



# LA DOULEUR

MÉCANISMES

ÉVALUATION

TRAITEMENTS

**Dr Rodrigue DELEENS**

**CETD CHU Rouen**

**CHU**  
ROUEN NORMANDIE

# DOULEUR : FINALITÉ BIOLOGIQUE

- **Signal d'alarme utile ou phénomène nuisible?**
- **Protectrice ou destructrice?**
  
- **Evolution des idées, des concepts, des connaissances, des pratiques professionnelles et de la législation**

# EPIDÉMIOLOGIE : QUELQUES CHIFFRES

- **Prévalence DC modérée à sévère :**
  - 20 à 30 % de la population
  - Augmente avec l'âge
- **DPCO : 30 %**
- **Douleur des soins : 30 à 60 % des patients**
- **Douleur Personne âgée : 25 à 30 % à domicile, 45 % en institution, + 70 % en fin de vie**
- **Douleur du cancer : INCA 49 %**
- **Douleur neuropathique : 6.9 % de la population française**
- **Migraine : 10 % de la population adulte, 5 % enfant**

**En France : 1<sup>ER</sup> motif de consultation en médecine générale**

## **IMPACT :**

- Co morbidités : impact sur le sommeil, anxiété, dépression
- Qualité de vie : douleur impacte plus que le diabète ou la dépression
- Au-delà du champ de la médecine

# DOULEUR : PHÉNOMÈNE PLURIDIMENSIONNEL

- La douleur : «**expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion**» (IASP)
- La douleur est un phénomène **pluridimensionnel** avec des composantes : **sensorielle et émotionnelle**
- Douleur = Evènement **neuro-psychologique**  
émotion = sensation
- Elle légitime toute plainte algique

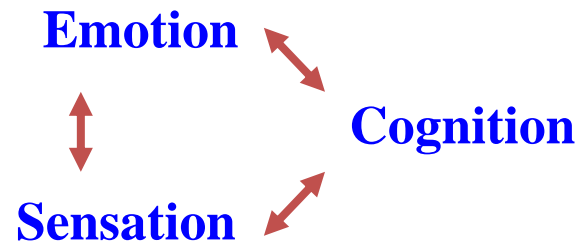
# Schéma des différents facteurs interactifs impliqués dans la douleur

## Mécanismes Générateurs

- Nociceptifs
- Neuropathiques
- Nociplastiques
- Psychogènes

## Douleur

### Expérience Psychologique



## Influences

- Facteurs culturels
- Facteurs environnementaux  
Médicaux  
Familiaux  
Sociaux
- Facteurs temps  
Aiguë  
Chronique

### Expérience physique

- Motrice
- Verbale
- Physiologique

# LES MÉCANISMES DE LA DOULEUR

- Douleur par excès de nociception
- Douleur neuropathique
- Douleur psychogène
- Douleur fonctionnelle / nociplastique

# Douleurs nociceptives : sémiologie

- **DESCRIPTION CLINIQUE (pas de sémiologie spécifique)**
  - Rythme mécanique
  - Rythme inflammatoire
- **TOPOGRAPHIE**
  - Régionale
  - Non neurologique
- **EXAMEN NEUROLOGIQUE : normal (hyperalgésie dans la zone de projection)**

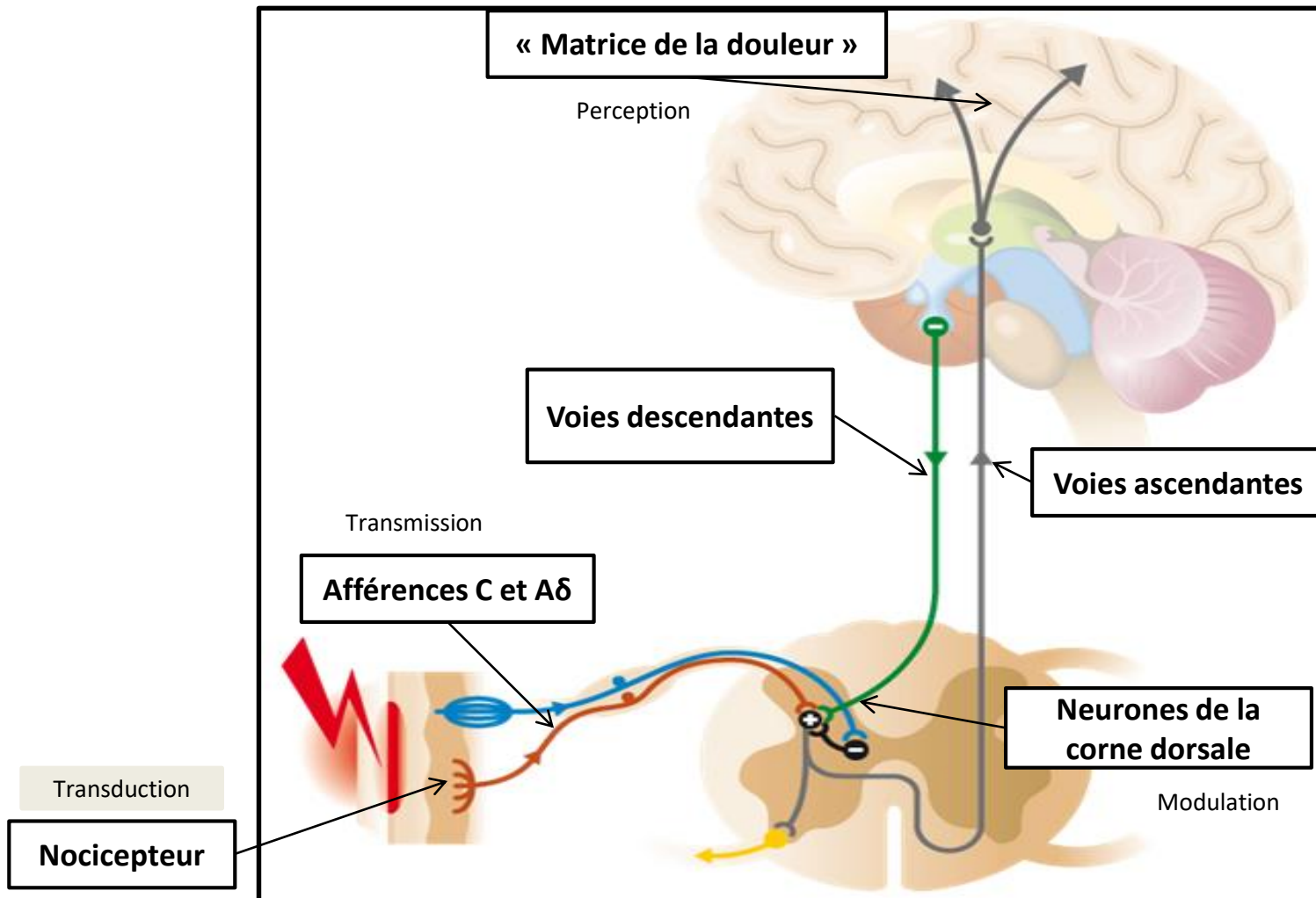
**= lésion tissulaire sans lésion nerveuse**

# DOULEUR NOCICEPTIVE

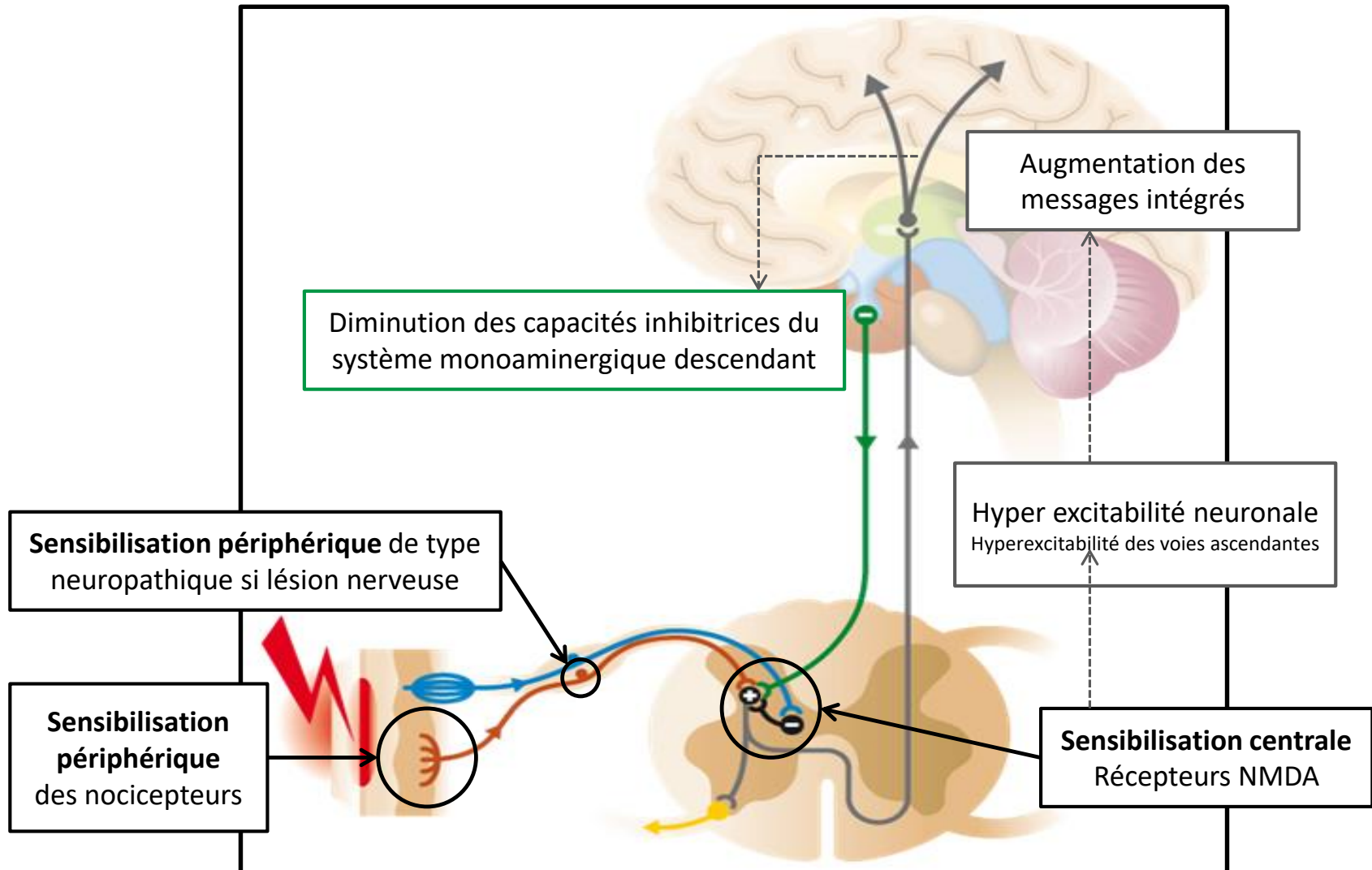
- **Stimulus nociceptif mécanique ou inflammatoire**
- **Stimulation des nocicepteurs et fibres A&C (localisation cutanée musculo articulaire et viscérale)**
- **Sensibilisation des nocicepteurs**
- **Sécrétion de substances algogènes synapse de la corne postérieure (convergence==douleur projetée)**
- **Relais médullaires et corticaux**
- **Contrôle médullaire et supra spinaux**



# LES VOIES DE LA DOULEUR



# SENSIBILISATION / CHRONICISATION



# DÉFINITION DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

« Ensemble des douleurs résultant d'une lésion nerveuse »

- Grand nombre d'affections du système nerveux périphérique ou central peuvent être en cause
- Diversité étiologique
- Symptômes et signes distinctifs

# DÉFINITION DE L'IASP (1994)

« Douleur initiée ou causée par une lésion primaire ou un dysfonctionnement du SN »

- Lésion périphérique (nerf, rachis, ganglion, plexus)
- Lésion centrale (moelle épinière, cerveau)

## Evolution de la définition

« Douleur résultant directement d'une lésion ou d'une maladie affectant le système somato-sensoriel

# DOULEURS PSYCHOGÈNES

- **Diagnostics psychiatriques : dépression, anxiété, somatisation**
- **Diagnostic psychiatrique POSITIF +++**
- **Douleur sans lésion apparente ou épine irritative et amplification psychologique**

# Douleurs nociplastiques

(anciennement douleurs idiopathiques ou fonctionnelles)

- **Sémiologie stéréotypée**
  - Glossodynie
  - Fibromyalgie
  - Céphalées de tension
  
- **Comment interpréter ?**
  - Sensibilisation centrale
  - Douleur mémorisée
  - Facteur émotionnel

# Les composantes fondamentales

- **sensori-discriminative** : SN sensoriel
- **affectivo-émotionnelle** : S. limbique ; cerveau supporte émotions
- **cognitive** : Différentes aires corticales élaborant l'interprétation
- **comportementale**

# COMPOSANTE SENSORIELLE

- **Mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage.**
  - topographie ?
  - qualité, type de la douleur ?
  - intensité ?
  - profil évolutif ?
- **Cette composante est codée, modifiée en 1<sup>er</sup> lieu par les systèmes spinaux de conduction rapide**



# COMPOSANTE AFFECTIVE

- **Correspond à la tonalité :**
  - désagréable,
  - pénible,
  - insupportable
- **Cette composante est modulée et dépendante de l'activité des structures limbiques et réticulées, qui sont stimulées par les voies ascendantes spinales lentes**

# Composante cognitive

Ensemble des processus mentaux capables  
d'influencer la perception de la douleur et  
des comportements qu'elle induit

- interprétation, sens, valeur, attribuée à la douleur,
- attention, diversion de l'attention,
- anticipation
- références à des expériences antérieures douloureuses

**+ composante centrale par systèmes corticaux**

# COMPOSANTE COMPORTEMENTALE

- **Englobe l'ensemble des manifestations**
  - verbales
  - non verbales
- **Observables chez la personne**
- **impact sur la vie quotidienne ?**
- **comportement vis-à-vis de la situation ?**

# DOULEUR AIGÜE

**SIGNAL D'ALARME**  
**« UTILITE PROTECTRICE »**  
**MECANISME UNIVOQUE**

**REPONSE :**

*TRAITEMENT ETIOLOGIQUE*  
+  
*SYMPTOMATIQUE*  
*DE LA DOULEUR*

**REMARQUES**



**CONSEQUENCES**

# DOULEUR AIGUË : CONSÉQUENCES

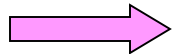
- **Physiques : ex augmentation réponse sympathique**
- **Psychologiques : anxiété, repli sur soi, agressivité**
- **Mémorisation: sensibilisation périphérique et centrale, apprentissage...**

# DOULEUR CHRONIQUE

**Inutile, destructrice**

**Origines différentes**

- Maladie grave
- Maladie bénigne
- Douleur Séquellaire



***Maladie à part ENTIERE  
AFFECTE les CAPACITES***

- *Physiques*
- *Intellectuelles*
- *Relationnelles*

● **PERTURBE L'ÉQUILIBRE PSYCHOLOGIQUE**

- Traitements associés
- But réadaptatif

## DÉFINIR LA DOULEUR CHRONIQUE (HAS)

- Une douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne.

# Facteurs responsables de l'évolution d'une douleur vers la chronicité?

- Niveau neuro-physio : plasticité neuronale
  - Structurale, moléculaire
- Niveau psychologique : phénomène d'apprentissage, conditionnement

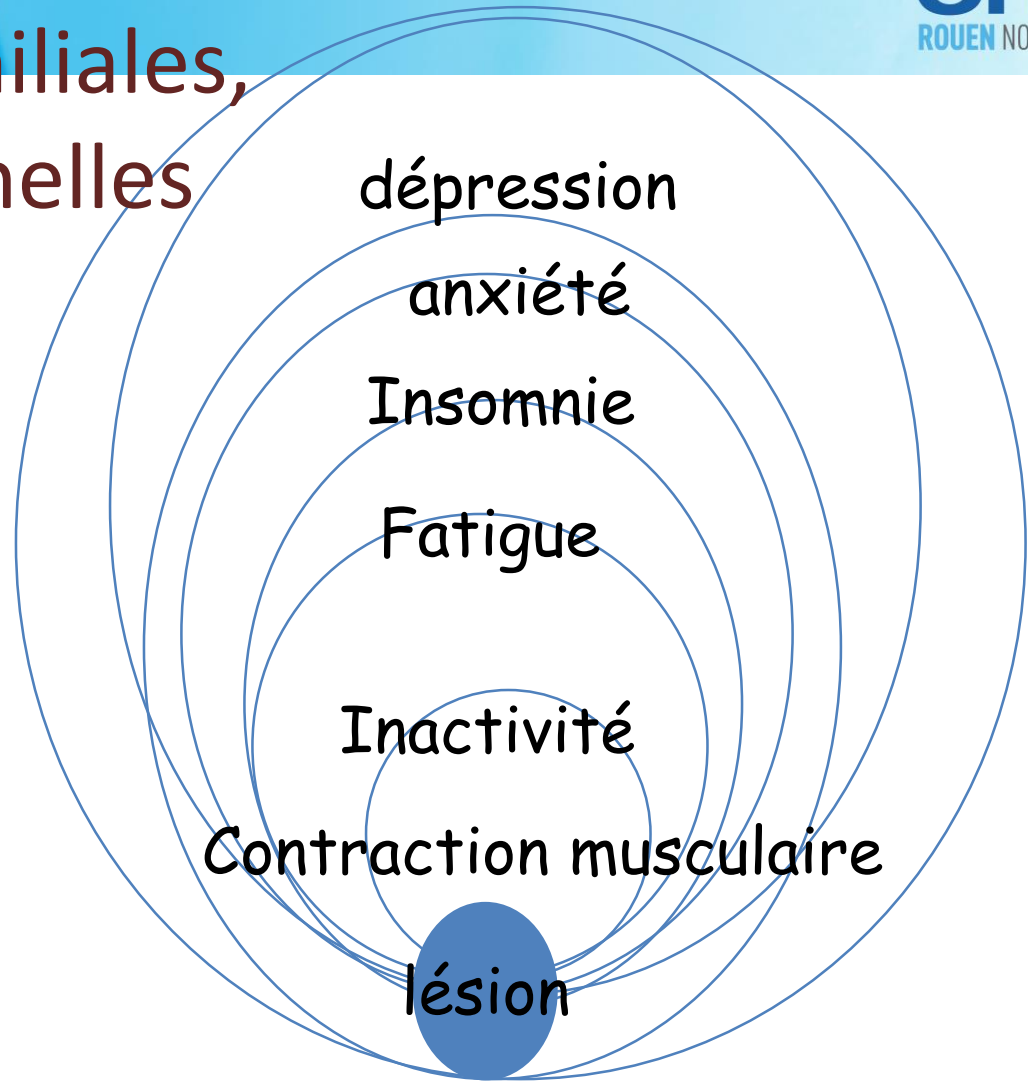
## Thèse des cercles vicieux

Une douleur qui dure  cascades d'évènements :

- Plasticité neuronale
- Hyperalgésie primaire et secondaire
- Mise en jeu de systèmes anti-opioïdes
- Mémorisation de la douleur .....



# Répercussions familiales, socioprofessionnelles



DOULEUR  
AIGUE  
BREVE  
Cause unique

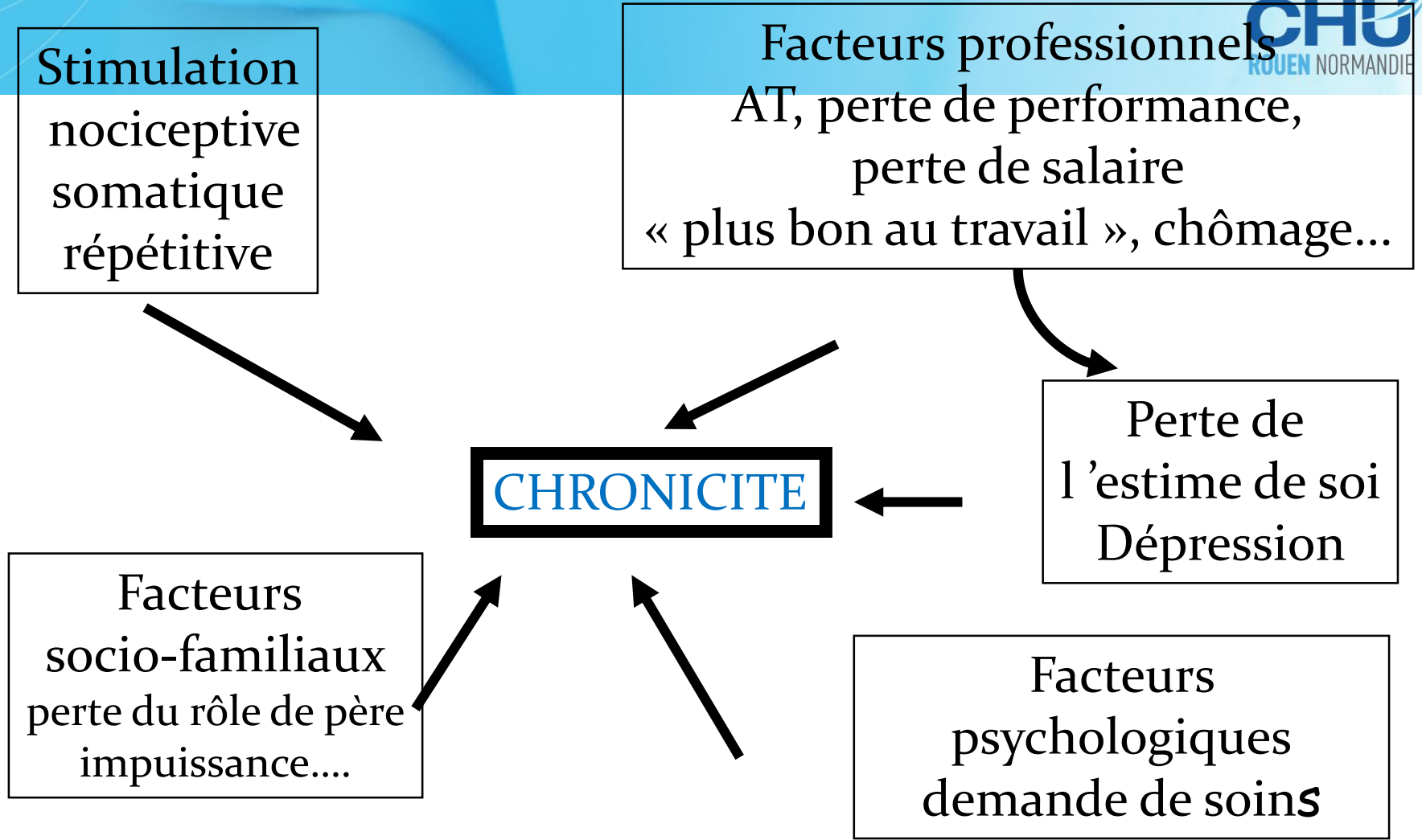
Douleur persistante rebelle  
douleur chronique

- **Dimension psychoaffective :**
  - Tableau anxio-dépressif
  - Dénier des facteurs psycho
  
- **Dimension cognitivo-comportementale**
  - Interprétation erronée, Kinésiophobie
  
- **Dimension sociale**
  - Attention sollicitation de l'entourage
  - Conflits avec employeur

# Particularités cliniques du patient douloureux chronique

- **Sur le plan physique :**
  - Plainte riche et polymorphe
  - Évolution de la plainte initiale
  - Retentissement fonctionnel important
  
- **Sur le plan psychologique :**
  - Anxiété importante
  - Affects dépressifs
  - Altérations cognitives
  - Déni vis à vis des facteurs psychologiques

- **Sur le plan comportemental :**
  - Désintérêt par rapport aux occupations habituelles
  - Centrage âge / corps, douleur
  - Inadaptation / traitement médical
  - Quête permanente / Diagnostic et traitements miracles



**REPONSES:**

Approche pluridisciplinaire : CTD, Réseau pluridisciplinaire.  
Médecins généralistes: **Vision globale** et pluridisciplinaire  
**d'emblée et prise en charge précoce+++**

# **EVALUATION DE LA DOULEUR**

# EVALUATION DE LA DOULEUR OU L'IMPOSSIBLE ÉQUATION

• **Comment objectiver un processus subjectif?**

**Phénomène complexe où se mêlent sensation et émotion : peut-on le mesurer?**



# EVALUER : POURQUOI?

- **Objectifs**
  - **Reconnaître la douleur** : analyse symptomatologique et étiologique
    - composantes ( sensorielle, émotionnelle, cognitive comportementale)
    - mécanismes ( nociception, neuropathique)
    - Retentissement fonctionnel
  
  - **Quantifier** : mesure globale de l'intensité
  - **Traiter et contrôler** l'efficacité des traitements
  - **Individualiser** le traitement
  - **Définir un objectif partagé**



# RECONNAÎTRE LA DOULEUR DE L'ADULTE : LES DIFFICULTÉS?

- Subjectivité : **patients/ soignants**
- Pas de concordance anatomo-clinique
- Variation interindividuelle +++ :
  - Rôle du vécu
  - avec sexe ( Berkley 2000, Fillingim 2000)
  - Avec âge ( Macyntire 95, Woodhouse 97)
- Rôle anticipation et anxiété

# DÉMARCHE D'ÉVALUATION

- **Dépend du contexte**
  - Douleur aiguë, Douleur chronique, Aux urgences, En oncologie, gériatrie, pédiatrie....
  
- **A adapter au contexte mais il existe des données impératives**
  - Interrogatoire et écoute
    - Evaluation qualitative et quantitative de la douleur
    - Retentissement fonction/comportement/humeur/qualité de vie
  
  - Examen clinique
  
  - Examen paraclinique



Stratégies thérapeutiques

## ■ Autoévaluation

- **Qui?**
  - Préférée chaque fois que c'est possible
  - « Croire le patient »
- **Comment ?**
  - \* Par le patient
  - \* Evaluation quantitative

**Echelles psychométriques :**  
**Unidimensionnelles: EVA, EVS, EN**  
**3 échelles , validées+++**

## ■ Hétéro évaluation

- **Qui?**

Communication verbale limitée  
Certains enfants (0-5 ans)  
Troubles cognitifs ( âgés,  
déments, Réanimation..
- **Comment?**
  - \* Par le soignant, les parents
  - \* Evaluation quantitative +++

# Les outils d'évaluation

**EVALUATION**  
**INTENSITE**

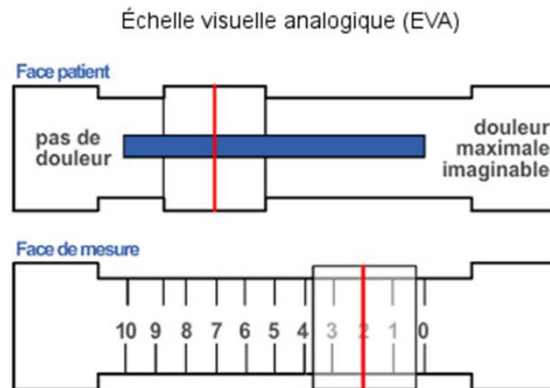
## AUTOEVALUATION : DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

- **Auto-évaluation :**
- Différentes échelles , utilisées directement par le patient, se proposent d'apprécier globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement .
- Elles ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse, ni de comparaison inter-individuelle.
- Elles identifient les patients qui ont besoin d'un traitement
- (Intérêt dans le suivi et les protocoles antalgiques)

# AUTOÉVALUATION

## ÉCHELLES UNIDIMENSIONNELLES

● **EVA**



● **EN : échelle numérique (0 à 10)**

● **EVS:**

Douleur absente ; douleur faible ; douleur modérée ; douleur intense ; douleur très intense .

# MESURE DE L'IMPRESSIION DE CHANGEMENT

## *PGIC (PATIENTS' GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE)*

☛ Depuis votre dernière visite au Centre de la douleur, votre état de santé s'est globalement (Veuillez cocher une seule case) :

☛ Très fortement aggravé

☛ Fortement aggravé

☛ Légèrement aggravé

☛ Pas de changement

☛ Légèrement amélioré

☛

☛ Fortement amélioré

☛ Très fortement amélioré

☛ Pas de changement : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : Changement maximal

# HÉTÉRO ÉVALUATION CHEZ LE SUJET ÂGÉ

## ● Echelle Doloplus:

- quest à 10 items ( Wary 97, 2001)
- Retentissement somatique, psychomoteur, psychosocial et côté de 0 à 3
- Score douloureux > 4
- Formation , Temps ++, 2 fois/ jr
- Validée

## ● ECPA :

- quest ( mimique, position, mouvement ) avant et après les soins et douleur provoquée

(Le Quintrec Revue Geriatrie 95)





# ECHELLE DOLOPLUS - 2 EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :		Prénom :		Service :		DATES					
Observation Comportementale											
<b>RETENTISSEMENT SOMATIQUE</b>											
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						
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR</b>											
6• Toilette et/ ou habillement	• 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 habillement étant difficiles et partiels	2	2	2	2						
	• toilette et/ ou habillement 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						
<b>RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL</b>											
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 différents 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 térafil	1	1	1	1						
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2						
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3						
<b>COPYRIGHT</b>						<b>SCORE</b>					

# 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

\* se référer aux(j) jour(s) précédent(s) \*\* ou prostration  
N.B. : les deux régistres correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

### 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

\* se référer aux(j) jour(s) précédent(s)

## 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 résiste 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 :  
Heure :

Service :  
Nom du Cotateur :

SCORE

ECHELLE

**ALGOPLUS**

## Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

## Identification du patient

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

# LES AUTRES MOYENS D'ÉVALUATION

## ● Paramètres physiologiques

- non spécifiques

## ● Consommation médicamenteuse

- PCA, demande d'antalgiques (Sinatra Anest Anal 91, Farar Pain 2000, Jamison Anest Analg 93, Bodian Anest Analg 2001)

## ● Outils électroniques

- agenda électronique, Pain matcher

## ● Evaluation expérimentale

- R3, exploration neurophysiologique...

# LES DOULEURS NEUROPATHIQUES

- **Spécificité des échelles ?**

- **DN 4 :outil de dépistage des DN**

**Questionnaire concis douleurs(version française du BPI)**

**Questionnaire d'évaluation des DN : NPSI**

**Attention outil de dépistage et non questionnaire d'évaluation**



## QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par «oui» ou «non»

### INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	OUI	NON
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EXAMEN DU PATIENT

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piquûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 10 items répartis en 4 grandes questions
- Score de 1 pour chaque item +
- Valeur seuil : 4 /10 (sens:83% spécif: 87% )
- Sur les seuls items d'interrogatoire :  
Si  $\geq 3$  :sens 78%  
spécif 81,2%

OUI = 1 point  
NON = 0 point

Score du Patient :  /10



# LES TRAITEMENTS ANTALGIQUES

## INTRODUCTION

- Plusieurs classes d'analgésiques en fonction du type de douleurs et de leur intensité
- Leur prescription fait suite à une évaluation avec des outils adaptés et tient compte des contre-indications, de la comorbidité, des effets secondaires prévisibles
- Rôle propre de chaque professionnel de santé dans la prise en charge médicamenteuse de la douleur
- Connaître le délai d'action des traitements en fonction de la voie d'administration pour prévenir la douleur provoquée
- Tracer leur administration
- Réévaluer la douleur c'est aussi réévaluer le traitement



## **LES DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEUR**

### **● Douleur par excès de nociception :**

- Non opioïdes: paracétamol, AINS
- Opioïdes faibles: tramadol, opium, codéine
- Opioïdes forts: morphine, oxycodone, fentanyl

### **● Douleur neuropathique :**

- les antidépresseurs
- les antiépileptiques

# CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES

*Lussier & Beaulieu, 2010*

- Antalgiques antinociceptifs
- Antihyperalgésiques
- Modulateurs de l'excitation ou de l'inhibition descendante
- Modulateurs de la transmission périphérique
- Mixtes
- Autres

## Proposed taxonomy of analgesics

---

### *Antinociceptive Analgesics*

- Nonopioids
  - Acetaminophen (paracetamol)
  - NSAIDs
- Opioids
- Cannabinoids

### *Antihyperalgesics*

- NMDA antagonists
- Gabapentinoids (gabapentin, pregabalin)
- Levetiracetam
- Lamotrigine
- Nefopam
- Nitrous oxide
- Coxibs

### *Modulators of Descending Inhibition or Excitation*

- Tricyclic antidepressants
- SNRIs
- SSRIs
- $\alpha_2$ -adrenergic agonists

### *Modulators of Peripheral Transmission/Sensitization*

- Local anesthetics
- Carbamazepine
- Oxcarbazepine
- Topiramate
- Capsaicin

### *Mixed: Antinociceptive Analgesics and Modulators of Descending Inhibition or Excitation*

- Tramadol
- Tapentadol

### *Other*

- Calcitonin
- Bisphosphonates

# ANALGÉSIE MULTIMODALE

- **La douleur peut être diminuée par une approche combinant plusieurs antalgiques : paracétamol, AINS, opioïdes, anesthésiques locaux, autres...**
- **C'est une approche logique qui permet de mieux traiter la douleur (effets additifs/ synergiques) avec théoriquement :**
  - utilisation moindre d'analgésiques (opioïdes)
  - moins d'effets secondaires

# LES TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX

- **Cela commence par la relation!**
- **Repérer la meilleure manière d'entrer en contact avec la personne (paroles, regard, toucher, etc.). Se placer à la hauteur de la personne et la regarder dans les yeux.**
- **Recourir au toucher de façon prudente et appropriée, dans le respect de l'intimité et de la pudeur de la personne.**
- **Rassurer par des gestes enveloppants, s'ils sont acceptés.**
- **Le vécu douloureux d'une personne est influencé par son environnement affectif et émotionnel, notamment lors de la réalisation d'un soin. La qualité de la relation entre le soignant et la personne est donc primordiale.**

# INTÉRÊT DES TECHNIQUES NON MÉDICAMENTEUSES

- **Elles ont peu de contre-indications.** Chez des personnes souvent polypathologiques et polymédicamentées...
- **Elles sont une alternative ou un complément efficace au traitement médicamenteux ou à d'autres techniques non médicamenteuses, notamment en cas de douleur chronique.** Elles tendent à améliorer l'humeur, réduire l'anxiété, augmenter le sentiment de contrôle de la personne, relaxer les muscles, améliorer la qualité du sommeil et la qualité de vie en général.
- **Certaines sont très simples à mettre en œuvre.** Leur diversité permet un choix possible par la personne de son traitement, voire son appropriation pour certaines techniques (relaxation, électrothérapie, etc.).
- Certaines ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Leur mise en œuvre exige donc un plus grand engagement de l'établissement.

# LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES

- **Les manipulations physiques et les exercices de rééducation**
- **Le massage antalgique et le toucher thérapeutique**
- **Les méthodes de physiothérapie**
- **Les techniques cognitives et comportementales**
- **Les aides techniques au positionnement, à la mobilisation, au transfert**
- **Les techniques médicales et chirurgicales**
  - **La radiothérapie antalgique**
  - **Les techniques antalgiques chirurgicales**