



Mallette prévention des maltraitements

Reconnaissance de la douleur

1° Avant-propos

2° La douleur : définition

3° La douleur : les étapes de la reconnaissance

4° La douleur : perception et expression

5° La douleur : les différentes manifestations

6° La douleur des seniors

7° La douleur dans les situations de handicap

8° La douleur : évaluation

9° les paliers et les traitements de la douleur

Annexe

Mars 2013

1° Avant-propos

Pourquoi ce document sur la douleur ?

❖ *parce que la prévalence de la douleur augmente avec l'âge.*

D'ici l'an 2050 le nombre de personnes de 65 à 85 ans dans le monde passera de 400 millions à 1,3 milliard (document O.N.U.). En France, les personnes de 60 ans et plus représentent déjà environ 22% de la population et il est reconnu que 50% des 65/84 ans vivant à domicile ressentent des douleurs physiques d'intensité importante.

❖ *parce que la douleur mal repérée peut être cause involontaire de maltraitance.*

Différents facteurs peuvent en effet empêcher le repérage des douleurs chez les personnes âgées :

-incapacité de faire part de douleurs lors de certaines pathologies avec troubles du langage ou des fonctions intellectuelles , crainte d'exprimer le ressenti douloureux ou encore de recevoir des médicaments pouvant retentir sur l'autonomie.

-absence de formation suffisante des soignants au repérage et au traitement de ces douleurs.

2° La douleur : définition

Rien de plus normal que la douleur, car il s'agit d'un signal d'alerte indiquant à notre cerveau que quelque chose d'inhabituel se passe à l'intérieur de notre corps et qu'il doit y remédier lorsqu'il le peut, par exemple en déclenchant un mouvement de retrait si nous sommes brûlés. Mais lorsque la douleur est trop intense ou devient chronique, la souffrance peut altérer la qualité de vie au point d'entraîner des pulsions pouvant mener au suicide.

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'étude de la douleur (IASP) « *comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en rapport avec un dommage tissulaire réel ou potentiel, elle peut-être aiguë ou chronique* ». Cette définition résume bien les dimensions multifactorielles des douleurs et laisse présumer qu'il n'existe pas de remède universel, mais de multiples traitements agissant sur les composantes de celle-ci.

3° La douleur : les étapes de la reconnaissance

La prise en charge de la douleur est un phénomène récent. Auparavant, pour des raisons culturelles et symboliques, il y avait négation de la douleur des patients.

Héritage du christianisme et du stoïcisme

Idée jusqu'au milieu du 19^{ème} siècle de « douleur thérapeutique »

Négation de la douleur des nouveaux nés (on pensait qu'ils avaient un système nerveux immature et qu'ils ne pouvaient pas souffrir)

Le rapport à la douleur va se transformer avec l'évolution des mentalités et des sensibilités mais aussi en s'appuyant sur les avancées scientifiques :

- dés le 19^{ème} siècle : premiers pas de l'anesthésie (protoxyde d'azote, éther, chloroforme).
- 1953 : publication de the management of pain de John Bonica :
 - *l'intérêt doit se porter sur la douleur elle-même plus que sur ses causes*
 - *prise en charge pluridisciplinaire de la douleur*
 - *mise en place d'une méthode d'évaluation du ressenti subjectif du malade*
- 1970 : découverte de la théorie du « portillon » (mécanisme agissant comme une barrière dans le système de transmission somatique).
 - Mise en évidence des récepteurs opioïdes endogènes (endomorphines)
- 1974 : création de l'Association Internationale pour l'étude de la douleur (IASP)
- à partir des années 1980, progrès des neurosciences qui ont permis de mieux comprendre la douleur
- 1987 : première morphine à libération modifiée

Cette évolution s'est accompagnée d'une législation et d'une politique de santé publique :

- 1987 : conférence de l'OMS à Genève sur le traitement de la douleur cancéreuse
- 1995 : charte du patient hospitalisé
- 2002 : loi Kouchner relative aux droits du patient qui définit le contenu de l'obligation de prise en charge de la douleur

Conclusion : la douleur se détache progressivement des valeurs morales qui lui étaient associées pour entrer dans la sphère des soins.

4° La douleur : perception et expression

La douleur est sans doute l'expérience humaine la mieux partagée, avec celle de la mort ; personne ne peut se dire ignorant vis-à-vis d'elle, ni dire qu'il la connaît mieux qu'un autre.

La douleur apparaît comme un symptôme médical difficile à quantifier. La douleur n'a ni l'évidence du sang qui coule, ni celle du membre brisé. Elle exige du soignant une observation fine et surtout la confiance dans la parole de celui qui souffre. Elle ne se prouve pas, elle s'éprouve.

Il existe autant de ressentis et donc de perceptions que d'individus, car qui mieux que la douleur met en évidence la singularité des êtres humains.

L'émergence de la douleur est une menace pour le sentiment d'identité. La douleur induit un renoncement partiel de soi et des conventions qui sont de mise dans les relations sociales. Le sujet douloureux relâche le contrôle qui d'ordinaire organise le rapport aux autres. Ou bien il s'autorise des actes (grimaces, pleurs) ou des paroles (jurons, plaintes) qui tranchent sur ses comportements habituels ; ou bien il se retire en soi pour affronter son mal et évite les contacts risquant à ses yeux d'amenuiser l'estime dont les autres l'investissent. En résumé, il devient bien souvent méconnaissable aux yeux de ses proches.

Les conditions d'existence nouent à l'évidence une relation courante à la douleur. Dans les milieux sociaux démunis, le souci de santé n'est guère visible « on ne s'écoute pas » et par nécessité sociale devenue seconde nature « on est dur au mal » ; on repousse le moment de consulter le médecin, on minimise de peur d'être arraché aux siens ou de se retrouver sans défense à l'hôpital.

Il est capital pour des soignants d'être particulièrement attentifs à ces hommes et à ces femmes qui souffrent en silence. Reconnaître leur douleur, la soulager c'est leur rendre leur dignité.

Extrait d'un document de B. SAMAMA psychologue hôpital-Dieu de Paris

5 – la douleur : les différentes manifestations

❖ Douleurs nociceptives :

Elles correspondent à la mise en jeu du système physiologique qui permet de ressentir une douleur, elles engendrent soit des douleurs aiguës (coups, brûlures, douleurs post opératoires, rage de dents, inflammations, fractures...), soit des douleurs chroniques (rhumatismes, maux de dos, cancer...). Elles sont de loin les plus courantes

❖ Douleurs neuropathiques

Elles sont consécutives à une lésion nerveuse (récente ou ancienne) qui induit un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central. Elles peuvent être d'origine traumatique ou liées à une pathologie chronique (neuropathie du zona, du diabète etc.)

❖ Douleurs idiopathiques

Syndromes actuellement mal expliqués :

-Fibromyalgie, douleurs myofaciales

-Douleurs générées par la maladie de Lyme (*dans le cadre de l'exposé des différents types de douleurs il paraît important d'attirer l'attention sur les diverses douleurs engendrées par la borréliose de Lyme*)

❖ Douleurs psychogènes

Elles ont une composante psychologique, mais se vivent et se ressentent comme toutes les autres douleurs quelle que soit leur cause (deuil, traumatisme, séparation)

6 – la douleur des séniors

Le vieillissement est certainement l'un des facteurs majeurs associé à la douleur. Le nombre de pathologies assorties de douleurs empire avec l'âge. En effet, certains syndromes de douleurs (douleurs articulaires, douleurs généralisées chroniques) s'accroissent avec le vieillissement.

Fait marquant qui la différencie de celle de l'enfant ou de l'adulte, la douleur de la personne âgée est multiple et persiste parfois depuis des années. De plus, la personne âgée à l'instar de l'enfant éprouve une grande difficulté à décrire sa douleur. Les incapacités motrices ou mentales (confusion) peuvent être lourdes de conséquences. Parfois, la personne âgée plutôt que de dire sa douleur ou parce qu'elle n'ose pas, adopte des comportements (mutisme, immobilisme) pour exprimer sa souffrance et l'entourage ne les perçoit pas comme des signes de souffrance. Conséquence la douleur chez la personne âgée est souvent sous évaluée et sous traitée.

Pour pallier ces risques, la prise en charge de la douleur chez la personne âgée doit être pluridisciplinaire et ce, tant aux plans physiologique que psychologique, socio culturel et économique. Souvent traitée à domicile la personne âgée ouvre au soignant les portes de son univers personnel d'où la nécessité pour ce dernier de s'adapter à l'environnement, à la famille, aux habitudes de vie du patient.

Enfin, il faut noter la fréquence de la douleur provoquée par les soins chez la personne âgée (enquête Regards menée en Ile de France en 2010 par le CNRD (-centre national de ressources de lutte contre la douleur-) sur 35 000 gestes ressentis comme douloureux et stressants moins de 1% des patients avaient eu une analgésie spécifique pour le geste.

7 – la douleur dans les situations de handicap

Il existe très peu d'étude et de réflexions sur le repérage de la douleur et sa prise en charge dans le champ du handicap, en particulier en ce qui concerne le polyhandicap et le handicap psychique.

Cependant les patients porteurs de handicap sont des populations particulièrement exposées et vulnérables à la douleur des soins. Quelles que soient les causes du handicap (patient cérébro-lésés, blessés médullaires, polytraumatisés etc.) ils subissent un nombre important d'actes potentiellement douloureux, que ce soit à domicile ou en hospitalisation.

Même si dans certains cas il y a des déficits sensitifs partiels ou complets, des douleurs peuvent malgré tout être ressenties. Même les soins d'hygiène et de vie se révèlent problématiques du fait du handicap, car de courants quand on est bien portant, ces soins de base deviennent pourvoyeurs de douleurs quand il s'agit de les réaliser chez un patient handicapé. Ces patients doivent faire l'objet d'une attention particulière dans l'évaluation et la prise en charge de douleurs existantes et/ou induites mais également dans la prévention.

Il faut, en effet, absolument prévenir par des actions et des soins adaptés, l'apparition de pathologies potentiellement douloureuses auxquelles sont particulièrement exposés les patients handicapés.

8 – évaluation de la douleur

Il existe deux types d'évaluation pour le patient douloureux :

- ⇒ *L'auto évaluation qui requière de sa part la pleine possession de ses capacités verbales, cognitives et sensitives.*
- ⇒ *L'hétéro évaluation qui est utilisée pour des personnes qui ont des déficits plus ou moins importants au niveau de leur capacité à communiquer.*

S'agissant de l'auto évaluation :

Différents supports sont utilisés

- *Le schéma corporel est le schéma d'un corps humain sur lequel le patient localise les différents endroits qui le font souffrir*
- *Le questionnaire qualitatif de la douleur est un document comportant un certain nombre d'adjectifs à partir desquels le patient peut décrire sa douleur*
- *L'échelle verbale simple (EVS) permet d'apprécier la douleur ressentie par le patient par paliers : (absence de douleur 0, douleur faible 1, modérée 2, intense 3, atroce 4)*
- *L'échelle numérique (EN) consiste à demander au patient de donner une note de 0 à 10 à sa douleur ressentie*
- *L'échelle visuelle analogique (EVA) est une règlette qui permet au patient d'auto évaluer sa douleur ressentie au moyen d'un curseur (voir annexes)*

S'agissant de l'hétéro évaluation :

La douleur est très fréquente chez la personne âgée en particulier lors des soins de nursing. L'évaluation est souvent insuffisante chez la personne ayant des difficultés de communication ; il en résulte une mauvaise prise en charge antalgique et une réalisation difficile des soins. L'évaluation de la douleur du sujet âgée ayant des difficultés de communication verbale nécessite d'abandonner la simple démarche subjective et amène à l'utilisation d'échelles d'évaluation :

- *L'échelle comportementale de la personne âgée (ECPA) est un des outils validés qui amènent un diagnostic de la douleur par observation du comportement (voir annexes)*

- *L'échelle DOLOPLUS* s'applique également aux patients présentant des troubles au niveau des fonctions supérieures et qui ne peuvent exprimer leur douleur (voir annexes)
- *L'échelle ALGOPLUS* est plus particulièrement réservée à l'évaluation des douleurs aiguës des patients âgés (voir annexes).

Limites des échelles d'évaluation chez la personne âgée

Echelles d'auto-évaluation

Echelle visuelle analogique : non compréhension du rapport entre l'intensité de la douleur et le fait de déplacer un curseur sur une réglette

Echelles verbales simples :

- influence des proches sur le choix des réponses
- suspensions de surestimation ou de sous-estimation des scores par les soignants

Echelles d'hétéro-évaluation

Ces échelles permettent de répondre à la question : cette personne âgée a-t-elle mal ? La douleur étant individuelle, il importe de suivre l'évolution des scores chez un même patient au fil du temps.

Pour conclure :

L'évaluation doit être incluse dans un échange. La quantification de la douleur n'épuise pas l'évaluation de toutes les composantes présentes dans la douleur. Une utilisation systématique des outils d'auto-évaluation, sans prise en charge globale pourrait faire de la douleur une constante biologique comme les autres et abolir le lien irréductible entre douleur et personne.

9° les paliers et les traitements de la douleur

Traitements médicamenteux

Les antalgiques restent la clé de voûte du traitement de la douleur pour des raisons évidentes : facilement disponibles, efficacité prouvée, utilisation pratique. Ils sont prescrits selon l'intensité de la douleur ressentie :

Palier 1 : traitement de douleurs de faible intensité : antalgiques non opioïdes (paracétamol anti-inflammatoires non stéroïdiens....)

Palier 2 : traitement des douleurs légères à modérées :(codéine, tramadol....)

Palier 3 : traitement des douleurs très intenses : analgésiques opioïdes forts (morphine....)

Si le but de la prise en soin est le bien-être de la personne, les médicaments qui visent à améliorer son confort ont une place éminente. Mais il est bon de rappeler ici que le meilleur traitement de la douleur est celui de sa cause. Trop souvent les nausées et le météorisme que provoquent les traitements antalgiques sont aussi pénibles qu'une douleur modérée

Traitements non médicamenteux (principalement douleurs chroniques)

De nombreux malades ne sont pas satisfaits par une utilisation prolongée des antalgiques soit qu'ils perdent à la longue de leur efficacité, soit qu'ils sont à l'origine d'effets secondaires mal tolérés.

De multiples méthodes non médicamenteuses se sont développées depuis de nombreuses années, elles font appel à des techniques issues de spécialités différentes notamment :

- La médecine de rééducation
- La cryothérapie et la thermothérapie
- Les massages
- La neurostimulation transcutanée
- L'hypnose
- L'acupuncture
- La mésothérapie
- La radiothérapie antalgique
- Les techniques neurochirurgicales de traitement de la douleur

Dans la pratique, ces techniques ne sont pas exclusives d'autres traitements médicamenteux ou physiques. Elles s'intègrent le plus souvent de façon homogène à d'autres thérapeutiques, lorsque celles-ci sont indiquées.

En résumé, la prise en charge de la douleur reste une question d'hommes, de sensibilité et de volonté. Celle des patients d'accepter d'en parler et celle des soignants d'accepter d'en tenir compte, de reconnaître la réalité de cette souffrance.

Liens internet utiles pour le traitement de la douleur :

L'observatoire de la douleur

L'association internationale Ensemble contre la douleur

Maladie de Lyme :

Association France Lyme : (www.francelyme.fr)

Chronimed : chronimed.over-blog.com