

S

D

C

O

E



CNRD
Centre National
de Ressources
de lutte contre la Douleur

Notions essentielles sur la douleur

*Document technique à destination
des professionnels de santé*

**La prise en charge de la douleur :
un droit pour les personnes malades,
un devoir pour les soignants**

Ce document est destiné aux professionnels de santé qui souhaitent en savoir plus sur les types de douleur et l'accompagnement de la douleur en situation palliative et de fin de vie. Il a été élaboré par le CNRD et le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie.

Le soulagement de la douleur est un droit fondamental. Les soignants ont le devoir d'agir pour éviter les souffrances et favoriser la parole avec la personne malade et ses proches sur les douleurs, qu'elles soient récentes ou installées depuis longtemps. La douleur peut être soulagée, même en fin de vie.

Juin 2026

1. Les mécanismes de la douleur

Il existe trois mécanismes capables de produire de la douleur. Les reconnaître permet d'ajuster au mieux les réponses apportées.

Douleur nociceptive	
Lésion tissulaire et stimulation des nocicepteurs périphériques	Exemples : ▪ Douleurs inflammatoires, muqueuses, musculaires ▪ Fractures
Douleur neuropathique	
Lésion du système neurologique somatosensoriel, messages nociceptifs aberrants	Exemples : ▪ Maladies avec atteintes neurologiques (diabète, zona...) ▪ Iatrogénie (ex. : traitements anticancéreux) ▪ Radiculopathies ▪ Lésions médullaires ou cérébrales ▪ Amputation
Douleur nociplastique	
Dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur	Exemples : ▪ Fibromyalgie ▪ Syndrome de l'intestin irritable ▪ Glossodynie ▪ Mécanisme associé aux spondylarthropathies

Ces douleurs peuvent être dites mixtes, associant plusieurs mécanismes (nociceptif et/ou neuropathique), notamment en cas de :

- Cancers
- Douleurs post-chirurgicales complexes
- Douleurs lombaires chroniques avec atteinte nerveuse

Le mécanisme peut évoluer, par exemple, une douleur nociceptive peut devenir nociplastique.

La **douleur provoquée par les soins** peut relever des trois mécanismes mentionnés. Elle est le plus souvent d'origine nociceptive, mais peut comporter dans certains cas une composante neuropathique.

Sa **prévention** est **impérative** et relève de la **responsabilité des soignants**. Elle doit être **anticipée**, en particulier chez les personnes malades vulnérables, dont celles en fin de vie.

Quelques exemples de douleur provoquée par les soins :

- pansements
- aspirations trachéales
- ponctions
- mobilisation des personnes malades alitées

2. Douleurs aiguë, douleur chronique, approche biopsychosociale

La douleur aiguë et la douleur chronique impliquent des mécanismes et des approches de traitement différents.

Douleur aiguë

- Évolution < 3 mois
- Excès de nociception
- Utile : protectrice, signal d'alarme, symptôme
- Une cause identifiée à traiter et qui doit disparaître

Traitement symptomatique immédiat avec démarche thérapeutique étiologique

- **Intérêt** des médicaments antalgiques **anti-nociceptifs**
- **Douleur provoquée par les soins** : MEOPA (mélange équimoléculaire oxygène (O₂) / protoxyde d'azote (N₂O)), et certaines **techniques et thérapies complémentaires** (hypnose, musicothérapie, toucher-massage, réalité virtuelle...).

Douleur chronique

- Syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte.
 - Persistance ou récurrence >3 mois
 - Réponse insuffisante aux traitements médicamenteux
 - Détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles

Différents mécanismes de douleur
Altération de la qualité de vie

L'approche biopsychosociale de la douleur chronique considère que la douleur est influencée par :

- **Des facteurs biologiques** : lésions, inflammation, anomalies neurologiques, etc.
- **Des facteurs psychologiques** : émotions, dépression, anxiété, catastrophisme, croyances sur la douleur, stratégies d'adaptation...
- **Des facteurs sociaux** : contexte familial, professionnel, culturel, statut socio-économique, soutien social...

Ce modèle implique une **prise en charge multidisciplinaire**, intégrant médecins, psychologues, kinésithérapeutes, infirmiers, etc., et orientée vers une meilleure **qualité de vie**, **l'autonomisation** de la personne malade et la **réhabilitation fonctionnelle**, stratégies régulièrement **réévaluées et réajustées** si nécessaire plutôt que l'élimination complète de la douleur.

L'approche biopsychosociale inclue des :

- **médicaments** antalgiques selon le mécanisme de la douleur
- **interventions non médicamenteuses et thérapies complémentaires**
- stratégies régulièrement **réévaluées et réajustées** si nécessaire

3. Le traitement de la douleur

Depuis 2010, c'est la **classification des antalgiques de Lussier et Beaulieu**, selon leur **mécanisme d'action**, qui est la référence.

La **classification par paliers (OMS)** des antalgiques, applicable à la douleur du cancer, est jugée obsolète par la communauté scientifique.

En plus de l'**intensité** ressentie, l'**évaluation** du mécanisme de la douleur est **essentielle**.

Par exemple, pour la douleur d'une arthrite inflammatoire, un AINS (ancien palier 1) est recommandé en première intention du fait de son efficacité dans ce contexte, contrairement aux opioïdes forts qui ne sont pas indiqués en première intention.

Il est important de bien connaître les bénéfices de ces médicaments.

Antalgiques à effets mixtes

Antalgiques anti-nociceptifs et modulateur des contrôles inhibiteurs ou excitateurs descendants, douleurs mixtes nociceptives et neuropathiques :

- Tramadol

Antalgiques antinociceptifs

- Non opioïdes (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens – AINS)
- Opioïdes (codéine, opium, tramadol, morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl)

Réduire l'hyper-excitabilité centrale du système nerveux

- Néfopam
- Antiépileptiques gabapentinoïdes : gabapentine, prégabaline
- Antagonistes N-méthyl-D-aspartate (NMDA) : kétamine, méthadone

Renforcer les contrôles descendants inhibiteurs de la douleur

- Antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, clomipramine, imipramine)
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, (venlafaxine, duloxétine)
- Sérotonine

Réduire l'hyper-excitabilité périphérique et la transmission du message nociceptif

- Carbamazépine, Oxcarbazépine
- Topiramate
- Capsaïcine
- Toxine botulinique
- Lidocaïne

Autres

- Triptans
- Corticoïdes
- MEOPA (mélange équimoléculaire oxygène/protoxyde d'azote)

4. Techniques et thérapies complémentaires utilisables pour le traitement de la douleur

Cette liste des techniques et **thérapies complémentaires** utilisables pour le traitement de la douleur n'est pas exhaustive et n'inclut pas les techniques interventionnelles invasives. Privilégier le recours aux interventions bénéficiant de **preuves d'efficacité** et de sécurité dans une indication donnée, mises en œuvre par des **professionnels de santé formés**.

Interventions physiologiques

Activité physique

- Rééducation, physiothérapie – Kinésithérapie
- Balnéothérapie
- Activité physique psychocorporelle (Yoga-Pilates, taïchi, qi gong...)
- Activité physique adaptée (APA)

Neuromodulation

- Neurostimulation transcutanée (TENS)
- Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS)
- Stimulation transcrânienne à courant continu (tDCS)

Acupuncture

Placebo

Gate-control

- Toucher - massage
- Thermothérapie (application de chaud ou de froid)

Stratégies d'auto-régulation (néonatalogie)

- Peau à peau – Méthode kangourou
- Regroupement fœtal - emmaillotage
- Succion non-nutritive et saccharose

Photobiomodulation

Stimulation vagale

Interventions psychologiques et cognitives ou émotionnelles

Biofeedback

Thérapies cognitivo-comportementales

- Médiation de pleine conscience (mindfulness), thérapies d'Acceptation et d'Engagement (ACT)
- Thérapie par médiation animale- (équithérapie...)

Distraction

Thérapie par le rire

Placebo

Sophrologie

Relaxation

Thérapies sensorielles par les arts

- Art-thérapie
- Musicothérapie

Aromathérapie

EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) **et IMO** (intégration par les mouvements oculaires)

Interventions de dissociations de l'expérience corporelle

Réalité virtuelle et Réalité Augmentée

Hypnose

Sources de références :

Nizard J, Paille F, Verneuil L, Berna F, Principes de la médecine intégrative, utilité et risques des interventions non médicamenteuses et des thérapies complémentaires, La revue du praticien, Vol. 75, Mars 2025.

Collège universitaire de médecines intégrative et complémentaire : www.cumic.fr

Wang Y, Aaron R, Attal N, Colloca L. An update on non-pharmacological interventions for pain relief. Cell Rep Med. 18 févr 2025;6(2):101940. doi:10.1016/j.xcrm.2025.101940 PubMed PMID: 39970872.

5. Approche palliative et fin de vie

Gestion des effets indésirables fréquents des opioïdes		
Constipation	→	Laxatifs
Nausées	→	Anti-nauséeux
Somnolence, sédation, dépression respiratoire	→	Adaptation de la posologie, naloxone
Tolérance, hyperalgésie induite	→	Rotation des opioïdes, réduction de dose, arrêt
Rétention urinaire	→	Rotation des opioïdes, réduction de dose, arrêt, avis urologue

En situation palliative	Douleurs rebelles
-------------------------	-------------------

Une situation palliative est une situation où une maladie grave ne peut plus être guérie et où les soins visent surtout à soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie du patient. On parle de douleur rebelle lorsqu'une douleur persiste malgré les traitements habituels.

Cortisone : effet anti-inflammatoire, réduction du volume tumoral

Techniques interventionnelles :

- Analgésie intra-thécale (mélange d'antalgiques injecté au contact de la moelle épinière)
- Blocs anesthésiques, blocs neurolytiques (alcool, phénol), radiofréquence
- Neurostimulation implantable

Prise en charge **psychologique** (anxiété, dépression), interventions **non médicamenteuses** et thérapies **complémentaires**

En situation palliative	Douleurs réfractaires
-------------------------	-----------------------

En cas de douleur réfractaire, quand la **souffrance** due aux symptômes ou à une détresse sévère **ne peut pas être soulagée autrement** :

- une **sédation proportionnée** ou
- une **sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès**

permettent de **réduire le niveau de conscience** du patient afin de le soulager.

Pour aller plus loin :

parlons-fin-de-vie.fr

cnrd.fr

www.sfetd-douleur.org/

