



# Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS  
INFIRMIERS  
PREFMS CHU DE TOULOUSE  
Rédaction 2023-2024

Semestre 2

UEC 23  
Douleur

*Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.*

# Evaluation de la douleur

## I. Généralités

L'évaluation de la douleur est une **obligation légale** : « la douleur doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » Art. L1110-5 CSP

Elle suit une **procédure de qualité**, avec une nécessité d'une traçabilité et d'une prise en charge standardisée (et néanmoins personnalisée) de la douleur.

### 1. Les conséquences de la douleur

La douleur a des **conséquences** :

- **Physiques** : diminution des capacités fonctionnelles ; diminution de la force et de la résistance ; nausées, anorexie ; sommeil de mauvaise qualité
- **Sociales** : diminution des activités relationnelles, baisse de la libido, diminution de l'affectivité, altération de l'image corporelle, dépendance accrue
- **Psychologiques** : morosité et perte d'intérêt général, augmentation de l'anxiété et de la peur, dépression, sensation de détresse, difficultés de concentration, perte d'autonomie angoisse de mort
- **Spirituelles** : augmentation de la souffrance, perte du sens donné à la vie, réévaluation des croyances religieuses

### 2. Les obstacles de la douleur

Parmi les obstacles de la douleur, on retrouve des **problèmes liés aux professionnels de santé** :

- Sensibilisation insuffisante par leur formation à l'évaluation et au traitement de la douleur
- Insuffisance de la prise en charge et de l'évaluation de la douleur
- Législation perfectible de la prescription des substances contrôlées
- Crainte de la dépendance aux opioïdes
- Effets secondaires des antalgiques
- Crainte de l'accoutumance aux antalgiques

Il y a également des **problèmes liés aux systèmes de santé** :

- Absence d'investissement financier pour améliorer le traitement de la douleur
- Législation encore trop restrictive des prescriptions de stupéfiants
- Difficultés d'accès à certains moyens thérapeutiques

Enfin on retrouve des **problèmes liés au malade** :

- Crainte de parler de la douleur : de détourner le médecin du traitement carcinologique ; d'explorations complémentaires invasives ; que la douleur signifie une aggravation de la maladie ; de ne pas être un « bon malade »

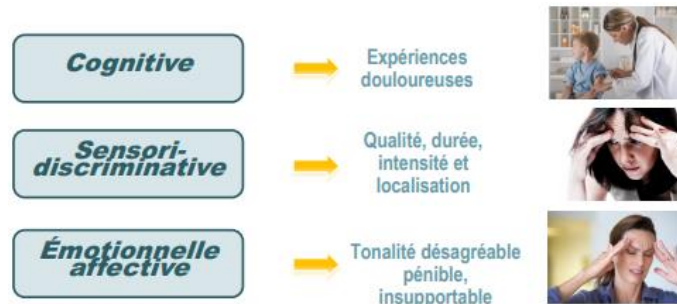
- Crainte du traitement de la douleur : de s'accoutumer aux traitements de la douleur ; de la dépendance ou d'être considéré comme toxicomane ; des effets secondaires.

## II. Évaluation

### 1. Composantes de la douleur

Il y a plusieurs composantes dans la douleur :

- **Composante sensori-discriminative** : correspond au décodage des douleurs en termes de qualité (type, horaire, rythme...), de durée, d'intensité et de localisation
- **Composante affective et émotionnelle** : modulée par les états émotionnels du patient (dépression, anxiété...) et explique la perception « désagréable » de l'expérience douloureuse
- **Composante cognitive** : implique des processus mentaux donnant du sens à la perception et aux comportements du sujet (attention et diversion de l'attention, interprétation, valeurs attribuées, mémorisation, anticipation, référence aux douleurs antérieures, décision du comportement à adopter...)
- **Composante comportementale** : regroupe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales (somatiques, neurovégétatives, psychomotrices) observables en réaction à la douleur. Elles assurent une communication avec l'entourage. Les apprentissages, l'environnement familial et ethnoculturel, les standards sociaux liés à l'âge et au sexe, sont susceptibles de modifier les comportements de l'individu.



### 2. Les repères

En tant que soignant, il faut être **systematique**, ce qui veut dire qu'il faut repérer les **signes vitaux**. On doit également tenir compte des barrières à l'expression de la plainte, être ouvert et attentif à la **formulation de la plainte**, tenir compte des déficits sensoriels et cognitifs et utiliser des outils d'évaluation standardisée de l'intensité.

### 3. Les outils standardisés

#### a. L'auto-évaluation

Il faut toujours commencer par une **auto-évaluation** même si celle-ci est jugée moins fiable chez le sujet âgé avec un MMS < 18. Il faut adapter les outils aux **capacités du patient**.

On peut utiliser une échelle visuelle analogique, une échelle numérique ou une échelle verbale simple ; l'échelle des visages chez les enfants.

#### b. L'hétéroévaluation

Si un patient **ne peut pas évaluer** sa douleur ou si on a un doute, on utilise **l'hétéroévaluation**.

Les recommandations de American Geriatric Society :

- Expressions faciales
- Verbalisations, vocalisations
- Mouvement du corps
- Changements dans les relations sociales
- Changement dans les activités
- Changement dans l'état psychique

L'**échelle Doloplus** concerne :

- Les **retentissements somatiques** : les plaintes somatiques (patient exprime sa douleur par la parole, les gestes, les cris...), les positions antalgiques (positions corporelles inhabituelles), la protection de zones douloureuses (patient protège une zone du corps par une attitude de défense), les mimiques (le visage exprime la douleur à travers des traits et du regard) et le sommeil.
- Les **retentissements psychomoteurs** : la toilette et/ou l'habillement (évaluation de la douleur pendant la toilette), les mouvements (évaluation de la douleur dans le mouvement)
- Le **retentissement psychosocial** : communication (verbale ou non verbale), la vie sociale (repas, animations, accueil des visites), les troubles du comportement (agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement...)

L'**échelle ECPA** (Échelle Comportementale pour la Personne Âgée) correspond aux douleurs liées aux soins. Elle est composée de deux parties : **avant** les soins et **pendant** les soins.

Il n'y a pas encore de score seuil. Le temps de cotation doit être supérieur à 5 minutes. Cette échelle est intéressante pour le suivi.

L'**échelle Algoplus** est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Pour les **douleurs neuropathiques**, il faut utiliser le **questionnaire DN4**. On parle de douleurs neuropathiques si le score est  $>4/10$ . Les inconvénients sont que cela apparaît comme un interrogatoire et qu'il n'est pas validé en gériatrie.

- Sensibilité et spécificité 85 %
- Examen clinique

### III. Synthèse

Pour les patients **communicants**, l'évaluation de la douleur qu'elle soit aiguë ou chronique utilise des échelles comme **l'EVA, l'EN** ou **l'EVS**.

Pour les patients **non communicants**, pour évaluer la douleur aiguë, on utilise **l'Algoplus** et pour évaluer la douleur chronique, on utilise la **Doloplus** et **l'ECPA**.

La prise en charge de la douleur cancéreuse a des spécificités :

- Douleurs mixtes, 42 à 80 % des cas (nociceptive + neuropathique)
- Plusieurs sites et types de douleurs : 1/3 avec 1 localisation, 1/3 avec 2 et 1/3 avec plus de 3
- 2/3 des patients (douloureux chroniques) bien contrôlés par les opioïdes : présentent des accès douloureux paroxystiques



Il y a des réactions en chaîne, le passage de l'autonomie et de la bonne qualité de vie à la dépendance et la qualité de vie altérée consiste en : douleur persistante > inactivité et déconditionnement > diminution de l'autonomie > perte d'appétit et isolement social > dépression > acutisation de la douleur.

Il existe aussi la **méthode des 5 W** : Who ? What ? Where ? When ? Why ?