

# *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<sup>er</sup> plan

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

## ► 2002-2005 : 2<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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:**

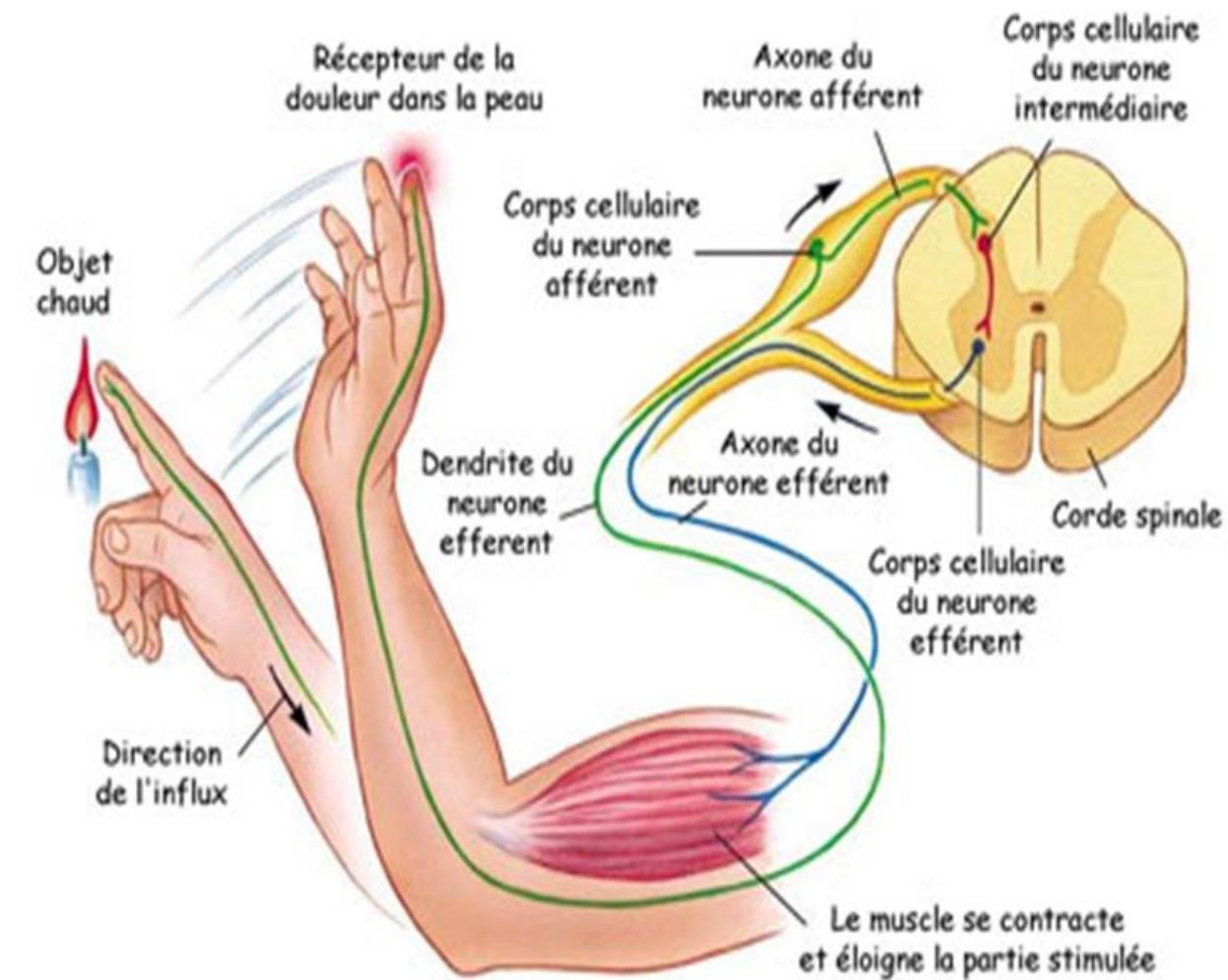
**Lésion → Activation de la transmission nerveuse des messages**

**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 NOCICEPTEIVE :

- 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.**

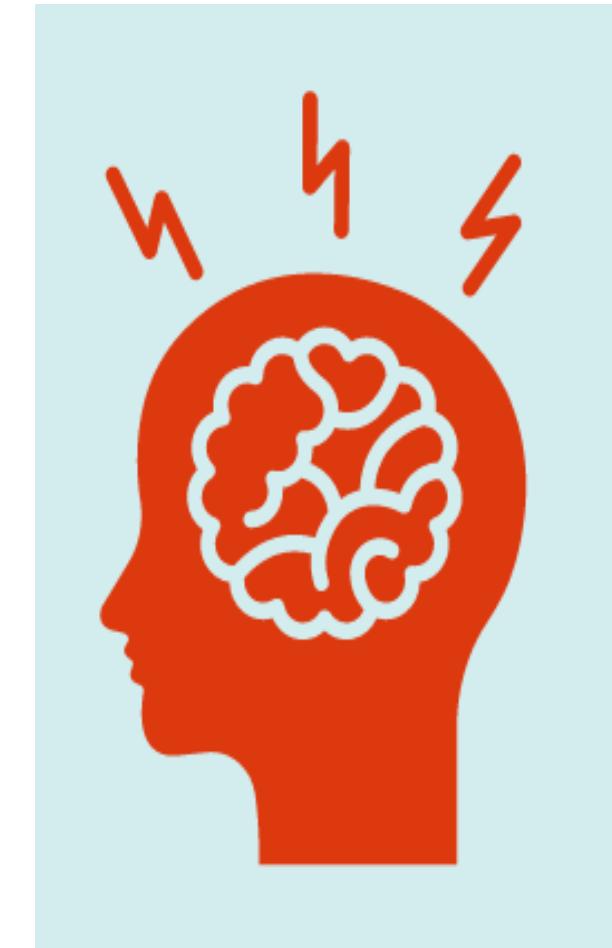


## DOULEUR À COMPOSANTE PSYCHOGENE :

- **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*

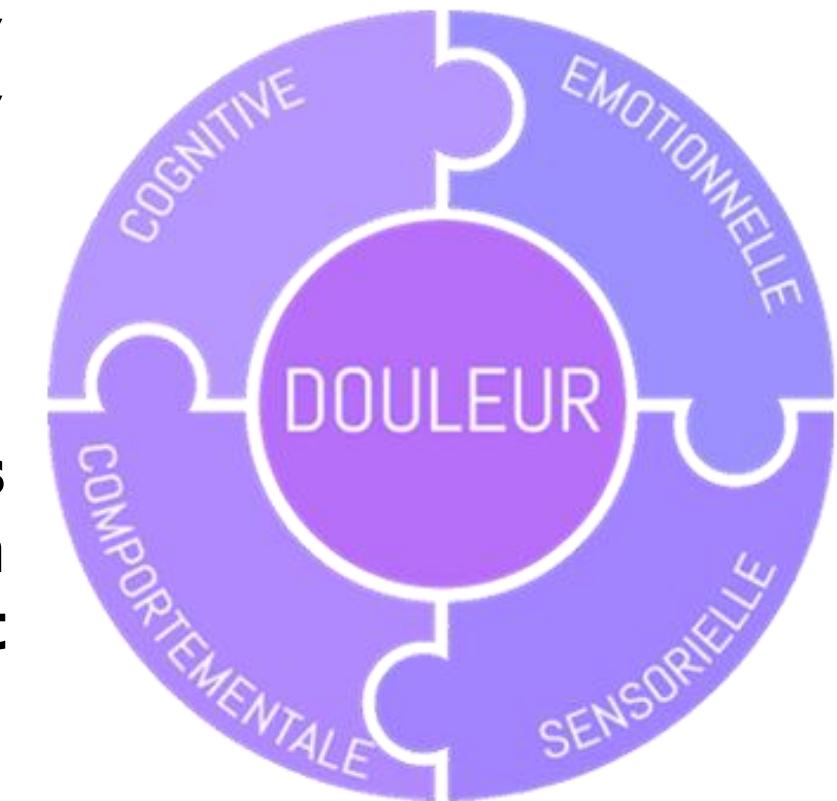
## LES COMPOSANTES DE LA DOULEURS :

### Composante sensorielle :

Permet le décodage de la qualité (brûlure, 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 :**

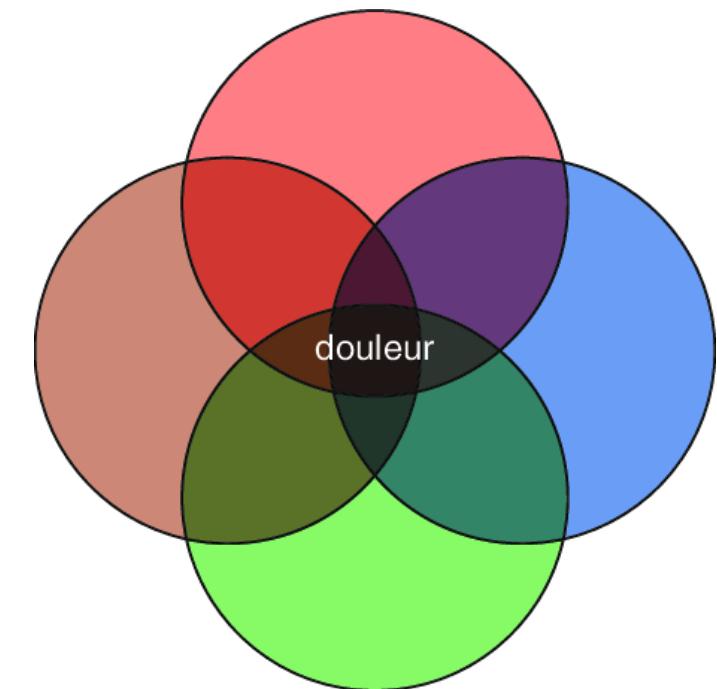
**Les représentations vont influencer la perception :**

**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 :

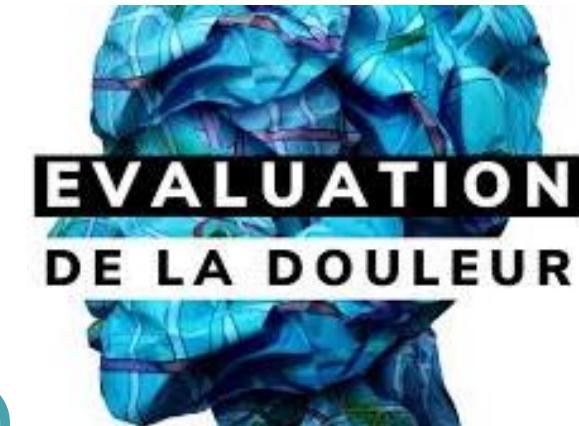
- l'état psychologique et émotionnel
- l'état physique
- la culture
- la pudeur
- le contexte de soins
- l'environnement social...

# 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 visuelle analogique (EVA)

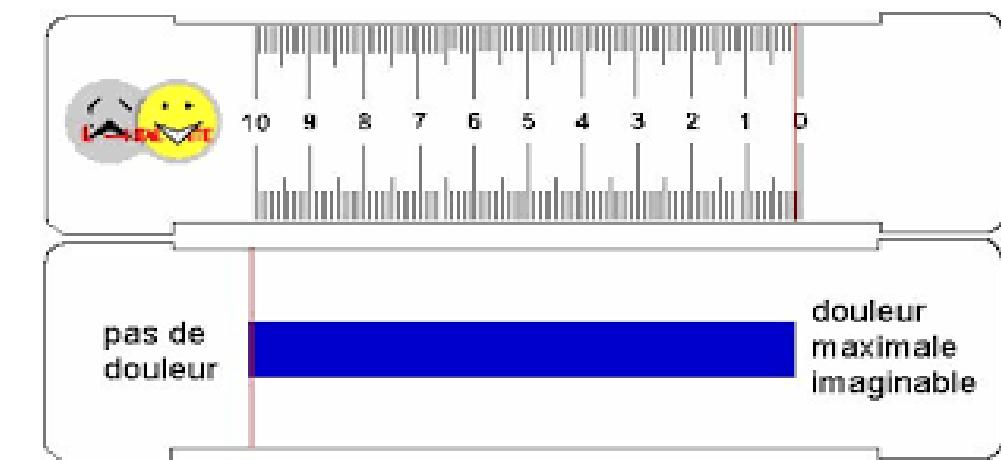
**Elle est recommandée par le ministère de la santé**

## 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 AGEE

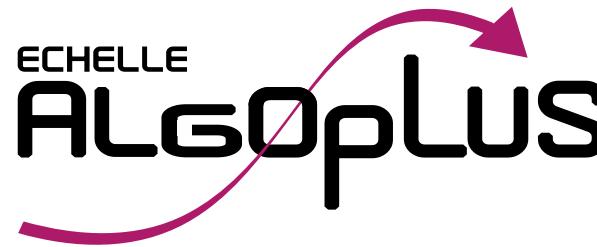
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE		DATES			
1• Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de plainte .....</li> <li>• plaintes uniquement à la sollicitation .....</li> <li>• plaintes spontanées occasionnelles .....</li> <li>• plaintes spontanées continues .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de position antalgique .....</li> <li>• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle .....</li> <li>• position antalgique permanente et efficace .....</li> <li>• position antalgique permanente inefficace .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de protection .....</li> <li>• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins .....</li> <li>• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins .....</li> <li>• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
4• Mimique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mimique habituelle .....</li> <li>• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation .....</li> <li>• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation .....</li> <li>• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3

5• Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sommeil habituel .....</li> <li>• difficultés d'endormissement .....</li> <li>• réveils fréquents (agitation motrice) .....</li> <li>• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• possibilités habituelles inchangées .....</li> <li>• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) .....</li> <li>• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiel</li> <li>• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
7• Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• possibilités habituelles inchangées .....</li> <li>• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)</li> <li>• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)</li> <li>• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inchangée .....</li> <li>• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)</li> <li>• diminuée (la personne s'isole) .....</li> <li>• absence ou refus de toute communication .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
9• Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) .....</li> <li>• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation .....</li> <li>• refus partiel de participation aux différentes activités .....</li> <li>• refus de toute vie sociale .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		3	3	3	3
10• Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• comportement habituel .....</li> <li>• troubles du comportement à la sollicitation et itératif .....</li> <li>• troubles du comportement à la sollicitation et permanent .....</li> <li>• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) .....</li> </ul>	0	0	0	0
		1	1	1	1
		2	2	2	2
		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

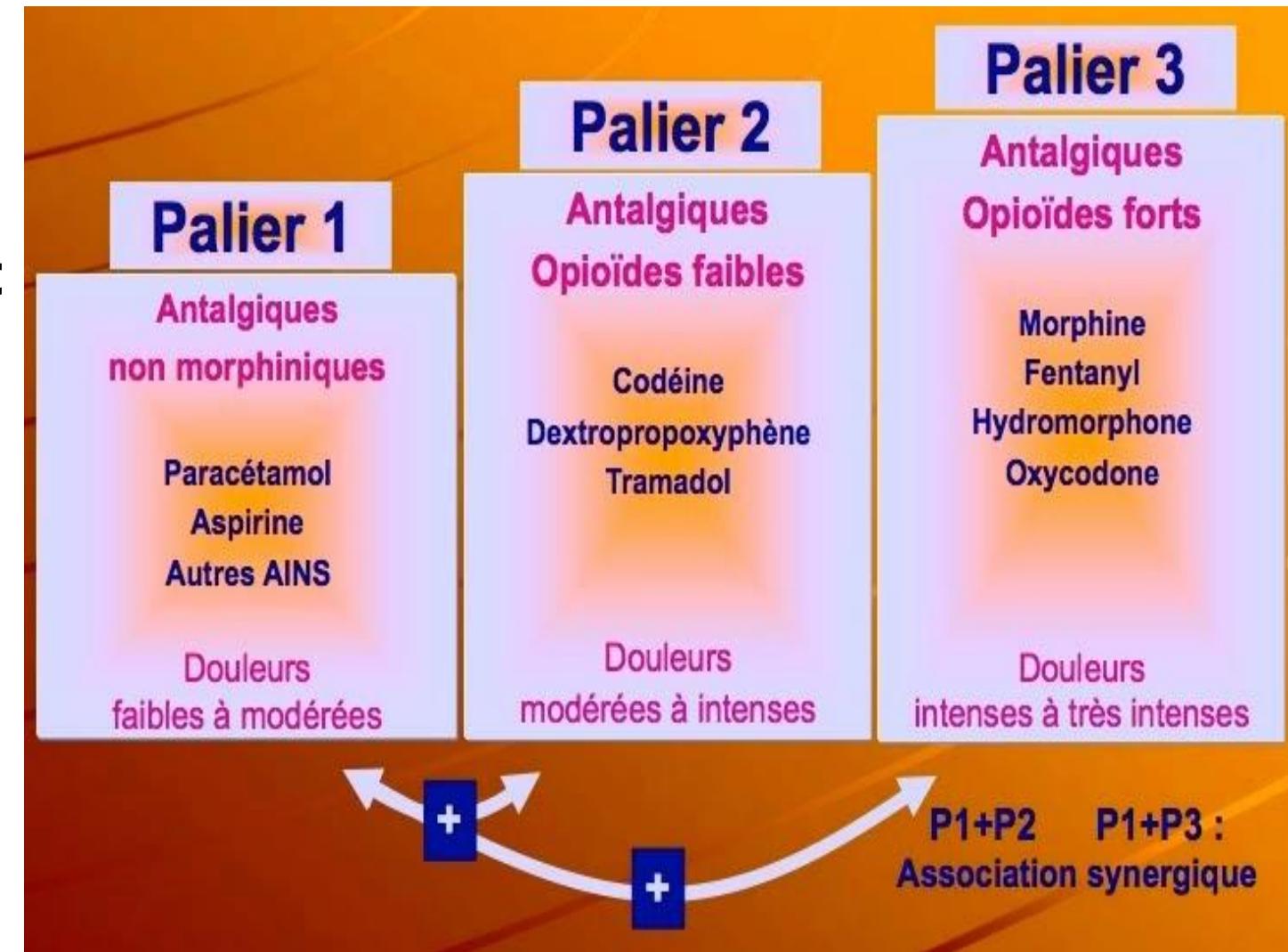
Identifi

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

**Persistante 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***

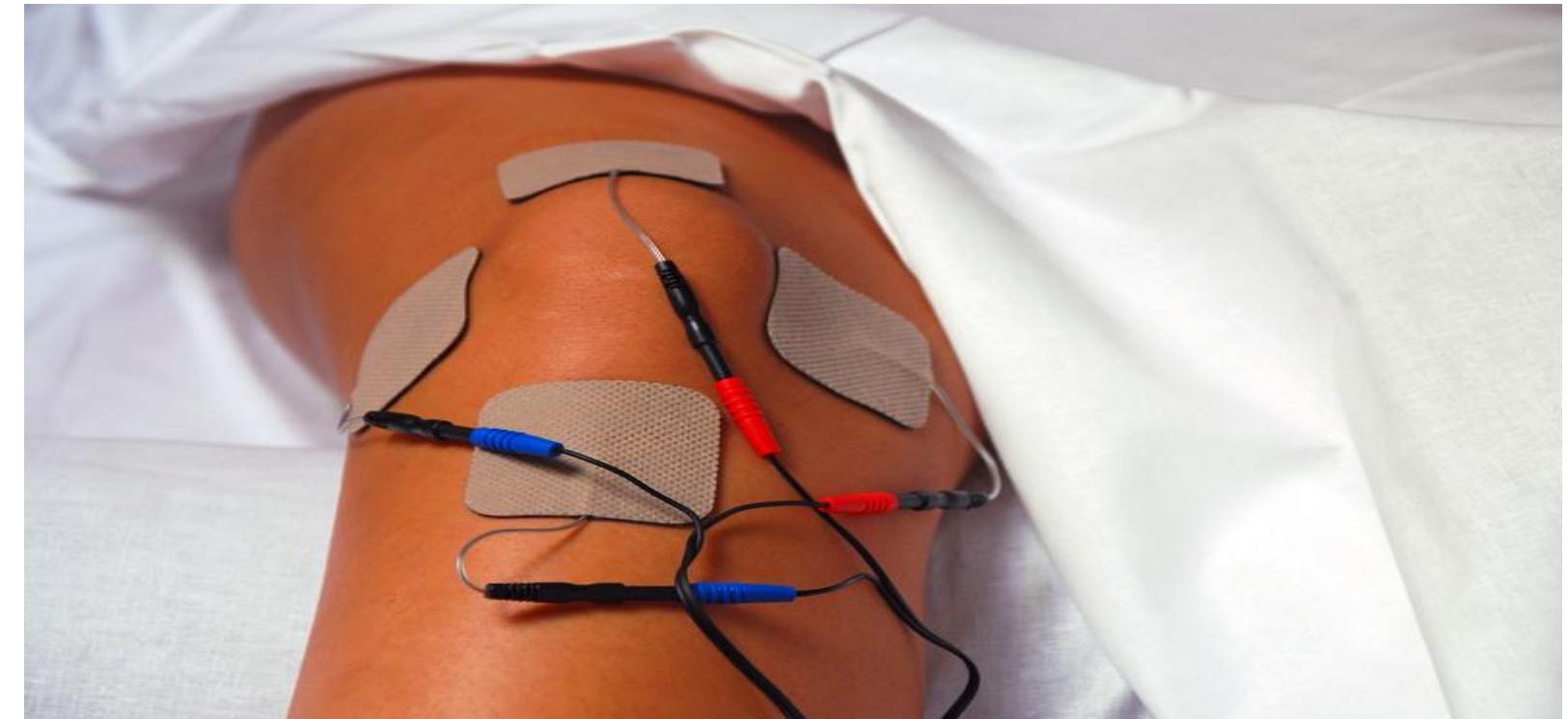
# Les alternatives aux traitements médicamenteux

- 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**

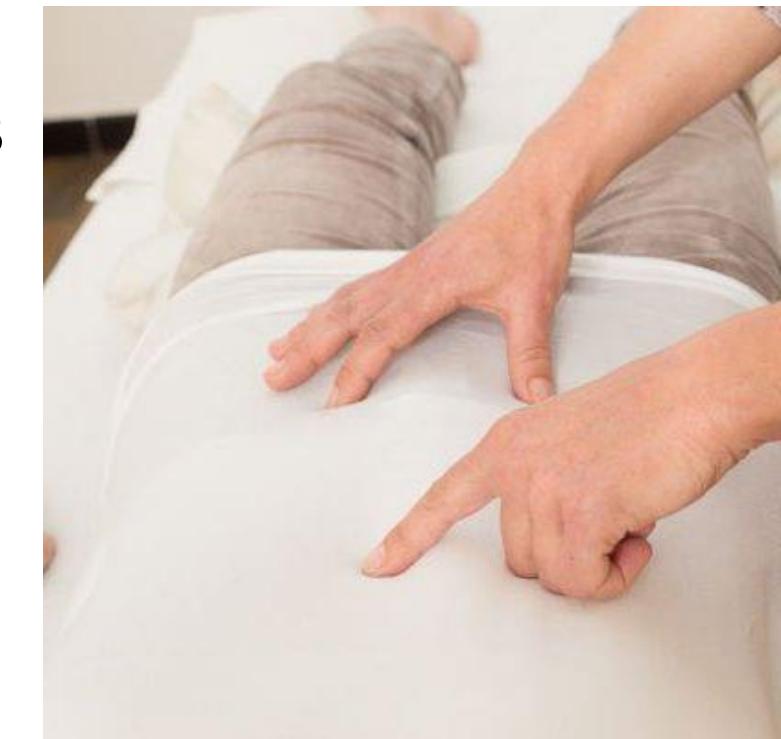


# La RESC : résonance énergétique sous cutanée

**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 résonnance**

**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*