

4-Douleurs, accompagnement de fin de vie

✧ I. Introduction

Les soins palliatifs concernent des personnes confrontées à des maladies graves, évolutives, ou terminales. L'objectif principal de ces soins est d'atténuer non seulement les douleurs physiques et autres symptômes, mais également de prendre en considération la souffrance psychologique, sociale, et spirituelle. Cette approche interdisciplinaire des soins palliatifs et de l'accompagnement vise à traiter le patient dans sa globalité, intégrant sa famille et ses proches, que ce soit à domicile ou en institution. Il est impératif de souligner l'importance de la formation et du soutien continu des professionnels de la santé dans la dispensation de ces soins complets.

Intérêt des soins palliatifs

Plusieurs études ont montré que les soins palliatifs commencés tôt :

- Améliorent la qualité de vie
- Augmentent l'espérance de vie
- Diminuent le nombre de dépressions
- Evitent les traitements disproportionnés et les hospitalisations non programmées
- contribuent à limiter les dépenses de santé

Patients concernés

Toutes les personnes approchant de leur fin de vie et qui sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes

- État général précaire associé à des comorbidités graves
- Maladie grave, évolutive, potentiellement mortelle ;
- Risque de mourir d'une complication aiguë survenant au cours d'une maladie préexistante
- Pronostic vital menacé par une affection aiguë causée par des événements soudains et catastrophiques

✧ II. La douleur

II.1. Epidémiologie

La douleur est fréquente parmi les patients confrontés à des affections incurables, touchant une proportion significative de la population :

Plus de 75% des patients atteints d'un cancer avancé sont concernés.

Plus de 50% des patients souffrant de pathologies non cancéreuses évoluées éprouvent de la douleur.

Les maladies courantes responsables de douleurs chroniques chez les personnes âgées comprennent

?

- ✓ Cancer
- ✓ Douleurs, accompagnement de fin de vie
- ✓ Arthrite et goutte
- ✓ Cardiopathie
- ✓ Maladie du rein
- ✓ Lésions nerveuses
- ✓ Accident vasculaire cérébral
- ✓ Zona

Cette réalité souligne l'ampleur de la prévalence de la douleur dans diverses conditions médicales graves, avec des implications importantes pour la gestion et le traitement des patients touchés.

II.2. Définition de la douleur

En septembre 2020 l'IASP a proposé une modification de la définition de la douleur qui deviendrait : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle »

La douleur, phénomène complexe, comprend quatre composantes interactives.

?

La composante sensori-discriminative	décode les messages nociceptifs, analysant la qualité, la durée, l'intensité et la localisation de la douleur.
La composante affectivo-émotionnelle	confère à la douleur sa tonalité désagréable, pouvant mener à l'anxiété et à la dépression en cas de douleur chronique.
La composante cognitive	englobe les processus mentaux influençant l'expression de la douleur, liée à l'histoire et aux expériences antérieures du patient.
La composante comportementale	est cruciale pour évaluer la douleur chez les sujets non communicants, utilisant des expressions verbales et non verbales.

?

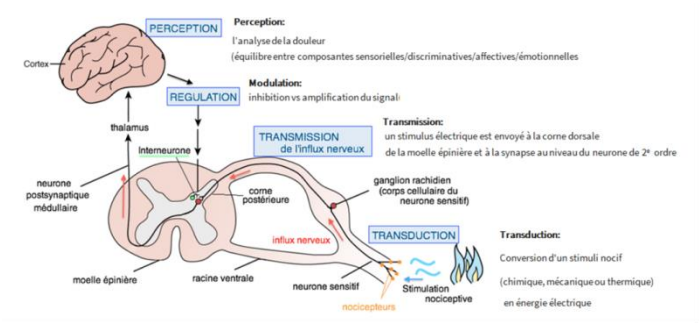
II.3. Les bases physiologiques de la nociception :

La nociception englobent quatre étapes : transduction, transmission, modulation et perception.

La transduction	convertit les stimuli nocifs en signaux électriques, impliquant des médiateurs chimiques comme la "soupe inflammatoire".
------------------------	--

La transmission	a lieu des nocicepteurs au cerveau, avec une distinction entre les fibres Aδ rapides et les fibres C lentes.
La modulation	permet à l'organisme de réguler le message nociceptif, impliquant le contrôle spinal (théorie du Portillon) et les voies inhibitrices descendantes.
La perception	survient lorsque la douleur devient une expérience consciente dans le cortex, le système limbique et le système réticulaire. Le contrôle supraspinal et les structures corticales interviennent pour inhiber la libération de neurotransmetteurs nociceptifs.

La transmission des messages nociceptifs est régulée par un équilibre délicat entre diverses influences. La douleur émerge lorsque cet équilibre bascule en faveur des stimuli excitatoires, résultant soit d'une surabondance de nociception, d'un déficit des mécanismes inhibiteurs, ou d'une combinaison des deux. Douleurs, accompagnement de fin de vie



II.4. Les types de douleurs selon le mécanisme physiopathologique

Douleur neuropathique :	Issue d'une lésion partielle ou totale des voies sensitives afférentes, elle peut être radiculaire (membre fantôme, neuropathies périphériques), médullaire, ou du tronc cérébral (AVC, lésions démyélinisantes). La diminution de l'activité des afférences primaires entraîne un dysfonctionnement du système de transmission, provoquant souvent une perte de sensation douloureuse. Cependant, chez certains individus, cette perte est accompagnée de
-------------------------	--

	douleurs spontanées
Douleur nociceptive :	Résultant d'une stimulation excessive des récepteurs périphériques par des processus lésionnels, inflammatoires, ischémiques, ou des stimulations mécaniques importantes (fracture, distension viscérale).
Douleur nociplastique :	Anciennement catégorisée comme douleur idiopathique ou fonctionnelle, la douleur nociplastique, selon l'IASP (2018), se manifeste sans lésion ni cause objective. Elle découle de la plasticité du système nerveux central, capable de modifier les mécanismes de contrôle de la douleur, générant ainsi des douleurs apparemment sans cause (Colon irritable).

?

II.5. Les variétés de douleur selon l'évolution

Plusieurs éléments contribuent à l'entretien ou à l'intensification de la douleur, tels que les tensions musculaires, l'attention portée à la douleur, l'anxiété, la démoralisation, la dépression, l'insomnie, et le stress.

Douleur Aigue = Douleur Symptôme	Douleur chronique = Douleur maladie
Courte durée	Persistante (> 3 mois)
Signe d'alarme utile, protection	Véritable maladie, inutile, destructrice
Cause unique	Plusieurs facteurs mis en jeu
antalgique classique, curatif	Prise en charge pluridisciplinaire

II.6. Évaluation de la Douleur :

L'évaluation de la douleur revêt une importance cruciale dans le processus diagnostique, oriente les choix thérapeutiques antalgiques, et permet d'évaluer l'efficacité des traitements. Malheureusement, la douleur est souvent sous-estimée par les professionnels de la santé, tandis que certains patients rencontrent des difficultés à exprimer l'intensité de leur douleur.

➤ [Echelles d'auto-évaluation](#)

Échelle Visuelle Analogique (EVA)
de 0 à 10 ou 0 à 100. Le patient nécessite une prise en charge de la douleur si EVA ≥ 4/10 (échelle de 0 à 10 en cm) ou EVA ≥ 40/100 (échelle de 0 à 100 en mm)

Échelle Numérique (EN)

de 0 à 10 ou 0 à 100. Le patient nécessite une prise en charge si

☐ EN $\geq 4/10$ (échelle de 0 à 10 en cm) ou

☐ EN $\geq 40/100$ (échelle de 0 à 100 en mm).

Échelle Verbale Simple (EVS)

Douleur absente = 0 ; douleur faible = 1 ; douleur modérée = 2 ; douleur intense = 3 ; douleur extrêmement intense = 4. Le patient nécessite une prise en charge de la douleur si

☐ EVS ≥ 2 (échelle de 0 à 4).

➤ Échelles d'Hétéro-Évaluation

Les échelles comportementales sont utilisées lorsque le rapport verbal n'est pas possible notamment chez la personne âgée :

Algoplus :	échelle de 0 à 5 / le patient nécessite une prise en charge de la douleur si le score est supérieur ou égal à 2.
Doloplus :	échelle comportant dix items cotés chacun de 0 à 3 (quatre niveaux), ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30 / un patient nécessite une prise en charge de la douleur si le score est supérieur ou égal à 5 sur 30.

➤ Echelles utilisées pour dépister la douleur neuropathique

Questionnaire DN4. 4 questions réparties en 10 items. Le diagnostic de la douleur neuropathique est porté si le score du patient est supérieur ou égal à 4/10.

II.7. La prise en charge➤ L'objectif de la prise en charge

Le traitement de la douleur chronique a pour objectif de diminuer l'intensité de la douleur, de maintenir la qualité de vie en utilisant la dose minimale de médicament nécessaire, et de réduire les risques associés à la dépression et à l'anxiété. Douleurs, accompagnement de fin de vie

➤ Principes de base pour le traitement de la douleur dans les affections incurables**Créer une alliance thérapeutique :**

Fixer un objectif réaliste pour la douleur et la fonctionnalité.
Souligner la nature subjective et multidimensionnelle de la

douleur.

Fournir des explications claires sur les antalgiques et le rôle du patient et de ses proches.

Utiliser les antalgiques de manière appropriée :

Suivre les principes pharmacologiques de base.

Proposer un support émotionnel, social et spirituel :

Adopter une approche interdisciplinaire.

Intégrer des mesures non pharmacologiques :

Mesures physiques telles que le massage, la kinésithérapie, la physiothérapie.

Approches cognitives comme l'hypnose et la relaxation.

Consulter un anesthésiste algologue :

Pour des techniques interventionnelles analgésiques

Envisager des interventions pour améliorer le pronostic vital/fonctionnel :

Ne pas négliger l'administration d'antalgiques lors d'interventions.

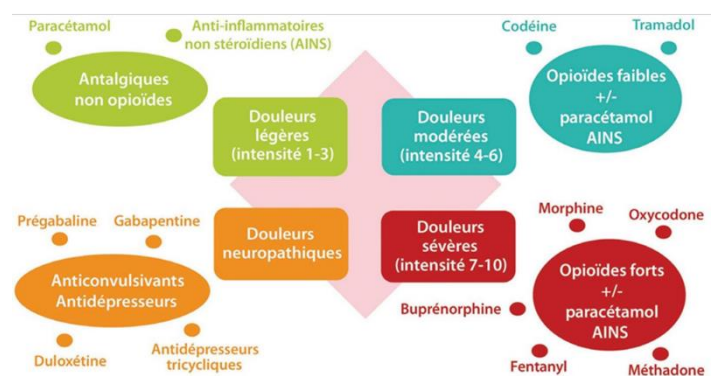
Établir une collaboration avec les autres soignants :

Assurer un suivi thérapeutique avec un plan écrit.
Disponibilité des antalgiques, instructions claires pour contacter les professionnels de la santé.

Considérer la douleur sévère comme une urgence :

Nécessitant une prise en charge immédiate.

☐

➤ Approches médicamenteuses

Douleurs, accompagnement de fin de vie

✧ Conclusion

Il ne sera jamais simple et facile de soulager efficacement la douleur du patient qui n'est plus en mesure de communiquer. L'observation des comportements est le seul outil dont on dispose pour dépister la douleur.

Tous les intervenants qui donnent des soins au patient doivent s’impliquer

L’adoption d’une démarche systématique de dépistage-évaluation-intervention réévaluation de la douleur a des chances de soulager de manière optimale

Il existe de bons outils d’observation ... il faut juste choisir un outil approprié et bien l’utiliser!

Douleurs, accompagnement de fin de vie

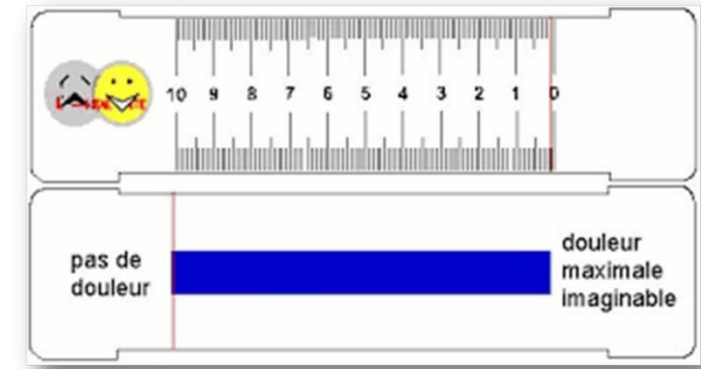
Tableau comparatif

	Nociceptive	Neuropathique	Nociplastique
Origine	Nocicepteur	Lésion du SNC ou du SNP	Perturbation du traitement de la douleur : sensibilisation centrale ou perte des contrôles descendants
Début	Dès l'agression	Souvent retardé	Non identifié
Caractéristiques	Variables Pulsatiles Lancinantes	Brûlure Décharges électriques Paresthésies - Dysesthésies	Diffus Non systématisé Caractères neuropathiques possibles
Signes associés	Anxiété	Anxiété, dépression, agressivité, troubles du sommeil, altération des relations sociales...	
Topographie	Locorégionale Site de l'agression	Systématisation neurologique (en aval de la lésion)	Diffuse (fibromyalgie) Centrée sur un organe (colopathie, cystalgie...)
Rythmicité	Facteur déclenchant Horaire mécanique ou inflammatoire	Variable Spontanée ou déclenchée	Constante, avec poussées
Examen neurologique	Normal	Troubles sensitifs Hypo-hyperalgésie Dysesthésies, allodynie	Normal
Évolution	Aiguë ou chronique	Chronique	Chronique
Traitement	Antalgiques Traitement de la cause	Antidépressifs - Antidépresseurs Prise en charge multidisciplinaire	Prise en charge multidisciplinaire modulateurs de la douleur

Tableau de correspondance des niveaux de douleur

Modalité à cocher	Score	Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur insupportable
Echelle Verbale Simple	0 - 4	0	1	2	3	4
EN ou EVA (en mm)	0 - 100	0	1 - 39	40 - 59	60 - 79	80 -100
ENS ou EVA (en cm)	0 - 10	0	1 - 3	4 - 5	6 - 7	8 -10
Autres échelles acceptées		Pas de douleur	Faible	Modérée	Forte	Insupportable

EVA



ECHELLE

ALGOPLUS

Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur rigide chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur

Heure

OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON

1 • Visage

Troucement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.

2 • Regard

Regard indifférent, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.

3 • Plaintes

« Aïe », « Ouf », « J'ai mal », gémissements, cris.

4 • Corps

Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.

5 • Comportements

Agitation ou agressivité, agrippement.

Total OUI

/5 /5 /5 /5 /5 /5

Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation

☐ Médecin

☐ IDE

☐ AS

☐ Autre

Paraph

☐ Médecin

☐ IDE

☐ AS

☐ Autre

Paraph

☐ Médecin

☐ IDE

☐ AS

☐ Autre

Paraph

☐ Médecin

☐ IDE

☐ AS

☐ Autre

Paraph

☐ Médecin

☐ IDE

☐ AS

☐ Autre

Paraph

☐ Médecin

☐ IDE

☐ AS

☐ Autre

Paraph

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :

Prénom :

DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1 • Plaintes somatiques

pas de plainte

plaintes uniquement à la sollicitation

plaintes spontanées occasionnelles

plaintes spontanées continues

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

2 • Positions antalgiques ou repos

pas de position antalgique

le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle

position antalgique permanente et efficace

position antalgique permanente inefficace

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

3 • Protection de zones douloureuses

pas de protection

protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins

protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins

protection au repos, en l'absence de toute sollicitation

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

4 • Mimique

mimique habituelle

mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation

mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation

mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (stare, figé, regard vide)

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

5 • Sommeil

sommeil habituel

difficultés d'endormissement

réveils fréquents (agitation matrice)

insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6 • Toilette et/ou habillage

possibilités habituelles inchangées

possibilités habituelles peu diminuées (généralisation mais complée)

possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels

toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprime son opposition à toute tentative

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

7 • Mouvements

possibilités habituelles inchangées

possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)

possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)

mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8 • Communication

inchangée

intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)

diminuée (la personne s'isole)

absence ou refus de toute communication

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

9 • Vie sociale

participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)

participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation

refus partiel de participation aux différentes activités

refus de toute vie sociale

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

10 • Troubles du comportement

comportement habituel

troubles du comportement à la sollicitation et/ou à l'isolement

troubles du comportement à la sollicitation et permanent

troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

0

1

2

3

COPYRIGHT

SCORE