



# STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Jean Michel GAUTIER

*Inf. Anesth. PhDs, cadre coordonnateur InterCLUD Occitanie, Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier,  
ED 461 – CEPEL UMR 5112, Université de Montpellier, France*

***Je déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet traité...***

# Introduction

**La prise en charge de la douleur est un véritable enjeu de santé publique, un critère de qualité et d'évolution de notre système de santé**

**La douleur représente, avec la fièvre et la fatigue, un des premiers motifs de consultation médicale**

**La douleur est le principal symptôme entraînant un recours urgent ou non programmé à la médecine de ville chez 75 % des patients**

*COLLET M, GOUYON M (2007) Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale, DREES Études et résultats n° 607*

# Introduction

**En France, une étude de 2007 montrait que 31,7 % des patients consultants interrogés présentaient des douleurs chroniques et pour 19,9% d'entre eux, la douleur était d'intensité modérées à intenses**

*D. Bouhassira et al. (2007) Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain, doi:10.1016/j.pain, 2007.08.013*

**En Europe, 20% des adultes européens ont une ou plusieurs douleurs d'intensité moyenne sur une durée moyenne de 6 mois. Un tiers considère leur douleur comme insupportable et 1 sur 6 ont déjà pensé au suicide**

*Breivik H et col. (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. Eur J Pain, 10 : 287-333.*

# Introduction

## Enquête transversale à l'hôpital sur 684 patients hospitalisés :

- La pathologie ayant motivé leur hospitalisation était douloureuse chez 59 % d'entre eux, avec une douleur évaluée comme intense à extrêmement intense dans 60 % des cas.
- 691 situations liées à l'hospitalisation ayant pu entraîner une douleur rapportées chez 378 patients (1,8 geste/patient) :
  - Pour 69 % c'est dans le service d'hospitalisation
  - Intensité : intense à extrêmement intense (57%)
  - IDE, kinésithérapeutes, AS impliqués (52%)
  - Médecins impliqués (30%)

Coutaux A, Salomon L, Rosenheim M, et al. (2008) Care related pain in hospitalized patients: a cross-sectional study. Eur J Pain 12(1): 3-8

# Introduction

- « ..Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée... »

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- **Loi de modernisation du système de santé**
  - Définition des orientations stratégiques de santé publique en France dans les années à venir et intégration de la prévention de la douleur dans les priorités de la politique nationale de santé (article 1) ;
  - Inscription de la prise en charge de la douleur dans le parcours de soins, y compris le recours aux structures spécialisées (article 68) et reconnaissance de l'importance du caractère pluri-professionnel de l'équipe de soins (article 96).

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

# Introduction

- « La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent) »

*HAS (2014) Manuel de certification des établissements de santé V2010*

- **Nouvel indicateur « prise en charge de la douleur »**

Nombre de séjours de patients douloureux pour lesquels on retrouve :

- une stratégie de prise en charge de la douleur dans le dossier du patient : moyens médicamenteux, moyens non médicamenteux ;

ET

- au moins une mesure de suivi de la douleur suite à la stratégie de prise en charge de la douleur.

The logo for the Haute Autorité de Santé (HAS) features the letters 'HAS' in a bold, blue, sans-serif font. A red, wavy horizontal line is positioned beneath the 'A' and 'S'.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

# Stratégies de prise en charge

La prise en charge de la douleur se décline en 3 étapes successives :

- **Repérer-dépister la douleur**
  - systématique par l'ensemble de l'équipe soignante
  - Evaluation du niveau douloureux : avec l'utilisation des échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation
  - Localisation-irradiation
- **Déterminer le type et le mécanisme de la douleur :**
  - Douleur aiguë, douleur chronique, douleur liée aux soins
  - Douleur nociceptive, neuropathique, dysfonctionnelle, psychogène ou mixte
- **Mise en place d'une stratégie thérapeutique**



# Stratégies de prise en charge

## A chaque type de douleur, sa stratégie .....

- La douleur aiguë

- Liée à une atteinte tissulaire brutale (traumatisme, lésion inflammatoire, distension d'un viscère, ...), souvent associée à des manifestations neurovégétatives (tachycardie, sueurs, élévation de la pression artérielle) et à une anxiété
- Signal d'alarme dont la « finalité » est d'informer l'organisme d'un danger pour son intégrité
- Une fois son origine identifiée, sa prise en charge nécessite sa reconnaissance et un traitement antalgique avec un **objectif curatif**

# Stratégies de prise en charge

A chaque type de douleur, sa stratégie .....

- **La douleur chronique**

- **Syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte**
- **Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :**
  - **persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;**
  - **réponse insuffisante au traitement ;**
  - **détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail.**

*HAS (2008) Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient – Consensus formalisé*

# Stratégies de prise en charge

## A chaque type de douleur, sa stratégie .....

- La douleur chronique

- Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa 'finalité' de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle quelle que soit son origine
- La douleur chronique doit être appréhendée selon un modèle bio-psycho-social, sa prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement, souvent multi-modal, dont **l'objectif est réadaptatif**
- Prise en charge en structures spécialisées.

# Stratégies de prise en charge

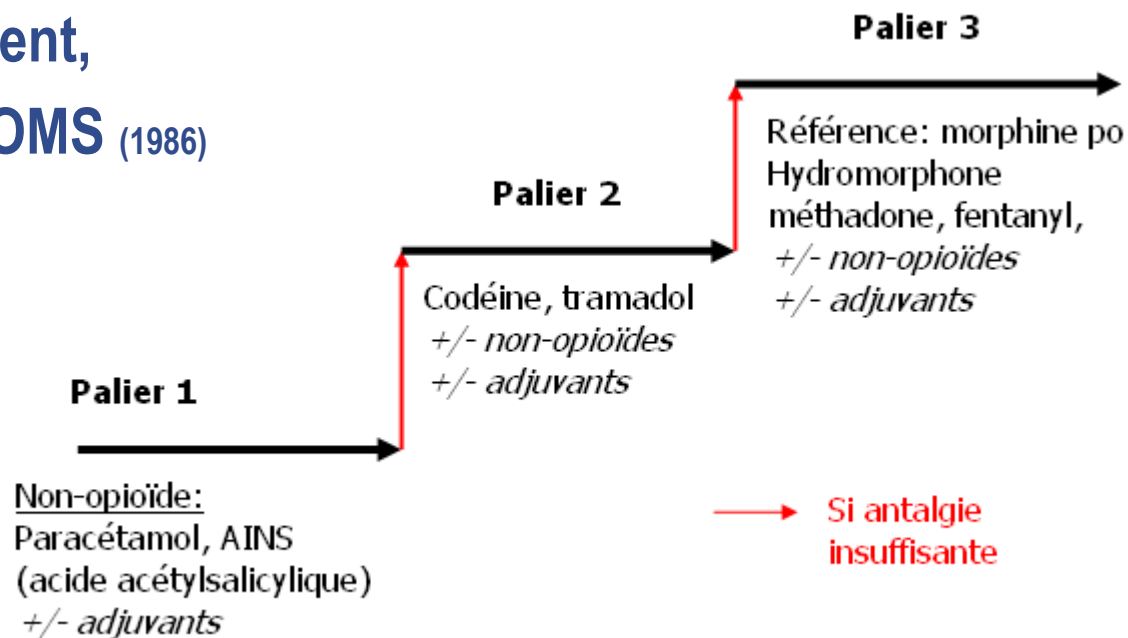
A chaque type de douleur, sa stratégie .....

- La douleur liée aux soins

- Douleur de courte durée, causée par un soignant ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées.
- Prise en charge nécessitant l'identification préalable des soins potentiellement douloureux et la mise en place de protocoles qui ont un **objectif préventif**

# Stratégies médicamenteuses

## Historiquement, Paliers de l'OMS (1986)



OMS, collaboration avec IASP 1999

Classification mettant en parallèle l'intensité de la douleur et l'efficacité présumée des antalgiques

# Stratégies médicamenteuses

## Mais...

- **Classification ne répondant plus aux attentes des cliniciens**
- **Classification trop restrictive**
- **N'intégrant pas les traitements de la douleur neuropathique**
- **Source d'erreur de penser qu'à un palier correspond une intensité douloureuse**
- **Douleurs variées par leur mécanisme d'action et leur expression**
- **Une seule stratégie de traitement ne suffit plus**

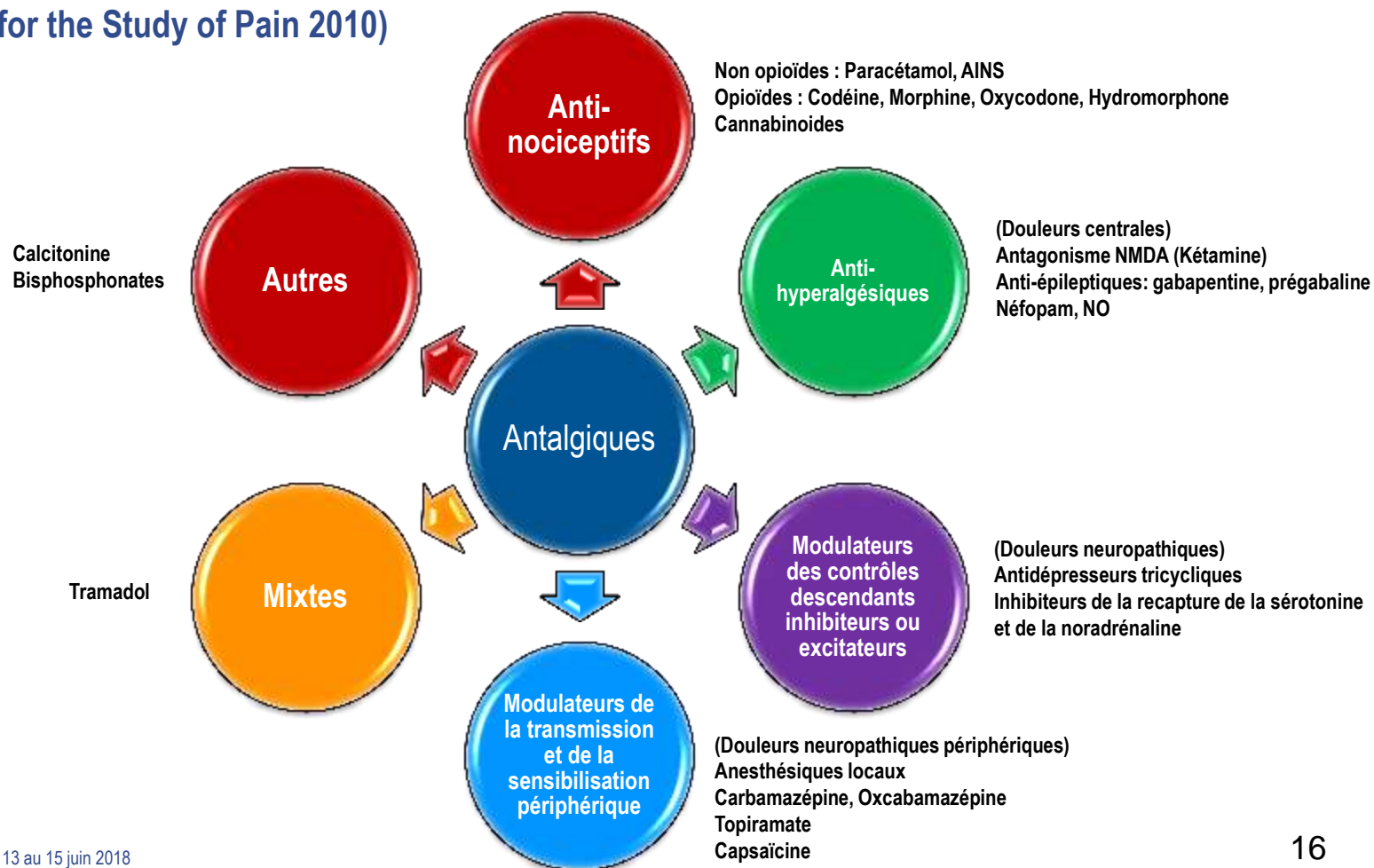
# Stratégies médicamenteuses

## **Nouvelle classification de Beaulieu & Lussier (IASP International Association for the Study of Pain 2010)**

- **Classification intégrant tous les médicaments, y compris ceux initialement développés dans d'autres indications**
- **Evite la corrélation entre intensité douloureuse et classe d'antalgique**
- **Classe les médicaments en fonction de leur mécanisme d'action**
- **Permet d'optimiser la prise en charge thérapeutique après analyse du mécanisme d'action de la douleur**
- **Classification évolutive permettant d'intégrer de nouvelles molécules**

# Stratégies médicamenteuses

## Nouvelle classification de Beaulieu & Lussier (IASP International Association for the Study of Pain 2010)





# Stratégies médicamenteuses

## Prévention de la douleur liée aux soins

- Respect du délai d'action des agents utilisés

Voies d'administration	DCI	Précisions	Minutes						Heures					
			3'	5'	10'	15'	30'	45'	1h	2h	3h	4h	5h	
Locale *	Lidocaïne 2,5% + prilocaïne 2,5% crème	Pour muqueuse génitale												
		Pour détersion longue et douloureuse d'ulcère des jambes												
	Lidocaïne 5% nébuliseur	Muqueuse buccale et voies aériennes supérieures												
	Lidocaïne 2% gel oral ou urétral													
Inhalation *	Lidocaïne 5% + naphazoline	Pulvérisation ou méchage naso et/ou bucco pharyngée et/ou sur plaie												
Per os	MEOPA (mélange protoxyde d'azote + oxygène)	Durée max d'utilisation 1 h												
	Paracétamol													
	Paracétamol + codéine													
	Paracétamol + tramadol													
	Tramadol													
	Morphine sulfate Libération Immédiate	Délai 30 min - Durée 4h												
Sous-cutanée	Morphine	Oxycodone Libération Immédiate	Orodispersible : délai 5-15 min - Durée 4-6h											
		Gélules : délai 30 min - Durée 4-6h												
Intraveineuse	Morphine	Délai 15-20 min - Durée 3-5h												
	Paracétamol													
	Néfopam	IV lente de 45 minutes - Durée 4h												
	Tramadol	Durée 6-8h												
Transmuqueuse	Fentanyl ( <i>Réservé aux patients cancéreux ayant un traitement de fond morphinique</i> )	Délai 5 min - Durée 2-3h												
		Délai 10 min - Durée 4h												
Rectale	Paracétamol + opium + caféine	Délai 15-20 min - Durée 4h												

- Le médicament est à son efficacité maximale, le soin peut donc être effectué
- Le médicament n'est pas/plus à son efficacité maximale
- Le médicament n'est pas encore/n'est plus efficace, le soin ne peut donc pas être effectué

# Stratégies médicamenteuses

## Prévention de la douleur liée aux soins

- Anesthésique local à base de Lidocaïne et de Prilocaine

### Indiqué pour :

- Anesthésie topique de la peau lors de :
  - Insertion d'aiguilles, par exemple insertion de cathéters intraveineux ou prélèvements sanguins ;
  - Procédures chirurgicales superficielle

### *Chez les adultes et dans la population pédiatrique*

- Anesthésie topique des muqueuses génitales, par exemple avant des procédures chirurgicales superficielles ou une anesthésie par infiltration ; chez les adultes et les adolescents  $\geq 12$  ans,
- Anesthésie topique des ulcères de jambe afin de faciliter le nettoyage mécanique/débridement chez les adultes uniquement.

# Stratégies médicamenteuses

## Prévention de la douleur liée aux soins

### Anesthésique local à base de Lidocaïne et de Prilocaine

- Maximum d'efficacité entre 1 et 2 heures d'application.
- Profondeur de l'anesthésie : de 3 mm à 1 heure à 5 mm à 2 heures (jusqu'à 8 mm chez l'enfant).
- Sous forme de crème ou patch

Abuelkheir M, Alsourani D, Al-Eyadhy A *et al.* (2014) EMLA® cream : a pain-relieving strategy for childhood vaccination *J Int Med Res* ; 42 (2) : 329-36

Carbajal R, Biran V, Lenclen R *et al.* (2008) EMLA Cream and Nitrous Oxide to alleviate pain induced by Palivizumab (Synagis®) intramuscular injections in infants and young children *Pediatrics* ; 121 (6) : e1591-8

Nelson EA, Bradley MD. (2009) Dressings and topical agents for arterial leg ulcers. The Cochrane Library [Internet]

# Stratégies médicamenteuses

## Prévention de la douleur liée aux soins

### Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA)

- **Médicament administré par voie inhalatoire**
- **Action rapide (3 mn), réversible en moins de 5 min, élimination rapide**
- **Analgésie associant une action anxiolytique, euphorisante (« gaz hilarant ») et un effet antalgique avec une modification des perceptions sensorielles sans perte de contact verbal ni de conscience**

# Stratégies médicamenteuses

## Prévention de la douleur liée aux soins

### Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA)

- **Indications**

- Analgésie des actes douloureux de courte durée chez l'adulte et l'enfant (ponction lombaire, ponction veineuse, myélogramme, petite chirurgie superficielle, pansement, réduction de fracture simple, réduction de certaines luxations)
- Sédation en soins dentaires chez les enfants, les patients anxieux ou handicapés
- En obstétrique, en milieu hospitalier uniquement
- Analgésie lors de l'aide médicale urgente (traumatologie, transport de patients douloureux)

# Stratégies médicamenteuses

## Prévention de la douleur liée aux soins

### Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA)

Pasaron R et al. (2015) Nitrous oxide procedural sedation in non-fasting pediatric patients undergoing minor surgery: a 12-year experience with 1,058 patients. *Pediatr Surg Int.* 31(2):173-80

Krakowski, I., Baylot, D., Chvetzoff, G. et al.(2010) Prise en charge de la douleur au cours des procédures invasives en cancérologie : efficacité et acceptabilité du mélange inhalé 50 % N<sub>2</sub>O/O<sub>2</sub> (MEOPA). *Douleur analg* 23(2): 113-120

Capriz F., Couderc AL. et al. (2015) Utilisation du mélange équimolaire oxygène–protoxyde d'azote (MEOPA) en gériatrie, chez le patient âgé dément. Résultats d'un protocole de recherche : programme « Soigner, Soulager, Accompagner ». *Douleurs*,16(6):282-291

# Stratégies non médicamenteuses

*« Le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces. Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés : traitement physiques (massages, kinésithérapie, physiothérapie,...), méthodes psycho-corporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie) ».*

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010  
Ministère de la Santé et des Solidarités

# Stratégies non médicamenteuses

## Les thérapies physiques

- **Le toucher**
  - **composante essentielle du soin.**
  - **Moyen de communication non verbal, il est utilisé par les soignants comme vecteur de détente, de mieux-être et de prévention de la douleur chez le patient**
  - **Il existe différents types de toucher lors des soins parmi lesquels on retrouve :**
    - **le toucher technique, caractérisant les soins usuels (prises de signes vitaux, pansements, prélèvements, ...)**
    - **le toucher relationnel, effectué pendant un soin, lorsque, en plus de la technicité, il nous implique par notre toucher et notre attitude dans une relation avec le patient**
    - **le toucher thérapeutique ou toucher-massage® , intention bienveillante qui prend forme grâce au toucher sur toute ou partie du corps, et qui invite à détendre, relaxer ou procurer un bien-être.**

*Bonneton-Tabaries F. (2009). Le toucher dans la relation soignant/soigné.  
Ed. Med-Line, 2<sup>ème</sup> édition : p. 75-76*



# Stratégies non médicamenteuses

## Les thérapies physiques

- **Les stimulations thermiques**
  - Les stimulations thermiques (le froid et le chaud) sont des méthodes basées sur la contre-stimulation avec un effet sur la circulation locale et la douleur.
- **La neurostimulation transcutanée**
  - technique antalgique non médicamenteuse et non effractive utilisant les propriétés d'un courant électrique de faible intensité transmis au travers d'électrodes placées sur la peau.
  - utilisée pour tout type de douleurs localisées qu'elles soient aiguës ou chroniques, nociceptives ou neuropathiques

# Stratégies non médicamenteuses

## Les méthodes psycho-corporelles ou comportementales

- L'hypnose

- Mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur.

*Godin J. (1992) La nouvelle hypnose : Vocabulaire, principes et méthode.  
Paris : Bibliothèque Albin Michel; p. 80*

- On distingue :
  - l'hypnothérapie, lorsque l'hypnose est utilisée dans un cadre et avec une visée psychothérapeutique ;
  - l'hypno-analgésie, lorsque l'hypnose est utilisée pour soulager une douleur
  - l'hypno-sédation, lorsque l'hypnose est utilisée en anesthésie, en remplacement total ou en adjuvant des médicaments d'anesthésie.
- Kendrick C., Sliwinski J. et al. (2016) Hypnosis for acute procedural pain : A critical review. *Int J Clin Exp Hypn*; 64(1):75-115

# Stratégies non médicamenteuses

## Les méthodes psycho-corporelles ou comportementales

- La distraction

- centrer l'attention du patient sur autre chose que sur ses préoccupations (douleur aiguë ou chronique, anxiété...) en lui donnant quelque chose à voir, à faire ou à entendre.
- méthode le plus souvent utilisée chez l'enfant, mais ses indications peuvent très bien s'adapter à tous les âges de la vie.

*Célestin-Lhopiteau I. Thibault-Wanquet P. (2006) Guide des pratiques psychocorporelles. Paris : Masson; p.61*

**Bukola IM, Paula D. (2017) The Effectiveness of Distraction as Procedural Pain Management Technique in Pediatric Oncology Patients: A Meta-analysis and Systematic Review. *J Pain Symptom Manage.*;54(4):589-600**

**Arane K., Behboudi A., Goldman RD (2017) La réalité virtuelle pour la prise en charge de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. *Can Fam Physician*;63(12): 935–937.**

# Stratégies non médicamenteuses

## Les autres méthodes

- La musicothérapie

- utilisation de tous les éléments de la musique (rythme, sons produits par les instruments ou la voix, mélodies, harmonies) à des fins thérapeutiques.
- Si son utilisation a souvent une visée psychothérapeutique, ses effets peuvent en réalité, être beaucoup plus larges.
- Il existe deux techniques de musicothérapie : la musicothérapie dite active, qui consiste en une pratique instrumentale (le patient, acteur, produit de la musique), et la musicothérapie dite réceptive qui est basée sur l'écoute musicale. La technique réceptive est principalement indiquée dans le cadre de la prise en charge de la douleur à partir d'un programme établi après des échanges entre le patient et le musicothérapeute ou le soignant.

*Guétin S. (2013) La relaxation, la sophrologie dans le traitement de la douleur in : Bioy A. Wood C. (dir.). Thérapie à Médiation Corporelle et Douleur. Institut Upsa de la Douleur : p. 169-173*

# Stratégies non médicamenteuses

## Les méthodes mixtes

Association du froid (stimulation thermique) + Vibration + Distraction =

**Buzzi®**

# Conclusion

**Mettre en place une ou des stratégies, c'est aussi réfléchir à l'organisation des soins**

- **Accueil et disponibilité** (facteurs influençant de façon positive la composante émotionnelle de la douleur au cours de l'hospitalisation et tout particulièrement lors de la réalisation de gestes douloureux).
- **Information des patients** (facilite la démarche thérapeutique et participe à traiter la composante psychologique de la douleur)
- **Relation au patient = véritable « pansement » psychologique** (langage approprié, choix des mots, environnement ...)
- **Compétence technique**
- **Anticipation et planification des soins**

# Conclusion

**Mettre en place une ou des stratégies, c'est aussi faire appel aux ressources**

- **Comités de Lutte contre la Douleur** (mise en œuvre de protocoles, procédures, audits de pratique)
- **Formation** (maintien des compétences, actualisation des compétences)
- **Equipes spécialisées**
  - **Equipe mobile pour les situations douloureuses complexes en service**
  - **Structures spécialisées dans la prise en charge des douleurs chroniques**



***Merci de votre attention***