

Pascale THIBAUT-WANQUET, Cadre Supérieur de Santé,
Responsable Pédagogique- AMAE-SANTE, Membre de la SFETD - PARIS

Définitions et mécanismes en jeu chez le patient douloureux

L'IASP (Association Internationale pour l'Etude de la Douleur) a donné en 1976 la définition suivante :

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion ».

Cette définition souligne la grande variabilité qui peut exister entre chaque individu dans la perception et l'expression de la douleur face à une même stimulation douloureuse.



L'attention portée aux personnes douloureuses s'est développé en France depuis la fin du XX^{ème} siècle en particulier grâce aux différents plans et programmes gouvernementaux (1998/2001 ; 2002/2005 ; 2006/2010).

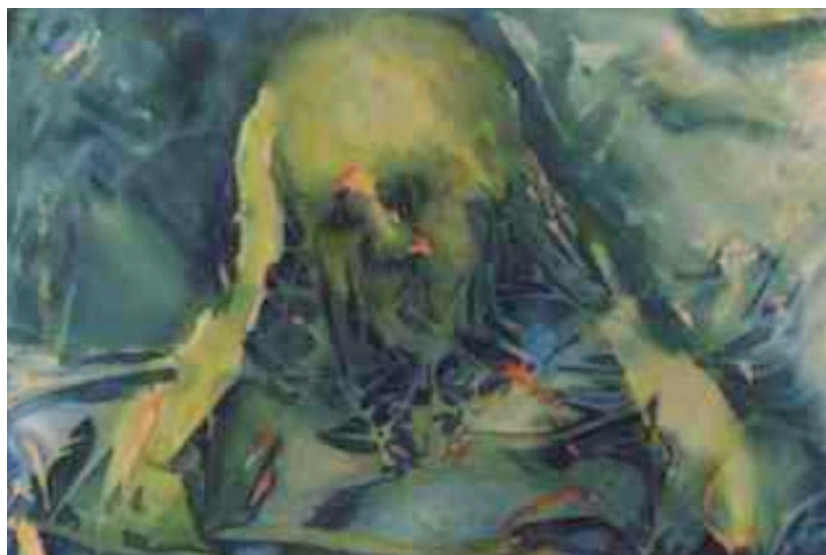
Cette attention permet de souligner aujourd'hui le caractère complexe du phénomène douloureux. Pour le comprendre il est nécessaire de comprendre qu'il n'existe pas « une » douleur mais « des » douleurs.

Différents modes de classement permettent d'identifier les types de douleurs.

syndrome inflammatoire, par exemple, etc.). la sensation aide au diagnostic. Le traitement mis en place tant pour soigner la maladie ou l'accident que les antalgiques permettent de faire disparaître la douleur rapidement ;

- **La douleur chronique** : d'une durée supérieure à 3 à 6 mois et non soulagée par les moyens habituellement disponibles. elle a un retentissement sur la vie quotidienne et entraîne troubles du sommeil, de l'alimentation. Elle entraîne souvent pour le patient qui en souffre un isolement social, des difficultés familiales.

Il faut noter que certaines pathologies chroniques entraînent des douleurs qui sont correctement soulagées par les moyens habituellement disponibles. On peut alors parler de douleurs prolongées.



Elle permet donc de préciser la dimension plurifactorielle de la douleur.

Cette définition très générale de la douleur en souligne à la fois l'aspect sensoriel et l'aspect émotionnel. Elle met également en évidence que toute douleur « est ce que la personne dit qu'elle est » et donc l'aspect subjectif de la douleur.

Classement en fonction de la durée

- **La douleur aiguë** : de courte durée en général, elle constitue un signal d'alarme. Elle est provoquée par un excès de nociception dû à une agression externe (piqûre, brûlure) ou interne en raison d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale (douleur de l'infarctus,

Classement en fonction de l'origine

- **La douleur par excès de nociception** : il s'agit d'une agression des récepteurs de la douleur présents sur la peau, dans les muqueuses ou les viscères,
- **La douleur neuropathique** : provoquée par la lésion d'un élément du système nerveux qu'il soit périphérique, médullaire ou central.

La distinction entre ces deux types de douleur est fondamentale car les moyens d'évaluation et les traitements sont très différents.

Classement en fonction de la cause

- **Douleur provoquée ou liée par les soins** : le plus souvent douleur par excès de nociception, les soins peuvent aussi occasionner le réveil de douleurs neuropathiques lors de mobilisations, toilette, habillage par exemple.

- **Douleur post-opératoire** : douleur de type inflammatoire liée à l'agression subie par l'organisme au moment de l'intervention. C'est une douleur par excès de nociception.

On distingue également :

- **Les douleurs idiopathiques** : pour lesquelles à l'heure actuelle on ne comprend pas le mécanisme d'action et qui ne cèdent pas aux traitements proposés.
- **Les douleurs psychogènes** : douleurs qui ne relèvent pas d'une cause organique mais d'un diagnostic psychiatrique. Ces douleurs sont répertoriées au manuel des diagnostics en santé mentale (DSM).

Dans les deux derniers cas, il ne s'agit pas de considérer que ces douleurs n'existent pas. Les patients les ressentent et les vivent. L'analyse de leur situation permet de poser le diagnostic adéquat et de proposer un traitement adapté.

La plupart des patients, d'autant qu'ils sont atteints de pathologies chroniques, évolutives, présentent des tableaux associant différents types de douleurs. On appelle alors cela les douleurs mixtes.

Quelle que soit la douleur, elle présente 4 composantes :

- Une composante sensori-discriminative.
- Une composante affectivo-émotionnelle.
- Une composante cognitive.
- Une composante comportementale.

La douleur est un phénomène universel, partagé par de nombreux individus depuis fort longtemps. Elle a longtemps été négligée par la médecine qui n'en avait pas identifié les effets délétères. Or, la douleur, après avoir servi de signal d'alarme, a des conséquences néfastes immédiates sur l'état physiologique de la personne (tachycardie, sueurs, accélération du pouls, modifications du rythme respiratoire, sensation de malaise, voire choc vagal, etc.). Elle a également des effets néfastes à moyen et long terme car elle entame la capacité du patient à guérir ou à faire face à sa pathologie.

De ce fait, elle doit être prise en considération. En France le législateur a dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité des soins souligné : « **En toutes circonstances la douleur doit être identifiée, évaluée, soulagée et traitée** » article L1110.5.

Pascale THIBAUT-WANQUET,

Cadre Supérieur de Santé, Responsable Pédagogique
AMAE-SANTE, Membre de la SFETD - PARIS

L'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est une étape essentielle dans la prise en charge des personnes douloureuses, quel que soit le type de douleur(s) qu'elles présentent.

En effet, l'évaluation permet à la fois de discriminer précisément la ou les douleurs dont souffre la personne, de proposer l'association de traitements adaptée à sa situation, d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place, d'en assurer l'adaptation si nécessaire.

Souvent réduite à l'évaluation de l'intensité, c'est une étape encore trop négligée, à laquelle les soignants n'accordent pas toujours l'intérêt nécessaire.

L'évaluation de la douleur : un soin infirmier relevant du rôle propre

L'évaluation de la douleur relève du rôle propre de l'infirmier qui dispose de toute son autonomie pour réaliser ce soin (art. R. 4311.2 du CSP).

Cette étape de la prise en charge du patient peut être décrite en trois temps distincts :

L'identification par l'infirmier du ou des types de douleur(s) dont le patient souffre ou peut souffrir en fonction de la pathologie pour laquelle il est pris en charge. A cette étape, le soignant doit être capable de distinguer à partir de l'état du patient s'il va utiliser un outil d'auto-évaluation ou un outil d'hétéro-évaluation.

- **L'auto-évaluation** : réalisée par le patient lui-même puisque son état lui permet de le faire.
- **L'hétéro-évaluation** : réalisée par une tierce personne, soignant ou proche, parce que l'état du patient ne lui permet pas de répondre, soit de façon transitoire (anesthésie, état d'hypno-analgésie pendant un soin), soit de façon permanente (handicap intellectuel, âge, etc.).

Le soignant qui reçoit le patient note dans son dossier le type d'outil utilisé. Afin d'assurer la fiabilité de l'évaluation, l'outil utilisé doit être le même lors de la réévaluation après traitement, et d'un soignant à un autre.

Si tous les patients doivent bénéficier d'une évaluation de la douleur (obligation contrôlée dans le cadre de la certification des établissements de santé), deux niveaux d'évaluation pourraient être identifiés en fonction de la complexité de la situation du patient : l'évaluation d'une situation simple assurée le plus souvent par l'intensité, l'évaluation d'une situation complexe qui nécessite l'appréciation de plusieurs paramètres.