



SANTÉ FORMAPRO

La formation à portée de main

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET SOINS INFIRMIERS

Livret de formation

SOMMAIRE

Étape 1 : Physiologie et typologie de la douleur	p. 03
▪ Généralités	p. 04
▪ Neurophysiologie de la douleur	p. 05
▪ Typologies de la douleur	p. 06
Étape 2 : Principes de prise en charge de la douleur	p. 07
▪ Cadre législatif	p. 08
▪ Évaluation de la douleur	p. 10
▪ Prise en charge médicamenteuse de la douleur	p. 37
▪ Effet Placebo	p. 38
▪ Thérapeutiques non médicamenteuses et prise en charge de la douleur chronique	p. 40
Étape 3 : Traitements médicamenteux de la douleur	p. 42
▪ Médicaments de palier 1	p. 43
▪ Médicaments de palier 2 : opioïdes faibles	p. 45
▪ Médicaments de palier 3 : principes et précautions d'emploi des opioïdes forts	p. 47
▪ Médicaments de palier 3 : traitements médicamenteux des opioïdes forts	p. 49
▪ Médicaments des douleurs neuropathiques	p. 51
▪ Traitements co-antalgiques et thérapies invasives	p. 53
Étape 4 : Cas particuliers en algologie	p. 55
▪ Douleurs en fonction de l'âge	p. 56
▪ Douleurs provoquées par les soins	p. 58
▪ Douleurs post-opératoires	p. 59
▪ Douleurs en cancérologie	p. 60
Étape 5 : Hypnose	p. 64
▪ Définition	p. 65
▪ Contexte historique	p. 67
▪ Cadre général	p. 69
▪ Séance d'hypnose	p. 70
▪ Techniques	p. 71

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET SOINS INFIRMIERS

Étape 1 :

Physiologie et typologie de la douleur

L'Association Internationale d'Etude de la douleur (IASP) définit la douleur comme
 « une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage ».

COMPOSANTES DE LA DOULEUR

Sur le plan clinique, quels qu'en soient la cause et le mécanisme, il existe dans toute douleur quatre éléments constitutifs à prendre en compte :

COMPOSANTE SENSORIELLE

Correspond aux mécanismes neurophysiologiques de la nociception. Permet de définir les notions de :

- **Intensité** (à mesurer avec un échelle d'évaluation)
- **Tonalité** (piqûre, superficielle ou profonde, irradiation, écrasement...)
- **Localisation**
- **Profil évolutif**
- **Durée...**

COMPOSANTE COGNITIVE

Se réfère à un ensemble de **processus mentaux** susceptibles de moduler les autres dimensions (signification et interprétation de la situation, croyances, référence à des expériences passées vécues ou observées, anticipation...).

COMPOSANTE ÉMOTIONNELLE

Exprime la **connotation désagréable**, pénible liée à la perception douloureuse et peut aller jusqu'aux états d'anxiété ou de dépression.

COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

Correspond à l'ensemble des **manifestations observables** :

- Physiologiques
- Neuro-végétatives (sueur, tachycardie, hypertension...)
- Verbales (plaintes, discours élaborés, gémissements, cris)
- Motrices (grimaces, agitation, évitement, immobilité ou prostration, position antalgique, déplacements précautionneux, contre-stimulation par massage...).

DOULEUR AIGÜE vs. DOULEUR CHRONIQUE



La **douleur aiguë** est liée à une atteinte tissulaire brutale et est souvent associée à des manifestations neurovégétatives (tachycardie, sueurs...). C'est un **signal d'alarme** dont la finalité est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité.

Corrélée à une cause précise, elle disparaît lorsque la cause est traitée.



La **douleur chronique** est un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte.

On parle de douleur chronique lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- **Persistance inhabituelle** pour la cause initiale présumée
- Évolution supérieure à 3 mois
- **Altération des capacités** fonctionnelles et relationnelles
- **Réponse insuffisante** aux traitements médicamenteux

MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

DOULEUR NOCICEPTIVE

Également dite « par excès de nociception » ou « inflammatoire », la douleur nociceptive est due à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur (les nocicepteurs).

Ce type de douleur peut survenir dans un contexte de douleurs post-opératoires, de cancer ou de pathologies plus bénignes, telle que la maladie arthrosique.

DOULEUR DYSFONCTIONNELLE

La douleur dysfonctionnelle est liée à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur sans lésion identifiée.

Les douleurs dysfonctionnelles les plus fréquentes sont la fibromyalgie, la céphalée de tension, la colopathie fonctionnelle ou la cystite interstitielle.

DOULEUR NEUROPATHIQUE

La douleur neuropathique est liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel, pouvant survenir dans un contexte neurologique (zona, neuropathie diabétique...) ou non (suites post-opératoires par exemple).

Elle se caractérise par des douleurs à type de brûlures ou de décharges électriques avec, à l'examen clinique, une hypoesthésie dans le territoire douloureux, et souvent une allodynie (douleur induite par un stimulus non douloureux). Elles sont souvent associées à des paresthésies, un engourdissement et parfois un prurit.

PROGRESSION DU STIMULUS NOCICEPTIF

Les **voies nociceptives** correspondent à l'ensemble des éléments du système nerveux qui ont pour fonction de **détecter, transmettre, analyser et contrôler les informations** générées par un dégât tissulaire et d'y apporter une réponse adaptée.

RÉCEPTION DE LA DOULEUR

Les récepteurs sensoriels sont des structures chargées de réagir aux changements, également appelés stimuli, survenant dans leur environnement. Ils sont classés selon le type de stimuli qu'ils enregistrent : mécanorécepteurs, thermorécepteurs, photorécepteurs, chimiorécepteurs...

Les **nocicepteurs** réagissent aux stimuli potentiellement nuisibles. Ce sont les récepteurs de la douleur (les informations qu'ils transmettent sont interprétées comme de la douleur par le cerveau).

TRANSMISSION DE LA DOULEUR

Chaque récepteur est innervé par une neurofibre qui permet une conduction plus ou moins rapide de l'influx nerveux généré par les stimuli jusqu'au cerveau. On distingue 3 groupes de neurofibres : groupe A (α , β , δ), groupe B et groupe C.

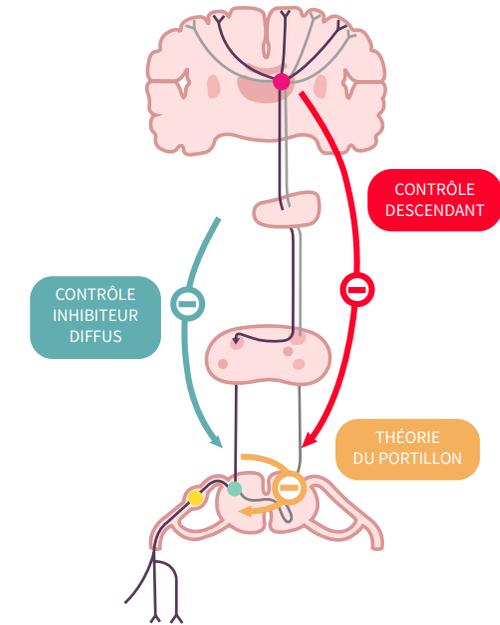
En général, les informations nociceptives sont véhiculées par des **fibres C** (douleurs rapides, brèves) et des **fibres A δ** (douleur plus sourde, diffuse ou lente).

NEUROTRANSMETTEUR DU STIMULUS NOCICEPTIF

La propagation de l'influx nerveux d'un neurone à l'autre est possible grâce à l'émission de **neurotransmetteurs**, substances chimiques libérées par les neurones au niveau des synapses (point de contact entre deux neurones).

Dans le cadre de l'envoi d'un message nociceptif, le neurotransmetteur libéré dans la fente synaptique est une substance appelée « **substance P** », pour « *pain* », qui signifie « douleur » en anglais.

MODULATION DE LA DOULEUR



CONTRÔLE DESCENDANT

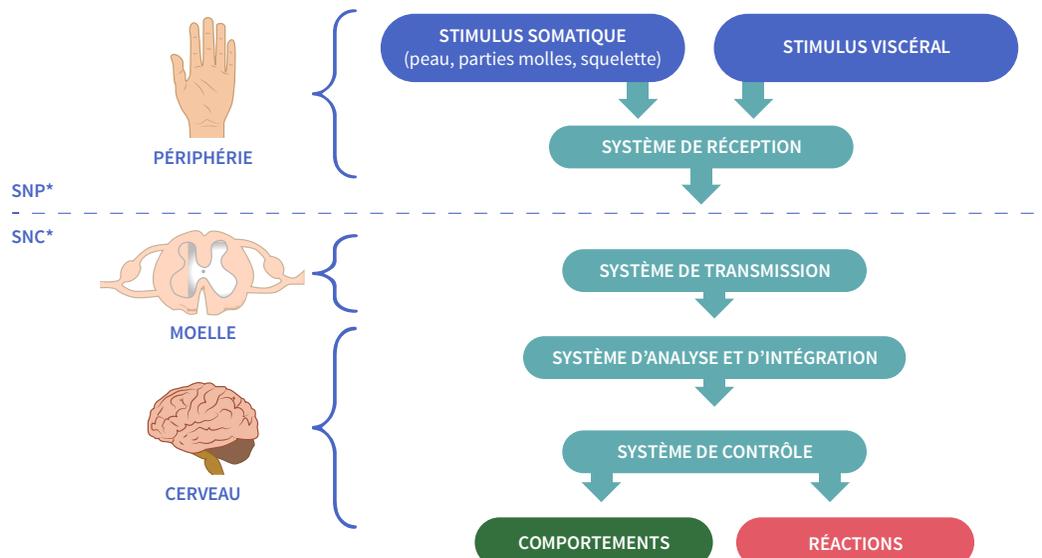
Le contrôle descendant est un contrôle exercé par différentes zones du système nerveux central. Les neurones descendants (influx nerveux émanant du SNC) libèrent des endorphines (morphines naturelle secrétée par le corps) qui ralentissent le passage de l'information nociceptive.

CONTRÔLE INHIBITEUR DIFFUS

Le contrôle inhibiteur diffus fonctionne selon le principe qu'une stimulation nociceptive peut en inhiber une autre.

THÉORIE DU PORTILLON

Il s'agit d'un contrôle inhibiteur spécifique par stimulation des afférences non nociceptives (influx nerveux se propageant de la périphérie vers les structures centrales) : les fibres de gros diamètre (A α et A β) sont prioritaires au passage dans la corne postérieure de la moelle épinière par rapport aux fibres de petit diamètre (A δ et C). Ainsi, lorsque l'on se cogne, si l'on frotte, la douleur diminue.



DOULEURS NOCICEPTIVES

Les douleurs nociceptives répondent à une activation excessive des récepteurs périphériques de la douleur. Elles jouent un rôle de système d'alarme. Cette origine de la douleur est la plus fréquente.

VARIÉTÉS

Il existe deux variétés :

- **DOULEUR PHASIQUE** : pas de dégât tissulaire, activation brève des nocicepteurs (retrait).
- **DOULEUR TONIQUE** : avec dégât tissulaire, activation soutenue des nocicepteurs entraînant un ensemble de réactions (hyperalgésie primaire).

EXPRESSION

L'expression ce type de douleur peut se faire selon :



RYTHME MÉCANIQUE

Augmentation de la douleur par l'activité physique



RYTHME INFLAMMATOIRE

Réveil nocturne causé par la douleur

DOULEURS DYSFONCTIONNELLES

Les douleurs dysfonctionnelles sont liées à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur, sans lésion identifiée.

Les plus fréquentes sont :

- la fibromyalgie ;
- la céphalée de tension ;
- la colopathie fonctionnelle (ou syndrome de l'intestin irritable) ;
- la cystite interstitielle.

En l'état actuel des connaissances, la douleur fonctionnelle répond peu au traitement pharmacologique et sa prise en charge thérapeutique fait plus appel aux thérapeutiques non pharmacologiques.

DOULEURS NEUROPATHIQUES

Les douleurs neuropathiques, anciennement dénommée «neurogènes» ou «par déafférentation», sont la conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie affectant le système somato-sensoriel.

Le délai de survenue de la douleur après la lésion causale est variable.

Les signes cliniques rencontrés sont :

- **ALLODYNIE**
Douleur causée par un stimulus normalement non douloureux.
Elle peut être de différents types :
 - à l'effleurement cutané (allodynie « dynamique ») ;
 - à la pression (allodynie « statique »).
 - à la chaleur non nociceptive (inférieure à 42°C) ;
 - au froid non nociceptif (supérieur à 10°C).
- **HYPERALGIE**
Réponse exagérée à un stimulus douloureux.
- **HYPERPATHIE**
Syndrome douloureux après stimulus, caractérisé par une réaction anormalement douloureuse à un stimulus (en particulier un stimulus itératif) avec extension du champ récepteur.

DOULEURS PSYCHOGÈNES

Le diagnostic de douleur psychogène (comme celui des troubles somatomorphes) est un **diagnostic positif et non un diagnostic d'élimination**.

Il est à noter qu'une douleur sans cause apparente n'est pas forcément d'étiologie psychique.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET SOINS INFIRMIERS

Étape 2 :
*Principes de prise en charge
de la douleur*



La prise en charge de la douleur, quelle que soit son intensité, son origine et ses victimes, est une obligation légale pour les professionnels de santé.

« 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 », Code de la Santé Publique (CSP) - Article L1110-5.

ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

MÉDECIN



- Soulager les souffrances des patients : assurer le contrôle de la douleur.
- Assistance morale auprès des patients en souffrance : prise en charge psychologique.

IDE



- Rôle dans la prévention, l'évaluation et le traitement.
- Qualité technique et qualité de relation avec le malade (Code de Santé Public Article R-4311 et 4315).

AIDE-SOIGNANT(E)



- Apprécie l'état clinique d'une personne.

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



- Rôle pluridisciplinaire.

RÔLE INFIRMIER

PRÉVENTION

Article R.1110-5

- Les soignants doivent s'efforcer de prévenir la douleur notamment lors de soins.
- Ils doivent informer le patient sur la prise en charge et les risques de douleurs provoquées par un soin pour permettre au patient une meilleure gestion de sa douleur.

RÔLE PROPRE

Article R.4311-5

- Évaluation de la douleur dans le cadre du recueil des observations relatives à la connaissance de l'état de santé de la personne et l'appréciation des principaux paramètres de sa surveillance.
- Confort du patient par l'installation dans une position en rapport avec sa pathologie.

SUR PRESCRIPTION MÉDICALE

Article R.4311-7/8/11

- Pose de dispositif transcutané et surveillance de leurs effets (ex : pansement anesthésique ou dispositif analgésique transdermique de palier 3).
- Adaptations des posologies selon le protocole préétabli par le médecin.
- Injections de médicaments en vue d'analgésie ou de sédation par voie péridurale ou intrathécale.

SANS MÉDECIN

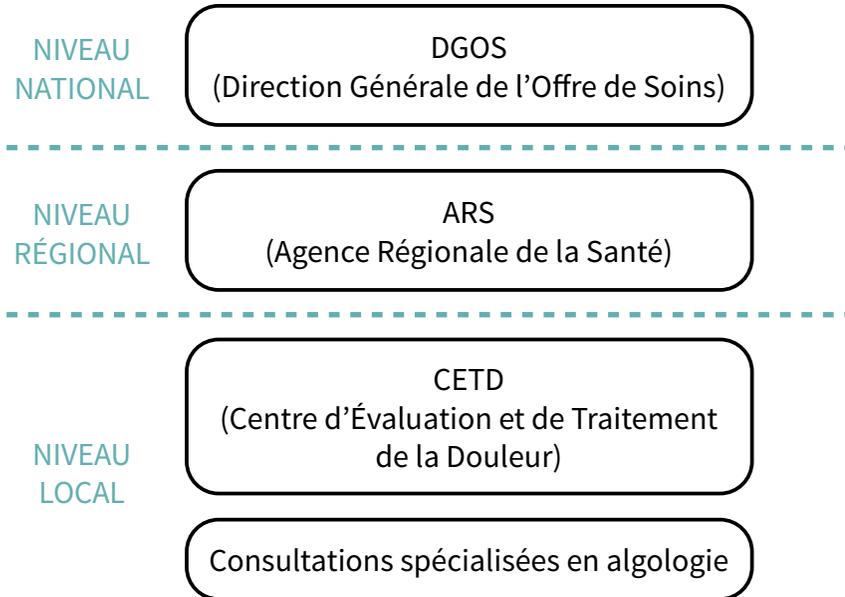
Article R.4311-14

- Mise en œuvre de protocole de soins d'urgence en cas de situation d'urgence ou de détresse psychologique préalablement rédigés par le médecin responsable.



Pas d'initiative de traitement médicamenteux sans prescription médicale.

MAILLAGE TERRITORIAL DE LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR



CONSULTATIONS ET CETD

La prise en charge au sein de ces structures est pluridisciplinaire, avec au moins un médecin algologue, une infirmière et un psychiatre ou psychologue ayant reçu une formation spécifique (DIU). Affiliées à un établissement de santé, elles pilotent et coordonnent les différents intervenants lors des prises en charge, faisant appel à des thérapies classiques ou « alternatives ».

L'évaluation de la douleur fait partie du rôle infirmier.
Elle consiste à qualifier et quantifier la douleur ressentie par le patient.

ÉLÉMENTS À ÉVALUER

L'évaluation de la douleur nécessite un véritable entretien permettant de recueillir des données dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale et culturelle, afin de tenter d'objectiver le vécu douloureux du patient et de donner des éléments de compréhension aux soignants qui pourront initier un traitement le plus adéquat possible ou adapter celui en place, le cas échéant.



LOCALISATION

Précision du siège de la douleur : est-elle diffuse, superficielle ou profonde, suit-elle un trajet ?



INTENSITÉ

Mesure de l'intensité douloureuse à l'aide du ou des outils choisis.



TEMPORALITÉ

Depuis quand ? À quel moment de la journée : plutôt le jour ou plutôt la nuit ? Est-ce à l'occasion d'un mouvement, d'une activité ou d'un soin particulier ?



MANIFESTATIONS

Comment la décririez-vous : picotement, sensation de brûlure, coup de poignard, compressive, décharges électriques... ? Quels sont les signes d'accompagnement : maux de tête, nausée, paralysie partielle... ? Circonstances d'apparition ? Est-elle en lien avec un événement en particulier ?



QUALITÉ DE VIE

Perturbe-t-elle l'état physique : sommeil, appétit... ? Perturbe-t-elle les activités quotidiennes (perte d'autonomie, arrêt de certaines activités...) ? Retenti-t-elle sur l'état émotionnel et affectif : repli sur soi, tristesse, état dépressif... ? A-t-elle une incidence sur la vie sociale ?



OBSERVATION

Si un traitement est déjà en place : est-il suivi, est-il bien supporté, est-il jugé efficace par le patient ? Une automédication a-t-elle été mise en place ?

ATTITUDE DURANT L'ENTRETIEN



Veiller à ce que le patient soit **installé le plus confortablement** possible avant de démarrer l'entretien.



Faire preuve d'**empathie** et maintenir une attitude d'**écoute active** afin d'instaurer une relation de confiance avec le patient.
Exemple : reformuler ce que le patient vous raconte.



Recueillir aussi bien les **données objectives** (observation des signes physiques), que **subjectives**.

Exemples de données :

- objectives : grimaces à la mobilisation, repli sur soi...
- subjectives : sensation évoquées par le patient, perception d'un proche...



Chercher à **comprendre l'histoire du patient** :

- Circonstances de la douleur actuelles ;
- Éventuelles expériences passées ;
- Vécu de la situation par le patient ;
- Réponses aux traitements proposés : observances, effets indésirables, réticences...



Observer les **manifestations non verbales** et changements de comportement, particulièrement chez les patients peu ou non communicants.

OUTILS D'ÉVALUATION

DOULEUR CHEZ L'ADULTE COMMUNIQUANT

- Échelles unidimensionnelles

Ces échelles permettent d'évaluer une seule dimension de la douleur, à savoir son intensité.

- ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

Mesure de l'intensité de la douleur à l'aide d'une règle en position horizontale.

- ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)

Mesure de l'intensité de la douleur par attribut d'une note entre 0 et 10.

- ÉCHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)

Mesure de l'intensité de la douleur à l'aide d'adjectifs, chacun correspondant à un score donné.

- SCHÉMA CORPOREL

Localisation de la douleur et de ses irradiations éventuelles.

- Échelles multidimensionnelles

Ces échelles permettent d'évaluer de manière qualitative la douleur. Elles sont complémentaires des échelles unidimensionnelles.

- QUESTIONNAIRE DE SAINT-ANTOINE (QDSA)

Évaluation qualitative et quantitative de la composante sensorielle et affective de la douleur.

- QUESTIONNAIRE DE LA QUALITÉ DE VIE

Mesure de l'impact de la douleur sur l'état physique, psychique et le maintien des activités quotidiennes.

- QUESTIONNAIRE CONCIS DE LA DOULEUR

Évaluation des principales dimensions de la douleur : intensité, soulagement, incapacité fonctionnelle, retentissement social, relationnel et psychique.

DOULEUR CHEZ L'ADULTE NON COMMUNIQUANT

- Douleurs aiguës / induites

- ÉCHELLE ALGOPLUS

Évaluation de la douleur aiguë chez la personne âgée souffrant de troubles de la communication verbale.

- ÉCHELLE COMPORTEMENTALE POUR PERSONNES ÂGÉES (ECPA)

Évaluation de la douleur procédurale chez la personne âgée souffrant de troubles de la communication verbale.

- BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Évaluation de la douleur chez le patient adulte intubé non communiquant en réanimation.

- Douleurs chroniques

- ÉCHELLE DOLOPLUS

Évaluation de la douleur chronique chez la personne âgée présentant des difficultés d'expression, des troubles de la mémoire ou des troubles cognitifs.

DOULEUR CHEZ L'ENFANT

- Échelles communes à l'adulte

- EVA

- EN

- Échelles spécifiques

- ÉCHELLE DES VISAGES

Utilisable à partir de 4 ans

Mesure de l'intensité de la douleur par identification de l'enfant à l'un des dessins de visages proposés.

- SCHÉMA DU BONHOMME

Utilisable à partir de 4-6 ans pour la localisation de la douleur et à partir de 6-8 ans pour l'intensité. Mesure de l'intensité de la douleur à l'aide d'un code couleur et localisation par coloriage de zones sur le schéma proposé.

DOULEUR CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

- Douleurs aiguës / induites

- DOULEUR AIGUË DU NOUVEAU-NÉ (DAN)

Utilisable chez les prématurés et nouveau-nés jusqu'à 3 mois

Évaluation de la douleur aiguë.

- NÉONATAL FACIAL CODING SYSTEM (NFCS)

Utilisable jusqu'à 18 mois

Mesure de l'intensité de la douleur à l'aide d'un code couleur et localisation par coloriage de zones sur le schéma proposé.

- FACE LEGS ACTIVITY CRY CONSOLABILITY (FLACC)

Utilisable de 2 mois à 7 ans en situation de douleur post-opératoire et de 5 à 16 ans en situation de douleur procédurale

Évaluation de la douleur post-opératoire et douleur induite.

Il existe une version modifiée pour les enfants handicapés.

- ÉVALUATION ENFANT DOULEUR (EVENDOL)

Utilisable de 0 à 7 ans

Évaluation de la douleur aux urgences.

- ÉCHELLE CONFORT et CONFORT BEHAVIOR

Utilisable jusqu'à l'adolescence

Évaluation de la détresse, de la douleur et de la sédation chez l'enfant en réanimation (ventilé et sédaté).

- Douleurs chroniques

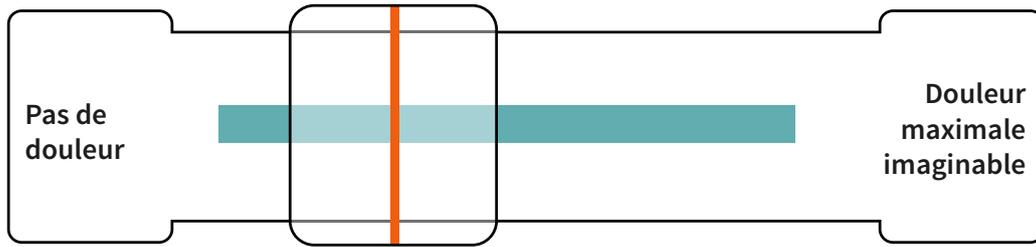
- ÉCHELLE DOULEUR ET INCONFORT DU NOUVEAU-NÉ (EDIN)

Utilisable chez les prématurés et nouveau-nés jusqu'à 3 mois

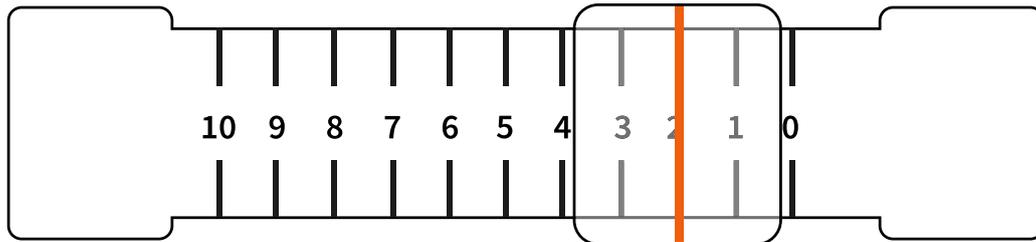
Évaluation de la douleur prolongée et de l'inconfort.

ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)

Face patient



Face de mesure

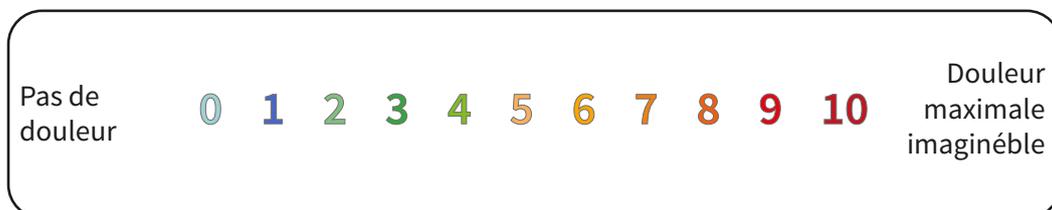


Le patient déplace le curseur correspondant à l'estimation de sa douleur (face patient), tandis que le soignant note le chiffre correspondant (face mesure).

Inconvénients :

- Erreurs de lecture possibles par les personnes qui écrivent de la droite vers la gauche et aux gauchers.
- Peu utilisée à domicile car l'EVA est régulièrement confondue avec l'EN (Échelle Numérique) ce qui induit parfois une mauvaise transcription des données dans le dossier patient.
- Peu adaptée aux personnes âgées, dont la capacité d'abstraction est parfois diminuée.

ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)



Échelle utilisée en auto-évaluation permettant aux patients de quantifier leur douleur sur une échelle de 0 à 10.

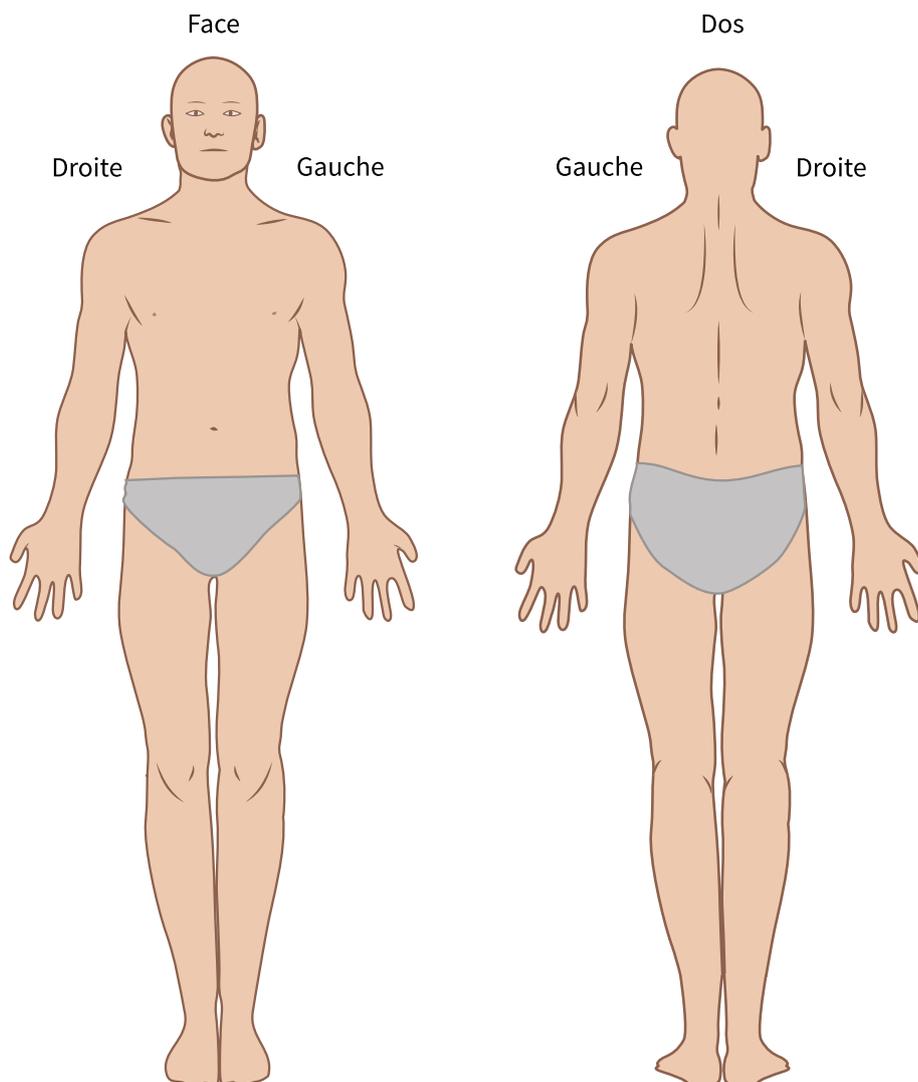
ÉCHELLE VERBALE SIMPLE (EVS)

Douleur Au moment présent	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 Extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 Extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les 8 derniers jours	0 Absente	1 Faible	2 Modérée	3 Intense	4 Extrêmement intense

Utilisée en auto-évaluation, cette échelle permet de quantifier la douleur à l'aide d'une série d'adjectif simples et ordonnées hiérarchiquement.

Le patient doit préciser l'importance de sa douleur en entourant la réponse correcte pour chacune des trois questions.

SCHÉMA CORPOREL



Le patient indique sur ce schéma **où se trouve sa douleur** en hachurant la zone.

Il peut également apporter les précisions suivantes :

- Mettre un « **S** » sur le schéma pour une douleur près de la **surface du corps** ;
- Mettre un « **P** » sur le schéma pour une **douleur plus profonde** ;
- Mettre un « **I** » là où la douleur est la **plus intense**.

QUESTIONNAIRE DE SAINT-ANTOINE (QDSA)

Ce questionnaire comporte 61 qualificatifs repartis en 16 sous-classes :

- 9 sensorielles (A à I) ;
- 7 affectives (J à P) ;
- 1 évaluative (Note).

L'intérêt pratique d'un questionnaire multidimensionnel est de divers ordres :

- aide à préciser la **sémiologie** sensorielle d'une douleur ;
- aider à préciser la notion d'**intensité** ;
- aide à préciser le **vécu** de la douleur (vécu anxieux et dépressif).

L'évaluation de l'intensité douloureuse à l'instant présent est reportée dans la colonne « Note » à l'aide de la cotation suivante :

- 0** : absent, pas du tout.
- 1** : faible ou un peu.
- 2** : modérée ou moyennement.
- 3** : fort ou beaucoup.
- 4** : extrêmement fort ou extrêmement.

	Habituelle	Présente actuelle	Note
A			
Battements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulsations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élancements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En éclairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
Rayonnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irradiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C			
Piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transperçante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coups de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D			
Pincement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écrasement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En étau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E			
Tiraillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étirement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déchirure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrachement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F			
Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G			
Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H			
Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Habituelle	Présente actuelle	Note
I			
Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J			
Fatigante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éreintante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K			
Nauséuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suffocante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncopale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L			
Inquiétante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M			
Harcelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cruelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torturante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suppliciante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N			
Gênante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désagréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O			
Énervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horripilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P			
Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORME ABRÉGÉE :

	0 Absente Non	1 Faible Un peu	2 Modéré Modérément	3 Fort Beaucoup	4 Extrêmement fort Extrêmement
Élancement					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étai					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Épuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

QUESTIONNAIRE DE LA QUALITÉ DE VIE

1 Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

2 En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) ?
 Oui, beaucoup limité Oui, un peu limité Non, pas du tout limité
- monter plusieurs étages par l'escalier ?
 Oui, beaucoup limité Oui, un peu limité Non, pas du tout limité

3 Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais
- avez-vous été limité pour faire certaines choses ?
 Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

4 Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais
- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?
 Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

5 Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Énormément

6 Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?
 Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?
 Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?
 Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

7 Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

QUESTIONNAIRE CONCIS DE LA DOULEUR

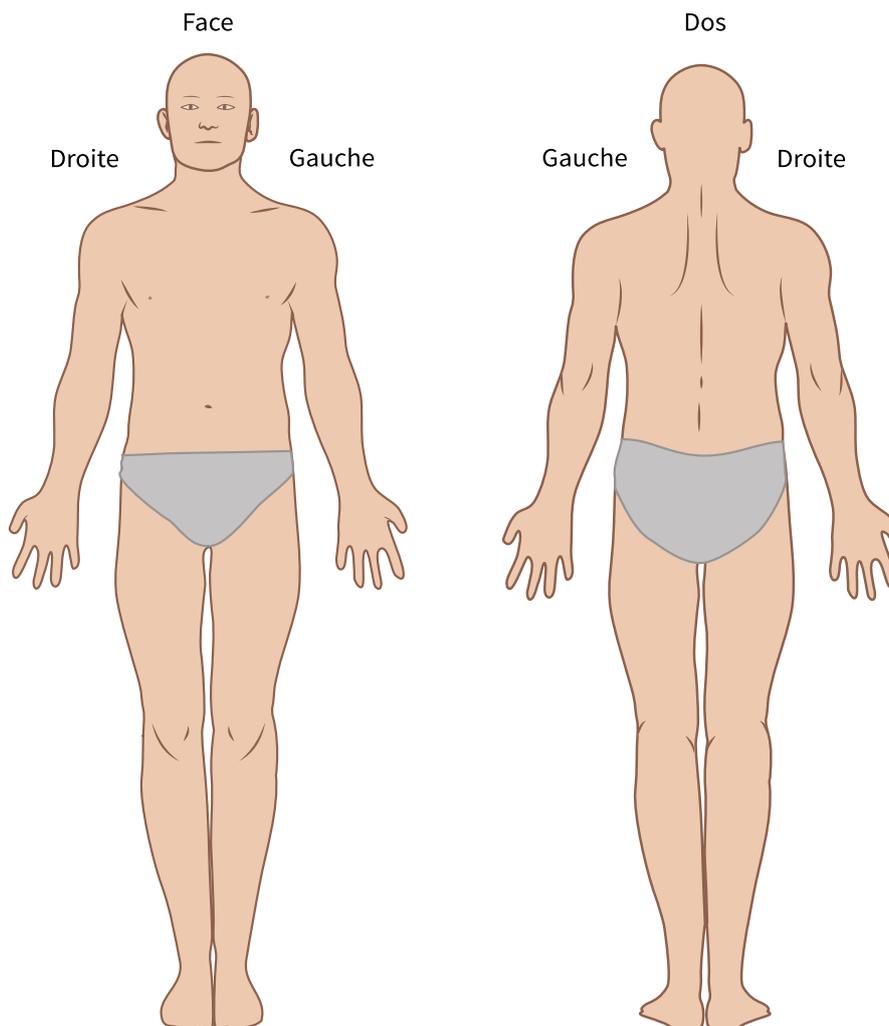
Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : au cours des huit derniers jours avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs « familières » ?

oui

non

Si vous avez répondu « non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci de votre participation

Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone. Mettez sur le dessin en « **S** » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « **P** » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez aussi un « **I** » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



Cochez le numéro qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous avez ressentie la semaine dernière.

0 Pas de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur la plus horrible

ÉCHELLE ALGOPLUS

**ÉCHELLE D'ÉVALUATION
COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR AIGÜE** chez la personne
âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Échelle ALGOPLUS®

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Âge : _____ Sexe : _____

Date de l'évaluation de la douleur / / / / / /	
Heure h											
	OUI	NON										
1 - VISAGE												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.	<input type="checkbox"/>											
2 - REGARD												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.	<input type="checkbox"/>											
3 - PLAINTES												
"Aie", "Ouille", "J'ai mal", gémissements, cris.	<input type="checkbox"/>											
4 - CORPS												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.	<input type="checkbox"/>											
5 - COMPORTEMENTS												
Agitation ou agressivité, agrippement.	<input type="checkbox"/>											
TOTAL OUI	<input type="checkbox"/> /5											
PROFESSIONNEL DE SANTÉ AYANT RÉALISÉ L'ÉVALUATION	<input type="checkbox"/> Médecin											
	<input type="checkbox"/> IDE											
	<input type="checkbox"/> AS											
	<input type="checkbox"/> Autre											
	Paraphe											

L'évaluation se fait par observation du visage, du regard, du corps, du comportement de la personne et l'écoute de ses plaintes.

Composé de items auxquels il s'agit pour le patient de répondre par OUI ou NON.

Le score établi en fonction des réponses permet le suivi de l'évolution de la douleur, notamment après la mise en place d'un traitement.

ÉCHELLE COMPORTEMENTALE POUR PERSONNE ÂGÉES (ECPA)

Évaluation de la douleur avant et pendant les soins infirmiers.

Score :

0 à 4 = pas de douleur

4 à 8 = douleur probable

Plus de 8 = douleur avérée

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE	
Échelle ECPA	
I - OBSERVATION AVANT LES SOINS	
1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE	
Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4
2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)	
Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4
3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)	
Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4
<small>* se référer aux(j) jour(s) précédent(s) ** ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</small>	
4/ RELATION À AUTRUI	
Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...	
Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4
<small>* se référer aux(j) jour(s) précédent(s)</small>	
II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS	
5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins	
Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4
6/ Réactions pendant la MOBILISATION	
Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4
7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES	
Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4
8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin	
Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémît ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4
PATIENT	
NOM :	Prénom :
Sexe :	Âge :
Date :	Service :
Heure :	Nom du Cotateur :
SCORE	

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

EXPRESSION DU VISAGE	Détendu	1
	Plissement du front	2
	Fermeture des yeux	3
	Grimace	4
TONUS DES MEMBRES SUPÉRIEURS	Aucun	1
	Flexion partielle	2
	Flexion complète	3
	Rétraction	4
ADAPTATION AU RESPIRATEUR	Adapté	1
	Lutte ponctuellement	2
	Lutte contre le ventilateur	3
	Non ventilable	4

- L'échelle comporte **3 items d'observation comportementale** : l'expression du visage, le mouvement des membres supérieurs et l'adaptation au respirateur chez le patient intubé. Chaque item est coté de 1 à 4. Le BPS s'échelonne donc d'une valeur minimale de 3 (absence de comportement douloureux observable) à une valeur maximale de 12 (comportement douloureux maximal).
- Un score $\geq 6/12$ permet de diagnostiquer la présence d'une douleur et d'instaurer une stratégie thérapeutique adaptée.
- L'anxiété, la détresse psychique et le syndrome de servage médicamenteux peuvent influencer le BPS.

ÉCHELLE DOLOPLUS

L'échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux).

- **Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux).** L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire.
- **En cas d'item inadapté : coter 0** (exemple : item 7 pour un malade grabataire en position fœtale).
- La réévaluation doit être quotidienne et une courbe des scores peut être utile.
- **Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.**

LEXIQUE

PLAINTES SOMATIQUES

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris, pleurs, gémissements.

POSITIONS ANTALGIQUES

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

MIMIQUE

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

SOLLICITATION

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.).

TOILETTE / HABILLAGE

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

MOUVEMENTS

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position, transferts, marche, seul ou avec aide.

COMMUNICATION

Verbale ou non verbale.

VIE SOCIALE

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

CONSEILS D'UTILISATION

1. L'UTILISATION NÉCESSITE UN APPRENTISSAGE

Comme pour tout nouvel outil, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Devant tout changement de comportement, le soignant pensera à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

2. COTER EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE PRÉFÉRENCE

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. À domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».

3. NE RIEN COTER EN CAS D'ITEM INADAPTÉ

Il n'est pas toujours possible d'avoir d'emblée une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles, la cotation pouvant s'enrichir cependant au fil du temps.

4. LES COMPORTEMENTS PASSIFS

Sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs ; par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.

5. LA COTATION D'UN ITEM ISOLÉ

N'a pas de sens ; c'est le score global qui est à considérer. Si celui-ci se concentre sur les derniers items, la douleur est peu probable.

6. NE PAS COMPARER LES SCORES DE PATIENTS DIFFÉRENTS

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

7. ÉTABLIR UNE CINÉTIQUE DES SCORES

La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

8. EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À FAIRE UN TEST THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE ADAPTÉ

On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade ; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

9. L'ÉCHELLE COTE LA DOULEUR, ET NON LA DÉPRESSION, LA DÉPENDANCE OU LES FONCTIONS COGNITIVES

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

10. NE PAS RECOURIR SYSTÉMATIQUEMENT À L'ÉCHELLE DOLOPLUS®

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Âge : _____ Sexe : _____ Service : _____

Dates

.....
.....
.....

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

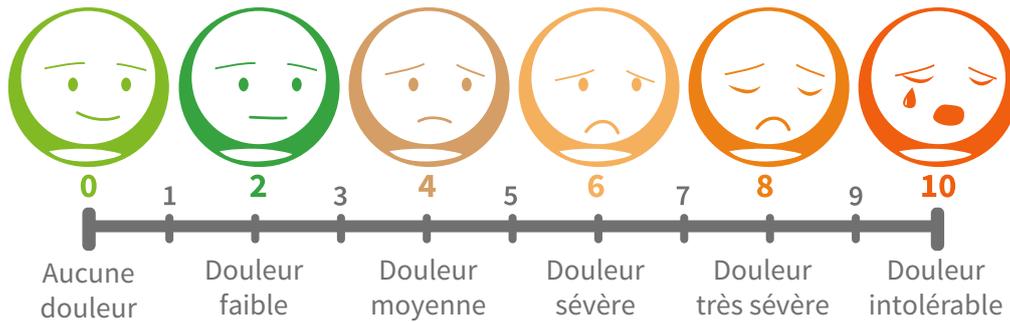
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

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 itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

.....

ÉCHELLE DES VISAGES



L'échelle des visages a deux faces :

- Face enfant : présentée 6 visages différents ;
- Face soignant : correspondance numérique de 0 à 10.

Elle a été validée avec une consigne précise qui doit être expliquée à l'enfant : « Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment. »

Le **seul de traitement** généralement admis est de **3-4/10**.

INCONVÉNIENTS

- Tendance du « tout ou rien » (utilisation des extrémités de l'échelle uniquement) chez les enfants trop jeunes ou n'ayant pas un niveau de développement. Il faudra alors recourir à une hétéro-évaluation pour évaluer l'intensité de la douleur.
- En cas de forte douleur, la capacité de communication de l'enfant peut être altérée et empêcher l'auto-évaluation. Il faudra alors recourir à une hétéro-évaluation.
- La douleur peut parfois être volontairement sous-estimée par l'enfant (par peur de devoir rester à l'hôpital, peur des traitements ou des piqûres, peur de déplaire ...).
- La barrière de la langue peut compliquer l'auto-évaluation.

QUESTIONNAIRE DN4

Ce questionnaire permet de diagnostiquer les douleurs neuropathiques. Il est administré par le praticien pendant la consultation. La réponse positive à chaque item est cotée 1 et la réponse négative est cotée 0. Le score maximum est de 10 et le diagnostic de la douleur neuropathique est posé à partir d'un score de 4/10.

Interrogatoire du patient

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

1. Fourmillements
2. Picotements
3. Engourdissement
4. Démangeaisons

Examen du patient

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

1. Hypoesthésie du tact
2. Hypoesthésie à la piqure

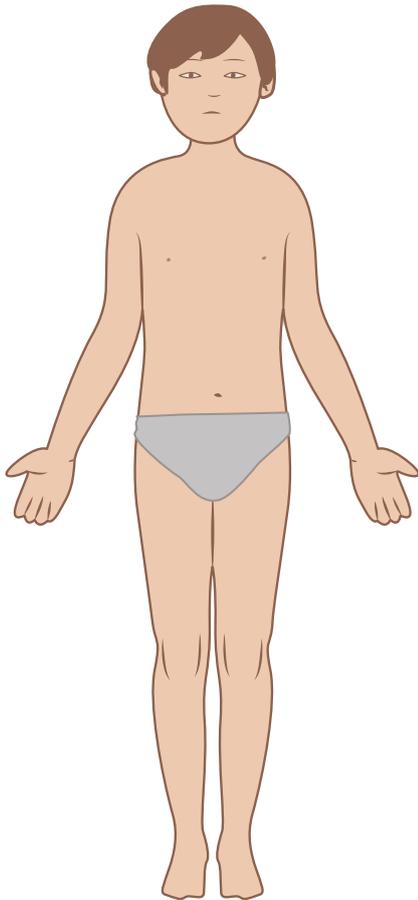
Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

1. Le frottement

Bouhassira D et al Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005. 114 ; 29 – 36.

SCHÉMA DU BONHOMME

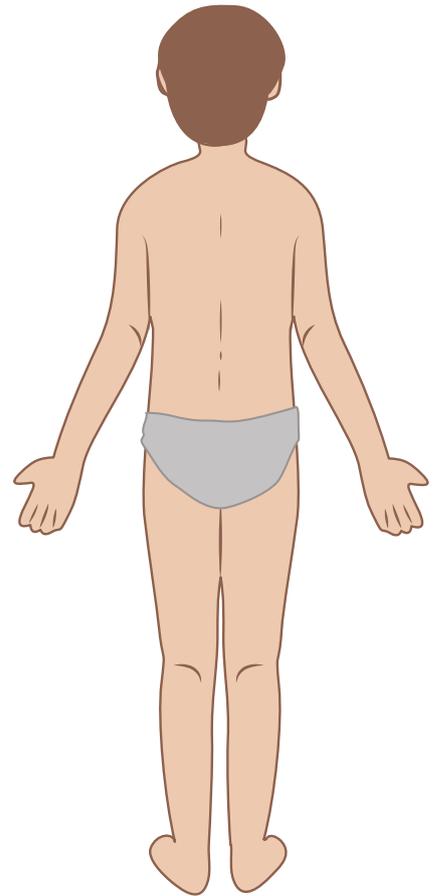
LOCALISATION : INDIQUER CHAQUE SITE DOULOUREUX



Nom :
Prénom :
Date :

Choisir la couleur correspondant à l'intensité de la douleur puis colorier la zone du corps concerné

- un peu
- moyen
- beaucoup
- très mal



Expliquer à l'enfant qu'il doit représenter sur le bonhomme toutes les zones qui lui font mal et prendre également le temps de montrer la correspondance gauche-droite selon que le bonhomme est de dos ou de face.

À partir de 6-8 ans, il est possible de demander à l'enfant de colorier avec des couleurs différentes selon l'intensité de la douleur, en indiquant les couleurs choisies dans la légende.

Le schéma du bonhomme sera ensuite repris et commenté avec l'enfant et ses parents afin de préciser les caractéristiques des différentes localisations douloureuses représentées.

INCONVÉNIENTS

Identiques à ceux de l'échelle des visages.

DOULEUR AIGUË DU NOUVEAU-NÉ (DAN)

Jour, heure			
	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
RÉPONSES FACIALES			
<p>0 : Calme</p> <p>1 : Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux ;</p> <p>2 : Légers, intermittents avec retour au calme</p> <p>3 : Modérés</p> <p>4 : Très marqués, permanents</p>			
MOUVEMENTS DES MEMBRES			
<p>0 : Calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait ;</p> <p>1 : Légers, intermittents avec retour au calme</p> <p>2 : Modérés</p> <p>3 : Très marqués, permanents</p>			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR			
<p>0 : Absence de plainte</p> <p>1 : Gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet</p> <p>2 : Cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents</p> <p>3 : Cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants.</p>			

L'échelle DAN comprend **3 items** (réponses faciales, mouvements des membres et expression vocale de la douleur). Le score total obtenu est **compris entre 0 et 10**.

DOULEUR AIGUË DU NOUVEAU-NÉ (DAN)

Jour, heure			
	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
RÉPONSES FACIALES			
<p>0 : Calme</p> <p>1 : Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux ;</p> <p>2 : Légers, intermittents avec retour au calme</p> <p>3 : Modérés</p> <p>4 : Très marqués, permanents</p>			
MOUVEMENTS DES MEMBRES			
<p>0 : Calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait ;</p> <p>1 : Légers, intermittents avec retour au calme</p> <p>2 : Modérés</p> <p>3 : Très marqués, permanents</p>			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR			
<p>0 : Absence de plainte</p> <p>1 : Gémissement brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet</p> <p>2 : Cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents</p> <p>3 : Cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants.</p>			

L'échelle DAN comprend **3 items** (réponses faciales, mouvements des membres et expression vocale de la douleur). Le score total obtenu est **compris entre 0 et 10**.

NÉONATAL FACIAL CODING SYSTEM (NFCS)

JOUR												
ACTE DE SOIN												
HEURE												
Sourcils froncés												
Paupières serrées												
Sillon naso-labial accentué												
Ouverture des lèvres												
SCORE												

L'échelle NFCS repose uniquement sur l'observation du visage du nouveau-né. Elle est très utile lorsque les soignants n'ont pas accès à l'observation du reste du corps (exemple : lors de transport).

NÉONATAL FACIAL CODING SYSTEM (NFCS)

ÉCHELLE FLACC : FACE LEGS ACTIVITY CRY CONSOLABILITY

Élaborée pour évaluer la douleur postopératoire chez des enfants de 2 mois à 7 ans

Utilisable de la naissance à 18 ans

Chaque item est coté de 0 à 2

Score de 0 à 10

		Date							
		Heure							
Visage	0 : Pas d'expression particulière ou sourire 1 : Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé 2 : Froncement fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton								
Jambes	0 : Position habituelle ou détendue 1 : Gêné, agité, tendu 2 : Coups de pieds ou jambes recroquevillées								
Activité	0 : Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement 1 : Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu 2 : Arc-bouté, figé, ou sursaute								
Cris	0 : Pas de cris(éveillé ou endormi) 1 : Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle 2 : Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes								
Consolabilité	0 : Content, détendu 1 : Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait. 2 : Difficile à consoler ou à reconforter								
SCORE TOTAL									
Observations									

L'échelle FLACC comprend **5 items** (visage, jambes, activité, cris, consolabilité) ayant chacun 3 cotations possibles : 0 ou 1 ou 2. Le score total obtenu est **compris entre 0 et 10**. Le seul de traitement généralement admis est de **3-4/10**.

INCONVÉNIENT

L'immobilité et l'inertie psychomotrice ne sont pas incluses dans l'échelle. C'est pourquoi son emploi est réservé à une douleur aiguë avec pleurs et agitation.

ÉCHELLE FLACC : FACE LEGS ACTIVITY CRY CONSOLABILITY

Élaborée pour mesurer la douleur de la personne handicapée de 0 à 18 ans - *[Items modifiés écrits en italique entre crochet]*

Chaque item est coté de 0 à 2

Score de 0 à 10

		Date							
		Heure							
Visage	0 : Pas d'expression particulière ou sourire 1 : Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé <i>[semble triste ou inquiet]</i> 2 : Froncement fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton <i>[visage affligé ; expression d'effroi ou de panique]</i>								
Jambes	0 : Position habituelle ou détendue 1 : Gêné, agité, tendu <i>[trémulations occasionnelles]</i> 2 : Coups de pieds ou jambes recroquevillées <i>[augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents]</i>								
Activité	0 : Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement 1 : Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu <i>[moyennement agité (ex. : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif) ; respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents]</i> 2 : Arc-bouté, figé, ou sursaute <i>[agitation sévère, se cogne la tête, tremblement (non rigide) ; retient sa respiration, halète ou inspire profondément ; respiration saccadée importante]</i>								
Cris	0 : Pas de cris (éveillé ou endormi) 1 : Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle <i>[explosion verbale ou grognement occasionnel]</i> 2 : Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes <i>[explosion verbale répétée ou grognement constant]</i>								
Consolabilité	0 : Content, détendu 1 : Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait. 2 : Difficile à consoler ou à reconforter <i>[repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort]</i>								
SCORE TOTAL									
Observations									

INSTRUCTIONS

Patients éveillés : Observer pendant au moins 2 à 5 minutes. Observer les jambes et le corps découverts. Repositionner le patient ou observer sa motricité, évaluer la rigidité et le tonus. Consoler le patient si nécessaire.

Patients endormis : Observer pendant au moins 5 minutes ou plus. Observer les jambes et le corps découverts. Si possible repositionner le patient. Toucher le corps et évaluer sa rigidité et son tonus.

VISAGE

Cotez 0 si le patient a un visage détendu, un contact visuel et s'il manifeste de l'intérêt pour son environnement.

Cotez 1 si le patient a une expression du visage anxieuse, les sourcils froncés, les yeux mi-clos, les pommettes surélevées, la bouche pincée.

Cotez 2 si le patient a des plis marqués sur le front (le front très crispé) et les yeux fermés, les mâchoires serrées ou la bouche ouverte et des sillons naso-labiaux accentués.

JAMBES

Cotez 0 si le patient a une motricité et un tonus habituels au niveau des membres (jambes et bras).

Cotez 1 si le patient a une tonus augmenté, une rigidité, une tension, des mouvements de flexion-extension intermittents des membres

Cotez 2 si le patient a une hypertonicité, les jambes raides, des mouvements de flexion-extension des membres exagérés, des trémulations.

ACTIVITÉ

Cotez 0 si le patient se mobilise facilement et librement, s'il a une activité motrice habituelle.

Cotez 1 si le patient change fréquemment de position ou au contraire hésite à bouger, si le torse est raide, si une partie du corps est tendue.

Cotez 2 si le patient est figé ou au contraire se balance, bouge sa tête de part et d'autre, frotte une partie de son corps.

CRIS

Cotez 0 si le patient n'émet aucun cri ou gémissement, qu'il soit éveillé ou endormi.

Cotez 1 si le patient gémit, crie, pleure ou soupire de temps en temps.

Cotez 2 si le patient gémit, crie ou pleure fréquemment ou continuellement.

CONSOLABILITÉ

Cotez 0 si le patient est calme et n'a pas besoin d'être consolé.

Cotez 1 si le patient est reconforté par le toucher ou la parole en 30 à 60 secondes.

Cotez 2 si le patient a besoin d'être reconforté en permanence ou ne peut être consolé.

À chaque fois qu'il est possible, l'évaluation comportementale de la douleur doit être associée à une auto-évaluation. Quand celle-ci est impossible, l'interprétation des manifestations comportementales de la douleur et la prise de décision thérapeutique nécessitent une analyse attentive du contexte dans lequel les manifestations de douleur ont été observées.

Chaque item est coté de 0 à 2, ce qui donne un score total entre 0 et 10 :

0 = Détendu et confortable

1-3 = Léger inconfort

4-6 = Douleur modérée

7-10 = Douleur sévère ou inconfort majeur

ÉVALUATION ENFANT DOULEUR (EVENDOL)

							Antalgique			
Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Évaluation à l'arrivée		Évaluations suivantes Évaluations après antalgiques ³			
					Au repos ¹ Au calme (R)	À l'examen ² ou la mobilisation (M)	R M	R M	R M	R M
Expression vocale ou verbale Pleure et/ou crie et/ou dit qu'il a mal	0	1	2	3						
Mimique À le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée	0	1	2	3						
Mouvements S'agite et/ou se raidit et/ou se crispe	0	1	2	3						
Positions À une attitude inhabituelle et/ou se protège et/ou reste immobile	0	1	2	3						
Relation avec l'environnement Peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage	Normale 0	Diminuée 1	Très diminuée 2	Absente 3						
Remarques	Score total /15									
	Date et heure									
	Initiales évaluateur									

1. Au repos au calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue...
2. À l'examen ou la mobilisation (M) : Il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin.
3. Réévaluer régulièrement en particulier après antalgique, au moment du pic d'action : après 30 à 45 minutes si oral ou rectal, 5 à 10 minutes si IV. Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M). Échelle validée pour mesurer la douleur (aiguë ou prolongée avec atonie), de 0 à 7 ans, en pédiatrie, aux urgences, au SAMU, en salle de réveil, en post-opératoire.

L'échelle EVENDOL comprend **5 items** (expression vocale ou verbale, mimique, mouvements, positions, relation avec l'environnement) ayant chacun **4 cotations possibles de 0 à 3**. Le score total obtenu est compris entre 0 et 15, avec un seuil de traitement généralement admis de 4/15.

PARTICULARITÉS :

- L'échelle EVENDOL permet de repérer les douleurs aiguës comme les douleurs prolongées.
- L'échelle EVENDOL permet de coter l'absence ou la présence d'un signe, mais également sa permanence dans le temps (passager, la moitié du temps ou quasi-permanent). Elle demande donc un temps d'observation.
- Enfin, l'échelle EVENDOL permet une cotation au repos, au calme, puis pendant l'examen ou la mobilisation.

ÉVALUATION COMFORT ET COMFORT BEHAVIOR

DATE						
HEURE						
ITEM	PROPOSITIONS	Score	Score	Score	Score	Score
ÉVEIL	1 : Calme 2 : Légèrement anxieux 3 : Anxieux 4 : Très anxieux 5 : Paniqué					
CALME OU AGITATION	1 : Calme 2 : Légèrement anxieux 3 : Anxieux 4 : Très anxieux 5 : Paniqué					
VENTILATION	1 : Pas de ventilation spontanée, pas de toux 2 : Ventilation spontanée avec peu ou pas de réaction au respirateur 3 : Lutte contre le respirateur ou touse occasionnellement 4 : Lutte activement contre le respirateur ou touse régulièrement 5 : S'oppose au respirateur, touse ou suffoque					
MOUVEMENTS	1 : Absence de mouvement 2 : Mouvements légers, occasionnels 3 : Mouvements légers, fréquents 4 : Mouvements énergiques, uniquement aux extrémités 5 : Mouvements énergiques incluant le torse et la tête					
TONUS MUSCULAIRE soulever, fléchir et étendre un membre pour l'évaluer	1 : Muscles totalement décontractés, aucune tension musculaire 2 : Tonus musculaire diminué 3 : Tonus musculaire normal 4 : Tonus musculaire augmenté avec flexion des doigts et des orteils 5 : Rigidité musculaire extrême avec flexion des doigts et des orteils					
TENSION DU VISAGE	1 : Muscles du visage totalement décontractés 2 : Tonus des muscles du visage normal, aucune tension visible 3 : Contracture évidente de quelques muscles du visage 4 : Contracture évidente de l'ensemble des muscles du visage 5 : Muscles du visage contracturés et grimaçants					
Score total						

L'échelle COMFORT-B comprend **6 items** (éveil, agitation, ventilation, mouvements, tonus, visage) ayant chacun **5 cotations possible de 1 à 5**.

Le score total obtenu est compris entre 0 et 30 :

- excès de sédation : 6 à 10 ;
- score normal : entre 11 et 17 ;
- douleur ou inconfort possibles : 17 à 22 ;
- douleur certaine : 23 à 30.

Elle n'est pas adaptée aux enfants hospitalisés en réanimation mais non ventilés et/ou nous sédatisés.

ÉVALUATION DOULEUR ET INCOMFORT DU NOUVEAU-NÉ (EDIN)

		Date							
		Heure							
Visage	0 : Visage détendu 1 : Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton 2 : Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 : Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé								
Corps	0 : Détendu 1 : Agitation transitoire, assez souvent calme 2 : Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 : Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé								
Sommeil	0 : S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 : S'endort difficilement 2 : Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 : Pas de sommeil								
Relation	0 : Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 : Appréhension passagère au moment du contact 2 : Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 : Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation.								
Réconfort	0 : N'a pas besoin de réconfort 1 : Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 : Se calme difficilement 3 : Inconsolable. Succion désespérée								
SCORE TOTAL									
Observations									

L'échelle EDIN comprend 5 items (visage, corps, sommeil, relation, réconfort). Chaque item est coté de 0 à 3. Le score total obtenu est compris entre 0 et 15, avec un seuil de traitement à 5/15.

INCONVÉNIENT :

L'échelle EDIN nécessite une période d'observation prolongée (1 à 4 h) par des professionnels connaissant bien le comportement des enfants prématurés.

CLASSES MÉDICAMENTEUSES

Le traitement de la douleur peut faire appel à l'utilisation de différentes classes médicamenteuses, selon la typologie de la douleur :

- Les **antalgiques ou analgésiques**, classés selon l'OMS en :
 - palier 1 : non opioïdes (paracétamol, salicylés, AINS, néfopam),
 - palier 2 : opioïdes faibles (codéine, tramadol, opium),
 - palier 3 : opioïdes forts (morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone, sufentanil, nalbuphine, buprénorphine, méthadone (hors AMM)).
- Les **co-antalgiques** : corticoïdes, bisphosphonates, antispasmodiques, myorelaxants, anxiolytiques...
- Les **médicaments des douleurs neuropathiques** : antiépileptiques, antidépresseurs tricycliques, antidépresseurs mixtes, topiques locaux...
- Les **anesthésiques locaux**.
- L'**alcool** ou le **phénol** pour des blocs neurolytiques.
- Le **mélange équimoléculaire oxygène-protoxyde d'azote** (MEOPA).

Les antalgiques de paliers 1, 2 et 3 sont les médicaments de référence dans les douleurs nociceptives.

CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES

Les paliers 1, 2, 3 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créés en 1986 pour améliorer la prise en charge de la douleur, sont aujourd'hui contestés dans leur présentation initiale. Aujourd'hui on préfère utiliser la classification suivante :

PALIER I Antalgiques non opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> - Paracétamol - AINS - Acide acétylsalicylique (Aspirine) - Néfopam (Acupan®) : non opiacé (donc palier 1), mais puissance antalgique d'un palier 2
PALIER II Opioïdes faibles (souvent associés au paracétamol)	<ul style="list-style-type: none"> - Codéine - Dihydrocodéine - Opium - Tramadol
PALIER III Opioïdes forts	<ul style="list-style-type: none"> - Morphine - Oxycodone - Fentanyl - Hydromorphone - Sufentanil - Buprénorphine - Nalbuphine - Méthadone (hors AMM)

CHOIX DU TRAITEMENT ANTALGIQUE

Il se fait en fonction :

- de l'**intensité douloureuse** ;
- du **profil évolutif** des douleurs (continues ou intermittentes) ;
- de la **maladie causale** ;
- du **mécanisme physiopathologique** des douleurs (nociceptif, neuropathique, mixte, dysfonctionnel, psychogène) ;
- des indications d'**AMM** (Autorisation de Mise sur le Marché)
- des **propriétés pharmacologiques** du médicament ;
- des **traitements associés** (interférences possibles) ;
- des **traitements antalgiques antérieurs** (observance, mode de prise, efficacité, effets indésirables) ;
- des **antécédents médicaux** (recherche de contre-indication à un antalgique) ; des décisions thérapeutiques associées au traitement symptomatique, un traitement étiologique curatif pouvant avoir un effet antalgique propre en traitant la cause même de la douleur.



NOTION DE PLACEBO

« Un placebo désigne tout procédé thérapeutique (ou composante d'un procédé thérapeutique) donné intentionnellement à un patient pour avoir un effet sur un syndrome ou un symptôme sans que ce procédé ait objectivement une activité spécifique pour la condition traitée ».
(Shapiro, 1964)

PLACEBO MÉDICAMENTEUX



PLACEBO PUR
Aucun principe actif



PLACEBO IMPUR
Médicament actif, mais sur un autre symptôme

AUTRES PLACEBO

Un placebo peut désigner toute démarche thérapeutique dénuée d'action spécifique sur la pathologie pour laquelle elle est prescrite. Elle peut être de nature :



MÉDICAMENTEUSE



PSYCHOLOGIQUE



CHIRURGICALE



PHYSIQUE

EFFET PLACEBO

D'UN TRAITEMENT PLACEBO

L'effet placebo se définit par la réponse positive d'un sujet à une substance ou à toute procédure qui n'a aucun effet thérapeutique pour la condition traitée.



PLACEBO – RÉPONDEUR

Amélioration de l'état du patient



PLACEBO – NON RÉPONDEUR

Pas d'influence sur l'état du patient

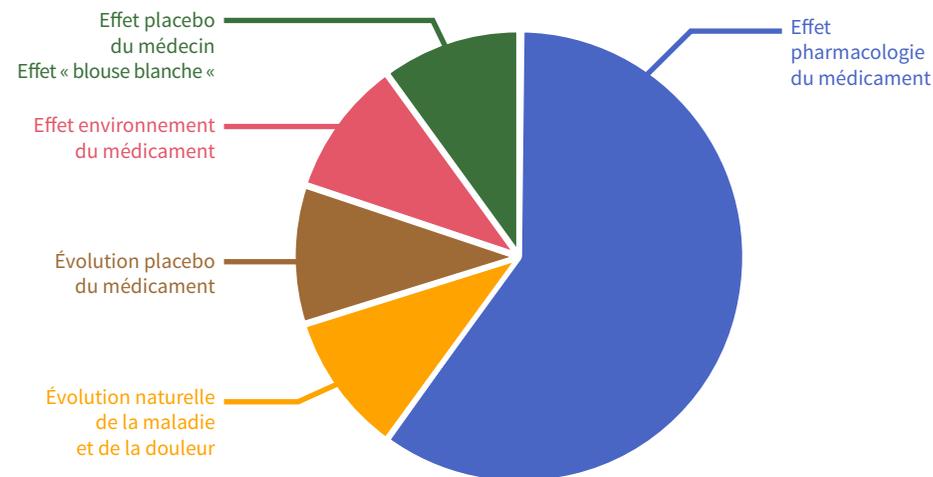


NOCÉBO – NON RÉPONDEUR

Aggravation de l'état du patient
Effet « nocébo »

DE TOUT TRAITEMENT

Tout traitement (placebo ou non) est prescrit à un patient avec l'intention de le guérir ou de le soulager. Ainsi, tout acte thérapeutique comporte toujours un effet placebo qui se surajoute aux effets pharmacologiques et autres effets du produit prescrit.



MÉCANISMES IDENTIFIÉS

L'effet placebo s'explique par des mécanismes :



ASPECTS ÉTHIQUES

L'efficacité d'un placebo ne permet en aucune manière d'identifier l'origine de la douleur, qu'elle soit organique, dysfonctionnelle ou psychogène. Il est communément admis qu'il n'est pas envisageable d'utiliser un placebo (produit inactif) dans le traitement de la douleur.



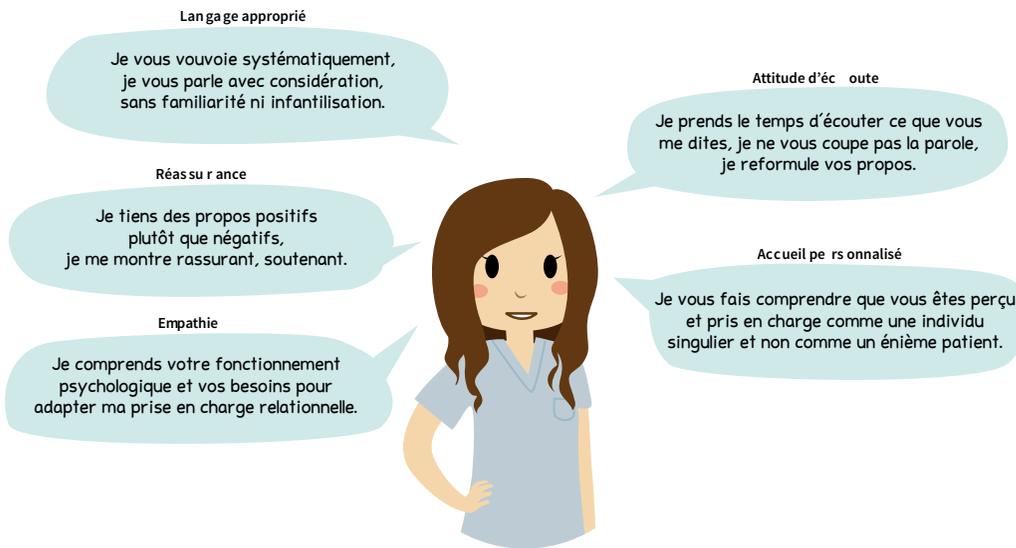
La réponse positive au placebo n'indique jamais une origine psychogène de la douleur.

RECRUTEMENT DES EFFETS

Il faut savoir utiliser l'effet placebo, à visée thérapeutique. Cet effet placebo s'ajoute et étaye les autres effets spécifiques, pharmacologiques, du traitement prescrit.

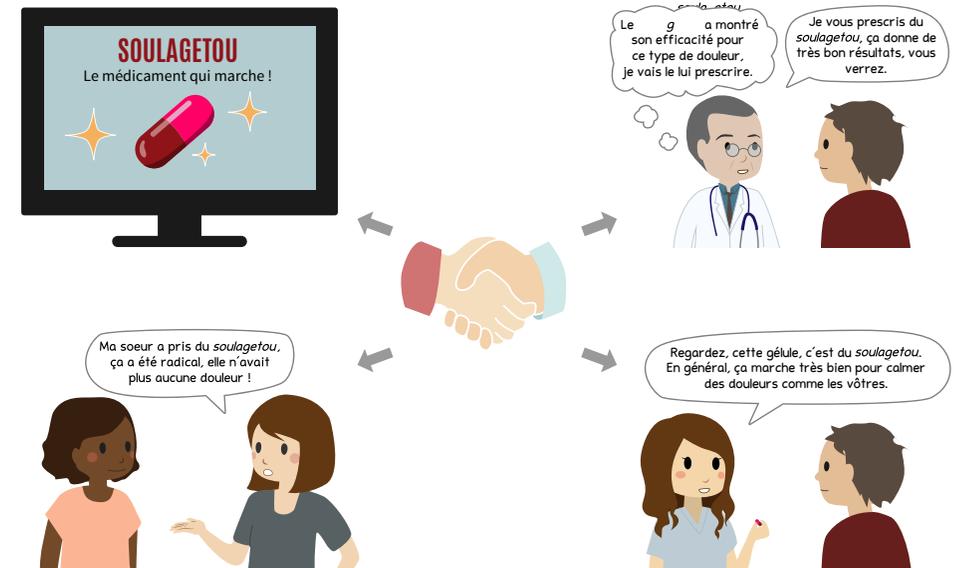
RELATION DE CONFIANCE

L'instauration d'une relation de confiance entre soignants et patient participe au recrutement de l'effet placebo et augmente l'adhésion du malade à sa prise en charge.



ADHÉSION DU PATIENT

L'adhésion du patient à sa prise en charge et aux thérapeutiques choisies favorise grandement le recrutement des effets placebo d'un traitement. Les facteurs favorisant l'adhésion du patient sont :



AUTRES FACTEURS FAVORISANTS



La voie d'administration injectable, intra-veineuse ou intra-musculaire, serait plus propice à recruter des effets placebo que la voie orale.



Les douleurs aiguës seraient plus susceptibles de répondre à un effet placebo que les douleurs chroniques, pour lesquelles peut s'installer une forme de résignation de la part du patient.

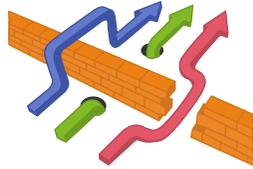


L'administration de la thérapeutique au moment de la douleur serait plus propice aux effets placebo qu'une prise en charge à distance de l'épisode algique.



Une prise en charge lors d'une hospitalisation serait plus propice aux effets placebo que des soins en ambulatoire ou à domicile : c'est l'effet « blouse blanche ».

THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE (1/2)



Pour les patients en situation de douleur chronique, une prise en charge globale est indiquée : parallèlement aux traitements symptomatique et étiologique de la douleur, une approche thérapeutique non médicamenteuse peut s'avérer pertinente.

THÉRAPIES PHYSIQUES ET RÉÉDUCATION

Ces thérapies reposent sur des principes de rééducation, de mobilisation, de manipulation et de soins corporels. Ces approches très diverses permettent une adaptation optimale aux besoins du patient.

Elles peuvent s'associer entre elles.



RÉÉDUCATION



KINÉSITHÉRAPIE



BALNÉOTHÉRAPIE



ERGOTHÉRAPIE



MASSAGES
ET MOBILISATIONS



DRAINAGES LYMPHATIQUES



PODOLOGIE



PHYSIOTHÉRAPIE



OSTÉOPATHIE



FASCIATHÉRAPIE

NEUROSTIMULATION ÉLECTRIQUE TRANSCUTANÉE (TENS)

Le TENS, ou neurostimulation électrique transcutanée, fonctionne par apposition d'électrodes sur la peau. Celles-ci délivrent un courant électrique localisé permettant d'atténuer les sensations douloureuses.

Il est indiqué pour les douleurs neuropathiques périphériques bien systématisées (douleurs post-zostériennes, sciatalgies, névralgies cervico-brachiales...).

MODALITÉ D'UTILISATION

• Modulation neurologique :

Utilisée à basse intensité et haute fréquence (70 Hz), le courant électrique inhibe la transmission nociceptive, selon le principe de la théorie du portillon (ou gate control). Les électrodes sont placées sur la peau, sur le site même de la douleur ou sur son trajet tronculaire (névralgies brachiales...) ou radiculaire (névralgies crurales, sciatiques...). Il s'agit là du réglage le plus fréquemment utilisé.

• Sécrétion d'endorphines :

Le générateur stimule à haute intensité et basse fréquence (1 Hz), ce qui permet d'augmenter la sécrétion de substances opioïdes endogènes (endorphines, etc.). On parle d'effet Acupuncture-Like.



THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE (2/2)

THÉRAPEUTIQUES COMPLÉMENTAIRES

Leur intérêt clinique repose sur leur complémentarité avec les thérapies conventionnelles.

THÉRAPIES PSYCHO-CORPORELLES

Les thérapies à médiation corporelle ont pour but d'apprendre au patient à utiliser par lui-même, en auto-pratique, une technique lui permettant de limiter les sensations douloureuses mais aussi le stress et les troubles du sommeil, fréquemment associés à la douleur chronique.



HYPNOSE



RELAXATION



SOPHROLOGIE



MÉDITATION

AUTRES THÉRAPIES



ACUPUNCTURE



AURICULOTHÉRAPIE



MUSICOTHÉRAPIE



TOUCHER RELATIONNEL



HOMÉOPATHIE

PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

La douleur chronique présente des répercussions psychologiques très importantes : angoisses, syndrome anxio-dépressif ... Dans le cadre d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire, une évaluation et un suivi psychiatrique et/ou psychologique s'avèrent très souvent nécessaires.

La nature de la prise en charge doit s'adapter à la situation clinique du patient, au contexte, à sa personnalité...



SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Il est d'autant plus indiqué si un syndrome anxio-dépressif est présent.



PSYCHOTHÉRAPIE

Elle s'adresse aux patients volontaires et motivés, capables de verbalisation et d'introspection.



THÉRAPIE BRÈVE D'INSPIRATION ANALYTIQUE



THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE (TCC)

PRISE EN CHARGE SOCIO-PROFESSIONNELLE

Le maintien dans la vie active est un facteur important de protection psychique et de prévention des troubles psychologiques.

Différents professionnels peuvent intervenir dans la prise en charge socio-professionnelle :

- l'**assistante sociale**, qui détient un rôle primordial de coordination ;
- le **médecin du travail** ;
- le **médecin-conseil de la CPAM** ;
- la **maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** pour établir une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (favorisant le retour à l'emploi) et/ou pour obtenir des aides diverses et adaptées à chaque cas.

Selon les cas, les démarches peuvent s'orienter vers :

- un reclassement professionnel ;
- un aménagement du poste de travail ;
- un temps partiel thérapeutique après un arrêt de travail prolongé ;
- une reconnaissance de travailleur handicapé.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET SOINS INFIRMIERS

*Étape 3 :
Traitements médicamenteux
de la douleur*

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	POSOLOGIE	POPULATIONS PARTICULIÈRES	PRÉCAUTIONS D'EMPLOI	CONTRE-INDICATIONS	EFFETS INDÉSIRABLES
PARACÉTAMOL	<p>Par voie orale : 500 mg à 1 g/prise chez l'adulte, sans dépasser 4 g/j en 4 prises. Les prises doivent être espacées d'au moins 4 heures.</p> <p>La dose totale journalière de paracétamol ne doit pas excéder 3 g/j dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poids < 50 kg ▪ Insuffisance hépatocellulaire légère à modérée ▪ Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/min) ▪ Alcoolisme chronique ▪ Dénutrition chronique ▪ Jeûne prolongé ▪ Sujet âgé 	<p>ENFANTS - NOURRISSONS</p> <p>Par voie orale : 15 mg/kg toutes les 6 heures, soit 60 mg/kg/j en 4 prises. La voie rectale est à éviter car l'absorption est faible.</p> <p>FEMMES ENCEINTES</p> <p>Bien qu'il franchisse la barrière placentaire, le paracétamol, à dose thérapeutique, n'a pas d'effet tératogène ou foetotoxique.</p> <p>SUJET ÂGÉ</p> <p>Antalgique de première intention pour les douleurs musculo-squelettiques d'intensité faible à modérée, jusqu'à 4 g/j (en l'absence de dysfonctionnement hépatique ou rénal).</p>	<p>INSUFFISANCE HÉPATIQUE</p> <p>Surveiller le bilan hépatique lors de traitements prolongés.</p> <p>INSUFFISANCE RÉNALE SÉVÈRE (clairance de la créatinine < 10 ml/min)</p> <p>Espacer les prises unitaires de 8 heures au minimum et ne pas dépasser une posologie quotidienne de 3 g.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypersensibilité au paracétamol ▪ Insuffisance hépatocellulaire sévère (allongement du temps d'élimination) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MANIFESTATION ALLERGIQUES (rash cutané, syndrome de Lyell, syndrome de Stevens-Johnson, choc anaphylactique) ▪ HÉPATITE (cytolytique ou chronique active)
AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AINS à durée d'action courte (2 à 6 heures) : 4 prises/j. ▪ AINS à durée d'action prolongée (12 à 24 heures) : 1 ou 2 prises/j. 	<p>ENFANTS</p> <p>Ibuprofène 20 à 30 mg/kg/j en 3 ou 4 prises (max 400 mg/prise).</p> <p>FEMMES ENCEINTES</p> <p>Jusqu'au début du 6ème mois (0-24 SA) : éviter les prises chroniques d'AINS (y compris l'aspirine ≥ 500mg/j et les inhibiteurs sélectifs de COX-2)</p> <p>Au-delà du début du 6e mois (>24 SA) : l'utilisation de tout AINS est formellement contre-indiquée quelle que soit sa voie d'administration.</p> <p>SUJET ÂGÉ</p> <p>Risque accru d'effets indésirables aux AINS. La prudence est de rigueur dans cette population dont la fonction rénale est fréquemment altérée. Les AINS ne doivent être utilisés qu'en cure courte.</p>	<p>Le prescripteur doit évaluer la balance bénéfique/risque en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déshydratation (peut favoriser une insuffisance rénale) ; - HTA ; - antécédents d'ulcère ; - hernie hiatale ; - hémorragie digestive ; - trouble de la coagulation ; - insuffisance cardiaque, hépatique ou rénale (métabolisation hépatique et élimination urinaire). <p>L'emploi d'AINS doit également être surveillé chez le sujet âgé et les conducteurs et utilisateurs de machines.</p> <p>Arrêt immédiat en cas de réaction allergique (crise d'asthme) ou autres troubles graves.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ulcère gastro-duodéal en évolution ▪ Trouble de l'hémostase congénital ou acquis ▪ Insuffisance hépatique sévère ▪ Insuffisance rénale (clairance < 50 ml/min) ▪ Patients sous diurétiques, patients hypovolémiques ▪ Antécédents d'allergie aux AINS ▪ Infection sévère et/ou non contrôlée ▪ Grossesse et allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TROUBLES GASTRO-DUODÉNAUX (nausées, diarrhée, douleurs épigastriques, ulcère gastro-duodéal, hémorragies digestives) ▪ TROUBLES RÉNAUX (oligurie, insuffisance rénale aiguë, néphrite interstitielle, syndrome néphrotique) ▪ RÉACTION D'HYPER-SENSIBILITÉ (dermatologique et respiratoire) ▪ COMPLICATIONS HÉMATOLOGIQUES (neutropénie, thrombopénie, risque hémorragique) ▪ TROUBLES DU SNC (céphalées, vertiges, acouphènes, somnolence) ▪ TROUBLES HÉPATIQUE (élévation des transaminases, hépatite)

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	POSOLOGIE	POPULATIONS PARTICULIÈRES	PRÉCAUTIONS D'EMPLOI	CONTRE-INDICATIONS	EFFETS INDÉSIRABLES
ASPIRINE OU ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE	<ul style="list-style-type: none"> Chez l'adulte : la posologie antalgique est de 500 mg à 1 g par prise toutes les 6 à 8 heures. Chez l'enfant de 30 kg à 50 kg : la dose quotidienne recommandée est de 60 mg/kg/j, à répartir en 4 à 6 prises, soit environ 15 mg/kg toutes les 6 heures (ou 10 mg/kg toutes les 4 heures). 	<p>FEMMES ENCEINTES</p> <ul style="list-style-type: none"> Aux doses anti-agrégantes plaquet-taires, il est possible d'utiliser l'aspirine quel que soit le terme de la grossesse. Aux fortes doses (≥ 500 mg/j) : <ul style="list-style-type: none"> Jusqu'au début du 6^e mois (24 SA), l'utilisation d'aspirine à doses ≥ 500 mg/j est possible ponctuellement. On évitera les prises chroniques. Au-delà du début du 6^e mois (24 SA), l'utilisation d'aspirine à doses ≥ 500 mg/j est formellement contre-indiquée. <p>SUJET ÂGÉ Une réduction posologique est nécessaire.</p> <p>INSUFFISANT HÉPATIQUE Une réduction posologique est nécessaire.</p> <p>INSUFFISANT RÉNALE SÉVÈRE Une réduction posologique est nécessaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Antécédent d'ulcère gastrique, d'ulcère duodéal, de gastrite, de hernie hiatale Antécédent d'allergie aux salicylés Asthme Insuffisance rénale sévère Cirrhose hépatique Troubles de l'hémostase, thrombopénie Intervention chirurgicale (il est nécessaire d'interrompre le traitement 7 jours avant) Angor de Prinzmetal Déficit en G6PD (risque d'anémie hémolytique) Infection virale de l'enfant (risque d'apparition d'un syndrome de Reye) 	<ul style="list-style-type: none"> Hypersensibilité aux salicylés ou à ses excipients Grossesse (dernier trimestre) et allaitement Nouveau-né Ulcère gastrique, ulcère duodéal, gastrite Syndrome hémorragique (acquis ou congénital) Anesthésie péridurale (risque d'hématome extradural) Antécédent d'asthme provoqué par l'administration de salicylés Insuffisance hépatique sévère Insuffisance rénale sévère Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée 	<p>Les effets indésirables de l'aspirine sont communs aux AINS.</p>
NÉFOPAM 20 MG/2 ML, SOLUTION INJECTABLE (ACUPAN®)	<p>VOIE IV Néfopam 20 mg/2 ml doit être administré en perfusion IV lente sur 30 minutes (voire 1 h) afin d'éviter la survenue d'effets indésirables (nausées, vertiges, sueurs) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Administration IV discontinuée de 20 mg au maximum toutes les 4 heures ; Administration IV continue sans dépasser une dose totale de 120 mg/24 heures. <p>VOIE ORALE ATTENTION : HORS AMM ! 1 ampoule injectable de Néfopam 20 mg/2 ml à boire, 3 à 4 fois par jour pour commencer, sans dépasser 6 ampoules/24 h.</p>	<p>Il est recommandé de diminuer la posologie chez des patients âgés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance renforcée chez la personne âgée (contre-indications plus fréquentes) Adaptation des doses en cas d'insuffisance rénale (notamment chez la personne âgée) Prudence si glaucome, hypertrophie prostatique, rétention urinaire (activité anti-cholinergique) Surveillance renforcée si association aux IRS et au Tramadol (risque théorique de syndrome sérotoninergique) Pathologie cardiovasculaire : tachycardie symptomatique, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque (effet tachycardisant possible du produit) 	<ul style="list-style-type: none"> Hypersensibilité au Néfopam ou à l'un des excipients Antécédents d'épilepsie Patients traités par inhibiteurs de la mono-amine oxydase (IMAO) Insuffisance hépatique ou rénale grave Glaucome à angle fermé Troubles uréthro-prostatiques avec risques de rétention urinaire (tel l'adénome prostatique) 	<ul style="list-style-type: none"> TROUBLES PSYCHIATRIQUES (excitabilité, irritabilité, hallucination, abus, pharmacodépendance) TROUBLES DU SNC (somalence, vertige, convulsion) TROUBLES CARDIAQUES (tachycardie, palpitation) TROUBLES DIGESTIFS (nausée, vomissements, bouche sèche) TROUBLES RÉNAUX (rétention urinaire) RÉACTION D'HYPER-SENSIBILITÉ (urticairre, œdème de Quincke, choc anaphylactique) TROUBLES GÉNÉRAUX (hyperhydrose, malaise)

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	POSOLOGIE	POPULATIONS PARTICULIÈRES	PRÉCAUTIONS D'EMPLOI	CONTRE-INDICATIONS	EFFETS INDÉSIRABLES
CODÉINE	<p>EN ASSOCIATION AU PARACÉTAMOL La posologie maximale déterminée par la dose totale de paracétamol qui ne doit pas dépasser 4 g/jour, ce qui revient, pour la codéine, à 20 à 30 mg toutes les 4 à 6 heures.</p> <p>CODÉINE UTILISÉE SEULE CHEZ L'ADULTE 1 comprimé 2 fois/j.</p>	<p>ENFANT</p> <ul style="list-style-type: none"> N'utiliser la codéine chez l'enfant de plus de 12 ans qu'après échec du paracétamol et/ou d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). Ne pas utiliser ce produit chez les enfants de moins de 12 ans. Ne pas utiliser ce produit après amygdalectomie ou adénoïdectomie. <p>FEMMES ENCEINTES Il est possible d'utiliser la codéine à posologie usuelle quel que soit le terme de la grossesse. Si un antalgique de palier 2 ou un antitussif central doivent être maintenus, la codéine pourra être utilisée à posologie usuelle quel que soit le terme de la grossesse.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Allergie à l'un des constituants Asthme Insuffisance respiratoire sévère Insuffisance hépatique grave Insuffisance rénale sévère Traitement concomitant par des morphiniques agonistes purs ayant une activité antagoniste. 	<p>Ce sont, dans une moindre mesure, ceux de la morphine :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nausées, vomissements Constipation Céphalées Somnolence Dépression respiratoire
TRAMADOL	<p>VOIE ORALE Forme LI orale : 4 prises/j, durée d'action de 4-6 h. Forme LP orale : 1 à 2 prises/j selon les molécules, durée d'action de 12 h avec une Cmax à 4 h. Dose maximal = 400 mg/24 h per os.</p> <p>VOIE IV Du fait de la fréquence des nausées et vertiges, il est recommandé de l'administrer soit en perfusion IV lente, à la dose de 100 mg en 30 à 60 minutes toutes les 4 à 6 heures, soit en perfusion IV continue sans dépasser 600 mg par 24 heures. Dose maximal = 600 mg/24 h per os.</p>	<p>ENFANTS Le tramadol, antalgique de palier 2, peut être recommandé en alternative à la codéine chez l'enfant de plus de 3 ans, dans certaines situations cliniques de prise en charge d'une douleur intense d'emblée, ou en cas d'échec du paracétamol et de l'ibuprofène.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tramadol LI : 1 à 2 mg/kg/prise toutes les 6 à 8 h (max. 100 mg/prise) Tramadol LP : 1 prise toutes les 12 h <p>PERSONNE ÂGÉE Prudence avec le Tramadol LP : à utiliser à faible dose (50 mg/jour par exemple) ou utilisation de TOPALGIC solution buvable (4 gouttes = 10 mg de Tramadol).</p>	<ul style="list-style-type: none"> En cas d'insuffisance hépatique ou rénale, il est préconisé de doubler l'intervalle entre les prises. Risque accru de crises convulsives chez les patients à risque ou recevant des produits abaissant le seuil épileptogène, tels que les antidépresseurs tricycliques. Surveillance renforcée si association aux antidépresseurs sérotoninergiques car risque potentiel de syndrome sérotoninergique. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance respiratoire sévère Insuffisance hépatique grave Insuffisance rénale sévère Épilepsie non contrôlée par un traitement 	<ul style="list-style-type: none"> Nausées, vomissements Somnolence, céphalées, sensation vertigineuse Hypersudation, Sensation de malaise Sécheresse buccale Constipation en cas de prise prolongée (mais moins fréquent qu'avec la codéine)

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	POSOLOGIE	POPULATIONS PARTICULIÈRES	PRÉCAUTIONS D'EMPLOI	CONTRE-INDICATIONS	EFFETS INDÉSIRABLES
LAMALINE® / IZALGI®	<p>LAMALINE® (300 mg de paracétamol, 10 mg d'opium et 30 mg de caféine par gélule)</p> <p>La posologie usuelle est de 1 à 2 gélules/prise, sans dépasser 10 gélules/j.</p> <p>IZALGI® (500 mg de paracétamol et 25 mg d'opium par gélule)</p> <p>La posologie est de 1 gélule, à renouveler si besoin au bout de 4 à 6 heures. Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 4 gélules/j.</p> <p>La poudre d'opium est titrée à 10 % en morphine, ce qui signifie qu'une gélule de LAMALINE® équivaut à la prise d'1 mg de morphine orale (car la gélule contient 10 mg d'opium) et qu'une gélule d'IZALGI® équivaut à la prise de 2,5 mg de morphine orale (car la gélule contient 25 mg d'opium).</p> <p>Les prises doivent être espacées d'au moins 4 h.</p>	<p>ENFANTS ET ADOLESCENTS</p> <p>Ce médicament est contre-indiqué chez l'enfant en dessous de 15 ans compte-tenu de l'absence de données concernant la sécurité et l'efficacité.</p> <p>SUJET ÂGÉ</p> <p>La posologie sera diminuée, et pourra éventuellement être augmentée en fonction de la tolérance et des besoins.</p> <p>INSUFFISANT RÉNAL</p> <p>En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml/min), l'intervalle entre deux prises sera au minimum de 8 h.</p>	<p>La LAMALINE® peut être une alternative, en cas d'intolérance au Tramadol, surtout chez la personne âgée.</p> <p>Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments associés.</p> <p>La dose totale de paracétamol ne doit pas excéder 4 g/j.</p>		<p>LAMALINE®</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lié à l'opium : constipation ▪ Lié au paracétamol : réaction allergique ▪ Lié à la caféine : insomnie <p>IZALGI®</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lié à l'opium : <ul style="list-style-type: none"> - Constipation, nausées, vomissements, somnolence, confusion, sensation de vertige, bronchospasme, ralentissement de la respiration (ces EI peuvent être plus marqués chez les personnes âgées) ; - Démangeaisons, urticaire, éruption cutanée ; - Douleurs abdominales aiguës, rétention urinaire ; - Pancréatite. ▪ Lié au paracétamol : réaction allergique, anomalie de la NFS.

MÉDICAMENTS DE PALIERS 3 : PRINCIPES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI DES OPIOÏDES FORTS (1/2)

MÉCANISMES D'ACTION

Dans le système neurologique, 3 catégories de récepteurs aux opiacés ont été identifiées :

- μ (mu)
- δ (delta)
- κ (kappa)

Selon l'opioïde choisi, il peut avoir :

- un **effet agoniste** (qui active au moins l'une des 3 catégories de récepteurs)
- ou un **effet antagoniste** (qui bloque au moins l'une des 3 catégories de récepteurs) sur un ou plusieurs de ces récepteurs.



Lorsqu'on associe 2 opioïdes, ils ne doivent pas cumuler un effet agoniste ET antagoniste sur la même catégorie de récepteurs, sans quoi l'effet antalgique serait minoré.

MODALITÉS DE PRESCRIPTION

Les opioïdes forts sont indiqués en cas de **douleur nociceptive ou douleur mixte** (nociceptive et neurologique). Inscrits sur la liste des « stupéfiants », ils sont soumis à des contraintes réglementaires de prescription et de délivrance :



PRESCRIPTION

La prescription doit être inscrite en toutes lettres, sur une ordonnance sécurisée et nominative.

La durée de prescription est réglementairement plafonnée à :

- 28 jours pour les formes orales, transdermiques, transmuqueuses et IV sous PCA, pompe ou pousse-seringue.
- 7 jours pour les formes IV autres.



DÉLIVRANCE

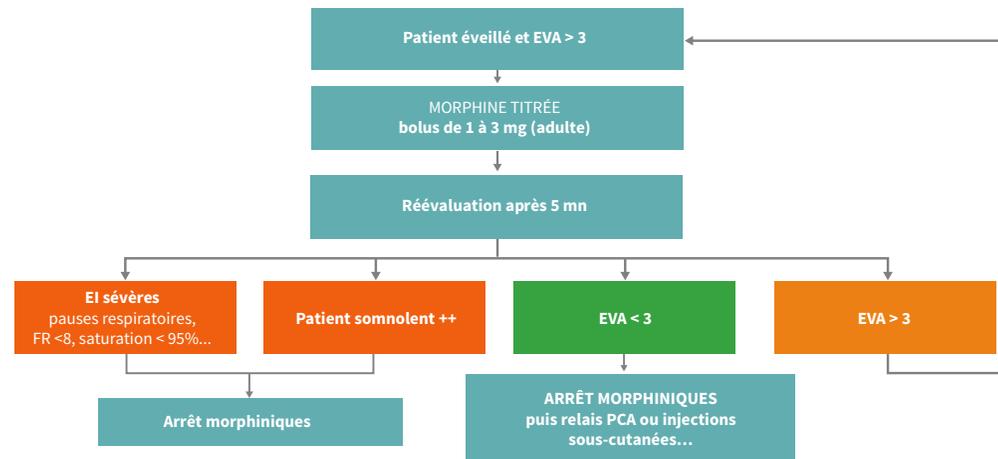
Quelle que soit la durée de la prescription, la délivrance est fractionnée en :

- 1 fois pour les morphiniques oraux (tous les 28 jours) ;
- 2 fois pour le fentanyl transdermique (tous les 14 jours) ;
- 4 fois pour le fentanyl transmuqueux (tous les 7 jours).

PRINCIPES DE TITRATION

La titration initiale consiste à déterminer la posologie minimale d'opioïde permettant d'obtenir un soulagement satisfaisant du patient à l'instant T.

TITRATION INTRA-VEINEUSE



TITRATION PER OS

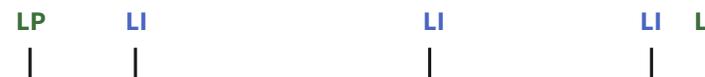
DOSES LI À LA DEMANDE

Administration à la demande d'opioïde à « libération immédiate » (LI), en fonction des accès douloureux, avec un maximum de 6 doses par jour.



DOSES LP SYTÉMATIQUES ET DOSES LI SI BESOIN

Administration à intervalles réguliers d'une dose fixe d'opioïde fort à libération prolongée (LP), associée à des interdoses d'opioïde LI, en fonction des besoins exprimés par le patient.



MÉDICAMENTS DE PALIERS 3 : PRINCIPES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI DES OPIOÏDES FORTS (2/2)

EFFETS INDÉSIRABLES

EFFETS INDÉSIRABLES FRÉQUENTS

- Nausées, vomissements
- Dépendance physique
- Constipation

EFFETS INDÉSIRABLES RARES OU PEU FRÉQUENTS

- Effets psychiques (hallucinations, confusion, troubles cognitifs)
- Somnolence
- Détresse respiratoire (bradypnée, pauses respiratoires, baisse de la saturation en O₂)
- Tolérance pharmacologique
- Dépendance psychique
- Trouble urinaire
- Prurit

GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES

Une réévaluation du traitement dans les 24 à 48 h après son instauration est nécessaire, tant pour juger de son efficacité que pour corriger les EI qui peuvent survenir.

Les EI des opioïdes forts apparaissent souvent en début de traitement, mais s'estompent par la suite, à l'exception de la constipation.

Pour beaucoup d'EI, il est possible et souhaitable de prescrire un traitement correcteur le temps qu'ils disparaissent. *Exemples : antiémétiques pour les nausées, laxatifs pour la constipation, etc.*

Enfin, pour éviter tout syndrome de sevrage, le patient ne doit jamais arrêter seul son traitement. Il également anticiper doit anticiper le renouvellement des prescriptions de ses opioïdes afin d'éviter les « ruptures de stock. »

PHÉNOMÈNES DE TOLÉRANCE ET DÉPENDANCE



TOLÉRANCE

La tolérance, ou accoutumance, se traduit par la nécessité d'augmenter les doses d'un produit pour maintenir stable un effet donné, ici l'effet antalgique.

Il est souvent difficile d'objectiver cet EI avec une augmentation des besoins antalgiques du patient, liés à l'évolution de sa maladie.



DÉPENDANCE PHYSIQUE

La dépendance physique aux opioïdes forts se manifeste par un syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal du traitement. Elle n'est pas systématique, mais le patient doit en être informé afin de s'en prémunir en assurant une observance rigoureuse de sa prescription.



DÉPENDANCE PSYCHIQUE

La dépendance psychique ou addiction correspond au développement d'un comportement de type toxicomaniaque, avec un besoin impérieux du produit et un souci obsessionnel de se le procurer. Elle est donc caractérisée par des troubles du comportement avec, à terme, des risques de désinsertion professionnelle puis sociale.

SURDOSAGE

DÉPISTAGE

Le surdosage est diagnostiqué sur l'association de 2 signes cliniques :

- **Somnolence**, avec un score supérieur ou égal à 2 évaluée sur l'échelle de Rudkin.
- **Détresse respiratoire**, définit par un ou plusieurs de ces 3 critères :
 - FR ≤ 8 mouvements/mn
 - Pauses respiratoires
 - Saturation ≤ 95 %

SCORE	SIGNES CLINIQUES
1	Patient éveillé et orienté
2	Patient somnolent
3	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation verbale
4	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à stimulation tactile légère (comme une traction du lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère



Le myosis (pupilles contractées) est un signe d'imprégnation morphinique. Ce n'est pas un signe de surdosage.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge d'un surdosage morphinique est une urgence.

1. Installer le patient en décubitus latéral ou en PLS pour éviter l'inhalation
2. Arrêter l'opioïde en cause
3. Stimuler le malade
4. Antagoniser avec la naloxone
5. Surveiller de façon rapprochée avec monitoring (FR, saturation...)

MÉDICAMENTS DE PALIER 3 : TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DES OPIOÏDES FORTS (1/2)

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	SPÉCIALITÉS COMMERCIALES	POSOLOGIE	POPULATIONS PARTICULIÈRES	CONTRE-INDICATIONS
MORPHINE	<p>COMPRIMÉS LI : Actiskénan®, Sévredol® LP : Moscontin®, Skénan® LP</p> <p>SOLUTION BUVABLE LI : Oramorph®</p> <p>INJECTABLES Morphine Cooper®, Morphine Lavoisier®, Morphine Renaudin®...</p>	<p>Dose adaptée au soulagement de la douleur du patient (pas d'effet plafond). En général, la dose journalière de départ en per os est de 60 mg par jour</p>	<p>NOURRISSONS (< 3 mois) Les effets de la morphine sont plus importants par défaut de maturation de leur métabolisme. Les doses initiales doivent être réduites. Une surveillance hospitalière est indispensable.</p> <p>SUJET ÂGÉ Risque de survenue des EI majoré, en particulier les troubles cognitifs (confusion, hallucinations). Diminuer la posologie initiale.</p> <p>INSUFFISANT RÉNAL/HÉPATIQUE CHRONIQUE Nécessite une surveillance clinique rapprochée. Diminution de la posologie initiale en cas d'insuffisance rénale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hypersensibilité à la morphine • Insuffisance hépatocellulaire sévère • Insuffisance respiratoire décompensée • Traumatisme crânien et hypertension intracrânienne • Épilepsie non contrôlée • Intoxication alcoolique, delirium tremens
OXYCODONE	<p>VOIE ORALE LI : Oxynorm® (gélule ou buvable), Oxynormoro® (comprimé orodispersible) LP : Oxycontin® LP (comprimé)</p> <p>VOIE INJECTABLE Oxycodone Aguetant®, Oxynorm injectable®...</p>	<p>En règle générale, la posologie initiale est de 20 à 40 mg/jour, mais cette dose initiale peut être augmentée si le patient présente un passif de traitement par opioïdes. L'oxycodone ne présente pas d'effet plafond.</p>	<p>INSUFFISANT RÉNAL/HÉPATIQUE CHRONIQUE L'initiation du traitement doit suivre une approche conservatrice chez ces patients. La posologie initiale recommandée doit être réduite de 50 %.</p> <p>ENFANT Pas d'AMM pour les enfants de moins de 12 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance respiratoire sévère ou décompensée (asthme, BPCO, cœur pulmonaire, etc.) • Iléus paralytique
FENTANYL	<p>COMPRIMÉ SUBLINGUAL OU GINGIVAL : Abstral®, Recivit®, Effentora® (cp gingival)</p> <p>COMPRIMÉ AVEC APPLICATEUR BUCCAL : Actiq®</p> <p>FILM ORODISPERSIBLE : Breakly®</p> <p>PULVÉRISATION NASALE : Instanyl®, Pecfent®</p> <p>PATCH TRANSDERMIQUE (LP) : Durogésic®, Matrifen®...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement LI oral : titration à débiter entre 100 et 200 µg. • Traitement LI par pulvérisation nasale : titration à débiter à 50 µg. • Traitement LP : titration à débiter entre 12 à 25 µg/h. Délai d'action : 12 à 18h (plateau de concentration plasmatique au bout de 18h à 24 h. Durée d'action : 72 h (= 1 patch tous les 3 jours). À l'ablation : efficacité pendant encore 12 à 24h. 	<p>PATIENT AVEC PATHOLOGIE CARDIAQUE Peut provoquer une bradycardie. À utiliser avec prudence chez les patients présentant des bradyarythmies.</p> <p>INSUFFISANT RÉNAL/HÉPATIQUE CHRONIQUE Le fentanyl LI doit être administré avec prudence. L'influence d'un dysfonctionnement hépatique et rénal sur la pharmacocinétique du médicament n'a pas été évaluée.</p> <p>PATIENT PRÉSENTANT UNE HYPOTENSION OU HYPOVOLÉMIE Peut provoquer des vasodilatations. À employer avec précautions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détresse respiratoire ou pathologies pulmonaires obstructives sévères. • Patients non traités par un traitement de fond morphinique en raison d'un risque accru de dépression respiratoire. • Traitement de la douleur aiguë autre que les accès douloureux paroxystiques.

MÉDICAMENTS DE PALIER 3 : TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DES OPIOÏDES FORTS (2/2)

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	SPÉCIALITÉS COMMERCIALES	POSOLOGIE	POPULATIONS PARTICULIÈRES	CONTRE-INDICATIONS
AUTRES OPIOÏDES AGONISTES PURS	HYDROMORPHONE	Sophidone® (LP) Une dose de 4 mg d'hydromorphone présente une activité antalgique approximativement équivalente à 30 mg de morphine administrés par voie orale. Les gélules d'hydromorphone LP doivent être administrées à 12 heures d'intervalle.		
	PETHIDINE	<ul style="list-style-type: none"> • Voie IV : 100 mg (une ampoule) en injection lente de 15 min à diluer dans un flex de 125 ml de sérum physiologique. Le traitement d'entretien pourra se faire par perfusion continue par pompe ou par voie IM profonde. Dose maximale de 600 mg/24 h. • Voie IM profonde : 100 mg par injection. Les injections devant être espacées d'au minimum 4 h, la dose maximale sur 24 h est de 600 mg également. 		<ul style="list-style-type: none"> • Malade à risque convulsif
	MÉTHADONE	PAS d'AMM en France comme traitement antalgique.	INSUFFISANT RÉNAL/HÉPATIQUE CHRONIQUE La méthadone n'ayant pas de métabolites actifs, elle peut être utilisée en cas d'insuffisance rénale et de dialyse chronique.	
AGONISTE/ANTAGONISTE	Nalbuphine® (formes injectables uniquement)	Chez l'adulte : 10 à 20 mg par voie IV, pouvant être renouvelée toutes les 3 à 6 heures, selon les besoins, sans dépasser 160 mg/jour.		
AGONISTE PARTIEL/ ANTAGONISTE	Temgesic®	<ul style="list-style-type: none"> • Per os : Temgesic® sublingual 0,2 mg, avec une posologie maximale de 3 à 15 glossettes/jour. • Injectable : Temgesic® 0,3 mg. 		Du fait de certaines de ses caractéristiques, l'emploi de la buprénorphine est peu recommandé.

RÈGLES DE PRESCRIPTION

MONOTHÉRAPIE

Le premier traitement d'une douleur neurologique chronique doit être initié en monothérapie. Une association médicamenteuse est indiquée en cas d'efficacité partielle de la monothérapie.

TITRATION

Le traitement est initié à doses faibles. Si l'efficacité n'est pas suffisante, elle est augmentée par paliers progressifs, selon la tolérance et l'efficacité.

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ASSOCIÉS

Les troubles associés (anxiété, trouble du sommeil, dépression) sont fréquents et doivent être traités conjointement, de même que les douleurs non neuropathiques associées.

DURÉE DU TRAITEMENT

Le traitement doit être prescrit pendant au moins 6 mois, avec des réévaluations régulières. S'il est efficace à doses stables, il est réduit progressivement.

STRATÉGIE

1^{re} INTENTION

- Antiépileptiques
- Antidépresseurs tricycliques
- Antidépresseurs IRSNA
- Indications restreintes :
 - Versatis® : emplâtres sur région douloureuse
 - Tramadol, si douleur mixte (composante nociceptive)

2^e INTENTION

- Qutenza® patch sur région douloureuse
- Tramadol pour douleur neuropathique seule

3^e INTENTION

- Opioides forts

INFORMATION AU PATIENT

- L'aider à se représenter la cause supposée de sa douleur.
- Lui expliquer que sa douleur est la séquelle d'une lésion nerveuse et non le signe d'une maladie en cours d'aggravation.
- Expliquer que la résolution spontanée de la douleur au cours du temps est possible mais rare.
- L'informer que l'élimination complète de la douleur n'est pas un objectif réaliste.
- Expliquer que la recherche d'un traitement efficace se fait de façon progressive, par tâtonnement, et qu'elle nécessite une certaine durée.
- Le rassurer sur la nature et le mécanisme d'action des médicaments prescrits (les termes d'antidépresseur ou d'antiépileptique font souvent peur).
- L'informer des effets indésirables et lui expliquer qu'ils peuvent généralement être évités ou limités grâce à une augmentation très progressive de la dose.



SPÉCIALITÉS DISPONIBLES (1/2)

CLASSES MÉDICAMENTEUSES	SPÉCIALITÉS COMMERCIALES	INDICATIONS	MODES D'ACTION	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	PRÉCAUTIONS D'EMPLOI	CONTRE-INDICATIONS
ANTIÉPILEPTIQUES GABAÉRGIQUES	Prégabaline : LYRICA®	Douleurs neuropathiques périphériques et centrales.	Anti-épileptique, anxiolytique et antalgique	Posologie maximale : 600mg/j (300 mg x 2). <i>Exemple de titration initiale : 25 à 50 mg matin et soir, puis augmentation de posologie tous les 4 à 7 jours.</i> Posologie optimale (pour une action antalgique) : le plus souvent entre 150 et 400 mg/j en 2 prises.			
	Gabapentine : NEURONTIN®	Douleurs neuropathiques périphériques.		Posologie maximale : 3 600 mg par jour au maximum selon l'efficacité et la tolérance. <i>Exemple de titration initiale : gélule à 300 mg le soir, ou gélules à 100 mg 3 fois par jour, puis augmentation tous les 3-4 jours par palier de 300 mg.</i> Posologie optimale : généralement entre 1200 et 2400 mg/jour (en 3 prises).	Somnolence, insomnie, sensation vertigineuse, ataxie et nystagmus. Plus rarement : agressivité et confusion, prise de poids.	Les posologies sont à adapter selon la fonction rénale. Pour le Lyrica®, elle doit être contrôlée systématiquement si la posologie dépasse les 400mg/j.	

SPÉCIALITÉS DISPONIBLES (2/2)

CLASSES MÉDICAMENTEUSES	SPÉCIALITÉS COMMERCIALES	INDICATIONS	MODES D'ACTION	POSOLOGIE	EFFETS SECONDAIRES	PRÉCAUTIONS D'EMPLOI	CONTRE-INDICATIONS
ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES	Amitriptyline : LAROXYL®, ELAVIL® Clomipramine : ANAFRANIL® Imipramine : TOFRANIL®			Posologie maximale : 150 mg/j Exemple de titration initiale : 5 à 10 mg en 1 prise (le soir), puis augmentation de 5 mg tous les 4 à 5 jours jusqu'à atteindre la dose efficace.	Somnolence, insomnie, sensations vertigineuses, ataxie (trouble de la coordination des mouvements), nystagmus (mouvement d'oscillation involontaire et saccadé du globe oculaire). Plus rarement : agressivité et confusion, prise de poids	Diminuer les doses pour les personnes âgées.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles du rythme cardiaque ▪ Infarctus du myocarde récent ▪ Troubles uréthro-prostatiques ▪ Glaucome par fermeture de l'angle
ANTIDÉPRESSEURS IRSNA	Duloxétine : CYMBALTA®	Polyneuropathie douloureuse du diabète (1 ^{re} intention).					
ANTIDÉPRESSEURS LOCAUX EN TOPIQUE	Lidocaïne : emplâtre de VERSATIS®	Douleurs neuropathiques périphériques post-zostériennes.		1 emplâtre/jour pendant 12h maximum par 24h (intervalle minimum de 12h entre 2 emplâtres). 3 emplâtres maximum peuvent être utilisés en même temps.			
	Capsaïcine : patch e QUTENZA®	Recommandé en 2 ^e intention, souvent en association à d'autres antalgiques, dans la prise en charge des douleurs neuropathiques périphériques localisées, chez les adultes non diabétiques.	Le patch agit en 2 temps : 1. Stimulation à l'origine d'une sensation de chaleur ou de brûlure. 2. Désensibilisation à l'origine de la diminution de la perception des stimuli douloureux au niveau cutané, de la diminution de l'activité des récepteurs nociceptifs cutanés et de la disparition des sensations initiales de brûlure.				
AUTRES MÉDICATIONS	Tramadol : TOPALGIC®, CONTRAMAL®, ZAMUDOL®	1^{re} intention : douleurs neuropathiques associées à une forte composante nociceptive. 2^e intention : accès douloureux neuropathique.					
	Opiacés forts	Douleur neuropathique chronique (non cancéreuse), après échec des traitements de première intention utilisés en monothérapie et, le cas échéant, en association.					

TRAITEMENTS CO-ANTALGIQUES

CORTICOIDES**Indications :**

- Action anti-œdémateuse dans le cas des syndromes tumoraux compressifs ;
- Douleurs osseuses

Effets indésirables :

Les EI sont nombreux, dose-dépendants et d'autant plus prégnants que la corticothérapie est conduite au long cours. Nécessité d'une surveillance médicale et paramédicale rapprochée.

- Perturbation ionique et métabolique
- Effets endocrinologiques
- Effets neuro-psychologiques
- Effets gastriques
- Effets oculaires
- Effets immunitaires
- Effets cutanés

ANTI-SPASMODIQUES**Indications :**

Contractions durables et intenses des muscles lisses des organes creux.

Spécialités :

Neurotropes : SCOBUREN®, ATROPINE®.
Musculotropes : SPASFON®, DÉBRIDAT®.

MYORELAXANTS**Indications :**

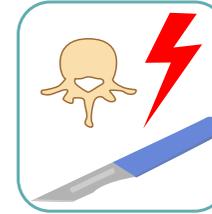
Contractures musculaires secondaires à des douleurs articulaires aiguës (dorsalgies, lumbago, torticollis, etc.).

Spécialités : DéCONTRACTYL®, LUMIRELAX®, COLTRAMYL®, MIOREL®, MYOPLEGE®.

Effets indésirables : somnolence, nausées, vomissements, allergies.

THÉRAPEUTIQUES INVASIVES ANTALGIQUES OU ANALGÉSIIQUES (1/2)

Ces thérapies interviennent en **deuxième intention**, dans le cadre de douleurs rebelles résistantes aux traitements ou lorsque ceux-ci présentent des effets indésirables intolérables, incontrôlables et/ou dangereux. Ces thérapies interventionnelles sont proposées après avis spécialisé d'une structure de prise en charge de la douleur. On peut en distinguer différentes catégories :



TECHNIQUES NEURO-CHIRURGICALES

NEURO-STIMULATION MÉDULLAIRE

Généralement employée pour traiter les douleurs neuropathiques des membres inférieurs. Elle vise à renforcer l'inhibition de la transmission douloureuse par insertion, par voie chirurgicale ou percutanée, d'une électrode placée au contact de la face postérieure du fourreau dural. La modulation électrique est ensuite réglée par une télécommande.

NEURO-STIMULATION AU NIVEAU CRANIEN

- **Stimulation du grand nerf occipital :** proposée dans le traitement de l'algie vasculaire de la face et des céphalées cervico-géniques.
- **Stimulation du nerf pré-moteur :** pour certaines douleurs neuropathiques centrales ou de la face, séquellaires d'accident vasculaire cérébral ou séquellaires de traumatisme crânien ou médullaire.

LÉSION DE DREZ

Cette technique consiste à interrompre, par voie chirurgicale ou percutanée, certaines structures neurologiques de la corne postérieure.

Elle est particulièrement indiquée dans les douleurs neuropathiques survenant après un traumatisme plexique, une amputation ou dans les douleurs segmentaires séquellaires d'un traumatisme rachidien.

TRACTOTOMIE MÉSENCÉPHALIQUE

Section d'un faisceau neurologique endo crânien, indiquée pour certaines douleurs cancéreuses rebelles du haut du corps.

LÉSION SÉLECTIVE DE CERTAINES FIBRES NEUROLOGIQUES

Indiqué dans le traitement de la névralgie faciale du trijumeau (efficacité immédiate, mais récurrences fréquentes).

THÉRAPEUTIQUES INVASIVES ANTALGIQUES OU ANALGÉSQUES (2/2)

TECHNIQUES INVASIVES D'ANALGÉSIE
DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL**ANALGÉSIE PAR VOIE PÉRIMÉDULLAIRE**

Particulièrement indiquée pour de douleurs cancéreuses réfractaires abdominales ou pelviennes, cette technique nécessite la mise en place d'un cathéter péri-dural ou intrathécal (préféré sur du long terme), internalisé et relié à une chambre implantable ou une pompe implantable programmable.

La pompe délivre des doses prédéfinies d'antalgiques.

**ANALGÉSIE INTRACÉRÉBRO-
VENTRICULAIRE**

Alternative pour les douleurs rebelles de la tête et du cou (notamment en cas d'envahissement tumoral de la base du crâne), elle est indiquée lorsque la voie intrathécale est inefficace ou inaccessible. Nécessite l'implantation d'un site d'injection placé sous le scalp et relié à la cavité ventriculaire. La morphine en est la médication de référence. Les injections peuvent être pratiquées de façon ponctuelle ou en perfusion continue via une pompe.



BLOCS ANALGÉSQUES PÉRIPHÉRIQUES

**BLOCS PÉRINERVEUX PÉRIPHÉRIQUES
CONTINUS**

Technique employée en antalgie post-opératoire. Consiste en l'insertion d'un cathéter à proximité du paquet nerveux incriminé dans la douleur du patient, relié à une pompe qui administre en continu ou à la demande du patient un produit anesthésique.

BLOCS NEUROLYTIQUES PÉRIPHÉRIQUES

Injection, au niveau de paquets nerveux, de produits (alcool, phénol) qui vont léser ces structures.

Les indications pour cette technique doivent être sélectives, compte-tenu des risques de complications, de récurrence de la douleur à plus ou moins longue échéance et de la survenue ultérieure de douleurs neuropathiques d'origine lésionnelle possible.



THÉRAPEUTIQUES RADIOLOGIQUES INTERVENTIONNELLES

DESTRUCTION TUMORALE : par radiofréquence ou cryothérapie, pour de petites tumeurs hépatiques, rénales, pulmonaires, osseuses métastatiques à visée curative ou palliative antalgique.

CHIMIO-EMBOLISATION TUMORALE : utilisée notamment dans le traitement des hépatocarcinomes, il s'agit d'une injection de produits de chimiothérapie au niveau des artères du foie, associée à l'administration de particules destinées à obstruer la vascularisation de la tumeur. Ces deux actions combinées pouvant induire une nécrose tumorale. Cette technique peut être également palliative.

RADIO-EMBOLISATION TUMORALE : utilisée notamment dans les carcinomes hépatocellulaires.

EMBOLISATION PALLIATIVE : peut avoir un effet antalgique pour les métastases inopérables, notamment osseuses ou pour certaines tumeurs hépatiques, rénales.

VERTÉBRO / CIMENTOPLASTIES : indiquée pour le traitement des métastases osseuses.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET SOINS INFIRMIERS

Étape 4 :
Cas particuliers en algologie

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET L'ENFANT

Ces douleurs peuvent être induites par les épreuves inhérentes à la vie (poussées dentaires, chutes, etc.), des tiers-personnes (douleurs provoquées par des soins) ou certaines affections plus ou moins graves.

PRÉVENTION DE LA DOULEUR

La prévention de la douleur passe par :



ORGANISATION
DES SOINS



CHOIX DE MATÉRIEL
ADAPTÉ



HABILETÉ
TECHNIQUE



ANTICIPATION
DES ÉVÈNEMENTS
DOULOUREUX



PRÉSENCE
DES PARENTS



INFORMATION
DE L'ENFANT ET
DE SES PARENTS



INSTALLATION
POUR UN SOIN

TRAITEMENTS

Médicamenteux :

Les moyens thérapeutiques disponibles pour le nouveau-né ou l'enfant sont :

- Crème anesthésiante locale (EMLA® ou Anesderm Gé®).
- MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (Medimix®, Kalinox®, Antasol®, Oxynox®).
- Prémédication à défaut de MEOPA ou associée au MEOPA : associer un anxiolytique (Hypnovel®) à un antalgique (Nubain® ou morphine) ; respecter le délai d'efficacité.

Non médicamenteux :

- Méthodes physiques :
 - Moyens thermiques : thermothérapie, cryothérapie
 - Massage
 - Contre-stimulation
- Méthodes psycho-corporelles :
 - Méthodes de distraction
 - Relaxation
 - Hypnose
 - Sophrologie

CHEZ LA FEMME ENCEINTE

AU COURS DE LA GROSSESSE

Petits maux

- Troubles gastro-intestinaux
 - Nausées et vomissements gravidiques
 - Pyrosis et le reflux gastro-œsophagien
 - Ptyalisme (sécrétion abondante de salive pouvant s'élever jusqu'à 1 à 2 L/j)
 - Constipation
- Syndrome du canal carpien
- Douleurs lombo-pelviennes

Urgences obstétricales

- Grossesse Extra-Utérine (GEU)
- Hématome Rétro-Placentaire (HRP) : premier diagnostic à éliminer au 3^e trimestre ; il tue le fœtus et engage le pronostic vital maternel.
- HELLP syndrome : stéatose hépatique aiguë gravidique, hématome sous-scapulaire du foie.

Autres urgences

- Digestive : appendicite, cholécystite aiguë, occlusion intestinale, pancréatite aiguë.
- Gynécologique : torsion d'annexe, nécrobiose aseptique d'un fibrome utérin.

AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Les principales causes de douleurs chez la femme lors de l'accouchement sont :

- les contractions ;
- les douleurs liées au col.

CHEZ LE SUJET ÂGÉ

PARTICULARITÉS DU SUJET ÂGÉ



ALTÉRATION DES CAPACITÉS DISCRIMINATIVES
des voies nociceptives



TROUBLES COGNITIFS



EXACERBATION DE LA DIMENSION AFFECTIVE
qui perturbent l'évaluation



EXTRÊME SENSIBILITÉ AUX EFFETS SECONDAIRES
avec risques d'aggravation des troubles cognitifs et
des insuffisances respiratoires, hépatiques, rénales

CAUSES DE DOULEURS DU SUJET ÂGÉ

Les principales causes de la douleur chez les sujets âgés sont :

- les **douleurs ostéoarticulaires**, comme des inflammations, arthrite, ou polyarthrite chronique évolutive ;
- les douleurs neurologiques, comme des douleurs post-zostérienne, de douleurs idiopathiques, etc. ;
- les **douleurs vasculaires**, dues à une insuffisance veineuse chez la femme, comme un ulcère variqueux et une artérite chez l'homme, ou une gangrène, une ulcération... ;
- les **douleurs psychogènes** : dépression fréquente ;
- les **douleurs cancéreuses** : pathologie relativement fréquente chez le sujet âgé.

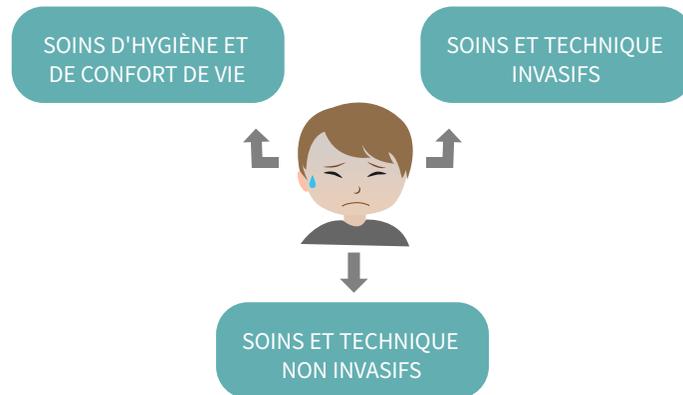
DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS : douleur de courte durée causée par un acte, une thérapeutique ou un soignant (dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenue par des mesures adaptées).

DOULEUR PROVOQUÉE PAR LES SOINS : douleur provoquée intentionnellement, pour comprendre le mécanisme de la douleur (terme plutôt réservé à la recherche clinique).

DOULEUR IATROGÈNE : douleur non intentionnelle et n'ayant pu être prévenue par des mesures préventives.

PRISE EN CHARGE

ÉTAPE 1 : Identifier les gestes potentiellement douloureux



ÉTAPE 2 : Connaître les moyens à disposition

• Moyens organisationnels

- Règles de préparation
- Evaluation de l'appréhension du malade
- Planification du soin
- Regroupement des soins douloureux
- Choix de matériel adapté au soin

• Moyens thérapeutiques non médicamenteux préventifs :

- Détournement d'attention
- Relaxation
- Hypnose
- Spray cryogénique (si adapté)

• Moyens humains :

La qualité de la relation soignant/soigné peut avoir beaucoup d'influence sur le ressenti du soin par le patient.

ÉTAPE 3 : Préparer la réalisation de l'acte douloureux

• AVANT LE SOIN

- Limiter l'anxiété et l'appréhension du soin en recueillant auprès du patient les informations relatives à son niveau de connaissance sur le soin, son vécu, ou toute autre information permettant de faire du patient un partenaire de soin.
- Organiser et anticiper le soin.

• PENDANT LE SOIN

Assurer le confort du patient et son propre confort.

• APRÈS LE SOIN

- Réinstallation confortable.
- Faire exprimer le vécu du soin par le patient.
- Ménager un temps de répit avant de passer à un autre soin.
- Transmettre par oral et écrit ce qui a favorisé le bon fonctionnement du soin ou au contraire ce qui a déclenché la douleur pour dégager des axes d'amélioration pour l'ensemble de l'équipe soignante.
- Accepter les limites du soin parfait...

ÉTAPE 4 : Élaborer des protocoles antalgiques adaptés

- **Anesthésie locale**
- **Prémédication anxiolytique**
- **Meopa-kalinox®**
- **Médicaments antalgiques**



Une attention particulière doit être attribuée aux soins itératifs. Leurs indications doivent être soigneusement réfléchies, notamment pour les patients cancéreux et les patients en réanimation.

RÔLE DE L'IDE



ÉVALUATION DE LA DOULEUR



COMMUNICATION

L'IDE utilise l'écoute active :

- Laisser au patient le temps de s'exprimer.
- L'inviter à parler.
- Formuler des questions ouvertes.



ADMINISTRATION ET ADAPTATION DES TRAITEMENTS ANTALGIQUES

« L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. » Code de Santé Publique - Article R 4311-8.

Les douleurs post-opératoires sont des douleurs par excès de nociception, permanentes, à caractère inflammatoire plus ou moins marqué. Elles surviennent généralement dans les trois jours suivant.

Elles sont liées :

- aux lésions tissulaires chirurgicales ;
- au développement de complications médicales ou chirurgicales.

Dans ce dernier cas, l'intensité de la douleur augmente après une phase d'accalmie.

PRÉVENTION

La prévention des douleurs post-opératoires passent par :

- la préparation psychologique ;
- la qualité du geste chirurgical ;
- le choix de la technique anesthésique ;
- la mise en place d'une analgésie combinée ou balancée.

PRISE EN CHARGE

Les anesthésiques locaux, les antalgiques morphiniques et non morphiniques constituent la base du traitement.

La combinaison des différentes techniques et produits analgésiques peut permettre d'améliorer l'analgésie.

ANTALGIQUES

Les antalgiques non morphiniques, comme le paracétamol ou les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), sont proposés pour les douleurs d'intensité légère à modérée. Les morphiniques sont prescrits pour les douleurs plus fortes.

ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LA PATIENT (PCA)

Dispositif qui permet l'administration de morphine, par voie veineuse ou sous-cutanée, en faibles doses séquentielles, à l'aide d'une pompe électronique contrôlée par le patient lui-même.

L'utilisation d'une pompe par PCA présuppose :

- la prévention et le traitement des effets secondaires de la morphine ;
- l'information préalable et l'éducation du patient (voir de son entourage).

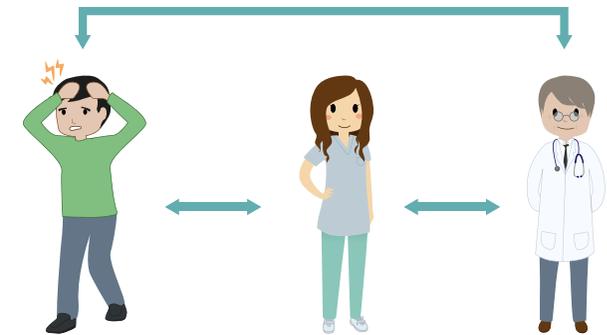
L'analgésie auto-contrôlée est sur prescription médicale exclusive.

ANALGÉSIE LOCO-RÉGIONALE

- **Anesthésies péri-médullaires** : méthodes d'analgésie invasives réservées aux opérés ayant une douleur sévère ou prévue comme telle.
- **Injection unique de morphine** : réservée aux douleurs intenses et de courte durée.
- **Voie péridurale** : permet l'administration de morphine, d'anesthésiques locaux ou d'une association de plusieurs médicaments.

RÔLE DE L'IDE

L'IDE occupe une place centrale entre l'évaluation des besoins d'analgésie du patient et la prescription médicale :



L'infirmier/ère a pour rôle de :

- ✓ Évaluer l'intensité de la douleur, à l'aide d'une échelle d'évaluation.
- ✓ Écouter et reconforter le patient.
- ✓ Surveiller les paramètres vitaux et l'apparition d'effets secondaires (en particulier nausées ou vomissements).
- ✓ Détecter les douleurs annexes.
- ✓ Surveiller la motricité et la sensibilité de la zone opérée.
- ✓ Retranscrire l'ensemble de la surveillance sur le dossier de soins.

PARTICULARITÉS DE LA DOULEUR EN CANCÉROLOGIE

CAUSES



PROCESSUS TUMORAL

(tumeur elle-même et métastases)
75 à 80 %



THÉRAPEUTIQUES

(toxicité des traitements)
15 à 19 %



INTERVENTIONS

(diagnostiques, radiothérapie, chirurgie)
1 à 10 %

PRISE EN CHARGE

La douleur du cancer requiert des particularités de prise en charge : du fait de l'évolutivité, il existe une plainte somatique et psychique qui retentit de façon majeure sur la qualité de vie du patient en limitant ses activités quotidiennes et en retentissant de façon notable sur l'appétit, le sommeil, l'humeur et les relations sociales.

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

L'évaluation d'une douleur du cancer doit être pluridimensionnelle car elle revêt à la fois :

- des caractéristiques de douleur chronique, qui est une maladie à part entière,
- avec des accès de douleur aiguë,
- sur fond de syndrome anxio-dépressif réactionnel.

MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

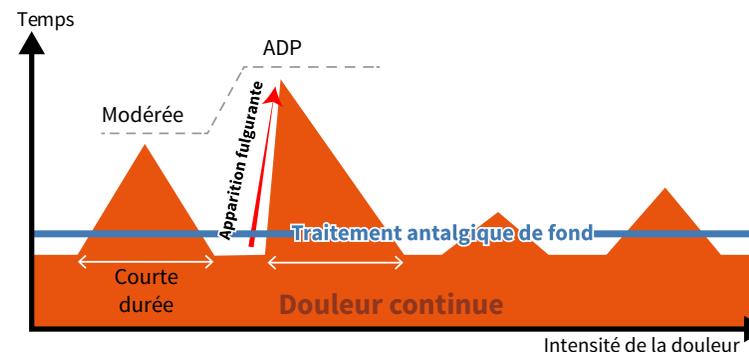
Le diagnostic physiopathologique des douleurs du cancer doit être fait, afin de prescrire les thérapeutiques adaptées. Un patient peut avoir une douleur nociceptive, neuropathique.

Des douleurs iatrogènes peuvent être également présentes. On citera :

- les douleurs aiguës nociceptives consécutives à un geste invasif diagnostique ou thérapeutique (biopsies, myélogrammes, ponctions veineuses, ponctions lombaires, injections intraveineuses, sous-cutanées...);
- les douleurs induites itératives (pansements, sondage urinaire, soins, toilette ...);
- les douleurs postopératoires d'exérèse tumorale;
- les séquelles chirurgicales douloureuses après mastectomie, thoracotomie, curage ganglionnaire ou après prostatectomie radicale, amputation du rectum, etc.

ACCÈS DOULOUREUX PAROXYSTIQUES (ADP)

Les accès douloureux paroxystiques (ADP) se définissent par l'exacerbation transitoire et spontanée d'un fond douloureux chronique. Ils surviennent malgré l'administration d'un traitement de fond stable par opioïdes.



Les ADP présentent 3 critères qui les caractérisent :



➔ **Durée moyenne courte :**
30 mn (entre 15 et 60 mn).



➔ **Apparition fulgurante :**
en moins de 3 mn, à intensité maximale.



➔ **Intensité :**
sévère à intolérable.



Les ADP doivent être distingués des accès douloureux survenant en fin de dose et qui justifient une augmentation de la dose ou du nombre d'inter-doses de morphiniques.

TRAITEMENT DES DOULEURS CANCEREUSES NOCICEPTIVES

Un traitement antalgique « efficace » se définit par :

- Une douleur de fond absente ou d'intensité faible.
- Un sommeil respecté.
- Moins de quatre accès douloureux par jour.
- Des activités habituelles qui, même si elles sont limitées par l'évolution du cancer, restent possibles et peu limitées par la douleur.
- Des effets indésirables mineurs ou absents.



Face à une douleur intense, un antalgique de palier 3 peut être prescrit d'emblée, sans passer par le palier 2.

Initiation du traitement antalgique de palier 3 :

- Phase de titration pour déterminer la posologie efficace ;
- Réévaluation toutes les 24 à 48 heures ;
- Titration orale par administration à intervalles réguliers (alternance de dose LP avec des doses LI à la demande) ou par administration à la demande (doses LI à la demande, 6 par jour maximum).

ROTATION OU CHANGEMENT D'OPIOIDES (1/2)



La rotation ou le changement d'opioïde se justifie en cas de :

- effets indésirables intolérables ou incontrôlables ;
- antalgie insuffisante aux doses maximales possibles ;
- nécessité de changement de voie d'administration.

Il est plus simple de réaliser un changement d'opioïdes **entre opioïdes agonistes purs** : morphine, fentanyl, hydromorphone, oxycodone, méthadone.

ROTATION OU CHANGEMENT D'OPIOIDES (2/2)



MÉDICATION DE RELAIS

ÉQUIVALENCES DES DOSAGES ANALGÉSQUES POUR RELAIS

DCI	COEFFICIENT DE CONVERSION	ÉQUIVALENCE DE DOSE DE MORPHINE ORALE
Morphine orale	1	Opiïde de référence
Nalbuphine	2	5 mg de nalbuphine ≈ 10 mg de morphine orale
Morphine SC	2	5 mg de morphine SC ≈ 10 mg de morphine orale
Oxycodone orale	2	5 mg d'oxycodone ≈ 10 mg de morphine orale
Morphine IV	3	3.33 mg de morphine IV ≈ 10 mg de morphine orale
Methadone	3 - 4 10	1 mg de methadone ≈ 3 - 4 mg de morphine si morphine orale ≤ 90 mg/j 1 mg de methadone ≈ 10 mg de morphine si morphine orale ≥ 90 mg/j
Buprénorphine	30	0.2 mg de buprénorphine ≈ 30 mg de morphine orale
Fentanyl Transdermique	≈ 100	



Les relais entre agonistes purs et nalbuphine/buprénorphine sont très difficiles par blocage compétitif des récepteurs synaptiques.



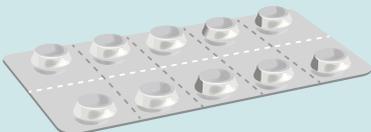
ÉQUIVALENCE PAR VOIE D'ADMINISTRATION

TABLEAU D'ÉQUIVALENCE DES EFFETS ANALGÉSQUES SELON LA VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE D'ADMINISTRATION	NIVEAU D'ÉQUIVALENCE
Voie orale	X mg
Voie sous-cutanée	X mg/2
Voie intra-veineuse	X mg/3
Voie péridurale	X mg/10
Voie intrathécale	X mg/100

TRAITEMENT D'UN ACCÈS DOULOUREUX PAROXYSTIQUES (ADP)

Pour soigner un ADP, le traitement recommandé est le fentanyl. Mais celui-ci est 100 fois plus puissant que la morphine. Avant de l'introduire, le patient doit bénéficier d'un traitement de fond optimal et stabilisé par opioïdes.

VOIE D'ADMINISTRATION	NOMS COMMERCIAUX	POSOLOGIE	CONSEILS D'ADMINISTRATION
 <p>Comprimé sublingual ou gingival</p>	Abstral® Recivit® Effentora® (cp gingival)	Doses initiales : 100 µg ou 133 µg (Recivit®) Réadministrations : Même dose et jusqu'à 200 µg pour Abstral®	Comprimé sublingual à disposer sous la langue. Comprimé gingival à placer près d'une molaire, entre la joue et la gencive. Ces comprimés ne doivent jamais être sucés, mâchés ou avalés.
 <p>Film orodispersible</p>	Breakly®	Dose initiale de 200 µg Réadministration : Même dose	À disposer sur la langue sans avaler, jusqu'à dissolution complète.
 <p>Flacon à pulvérisation nasale</p>	Instanyl® Pefcent®	Dose initiale de 50 µg Réadministration : Même dose pour Instanyl® ; une dose dans chaque narine pour Pefcent®, de 100 µg jusqu'à 400 µg	À l'ouverture du flacon, enclencher la pompe par plusieurs pressions dans le vide jusqu'à obtenir le sigle signalant qu'il est prêt à l'emploi (cf. mode d'emploi).
 <p>Comprimé avec applicateur buccal</p>	Actiq®	Dose initiale de 200 µg Réadministration : Même dose	Placer le comprimé en le tenant par l'embout entre la joue et la gencive. Frotter en continu et tourner l'applicateur contre la face interne de la joue. Il doit se dissoudre en 15 min environ.



Il faut attendre au moins 4 heures avant de traiter un nouvel ADP.
 Si un autre ADP survient avant ce délai, il faut éventuellement revoir le traitement de fond.

RECOMMANDATIONS POUR LES PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS

ANESTHÉSIIQUES LOCAUX	<ul style="list-style-type: none">▪ Par voie périmédullaire : recommandés en cas de douleurs rebelles aux morphiniques utilisés seuls par voie périmédullaire et/ou en cas d'intolérance aux morphiniques.▪ Lidocaïne par voie IV : peut être utilisée en dernière intention dans les douleurs rebelles, après échec des traitements opioïdes et adjuvants adaptés (antidépresseurs, anticonvulsivants, kétamine).▪ Lidocaïne emplâtre : produit à considérer en soins palliatifs, compte tenu de son efficacité sur des douleurs neuropathiques focalisées.
FENTANYL SUFENTANIL	Par voie parentérale (IV ou SC) : <ul style="list-style-type: none">- en cas de douleurs rebelles ;- en cas d'échec ou d'intolérance à la morphine et à l'oxycodone.
KETAMINE	<ul style="list-style-type: none">▪ Dans les douleurs rebelles mixtes en association à un traitement opioïde lorsque celui-ci est insuffisant ou mal toléré (l'ajout de kétamine permet de réduire les doses d'opioïdes).▪ Peut être envisagé pour les soins douloureux, après échec des thérapeutiques habituelles (opioïdes, MEOPA) et si une anesthésie générale dans un bloc opératoire ne peut être organisée.
MEOPA	<ul style="list-style-type: none">▪ Analgésie des soins douloureux itératifs.▪ Possible utilisation prolongée (+ 15j), en fonction de l'efficacité observée et de l'état du patient.
MÉTHADONE	Prescrite qu'en dernier recours, après rotation des opioïdes et traitement adjuvant bien conduits.
MIDAZOLAM	<ul style="list-style-type: none">▪ Sédatation en phase terminale (traitement de première intention).▪ Le traitement antalgique devra être maintenu et adapté, le midazolam n'ayant aucune action antalgique.
MORPHINE (voie périmédullaire et intracérébroventriculaire)	<ul style="list-style-type: none">▪ Douleurs rebelles à de fortes doses d'opioïdes administrés par les autres voies d'administration (orale, parentérale, transdermique) ou escalade thérapeutique rapide.▪ Effets indésirables non contrôlés des opioïdes administrés par les autres voies d'administration (orale, parentérale, transdermique).

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET SOINS INFIRMIERS

*Étape 5 :
Hypnose*

« L'hypnose est un moyen de communiquer au malade des idées et une compréhension de lui-même, de telle manière qu'il sera particulièrement réceptif aux idées présentées. » Milton ERICKSON, 1965.

TRANSE QUOTIDIENNE

La transe, également appelée «état d'absorption», est un état naturel dans lequel nous sommes plongés plusieurs fois par jour, notamment lorsque notre concentration est portée sur :



UN OBJET



UN PAYSAGE



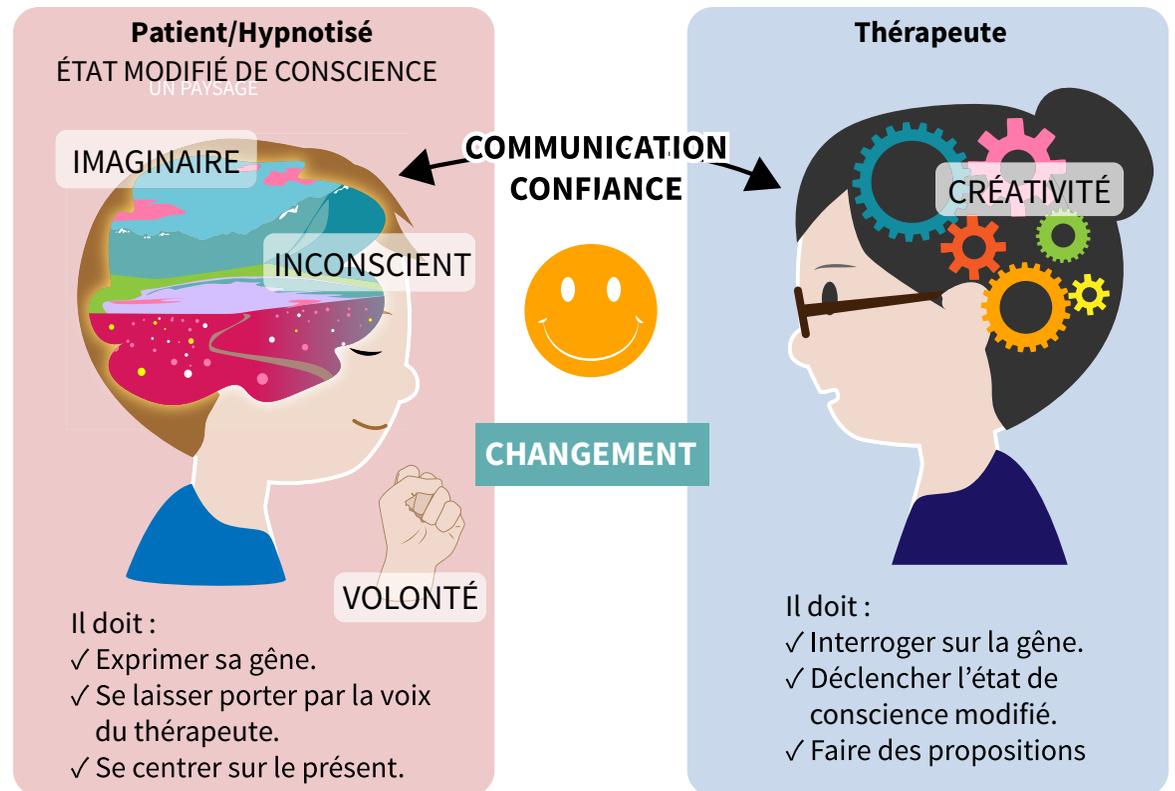
UNE ACTIVITÉ



UNE PERSONNE

Ainsi, au cours d'une journée, notre vigilance subit des variations régulières dites «ultradiennes» :

L'HYPNOSE SE DÉFINIT GÉNÉRALEMENT SELON DEUX ASPECTS



TRANSE HYPNOTIQUE

La transe hypnotique est un état modifié de conscience, au cours duquel la perception des expériences et du fonctionnement psychologique est transformée. Il implique à la fois les circuits de l'attention et les circuits de la détente.

PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES

L'état de transe hypnotique s'accompagne de toute une série de phénomènes :

- Sensation d'engourdissement et de somnolence
- Hallucination visuelles et auditives
- Sensations de lourdeur
- Impossibilité de bouger les membres
- Sensations de froid
- Fourmillements aux extrémités

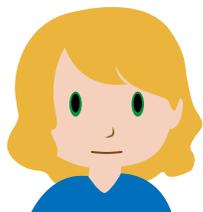
INDICATEURS DE TRANSE

Certains signes observables, variables d'une personne à une autre, sont évocateurs d'un état de transe hypnotique. Il peut s'agir :

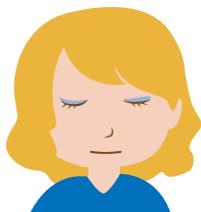
- d'une suggestibilité ou idéo-dynamisme ;
- d'une dissociation ;
- d'une lévitation du bras ;
- d'une distorsion temporelle ;
- d'une amnésie post-hypnotique.

MOUVEMENTS IDÉOMOTEURS

Il s'agit de mouvements involontaires ou automatiques observés au cours d'une transe hypnotique à différents niveaux du corps et du visage :



FIXITÉ DU REGARD



DILATATION DES PUPILLES ET BATTEMENTS DE CILS «PAPILLON»



DÉGLUTIONS RÉPÉTÉES OU BASENTES



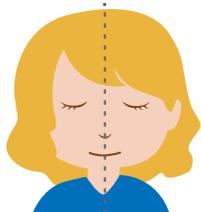
CHANGEMENT DE LA COLORATION DU VISAGE OU DU COU



RÉSPIRATION RÉGULIÈRE OU MODIFIÉE



SPASMES MUSCULAIRES



DÉTENTE DU BAS DU VISAGE ENTRAINANT UNE MEILLEURE SYMÉTRIE FACIALE



EPAISSISSEMENT DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

ÉVEIL DE L'ATTENTION

Beaucoup d'idées reçues sur l'hypnose tendent à assimiler l'état de transe hypnotique à un état de sommeil dans lequel le sujet n'est pas actif. Or, bien au contraire, le sujet continue de percevoir les éléments de son environnement mais y accorde moins d'importance.

En effet, l'hypnose peut être considérée comme une pratique de l'attention.

FOCALISATION DE L'ATTENTION VERS L'IMAGINAIRE



OU

FOCALISATION DE L'ATTENTION VERS LA RÉALITÉ



LES PREMIÈRES TRACES
DU PHÉNOMÈNE
HYPNOTIQUE REMONTENT
À PLUS DE 6000 ANS,
EN MÉSOPOTAMIE OÙ A ÉTÉ
DÉCOUVERT LE PREMIER
MANUSCRIT DÉCRIVANT
UNE GUÉRISON INDUITE PAR
UN ÉTAT DE CONSCIENCE
MODIFIÉE.

Franz-Anton MESMER
(1734-1815)



James BRAID
(1795-1860)



Jean-Martin CHARCOT
(1825-1893)



Hyppolyte BERNHEIM
(1840-1919)



Milton ERICKSON
(1901-1980)



Avant JC

1778

1843

1880

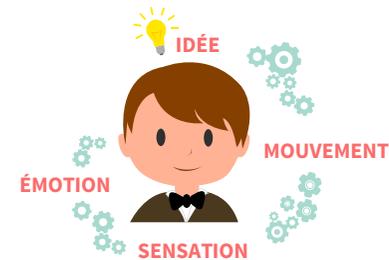
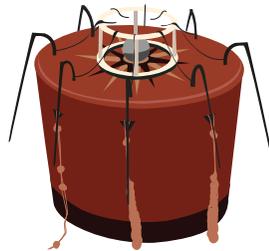
1930

**MAGNÉTISME
ANIMAL**

HYPNOTISME

HYPNOSE THÉRAPEUTIQUE

**HYPNOSE
ERICKSONIENNE**





FRANZ ANTON MESMER (1734 - 1815)

Franz Anton Mesmer, médecin viennois installé à Paris est considéré aujourd'hui comme le précurseur de l'hypnose. Il devient célèbre en 1780 après avoir permis à une femme aveugle de retrouver la vue et une autre de recouvrir l'usage de ses jambes. Sa célébrité repose également sur sa technique particulière basée sur l'existence d'un fluide universel ayant des vertus thérapeutiques.



JAMES BRAID (1795 - 1860)

En 1843, James Braid, chirurgien écossais formé au mesmérisme introduit le terme d'hypnose qu'il décrit comme un état de sommeil nerveux induit par la concentration sur une cause physique, comme un objet lumineux par exemple. Il pose ainsi les bases neurologiques de l'état de conscience modifiée.



ABBE DE FARIA (1756 - 1819)

Prêtre portugais vivant à Paris, l'abbé De Faria rejette l'existence du fluide universel et la théorie de Puysegur pour proposer une nouvelle conception du phénomène et parle ainsi d'« éoptes » (patients) et de « concentrateurs » (magnétiseurs), mettant en évidence l'importance de la concentration sur l'idée de sommeil.



CHASTENET DE PUYSEGUR (1751 - 1825)

Le marquis de Puysegur, élève de Mesmer, découvre le somnambulisme provoqué. Il met en avant le rôle du patient lui-même en tant que « médecin intérieur » éveillé par le magnétiseur qui provoque l'état somnambulique. Puysegur souligne l'importance de l'action de la volonté du magnétiseur.



JEAN MARTIN CHARCOT (1825 - 1893)

Jean Martin Charcot était professeur d'université et neurologue à la Salpêtrière (Paris). Connu pour être le premier à avoir introduit la démarche scientifique dans l'étude des maladies du système nerveux il définit l'hypnose comme l'état caractéristique de l'hystérie et considère donc à tort que l'hypnose est un état physiopathologique et que les personnes hystériques sont les plus réceptives à l'hypnose.



HIPPOLYTE BERNHEIM (1840 - 1919)

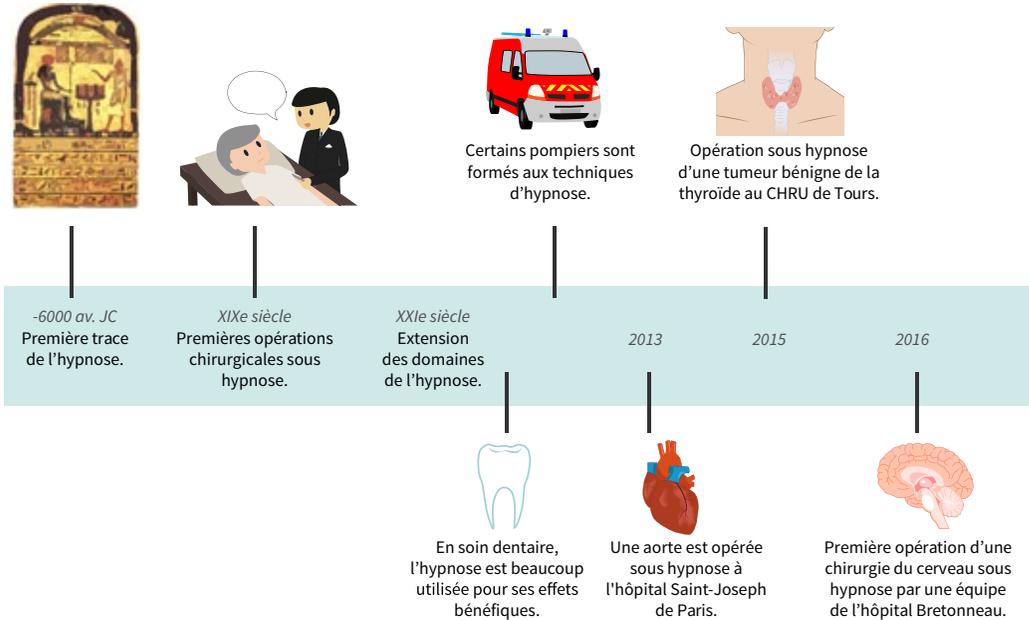
Hippolyte Bernheim, professeur à l'université de médecine de Nancy et fondateur de l'Ecole de la suggestion, découvre l'hypnose grâce au Dr Ambroise Auguste Liébeault (1825-1904), médecin généraliste à Nancy, qui fut le premier à utiliser les suggestions verbales pour soigner ses patients à grande échelle. Bernheim reprend cette théorie et réduit l'hypnose à la suggestibilité. Pour lui « Les phénomènes hypnotiques proviennent de cette propriété physiologique du cerveau. » C'est ainsi qu'en 1907, il décrit la loi de l'idéo-dynamisme selon laquelle « toute idée suggérée tend à se faire acte ».



MILTON H. ERICKSON (1901 - 1980)

Milton H. Erickson est un psychiatre américain dont l'apport dans la pratique de l'hypnose est incontestable. Il considère que l'hypnose est un état naturel et adopte une technique d'induction basée sur des suggestions thérapeutiques permissives. Celles-ci sont élaborées astucieusement à partir de métaphores et anecdotes. Il n'ordonne pas, il fait des propositions qui aident le patient à obtenir des réponses inconscientes à son problème.

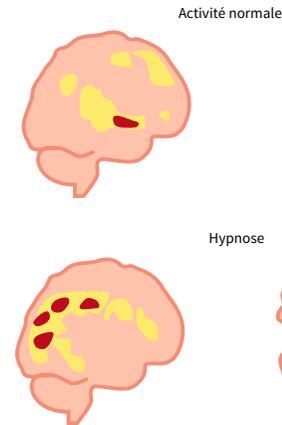
En France, il n'existe pas de législation encadrant la pratique de l'hypnose et les diplômes universitaires concernant l'hypnose ne sont pas reconnus par l'Ordre des Médecins. Toutefois, bien que l'efficacité de l'hypnose reste toujours à démontrer, la HAS et l'Inserm ne nient pas son efficacité dans certains domaines.



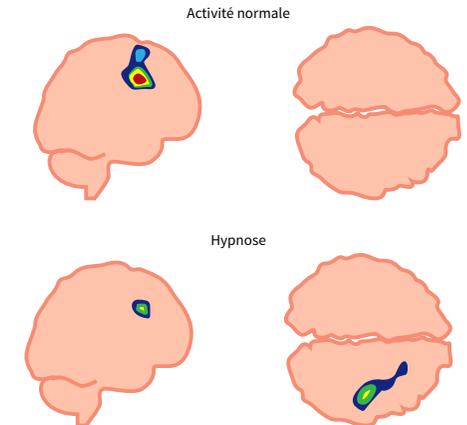
EFFICACITÉ DE L'HYPNOSE SUR LA DOULEUR

Les suggestions hypnotiques de diminution de la douleur permettent une **diminution significative de l'activité au niveau de structures impliquées dans les circuits de la douleur**, conduisant le patient à un état de relaxation physique et mentale, avec une focalisation de l'attention et une désorientation spatio-temporelle.

Effet de l'hypnose sur la SENSATION



Effet de l'hypnose sur la DOULEUR



FORMATION A L'HYPNOSE

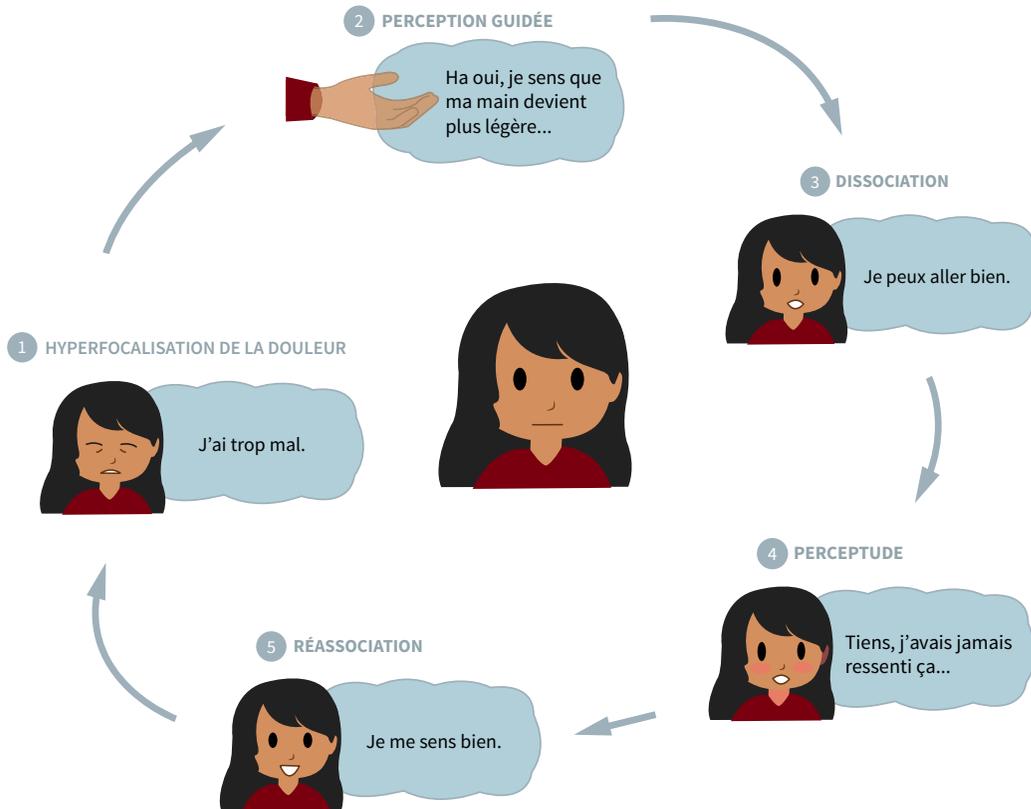
Sont recensées à ce jour :

- 13 diplômes universitaires ;
- des formations proposées par des organismes de formation et/ou des entreprises spécialisées telles que la SFMG (Société française de médecine générale), variant de 2-3 jours à 45 jours, voire plusieurs années.

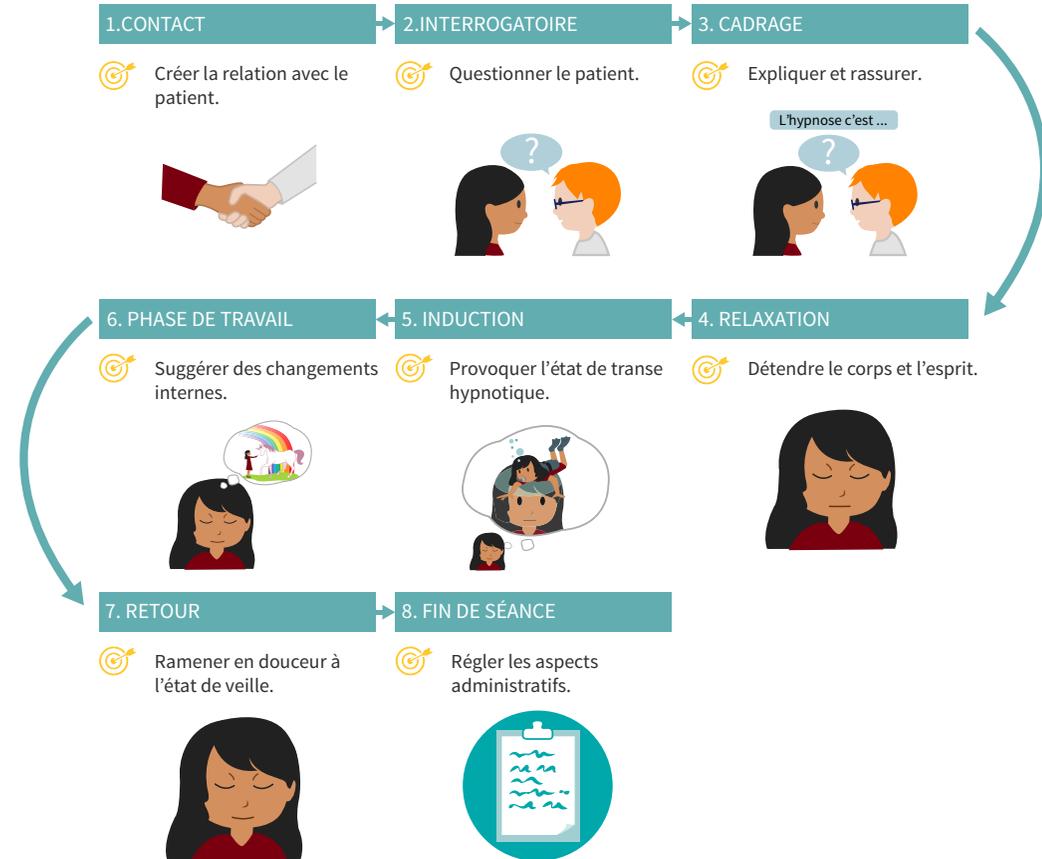
Des principes éthiques de la pratique de l'hypnose sont posés par la Confédération francophone d'hypnose et thérapies brèves (CFHTB).

OBJECTIFS

L'enjeu d'une séance d'hypnose est de permettre un changement de sensorialité chez le patient.



STRUCTURE D'UNE SÉANCE D'HYPNOSE



INTERROGATOIRE EN HYPNOANALGESIE

DESCRIPTION

Il est nécessaire de marquer la singularité du patient en lui permettant de décrire sa douleur dans les moindres détails et de noter : le registre lexical employé, les images évoquées, les éventuelles comparaisons avec des douleurs passées... La qualité de cette description permet au soignant de construire une métaphore de soin (processus de réification).

ÉVALUATION

L'évaluation de la douleur peut être réalisée à l'aide d'une échelle analogique ou une simple échelle verbale de 1 à 10.

L'emploi de chiffre permet de rendre concret ce qui est souvent flou. Le patient est ainsi invité à la dissociation en observant et en chiffrant ce qu'il ressent.

CONTEXTUALISATION

Le soignant demande au patient de se remémorer un contexte, une scène où la douleur était absente.

TECHNIQUES D'HYPNOANALGESIE

TECHNIQUE		OBJECTIF	RÉSULTATS
TECHNIQUE D'ANESTHÉSIE		Permettre au patient de moins souffrir, de retrouver du confort.	Les suggestions hypnotiques du soignant provoquent le plus souvent une analgésie et non une vraie anesthésie de la douleur. Elle se caractérise par une disparition de la douleur sans autre perte que la douleur elle-même.
TECHNIQUE DE FRACTIONNEMENT		Réduire progressivement la sensation douloureuse.	Les suggestions employées peuvent s'appuyer sur certaines caractéristiques de la douleur évoquées au cours de l'interrogatoire, pour en faire varier l'intensité... Ou encore s'appuyer sur la métaphore de soins choisie.
TECHNIQUE DE SUBSTITUTION SENSORIELLE		Remplacer les sensations douloureuses par des sensations plus acceptables.	
TECHNIQUE DE DISSOCIATION		Dissocier le corps de l'esprit dans le cas d'un patient confiné (intervention chirurgicale, nécessité de rester allongé...).	
TECHNIQUE DE DÉPLACEMENT		Délocaliser la douleur	Afin de déplacer la douleur, le soignant va modifier les règles du schéma corporel que le patient s'est construites au travers de son expérience douloureuse.
TECHNIQUE D'AMNÉSIE		Amener le patient à porter son attention sur autre chose.	Le patient douloureux est dans le vécu et l'anticipation des douleurs futures. Le rôle du soignant consiste à rompre le cercle vicieux de pensées morbides « J'ai mal et demain j'aurai toujours mal. »
TECHNIQUE DE DÉSORIENTATION CORPORELLE		Orienter la douleur vers une partie du corps moins invalidante.	Le soignant propose au patient des suggestions déconcertantes concernant la latéralité du corps, le haut et le bas... jusqu'à ce qu'il soit perdu par le flot d'indications et ne sache plus de quelle partie du corps il s'agit.
TECHNIQUE DE PROLONGATION DE L'EFFET THÉRAPEUTIQUE		Prolonger l'effet thérapeutique au-delà de la séance.	
TECHNIQUES DE DISTORSION DU TEMPS	Contraction ou expansion	Raccourcir les moments douloureux.	Lors de la réalisation d'un soin douloureux, la notion du temps qui passe n'est pas la même pour le soignant et le patient.
	Progression en âge	Contrôler la douleur future.	Le patient se voit dans un futur où la douleur n'est plus un facteur limitant pour ses activités, dans un futur où il exerce un contrôle sur cette douleur.
	Régression en âge	Relier la douleur à un événement passé.	Le patient peut parfois de lui-même rattacher sa douleur à un événement passé (accident de travail, problème familial...).