

# L'EVALUATION DE LA DOULEUR PAR L'INFIRMIERE EN CANCEROLOGIE



# LA DOULEUR

## HIER

- Une Fatalité
- Sous estimée
- Ignorée

## AUJOURD'HUI

- Donnée Majeure de la pratique des soins
- Une priorité Nationale

## OBJECTIFS SOIGNANTS

La reconnaître, l'entendre, l'évaluer,  
connaître l'utilisation des antalgiques

# ASPECTS REGLEMENTAIRES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (1)

- Prise de conscience : 1993;
- Obligations et responsabilités des directeurs d'établissements: Depuis le 4 février 1995, la loi française demande aux établissements de soins la mise en oeuvre de moyens propres à la prise en charge de la douleur;
- Politique nationale : Trois plans de lutte contre la douleur élaboré depuis 1998;
- Obligations et responsabilités des soignants : Les médecins et les infirmières sont tenus par leurs règles professionnelles de prendre en charge la douleur des patients en toutes circonstances;

# ASPECTS REGLEMENTAIRES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (2)

➤ Charte du patient hospitalisé : Article 2 de la circulaire DGS/DH n°95-22 du 6 mai relative aux droits des patients hospitalisés:

*« Au cours des traitements et des soins la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. »*

# CONSCIENCE MORALE

*« La douleur est un phénomène individuel  
monstrueux et non une loi de l'espèce.*

*Un fait de maladie.*

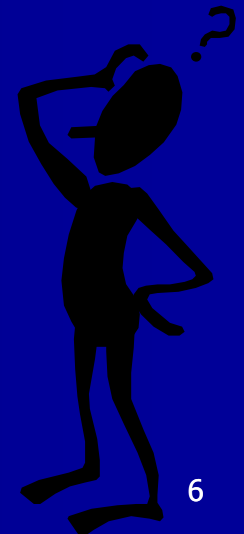
*Un désordre que ses conséquences ne nous  
permettent pas de contempler avec détachement,  
avec lequel nous ne devons pas composer, qu'il faut  
chercher à mieux connaître pour le mieux  
combattre.»*

*Le Dr LERICHE (Neurochirurgien) 1913*

# DEFINITION

Selon l'Association Internationale de  
l'Etude de la Douleur

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



La douleur se définit comme un vécu, un phénomène subjectif et que toute douleur est pluridimensionnelle avec :

- Une composante sensori-discriminative;
- Une composante affective et émotionnelle;
- Une composante cognitive;
- Une composante comportementale;



# DOULEURS AIGÜES

- Durée : < à 3 mois;
- Origine : elles relèvent toujours d'un dégat tissulaire et témoignent de la stimulation nociceptive qu'il provoque;
- Caractéristiques : manifestations neuro-végétatives (tachycardie, HTA, sudation...), engendrent de l'anxiété;
- Douleurs rapidement soulagées par un traitement antalgique simple;

# DOULEURS CHRONIQUES

➤ Durée : > à 3 mois;

➤ Origine : Elles sont plurifactoriels c'est-à-dire qu'elles peuvent relever d'une stimulation nociceptive durable et/ou d'une lésion du système nerveux et/ou d'une psychopathologie;

➤ Caractéristiques : peu ou pas de manifestations neuro-végétatives. Elles ont souvent un retentissement sévère au niveau cognitif, émotionnel et fonctionnel (approche à la fois somatique et psycho-social);

➤ Douleurs difficiles à soulager et le traitement se fait sur du long terme;

# DOULEURS INCIDENTES ( BREAKTHROUGH PAIN )

- Exacerbations douloureuses généralement sévères, de courte durée, chez des patients douloureux chroniques bien contrôlés;
- Origine : neuropathiques, nociceptives ou mixtes;
- Elles sont difficiles à traiter du fait de leurs survenues rapides et transitoires;

# DOULEURS PAR EXCES DE NOCICEPTION

➤ Conséquence d'une activation des terminaisons nociceptives par un processus pathologique.

Elles peuvent être somatiques et/viscérales:

➤ Les douleurs somatiques (peau, muscles, squelette) : continues, bien localisées, décrites comme une sensation de pesanteur, de distension, de contusion et facilement reproductibles par la mobilisation et la palpation;

➤ Les douleurs viscérales : difficiles à localisées, souvent projetées (perçues à distance du viscère atteint), décrites comme étant tranchantes, en crampe ou colique, comme un poids ou en étau, irradiants...

# DOULEURS NEUROPATHIQUES

- Secondaires à une atteinte ou un dysfonctionnement du système nerveux central et/ou périphérique;
- Décrites comme des dysesthésies douloureuses continues (brûlures, picotements) et/ou des dysesthésies paroxystiques (décharge électrique, douleur lancinante);

# DOULEURS MIXTES

- Elles impliquent des composantes nociceptives et neuropathiques;

# DOULEURS PSYCHOGENES

- Vécues et ressenties comme les autres, mais provoquées par le psychisme.
- Ne pas négliger ce type de douleur car la somatisation peut engendrer des répercussions physiques importantes.

# LA DOULEUR CANCEREUSE ( 1 )

- 50% des patients atteints de cancer souffrent de douleurs et ce chiffre augmente considérablement pour les patients en fin de vie.
- Le plus souvent liées à la tumeur mais elles peuvent être également provoquées par les traitements anti-cancéreux, les procédures diagnostiques et thérapeutiques.
- Dans 75 à 80% des cas, la douleur est un symptôme majeur de révélation de la maladie cancéreuse. L'importance de cette information permet de mieux comprendre la place que peut jouer une récurrence ou une persistance de douleur sur le mental du patient.

# LA DOULEUR CANCEREUSE ( 2 )

Connaître les principaux syndrômes douloureux rencontrés au cours de la maladie

## ➤ Douleurs liées à l'extension tumorale:

- Les douleurs osseuses ;
- Les douleurs liées à des lésions néoplasiques ;
- Les douleurs viscérales ;
- Les atteintes du système nerveux central;
- Les douleurs dues à la sécrétion de substances anormales;

## ➤ Douleurs liées aux thérapeutiques:

- Les douleurs post chimiothérapiques
- Les douleurs post-radiothérapiques ;
- Les douleurs post chirurgicales;

# LA DOULEUR CANCEREUSE (3)

## › Les douleurs « nosocomiales »

Ces douleurs sont induites par le personnel médical et paramédical lors de soins tels que les ponctions, les biopsies, les examens radiologiques...

# EVALUATION DE LA DOULEUR

- Indissociable de l'approche globale de la personne atteinte de cancer.
- *Subjectivité* → Pratique complexe de la prise en charge de l'infirmière

Le patient est le seul expert pour évaluer sa douleur.

- Expression d'une douleur → EVALUATION
- Besoin de connaissances pour la "reconnaitre".

# POURQUOI EVALUER LA DOULEUR ?

- Identifier les malades douloureux;
- Améliorer la communication et la relation entre patient/soignants, soignants/soignants

*Valeur relationnelle importante pour le patient qui se sent reconnu dans sa plainte*

- Prendre la décision thérapeutique adaptée;
- Contrôler l'efficacité des traitements instaurés;
- Avoir une cotation de base et une trace d'évaluation de la douleur dans le dossier patient;

# OBJECTIFS DE L'EVALUATION

- Déterminer l'étendue et la cause des lésions
- Identifier les mécanismes physiopathologiques
- Déterminer le type et l'intensité de la douleur
- Identifier les facteurs contributifs: co-morbidité, facteurs psycho-sociaux
- Evaluer l'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient
- Déterminer des facteurs de complexité (effets secondaires, addiction à la morphine, douleurs réfractaire aux antalgiques)
- Trouver le traitement antalgique efficace
  - *Faire de l'évaluation un critère de surveillance au même titre que les autres*

# QUAND EVALUER LA DOULEUR ?

- Dès qu'un patient exprime une douleur
- A l'arrivée du patient dans un service, en consultation;
- Au moins une fois par équipe (elle peut se faire lors de la prise des signes vitaux);
- Dans l'heure qui suit l'instauration ou la modification d'un traitement antalgique pour voir l'efficacité de celui-ci;
- Avant et après chaque administration d'antalgique;
- Avant, pendant et après tous gestes/mobilisations/examens potentiellement douloureux;

# COMMENT EVALUER LE DOULEUR ? (1)

- › La qualité de l'évaluation de la douleur repose sur la richesse des informations recueillis auprès du patient;
- › C'est une démarche d'équipe;
- › L'évaluation initiale comporte trois composantes essentielles:
  - Une évaluation qualitative
  - Une évaluation quantitative
  - Une évaluation multidimensionnelle

# L'EVALUATION QUALITATIVE (1)

Entretien dont l'objectif est de recueillir un maximum d'informations sur la douleur:

- **Histoire de la maladie cancéreuse** : connaissance du patient quant à sa maladie, la découverte de celle-ci, et son vécu
- **Histoire de la douleur** : date d'apparition, modalités d'apparition, l'évolution dans le temps, existence d'un traitement antalgique antérieur (efficacité, tolérance)
- **Localisation de la douleur** : demander au patient de montrer l'endroit où il ressent la douleur, est elle irradiante ? utiliser un schéma corporel

# L'EVALUATION QUALITATIVE (2)

- **Caractéristiques de la douleur** : demander au patient de décrire avec ses propres mots la douleur qu'il ressent, si besoin l'aider en lui suggérant des qualificatifs tels que brûlures, décharge électrique...
- **Périodicité de la douleur** : quand a-t-il mal ( horaires ) ? Combien de temps ? Existe-t-il des douleurs incidentes ?
- **Facteurs déclenchants et/ou aggravants** : chaud, froid, activités...
- **Facteurs de soulagement** : position, massage, l'écoute...
- **Retentissement sur les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie** : trouble du sommeil, perte de l'appétit, isolement social, difficultés familiales, impact sur l'activité professionnelle et extra professionnelle...

# L'EVALUATION QUANTITATIVE

Elle vise en toute logique à quantifier l'intensité de la douleur.

- › Lors de cette évaluation, le patient est interrogé sur :
  - L'intensité de sa douleur au moment de l'évaluation;
  - L'intensité de sa douleur habituelle;
  - L'intensité la plus forte de ces derniers jours;
- › Par le patient lui même (auto-évaluation): à l'aide d'une échelle soit visuelle analogique ( EVA ), soit numérique (EN), soit verbale ( EV ).
- › Si le patient est dans l'incapacité de s'auto-évaluer alors le soignant aura recours à des outils d'hétéro-évaluation.

# L'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE

## La souffrance totale

(OMS, Twycross, C. Saunders)

- perte de la position sociale
- perte du prestige et du revenu professionnel
- perte du rôle dans la famille
- sensation d'abandon
- Fatigue chronique et insomnie
- Modification de l'image corporelle

### DEPRESSION

- tracasseries administratives
- amis qui ne font pas de visites
- retard dans le diagnostic
- médecins inaccessibles
- irritabilité
- échec thérapeutique

### ORIGINE SOMATIQUE

- Pathologie cancéreuse
- pathologie non-cancéreuse associée
- effets secondaires du traitement



### ANXIETE

- crainte de l'hôpital
- inquiétude au sujet de la famille
- crainte de la mort
- préoccupations spirituelles
- crainte de la douleur
- finances de la famille
- perte de dignité et contrôle corporel
- incertitude vis à vis de l'avenir

### EXASPERATION

# OUTILS D'EVALUATION ( 1 )

## ➤ Echelle Visuelle Analogique

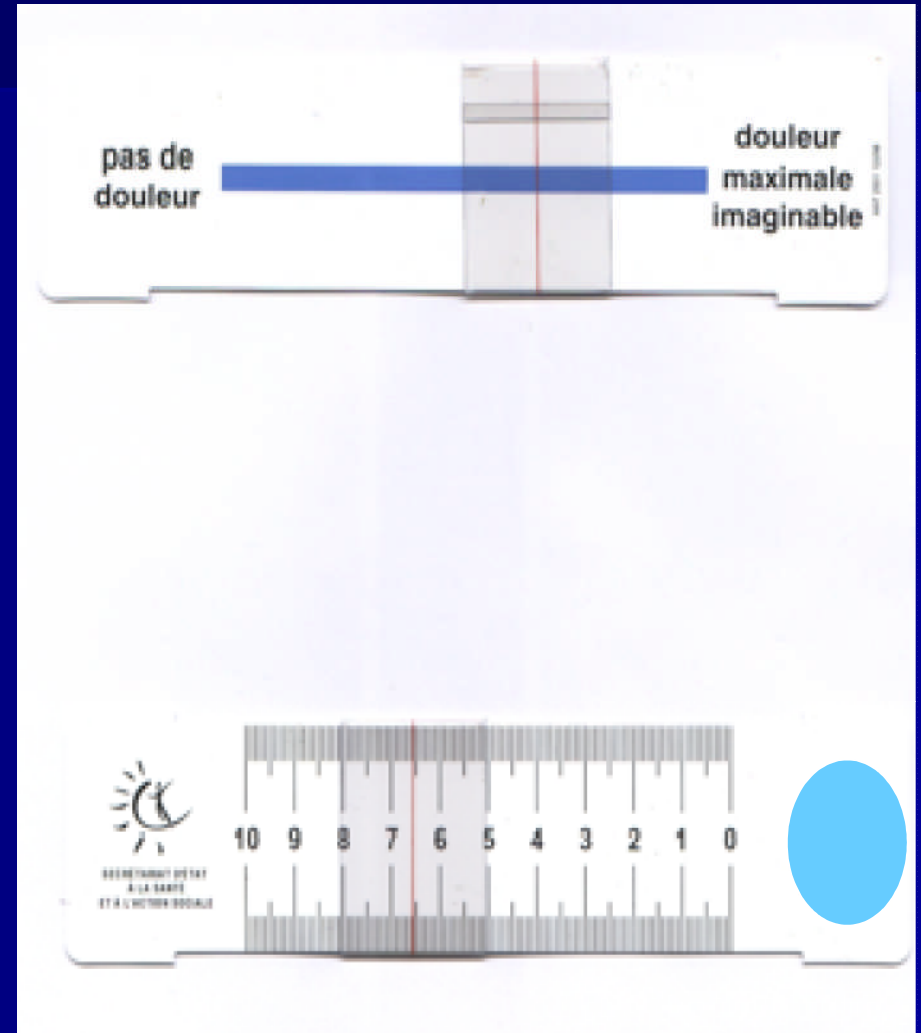
- Réglette à présenter

horizontalement en montrant le côté sans chiffres;

- Expliquer que la réglette représente l'intensité de la douleur, avec pas de douleur d'un côté et douleur maximale imaginable de l'autre:

- Déplacer le curseur pendant votre explication pour illustrer vos propos.

- Toujours replacer le curseur sur 0 avant demander : "*Pouvez-vous me montrer l'intensité actuelle de votre douleur?*" »



# OUTILS D'EVALUATION (2)

## › Echelle Numérique

Pas de Douleur

Douleur Maximale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie pas de douleur et 10 signifie la douleur maximale imaginable, à combien coteriez vous votre douleur actuelle ?

# OUTILS D'EVALUATION ( 3 )

## Echelle Verbale Simple

Demander au patient le niveau de sa douleur à l'instant présent en lui citant les différents niveaux d'intensité

suivants :

- 0 : Pas de douleur
- 1 : Douleur faible
- 2 : Douleur modérée
- 3 : Douleur intense
- 4 : Douleur extrêmement intense

# OUTILS D'EVALUATION (4)

Pour l'hétéro-évaluation, il existe deux échelles **Doloplus** et **Algoplus**.

- **Doloplus**: créée en 1992, validée en 1999 permet l'évaluation de la douleur chronique chez la personne âgée ayant des troubles de la communication.
- **Algoplus**: validée en 2007, elle permet d'évaluer la douleur plus rapidement car moins d'items et plus simple d'utilisation.

# QUELQUES CONSEILS (1)

L'évaluation repose sur plusieurs points :

- *"La douleur existe telle que le patient la décrit, au moment où il la décrit" P. Poulain;*
- Consacrer du temps à l'évaluation: Prendre le temps d'écouter une douleur, c'est assurer une bonne antalgie, rapide et efficace du patient;
- L'évaluation de la douleur fait partie intégrante des soins et doit être un critère de surveillance au même titre que les autres;
- Utiliser les outils d'évaluation mis à disposition dans votre service.

"

## QUELQUES CONSEILS (2)

- Le meilleur outil d'évaluation de la douleur n'est pas celui que vous choisirez mais celui qui convient le mieux au patient. Chaque soignant utilisera le même outil pour un même patient.
- Avant de débiter l'évaluation toujours informer le patient des objectifs de celle-ci et surtout le former sur l'utilisation des outils.
- Privilégier l'auto-évaluation à l'hétéro-évaluation car le patient se sentira acteur de sa prise en charge et aussi parce que les échelles d'hétéro-évaluations ne sont pas simples à utiliser.

# QUELQUES CONSEILS (3)

- Evaluer régulièrement la douleur: l'efficacité ou non de l'antalgie instaurée, constater d'éventuels effets secondaires ( constipation, nausées, somnolence..) et réadapter le traitement instauré si nécessaire.
- Ne pas oublier que il existe des douleurs induites par NOS soins;
- Approche pluriprofessionnelle de la prise en charge de la douleur: transmissions orales et écrites de l'information afin d'assurer la continuité de prise en charge;
- Ne pas oublier que la douleur à d'autres composantes que physique.
- Etre attentif à l'aspect psychologique.
- Ne pas hésiter à faire appel à l'unité d'analgésie de nos établissements .

# CONCLUSION



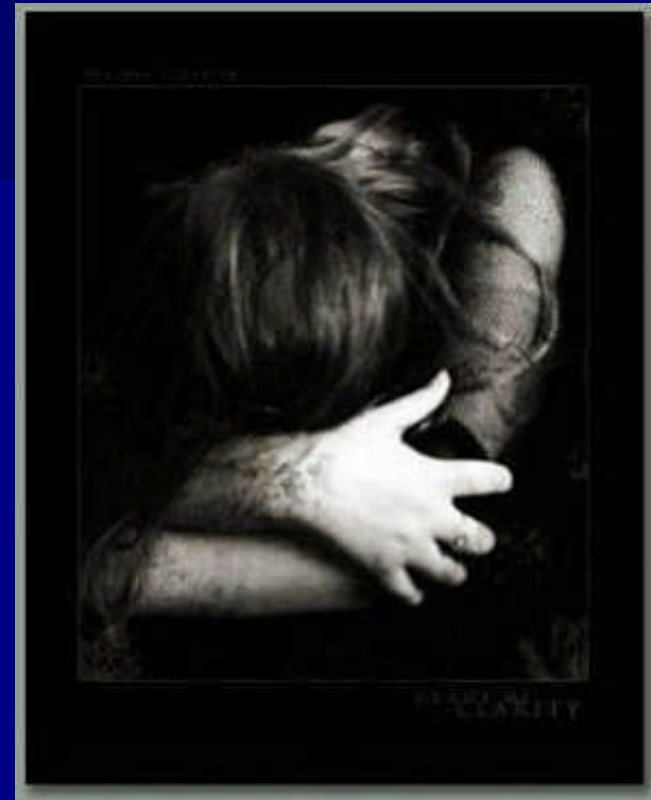
L'évaluation soignante de la douleur c'est:

- Avoir des connaissances ad-hoc
- Reconnaître son existence
- Utiliser le bon outils, pour le bon patient

C'est un SOIN GAGNANT !!



**N'ATTENDONS PLUS...**



**EVALUONS LA DOULEUR DE TOUS  
NOS PATIENTS**