

# Comprendre et évaluer la douleur

Extrait du livre  
*Soins palliatifs à domicile - Repères pour la pratique*  
de Godefroy Hirsch et Marie-Claude Daydé



### Une patiente douloureuse

Léa a 66 ans, elle est atteinte d'un adénocarcinome de l'endomètre métastatique au niveau péritonéal. Après un traitement par chirurgie et plusieurs lignes de chimiothérapie qui se sont avérées inefficaces, les traitements spécifiques ont été stoppés. Elle est informée de l'évolution de sa pathologie et « souhaite finir ses jours chez elle » pour « profiter de sa famille ». Elle a bénéficié d'un séjour de répit dans un service de soins de suite et de réadaptation. À son retour à domicile, sa douleur est traitée par un patch de fentanyl à 50 µg dont la dose a été récemment augmentée au vu de douleurs persistantes, et par de l'Abstral® 100 µg dont elle consomme 1 à 2 interdosages par jour.

C'est à l'occasion d'une antibiothérapie injectable pour traiter une bronchite qui la fatigue beaucoup que nous nous rencontrons. Lorsque je l'interroge sur la douleur éventuelle liée aux injections, elle me répond que celles-ci ne sont pas douloureuses. Elle me signale par contre que, malgré le traitement antalgique, des douleurs abdominales persistent. Elle a des problèmes de transit importants, en est au 5<sup>e</sup> jour sans selles et elle est de plus en plus somnolente depuis peu, ce qui l'empêche de profiter de ses petits-enfants, comme elle l'aurait souhaité.

Lorsque je lui propose l'échelle numérique pour évaluer sa douleur, elle a du mal à répondre, « étant fâchée avec les chiffres ». Je lui propose alors l'échelle verbale simple (EVS) et elle convient que sa douleur est plutôt intense. Comment la décrirait-elle ? Elle évoque une douleur « pesante » mais aussi « comme des fourmillements ». L'utilisation du questionnaire DN4 confirme un score de 5 en faveur d'une composante neuropathique de ses douleurs. Je cherche à savoir si elle a parfois des douleurs de survenue brutale, très intense et de courte durée<sup>20</sup>. Elle répond par la négative mais dit que les douleurs se « réveillent surtout quand elle se lève, ou fait sa toilette qui devient difficile ». Je lui propose une aide pour la toilette à laquelle elle consent « de réfléchir », mais aussi de prendre contact avec son médecin traitant afin de le tenir informé de l'évaluation de la douleur que nous venons d'effectuer et des effets secondaires qui la gênent.

Son médecin lui rend visite l'après-midi même et, sur la base d'un examen clinique complétant l'évaluation infirmière, propose une modification de traitement. Le patch de fentanyl est baissé à 37 µg pour tenter de limiter les effets secondaires (constipation, somnolence) pouvant être liés à l'augmentation trop rapide (doublement de la dose du patch) de la morphine transdermique. À la place de l'Abstral®, le médecin introduit des interdosages d'Actiskenan® à 15 mg avec administration toutes les 4 heures (durée d'action) si besoin et de façon systématique 1 heure (délai d'action) avant les mobilisations importantes. Comme coantalgique, il prescrit du paracétamol (1 g, 3 fois par jour) pour potentialiser l'effet des morphiniques. Pour la constipation, il propose de renforcer les laxatifs par voie orale que Léa ne prenait pas régulièrement, en insistant sur la régularité de leur prise et propose également des suppositoires d'Eductyl® au bout de 2 jours sans selles, voire des lavements de Normacol® au bout de 72 heures. Pour la composante neuropathique, il prescrit de la prégabaline (Lyrica®) 25 mg le soir pendant 2 jours puis 25 mg matin et soir.

20. Accès douloureux paroxystiques (ADP)

Trois jours après ces modifications de traitement, Léa se dit bien mieux soulagée. Elle prend les doses de morphine à libération immédiate 3 fois par jour et la toilette se passe mieux, ce qui lui permet de conserver encore un peu d'autonomie. Avant de se lever le matin, afin de moins appréhender ce moment, elle écoute de la musique classique qu'elle affectionne particulièrement et son mari a fait revenir leurs petits-enfants le mercredi car, dit-il, « quand ils sont là, elle pense moins à sa douleur ».

Prendre en charge la douleur est une priorité en soins palliatifs, car toute douleur, en particulier si elle s'inscrit dans le temps, a un retentissement et un impact sur la qualité de vie et le vécu de la personne.

Tous les acteurs ont un rôle à jouer pour permettre que le patient soit calmé au maximum. Pour le médecin en particulier, il est important d'identifier le ou les types de douleur dont souffre le patient afin de prescrire le traitement le plus approprié. L'évaluation de la douleur doit être la préoccupation de tous les acteurs, comme la surveillance de l'efficacité et de la tolérance des traitements.

Bien que les transmissions orales (directes ou par téléphone) entre les intervenants soient fréquentes, un dossier de soins<sup>21</sup> doit être mis en place au domicile afin d'améliorer la coordination des intervenants et la traçabilité des informations (évaluation de la douleur, interdosages prises par le patient, effets secondaires constatés par l'infirmière, etc.). Les prescriptions anticipées personnalisées y seront également inscrites afin d'éviter toute erreur, notamment dans les dosages des morphiniques.

---

21. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Recommandations pour la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile, juin 1997.

## Définitions et repères sur la douleur

### Définition de la douleur

La définition la plus communément utilisée de la douleur est celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP) : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en ces termes ».

### Caractère aigu ou chronique des douleurs

Classiquement, il convient de distinguer les douleurs aiguës des douleurs chroniques. Le terme de douleur chronique est employé pour des douleurs existant depuis plus de trois à six mois. Dans la pratique clinique quotidienne, cette distinction fondamentale sert de repère.

Mais pour les patients relevant de soins palliatifs, les phénomènes douloureux qui s'inscrivent dans le temps s'apparentent plus à des douleurs aiguës réitérées qu'à des douleurs chroniques. Aussi, quelles que soient leurs origines, les douleurs ont toujours un retentissement et un impact sur la vie psychique de la personne.

### Différents types de douleur

Face à un phénomène de douleur, il est important d'identifier le ou les mécanismes en cause. La physiopathologie a des implications sur l'expression clinique des douleurs, sur la démarche d'évaluation et surtout sur le type de thérapeutiques antalgiques à mettre en place.

#### ▼ Douleurs par excès de nociception

Les douleurs par excès de nociception sont dues à la mise en jeu et à l'activation des récepteurs dits « nocicepteurs » sous l'action de stimuli variés (chaleur, pression, action chimique...). Ce type de douleur correspond aux douleurs les plus fréquemment rencontrées tout au long de la vie. Elles supposent une relative intégrité des récepteurs, des voies et des centres nerveux impliqués dans la nociception. Elles sont sensibles aux traitements antalgiques habituels présentés dans ce chapitre.

#### ▼ Douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques sont initiées ou causées par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux. Elles ont pour

origine l'atteinte ou l'altération d'un ou plusieurs éléments nerveux impliqués dans la nociception. Elles peuvent être d'origine centrale (atteinte de l'encéphale ou de la moelle épinière) ou périphérique (atteinte des racines, des troncs ou des nerfs). Classiquement, les douleurs neuropathiques peuvent présenter une composante continue, à type de brûlure par exemple, et une composante intermittente, comme des décharges électriques.

Les mots employés par les patients pour décrire les sensations ressenties ne sont pas d'emblée évocateurs de douleur. Les personnes parlent fréquemment d'impression de « brûlure », de « froid douloureux », d'« élancements », de « picotements », de « décharges électriques », de « fourmillements »... Autant de mots qui peuvent passer inaperçus, car plutôt vagues, imprécis, mais qui n'en sont pas moins les témoins d'un véritable phénomène douloureux.

Lorsque le patient se plaint de telles douleurs, l'interrogatoire et l'examen somatique doivent rechercher d'autres modalités d'expression clinique :

- les dysesthésies : sensations anormales ou désagréables qui peuvent être spontanées ou provoquées ;
- l'hyperesthésie : sensibilité exagérée à une stimulation ;
- l'allodynie : douleur provoquée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur (par exemple le passage du gant de toilette sur la peau) ;
- l'hyperalgésie : amplification de la sensation douloureuse provoquée par une stimulation.

Lors de l'examen somatique, le praticien cherchera par ailleurs à objectiver des signes cliniques d'atteinte du système nerveux : hypoesthésie, modifications ou abolition des réflexes, troubles de la perception du tact épicritique... De tels signes sont en faveur d'une douleur neuropathique.

Des outils spécifiques d'évaluation des douleurs neuropathiques peuvent être utilisés pour mieux apprécier et mesurer ces douleurs, en particulier le questionnaire DN4 (disponible sur [www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr), Centre national de ressources de lutte contre la douleur).

Le traitement des douleurs neuropathiques fait appel à des antalgiques spécifiques, notamment des médicaments de la classe des antidépresseurs et des antiépileptiques.

**À retenir sur les douleurs neuropathiques**

- L'expression clinique des douleurs neuropathiques est polymorphe mais souvent assez vague ou étrange.
- L'attention envers les mots employés par le patient est fondamentale.
- Penser toujours à l'éventualité d'une douleur neuropathique ou d'une composante neuropathique d'un phénomène douloureux, surtout si celui-ci persiste malgré un traitement antalgique habituel : la douleur neuropathique, même si on y pense toujours, on n'y pense encore jamais assez !
- Des signes cliniques d'atteinte du système nerveux ou des causes potentielles d'atteinte de celui-ci sont en faveur de l'existence de douleurs neuropathiques.

**▼ Douleurs d'origine psychogène**

Les douleurs d'origine psychogène ont pour caractéristique de ne pas avoir de substratum anatomique clair en l'état actuel de nos connaissances. Elles sont considérées comme prenant probablement leur origine dans la dimension psychique de l'individu. Elles existent plus particulièrement dans certains tableaux ou situations cliniques qu'il faut donc rechercher : les névroses hystériques (notamment lors d'une conversion), les dépressions masquées, l'angoisse majeure...

Ces douleurs ne sont pas de « fausses douleurs » ni des « douleurs psychologiques ». Il existe un véritable mal-être de la personne. L'équilibre entre la dimension corporelle et psychique est souvent très perturbé et la souffrance psychique peut être intense. Ce n'est pas parce que le clinicien ou la médecine ne comprennent pas ou n'expliquent pas ces douleurs avec leurs outils habituels, que ces douleurs doivent être considérées comme secondaires ou négligeables.

**À retenir sur les douleurs psychogènes**

- La personne peut être profondément souffrante dans sa dimension psychique.
- Réduire l'attitude soignante à « c'est dans votre tête que cela se passe » ou « vous êtes déprimé » peut être délétère pour le patient et pour la relation avec lui.
- La prise en charge de ces authentiques situations de souffrance fait peu appel aux thérapeutiques mais plutôt à une approche globale, notamment psychologique et sociale.

## ▼ Douleurs particulières et fréquentes

### Douleurs d'origine viscérale

Les douleurs d'origine viscérale associent souvent une composante par excès de nociception, une composante neuropathique portée par le système nerveux autonome et parfois une composante inflammatoire. Leur expression clinique est très variable. Les personnes parlent en effet peu de douleur mais plutôt de « gêne », de « pesanteur », d'impression de « tension » ou « compression », d'« élancements », de « spasmes ». Elles sont incomplètement soulagées par les antalgiques habituels. Dans ce cas, il est possible de faire appel, de manière complémentaire, aux traitements à visée neuropathique, antispasmodique et parfois anti-inflammatoire.

### Douleurs mixtes

Dans de très nombreuses situations, notamment pour les patients relevant de soins palliatifs, en particulier ceux atteints de cancer, les douleurs sont le plus souvent mixtes, c'est-à-dire associant une composante par excès de nociception et une composante neuropathique. Le traitement antidouleur devra donc associer des antalgiques classiques et des traitements à visée neuropathique.

## Évaluer la douleur

---

L'évaluation de la douleur constitue la première étape de sa prise en charge. Il s'agit de déterminer le plus précisément possible les différentes caractéristiques et composantes du phénomène douloureux. À domicile, tous les intervenants peuvent apporter leur contribution à cette démarche ; les infirmières et les aides-soignantes, en particulier, jouent un rôle important.

Un moyen mnémotechnique simple pour structurer la démarche d'évaluation de la douleur est d'utiliser le principe des 4 questions :

- Où ?
- Quand ?
- Comment ?
- Combien ?

L'examen clinique complète les données recueillies.

Découvrez la suite en commandant l'ouvrage [sur notre site](#) !