✦ Sport : quoi, quand, fréquence ?
- ✦ Loisirs : quoi, quand, fréquence ?
- ✦ Ressourcement possible



PRETY-D
Programme d'Education Thérapeutique Sud Yvelines
des patients Dououreux chroniques en ville

« Quel est son projet ? »

Projets-objectifs :

- ✦ Avez-vous des projets ?
- ✦ Sont-ils compromis par la douleur ?
- ✦ Limitations dues à la douleur ?
- ✦ Objectifs à court terme, à long terme
- ✦

Besoins-attentes :

- ✦ Comment pensez-vous pouvoir améliorer votre qualité de vie ?
- ✦ Quelles sont vos attentes par rapport à l'éducation thérapeutique ?
- ✦ Pensez-vous qu'on puisse vous aider ?



ANNEXES

Questionnaire Observance :

- 1) Cela vous arrive-t-il d'oublier votre traitement ?
- 2) Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre un ou plusieurs médicaments ?
- 3) Vous arrive-t-il d'être en panne de un ou plusieurs médicaments ?
- 4) Vous arrive-t-il de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
- 5) Vous arrive-t-il de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

Total des OUI :

- 0 Bonne observance
- 1 ou 2 Minime problème d'observance
- 3 et plus Mauvaise observance



ANNEXES

Echelle conçue par l'Association François Xavier Bagnoud (75)

<p><u>Quelle est son intensité ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> 0 aucune <input type="checkbox"/> 1 faible, un peu <input type="checkbox"/> 2 modérée <input type="checkbox"/> 3 forte, beaucoup <input type="checkbox"/> 4 extrêmement fort, atroce</p> <p>ou EVA =</p> <p><u>Quel est le type de la douleur ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> En éclairs <input type="checkbox"/> Torsion <input type="checkbox"/> Serrement <input type="checkbox"/> Coup de poignard <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Crampe <input type="checkbox"/> Autre</p> <p><u>Quel est son caractère ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Irradiante <input type="checkbox"/> Intermittente <input type="checkbox"/> Migratrice <input type="checkbox"/> Paroxystique <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> Autre</p> <p><u>La douleur vous empêche de ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Manger <input type="checkbox"/> Marcher <input type="checkbox"/> Bouger <input type="checkbox"/> Tenir debout <input type="checkbox"/> Sortir <input type="checkbox"/> Lire <input type="checkbox"/> Regarder la télévision <input type="checkbox"/> Dormir <input type="checkbox"/> Soutenir une conversation <input type="checkbox"/> Autre</p>	<p><u>Combien de temps dure-t-elle ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Quelques secondes <input type="checkbox"/> Quelques minutes <input type="checkbox"/> Une heure <input type="checkbox"/> Plusieurs heures <input type="checkbox"/> Toute la journée <input type="checkbox"/> Autre</p> <p><u>Y a-t-il un facteur qui l'aggrave ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> La position <input type="checkbox"/> La mobilisation <input type="checkbox"/> L'alimentation <input type="checkbox"/> Autre</p> <p><u>Qu'est-ce qui la soulage ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> La mobilisation <input type="checkbox"/> La position <input type="checkbox"/> Les occupations <input type="checkbox"/> Le repos <input type="checkbox"/> L'alimentation <input type="checkbox"/> Autre</p> <p><u>Autres effets associés à la douleur ?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Asthénie <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Irritabilité <input type="checkbox"/> Autre</p>
--	---



ANNEXES

Échelle ALGOPLUS®

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

L'échelle ALGOPLUS® n'est pas un mini DOLOPLUS®.

Elle a été **spécifiquement développée pour l'hétéro-évaluation de la douleur aiguë** chez la personne âgée **et repose sur une observation somatique**, et non pas sur des changements de comportements.

Sa passation dure moins d'une minute.

L'utilisation d'ALGOPLUS® est **particulièrement recommandée** pour le dépistage et l'évaluation des :

- **pathologies douloureuses aiguës**
(par exemple : fracture, période post-opératoire, ischémie, lumbago, zona, rétention urinaire),
- **accès douloureux transitoires**
(par exemple : névralgie faciale, poussée douloureuse sur cancer),
- **douleurs provoquées par les soins** ou les actes médicaux diagnostiques.

CONSEILS D'UTILISATION

L'échelle comporte **cinq items** (ou domaines d'observation).
En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre :
les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises,
les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

La présence d'un **seul comportement dans chacun des items suffit pour coter "oui"** l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa pré-existence.

Chaque item coté "oui" est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq.

Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la **présence d'une douleur**.

La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

ERREURS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉES

- **Difficultés de repérage** : l'agrippement doit être coté "oui" quel que soit le support d'agrippement (patient lui-même, soignant ou tout autre support).
- **Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe** et non pas sur sa simple présence.

Par exemple :

- l'item "plaintes" coté "non" parce que le cri du patient est attribué à la démence ou parce que le patient crie depuis longtemps ;
- l'item "comportements" coté "non" parce que l'agrippement à la barrière de protection est attribué à la peur de tomber.



PRETY-D

Programme d'Éducation Thérapeutique Sud Yvelines
des patients Dououreux chroniques en ville

ÉCHELLE D'ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR AIGÜË chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Échelle ALGOPLUS®

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Âge : _____ Sexe : _____

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../.....						
Heure h h h h h h						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 - VISAGE												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - REGARD												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - PLAINTES												
"Aie", "Ouille", "J'ai mal", gémissements, cris.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - CORPS												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - COMPORTEMENTS												
Agitation ou agressivité, agrippement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL OUI	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5
PROFESSIONNEL DE SANTÉ AYANT RÉALISÉ L'ÉVALUATION	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Médecin
	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> IDE
	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AS
	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre
	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe	Paraphe



ANNEXES

Recherche d'une douleur neuropathique (questionnaire DN4)

Répondre aux **4 questions** ci-dessous en cochant une seule case par item
 OUI = 1 point NON = 0 point

INTERROGATOIRE DU PATIENT

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

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

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

	OUI	NON
4 - Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A L'EXAMEN DU PATIENT

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

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

Question 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

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

Score du patient : /10

Si le score est > ou = 4 : probable douleur neuropathique (noter la localisation sur le schéma page précédente)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004