

SOINS INFIRMIERS ET DOULEUR

UE 2.11 S1 Promotion 2025-2028

Plan

- **Législation**
- **Définition & types de douleurs**
- **L'expression et l'évaluation de la douleur**
- **Les antalgiques**
- **La prise en soin non médicamenteuse de la douleur**

Objectifs

- **Connaître le cadre législatif relatif à la prise en soin de la douleur**
- **Savoir définir la douleur**
- **Connaître quels sont les différents types de douleurs**
- **Savoir identifier les signes de douleur**
- **Connaître les différents moyens d'évaluation de la douleur**
- **Connaître le panel d'antalgiques à disposition pour traiter la douleur (en lien avec votre niveau de formation UE 2.11)**
- **Etre sensibilisé à l'existence de méthodes alternatives de la prise en soin de la douleur**

LÉGISLATION

▀ Loi du 4 mars 2002

- Article L 1110-5 CSP

"Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée [...] »

- **Art R.4311-2 « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade ... Ils ont pour objet...de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes ».**
- **Art R.4311-5 « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants ... évaluation de la douleur»**
- **Art R.4311-8 « L'infirmier [...] habilité à entreprendre et adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin »**

Les plans de lutte contre la douleur

■ 1998-2000 : 1^{er} plan

- **Objectifs** : Sensibiliser les professionnels de santé, améliorer la formation, et développer des structures spécialisées.
- **Actions** : Création de consultations douleur dans les hôpitaux, formations spécifiques pour les soignants.

■ 2002-2005 : 2^{ème} plan

- **Objectifs** : Renforcer la prise en charge de la douleur dans tous les établissements de santé.
- **Actions** : Développement des Unités de Lutte contre la Douleur (ULD), amélioration de la formation continue des professionnels de santé.

Les plans de lutte contre la douleur

■ 2006-2010 : 3^{ème} plan

- **Objectifs** : Améliorer la prise en charge de la douleur chronique, promouvoir les traitements non médicamenteux.
- **Actions** : Évaluation des pratiques professionnelles, sensibilisation du grand public, mise en place de réseaux de prise en charge de la douleur chronique.

■ 2011-2014 : 4^{ème} plan

- **Objectifs** : Assurer une prise en charge de la douleur pour tous les patients, quel que soit le lieu de soins.
- **Actions** : Promotion de la recherche sur la douleur, amélioration de la coordination des soins, développement de programmes d'éducation thérapeutique pour les patients

DEFINITION ET TYPES DE DOULEURS

Définition

■ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- la douleur est définie comme une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes de tel dommage".
- Cette définition reconnaît que la douleur est subjective et peut varier considérablement d'une personne à l'autre. Elle comprend non seulement la dimension physique de la douleur, mais aussi ses aspects émotionnels et psychologiques.

Différents types de douleur

1- Douleur nociceptive:

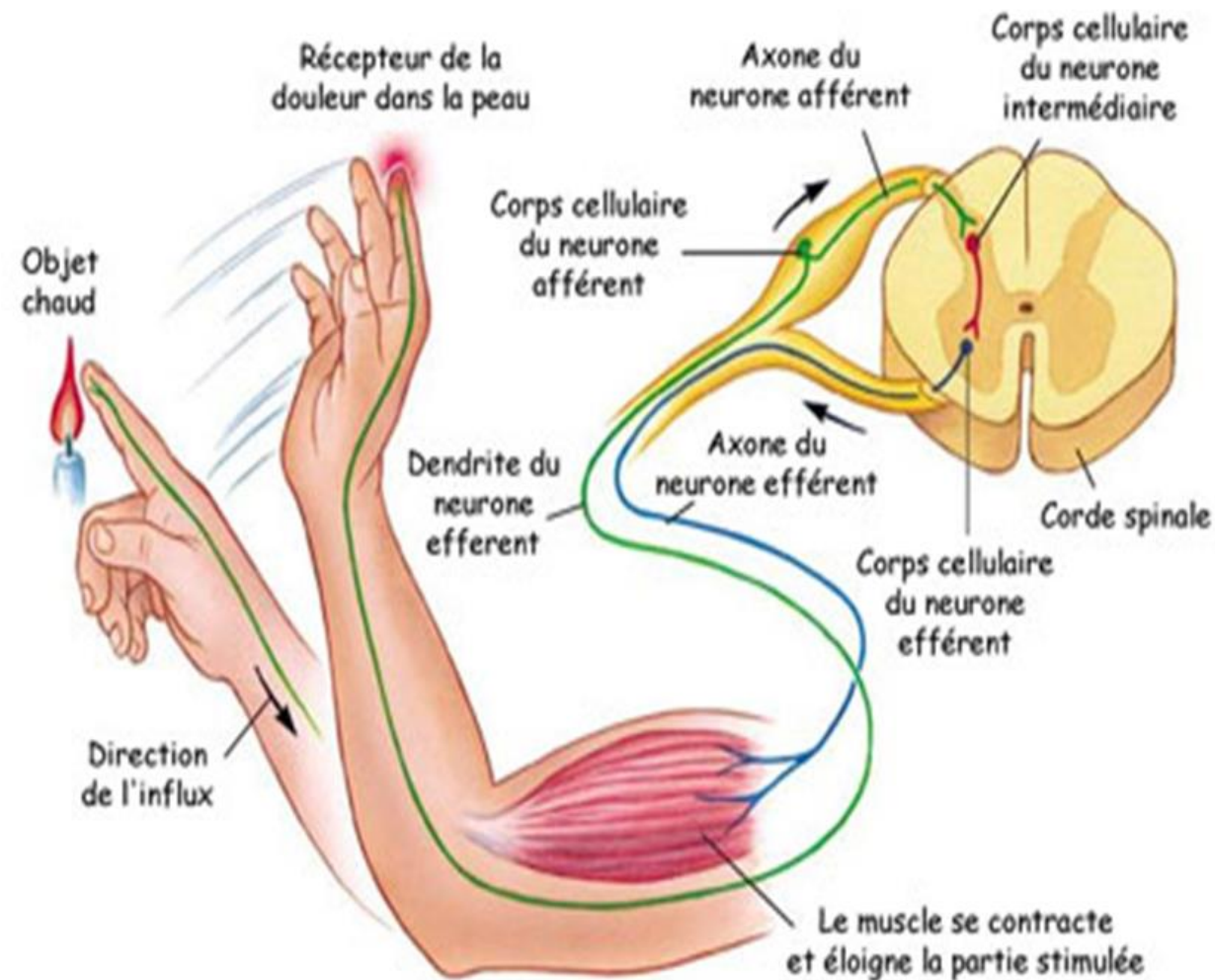
Lésion → Activation de la transmission nerveuse des messages

Le mécanisme est un excès de stimulations nociceptives

qu' on rencontre dans les situations de douleur aiguë, comme les traumatismes ou les brûlures, ou encore lors de douleurs chroniques, comme les rhumatismes ou le cancer.

DOULEUR NOCICEPTIVE :

- De la périphérie vers la moelle :
- Le stimulus douloureux causé par la stimulation de récepteurs, les nocicepteurs, puis transmis par les voies de la douleur jusqu'au cortex cérébral, provoquant ainsi la perception de la douleur.



▮ LES DOULEURS NEUROPATHIQUES :

- ▮ **Douleurs à type de brûlures ou de décharges électriques avec à l'examen clinique souvent une hypoesthésie ou, au contraire, une allodynie (douleur induite par un stimulus non douloureux).**
- ▮ **Sur le plan pharmacologique, la douleur neuropathique répond mal aux antalgiques et elle justifie en première intention l'utilisation de certains anti-épileptiques et/ou de certains anti-dépresseurs.**



DOULEUR À COMPOSANTE PSYCHOGÈNE :

- **Pas de lésion apparente,**
- **Amplifiée par des phénomènes psychologiques.**

DOULEUR MIXTE (SOUVENT CANCÉREUSE) :

- **Composante complexe des douleurs de types**
 - **nociceptif**
 - **neurogène**
 - **psychogène.**



L'EXPRESSION ET L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

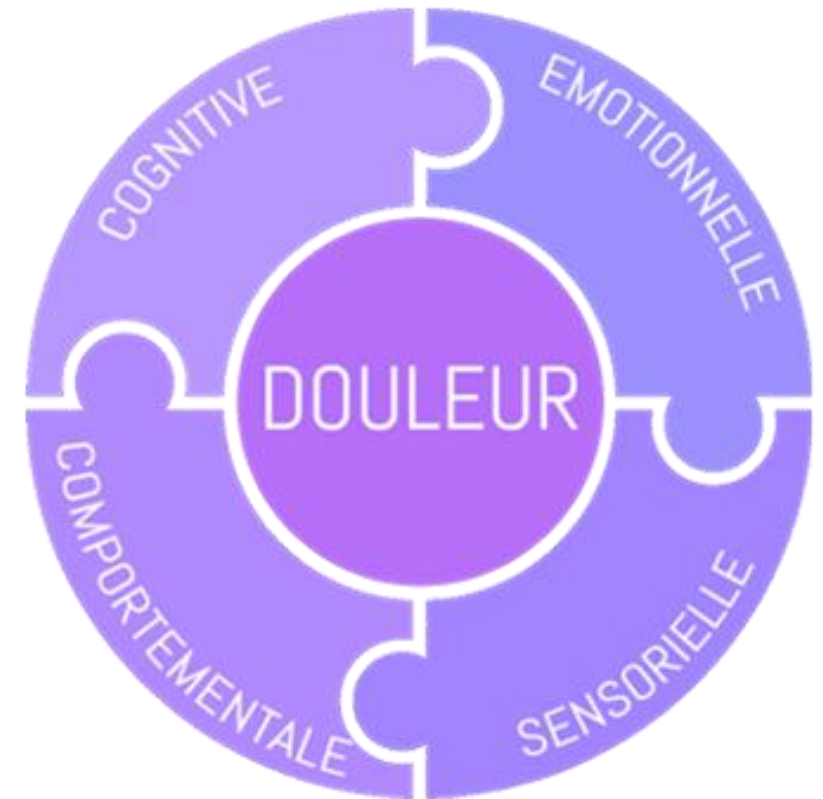
LES COMPOSANTES DE LA DOULEURS :

Composante sensorielle :

Permet le décodage de la qualité (brulure, décharge électrique, torsion...), la durée, l'intensité, la localisation.

Composante émotionnelle :

Ressenti désagréable, pénible, parfois insupportable qui peut s'amplifier jusqu'à l'anxiété ou la dépression. Elle vient majorer la sensation douloureuse



LES COMPOSANTES DE LA DOULEURS :

Composante cognitive :

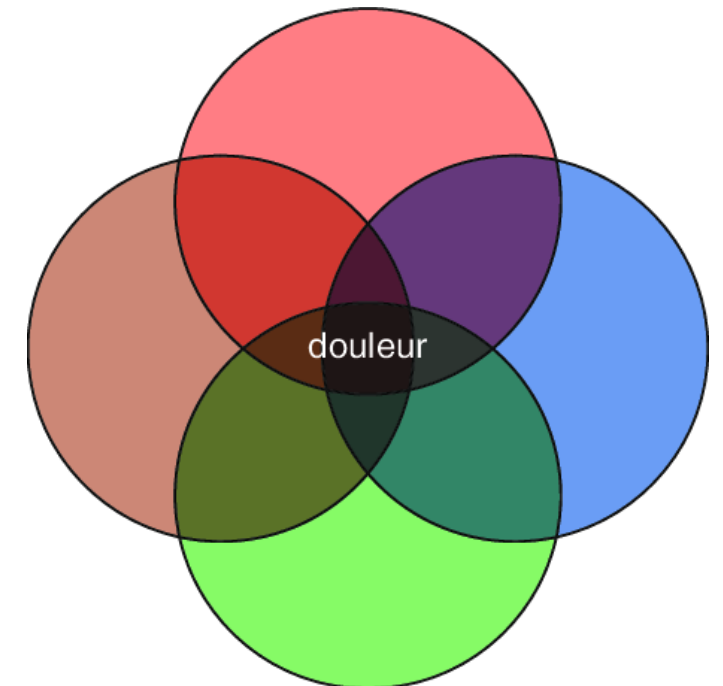
Les représentations vont influencer la perception :

**Expérience, Mémoire, Apprentissage,
Compréhension, Culture, Croyances,
Education, Milieu social...**

Composante comportementale :

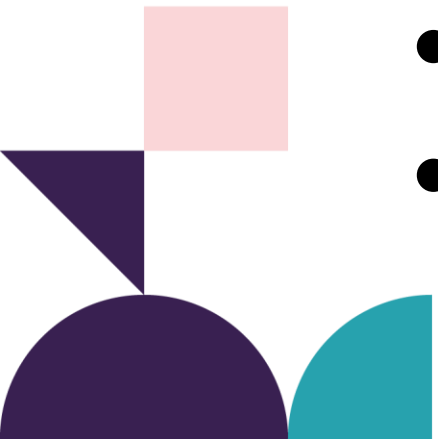
**Elle englobe les manifestations verbales et
non verbales observables.**

**Comportement douloureux peuvent se
traduire par un langage +/-symbolique, mode
d'appel à l'autre.**



Expression de la douleur influencée par :

- **l'état psychologique et émotionnel**
- **l'état physique**
- **la culture**
- **la pudeur**
- **le contexte de soins**
- **l'environnement social...**



LES MOYENS ET OUTILS :

Interrogatoire du patient:

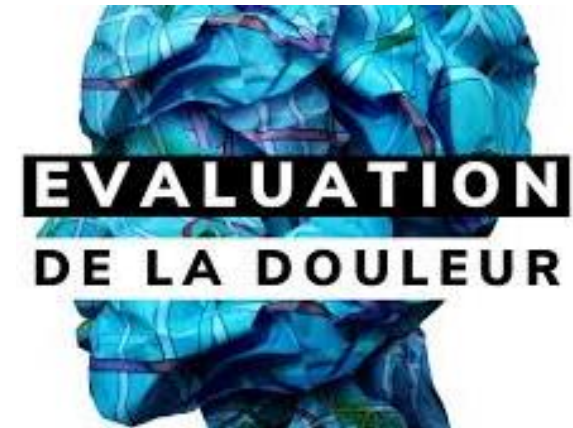
Le TILT est un moyen mémotechnique permettant d'évaluer la douleur selon 4 critères :

- Temps,
- Intensité,
- Localisation,
- Type.

Observation clinique (comportement, posture, grimace...)

Choix des échelles selon la personne/les situations

Les échelles de mesure : intensité de la douleur / effet des antalgiques



ECHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)

- Proposez au patient une série de qualificatifs hiérarchisés

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?		
0	pas de douleur	<input type="checkbox"/>
1	faible	<input type="checkbox"/>
2	modérée	<input type="checkbox"/>
3	intense	<input type="checkbox"/>
4	extrêmement intense	<input type="checkbox"/>

Tableau 1: Echelle Verbale Simplifiée en 5 points appréciant l'intensité de la douleur.

ECHELLE NUMÉRIQUE SIMPLE

Le soignant demande au patient de quantifier verbalement sa douleur allant de 0 (Douleur absente) à 10 (Douleur maximale).

Echelle numérique (EN)

Pas de Douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
---------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--

Echelle visuelle analogique (EVA)

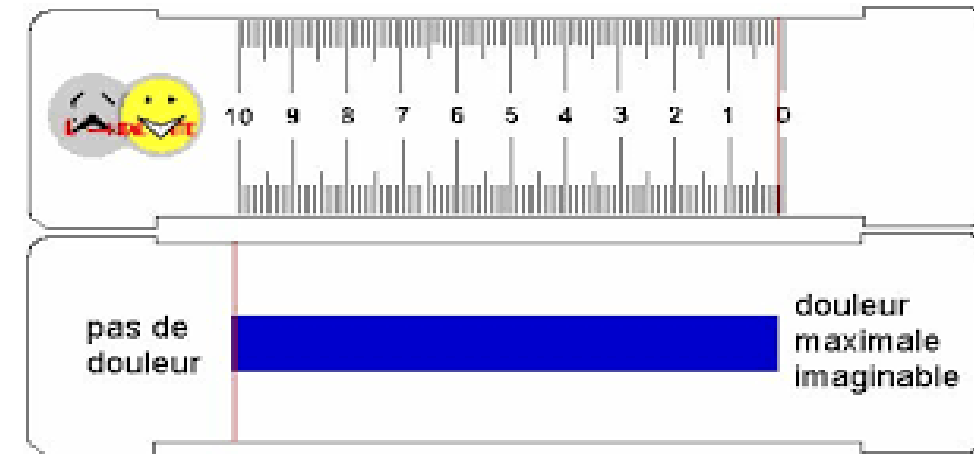
Elle est recommandée par le ministère de la santé

Comment l'utiliser :

Le patient place le curseur en fonction de l'intensité de sa douleur à un temps donné :

- **À l'une des extrémités : pas de douleur,**
- **À l'autre : douleur maximale imaginable**

Le soignant peut ensuite lire de l'autre côté de l'échelle (non visible par le patient) une donnée chiffrée qui correspond à la douleur exprimée par le patient.



L' EVA ADAPTÉE AUX ENFANTS



Les limites de l'auto évaluation par le patient :

- **Les explications du soignant doivent-être adaptées à la compréhension du patient.**
- **Le patient doit-être apte à utiliser l'outil.**
- **Utilisez de préférence toujours le même outil.**
- **L'évaluation de la douleur s'effectue au travers de votre rôle propre et doit toujours être corrélé à votre observation clinique.**

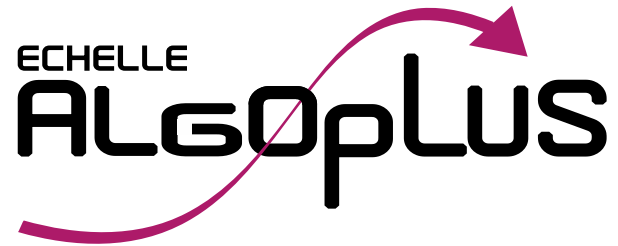


DOLOPLUS/ALGOPLUS : exemples d'échelles d'hétéro-évaluation

- Les échelles d'hétéro-évaluation sont utilisées lorsque l'auto-évaluation est impossible.
- Elles se réfèrent à l'observation clinique stricte (pas de subjectivité/jugement)

ECHELLE DOLOPLUS					
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE					
NOM :	Prénom :		DATES		
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	pas de plainte	0	0	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique	0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0	0	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	mimique habituelle	0	0	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3

5• Sommeil	sommeil habituel	0	0	0	0
	difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	inchangée	0	0	0	0
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
		SCORE			



Evaluation de la douleur

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

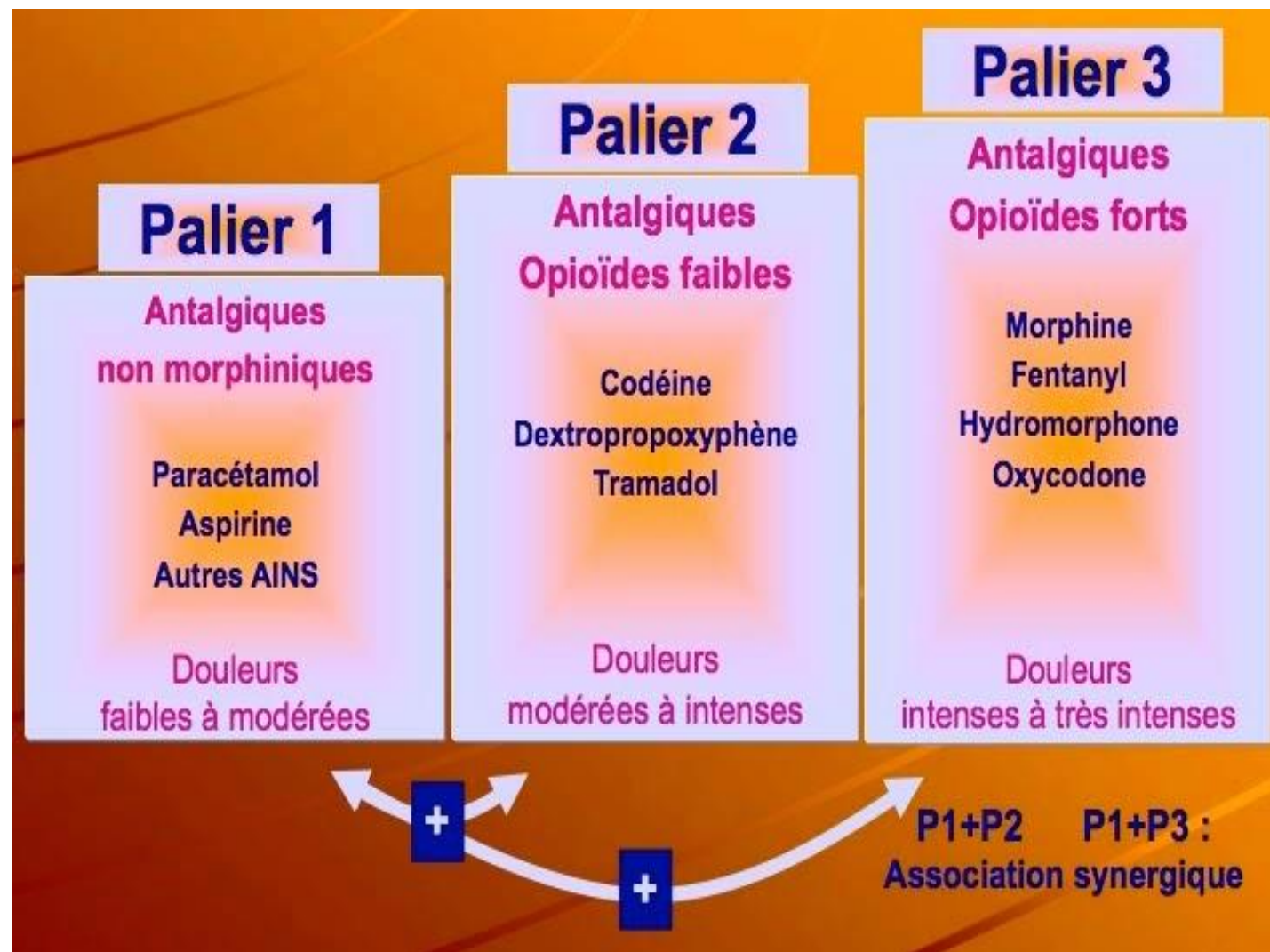
Identifi

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heurehhhh	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage								
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.								
2 • Regard								
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.								
3 • Plaintes								
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.								
4 • Corps								
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.								
5 • Comportements								
Agitation ou agressivité, agrippement.								
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	

LES ANTALGIQUES

3 PALIERS D'ANTALGIQUES : QUELQUES PRINCIPES

- Ne pas attendre que la douleur s'installe.
- Quand une douleur est continue, les prises doivent être administrées de façon préventive, à heures fixes et à intervalles réguliers.
- Une règle : l'inefficacité d'un palier implique le passage au palier supérieur au regard d'une prescription médicale et d'une évaluation clinique.



RAPPELS SUR LA MORPHINE

Classe des « Stupéfiants »

Augmentation de la dose possible jusqu'à l'obtention d'un effet satisfaisant avec une surveillance rapprochée sur protocole (titration). Si les effets secondaires restent contrôlables, sans plafonnement de l'action antalgique.

- **A l'hôpital: traçabilité nominative des administrations, retour des unités non utilisées, comptage et conservation des ampoules vides/patch**
- **En ville : ORDONNANCE SECURISEE**



RAPPELS SUR LA MORPHINE

Effets secondaires :

Respiration : dyspnée → détresse respiratoire

Digestif : constipation, nausées, vomissements

Neurologie : sédation, confusion mentale, vertiges, hallucinations et excitations.

Urinaire : rétention urinaire

Circulation : hypotension orthostatique

Surdosage = ARRET :

Somnolence profonde, bradypnée <10 /apnée, myosis



LE MEOPA = protoxyde d'azote

le « *gaz hilarant* » **ANTASOL[®], ENTONOX[®], OXYNOX[®] 135, KALINOX[®]...**

PROPRIETES

- **ANALGESIQUE**
- **SEDATIF**
- **ANXIOLYTIQUE**

Pas d'utilisation pour un effet anesthésique, d'où

- Pas de dépression respiratoire, ni perte de conscience, ni risque d'hypoxie
- Maintien du réflexe de déglutition

INDICATIONS et PRECAUTIONS

- Soignant formé / Patient informé
- Sur prescription médicale
- Soins douloureux de courte durée (≤ 60 mn : ponction lombaire, pansements complexes, réduction de fractures simples, soins dentaires ...)
- Dans des locaux ventilés
- Surveillance continue du patient (2 soignants)

Si perte du contact verbal, arrêter le soin

EFFETS SECONDAIRES

Réversibles dès l'arrêt de l'inhalation : euphorie, modification des perceptions sensorielles, paresthésies (bouche et mains), sensations vertigineuses, nausées

Nécessitant l'arrêt de l'administration : vomissements, agitation

Risque de potentialisation des effets si association avec des médicaments à action centrale (opiacés, psychotropes)

CREMES ANESTHESIQUES

Pommade EMLA®

EMLA patch® 5% ou crème = pansement adhésif cutané

- Emulsion anesthésique faite d'un mélange de lidocaïne (2,5%) et de prilocaïne (2,5%)
- Patch: contient 1 gr de crème et permet d'anesthésier une surface de 10 cm²
- Crème : sous forme de tube de 5 gr



CREMES ANESTHESIQUES

PROPRIETES

**Maximum d'efficacité entre 1h et 2h
d'application**

**Profondeur de l'anesthésie proportionnelle à la
durée d'application :**

- 3 mm de profondeur pour 1 h
d'application**
- 5 mm pour 2 heures d'application**

**Persistance de l'anesthésie au-delà du retrait
de la crème**

**Rôle IDE: noter l'heure de la pose sur le
pansement et bien respecter le temps de pose**

SURVEILLANCES

Efficacité analgésique
**Apparition d'effets cutanés
indésirables**

CONTRE-INDICATIONS

- Allergie**
- Grossesse**
- Méthémoglobinémie congénitale,
porphyries**

***PRISE EN CHARGE
NON
MEDICAMENTEUSE
DE LA DOULEUR***

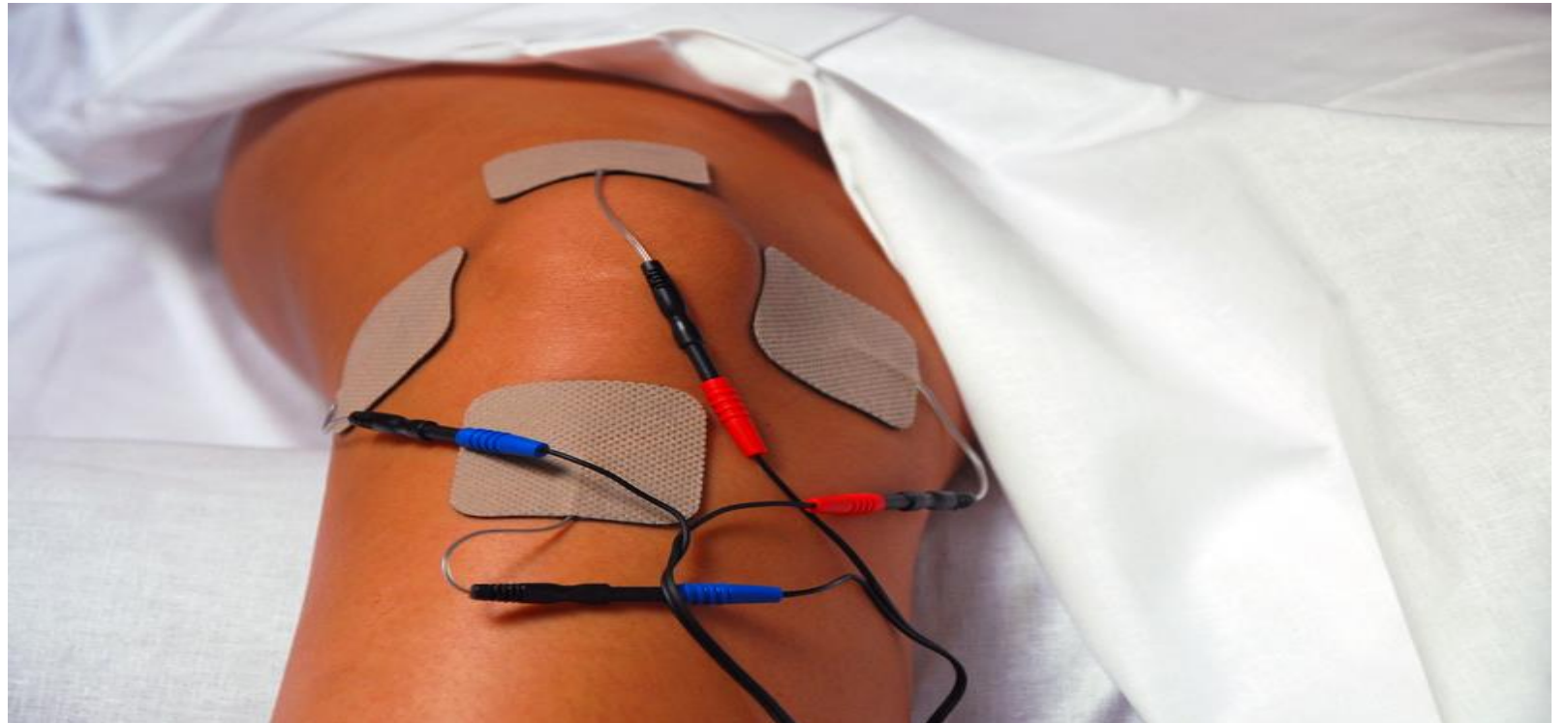
Les alternatives aux traitements médicamenteux

- L'hypnose (hypno-analgésie pédiatrique)
- L'acupuncture
- La sophrologie (substituer une sensation désagréable par une autre sensation choisie)
- La relaxation, la visualisation positive (utilisation d'images mentales et ou de techniques respiratoires)
- ETC...



Le TENS

- But = grâce à la stimulation électrique, gêner la transmission du message nociceptif au niveau médullaire
- → diminuer les perceptions douloureuses, (musculaires, neurogènes...)
- Petit appareil électrique qui stimule des points spécifiques pour soulager la douleur



La RESC : résonance énergétique sous cutanée

Issue de la médecine traditionnelle chinoise et des principes de l'océanographie

Action par stimulation superficielle douce de points situés sur les méridiens → induit des ondes de résonance

Très bons résultats sur les douleurs et l'anxiété



BIBLIOGRAPHIE

■ Support de cours 2021

■ <https://www.who.int/fr>

■ Loi du 4 mars 2002

■ Code de la santé publique

■ Soins infirmiers et douleurs, *Christiane METZGER et André MULLER*
Ed Masson, paris, 2000

■ Douleurs, compétences et rôle infirmier, *Med-Line Ed 2006*

***MERCI DE VOTRE
ATTENTION***