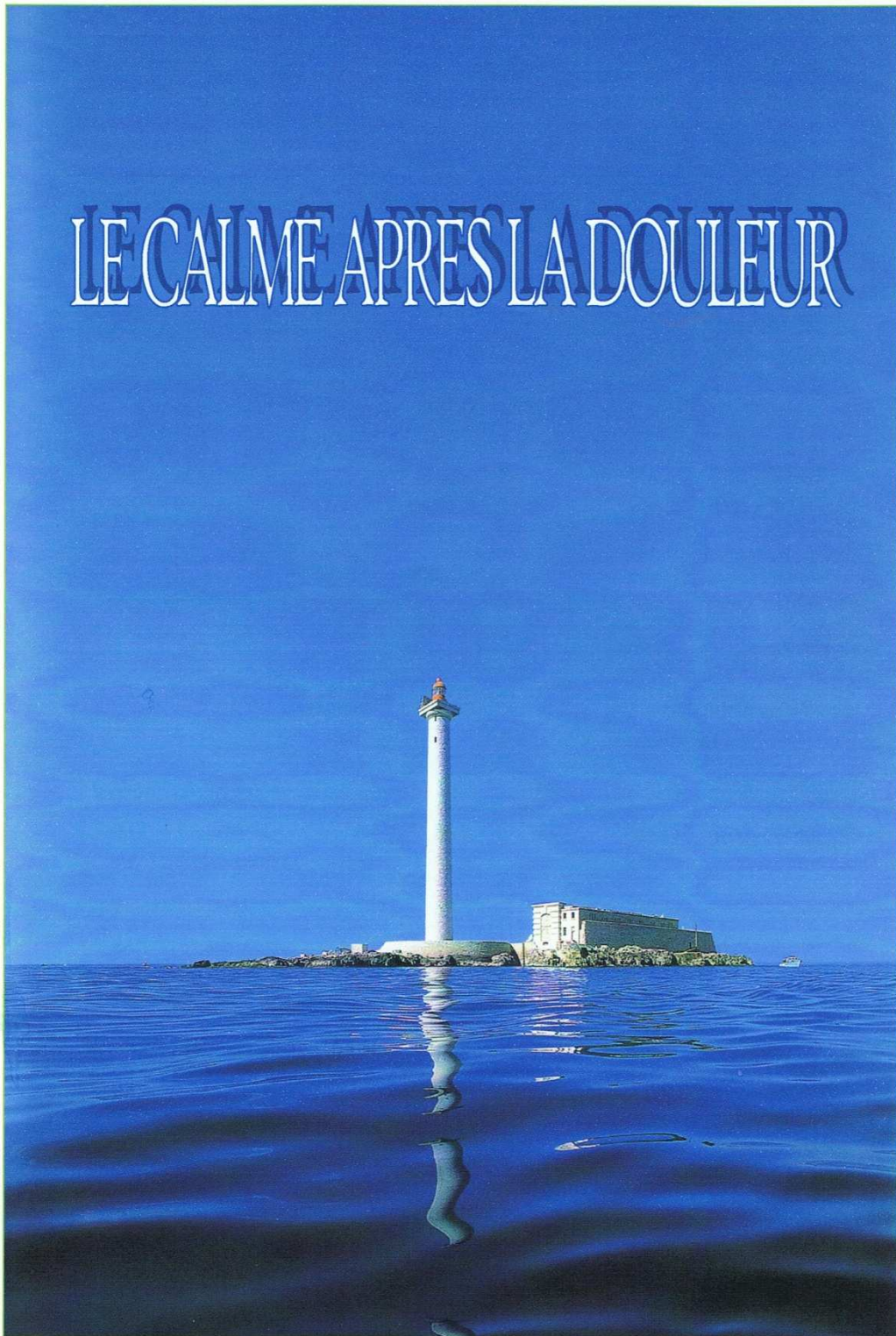


LE CALME APRES LA DOULEUR



Photographie du Phare du Planier – Association Sauvegarde du Planier

Diplôme Universitaire de la « Formation des professionnels de santé à
la prise en charge de la douleur »

Faculté de Médecine d'Aix-Marseille

Session 2001 / 2002

LE CALME APRES LA DOULEUR

*Prise en charge de la douleur de la personne
âgée en institution*

Dominique GIUDICELLI - Infirmière

..."Souviens-toi qu'un
soignant triste
est un triste
soignant.

Ton sourire, la
chaleur de ta main
et ton écoute
valent plus que
toutes
les techniques du
monde.

Quand arrive la
dernière brise de la
vie,
acceptons nos limites,
l'homme n'est pas
éternel,
mais refusons
ensemble
la souffrance
corporelle et
spirituelle

Non, la Douleur n'est
pas une fatalité".

REMERCIEMENTS

Aborder un sujet aussi passionnant que celui de la douleur, partir de rien ou presque et arriver à poser des objectifs concrets de prise en charge ne pouvait se faire sans l'aide précieuse de certaines personnes. Je tiens ici à remercier :

La Direction de la Maison de Retraite « Le Belvédère » : Madame Béatrice HACHETTE et Monsieur Régis TIAN qui m'ont permis d'accéder à la formation que j'ai choisie.

Le Docteur Gérard DAHER, Médecin de la Maison de Retraite, qui m'a toujours efficacement conseillée. L'étude sur l'évaluation et le traitement antalgique d'épreuve ainsi que la mise en place de procédures et de protocoles de prise en charge de la douleur n'aurait pu se faire sans sa participation active.

Les Aides-soignants et l'Animatrice qui ont évalué avec moi et avec beaucoup d'enthousiasme et de motivation la douleur de nos résidents ainsi que l'ensemble du personnel de l'Etablissement qui, de près ou de loin, m'a encouragée à atteindre le but que je m'étais fixé.

Mais mes plus vifs remerciements iront toujours, quoi qu'il arrive, à mes patients. Ils font de moi une infirmière heureuse et me donnent le courage et la force de continuer.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Motivations – Choix du sujet	01
------------------------------	----

I RAPPEL THEORIQUE

A – Définition de la douleur	07
B – Les différentes composantes de la douleur	07
C – Les différents types de douleur	08
D – La douleur en fonction de la durée	09
E – Physiologie de la douleur	10
F – La douleur du sujet âgé	12
G – L'évaluation de la douleur du sujet âgé	14
H – Traitement	15
a) Le traitement médicamenteux	15
b) Le traitement non médicamenteux	17
c) Particularités thérapeutiques chez le sujet âgé	18

II NOTRE ETUDE

1) Evaluation de 60 résidents de la Maison de Retraite Le BELVEDERE et traitement antalgique d'épreuve

A – Méthodologie	20
- choix des soignants	20
- choix des outils	20
- choix des résidents	21
- choix du déroulement dans le temps	22
B – Analyse des résultats	22
- population choisie	23
- outils choisis	24
- types de douleurs rencontrées	28
- prévalence de la douleur au sein de notre Etablissement	29
C – Démarche thérapeutique	31
- traitement antalgique d'épreuve	32
- stratégie de mise en place	35
- notre conduite à tenir	39
- réflexion sur notre consommation d'antalgiques	40

2) Procédures et protocoles

A – Prise en charge de la douleur provoquée par les soins et procédures qui en découlent	42
B – Mise en place d'un protocole « anti-douleur » en vue de soulager la douleur aiguë	54
C – Prise en charge de la douleur des résidents au retour d'une hospitalisation externe	58
D – Nos Acquis / Nos projets	60

III CONCLUSION	63
-----------------------	-----------

ANNEXES

ANNEXE I

Cas de prescriptions d'antalgiques (Docteur RAT).

ANNEXE II

Ensemble des documents remis au personnel soignant avant et durant l'étude.

ANNEXE III

Diagnostics infirmiers.

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

MOTIVATIONS – CHOIX DU SUJET

Lorsque j'ai entamé mes études d'Infirmière il y a neuf ans, je n'avais qu'une idée en tête : travailler en Gériatrie. C'était mon choix et n'en déplaît à tous ceux qui pensent que « c'est dommage de s'occuper de vieilles personnes lorsqu'on est fraîchement diplômée » je ne le regrette pas. Bien au contraire.

Je regrette par contre de constater que le sujet âgé reste encore le « parent pauvre » de cette médecine dite « moderne ».

Que dire alors de la prise en charge de la douleur en gériatrie ! **La plupart des gens pensent que la douleur fait partie du vieillissement normal.** Avant cette étude, au sein de notre équipe, peu de questions étaient posées à ce sujet. Ponctuellement, j'entendais : « je crois qu'il a mal » ou « je suis sûr qu'il a mal », mais rien en matière d'évaluation et de véritable prise en charge. Dans l'ensemble, nous pensions que peu ou pas de nos résidents souffraient et que, pour la plupart, ils étaient bien soulagés. Et pourtant !

MOTIVATIONS

Il est 19 heures, la journée se termine. Je suis fatiguée et contente de savoir que la relève arrive bientôt. Je prépare mes transmissions pour l'équipe de nuit et fais le point avec les aides soignants de ce que nous aurons à faire demain. On s'agite tellement à l'infirmierie que personne n'a fait attention à cette petite silhouette qui pourtant se tient dans l'encadrement de la porte depuis quelques minutes.

- « Qu'est-ce qu'il y a Mme T ? »
- « J'ai mal, ma fille, donne moi quelque chose »
- « Où avez-vous mal ? »
- « Je ne sais pas ma fille, j'ai mal partout, il n'y a pas quelque chose ? »
- « Vous avez beaucoup mal Mme T ? »
- « Oui, et si tu ne me donnes rien, cette nuit je ne dormirai pas »

A ce moment, je me dis : « a t'elle vraiment mal ? elle veut peut être que je m'occupe d'elle, que je reste un peu avec elle avant la nuit, elle a peut être quelque chose à me dire, comment savoir ? Et si elle avait vraiment mal ? Je devrais peut être appeler le médecin, mais qu'est-ce qu'il va dire ? Il va sûrement me demander où elle a mal (elle ne le sait pas elle-même), me demander s'il y a des signes associés (il n'y en a pas), me demander l'intensité de cette douleur (beaucoup ! ça veut dire quoi ?) ».

Deux possibilités s'offrent à moi :

➤ Je minimise ce qu'elle vient de me dire : « ce n'est pas grave Mme T, ça va passer, vous allez voir » tout en me promettant de vérifier demain matin. Là, je la laisse repartir dans sa chambre avec, pour elle, sans doute, un immense sentiment de solitude et pour moi la sensation de ne pas être efficace.

➤ J'accède à sa demande et je lui donne le « petit cachet » qu'elle me demande. Elle est contente. Quelqu'un a cru ce qu'elle a dit. Ce « petit cachet » miraculeux va soulager sa douleur, lui faire passer une bonne nuit et, même si elle ne le prend pas, il est là, tout près, par sécurité. Qu'elle est gentille cette infirmière ! En apparence, oui, je suis bien gentille. Et pourtant, je suis aussi inefficace que dans le premier cas. Je n'ai pas pris le temps d'évaluer cette douleur. A tous les coups, elle reviendra, un autre soir, à 19 heures et là Mme T me dira :

- « J'ai mal, ma fille, donne moi ce petit cachet comme la dernière fois s'il te plaît ». Comment lui refuser alors ?

Des Madame T, il y en a beaucoup. Notre quotidien est fait de Mme T à toutes les heures de la journée. Mon souhait est de toutes les soulager, correctement, avec l'aide d'une équipe avisée et aussi proche de ses malades que je ne le suis moi-même.

Mais pour les soulager, pour les comprendre, ne faut-il pas avant tout les écouter et les regarder, les regarder vraiment ?

Le poème de cette vieille dame irlandaise retrouvé dans ses affaires après sa mort revient souvent à ma mémoire :

La vieille dame grincheuse

**Que vois-tu, toi qui me soignes, que vois-tu ?
Quand tu me regardes, que penses-tu ?**

*Une vieille femme grincheuse, un peu folle
Le regard perdu, qui n'y est plus tout à fait,
Qui bave quand elle mange et ne répond jamais,
Qui, quand tu dis d'une voix forte « essayez »,
Semble ne prêter aucune attention à ce que tu fais
Et ne cesse de perdre ses chaussures et ses bas,
Qui, docile ou non, te laisse faire à ta guise,
Le bain et les repas pour occuper la longue journée grise.*

**C'est ça que tu penses, c'est ça que tu vois ?
Alors ouvre les yeux, ce n'est pas moi.**

*Je vais te dire qui je suis, assise là tranquille
Me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux :*

*Je suis la dernière de dix, avec un père et une mère,
Des frères et des sœurs qui s'aiment entre eux.*

*Une jeune fille de 16 ans, des ailes aux pieds,
Rêvant que, bientôt, elle rencontrera un fiancé.*

*Mariée déjà à 20 ans. Mon cœur bondit de joie
Au souvenir des vœux que j'ai fait ce jour là.*

*J'ai 25 ans maintenant et un enfant à moi
Qui a besoin de moi pour lui construire une maison.*

*Une femme de trente ans, mon enfant grandit vite,
Nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront.*

*Quarante ans, bientôt il ne sera plus là.
Mais mon homme est à mes côtés qui veille sur moi.*

*Cinquante ans, à nouveau jouent autour de moi des bébés.
Me revoilà avec des enfants, moi et mon bien-aimé.*

*Voici les jours noirs, mon mari meurt.
Je regarde vers le futur en frémissant de peur,
Car mes enfants sont tous occupés à élever les leurs,
Et je pense aux années et à l'amour que j'ai connus.
Je suis vieille maintenant, et la nature est cruelle,
Qui s'amuse à faire passer la vieillesse pour folle.
Mon corps s'en va, la grâce et la force m'abandonnent,
Et il y a maintenant une pierre là où jadis
J'eus un cœur.*

*Mais dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure
Dont le vieux cœur se gonfle sans relâche.
Je me souviens des joies, je me souviens des peines,
Et à nouveau je sens ma vie et j'aime.
Je repense aux années trop courtes et trop vite passées,
Et accepte cette réalité implacable que rien ne peut durer.*

*Alors ouvre les yeux, toi qui me soignes et regarde
Non la vieille femme grincheuse. Regarde mieux,
tu me verras !*

CHOIX DU SUJET

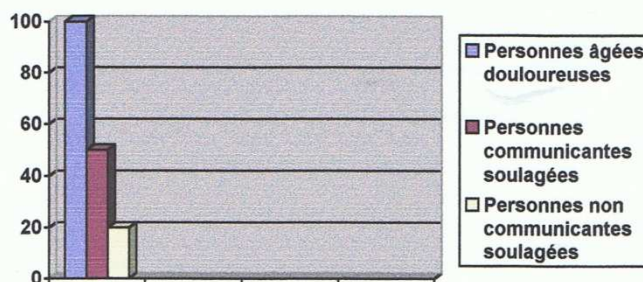
Lorsque j'ai commencé cette formation, j'ai compris qu'il y avait urgence en la matière. J'en veux pour preuve tous ces horribles chiffres qui sonnent affreusement à mes oreilles et que je suis effrayée de vous rapporter là :

PREVALENCE DE LA DOULEUR CHEZ LE SUJET AGE :

« La grande prévalence de la douleur chez le sujet âgé est aujourd'hui prouvée par de nombreuses enquêtes en Europe comme Outre-Atlantique.

Qu'elle soit aiguë ou chronique ou même purement palliative, sa prévalence varie de 40 à 85 % selon les situations.

La proportion de personnes âgées douloureuses correctement soulagées est au mieux de 50 %, cette fréquence tombant à 20 % lorsqu'il s'agit d'une personne âgée dément(e) et présentant des algies non cancéreuses ».



Ce graphique montre combien est grand le désintérêt, la sous-estimation et le sous-traitement des personnes âgées surtout lorsqu'elles sont démentes.

Lorsqu'on sait que la douleur du sujet âgé entraîne :

- ⇒ Anorexie, dénutrition
- ⇒ Troubles du sommeil
- ⇒ Perte d'autonomie
- ⇒ Dépression
- ⇒ Syndrome de glissement avec risque suicidaire important,

on comprend à quel point la situation est alarmante.

Face à ce constat, j'ai voulu, au sein de la maison de retraite dans laquelle je travaille, qui accueille 125 résidents, et avec l'aide de toute l'équipe soignante (Médecin, Infirmières, Aides-Soignants, Kinésithérapeutes, Psychologue) évaluer la douleur d'un nombre important de nos résidents.

Le sujet que j'ai choisi est :

LE CALME APRES LA DOULEUR

Prise en charge de la douleur de la personne âgée en institution

EVALUATION ET TRAITEMENT ANTALGIQUE D'EPREUVE

PROCEDURES ET PROTOCOLES

Il a pour but :

- ◆ de mettre tout en œuvre pour soulager et soigner au mieux les patients dont nous avons la charge,
 - ◆ de sensibiliser et de former les différents soignants qui composent notre équipe de soins.
-

II – RAPPEL THEORIQUE

Avant d'aborder l'étude de la douleur chez la personne âgée, il m'a paru intéressant de faire un rappel de quelques données essentielles sur un sujet aussi vaste que subjectif.

A – DEFINITION DE LA DOULEUR :

Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage.

IASP : International Association for the Study of Pain (Association internationale pour l'étude de la douleur)

B – LES DIFFERENTES COMPOSANTES DE LA DOULEUR :

→ COMPOSANTE SENSORI-DISCRIMINATIVE :

Elle permet le décodage de l'intensité, de la qualité, de la localisation, de la durée et de l'évolution dans le temps.

Le seuil douloureux (différent du seuil de tolérance) est plus ou moins égal dans une population homogène. Les sportifs cependant ont un seuil plus élevés, l'effort physique libérant des substances morphiniques.

→ COMPOSANTE AFFECTIVO-EMOTIONNELLE :

C'est elle qui confère à la douleur sa tonalité désagréable. Elle peut entraîner peur, anxiété, dépression.

C'est ici que l'on trouve le seuil de tolérance qui est complètement différent selon les individus. Il faut en tenir compte car :

C'est lorsque la tolérance est dépassée que l'on fait appel à l'autre.

→ **COMPOSANTE COGNITIVE :**

Ce sont toutes les références que le passé nous a apporté. C'est une forme d'héritage conscient ou inconscient. *Exemples :*

- *Conformité : « un garçon ne pleure pas ».*
- *Cultures : certains peuples sont plus démonstratifs que d'autres.*
- *Religion : « Tu enfanteras dans la douleur ».*

→ **COMPOSANTE COMPORTEMENTALE :**

Elle est constituée de l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre : position antalgique, gémissements, mimiques...

C – LES DIFFERENTS TYPES DE DOULEUR :

• **LES DOULEURS PAR EXCES DE NOCICEPTION :**

Le terme de nociception vient de nocere (nuire). L'activation ou le défaut d'inhibition du système de conduction de la nociception entraîne la douleur. Celle-ci répond alors à une agression par un excès de stimulation des récepteurs périphériques. Elle est en général provoquée par des traumatismes, des infections, des agressions chimiques, ischémiques ou inflammatoires.

• **LES DOULEURS NEUROGENES :**

Egalement qualifiées de douleurs par déafférentation ou douleurs neuropathiques, il s'agit d'une altération totale ou partielle du système nerveux périphérique ou central : lésion traumatique ou chirurgicale d'un nerf, neuropathie diabétique
...

- **LES DOULEURS MIXTES :**

Par excès de nociception et neurogènes.

- **LES DOULEURS PAR ATTEINTE DU SYSTEME NEURO-VEGETATIF :**

Une intrication entre le système nerveux sensitif et le système neurovégétatif est actuellement soupçonnée dans la genèse de pathologies telles que les syndromes régionaux douloureux complexes de type algodystrophie et de type causalgie.

- **LES DOULEURS PSYCHOGENES :**

« Sine materia », sans lésion tissulaire ni lésion nerveuse décelable, ces douleurs s'accompagne de nombreux signes tels que insomnie, anxiété, asthénie... Le diagnostic est long et fait par élimination.

D – LA DOULEUR EN FONCTION DE LA DUREE

- **LA DOULEUR AIGUE :**

Utile, la douleur aiguë est un symptôme, un signal d'alarme qui joue un rôle de protection de l'organisme. Elle varie de une seconde à trois mois.

- **LA DOULEUR CHRONIQUE :**

Expérience destructrice, sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale, perçue et exprimée comme délétère depuis trois à six mois et très souvent résistante aux thérapeutiques habituelles.

- **LA MEMOIRE DE LA DOULEUR :**

L'intégration de la nociception se fait dans les secondes qui suivent le stimulus par l'intermédiaire des récepteurs des canaux Glutamate, notamment celui qui fixe le n-méthyl-d-aspartate (N.M.D.A.). Traiter la douleur aiguë revient à prévenir la douleur chronique. La mémoire de la douleur est plus dommageable que son expérience initiale.

E – PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR

Au commencement, il y a le stimulus douloureux qui active en périphérie les terminaisons libres du premier neurone de la douleur, fibre spécifique peu ou pas myélinisée.

On observe une libération de substances algogènes : les cyclo-oxygénases périphériques (Cox) : Bradykinines, cytokinines, sérotonine, prostaglandines, substance P, histamine, Glutamate, ATP...

Les cyclo-oxygénases déclenchent le message douloureux par les nocicepteurs (thermiques, mécaniques, chimiques, polymodaux...).

Ces nocicepteurs, connectés à des fibres (A delta, et C par exemple) sont soumis à l'influence du système immunitaire, du système sympathique, de l'organisation neurologique sensitive périphérique et même du système inflammatoire.

La résultante de l'agression se transforme en potentiel d'action remontant le premier neurone de la douleur (*protoneurone*) jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière. A ce niveau, les douleurs viscérales issues du système sympathique, peu métamérisées, viennent confluer avec les douleurs du système périphérique.

Par l'intermédiaire d'interneurones, les fibres nociceptives A delta et C vont transmettre l'influx au deuxième neurone de la douleur (*deutoneurone ou neurone spinothalamique*).

Ce deuxième neurone se projette sur le thalamus après avoir informé la rétículo bulbaire.

Pour ces deux premiers neurones, on parle de sensations douloureuses avec double fonctionnalité, la conduction de la douleur rapide épicrotisque somatotopique et la conduction de la douleur lente protopathique (douleur sourde).

Enfin le troisième neurone (*neurone thalamo-cortical*) transforme la sensation douloureuse en souffrance, en projetant les informations sur les aires sensitives, les aires motrices, le système limbique, etc.

Tel que décrit ci-dessus, le circuit de la douleur apparaît comme un système rigide permettant la transmission des messages nociceptifs de la périphérie jusqu'aux centres supérieurs de l'encéphale.

En réalité, aux différents niveaux de ce circuit, le transfert de l'information est constamment modulé par différents systèmes de contrôles et notamment la « gate control theory » qui souligne le fait que les fibres afférentes de gros diamètre qui transmettent des messages tactiles bloquent au niveau spinal les neurones nociceptifs. En effet, on observe, au niveau médullaire, une compétition entre les fibres de gros calibres G (proprioception) qui utilisent le faisceau lemniscal et les fibres de petits calibres P (nociception) qui utilisent le faisceau spino-thalamique.

Si on stimule les grosses fibres, on inhibe l'activité des petites fibres. Donc les fibres du système lemniscal qui, de plus, sont myéliniques, exercent par l'intermédiaire d'un neurone intercalaire une inhibition sur les fibres du système spino-thalamique.

Mais d'autres contrôles, d'origine supraspinale, s'exercent également à partir de certaines régions du tronc cérébral dont les neurones sont à l'origine des voies descendantes inhibitrices.

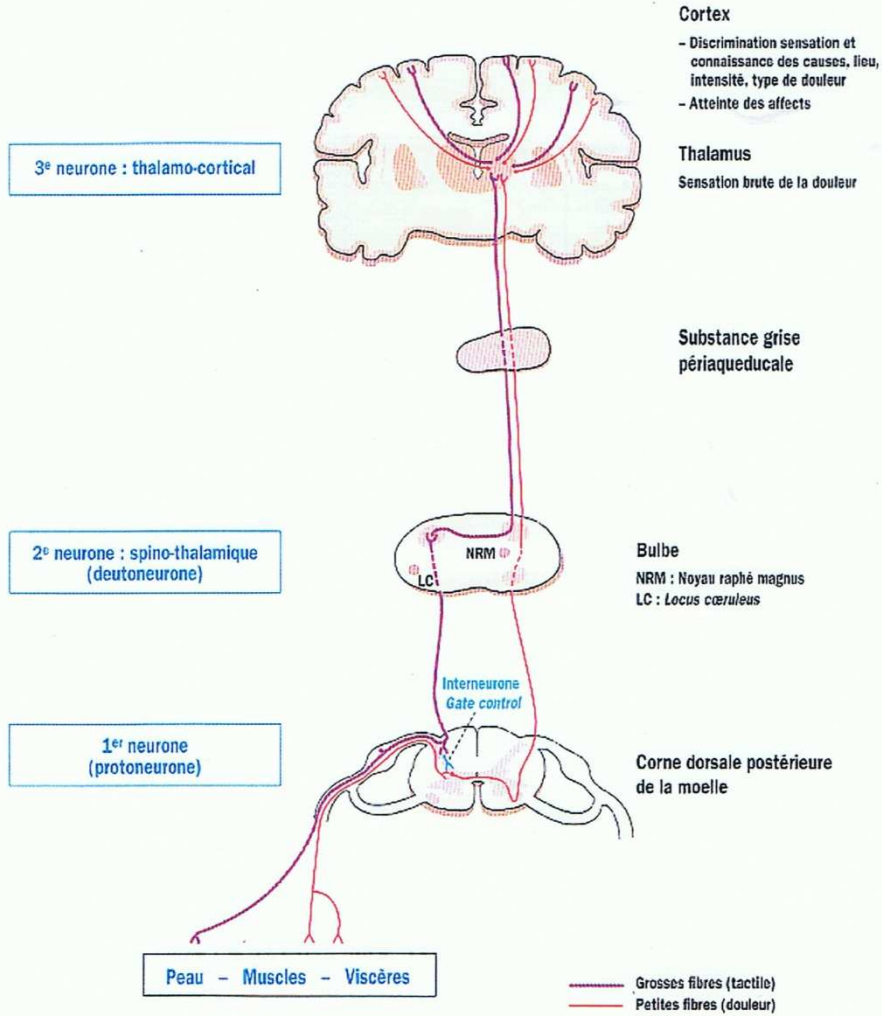
La stimulation de la substance grise périaqueducale ainsi que celle du Noyau Raphé Magnus entraîne des effets analgésiques par blocage de certains réflexes nociceptifs et surtout la libération de petits peptides opioïdes endogènes.

La mise en évidence des systèmes de contrôle a permis d'établir de nouvelles approches dans la lutte contre la douleur et une meilleure connaissance de la pharmacologie de ces systèmes devrait permettre de proposer de nouveaux traitements plus spécifiques et plus efficaces.

Voir Schémas des voies de la douleur→

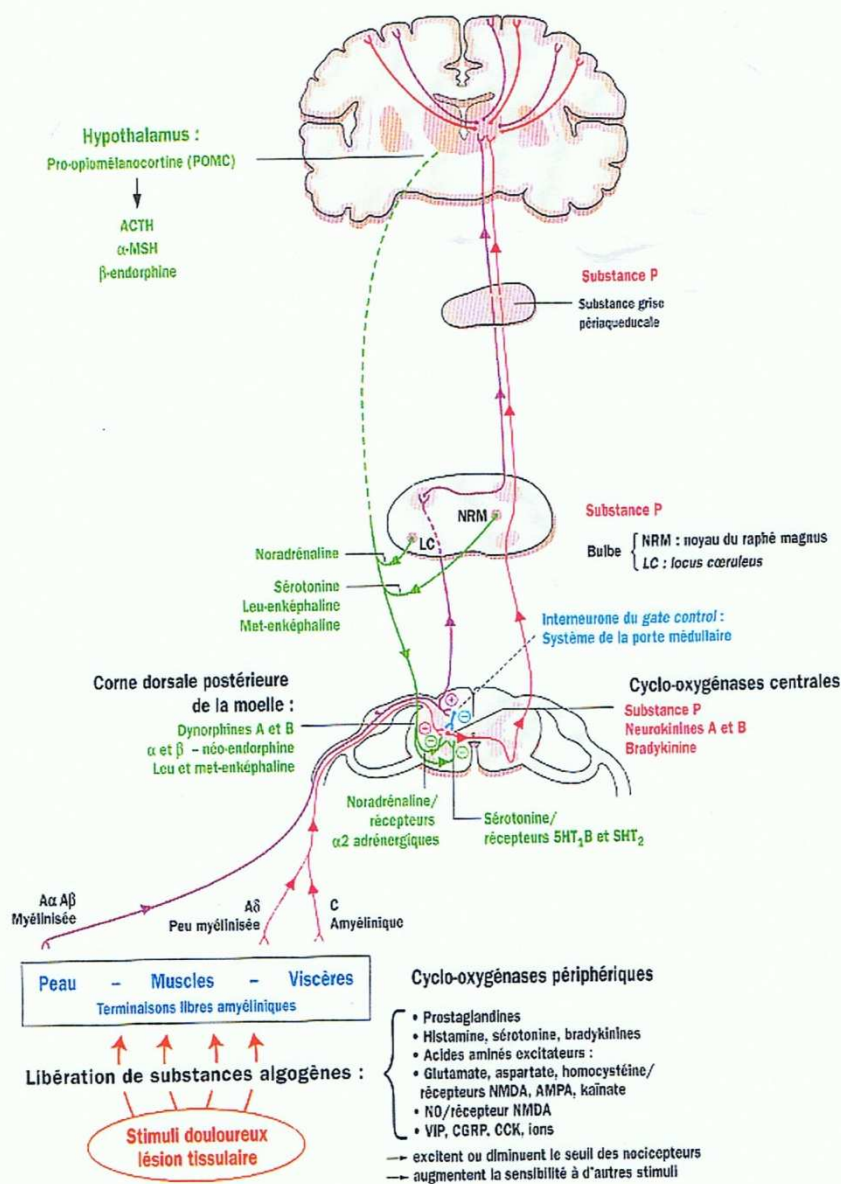
Voies de la douleur

De l'agression à l'intégration cérébrale



Voies de la douleur

De l'agression à l'intégration cérébrale



F – LA DOULEUR DU SUJET AGE

Les principales causes de douleur chez les personnes âgées sont surtout des douleurs chroniques.

⊙ **Douleurs ostéoarticulaires**

Atteintes articulaires inflammatoires : arthrite ou polyarthrite chronique évolutive.

Atteintes articulaires dégénératives : arthrose, ostéoporose.

⊙ **Douleurs neurologiques**

Elles sont fréquentes, que ce soit sous forme de radiculalgies compressives (après tassement vertébral ou par arthrose articulaire postérieure), post-zostériennes, idiopathiques, sous forme de polynévrites sensitives métaboliques (diabète), ischémiques ou médicamenteuses, ou sous forme de séquelles d'accident vasculaire cérébral.

⊙ **Douleurs vasculaires**

Les principales causes de douleurs vasculaires sont représentées chez la femme par l'insuffisance veineuse et ses conséquences (ulcère variqueux) et chez l'homme par l'artérite et ses conséquences (claudication ou douleur musculaire à la marche puis au repos, gangrène, ulcération, amputation). Les douleurs d'ulcère, quelle que soit la cause, diffèrent peu des douleurs d'escarre.

⊙ **Douleurs psychogènes**

Il s'agit le plus souvent de manifestations psychosomatiques affectives qui surviennent lors de la réactivation, par un événement récent, d'un conflit ancien non résolu.

Pourquoi est-ce si difficile d'appréhender le syndrome douloureux en gériatrie ? Quelles sont les particularités de la douleur chez la personne âgée ?

L'équipe soignante peut être confrontée à deux cas de figure :

*** *Exagération des plaintes :***

Dans ce cas, il y a utilisation de la douleur pour dire autre chose (20 à 30 %). Quel soignant ne connaît pas ce type de patient ? Celui qui nous fait dire : « le jour où il aura vraiment quelque chose, on passera à côté ! ». Et pourtant, ne devrait-on pas se demander : « Que veut-il me dire ? », « Même s'il n'a pas mal au dos ou aux jambes comme il le répète, ses plaintes multiples et harcelantes ne cachent-elles pas une grande souffrance morale ?, la « *douleur du cœur et de l'esprit* » passerait-elle au second plan ? ».

*** *Diminution des plaintes :***

On observe chez la personne âgée une diminution de la nociception qui s'altère avec l'âge ainsi qu'une diminution de la composante sensori-discriminative (70 % des infarctus du myocarde sont indolores chez le sujet âgé).

D'autre part, l'évaluation se complique, la plupart du temps, par de nombreux troubles cognitifs, thymiques et moteurs.

Bien sûr, certains diront que :

- la douleur fait partie du vieillissement normal,
- la douleur éduque (il faut souffrir pour grandir),
- la douleur sauve (la douleur rachète les fautes),
- la douleur est un signe de faiblesse (un homme, un vrai, n'a pas mal),
- la douleur humilie et fait peur (un homme, un vrai, ne se plaint pas).

Si on rajoute à tout cela le fait que, la plupart du temps le syndrome douloureux se trouve noyé au milieu de beaucoup d'autres pathologies qui le masquent ou le rendent secondaire, on comprend que tout est fait pour que la personne âgée n'exprime pas sa douleur, comme tout est fait pour que la médecine ne s'y intéresse pas.

G – L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR DU SUJET ÂGÉ

En pratique, l'évaluation de la douleur est une démarche qui doit répondre au moins à trois questions essentielles pour déterminer la stratégie thérapeutique la plus efficace :

◆ *Quel est le type de douleur ?*

S'agit-il d'une douleur aiguë ou chronique ?

◆ *Quel est le mécanisme générateur de la douleur ?*

S'agit-il d'une douleur d'origine nociceptive, neurogène ou psychogène ?

◆ *Quelle est l'intensité de la douleur ?*

Pour cela, on utilise des outils appelés « échelles » qui permettent soit une mesure globale (échelle unidimensionnelle), soit une mesure multidimensionnelle différenciant différentes dimensions de la douleur.

Il existe un nombre très important d'échelles d'évaluation de la douleur. Concernant la personne âgée, on dispose de :

1) **Echelles d'auto-évaluation** : pour la personne âgée communicante et coopérante :

Echelles unidimensionnelles :

- E. N. = Echelle Numérique
- E.V.A. = Echelle Visuelle Analogique
- E.V.S. = Echelle Verbale Simple

Echelles multidimensionnelles : Echelles de vocabulaire

- M.P.Q. = Mac Gill Pain Questionary
- Q.D.S.A. = Questionnaire Douleur Saint-Antoine

comprennent la Codéine, le Dextropropoxyphène, voire la Péthidine, administrés seuls ou en association avec les médicaments du palier I. D'autres produits comme le Tramadol, l'Oxycodone sont intégrés à cette classe.

• PALIER III

Pour des douleurs d'intensité forte (entre 6 à 10 sur une E.V.A) = emploi de morphiniques forts ou « majeurs » (palier III) qui comprennent la Morphine, l'Hydromorphone, la Méthadone et le Fentanyl, entre autres.

➤- LES DIFFERENTS ANTALGIQUES

● LES ANTALGIQUES NON MORPHINIQUES (Palier I de l'O.M.S.)

▶ Les antalgiques purs : Floctafénine

▶ Les antalgiques antipyrétiques : Paracétamol, Noramidopyrine

▶ Les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (A.I.N.S.) : Il y a 8 classes d'A.I.N.S. en fonction de leur parenté chimique : Les Pyrazolés, les Anylacétates, les Salicylés, les Fénamates, les Indoliques, les Oxicams, les Propioniques et les « nouveaux A.I.N.S. » sélectifs.

● LES ANTALGIQUES MORPHINIQUES

Les opiacés (ou opioïdes) sont des antalgiques des Paliers II et III de l'O.M.S.

Depuis au moins 2500 ans, le Papaver Somniferum, liquide extrait de la graine du pavot, est utilisé à titre antalgique.

En 1806, Sertürner purifie l'un des alcoïdes du pavot et le dénomme « Morphine », de « Morphée », Dieu grec des rêves. La morphine reste aujourd'hui l'opiacé de référence.

L'identification des récepteurs opiacés endogènes conduit à distinguer différents groupes d'opiacés :

2) **Echelles d'hétéro-évaluation** : Pour la personne âgée non communicante = Echelles comportementales :

- D.E.G.R.
- ALIX
- ECPA
- DOLOPLUS

Pour toute évaluation, le soignant doit se mettre dans de bonnes conditions :

- de temps : prendre son temps pour évaluer, bien expliquer au patient
- de lumière : un bon éclairage permet le plus souvent de bien communiquer, de mieux se regarder
- d'écoute : éteindre la télévision, fermer les portes

Les réévaluations devant se faire dans les mêmes conditions que les évaluations initiales et, si possible, avec les mêmes soignants.

H – TRAITEMENT

a) LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

➤ – PROTOCOLE DE L'O.M.S.

Proposé en 1984 pour améliorer le traitement de la douleur des malades atteints de cancers, le protocole de l'O.M.S. est d'un principe simple :

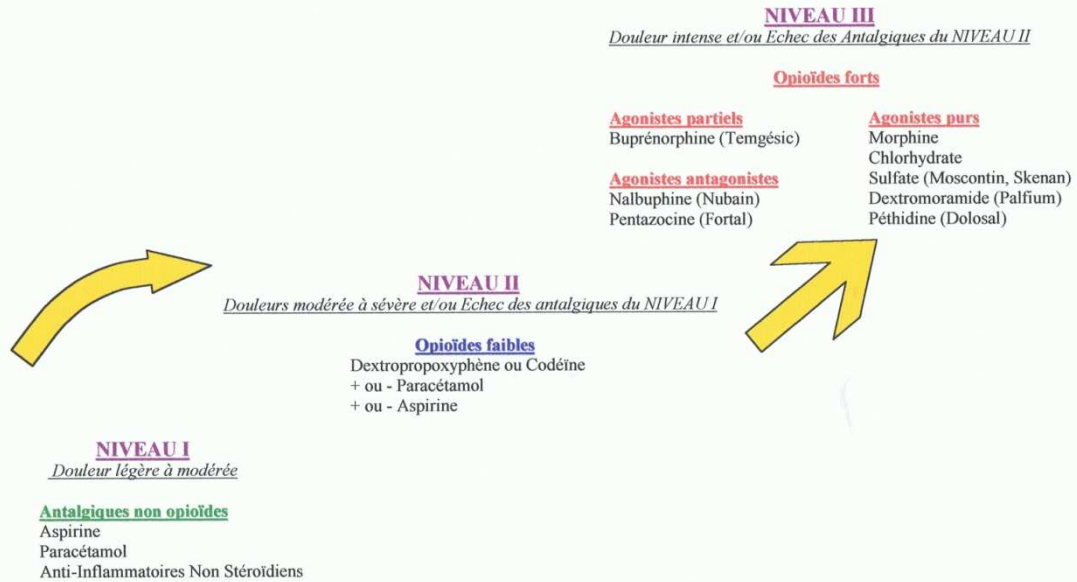
• PALIER I

Pour des douleurs d'intensité faible (entre 0 et 4 sur une E.V.A.) = utilisation de médicaments non morphiniques (palier I) qui comprennent essentiellement le Paracétamol, l'Aspirine et les A.I.N.S.

• PALIER II

Pour des douleurs d'intensité modérée (entre 4 et 6 sur une E.V.A.) = usage de morphiniques faibles ou « mineurs » (palier II) qui

**CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES TENANT COMPTE DES TROIS NIVEAUX DE L'ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTE (O.M.S.)**



▶ Les Opiïdes forts « agonistes purs » = Morphine et dérivés.

▶ Les Opiïdes forts « agonistes partiels » = Buprénorphine ou « agonistes antagonistes » = Pentazocine, Nalbuphine.

▶ Les Opiïdes faibles = Codéine, Dextropropoxyphène.

● LES PSYCHOTROPES A VISEE ANTALGIQUE

▶ Les anti-épileptiques (Carbamazépine, Valproate de Sodium...)

L'intérêt premier des anticonvulsivants réside dans l'efficacité importante de la Carbamazépine dans le traitement de la névralgie du trijumeau.

Leur apport dans les douleurs des neuropathies périphériques est moins bien étayé. Ils pourraient cependant réduire les douleurs présentant un caractère paroxystique.

D'autres thérapeutiques ont pu être étudiées dans le traitement des syndromes douloureux chroniques d'origine, en particulier, neurogène.

▶ Les antidépresseurs : En dehors d'un effet thymoanaleptique sur la dépression et d'un effet sédatif, les antidépresseurs offrent un effet antalgique propre, de mécanisme central, par action sur les médiateurs monoaminergiques (sérotonique et noradrénaline) et/ou opiacés (interaction bénéfique entre antidépresseurs et morphine dans les douleurs chroniques des cancers).

▶ Les autres psychotropes : Thymorégulateurs, Neuroleptiques et Benzodiazépines peuvent être des co-antalgiques efficaces dans certaines indications, par exemple, en cas d'anxiété ou d'insomnie.

b) LE TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX

➤ LA NEUROSTIMULATION

Le principe de fonctionnement de la neurostimulation transcutanée

(N.S.T.C.) ou Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (T.E.N.S.) est basé sur la théorie du « Gate Control » de Melzack et Wall (voir chapitre sur la physiologie de la douleur).

Le T.E.N.S. n'est pas un traitement de première intention mais une approche complémentaire ou de seconde intention. Parmi ses indications, on retient les douleurs neurogènes plutôt que nociceptives (exceptées les lombalgies non radiculaires) et les douleurs localisée plutôt que diffuses.

Sa **pratique en gériatrie** est encore mal connue. Pourtant, cette méthode a l'avantage de ne compter que peu d'effets indésirables et une seule contre indication (présence d'un pace-maker), intérêt grandissant avec l'âge, et de pouvoir se substituer aux traitements médicamenteux.

➤ LES AUTRES TRAITEMENTS

- Les thérapies cognitivo-comportementales.
- Les techniques de relaxation : Relaxation progressive de Jacobson, Training autogène de Schultz par exemple.
- Les stimulations thermiques : le froid et le chaud.
- La kinésithérapie.

c) PARTICULARITES THERAPEUTIQUES CHEZ LE SUJET AGE

L'âge modifie la pharmacocinétique des médicaments. En effet, physiologiquement, on observe chez la personne âgée :

→ **Sur le plan digestif** : un ralentissement de la vitesse de résorption.

→ **Sur le plan neurologique** : une chute du nombre des sites récepteurs spécifiques des médicaments, les sites restants étant saturés très rapidement.

→ **Sur le plan hépatique** : une altération progressive des fonctions d'épuration.

→ **Sur le plan rénal** : une diminution du nombre de néphrons fonctionnels, une diminution de la filtration glomérulaire, une diminution de l'efficacité des mécanismes de sécrétion et d'absorption et donc une augmentation du taux des substances chimiques actives dans l'organisme.

Ce déficit de la capacité fonctionnelle du sujet âgé s'associe à une diminution physiologique de la teneur en eau, de la masse musculaire et de l'albumine sérique de son organisme. Ceci peut expliquer la moindre tolérance des médicaments dans cette tranche d'âge.

De ce fait, pour un certain nombre de médicaments, le prescripteur peut être amené à diviser par 2 la posologie par rapport à l'adulte.

Des calculs de posologie en fonction de la clairance de la créatinine et du S.G.O.T. sont proposés en annexe I.

**"Je ne te
demande pas
quelle est ta
race, ta
nationalité ou ta
religion mais
quelle est ta
souffrance"**

Louis Pasteur

II – NOTRE ETUDE

1) EVALUATION DE 60 RESIDENTS DE LA MAISON DE RETRAITE LE BELVEDERE ET TRAITEMENT ANTALGIQUE D'EPREUVE

A – METHODOLOGIE DE L'ETUDE

CHOIX DES SOIGNANTS

Evaluer la douleur de sujets âgés vivant en institution ne pouvait se faire sans la coopération de tous les soignants. En effet, même pour du personnel formé, coter en équipe pluridisciplinaire est, de toute évidence, le seul gage de fiabilité.

Dans un premier temps, j'en parlais aux aides-soignants à l'occasion de nos réunions hebdomadaires. Expliquant l'intérêt de ma formation et les objectifs que je m'étais fixés, je leur proposais de m'aider concrètement.

Je n'ai pu, comme je l'aurais voulu au début de l'étude, m'entourer de l'ensemble de l'équipe. Les aides-soignants, l'animatrice et le médecin sont en grande partie les « maîtres d'œuvre » de ce travail. Pour des raisons d'organisation et de planification, il n'a pas été possible d'intégrer les kinésithérapeutes, la psychologue et la diététicienne. Or, il me semble important, à l'avenir, de les associer pleinement à notre prise en charge de la douleur.

CHOIX DES OUTILS

1) Personnes âgées communicantes

Pour cette étude, l'échelle d'évaluation choisie pour les personnes âgées communicantes est :

L'Echelle Verbale Simple – E.V.S

En effet, cette échelle d'auto-évaluation me semble la plus adaptée à nos résidents, L'E.V.A. (Echelle Visuelle Analogique), simple à comprendre et à utiliser, pouvant néanmoins mettre les personnes en difficulté, notamment si leurs facultés d'abstraction et/ou leurs capacités visuelles sont diminuées.

L'échelle de réévaluation correspondant à l'E.V.S. étant :

L'Echelle de Soulagement

2) Personnes âgées non communicantes

L'échelle d'évaluation choisie pour les personnes âgées non communicantes est :

L'Echelle DOLOPLUS-2

Cette échelle d'hétéro-évaluation est un outil indispensable mesurant le retentissement comportemental, psychomoteur et psychosocial du sujet non communicant et s'adapte, par conséquent, parfaitement bien à la population qui nous intéresse.

Ces deux outils ont été proposés aux membres de l'équipe. L'annexe II réunit l'ensemble des documents remis aux soignants.

- L'E.V.S. a été présentée sous forme de fiche.
- L'Echelle DOLOPLUS a nécessité plus d'informations et d'explications.

Outre sa présentation également sous forme de fiche, cet outil d'évaluation a fait l'objet d'une projection, à deux reprises, de la cassette audiovisuelle réalisée par le collectif DOLOPLUS.

D'autre part, les 10 conseils d'utilisation de cette échelle d'évaluation ont été mentionnés, même si, dans ce cas précis, certains ne pouvaient être respectés (notamment le 7 et le 8).

CHOIX DES RESIDENTS

La maison de retraite compte environ 125 résidents dont 50 en cure médicale.

Ne pouvant faire cette étude, pour des raisons évidentes de temps, sur l'ensemble de la population, je décidais de prendre arbitrairement comme panel les 50 résidents de cure médicale + 10 résidents en hébergement pour atteindre environ 50 % de la population totale.

CHOIX DU DEROULEMENT DANS LE TEMPS

Après information des membres de l'équipe, je décidais d'organiser l'étude en fonction d'un calendrier que je n'ai pu tenir. Les aléas du travail et le planning des uns et des autres ont fait que je n'ai réussi à procéder à l'évaluation qu'au « coup par coup », ce qui, en définitive, n'a pas nuit au bon déroulement de l'enquête.

B – ANALYSE DES RESULTATS

Le dépouillement de cette enquête m'a permis de dégager quelques chiffres intéressants sur :

- ⇒ la population choisie :
 - sexe
 - âge
 - degré de dépendance

- ⇒ les outils choisis :
 - utilisation des différentes échelles d'évaluation
 - scores obtenus
 - rapport entre les GIR et les scores obtenus

- ⇒ les types de douleurs rencontrées

- ⇒ la prévalence de la douleur au sein de notre Etablissement

Analyse



Utilisation des différentes échelles d'évaluation

Ont été évalués par :	DOLOPLUS	E.V.S.	Mixte	
Femmes	14	21	3	38
Hommes	2	20	0	22
	16	41	3	60

Evaluation par l'échelle DOLOPLUS Scores

SCORES	FEMMES	HOMMES	TOTAL
De 0 à 5	4	1	5
De 5 à 10	3	0	3
De 10 à 15	3	1	4
Supérieur à 15	4	0	4
	14	2	16

Sur 16 patients, 5 (4 femmes et 1 homme) ont un score entre 0 et 5. Ils n'ont pas bénéficié de traitement. Les 11 patients restants (10 femmes et 1 homme) ont fait l'objet d'un traitement antalgique d'épreuve.

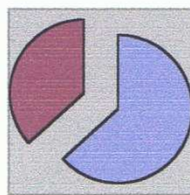
L'évaluation de la douleur par l'échelle DOLOPLUS et l'échelle E.V.S. s'est faite entre le 9 décembre 2001 et le 20 février 2002 auprès de 60 résidents, soit environ 50 % de la population totale de la Maison de Retraite, dont :

- 38 femmes soit 63,3 %
- 22 hommes soit 36,7 %

60 résidents 100,0 %



36,7 %



Femmes
Hommes



63,3 %

La moyenne d'âge de l'échantillon est de → 72,0 ans pour les hommes
→ 78,5 ans pour les femmes

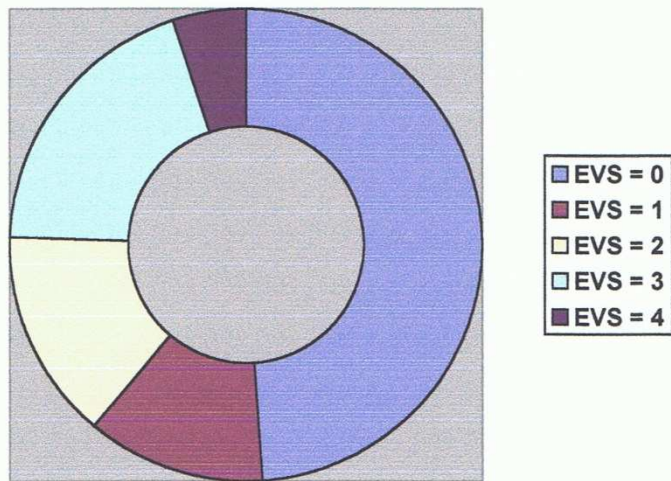
Degré de dépendance de l'échantillon (G.I.R. = Groupe Iso Ressource)

	GIR 1 1000 points	GIR 2 840 points	GIR 3 660 points	GIR 4 420 points	GIR 5 250 points	GIR 6 70 points	
Hommes	2	1	6	4	8	1	22
Femmes	1	18	10	2	5	2	38
	3	19	16	6	13	3	60

Le GIR 1 est le groupe comprenant les patients les plus dépendants, le GIR 6 est celui comprenant les patients les moins dépendants. Le G.M.P. (GIR Moyen Pondéré) de l'échantillon est de 591. Le G.M.P. de l'ensemble de la population à la même période est de 670.

Evaluation par l'échelle E.V.S

	<u>Femmes</u>	<u>Hommes</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
E.V.S. = 0	9	11	20	48,80 %
E.V.S. = 1	3	2	5	12,19 %
E.V.S. = 2	3	3	6	14,63 %
E.V.S. = 3	6	2	8	19,51 %
E.V.S. = 4	1	1	2	4,87 %
	22	19	41	100 %



Rapport GIR / Score EVS pour les femmes

	EVS = 0	EVS = 1	EVS = 2	EVS = 3	EVS = 4	
GIR 1						0
GIR 2	1		1	3	2	7
GIR 3	4	1		2	1	8
GIR 4	1	1				2
GIR 5	1		2	1	1	5
GIR 6	2					2
	9	2	3	6	4	24

Rapport GIR / Score DOLOPLUS pour les femmes

D = Doloplus

	D=0	D=2	D=5	D=6	D=8	D=9	D=11	D=12	D=13	D=16	D=17	D=19	D=20	
GIR 1										1				1
GIR 2	1	1	2	1	1	1		1			1	1	1	11
GIR 3							1		1					2
GIR 4														0
GIR 5														0
GIR 6														0
	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14

Les résidentes du GIR 2 représentent 79 % des patientes évaluées par l'échelle DOLOPLUS, ce qui est logique puisque le GIR 2 représente en majeure partie des patientes démentes déambulantes pour lesquelles l'E.V.S. est inadaptée.

Types de douleurs signalées au cours de l'étude en fonction des grands appareils (sachant que plusieurs localisations sont possibles pour un même résident)

	<u>Femmes</u>	<u>Hommes</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Appareil locomoteur	15	7	22	53,6
Appareil digestif	1	1	2	4,9
Appareil vasculaire	1	1	2	4,9
Système nerveux	1	0	1	2,4
Sphère O.R.L.	3	1	4	9,8
Revêtement cutané	3	0	3	7,3
Non déterminée	6	1	7	17,1

On remarque que, comme on pouvait s'y attendre, les douleurs ostéoarticulaires sont prépondérantes. Elles représentent ici plus de 53 % de l'ensemble des douleurs.

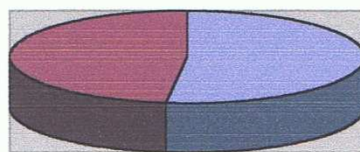
A noter qu'il existe environ 17 % des douleurs dont on ne connaît pas l'origine. Il s'agit de patients non communicants. La douleur et son intensité ont pu être décelées par l'échelle d'hétéro-évaluation mais l'étiologie en reste inconnue.

Concernant le type de douleur, on constate que 69 % des personnes interrogées par l'E.V.S. ne savent pas décrire leur douleur (Élançement, picotement, fourmillement, brûlure, en éclairs, en coups de poignard.....). Le terme d'« élançement » revient à 17 %, celui de « brûlure » à 13 % mais les autres descriptifs restent difficiles à intégrer pour la plupart des résidents. La réponse la plus classique est : « je ne sais pas, ça fait mal, c'est tout ». On constate par contre que la douleur est beaucoup plus facilement exprimée en terme de handicap : « Je ne peux pas faire ceci ou cela, ça fait trop mal » ou « J'ai du mal à démarrer ».

En règle générale, les résidents ont été plutôt surpris des questions qui leur étaient posées. A la question : « Pourquoi n'avez-vous jamais rien dit de votre douleur ? », il n'a pas été rare d'entendre : « parce qu'il n'y a rien à faire » ou « parce que je l'ai déjà dit plusieurs fois ».

Sur 60 patients étudiés :

- 31 ne souffrent pas
- 29 souffrent
 - 3 (sur les 29) bénéficient déjà d'un traitement antalgique qui sera modifié ou adapté au cours de l'étude
 - 26 ne bénéficient d'aucun traitement antalgique.



■ Patients non douloureux
■ Patients douloureux



48 % des personnes évaluées souffrent

52 % des personnes évaluées ne souffrent pas



Sur 29 patients douloureux :

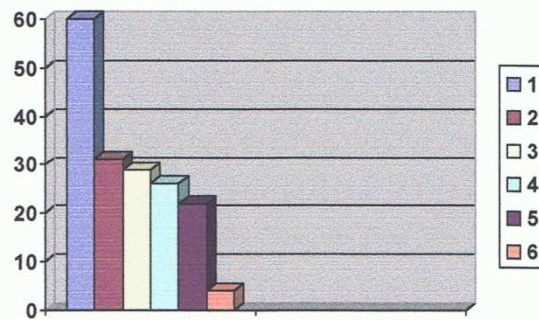
- 10 ont été évalués par l'échelle DOLOPLUS
- 16 ont été évalués par l'échelle E.V.S.
- 3 ont bénéficié d'une évaluation mixte (DOLOPLUS + EVS)

Sur 26 patients, non traités, présentant un syndrome douloureux, soit 43,33 % des personnes évaluées :

- 22, soit 84,61 %, acceptent la mise en place d'un traitement antalgique
- 4, soit 15,39 %, refusent tout traitement

Sur 22 patients (26 – 4) :

- 19 ont bénéficié d'un traitement antalgique médicamenteux
- 2 ont bénéficié d'un traitement antalgique médicamenteux associé à un traitement étiologique (traitement dermatologique, extraction dentaire)
- 1 a bénéficié d'un traitement purement étiologique (extraction dentaire – A noter que ce problème dentaire a été découvert lors de l'évaluation. Aurait-il été exprimé sans celle-ci ?)



1	=	Nombre de personnes évaluées	=	60
2	=	Nombre de personnes ne souffrant pas	=	31
3	=	Nombre de personnes souffrant	=	29
4	=	Nombre de personnes souffrant non traitées	=	26
5	=	Nombre de personnes souffrant non traitées acceptant un traitement	=	22
6	=	Nombre de personnes souffrant non traitées refusant un traitement	=	4

C – DEMARCHE THERAPEUTIQUE

Notre façon de penser se rapproche tout à fait de celle du Collectif DOLOPLUS qui préconise notamment :

*..... En cas de doute, ne
pas hésiter à faire un test
thérapeutique adapté*

.....

Partant de ce principe, les 26 résidents douloureux de notre étude, non ou mal traités, ont fait l'objet d'un traitement antalgique d'épreuve.

Epreuve aussi pour nous qui n'avions pas l'habitude de « plancher » à ce sujet :

- Comment débiter le traitement d'un tel ou d'un tel ?
- Ne pas comparer le score de Monsieur X et celui de Madame Y
- Quelle forme galénique donner ?
- A quel palier commencer ? En fonction du score ? En fonction du résident ?
- Quand réévaluer ?

Au cours de l'étude, nous avons déterminé une stratégie de mise en place des différents traitements antalgiques.

Nous avons sélectionné les médicaments qui nous semblaient le plus adaptés à nos résidents en les regroupant sous forme de tableau.

Enfin, nous avons abouti à notre propre conduite à tenir.

TRAITEMENT ANTALGIQUE D'EPREUVE

D = Doloplus

EVS = Echelle Verbale Simple

S = Soulagement

NOMS	EVALUATION	TRAITEMENT	CONSTAT	DEVENIR
Mme G.	D = 20	PARACETAMOL 6/J	D = 3	TOPALGIC 100 LP 2/J – Le traitement antalgique ayant fait ses preuves, cette nouvelle prescription permet de passer à seulement deux prises par jour – Résultat = Gain de mobilité
Mme C.	D = 16	PARACETAMOL 6/J		Décédée
Mme F.	D = 9	PARACETAMOL 6/J	D = 0	Diminution de la posologie à 3/J puis stop – Le traitement principal étant le traitement étiologique : patiente couchée (douleur) puis relevée (disparition de la douleur)
M. B.	D = 12	PARACETAMOL 6/J	D = 15	TOPALGIC 100 LP 2/J
Mme L.	D = 11	PARACETAMOL 6/J	D = 8	On continue le même traitement
Mme C.	D = 8	PARACETAMOL 6/J	D = 7	DI-ALGIREX 3/J
Mme R.	D = 6	PARACETAMOL 3/J	D = 6	On continue le même traitement
Mme B.	EVS = 3	PARACETAMOL 6/J	S = 4	DI-ALGIREX 3/J

32

NOMS	EVALUATION	TRAITEMENT	CONSTAT	DEVENIR
Mme T.	EVS = 4	PARACETAMOL 6/J	S = 2 S = 3	Diminution de la posologie à 3/J puis stop et remplacé par Euphytose. La plainte douloureuse est rapidement revenue → DI-ALGIREX 2/J + Massages au Voltarène Stop Traitement per os et maintien des massages
Mme E.	EVS = 4	PARACETAMOL 6/J	S = 3	DUROGESIC 25 µg. La forme transdermique assurant une bonne observance. Diminution puis arrêt du traitement psychiatrique. Diminution de l'agitation (cris).
Mme D.	D = 13	PARACETAMOL LYOC 6/J	S = 0	Stop traitement. Pas de changement de comportement. Erreur dans l'évaluation ?
Mme P.	D = 12	PARACETAMOL 3/J + AINS 1/J	D = 9	Après fenêtre thérapeutique, reprise du PARACETAMOL pdt 3 J et AINS 1/J
Mme L.	EVS = 3	PARACETAMOL 3/J + AINS 1/J + Soins locaux	S = 0 puis 2 puis 4	Stop de tout traitement car stop des douleurs
Mme B.	EVS = 3	PARACETAMOL 3/J + AINS 2/J	S = 2	TOPALGIC 100 LP 2/J = S = 4 → Donc on continue le TOPALGIC
Mme F.	EVS = 3	PARACETAMOL 6/J puis AINS 1/J puis Psychothérapie	S = 4 Probablement surestimé car refus du traitement	Stop de tout traitement per os (refus) – Poursuite de la psychothérapie

33

NOMS	EVALUATION	TRAITEMENT	CONSTAT	DEVENIR
Mme M.	EVS = 4	PARACETAMOL 3/J + AINS 1/J	S = 0	Même traitement + Ceinture de maintien « anti-douleur » Refus de la ceinture et S = 4 (effet placebo de la ceinture ?)
Mme D.	EVS = 2	AINS 1/J	S = 4	Stop traitement
Mme M.	EVS = 3	AINS 1/J	S = 4 puis nouvelle localisation douloureuse	DI-ALGIREX 3/J
M. S.	EVS = 3	AINS 1/J	S = 2	Stop traitement
M. H.	EVS = 2	IPP 1/J	S = 4	Maintien du traitement
Mme V.	D = 17	PARACETAMOL CODEINE 6/J		Traitement étiologique (extraction dentaire) permettant de rester au palier II, sinon probable changement en faveur du palier III – Décédée
Mme G.	EVS = 3	CODOLIPRANE 2/J	S = 1	Augmentation de la posologie à 4/J = S = 3 → Maintien du traitement
Mme D.	D = 19	DUROGESIC 25 µg (1)	D = 18	Pas de changement de comportement à part une extrême agitation. Stop traitement.
M. H.	EVS = 4	DUROGESIC 150 µg (2)	S = De 0 à 4	Maintien du traitement
Mme B.	EVS = 4	TEGRETOL 100 3/J + ANAFRANIL 25 1/J + Soins locaux	S = 2 puis 4	Diminution importante de la plainte douloureuse voire absence de plainte

- (1) D'emblée car refus du traitement per os ou mauvaise observance (crache) et peur des injections.
 (2) En remplacement de Skenan LP 260 mg.

Quelle a été notre stratégie pour la mise en place du traitement antalgique d'épreuve ?

On remarque que, pour cette étude, le traitement choisi en première intention est le **PARACETAMOL**. En effet, sur 25 patients traités :

- 11 ont bénéficié d'une prescription de PARACETAMOL seul soit 44 %
 - 5 ont bénéficié d'une prescription de PARACETAMOL + AINS soit 20 %
- 64 % ⇒ PARACETAMOL**

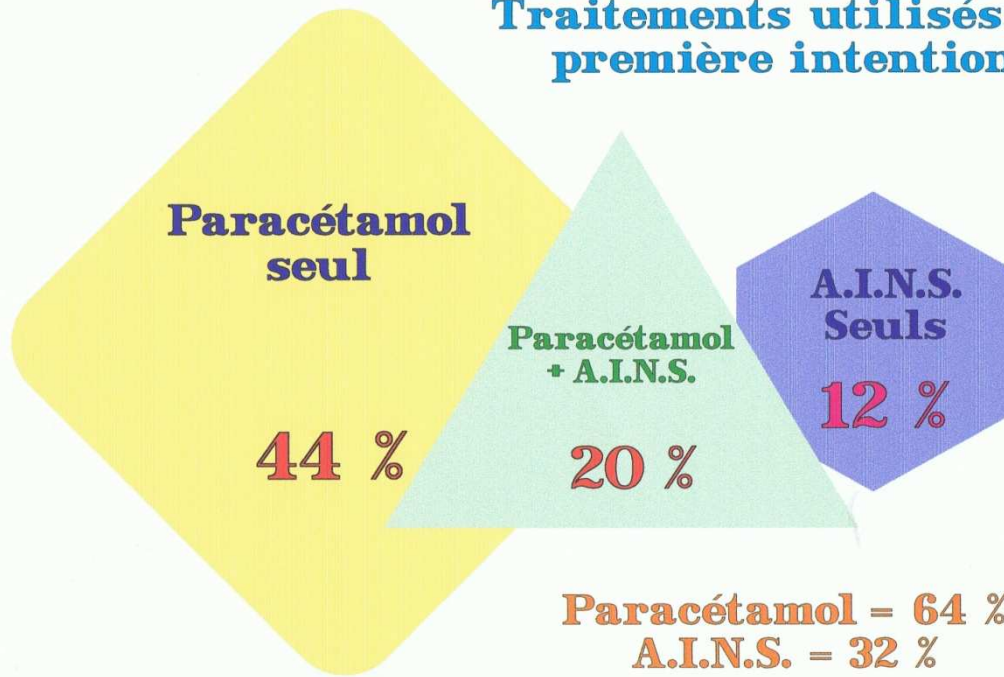
Pourquoi ce choix ? Le Paracétamol, médicament du Palier I, est **facile d'utilisation** : plusieurs formes galéniques existent et ont pu être utilisées en fonction du résident. En effet, certains ont besoin de « palper », de voir la médication : on leur réserve la forme en comprimés. Par contre, d'autres ne supportent ou n'acceptent que les solutés : la forme effervescente leur convient plus particulièrement. Pour d'autres encore, on préférera la forme Lyoc. Il présente **peu ou pas d'effets secondaires**, s'il est bien utilisé.

Le Paracétamol est, par conséquent, devenu, pour nous, l'Antalgique de base.

Les autres médicaments du Palier I utilisés pour cette étude sont les **A.I.N.S.** En rapport avec l'importance des douleurs ostéoarticulaires (53 %) et malgré les risques d'utilisation notamment en gériatrie, nous avons choisi un A.I.N.S. de dernière génération (CELEBREX), permettant d'inhiber la cyclo-oxygénase de type 2 tout en épargnant celle de type 1 (anti cox2), ce qui, en pratique, peut expliquer les moindres effets secondaires digestifs. Les 8 résidents qui ont bénéficié de cette prescription n'ont souffert d'aucun effets secondaires liés à ce type de traitement.

- 5 patients ont bénéficié d'une prescription d'A.I.N.S. en association avec le Paracétamol soit 20 %
 - 3 patients ont bénéficié d'une prescription d'A.I.N.S. seul soit 12 %
- 32 % ⇒ A.I.N.S.**

Traitements utilisés en première intention



Une fois le traitement initial instauré, le résident a fait l'objet d'une deuxième évaluation.

- soit par une deuxième échelle DOLOPLUS
- soit par une échelle de soulagement
- soit par un constat évident. Deux cas sont ici à souligner :

- ♦ celui de Madame E. Germaine : au départ, cette résidente criait, s'agitait, décrivait plusieurs types de douleurs d'une intensité de 4 sur l'EVS – après traitement, elle ne crie plus, s'agite beaucoup moins, dit qu'elle n'a plus mal – son traitement psychiatrique, d'abord diminué, a été arrêté complètement.

- ♦ celui de Madame G. Jeannette : à la mise en place du traitement, cette résidente était prostrée dans son lit, en « chien de fusil », le regard hagard – après traitement, on observe un retour spectaculaire à l'autonomie, cette résidente ayant repris ses déambulations dans le couloir.

La véritable difficulté de cette deuxième évaluation est de la faire dans les temps impartis. En théorie, on évalue, on traite et on réévalue quelques jours après. En pratique, il faut tenir compte des aléas du travail, du planning de chacun, des urgences, de la disponibilité du personnel... et la difficulté augmente quand on le fait dans le cadre d'une enquête comme celle-ci (60 personnes). A l'avenir, il serait peut être opportun d'évaluer la douleur quelques jours avant la visite mensuelle du médecin, de traiter et de réévaluer à l'occasion de la visite. L'échange serait alors constructif : « voilà où on en est » « voilà ce qu'on va faire ».

A la suite de la réévaluation, il est possible qu'un autre traitement soit mis en place et notamment un traitement de Palier II.

Pour cette étude, on observe peu de traitement du palier II en première intention (2 patients sur 25)

Mais 7 sur 25 en deuxième intention soit

28 % ⇒ PALIER II en 2^{ème} intention

En effet, après cette deuxième évaluation, qu'a t'on observé ?

☒ *Le traitement est inefficace* =

- le malade n'a pas mal, il s'agit d'autre chose => arrêt du traitement,
- le malade est mal analgésié => passage au palier II

☒ *Le traitement est efficace* =

- diminution du traitement ou arrêt car arrêt des douleurs
- passage au palier II pour simplification de l'utilisation.



Le Paracétamol ayant prouvé l'intérêt d'un traitement antalgique, il nous a semblé intéressant de pouvoir administrer par la suite des produits comme :

- Le **DIALGIREX**, connu de nos résidents car utilisé jusqu'à présent le plus souvent à la demande. Facile d'utilisation (3 prises par jour (dans ce cas précis) au lieu de 6 comprimés de Paracétamol), il présente un intérêt non négligeable malgré le risque d'hypoglycémie et sa contre-indication chez les sujets diabétiques. Aucun des résidents de cette étude ayant bénéficié d'un traitement par dextropropoxyphène n'est diabétique. Aucun effet secondaire n'a été signalé.

- Le **TOPALGIC L.P. 100** avec une posologie de 2 comprimés (au lieu de 6 comprimés de Paracétamol).

Concernant le palier III : Le traitement choisi dans le cadre de l'enquête est le Fentanyl = **DUROGESIC**. La voie transdermique assure une bonne observance du traitement. Les Patches de DUROGESIC (à différents dosages) entrent désormais dans le traitement de fond de trois de nos résidents.

- 1 patiente bénéficie d'un traitement de première intention. Que faire à part un patch quand la personne crache ou refuse son traitement per os ?
- 1 patiente bénéficie d'un traitement de deuxième intention. La personne ne prend que des solutés, rien de solide et le patch représente dans ce cas une sécurité.

- 1 patient bénéficie d'une augmentation de traitement ou plus précisément d'un changement de forme galénique (de gélules à patch).

Bien que ne faisant pas partie de la population évaluée dans le cadre de l'étude, on observe que deux patientes ont été traitées par Skenan et Actiskenan dans la même période.

Beaucoup d'interrogations quant aux équivalences entre les différents paliers sont apparues à ce moment.

Les difficultés rencontrées dans l'adaptation des traitements antalgiques (dans ou hors étude) ont eu un effet didactique notamment concernant le passage entre le palier II et le palier III. Plusieurs types de questions se sont posées à nous et par exemple :

Dans le cas d'un patient non soulagé par TOPALGIC LP 100 x 2,
Sachant que 60 mg de Morphine équivaut à 260 mg de Tramadol,
Vaut-il mieux donner SKENAN 30 x 2 ou TOPALGIC LP 200 x 2 ?

Dans le cas d'un patient non soulagé par DIALGIREX x 3,
Sachant que 6 DIALGIREX équivalent à 260 mg de Tramadol,
Vaut-il mieux donner DIALGIREX x 6 ou TOPALGIC LP 100 x 2 ?

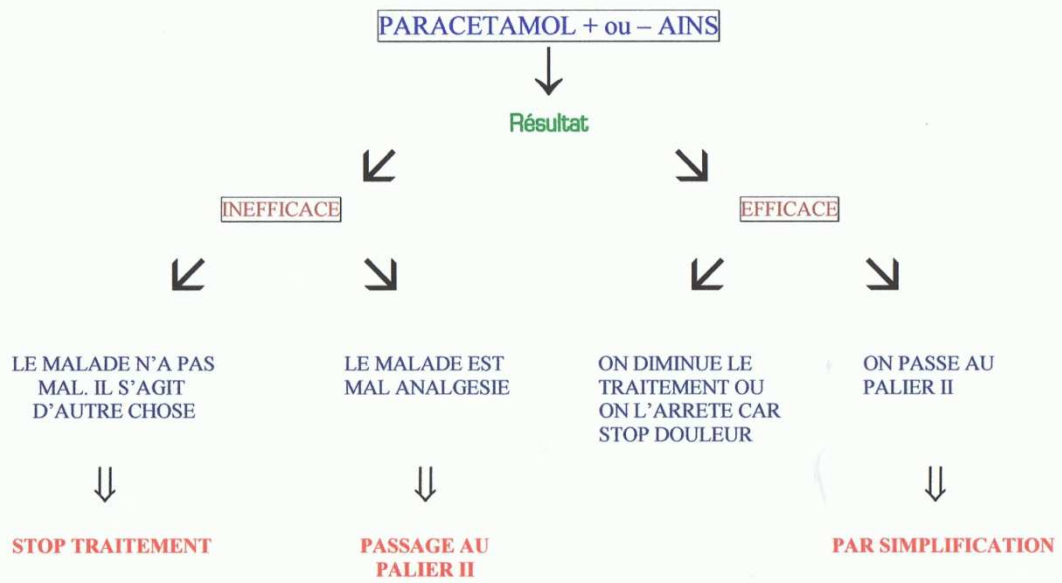
Nous avons rencontré des difficultés à trouver des informations synthétiques dans la littérature ce qui nous a conduit

- 1) à soulager certains de nos patients parfois de façon empirique
- 2) à construire notre propre tableau avec les principaux médicaments utilisés pour cette étude et ceux que nous avons l'intention d'utiliser à l'avenir.

Notre intention est, en effet, d'avoir recours à des médicaments opioïdes plus facilement et notamment au DUROGESIC. Une fiche d'information a été communiquée aux soignants (infirmier(es), aides soignants) relative à sa mise en place et aux conditions particulières de surveillance (Annexe II).

Les autres traitements (co-antalgiques et I.P.P.) concernant 2 patients sur 25.

NOTRE STRATEGIE



NOTRE CONDUITE A TENIR

1) <u>En première intention</u>	6 PARACETAMOL 500 mg	Effervescents Comprimés Lyoc Suppo (1g)
+ ou -	1 CELEBREX 200 mg	Gélules
2) <u>En deuxième intention (ou en première intention)</u>	3 DIALGIREX ou 3 CODOLIPRANE ou 3 EFFERALGAN CODEINE	Gélules Comprimés Effervescents
+ ou -	1 CELEBREX 200 mg	Gélules
3) <u>Puis</u>	2 TOPALGIC LP 100 mg	Comprimés
<u>Puis</u>	2 TOPALGIC LP 200 mg	Comprimés
4) <u>Puis</u>	2 SKENAN LP 30 mg	Gélules (possibilité d'ouvrir la gélule)
+ quasi-systématiquement avant les soins	1 ACTISKENAN 5 mg	

Puis adaptation du dosage en fonction de la réponse.

REFLEXION SUR NOTRE CONSOMMATION D'ANTALGIQUES

Parallèlement à cette étude, d'autres résidents ont bénéficié d'un traitement antalgique avec, sans doute, plus de témérité qu'auparavant.

En analysant la consommation des antalgiques d'une année sur l'autre et sur deux mois (Janvier et Février) toute population confondue :

On observe une augmentation de l'utilisation du Paracétamol de l'ordre de 25 %.

Le paracétamol était utilisé il y a un an quasiment uniquement pour sa propriété antipyrétique.

On peut donc considérer que les 25 % de plus cette année sont dus à l'utilisation de cette molécule pour sa propriété analgésiante. Il est vrai qu'il représente à présent le chef de file de notre panoplie d'antalgiques.

Les A.I.N.S., très peu prescrits l'an dernier (1 patiente traitée pour arthrose), ont pris une part importante dans cette étude. Ils sont, le plus souvent, associés au PARACETAMOL.

Le Dextropropoxyphène, utilisé, la plupart du temps, à la demande il y a un an, était notre antalgique de choix. C'est pourquoi le nombre de prises est supérieur en 2001. Sa consommation est encore importante à présent mais son utilisation est certainement plus adaptée.

Le Codoliprane et l'Effergal codéiné, étaient absents de notre gamme d'antalgiques l'année dernière. La forme effervescente de l'Effergal codéiné est intéressante et son utilisation va probablement se développer à l'avenir.

Le Topalgic a fait une progression considérable peut être due au fait qu'il est « le dernier » médicament que nous utilisons avant de passer au Palier III.

Un seul patient était traité l'année dernière par de la Morphine. A présent, l'utilisation de l'Actiskenan, du Skenan et du Durogesic s'est bien développée.

Voir tableau « Nombre de prises d'antalgiques ».

NOMBRE DE PRISES D'ANTALGIQUES

<u>Médicaments</u>	<u>Janvier et Février 2001</u>	<u>Janvier et Février 2002</u>	<u>+ ou -</u>
<u>PALIER I</u>			
Paracétamol	1096	1379	+ 283
AINS	56	207	+ 151
<u>PALIER II</u>			
Dextropropoxyphène	1420	1161	- 259
Paracétamol codéiné	0	146	+ 146
Topalgic	220	799	+ 579
<u>PALIER III</u>			
Actiskenan 5 mg	0	51	+ 51
Skenan LP 10 mg	0	87	+ 87
Skenan LP 30 mg	0	101	+ 101
Skenan LP 60 mg	56	0	- 56
Skenan LP 100 mg	56	118	+ 62
Skenan LP 200 mg	0	56	+ 56
Durogésic 25 µg	0	18	+ 18
Durogésic 50 µg	0	10	+ 10
Durogésic 100 µg	0	10	+ 10

2) PROCEDURES ET PROTOCOLES

A – PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PROVOQUEE PAR LES SOINS ET PROCEDURES QUI EN DECOULENT

Prévenir la douleur provoquée par les soins et les actes quotidiens est une priorité du 2^{ème} plan de lutte contre la douleur (2002 – 2005).

La prise en charge de la douleur iatrogène ne se résume pas au choix des moyens thérapeutiques. L'organisation des soins (qui doivent être regroupés) et l'installation du patient (qui doit être en rapport avec son handicap) y participent également.

L'information du résident et la bonne préparation du matériel permet d'améliorer la qualité du soin envisagé.

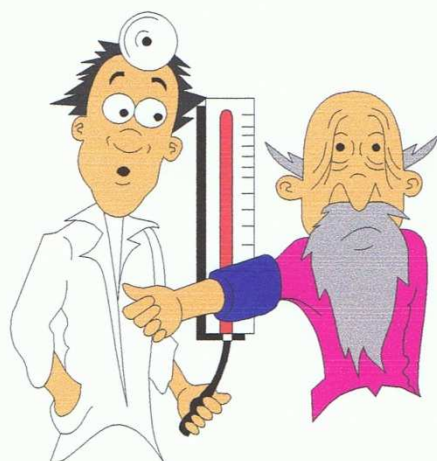
Si un antalgique est prescrit, il faudra tenir compte de son **délai pour une action maximale** (*ce qui est différent de son début d'action*), à savoir :

- ⇒ 1 heure pour le Paracétamol per os
- ⇒ 90 minutes pour la Morphine orale
- ⇒ 2 heures pour les A.I.N.S. (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens)
- ⇒ 20 à 30 minutes pour la voie I.V.
- ⇒ 45 minutes à 1 heure pour la voie S/C
- ⇒ 24 heures pour la voie transdermique
- ⇒ Quelques minutes pour la voie transmuqueuse
- ⇒ 1 heure pour le patch ou la crème EMLA
- ⇒ 5 à 15 minutes pour la XILOCAINE
- ⇒ 5 à 10 minutes pour la voie inhalatoire

Le principal critère de réussite de la réalisation d'un soin est de pouvoir refaire un geste similaire sans provoquer d'appréhension.

Les principaux soins pratiqués en gériatrie et notamment dans notre Maison de Retraite sont :

- La toilette
- La prévention des escarres
- Les pansements
- L'injection intraveineuse
- L'injection intramusculaire
- L'injection sous-cutanée
- Le sondage vésical
- La pose d'une sonde naso-gastrique
- La mobilisation / manutention
- L'installation du patient
- La kinésithérapie



Comment les réaliser « sans douleur » ?

PROCEDURE N° 1

LA TOILETTE

La toilette doit être adaptée aux handicaps et aux habitudes du résident
Dans certains cas, il peut être nécessaire de solliciter une prescription d'antalgiques. Il faudra alors tenir compte de leur délai d'action.
Parfois, il faut savoir demander une aide pour synchroniser en douceur les différents gestes.
Une toilette se termine par la zone la plus douloureuse car sa mobilisation au début de la toilette ne permet pas au patient de profiter du bien-être qu'elle devrait procurer.

CONSEILS

- Vérifier la température de la pièce (fermer les portes et les fenêtres) pour éviter un écart de température.
- Veiller au respect de la pudeur du patient.
- Choisir une eau à la température préférée du résident (respect de ses habitudes).
- Laver, rincer, sécher par segments, car cela évite le refroidissement de la personne.
- Profiter du décubitus latéral pour frictionner le patient.
- Profiter du retournement de la personne pour refaire le lit (évite les manipulations intempestives).
- Lorsque la personne reste alitée, la coiffure doit dégager la nuque pour éviter que les cheveux ne s'emmêlent et pour limiter la transpiration.
- Raser dans le sens du poil pour diminuer l'irritation.
- Veiller à ne pas utiliser de produit dont l'odeur pourrait incommoder le patient.

PROCEDURE N° 2

LA PREVENTION D'ESCARRES

Une escarre peut se constituer en moins de deux heures et être extrêmement douloureuse d'où l'intérêt de la prévention.

La prévention consiste à lutter contre la compression prolongée et augmenter l'oxygénation des tissus en :

- installant un matelas anti-escarre + ou - cerceau
- protégeant les points d'appuis,
- planifiant les différents changement de position,

et surtout :

- en réalisant des massages trophiques de type effleurage (friction légère ample effectuée avec les paumes des mains, à plat, en épousant la forme du corps, de telle sorte qu'elles glissent et n'exercent qu'une pression légère. Le massage, lent, doux et non douloureux, s'effectue à mains nues. On peut utiliser les produits suivants : huile, crème pour massages trophiques ou lait de toilette.

CONSEIL

- Proscrire les produits alcooliques qui sont vasoconstricteurs et dessèchent la peau ainsi que le talc qui encrasse la peau.
- Proscrire les massages de type pétrissage qui entraînent des cisaillements favorisant l'escarre et lésant les tissus fragiles.
- Proscrire la technique d'alternance de chaud (sèche-cheveux) et de froid (glaçons) qui dessèche et fragilise la peau et qui risque d'entraîner des gelures et/ou des brûlures et des traumatismes de la microcirculation.
- Proscrire le massage d'une lésion déjà constituée. Dans ce cas, il s'agit de supprimer l'appui avec éventuellement massage en douceur autour de la lésion.

PROCEDURE N° 4

L'INJECTION INTRA VEINEUSE

PREVENTION

Utilisation systématique de la crème EMLA avant chaque ponction. Tenir compte de son délai d'action (1 heure).

LIEU D'INJECTION

Les veines métacarpiennes peuvent être utilisées pour les perfusions au long cours car la mobilité du patient n'est pas entravée. De plus, les veines sont habituellement superficielles, donc faciles d'accès. Néanmoins, la piqûre est douloureuse.

REALISATION DU GESTE

Il faut choisir des gants adaptés à la taille de l'opérateur pour favoriser la dextérité et être attentif à la pose du garrot qui peut provoquer une douleur.

Au moment de la ponction, la peau doit être tendue pour limiter la douleur.

Si la veine est visible et non stable, l'aiguille est introduite d'un mouvement ferme et rapide. Si la veine est peu visible, scléreuse, la ponction est pratiquée en deux temps : traversée de la peau parallèlement à la veine, orientation de l'aiguille vers la veine et introduction précautionneuse.

En cas d'injection directe de produit dans la veine, lors de la purge de la seringue, il faut éviter de faire couler du produit sur l'aiguille car il peut être irritant pour la veine et le passage cutané.

PROCEDURE N° 5

L'INJECTION INTRAMUSCULAIRE

La voie intramusculaire est souvent douloureuse. Cette douleur est liée à la ponction, au produit injecté, puis, plus tard, à la résorption de la drogue.

Il y a toujours intérêt à choisir l'aiguille la plus fine possible. Idéalement, le produit doit être déposé dans la profondeur du muscle. Il faut donc sélectionner une aiguille suffisamment longue tout en tenant compte du gabarit du patient. En effet, si le malade est maigre, une aiguille trop longue risque d'atteindre l'os.

En cas d'injection de médicament à dissoudre, il faut utiliser le solvant préconisé par le fabricant. En cas d'injection de médicament habituellement conservé au réfrigérateur, il faut préalablement le porter à température ambiante car l'administration d'un produit froid est excessivement douloureux. S'il s'agit d'un produit huileux, il est important de l'injecter doucement pour éviter la douleur.

PREVENTION

Choisir un endroit indemne de toute lésion.

La position allongée facilite la détente musculaire et prévient la douleur liée à l'injection.

Si les injections sont répétées, alterner les sites. Si différents produits sont injectés, retirer l'aiguille de moitié et la repositionner pour injecter chaque produit dans un site voisin.

REALISATION DU GESTE

Eviter de faire couler du produit sur l'aiguille au moment de la purge de la seringue car il peut être allergisant ou irritant pour la peau.

Après l'injection, retirer l'aiguille d'un geste vif et sûr. Après ablation de l'aiguille, maintenir une compression et masser doucement la zone de ponction.

PROCEDURE N° 7

LE SONDAGE VESICAL

Utiliser un gel anesthésiant, sur prescription médicale, surtout chez un homme. Respecter son délai d'action.

PREVENTION

Choisir une sonde de taille adaptée.

Installer la personne en décubitus dorsal, les jambes repliées pour faciliter le relâchement abdominal et périnéal.

REALISATION DE L'ACTE

La lubrification de la sonde est indispensable.

Le geste doit être effectué en douceur sans forcer en cas d'obstacle ou de douleur intense.

Si une douleur survient lors de l'injection d'eau dans le ballonnet, cela signifie que celui-ci est gonflé dans l'urètre.

FIXATION DE LA SONDE

Elle est impérative pour éviter toute traction intempestive sur la sonde et un traumatisme au niveau du col vésical. Chez la femme, la fixation se fera sur la face interne de la cuisse, chez l'homme, elle se fera au niveau abdominal, après rasage si besoin, pour éviter une escarre urétroscrotale.

Fixer la poche en position déclive.

ABLATION DE LA SONDE

Clamper la sonde de manière à remplir la vessie pour qu'au moment de son ablation, le patient urine en même temps, ce qui diminue l'irritation au niveau de l'urètre.

PROCEDURE N° 8

LA POSE D'UNE SONDE NASO-GASTRIQUE

CHOIX DU MATERIEL

La sonde doit être aussi fine que possible en fonction de l'usage prévu.

Lorsque la sonde est souple (par exemple : sonde d'alimentation), il est préconisé de la mettre quelques heures au réfrigérateur pour la rigidifier, ce qui en facilitera la pose.

POSE DE LA SONDE

L'introduction dans la narine doit se faire perpendiculairement à celle-ci pour éviter de léser les cornets et la muqueuse nasale.

FIXATION DE LA SONDE

Fixer la sonde à la narine, vers le bas, afin qu'elle n'irrite pas le cartilage de la narine et ne pas trop enserrer cette dernière à cause du risque d'escarre.

Prévoir une fixation supplémentaire pour éviter toute traction lors des changements de position du patient.

PROCEDURE N° 9

LA MOBILISATION / MANUTENTION

PRINCIPES

Sécurité et confort. Tout déplacement doit être concerté entre les différents intervenants qui utilisent les techniques de manutention. La participation du résident doit être requise quand cela est possible. Il faut donc lui expliquer le but de la manœuvre et ce qu'on attend de lui.

Lors de la manutention, il faut garder à l'esprit la configuration vertébrale du patient, respecter ses articulations et solidariser ses parties mobiles. Il faut également tenir compte de la fragilité osseuse de certains résidents et de la présence de perfusion, sonde urinaire, sonde digestive.

PRECAUTIONS

Un patient âgé ou fragile, s'il est saisi brutalement par les aisselles, peut présenter une douleur transitoire ou persistante.

L'épaule d'un patient hémiplegique est vulnérable. Une manipulation mal conduite peut être à l'origine de luxations ou d'une élongation de troncs nerveux.

Chez les patients recevant des médicaments vasoplégiques, une hypotension peut survenir lors d'un changement brutal de position.

Pour la mobilisation, il faut saisir le résident du côté sain et éviter de poser les mains sur des pansements.

A chaque fois que cela est possible, mobiliser le résident à l'aide de lève-malades en ayant soin d'utiliser des sangles en bon état et à la taille du patient.

PROCEDURE N° 10

L'INSTALLATION DU PATIENT

L'installation du résident dans une position en rapport avec sa maladie ou son handicap peut exiger la participation de plusieurs soignants. Elle peut se faire grâce à des aides techniques comme un lit à hauteur variable, une poignée de suspension ou un lève-malade.

DECUBITUS DORSAL

Position à éviter chez les patients souffrant d'insuffisance respiratoire ou cardiaque et chez les patients comateux ou paralysés chez lesquels le réflexe de déglutition est aboli. **Position à proscrire au moment des repas.**

Installer le résident, dès qu'un risque d'altération de l'intégrité de la peau est présent, sur un matelas anti-escarres type cliniplot ou matelas à mémoire de forme voire Nimbus.

Un cerceau placé dans le lit évite que la couverture et les draps ne compriment les pieds, les jambes et les genoux.

Pour un patient hémiplégique, il faut prendre des précautions particulières. Placer un coussin sous la tête, l'épaule et l'omoplate du côté atteint pour diminuer le risque d'algodystrophie de l'épaule. Disposer un oreiller sous la hanche et la cuisse atteintes pour éviter la rotation externe de la jambe. Surélever le membre supérieur atteint avec un oreiller pour prévenir l'apparition d'un œdème et favoriser le retour veineux.

INSTALLATION AU FAUTEUIL

Elle est à favoriser au maximum. Un coussin anti-escarres sera mis en place dès que nécessaire.

Il ne faut pas oublier de rabattre les repose-pieds et d'installer les jambes du résident dessus. Il faut régler sa hauteur car, s'il est trop haut, il y a une augmentation de la pression au niveau du sacrum, s'il est trop bas, cela accroît la pression au niveau des cuisses, à l'arrière des genoux et au niveau des ischions. L'angle cuisse-jambe doit être de 90°.

B – MISE EN PLACE DE PROTOCOLES « ANTI-DOULEUR » EN VUE DE SOULAGER LA DOULEUR AIGUE

Bien qu'en Gériatrie, la douleur chronique occupe une place prépondérante, il arrive néanmoins que le soignant soit confronté à une demande de prise en charge de douleur aiguë.



Que faire devant une douleur d'intensité faible (EVS = 1) : maux de tête ponctuels, douleurs rhumatismales, douleurs articulaires... =

PROTOCOLE N° 1



Que faire devant une douleur d'intensité modérée à forte (EVS = 2 à 4) suite notamment à une chute ou à un autre trauma =

PROTOCOLE N°2 ou 3

**Ces protocoles sont affichés dans les deux infirmeries
et rangés dans le classeur réservé à cet effet.**

PROTOCOLE N° 2

Que faire devant une douleur d'intensité modérée à forte (EVS = 2 à 4) :
suite notamment à une chute ou à un autre trauma.

DEXTROPROPOXYPHENE OU PARACETAMOL CODEINE

Di-Algirex ou Efferalgan Codéiné

**2 gélules ou 2 comprimés d'emblée si le résident doit être
hospitalisé**
**1 gélule ou 1 comprimé toutes les 6 à 8 H si la douleur doit
être prise en charge sur le lieu de vie du résident**

Tout traitement administré selon ce protocole doit être consigné dans le dossier de soins du résident.

Le médecin prescripteur doit en être tenu informé le plus rapidement possible.

Marseille, le

Le Médecin Coordonnateur

PROTOCOLE N° 3

Que faire devant une douleur d'intensité modérée à forte (EVS = 2 à 4) : suite notamment à une chute ou à un autre trauma lorsque la voie orale ne peut être utilisée :

PROPACETAMOL 2 GRAMMES

Prodafalgan IV 2 Grammes

**Dans un Flash de 100 cc
de G5 % ou Sérum physiologique
en 15 minutes**

Tout traitement administré selon ce protocole doit être consigné dans le dossier de soins du résident.

Le médecin prescripteur doit en être tenu informé le plus rapidement possible.

Marseille, le

Le Médecin coordonnateur

C – PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DES RESIDENTS AU RETOUR D'UNE HOSPITALISATION EXTERNE

Au cours de leur séjour dans notre institution, il arrive que certains de nos résidents soient hospitalisés.

A leur retour, quelle conduite à tenir ? Comment prendre en charge leur douleur ?

Plusieurs questions doivent être posées :

- Quel fut le motif de l'hospitalisation ?
- Dans quel état général se trouvait le résident avant son hospitalisation ?
- Le service hospitalier a-t-il mis en place un traitement antalgique qu'il nous transmet ?
- S'agit-il d'un patient déjà traité par antalgiques dans le cadre d'une douleur chronique ?
- Le patient est-il capable ou en état de répondre à l'E.V.S. ? DOLOPLUS ne pouvant être utilisée (les comparaisons comportementales pouvant être faussées par l'hospitalisation).
- Quel doit être le futur proche du patient : rééducation précoce par kinésithérapie ou, au contraire, immobilisation ?

L'anamnèse étant faite, il sera alors possible de mettre en place différents protocoles.

- Le patient, au retour de son hospitalisation, peut remplir l'É.V.S. =

E.V.S. = 1 = PROTOCOLE N° 1

E.V.S. de 2 à 4 = PROTOCOLE N° 2 ou 3

- Le patient, au retour de son hospitalisation, ne peut pas remplir l'É.V.S. =

Le traitement antalgique sera fonction de son état actuel et de l'éventuel geste chirurgical qu'il vient de subir. Dans tous les cas, il devra bénéficier au minimum du :

PROTOCOLE N° 1

3) NOS ACQUIS / NOS PROJETS

NOS ACQUIS

- L'intérêt du personnel :

On peut considérer qu'au terme de cette étude la prise en charge de la douleur est mieux maîtrisée par notre équipe de soin.

L'ensemble des soignants, très concerné par ce projet, a, à sa disposition, les outils nécessaires à l'évaluation de la douleur : Echelles DOLOPLUS, E.V.S., E.V.A., ainsi qu'une importante documentation.

- Nos protocoles :

Le 17 décembre dernier les grandes lignes d'un second programme quadriennal (2002-2005) de lutte contre la douleur a été présenté.

La mobilisation des infirmiers y est plébiscitée :

⇒ **Article 2 du nouveau décret de compétence infirmier du 11 février 2002** : *Les soins infirmiers ... ont pour objet ... de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes ...*

⇒ **Article 7** du même décret : *L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.*

et leur rôle renforcé (voir Annexe III – Diagnostics Infirmiers).

La mise en place de protocoles au sein de notre Maison de Retraite montre l'engagement du médecin et des infirmiers sur ce point.

- **Dynamiser et redynamiser sans fin :**

L'intégration de tous les membres de l'équipe soignante à la prise en charge de la douleur est fondamentale. Chaque nouveau membre de l'équipe sera informé sur ce point (évaluations, protocoles...).

La mise en place de réunions spécifiques sur le thème de la douleur une fois par mois permettrait de mener à bien les nouvelles évaluations, de faire le point sur les traitements en cours, d'échanger des connaissances et de parler de nos ressentis.

La place de notre psychologue devrait s'élargir et aboutir à une prise en charge plus formelle de nos résidents.

Celle de notre animatrice pourrait s'étendre encore et mettre en avant la dynamique de groupe par quelques séances de gymnastique douce.

- **S'équiper :**

La mise en place de traitements non médicamenteux pourrait être bénéfique à nos patients :

- **Ergonomie** = la mise à la disposition des soignants d'encore plus de lits à hauteur variable et de lève-malades serait profitable à tous.
- **Ergothérapie** = Cette technique procure souvent une nouvelle motivation au mouvement recherché et améliore l'efficacité du geste. Prendre un verre d'eau classique peut relever du défi pour une personne qui souffre de polyarthrite rhumatoïde. De même, ramasser un objet tombé par terre peut être très douloureux pour un patient souffrant de gonarthrose. Des objets usuels adaptés aux personnes âgées ou handicapées tels que verres, couteaux, pinces, peignes.... permettraient à quelques-uns de nos résidents de garder une certaine autonomie.
- **Traitements physiques** = Les cold packs sont connus de notre équipe mais étaient utilisés jusqu'à présent pour combattre les hyperthermies. Ils pourraient tout à fait s'inscrire dans le cadre de traitement à visée antalgique au même titre d'ailleurs que les hot packs, les mousses d'abduction, les ceintures de maintien...
- **Neurostimulation** = D'ores et déjà, un neurostimulateur est acquis et la formation des soignants prévue à la rentrée.

III – CONCLUSION

40 à 85 % des personnes âgées vivant en institution souffrent. Tels sont les chiffres ! C'est énorme. Comment y croire ! Infirmière en Maison de Retraite, entourée d'une équipe de soin solide et motivée, je décidais d'en savoir plus. C'était il y a quelques mois.

Connaître et comprendre la douleur

Facile à dire ! Qu'il est long et tortueux le chemin entre le coup de marteau et l'interprétation qu'en fera mon cerveau. Que d'émotions, d'images, de pensées, de souvenirs et d'angoisse vont revenir à ce moment. Mais la douleur a ses raisons que la raison ne connaît pas et apprendre est nécessaire si l'on veut partager.

Evaluer et traiter la douleur

L'objectif de notre travail était d'« enquêter » sur la douleur de nos résidents. Trouverions-nous les mêmes chiffres effrayants que la littérature nous livrait ? Malheureusement oui. 43,33 % des personnes évaluées présentaient un syndrome douloureux.

Nous avons évalué, traité, réévalué, analysé, mis en place des procédures et des protocoles.

Nous avons rencontré des difficultés et eu des moments de doute.

Nous avons avancé, grandi dans notre démarche thérapeutique. Celle-ci évoluera d'ailleurs avec nos connaissances et notre expérience.

Mais nous avons surtout compris. Compris que notre travail était bien modeste devant l'ampleur de ce qu'il nous reste à faire.

La tâche me paraît en effet énorme et parsemée d'embûches. Mais aucun déficit n'est insurmontable. Les années qui viennent promettent à nos patients douloureux une meilleure prise en charge.

Soulager la douleur, c'est le vœu que nous formons. Conforter nos acquis, réaliser nos projets (et ils seront, je l'espère, de plus en plus nombreux), ne rien faire seuls, mobiliser sans fin, lutter sans cesse, ne jamais baisser les bras et la douleur ne sera plus jamais une fatalité.

- **La place des antalgiques :**

Si la douleur n'est plus banalisée, les antalgiques, eux, le sont et leur consommation a considérablement augmentée. La création d'une « pharmacie anti-douleur » a, de ce fait, été nécessaire.

NOS PROJETS

Nos objectifs à court ou moyen terme sont les suivants :

- **Poursuivre notre démarche de soin** actuelle à savoir : évaluer, traiter, réévaluer chacun de nos résidents, mais aussi :

- **Accentuer nos efforts sur la prévention de la douleur :**

- Prévention de la douleur provoquée par les soins notamment par l'utilisation de la crème EMLA (ce qui implique une prise de conscience de la part des soignants et une réorganisation de certains soins).
- Prévention des complications de l'alitement :
 - cardio-vasculaires,
 - respiratoires,
 - digestives,
 - urinaires,
 - cutanées.
- Prévention des attitudes vicieuses et déformations ostéo-articulaires, en collaboration étroite avec nos kinésithérapeutes.



*Il y a des
douleurs
muettes
d'une
éloquence
despotique*

Honoré de Balzac

ANNEXE I

**PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES CHEZ
LE SUJET AGE**

**EN FONCTION DE LA CLAIRANCE DE LA
CREATININE**

ET DU BILAN HEPATIQUE

La Fonction rénale du sujet âgé peut être évaluée par la

Formule de Cockcroft et Gault

Clairance de la créatinine = $\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids}}{\text{Créatinine } \mu\text{mol/l}}$ (x 1,25 chez l'homme)

PALIER I = Prescription de PARACETAMOL : 1 à 6 cps par jour

	SGOT < 100	SGOT > 100
RESULTATS	Clairance > 90 ml/mn	Clairance > 90 ml/mn
POSOLOGIE MAXIMALE	6 cps à 500 mg / 24 heures	5 cps à 500 mg / 24 heures
INTERVALLE	4 heures	4 heures

RESULTATS	60 < Clairance < 90 ml/mn	60 < Clairance < 90 ml/mn
POSOLOGIE MAXIMALE	5 cps à 500 mg / 24 heures	4 cps à 500 mg / 24 heures
INTERVALLE	6 heures	6 heures

RESULTATS	30 < Clairance < 60 ml/mn	30 < Clairance < 60 ml/mn
POSOLOGIE MAXIMALE	4 cps à 500 mg / 24 heures	3 cps à 500 mg / 24 heures
INTERVALLE	8 heures	8 heures

RESULTATS	15 < Clairance < 30 ml/mn	15 < Clairance < 30 ml/mn
POSOLOGIE MAXIMALE	3 cps à 500 mg / 24 heures	2 cps à 500 mg / 24 heures
INTERVALLE	12 heures	12 heures

RESULTATS	Clairance < 15	Clairance < 15
POSOLOGIE MAXIMALE	2 cps à 500 mg / 24 heures	1 cp à 500 mg / 24 heures
INTERVALLE	24 heures	24 heures

PALIER II = Prescription de DIANTALVIC (Sauf si diabète)

	SGOT < 100	SGOT > 100
RESULTATS	Clairance > 90 ml/mn	Clairance > 90 ml/mn
POSOLOGIE MAXIMALE	5 gél. / 24 heures	4 gél. / 24 heures
INTERVALLE	8 heures	8 heures

RESULTATS	60 < Clairance < 90 ml/mn	60 < Clairance < 90 ml/mn
POSOLOGIE MAXIMALE	4 gél. / 24 heures	3 gél. / 24 heures
INTERVALLE	12 heures	12 heures

RESULTATS	30 < Clairance < 60 ml/mn	30 < Clairance < 60 ml/mn
POSOLOGIE MAXIMALE	3 gél. / 24 heures	2 gél. / 24 heures
INTERVALLE	12 heures	12 heures

RESULTATS	15 < Clairance < 30 ml/mn	15 < Clairance < 30 ml/mn
POSOLOGIE MAXIMALE	1 gél. / 24 heures	
INTERVALLE	24 heures	

PALIER II = Prescription de CODOLIPRANE ou LINDILANE

	SGOT < 100	SGOT > 100
RESULTATS	Clairance > 90 ml/mn	Clairance > 90 ml/mn
POSOLOGIE MAXIMALE	6 cps / 24 heures	5 cps / 24 heures
INTERVALLE	4 heures	4 heures

	60 < Clairance < 90 ml/mn	60 < Clairance < 90 ml/mn
RESULTATS		
POSOLOGIE MAXIMALE	4 cps / 24 heures	3 cps / 24 heures
INTERVALLE	6 heures	6 heures

	30 < Clairance < 60 ml/mn	30 < Clairance < 60 ml/mn
RESULTATS		
POSOLOGIE MAXIMALE	3 cps / 24 heures	2 cps / 24 heures
INTERVALLE	8 heures	8 heures

	15 < Clairance < 30 ml/mn	15 < Clairance < 30 ml/mn
RESULTATS		
POSOLOGIE MAXIMALE	2 cps / 24 heures	1 cp / 24 heures
INTERVALLE	12 heures	24 heures

	Clairance < 15	Clairance < 15
RESULTATS		
POSOLOGIE MAXIMALE	1 cp / 24 heures	
INTERVALLE	24 heures	

PALIER II = Prescription d'EFFERALGAN CODEINE ou TOPALGIC

	SGOT < 100	SGOT > 100	SGOT > 100
RESULTATS	Clairance>90 ml/mn	Clairance>90 ml/mn	Clairance>90 ml/mn
	EFFERALGAN CODEINE	EFFERALGAN CODEINE	TOPALGIC
POSOLOGIE MAXI	6 cps / J	5 cps / J	4 gél. / J
INTERVALLE	4 heures	4 heures	6 heures

	60 < Clairance < 90	60 < Clairance < 90	60 < Clairance < 90
RESULTATS			
	EFFERALGAN CODEINE	EFFERALGAN CODEINE	TOPALGIC
POSOLOGIE MAXI	4 cps / J	4 cps / J	3 gél. / J
INTERVALLE	6 heures	6 heures	8 heures

	30 < Clairance < 60	30 < Clairance < 60	30 < Clairance < 60
RESULTATS			
	EFFERALGAN CODEINE	EFFERALGAN CODEINE	TOPALGIC
POSOLOGIE MAXI	3 cps / J	3 cps / J	2 gél. / J
INTERVALLE	8 heures	8 heures	12 heures

	Clairance<15 ml/mn	Clairance<15 ml/mn	Clairance<15 ml/mn
RESULTATS			
	EFFERALGAN CODEINE	EFFERALGAN CODEINE	CODENFAN SIROP
POSOLOGIE MAXI	1 cp / J	1 cp / J	10 ml 3 / J
INTERVALLE	24 heures	24 heures	

PALIER III = Prescription de MORPHINE

RESULTATS	Clairance > 90 ml/mn
PRODUIT	SKENAN 10 mg
POSOLOGIE MAXIMALE	2 gél. 10 mg / 24 heures soit 1 gél. x 2
INTERVALLE	12 heures

RESULTATS	60 < Clairance < 90 ml/mn
PRODUIT	ACTISKENAN
POSOLOGIE MAXIMALE	3 gél. 5 mg / 24 heures soit 1 gél. x 3
INTERVALLE	8 heures

RESULTATS	30 < Clairance < 60 ml/mn
PRODUIT	MORPHINE PER OS Amp de 10 mg/10 ml
POSOLOGIE MAXIMALE	12 mg / 24 heures soit 3 mg x 4
INTERVALLE	6 heures

RESULTATS	15 < Clairance < 30 ml/mn
PRODUIT	MORPHINE ORALE
POSOLOGIE MAXIMALE	6 mg / 24 heures soit 2 mg x 3
INTERVALLE	8 heures

RESULTATS	Clairance < 15 ml/mn
PRODUIT	MORPHINE ORALE
POSOLOGIE MAXIMALE	3 mg / 24 heures soit 1 mg x 3
INTERVALLE	8 heures

ANNEXE II

*Ensemble des documents
remis au personnel
soignant avant et durant
l'étude*



PRESENTATION DE L'ECHELLE VERBALE SIMPLE - E.V.S.

L'E.V.S. est une échelle **d'auto-évaluation**, c'est-à-dire que l'évaluation de la douleur se fait par le patient lui-même.

Pourquoi ?

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation.

Cette échelle a pour objectif de préciser l'importance de la douleur en répondant à l'un des cinq descripteurs suivants :

Votre douleur est-elle :

Absente	=	0
Faible	=	1
Modérée	=	2
Intense	=	3
Extrêmement intense	=	4

La réévaluation se faisant par une échelle de soulagement :

Votre soulagement est-il :

Nul	=	0
Faible	=	1
Modéré	=	2
Important	=	3
Complet	=	4

EVALUATION DE LA DOULEUR

Date : _____ Nom du Résident : _____
Membres de l'équipe participant à l'évaluation : _____

Le Résident a t'il mal ?

oui non

⇒ **Siège de la douleur** (où le Résident a-t-il mal ?) :

⇒ **Type de douleur** (brûlure, serrement, pulsation, élancement...) :

⇒ **Période** (quand le Résident a-t-il mal ?) : la nuit, après le repas, tout le temps, à la mobilisation... :

⇒ y a-t-il eu un **événement particulier** dans la vie du Résident susceptible de provoquer une douleur ? (chute ou autre trauma) :

oui non

Si oui : de quoi s'agit-il ?

⇒ **Intensité de la douleur : Echelle verbale simple E.V.S. :**

Sa douleur est-elle :

Absente	=	0
Faible	=	1
Modérée	=	2
Intense	=	3
Extrêmement intense	=	4

PRESENTATION DE L'ECHELLE DOLOPLUS

Destinée aux personnes âgées non communicantes, DOLOPLUS est la première et la seule échelle validée en Europe.

C'est une échelle d' **hétéro-évaluation**, c'est-à-dire que l'évaluation de la douleur se fait par les soignants et non pas par la personne elle-même.

Pourquoi ?

70 % des personnes âgées ne sont pas en état d'évaluer elles-mêmes leur douleur ou de la communiquer aux soignants. Il s'agit de personnes :

- dont les fonctions cognitives sont altérées : déments, comateux, aphasiques,
- présentant des troubles psycho-comportementaux,
- atteintes de troubles majeurs des fonctions sensorielles.

Cette échelle est composée de 10 items cotés de 0 à 3.

Elle est divisée en trois sous-groupes :

- Observation comportementale
- Retentissement psychomoteur
- Retentissement social

Le score se fait sur 30 points. On admet aujourd'hui qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

ECHELLE DOLOPLUS-2

NOM :

PRENOM :

SERVICE :

DATES :

OBSERVATION COMPORTEMENTALE - Retentissement somatique

1 – Plaintes somatiques	• Pas de plaintes	0	0	0	0
	• Plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• Plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• Plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 – Positions antalgiques au repos	• Pas de position antalgique	0	0	0	0
	• Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• Position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• Position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 – Protection de zones douloureuses	• Pas de protection	0	0	0	0
	• Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 – Mimique	• Mimique habituelle	0	0	0	0
	• Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 – Sommeil	• Sommeil habituel	0	0	0	0
	• Difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• Réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6 – Toilette et/ou habillage	• Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• Toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 – Mouvements	• Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, etc)	1	1	1	1
	• Possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8 – Communication	• Inchangée	0	0	0	0
	• Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• Diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• Absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 – Vie sociale	• Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)	0	0	0	0
	• Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• Refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• Refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 – Troubles du comportement	• Comportement habituel	0	0	0	0
	• Troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• Troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• Troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

ECHELLE DOLOPLUS

CONSEILS D'UTILISATION

- 1 - L'utilisation nécessite un apprentissage
- 2 - Coter en équipe pluridisciplinaire
- 3 - Intégrer l'échelle dans le dossier de soins du patient
- 4 - Coter 0 en cas d'item inadapté
- 5 - En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique adapté
- 6 - Ne pas comparer les scores de patients différents
- 7 - Ré-évaluation biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs
- 8 - Ré-évaluation quotidienne systématique ensuite
- 9 - L'échelle cote la douleur et non pas la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives
- 10 - Ne pas recourir systématiquement à DOLOPLUS. N'utiliser cette échelle que si l'auto-évaluation est exclue ou en cas de doute.

DUROGESIC

MISE EN PLACE

Choisir au niveau de la partie supérieure du tronc ou du bras une zone de peau intacte, dépourvue de poils et de petites blessures. La peau ne doit pas être rouge, brûlée ou irradiée.

Appliquer le dispositif transdermique sur la peau et appuyer fermement avec la main pendant 30 secondes, d'abord au centre puis vers la périphérie.

SURVEILLANCE

En dehors de la surveillance classique liée à l'utilisation de morphine ou dérivés, le personnel soignant doit être particulièrement attentif :

- ➔ au transit du résident : les selles ou l'absence de selles devant être notés systématiquement sur Osiris.
- ➔ à la température du résident, une fièvre mal contrôlée pouvant augmenter le passage transdermique du Fentanyl et entraîner un surdosage.

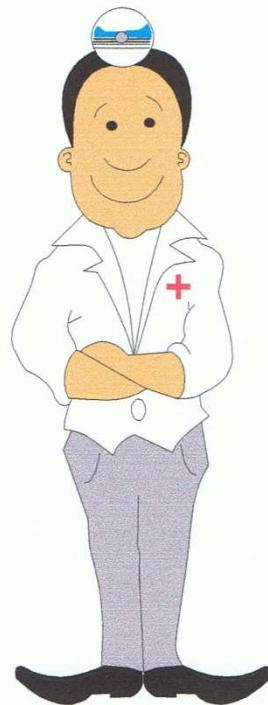
Liste des résidents bénéficiant actuellement d'un dispositif transdermique :

- **M. H. Pierre**
- **Mme E. Germaine**
- **Mme D. Pace**

29 mars 2002

ANNEXE III

DIAGNOSTICS INFIRMIERS



DOULEUR AIGUE

DEFINITION

Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion (Association internationale pour l'étude de la douleur). Le début est brusque ou lent. L'intensité varie, de légère à sévère. L'arrêt est prévisible. La durée est inférieure à six mois.

CARACTERISTIQUES DETERMINANTES

- Expression verbale ou d'après un code
- Comportements observés
- Position antalgique
- Autoprotection
- Défense
- Gestes antalgiques
- Masque de la douleur
- Perturbation du sommeil (regard éteint, air Abattu, visage figé ou ébahi, grimaces)
- Modification de l'appétit et des conduites alimentaires
- Expressions non verbales (agitation, gémissements, pleurs, irritabilité, soupirs)
- Repli sur soi
- Baisse de la concentration (altération de perception temporelle, altération des opérations de la pensée, désintérêt des personnes et de l'environnement)
- Comportement de diversion (déambulation, quête de compagnie et/ou d'activités, activités répétées).
- Modification du tonus musculaire (peut aller de la flaccidité à la rigidité)
- Réactions du système nerveux autonome : transpiration abondante, modification du pouls, de la respiration et de la pression artérielle, dilatation pupillaire).

FACTEURS FAVORISANTS

Traumatisme (de nature biologique, chimique, physique, psychologique).

DOULEUR CHRONIQUE

DEFINITION

Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion (Association internationale pour l'étude de la douleur). Le début est brusque ou lent. L'intensité varie, de légère à sévère. Elle est constante ou récurrente. L'arrêt est imprévisible. La durée est supérieure à six mois.

CARACTERISTIQUES DETERMINANTES

- Expression verbale ou d'après un code
- Comportements observés
- Autoprotection
- Défense
- Masque de douleur
- Irritabilité
- Repli sur soi
- Agitation
- Dépression
- Atrophie du groupe musculaire affecté
- Changement dans les habitudes de sommeil
- Fatigue
- Peur de subir un nouveau traumatisme
- Diminution des interactions sociales
- Difficulté à poursuivre des activités antérieures
- Réaction du système nerveux sympathique (température, froid, changement de position, hypersensibilité)
- Anorexie
- Modification du poids

FACTEURS FAVORISANTS

Invalité physique ou psychosociale chronique.

INTERVENTIONS

SOINS DE BASE

GESTION DE LA DOULEUR = *Apaisement de la douleur ou diminution de la douleur à un seuil tolérable par le patient.*

- Procéder à l'évaluation de la douleur : localisation, caractéristiques, moment de l'apparition, durée, fréquence des épisodes douloureux, qualité, intensité ou sévérité et facteurs déclenchants. Utiliser une méthode d'évaluation adaptée au stade de développement du patient, permettant le suivi des modifications de perception de la douleur et pouvant contribuer à identifier les facteurs déclenchants, actuels et potentiels.
- Observer les indices non verbaux de malaise ou de douleur, tout particulièrement chez le patient incapable de communiquer efficacement.
- S'assurer que le patient reçoit l'analgésie appropriée.
- Utiliser une stratégie de communication adaptée pour reconnaître les expériences douloureuses et comprendre la réponse du patient face à la douleur.
- Tenir compte de l'influence de la culture sur la réponse à la douleur.
- Déterminer l'impact de l'expérience douloureuse sur la qualité de vie (humeur, appétit, activité, sommeil, compréhension, relations interpersonnelles).
- Evaluer les expériences antérieures liées à la douleur en incluant les antécédents personnels ou familiaux de douleur et de l'invalidité qui en a découlé, s'il y a lieu.

- Evaluer, avec le patient et l'équipe soignante, l'efficacité des mesures prises dans le passé pour contrôler la douleur.
- Favoriser un repos et un sommeil adéquats pour faciliter le soulagement de la douleur.
- Incitation à la mobilisation, relaxation musculaire, positionnement, application de chaleur ou de froid.
- Planifier la surveillance de l'expérience douloureuse. Evaluer le soulagement de la douleur auprès du patient à des intervalles spécifiques.
- **Noter les changements sur le dossier de soins et informer les autres professionnels de santé qui gravitent auprès du patient.**

SOINS TECHNIQUES

- Administration d'analgésiques.
- Administrer le traitement contre la douleur (en fonction de la prescription médicale) avant une activité pour favoriser la participation ou avant un soin douloureux.
- Vérifier la capacité de déglutition du patient. S'assurer de la bonne prise du médicament. Aider le patient à prendre ses médicaments si besoin.
- Surveiller l'efficacité du traitement et les effets secondaires.
- Informer le médecin si le traitement est inefficace.

SOINS RELATIONNELS

- Diminution de l'anxiété. Réduire ou éliminer les facteurs qui déclenchent ou aggravent l'expérience douloureuse (ex : peur, fatigue, monotonie et manque de connaissance).
- Encourager le patient à parler de son expérience douloureuse.
- Prendre en compte les préférences, la volonté et les capacités du patient à participer à la prise en charge de sa douleur.
- Donner de l'information au patient sur la douleur, ses origines, sa durée prévisible et les éventuels inconforts liés aux interventions.
- Amélioration du sentiment de sécurité : informer le patient sur le traitement médicamenteux mis en place : efficacité, effets secondaires.....
- Distractions, musicothérapie, thérapie par le jeu, massages, toucher.

SOINS DE SECURITE

- Aménager l'environnement qui peut influencer sur l'inconfort du patient (température de la pièce, éclairage, bruits).
- Surveillance des signes vitaux.
- Intégrer la famille dans la démarche de gestion de la douleur, s'il y a lieu. Aider le patient et sa famille à rechercher et à trouver un soutien.

Signale les symptômes aux professionnels de santé								
Utilise les ressources disponibles								
Exprime un soulagement de la douleur								
Autres (préciser)								

RESULTATS

DOULEUR : EFFETS INDUITS : Effets perturbateurs de la douleur observés ou signalés, sur les émotions et le comportement.

Degré de mesure

1	2	3	4	5
Sévère	Important	Modéré	Léger	Aucun

INDICATEURS ↓

DATES ↓

Perturbation des relations Interpersonnelles								
Altération des activités Ludiques								
Altération des activités de Loisirs								
Plaisirs de la vie compromis								
Diminution de la concentration								
Diminution de l'espoir								

Troubles de l'humeur								
Manque de patience								
Troubles du sommeil								
Diminution de la mobilité physique								
Perturbation dans les soins personnels								
Manque d'appétit								
Perturbation de l'élimination								
Autres (préciser)								

BIBLIOGRAPHIE

La plupart des informations qui m'ont permis de réaliser ce mémoire sont extraites des cours dispensés durant la formation.

Par ailleurs, de nombreux articles et publications diffusés sur Internet ont complété efficacement ma documentation.

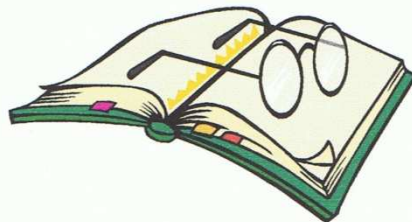
Certains livres comme :

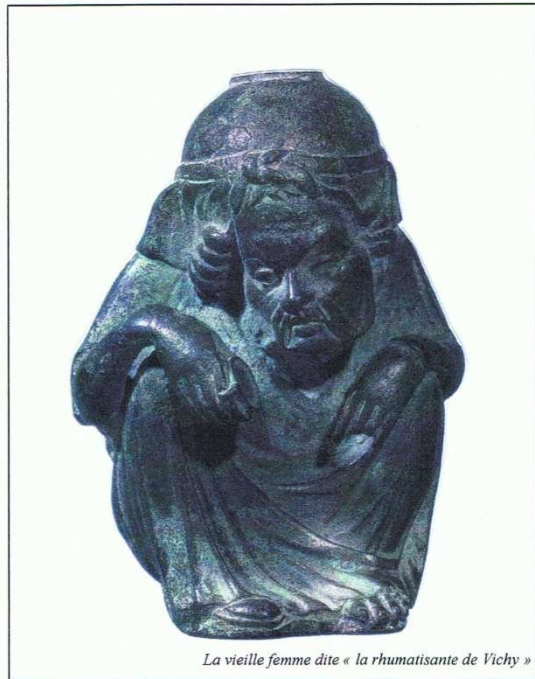
- » Soins infirmiers et douleur de Christiane Metzger
André Muller
Martine Schwetta
Christiane Walter

- » L'infirmière et la douleur de Valérie Deymier
Jacques Wrobel
(Laboratoires UPSA)

- » Atlas de la douleur de Patrick Ginies
(Laboratoires HOUDE)

ont constitué une source solide d'informations et une base de référence.





La vieille femme dite « la rhumatisante de Vichy »