



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 :

- › La prévention
- › L'évaluation
- › La prescription
- › L'administration
- › La traçabilité
- › Et l'évaluation du bénéfice du traitement antalgique

Le **CLUD** – Comité de **L**utte contre la **D**ouleur – travaille au quotidien pour améliorer la prise en charge **de la douleur**.

INFIRMIER RESSOURCE DOULEUR

 03 57 84 30 62

L'ensemble des protocoles concernant l'évaluation de la douleur est disponible sur Cotranet .
accès : gestion documentaire uneos
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 pics douloureux spontanés 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-être 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 dîtes faibles à modérées
- Efficace en 3 minutes



LA DOULEUR AIGUE

▶ Évolution

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 pas de rôle préventif, c'est une maladie à part entière
- › Indépendante de sa cause initiale

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

▶ **Prise en charge**

Elle se fait sur **le long terme**, en équipe pluridisciplinaire **afin de prendre en charge au mieux 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 dûe à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur :

les nocicepteurs.

Elle peut être d'origine inflammatoire, cancéreuse...

▶ **Prise en charge**

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

Palier 1 (douleur faible)
paracétamol, AINS

Palier 2 (douleur modérée) *codéïne, tramadol, opium*

Palier 3 (douleur intense) opioïdes forts
(morphine, oxycodone, sufenta)



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)