



**RESEAU ONCORA**  
**CENTRE LEON BERARD**  
**28 RUE LAËNNEC**  
**69373 LYON CEDEX 08**

## **PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET INSTITUTIONS MEDICO- SOCIALES, EN APPLICATION DE LA CIRCULAIRE N° DGS/DH/SQ2/99-84 DU 11 FEVRIER 1999**

### **DEFINITION**

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, associé à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ».

L'application de ce protocole doit s'effectuer suite à une douleur déjà prise en charge.

On attend par la prise en charge de la douleur aigue, une douleur connue, évaluée et traitée dont seule l'intensité a augmenté.

Ce protocole ne s'applique pas si le type de douleur ou la localisation de la douleur initiale a changé.

## I. Population concernée :

- Patient âgé de plus de 15 ans et 3 mois.

## II. Indications :

- Manifestations verbales ou non,
- Manifestations physiques ou non.

## III. Pré requis :

En référence à la Circulaire n°DGS/DH/DSA/SQ2/99/84 du 11 février 1999, les équipes soignantes doivent maîtriser la connaissance et la surveillance des antalgiques.

Patient communiquant	Patient non communiquant
Prise de connaissance du dossier de soins du patient concerné	
Vérification de la prescription médicale de la douleur connue évaluée et traitée	
<u>Autoévaluation par le patient</u> :  Intensité (EVA, échelle numérique). Utilisation d'un même outil pour un même patient.	<u>Hétéro évaluation pluridisciplinaire</u> par un binôme Ex : (IDE + AS) ou (IDE + Kiné), etc.  <i>Intensité (échelle doloplus 2<sup>®</sup>)</i> Evaluation comportementale de la douleur par les cinq premiers items du retentissement somatique chez la personne.
Localisation de la douleur sur le schéma corporel Vérification que la localisation et le type de la douleur sont les mêmes que ceux connus	
Identification des facteurs déclenchant et des signes associés à la douleur (mobilisation, toilette, pansements, etc.)	
Type de douleur décrit par le patient (brûlure, picotement, etc.) et reprise des termes du patient dans le dossier de soins.	Type de douleur non exprimée (patient non communiquant).
Identification des signes cliniques associés à la douleur (sueurs, rougeur, etc.) Prise des constantes (pouls, tension, température et fréquence respiratoire)	
Interrogatoire sur le traitement antalgique pris à ce jour et de l'heure de la dernière prise.	Vérification du traitement antalgique initial prescrit et de l'heure de la dernière prise.

#### **IV. Objectifs :**

- L'objectif : calmer la douleur
- Les moyens :
  - Utiliser des échelles de la douleur selon les pré-requis,
  - Appliquer l'arbre décisionnel,
  - Evaluer des moyens mis en œuvre une heure après l'administration du traitement (diminution de l'intensité, amélioration de l'état clinique, somnolence et trouble de la conscience).
- Les actions :
  - Etre à l'écoute du patient,
  - Installer le malade en position antalgique dans un climat apaisant,
  - Evaluer la douleur,
  - Donner l'interdose selon l'arbre de décision,
  - L'infirmière développera dans son rôle propre des actions thérapeutiques non médicamenteuses qui peuvent être :
    - La relation d'aide (écoute empathique active ou passive),
    - Le toucher massage (technique de contre stimulation antalgique),
    - L'utilisation de techniques de relaxation (sophrologie).

#### **V. Risques encourus :**

- Une persistance de la douleur due à une sous évaluation de l'intensité de la douleur par le patient ou par l'équipe,
- Des troubles de la conscience et des hallucinations dus à une surévaluation de l'intensité de la douleur.

#### **VI. Transmission d'informations :**

- Rassurer et informer le patient de la prise en charge de sa douleur,
- Rassurer la famille,
- Etablir des transmissions écrites, datées et signées, puis orales au reste de l'équipe,
- Informer le médecin des observations et des actions entreprises.

#### **VII. Matériel requis et environnements**

- Les outils d'évaluation de la douleur (EVA, Echelle Numérique, Doloplus 2<sup>®</sup>),
- Les stocks des antalgiques nécessaires à l'utilisation du protocole.
- Les supports d'évaluation,

#### **VIII. Technique:**

Se référer à l'arbre décisionnel validé au sein du service qui intègre les éléments de surveillance (voir annexe I : Arbres décisionnels – Prise en charge infirmier(e) de la douleur aiguë p.7).

## IX. Surveillance :

- Surveillance des effets secondaires des antalgiques utilisés,
- Surveillance des paramètres :
  - Pouls, tension, température,
  - Somnolence, état de conscience.
- Surveillance de la tolérance digestive : Nausées, vomissements.
- Surveillance urinaire : Rétention.
- Surveillance de l'angoisse du patient.

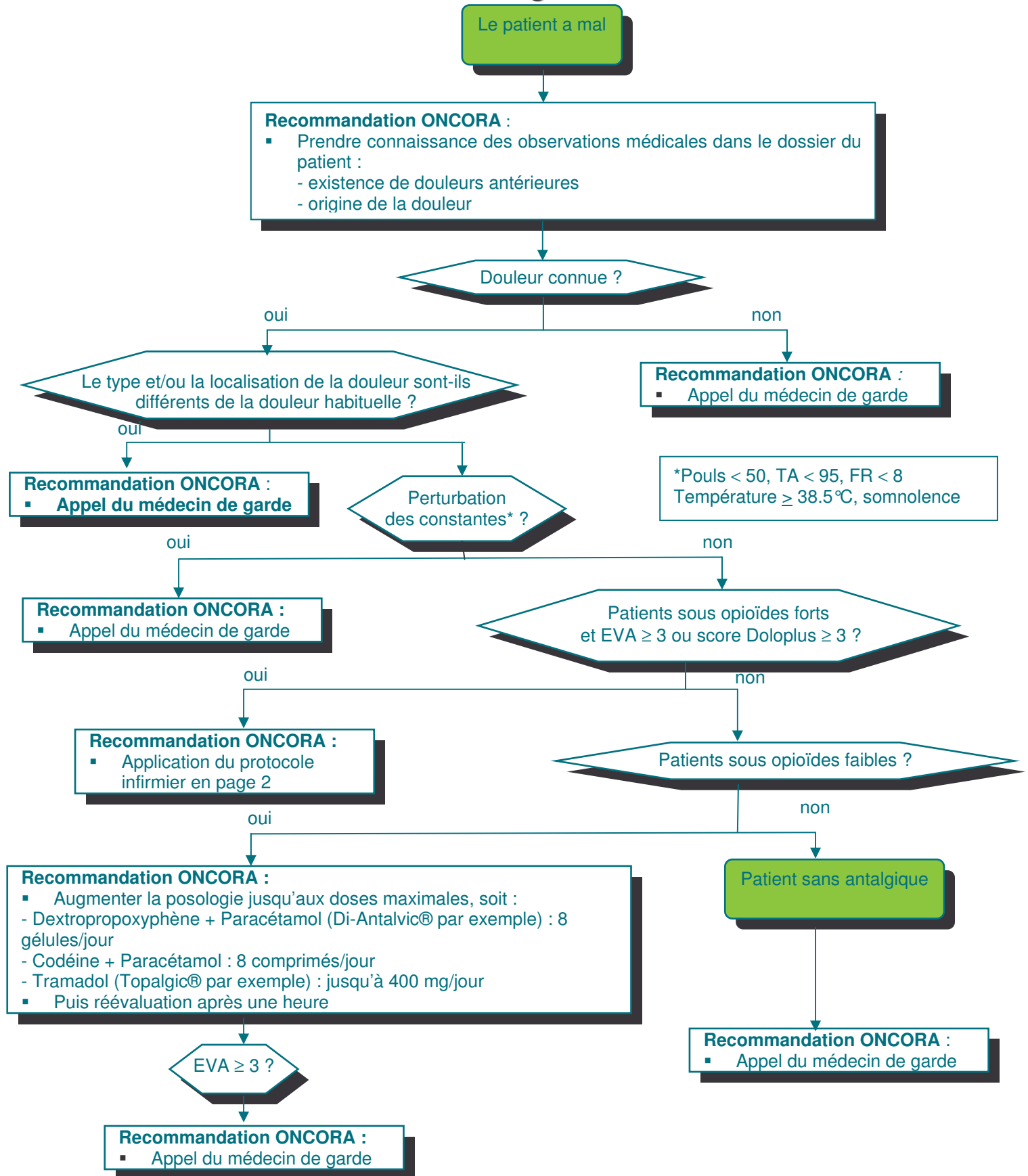
*Nota bene* : la constipation est un effet indésirable d'apparition retardée.

## X. Bibliographie:

1. Loi hospitalière n° 91-748, article L714-11 du 31.07.1991 portant sur la réforme hospitalière.
2. Loi n° 95-116 du 04.02.1996 portant diverses dispositions d'ordre social, article 31 relatif à la prise en charge de la douleur.
3. Décret n° 93-221 du 16.02.1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.
4. Circulaire DGS/DH/DAS n° 99-84 du 11.02.1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.
5. Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22.09.1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
6. Circulaire DGS/DH n° 98-213 du 24.03.1998 relative à l'organisation des soins en Cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
7. Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 04.02.1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.
8. Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale du 29.05.1997 sur « L'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé ».
9. Circulaire DGS/DH n° 3 du 07.01.1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.
10. Article 37 et 38 du Code de Déontologie médical introduit par un décret du 06.09.1995.
11. Article L.710-3-1 du code de la santé publique introduit par la loi n° 95-116 du 04.02.1995 portant diverses propositions sociales, avec insertion au code de santé publique, qui précise que « les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement ».
12. Bulletin Officiel n° 9113 bis : « La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement » - 1991.
13. S. Marchand, « Le phénomène de la douleur », Editions MASSON - 1998 - Paris.
15. « Douleurs liées au cancer » La Presse Médicale, 1997 (26) - n°36.
16. « Le traitement de la douleur - de l'évaluation à une prise en charge globale... » Techniques Hospitalières n°636 - mai 1999.
17. « Douleurs, symptômes... Comment faire ? » - Dossier de l'infirmière Magazine - n°91 -février 1995.
18. « Les droits des patients », Soins, n°629, octobre 1998.
19. « La douleur » - L'infirmière Magazine - n°110 - novembre 1996.

20. « Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur » - Soins Gériatrie n°9 - août septembre / octobre 1999.
21. « Bulletin du cancer » - Volume 23 - supplément 1 - 1996.
22. « Un plan gouvernemental de la lutte contre la douleur » - Objectif Soins, 62, 1998.
23. « Les recommandations pour une bonne pratique dans la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant » - FNCLCC, 1998.

# Annexe I : Arbres Décisionnels – Prise en charge Infirmier(e) de la douleur aiguë



Patients sous opioïdes forts et  
et EVA  $\geq 3$  ou score Doloplus  $\geq 3$

Patients sous Durogesic®  
ou morphine injectable ?

oui

non

**Patient sous patch  
Durogesic®**  
(effet 72 heures)

Dose patch	Faire une interdose de morphine orale (Sevredol® ou Actiskenan®)
25µg	10mg
50µg	20mg
75µg	30mg
100µg	40mg
125µg	50mg
150µg	60mg
175µg	70mg
200µg	80mg

Puis de façon proportionnelle

Patient sous morphine injectable  
Interdose de morphine injectable  
Sous-cutanée : 1/6° à 1/10° de la dose journalière injectable.

Dose de morphine sous-cutanée prescrite par 24 heures	Faire une interdose de morphine sous-cutanée
30-60mg	5mg
60-120mg	10mg
120-180mg	20mg
180-240mg	30mg
240-300mg	40mg
300-360mg	50mg
360-420mg	60mg
420-480mg	70mg
480-540mg	80mg
540-600mg	90mg
600-660mg	100mg

**Patient sous opioïdes oraux (Skenan® ou Moscontin® ou Kapanol® ou Sophidone®)**

Valeur de l'interdose de morphine orale (Sevredol® ou Actiskenan®) : 1/6° de la dose journalière.

Dose prescrite par 24 heures		Faire une Interdose de Morphine Orale (Sevredol® ou Actiskenan®)
Skénan® Moscontin® Kapanol®	Sophidone®	
20 à $\leq$ 40mg	-	5mg
40 à < 80mg	8mg	10mg
80 à < 160mg	16mg	20mg
160 à < 200mg	24mg	30mg
200 à < 280mg	32mg	40mg
280 à < 400mg	48mg	60mg
400 à < 600mg	56mg	80mg
600 à < 1000mg	-	100mg

**Recommandation ONCORA :**  
Réévaluation après une heure :  
EVA, état de conscience et  
sommolence

\*Score conscience

0 : éveillé

1 : somnolence parfois, mais facile à réveiller

2 : somnolence souvent, mais facile à réveiller

3 : somnolence souvent et difficile à réveiller

EVA  $\geq 3$  et état de conscience  $\geq 3$  ?

oui

non

**Recommandation ONCORA :**  
Appel du médecin de garde

**Recommandation ONCORA :**

- Surveillance
- 3 interdoses maximum dans les 4h, avec 1h d'intervalle entre chaque interdose et si EVA > 3 ne pas refaire d'interdose sans appeler le médecin

## CONVERSION MORPHINE/TIMBRE DE FENTANYL

Dose de morphine orale par 24h (mg / j)	Dose de fentanyl® /j (mg / j)	Timbre de Fentanyl® (µg / h)
30-90	0,6	25
91-150	1,2	50
151-210	1,8	75
211-270	2,4	100
271-330	3,0	125
331-390	3,6	150
391-450	4,2	175
451-510	4,8	200
511-570	5,4	225
571-630	6,0	250
631-690	6,6	275
691-750	7,2	300
Augmentation de 60	+ 60	+ 25