

# la douleur



## 1<sup>re</sup> partie : évaluation, démarche, palier I

La douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». Cette définition souligne son caractère intrinsèquement subjectif et le manque de corrélation entre la douleur et la lésion. Dans un contexte de soins palliatifs, la douleur est liée à l'évolution d'une maladie incurable, à une complication, à un traitement ou à une comorbidité.

### ÉVALUATION — DÉMARCHÉ

## Quelles questions dois-je me poser pour évaluer une douleur ?

L'évaluation est la clé du traitement antalgique. Prenez le temps de la réaliser avec rigueur, en vous aidant éventuellement de la checklist au verso de cette fiche. **Recherchez systématiquement la présence d'une douleur** chez tout malade atteint d'une affection incurable (certains ne signalent pas spontanément qu'ils ont mal). Privilégiez l'auto-évaluation, interrogez le patient chaque fois que possible (intensité et description de sa douleur).

Lors de l'évaluation auprès d'un **patient non communicant**, soyez attentif (ve) aux comportements suggestifs d'une douleur, tenez compte de l'observation des proches et des

soignants, distinguez la douleur des autres sources potentielles de détresse (anxiété, delirium, etc.) Faites un test thérapeutique en cas de doute.

Aidez-vous d'**échelles validées** telles que celles mises à votre disposition dans la boîte à outils de [Palliaguide](#).

Répétez régulièrement l'évaluation.

Pensez à recenser les mesures qui ont déjà été prises à titre antalgique, ainsi que leur efficacité et les effets indésirables rencontrés.

Afin de mieux **orienter votre choix thérapeutique**, veillez à :

- Identifier la cause et le (les) mécanisme(s) physiopathologique(s) (douleur nociceptive, neuropathique, mixte) par un examen clinique, neurologique et si nécessaire des examens complémentaires.

- Relever tous les éléments qui vous permettront d'individualiser votre traitement : priorités du patient, projet thérapeutique global, pronostic vital, insuffisance rénale et hépatique, cachexie, comorbidités, âge, médications en cours, etc.
- Inviter le patient et ses proches à nommer leurs représentations, leurs attentes (par exemple, le degré de soulagement attendu) et leurs craintes à l'égard de la douleur et du traitement antalgique.

## Quelle démarche dois-je adopter pour choisir le traitement ?

### 1. Choisissez l'antalgique en vous appuyant sur l'échelle de l'OMS :

- Douleur de faible intensité (EVA < 4) : choisir un antalgique du palier I (non opioïde).
- Douleur d'intensité modérée (EVA entre 4 et 6) ou non soulagée par un antalgique non opioïde administré à la dose maximale : choisir soit un antalgique du palier II (par exemple tramadol), soit du palier III (par exemple morphine) avec une faible dose de départ.
- Douleur de forte intensité (EVA > 6) ou non soulagée par un opioïde du palier II administré à la dose maximale : choisir un opioïde du palier III. Référez-vous à la fiche → « **Soulager la douleur – 2<sup>e</sup> partie** ».

2. **Associez des médicaments adjuvants** aux antalgiques de l'échelle OMS chaque fois qu'il existe une indication spécifique (par exemple, en cas de douleur neuropathique ou osseuse) et que le produit est efficace et bien toléré, avec l'objectif d'améliorer la balance entre l'efficacité et les effets indésirables.

### 3. Choisissez la voie d'administration la moins invasive possible :

- **Privilégiez la voie orale** : formes à libération contrôlée (longue durée d'action) pour le traitement antalgique de fond ; formes à libération immédiate (courte durée d'action) pour les entredoses et les titrations complexes (douleur très intense ou difficile à soulager).
- **Pensez à la voie transdermique pour une**

**douleur stable**, particulièrement chez un patient polymédiqué, peu compliant, ou présentant des troubles de la déglutition ou digestifs.

- Envisagez une voie parentérale si les voies orale et transdermique sont contre-indiquées :
  1. préférez la voie sous cutanée (efficace, simple et bien tolérée)
  2. évitez si possible la voie intramusculaire (plus douloureuse)
  3. réservez la voie intraveineuse aux urgences ou aux cas suivants : troubles de la coagulation, anasarque, volume à injecter important ou autre contre-indication à la voie sous-cutanée
  4. limitez l'utilisation de la voie rectale peu appréciée par la plupart des patients et contre-indiquée en cas de lésions ano-rectales ou de risque de saignements

4. **Lorsque la douleur est continue**, administrez les antalgiques de façon systématique et à horaire fixe (dose de fond) afin d'éviter la réapparition du symptôme, et tenez compte de la durée d'action du produit pour fixer l'intervalle d'administration.

**Attention :** pour préserver leur action prolongée, les préparations orales à libération contrôlée ne peuvent être ni coupées, ni écrasées, ni croquées, ni sucées.

**Prévoyez toujours des entredoses** (doses d'appoint, « si nécessaire ») pour soulager les épisodes douloureux qui surviennent malgré la prise systématique d'antalgiques.

**Anticipez les douleurs liées à un geste douloureux** (toilette, mobilisation, soins de plaie, ponction, etc.) en administrant un antalgique avant le geste (tenez compte du délai d'action du produit pour fixer l'heure d'administration), associez une prise en charge de l'anxiété (explication, relaxation, anxiolytiques) et des anesthésiques locaux éventuels.

5. **Anticipez et traitez systématiquement les effets secondaires induits par les antalgiques, notamment par les opioïdes (constipation, nausées, etc).**

## Antalgiques du palier I

Antalgiques non opioïdes aux propriétés analgésiques et antipyrétiques. Ils sont utilisés en monothérapie pour les douleurs de faible intensité et peuvent être associés à un autre antalgique (palier I, II ou III) pour les douleurs plus intenses.

### Paracétamol (po iv ir)

Bon index thérapeutique. Hépatotoxicité dose-dépendante.

### Délai et durée d'action :

- voie orale : agit après 30 à 60 min durant 4 à 6 h
- voie parentérale : agit après 10 à 15 min durant 4 à 6 h

### Dosage :

- 500 mg à 1g, 3 à 4 x/jour po iv
- 600 mg, 3 à 4x/jour ir
- dose max : 4 g/jour (1 g par prise) po iv

↓

### Points d'attention :

Réduire la dose de 25 à 50% chez le patient âgé, alcoolique, malnutri, dont le poids est inférieur à 50 kg, ou présentant une altération de la fonction hépatique ou rénale (FG < 10 ml/min). Prudence avec les comprimés effervescents en cas d'insuffisance cardiaque ou rénale (apport en NaCl).

### Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

Utiles dans la douleur inflammatoire, fréquemment utilisés dans les douleurs liées aux métastases osseuses (sans preuve formelle d'efficacité). Effets indésirables fréquents et potentiellement graves.

Pas de différence d'efficacité entre les AINS mais grande variation interindividuelle. Choisir l'AINS le moins toxique possible, à la dose la plus faible possible, durant le moins de temps possible :

- 1<sup>er</sup> choix : ibuprofène (1200 mg/jour po en 3 prises)

- tenir compte du profil de toxicité individuel pour choisir un autre AINS. Pour une douleur superficielle et bien localisée, penser aux formes locales (patch ou gel transdermique), surtout chez le patient âgé ou fragile

Ne jamais associer deux AINS différents (pas de gain d'efficacité mais toxicité accrue).

### Métamizole (po iv sc)

Habituellement considéré comme un analgésique de 2<sup>e</sup> choix en raison du risque (rare) d'agranulocytose.

### Délai et durée d'action :

- voie orale : agit après 45 à 60min durant 6 à 8 h
- voie parentérale : agit après 15 à 20min durant 6 à 8 h

### Dosage :

- 500mg à 1g, 3 à 4x/jour po iv
- Dose max : 4g par jour po iv

↓

### Points d'attention :

Réduire la dose chez le patient présentant une altération de la fonction hépatique ou rénale. Prudence lors de l'administration par voie parentérale en cas d'antécédents allergiques.

# Outil : check-list d'évaluation de la douleur

<b>Topographie</b>	→ distinguer une douleur locale d'une douleur irradiée ou référée.
<b>Intensité</b>	→ relever l'intensité de la douleur actuelle, de la douleur durant les dernières 24 heures (intensité minimale, moyenne et maximale), de la douleur au repos et lors d'une activité, en se basant prioritairement sur une auto-évaluation.
<b>Aspect qualitatif</b>	→ porter attention aux mots que le patient utilise pour décrire la douleur : certains descriptifs évoquent la présence d'une douleur neuropathique (brûlure, décharge électrique, picotements, fourmillements, etc.), d'autres reflètent le vécu affectif du patient (douleur épuisante, angoissante, énervante, etc.)
<b>Aspect temporel</b>	→ s'intéresser au mode de début et au profil évolutif de la douleur. → distinguer une douleur permanente d'une douleur récurrente ou intermittente. → distinguer un fond douloureux continu d'un accès douloureux paroxystique.
<b>Accès douloureux paroxystique (ADP ou breakthrough pain)</b>	→ noter les caractéristiques cinétiques de l'ADP : durée entre le début et le pic d'intensité maximale, durée totale de l'accès, fréquence des accès. → interroger le patient sur le caractère spontané ou provoqué (mouvement, déglutition, défécation, miction, etc.) de l'ADP.
<b>Facteurs de majoration et de soulagement</b>	→ identifier les facteurs majorant ou soulageant la douleur : mouvement, contact, frottement, chaud, froid, stress, alimentation, défécation, etc.
<b>Retentissement</b>	→ noter les retentissements de la douleur sur les activités, l'humeur, la relation avec les autres, le sommeil, l'appétit, etc.
<b>Symptômes associés</b>	→ rechercher les symptômes associés à la douleur (fièvre, toux, etc.) car ils peuvent orienter vers son étiologie.
<b>Traitement actuel</b>	→ relever les thérapeutiques antalgiques (médicamenteuses et non médicamenteuses), le mode d'administration et la posologie des antalgiques en cours et le nombre d'entredoses utilisées. → s'intéresser au degré de soulagement obtenu, aux effets indésirables, à la compliance thérapeutique.
<b>Traitements antérieurs</b>	→ faire une anamnèse détaillée des thérapeutiques antalgiques qui ont été utilisées par le passé en relevant leur durée d'utilisation, leur efficacité, leurs effets indésirables et les raisons de leur abandon.
<b>Analyse pluridimensionnelle</b>	→ s'intéresser à toutes les dimensions de la douleur : - dimension cognitive (signification de la douleur pour le patient et son entourage, connaissances et croyances envers la douleur, son expression et son traitement) - dimension affective (anxiété, dépression, etc.) - dimension sociale (contexte professionnel, familial et culturel) - dimension spirituelle (questionnement sur le sens, signification religieuse)
<b>Assuétude</b>	→ noter les antécédents d'alcoolisme, d'abus de stupéfiants et de benzodiazépines, les facteurs psychiatriques ou sociaux favorisant un usage aberrant des opioïdes.
<b>Attentes et objectifs</b>	→ demander au patient et à son entourage de préciser leurs attentes à l'égard du traitement antalgique (degré de soulagement, amélioration fonctionnelle...) afin de partager un objectif commun.

