



Guide des Bonnes pratiques **PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

La prise en charge de la douleur est l'affaire **de tous les professionnels intervenant auprès du patient**

Elle comporte :

- l'évaluation,
- la traçabilité,
- la prescription,
- l'administration,
- la prévention,
- et évaluation de l'effet du traitement antalgique.

Le CLUD - Comité de LUTte contre la Douleur - travaille au quotidien pour améliorer la prise en charge des douleurs.

INFIRMIER RESSOURCE DOULEUR

 03 57 84 14 04

L'ensemble des protocoles concernant l'évaluation de la douleur est disponible sur Cotranet .

accès : gestion documentaire **hpm**

dossier : DOUL-prise en charge de la douleur



DÉFINITION

La douleur est **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable**, liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en termes de telles lésions (International association for study of pain).



LA LOI

Code la santé publique Article L110-5 :
« ...Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée... »





L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

C'est la seule et unique manière de savoir **si un patient est douloureux ou non**.

Elle doit être pluri-quotidienne (3 fois par jour) et scrupuleusement tracée dans le dossier patient.

**TOUJOURS UTILISER L'AUTO-ÉVALUATION
LORSQUE C'EST POSSIBLE**

▷ POUR LES PATIENTS COMMUNICANTS

- › EVA de 0 à 100
- › EN de 0 à 10
- › EVS de 0 à 4

▷ POUR LES PATIENTS NON COMMUNICANTS

ÉCHELLE D'HÉTÉRO-ÉVALUATION

- › **ALGOPLUS** : évalue la douleur aiguë
POSITIVE SI SCORE $\geq 2/5$
- › **DOLOPLUS** : évalue la douleur chronique de la personne âgée. Doit être faite en équipe
POSITIVE SI SCORE $\geq 5/30$
- › **ECPA** : échelle comportementale de la personne âgée
4 items avant le soin et 4 pendant le soin, elle peut être faite seule
0 = ABSENCE DE DOULEUR, 32 = DOULEUR TOTALE

**CETTE ECHELLE PEUT ÉGALEMENT ÊTRE UTILISÉE POUR DÉTECTER LA DOULEUR
INDUITE PAR LES SOINS.**



TRACER LA DOULEUR

COMBIEN

l'intensité de la douleur
(cf. évaluation de la douleur)

OÙ

la localisation de la douleur

QUAND

la fréquence : douleur continue, stable ou avec pic douloureux spontané ou uniquement à la mobilisation

COMMENT

le mécanisme s'il est connu : excès de nociception ou neuropathique
(cf. les mécanismes de la douleur)



COMPOSANTES DE LA DOULEUR

SENSORIELLE

Ce que ressent le corps, durée, intensité, localisation

AFFECTIVO ÉMOTIONNELLE

Ce qui nous fait dire que la douleur est désagréable, insupportable, pénible. Cela peut aller jusqu'à l'anxiété, la dépression

COMPORTEMENTALE

Ensemble des manifestations verbales et non-verbales observables chez la personne qui souffre

COGNITIVE

Processus mentaux qui accompagnent et donnent du sens à une perception en adaptant les réactions comportementales



DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS

Elle doit-êtré prévenue par des traitements adaptés et le soin réalisé en fonction du délai d'action du traitement

LE MEOPA

- Efficace contre **la douleur induite par les soins**
- S'applique de préférence pour les douleurs dites faibles à modérées
- Efficace en 3 minutes



LA DOULEUR AIGUE

▶ Évolution dans le temps

La douleur aigue est **un véritable signal d'alarme** pour notre corps, **elle dure moins de 3 mois** et doit disparaître après le traitement de la cause.

▶ Prise en charge

La douleur intense aigue est **une urgence thérapeutique**.

Le meilleur moyen de la soulager reste
la titration morphinique

- Administration **de morphine d'action rapide IV** ou per os jusqu'à une évaluation de la douleur $\leq 3/10$.
- **La titration IV** peut se faire à l'aide d'une PCA, dans ce cas c'est le patient qui gère la dose délivrée.



LA DOULEUR **CHRONIQUE**

- › Douleur présente depuis plus de 3 à 6 mois
- › N'a plus de rôle préventif mais devient une maladie à part entière
- › Indépendante de sa cause initiale

Le syndrome douloureux chronique est **difficile à traiter**, la douleur **ne disparaît jamais définitivement**.

▷ **Prise en charge**

Elle se fait sur **le long terme**, en équipe pluridisciplinaire pour bien prendre en charge chaque composante de la douleur.



Il s'agit d'un travail pour **rendre la douleur tolérable** mais il ne s'agit plus de supprimer entièrement la douleur.

L'éducation thérapeutique du patient y est **très importante**.



DOULEUR PAR EXCÈS DE NOCICEPTION

Douleur due à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur :

les nocicepteurs.

Elle peut être d'origine inflammatoire, cancéreuse,... et répond bien aux antalgiques classiques (palier I,II,III)

▶ Prise en charge

Le traitement de la douleur par excès de nociception comporte 3 paliers de médicaments :

Palier 1 (douleur faible)
paracétamol, AINS, nefopam

Palier 2 (douleur modérée)
codéine, tramadol, opium

Palier 3 (douleur intense)
morphine, sufenta, fentanyl



DOULEUR NEUROPATHIQUE

Douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le **système somato-sensoriel**. Cette atteinte neurologique peut être d'origine centrale (ex : AVC) ou périphérique (ex : chirurgie, zona).



Le dépistage se fait grâce au **questionnaire DN4** :
DOUL-5-F4 questionnaire DN4 outil douleur neuropathique

▶ **Prise en charge**

Les principaux traitements de première intention pour les douleurs neuropathiques sont :

- ▶ **Antiépileptiques**
(Gabapentine, Prégabaline)
- ▶ **Antidépresseurs tricycliques**
(Amitriptyline et Clomipramine)
- ▶ **Antidépresseurs de la sérotonine et de la noradrénaline**
(Duloxetine, Venlafaxine)