



Tutorat 2024-2025



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

Semestre 2

UEC 26
Sémiologie

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.

Sémiologie de la douleur

I. Définitions

Selon R. Descartes, la douleur n'est ni plus ni moins qu'un **système d'alarme**, dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle.

Selon l'IASP, la douleur est une expérience **sensorielle** et **émotionnelle** désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée, à une lésion tissulaire réelle ou potentielle.

- La douleur est toujours une expérience **personnelle** qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.
- La douleur et la nociception sont des phénomènes différents. La douleur ne peut être déduite uniquement de l'activité des neurones sensoriels.
- À travers leurs expériences de vie, les individus apprennent le concept de la douleur.
- La description d'une personne sur une expérience de douleur doit être **respectée**.
- Bien que la douleur joue généralement un rôle d'adaptation, elle peut avoir des **effets négatifs** sur le fonctionnement et le bien-être social et psychologique.
- La description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur ; l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur.

En résumé l'expérience de la douleur est **singulière**, influencée par son état préalable (biologique, social, psychologique, affectif). Elle est basée sur des composantes émotionnelle, cognitive et sociale. Il faut **écouter** le patient et **respecter** sa douleur : communication non verbale.

II. Décrire une douleur dans toutes ses dimensions

Pour décrire une douleur, il faut un interrogatoire systématique :

- **Siège** : où ?
- **Irradiation** : vers où ?
- **Type** : lancement ? Brûlure ? Décharge électrique ?
- **Intensité**
- **Rythme**, variation sur la journée : permanente ? Nocturne ?
- Mode de début et **facteur déclenchant** : début brutal, insidieux, lors d'un mouvement...
- **Facteur aggravant** : position, mouvement...
- **Facteur soulageant** : position, effet des antalgiques

Pour évaluer l'intensité de la douleur, il faut adapter l'outil ou l'échelle utilisé au public : échelle d'auto ou d'hétéro évaluation.

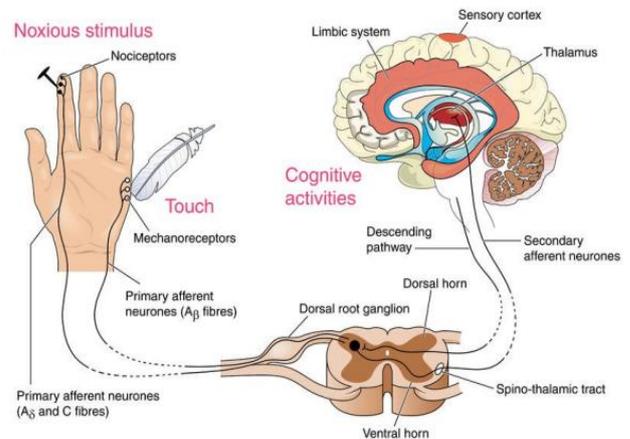
L'**auto-évaluation** utilise différentes échelles : échelle visuelle analogique, échelle verbale simple, échelle numérique. Pour une **hétéro évaluation**, on peut utiliser l'algoplus, une échelle comportementale de la douleur.

Chez un enfant, on utilise l'échelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né, échelle des visages (à partir de 4 ans)...

III. Types de douleur

La **douleur aiguë** est un mécanisme de défense, d'alerte qui est **unifactorielle** et qui induit de l'anxiété et de la peur. La prise en charge de ce type de douleur est un traitement **antalgique** et une **enquête étiologique** pour traitement spécifique.

La **douleur chronique** est une douleur installée depuis **plus de 3 mois**, qui est caractérisée par une perte de la fonction de système d'alerte et devient une maladie en soi. Elle est **plurifactorielle**, et altère la personnalité du patient, sa vie familiale, sociale, professionnelle, et entraîne souvent une dépression. La prise en charge de ce type de douleur est un traitement **antalgique**, une enquête **étiologique** et une prise en charge **ré-adaptative**.



1. Douleur par excès de nociception

Les mécanismes d'une douleur par excès de nociception est une stimulation du système de **transmission** de la douleur, avec une douleur due à des **lésions** entraînant une stimulation des récepteurs périphériques (nocicepteurs).

Les lésions sont **mécaniques** (trauma, fracture, entorse), **thermiques** (brûlures, engelures), **chimiques**, **inflammatoires** (arthrite, sinusite), **cicatrisation**, douleur viscérale (douleur profonde, lancinante).

2. Douleur neuropathique

Une **douleur neuropathique** est une douleur due à une **lésion du système nerveux** périphérique ou central entraînant la modification du processus de transmission et de contrôle du message douloureux. Cette douleur peut **perdurer** au-delà d'une lésion initiale et est causée par un traumatisme, toxique, viral, tumoral, métabolique, inflammatoire...

Les **symptômes** de ce type de douleur sont : des brûlures ou du froid, des décharges électriques, des paresthésies (fourmillement), broiement, hypoesthésie.

Les douleurs sont localisées dans un territoire neurologique (central ou périphérique).

Lors de l'examen clinique, on retrouve des **anomalies à l'examen neurologique** : hypoesthésies, anomalie proprioception, allodynie, abolition réflexe ostéotendineux.

Ces deux types de douleurs ont des traitements différents :

- dans la **douleur nociceptive**, il faut traiter la cause avec des moyens médicamenteux (paracétamol, AINS, palier 2 (tramadol, codéine), palier 3 (morphine), nefopam, corticoïdes) et des moyens non médicamenteux (chaud, froid, immobilisation)
- dans la **douleur neuropathique**, il faut traiter la cause avec des moyens médicamenteux (anti-dépresseur, anti-épileptique, ± palier 3, ± nefopam) et des

moyens non médicamenteux (gate control (TENS, patch électrique), contrôle descendant : hypnose, méditation...)

IV. Cas d'une arthralgie

On distingue deux types d'arthralgies :

	MECANIQUE	INFLAMMATOIRE
Variations diurnes	Effort, calmé par le repos	Permanent
Réveils nocturnes	Non (ou brefs lors de changement de position)	Spontanés 2 ^{ème} partie de nuit
Dérouillage matinal	< 10 min	> 30 min
Effet des anti-inflammatoires	Pas plus qu'autres antalgiques	Oui
Causes	Arthrose ++	Arthrite (septique, microcristalline, dysimmunitaire)

V. Cas d'une céphalée

Les céphalées sont un **problème fréquent** : environ 1 personne/2, 10-12 % de la population déclare souffrir de migraines et est une cause d'absentéisme récurrente.

Une céphalée peut être le révélateur d'une **lésion potentiellement grave**.

Comment ne pas passer à côté d'une urgence ?

INTERROGATOIRE RIGOUREUX :

1. Reprendre le cadre de description de toute douleur : modalité d'apparition, intensité, irradiation, etc...
2. « Cela ressemble-t-il à vos maux de tête habituels ? »
3. En combien de temps la céphalée a-t-elle atteint son maximum ?
4. Symptômes associés : nausées, fièvre, photo/phonophobie, troubles de la vision, ...
5. Terrain : âge, antécédent du patient, traitements, grossesse, ...