SOINS INFIRMIERS ET DOULEUR

UE 2.4.S1

Promotion 2023 – 2026

Centre hospitalier Le Vinatier

La Région Auvergne-Rhône-Alpes

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Erasmus+

Finalité

Prendre en compte la douleur du patient en posant des **objectifs / actions de soins** adaptées dans une dynamique constante **d'évaluation**

Objectifs

- Quels sont les différents types de douleurs ? Quelles sont leurs caractéristiques ?
- Quels sont les 4 grandes composantes de la douleur ?
- En quoi l'acronyme T-I-L-T vous permet –il de mieux qualifier la douleur d'un patient ?
- Quelles sont les différentes échelles d'autoévaluation de la douleur ?
- Expliquez en maximum 15 lignes comment l'IDE doit mettre en œuvre l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) afin d'évaluer la douleur d'un patient.
- Qu'est-ce que l'hétéro évaluation de la douleur ? Citez une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur.
- Qu'est-ce que le MEOPA ? Quelles sont ses propriétés et pour quel type de soin est-il indiqué ?
- Pourquoi et comment utilise-t-on la pommade Emla® ?
- Quels sont le 3 paliers des médicaments antalgiques ? Pour chacun des paliers, citer les principaux médicaments administrés.

LÉGISLATION

Code de la Santé Publique

4ème partie, Livre III, Titre 1er - Relatif à la profession et aux actes infirmiers:

- ***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** »*

La 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 [...] »*

Les plans de lutte contre la douleur

- **1998-2000 :** 1er plan
- **2002-2005** : 2ème plan
- **2006-2010 :** 3ème plan

2015
Loi de modernisation du système de santé

Inscrit dès l'article 1er,

- la prévention de la douleur parmi les priorités de la politique nationale de santé, mais également inscrit explicitement sa prise en charge dans le parcours de soins,
- y compris le recours aux structures spécialisées et reconnaissent pleinement l'importance du caractère pluri-professionnel de l'équipe de soins.

DEFINITION ET TYPES DE DOULEUR

Définition

« Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'un tel dommage»

IASP(International Association of Study of Pain)

Différents types de douleur

1- Douleur par excès de nociception ou nociceptive:

Lésion → Activation de la transmission nerveuse des messages

- Douleur aigüe

Symptôme d'une lésion, mono factorielle, **signal d'alarme utile**, une composante anxiogène et affective

- Douleur chronique

Après 3 mois d'évolution, multifactorielle, plus difficile à traiter, inutile et dévastatrice

Douleur nociceptive

Le mécanisme est un excès de stimulations nociceptives

que l'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.

Le stimulus douloureux est 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.

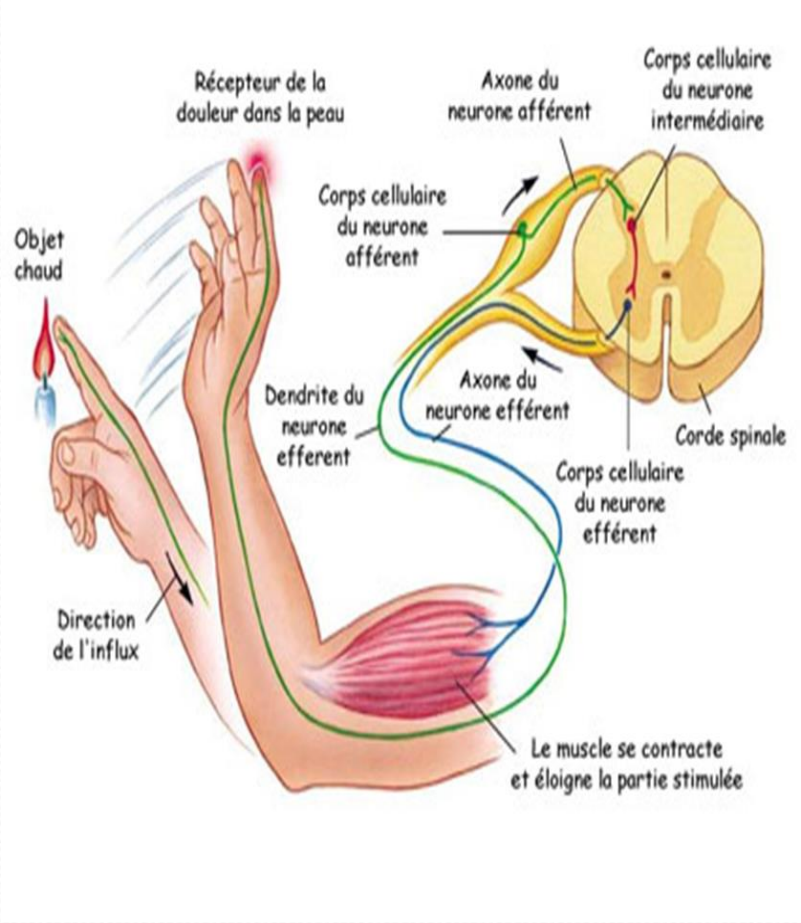
Douleur nociceptive

<u>De la périphérie vers la moelle</u>

Moelle épinière intermédiaire entre organes et cerveau.

Recoit les informations sensorielles dans les cornes postérieures et relaie vers la périphérie des messages moteurs à partir de la racine antérieure

- Arc réflexe



2Les douleurs neuropathiques

Lésions du SN Central ou du SN Périphérique

Atteinte du SNC avec diminution des systèmes inhibiteurs

Douleurs à type de brulures ou de décharges électriques avec hypoesthésie ou, au contraire, une allodynie (douleur induite par un stimulus non douloureux).

Douleur qui répond mal aux antalgiques : utilisation de certains anti-épileptiques et/ou de certains anti-dépresseurs

3- Douleur à composante psychogène :

Pas de lésion apparente, amplification par des phénomènes psychologiques

4- Douleur mixte (souvent cancéreuse) :

Composante complexe des douleurs de types nociceptif, neurogène et psychogène

LES 4 COMPOSANTES DE LA DOULEUR

1. Composante sensorielle

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

2. Composante émotionnelle

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

3. Composante cognitive

Les représentations vont influencer la perception

= Expérience, Mémoire, Apprentissage, Compréhension

Culture, Croyances, Education, Milieu social…

4. Composante comportementale

Englobe les manifestations verbales et non verbales observables.

Comportement douloureux = langage +/-symbolique, mode d'appel à l'autre

EXPRESSION DE LA DOULEUR

L’expression de la douleur

Divers modes

- Parole
- Expressions non verbales
- Comportements

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…**

EVALUATION DE LA DOULEUR

- Comment évaluer un **vécu subjectif** ?
- Importance d'un **climat d'écoute et de confiance**
- Choix des **échelles** selon la personne/les situations:
  - Uni dimensionnelle = numériques
  - ou multi dimensionnelles = prise en compte des retentissements physiques, psychiques et sociaux

Les moyens et outils

- **Interrogatoire** du patient:

  → **TILT** (**T**emps, **I**ntensité, **L**ocalisation, **T**ype)

- **Observation clinique** (comportement, posture, grimace…)
- Les **échelles de mesure** : intensité de la douleur /effet des antalgiques

  Dont l'EVA (Échelle visuelle analogique) recommandée par le ministère de la santé

I- Auto-évaluation de la douleur

Le patient évalue lui même sa douleur sous réserve d'explications standardisées et adaptées :

- Echelle Verbale Simple (EVS)
- Echelle Numérique Simple (ENS)
- Echelle Visuelle Analogique (EVA)

Echelle verbale simple (EVS)

Propose au patient une série de qualificatifs hiérarchisés

Quel est le niveau de votre douleur au moment présent ?		
0	pas de douleur	☐
1	faible	☐
2	modérée	☐
3	intense	☐
4	extrêmement intense	☐

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 sur une échelle virtuelle**

→ allant de 0 (Douleur absente) à 10 (Douleur maximale)

Echelle visuelle analogique (EVA)

C'est **la plus utilisée** et **la plus fiable**.

→ Face avec curseur **mobilisé par le patient**:

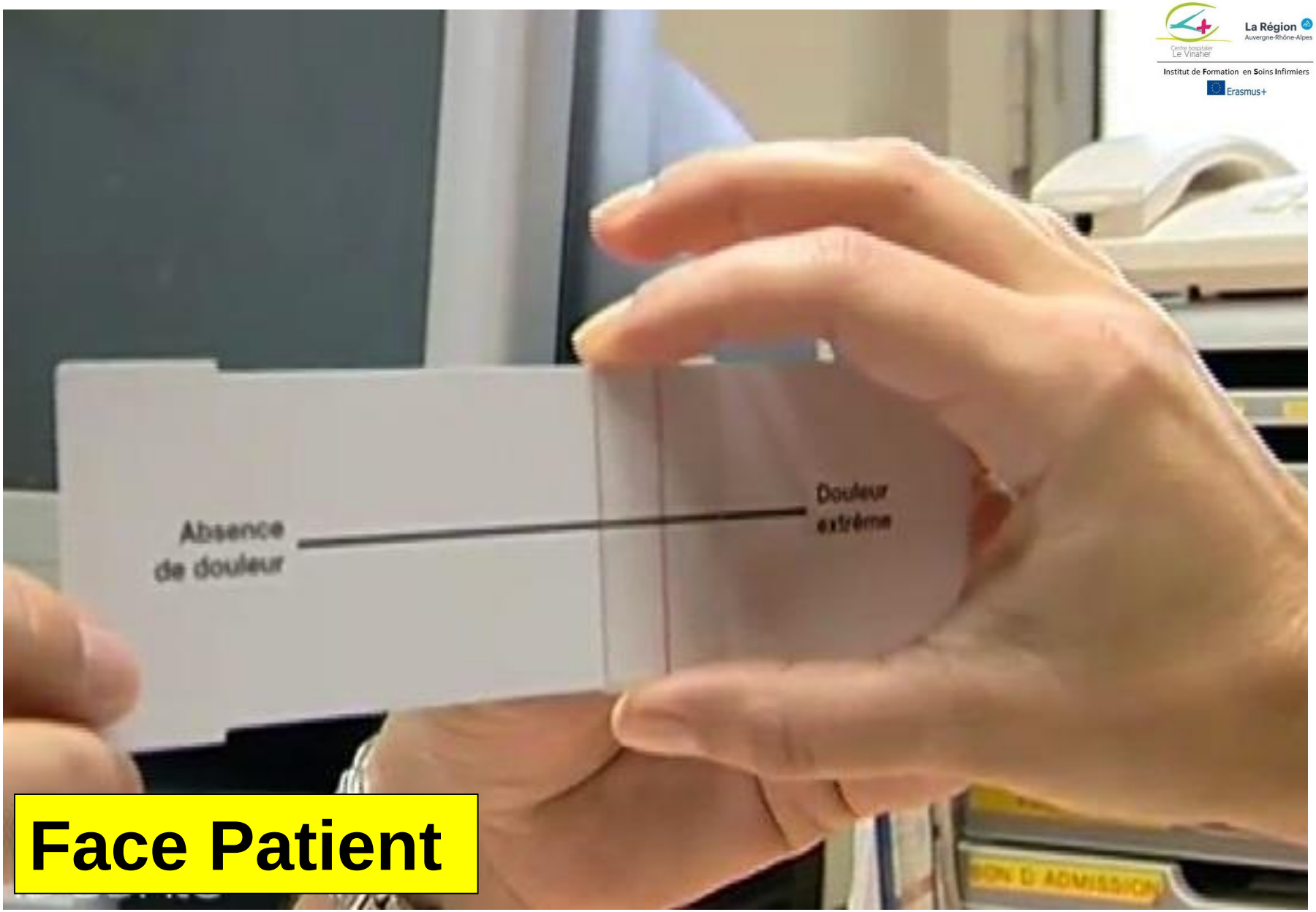
1 ligne droite de 10cm.

À l'une des extrémités : absence de douleur,

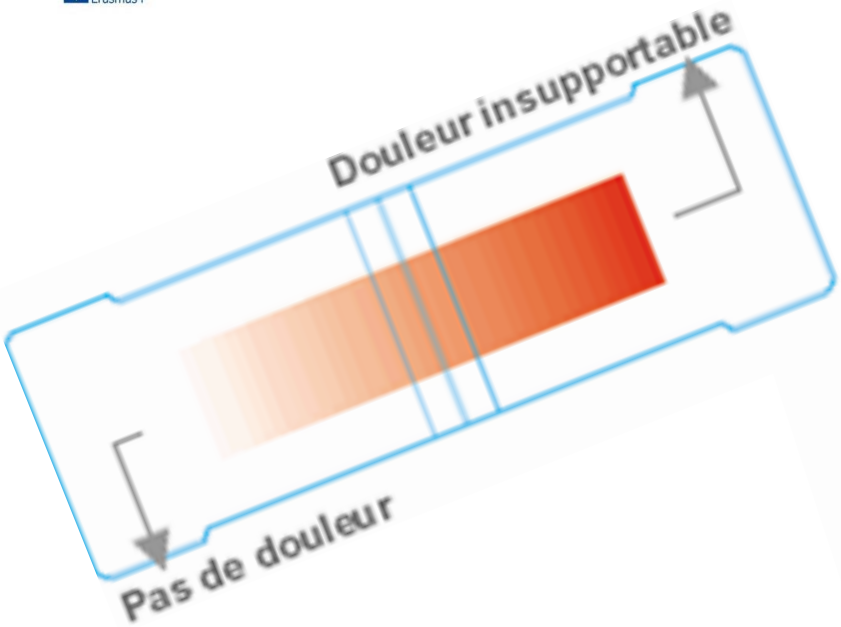
À l'autre : douleur extrême / insupportable

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

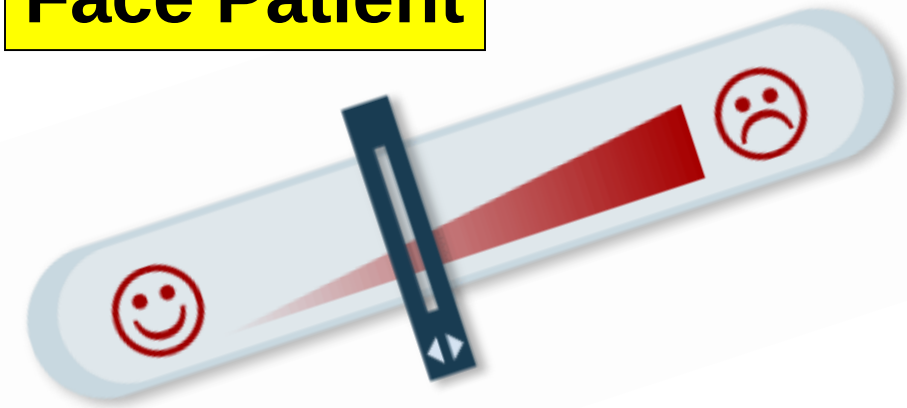
→ Face graduée **lue par le soignant**



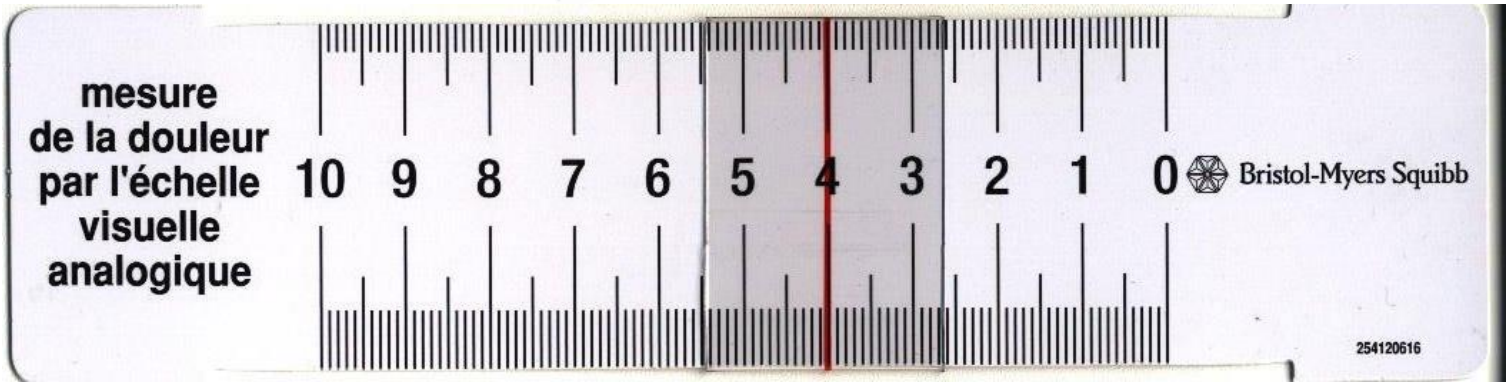
Face Patient



Face Patient



Face Soignant



Les limites:

- **Explications adaptées du soignant**
- **Compréhension du patient**
- **Capacité du patient à utiliser l'outil**
- **Utilisation d'1 même outil**
- **Utilisation régulière au moins 4x / jour**

L’ EVA adaptée aux enfants

© SH - Association SPARADRAP

© SH - Association SPARADRAP

II- Hétéro-évaluation de la douleur

Evaluation de la douleur réalisée par quelqu'un d'autre que le patient

Elle se réfère à **l'observation du patient par le soignant**

Les échelles d'hétéro-évaluation sont utilisées **lorsque l'auto-évaluation est impossible**. (ex: échelle Doloplus)

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM : Prénom :

Service :

Observation comportementale

		DATES			
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				

COPYRIGHT

ECHELLE ALGOPLUS

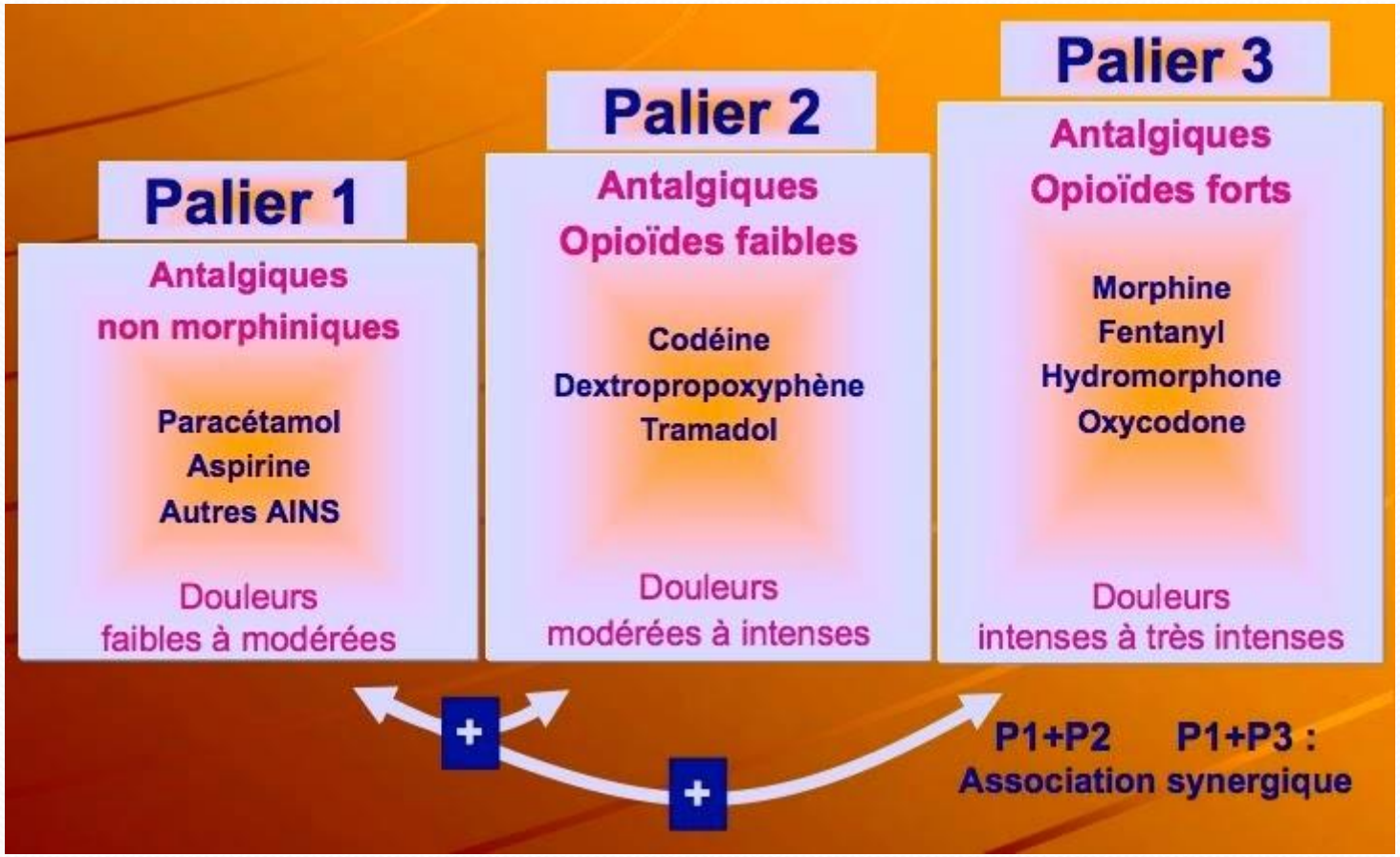
Evaluation de la douleur

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**
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 3 PALIERS DES ANTALGIQUES


Palier 1
Antalgiques
non morphiniques
Paracétamol
Aspirine
Autres AINS
Douleurs
faibles à modérées
Palier 2
Antalgiques
Opioïdes faibles
Codéine
Dextropropoxyphène
Tramadol
Douleurs
modérées à intenses
Palier 3
Antalgiques
Opioïdes forts
Morphine
Fentanyl
Hydromorphone
Oxycodone
Douleurs
intenses à très intenses
+
+
P1+P2 P1+P3 :
Association synergique

QUELQUES PRINCIPES

Une règle = l'inefficacité d'un palier implique le passage à l' échelon supérieur

Ne pas attendre que la douleur augmente

Quand une douleur est continue, les prises doivent être administrées

- de façon **préventive,**
- **à heures fixes et intervalles réguliers** en tenant compte de l'efficacité du produit

Rappels sur la Morphine

Propriétés :

- Analgésique majeur ayant un effet dose-dépendant
- Sans plafonnement de l'action antalgique = **si les effets secondaires restent contrôlables → augmentation de la dose possible jusqu'à l'obtention d'un effet satisfaisant**

La morphine

- Différentes formes comprimés, patch, PCA…

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

Particularité de la Morphine

Classe des « Stupéfiants »

- ORDONNANCE SECURISEE
- PM 14 ou 28 jours selon le produit
- Délivrance pour 7 jours
- Hôpital: retour des unités non utilisées, comptage et conservation des ampoules vides/patch, traçabilité nominative….

Une forme spécifique:

LE MEOPA = protoxyde d'azote

« gaz hilarant »

ANTASOL®, ENTONOX®, OXYNOX® 135, KALINOX®…

INDICATIONS et PRECAUTIONS

- Sur prescription médicale
- Soignant formé / Patient informé +++
- Soins douloureux de courte durée (≤ 60 mn)

  Ex : Ponction lombaire, pansements douloureux, réduction de fractures simples, soins dentaires etc…
- Durée d'inhalation cumulée ≤ à 1h00
- Période ≤ 15 jours
- Dans des locaux ventilés
- Surveillance continue du patient *(2 soignants)*

  ! Si perte du contact verbal → Interruption du soin

PROPRIETES DU PROTOXYDE D'AZOTE

- **ANALGESIQUE :** effet proportionnel à la dose
- **SEDATIF :** sédation consciente, attitude détachée de l'environnement
- **ANXIOLYTIQUE**
- **AMNESIANT**
- Mais **pas d'effet anesthésique** aux doses utilisées ici

  → Pas de dépression respiratoire, ni perte de conscience, ni risque d'hypoxie

  → Maintien du réflexe de déglutition

EFFETS SECONDAIRES

- Réversibles dès l'arrêt de l'inhalation :

  Euphorie, modification des perceptions sensorielles, rêves
  Paresthésies (Bouches et Mains)
  Sensations vertigineuses, nausées

- Nécessitant l'arrêt de l'administration :

  Vomissements, Agitation paradoxale

+ **Risque de potentialisation** 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^2

Crème : sous forme de tube de 5 gr

- 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

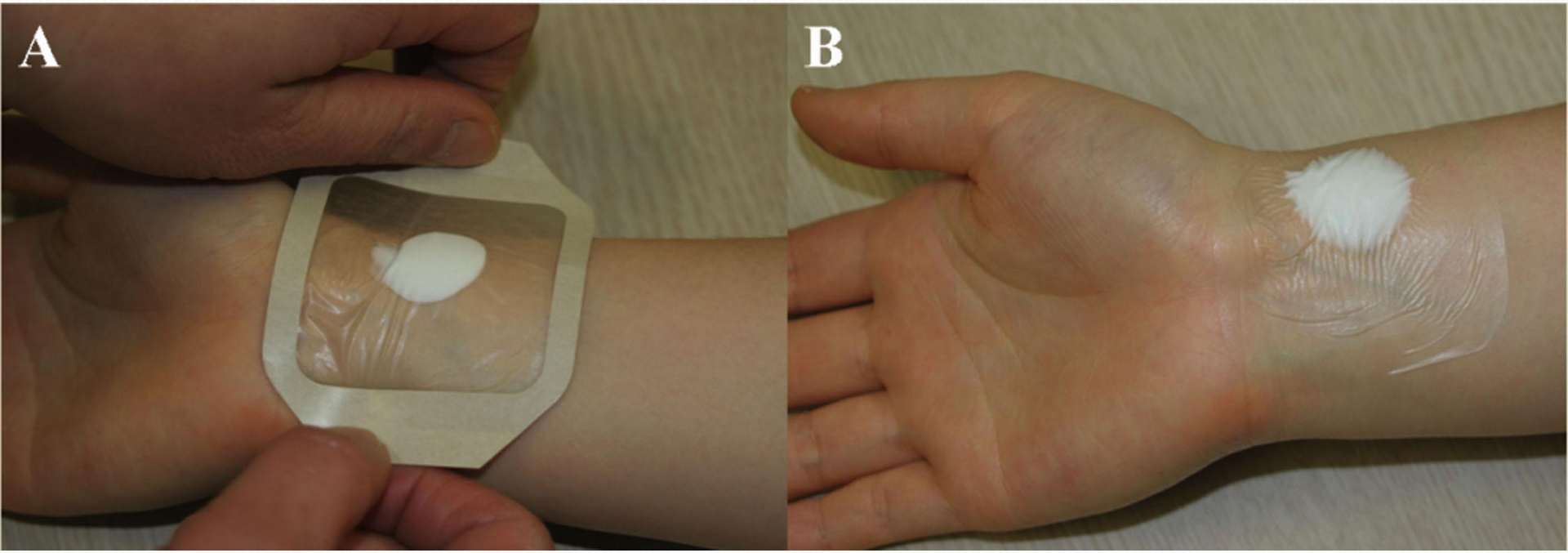
Efficacité analgésique

Apparition d'effets cutanés indésirables

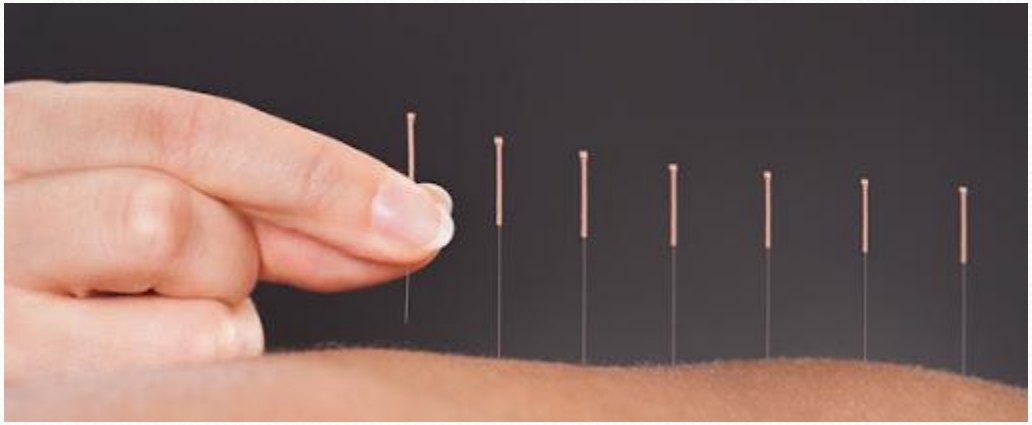
CONTRE-INDICATIONS

- Allergie
- Grossesse
- Méthémoglobinémie congénitale, porphyries

emla
2 medicinska plåster
AstraZeneca
emla
Vnr 45 47 85
1 x 5 g kräm
samt 3 st täckförband
AstraZeneca
emla 5 g kräm


A
B

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…

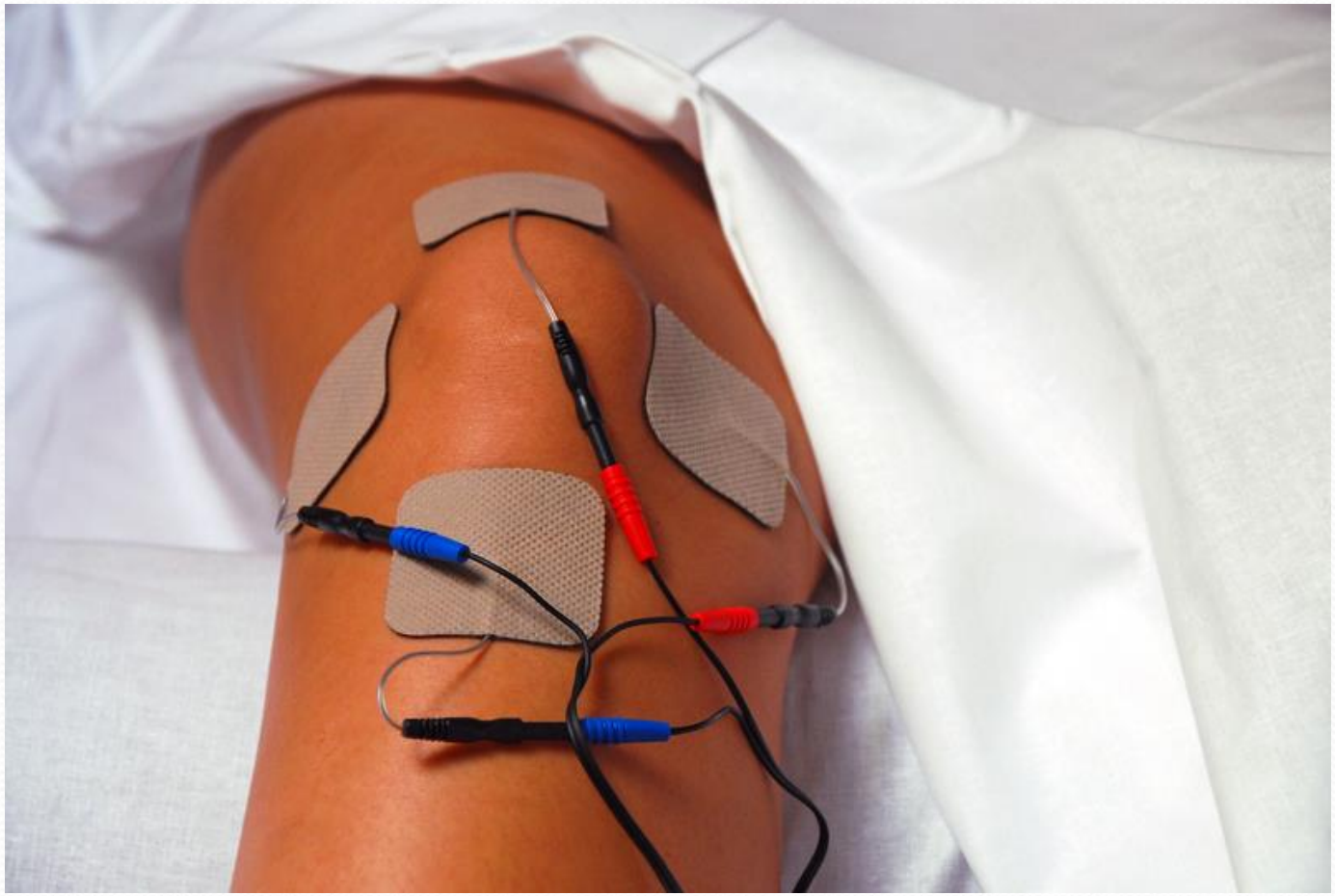
Le TENS

= Traitement par Electro-Neurostimulation Transcutanée

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

= Résonnance Energétique par Stimulation 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 la douleur (douleurs neurogènes) et l'anxiété

BIBLIOGRAPHIE

- Support de cours 2021
- 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