

	PROCEDURE DU DEPISTAGE, DE L'EVALUATION ET DU SUIVI DE LA DOULEUR		Nb de pages : 16
			Date de création 18 / 06 / 2014
Rédaction : Dr ABADIE Robert	Vérification : Dr Nicolas SAFFON	Validation : Groupe FMC Gériatrie et Med Co 31	Référence: HAS, MOBIQUAL
Date d'application 18 / 06 / 2014	Version V1	Dates de révision	

1. DEFINITION - INTRODUCTION

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante, potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion.

Elle peut être :

- **Aigue** : douleur post opératoire, fracture.. ;
- **Chronique**, évoluant **depuis trois à six mois** : pathologies cancéreuses, neurologiques, rhumatologiques

Elle peut être :

- **Spontanée**
- **Induite** provoquée par un geste potentiellement douloureux (geste thérapeutique ou de nursing : change, toilette, pansement, changement de position, habillage...)
- **Purement palliative** (cancérologie, phases terminales de démences ou maladies dégénératives).

Elle est susceptible **d'affecter le comportement**, le **bien-être** du patient.

La grande prévalence de la douleur chez le sujet âgé est aujourd'hui prouvée par de nombreuses enquêtes (au moins 60 % des résidents, 1/3 ayant des douleurs sévères).

La prise en charge de la douleur se décline en 5 étapes successives :

- ➔ **Repérage-dépistage** de la douleur : systématique de la douleur par l'ensemble de l'équipe soignante / douleur induite par les soins
- ➔ **Evaluation de niveau douloureux** : avec l'utilisation des échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation
- ➔ **Localisation-irradiation**
- ➔ **Déterminer le mécanisme** de la douleur : nociceptive, neuropathique, psychogène ou mixte
- ➔ **Prise en charge thérapeutique** : médicamenteuse, non médicamenteuse et institutionnelle

2. LES OUTILS DE L'EVALUATION

2.1 Chez la personne âgée communicante :

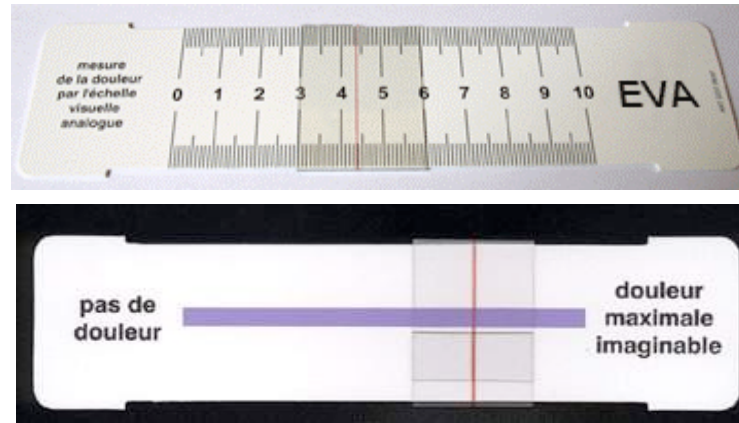
 **Le dépistage :**

- ➔ Le dépistage se fait **à l'interrogatoire**, le résultat sera **consigné dans l'observation médicale ou la transmission écrite**.
- ➔ En présence d'une douleur, il est nécessaire d'en préciser l'intensité, la localisation, l'irradiation, le type (décharge électrique, sensation d'étirement, d'écrasement, de brûlure, etc...), la durée ainsi que les facteurs aggravants ou soulageant.

 **L'évaluation de l'intensité douloureuse :**

L'évaluation peut se faire avec l'une des **échelles d'auto évaluation** suivantes :

- **EVA, échelle visuelle analogique**



Il s'agit d'une petite réglette en plastique munie, sur une face d'un curseur mobilisé par le patient, sur l'autre de graduations millimétrées lues par le soignant.

Sur la face présentée au patient est indiqué à l'une des extrémités : absence de douleur, à l'autre : douleur insupportable. Le patient place le curseur entre ces 2 extrémités en fonction de l'intensité de sa douleur.

Il est recommandé de présenter la **réglette à la verticale**, l'extrémité « douleur insupportable » en haut.

- **EN, échelle numérique**

Elle présente une note de 0 à 10 que choisit le patient pour exprimer l'intensité de la douleur, 0 étant l'absence de douleur et 10 la douleur insupportable. Comme pour les deux échelles précédentes, la réponse peut être verbale ou écrite.

2.2 Chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale :

Le **dépistage et l'évaluation se font en un seul temps** par les soignants à l'aide d'une échelle comportementale (hétéro évaluation).

✚ **Echelle ALGOPLUS** : Echelle comportementale d'hétéro-évaluation de la **douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale**. Elle est particulièrement adaptée **pour le suivi des douleurs induites**.

- Elle consiste à observer le comportement de la personne à l'aide de **5 critères** : Visage, Regard, Plaintes orales, Corps et Comportements.
- La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter «oui » l'item considéré.
- Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq.
- Un **score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la présence d'une douleur** et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique.
- **La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.**

✚ **Echelle ECPA** : échelle comportementale d'hétéro-évaluation de la **douleur chez la personne âgée non communicante particulièrement adapté au suivi des douleurs chroniques et le dépistage des douleurs induites**.

- Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient **par une seule personne**.
- Tous les mots de l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants sans intervention de médecins.
- Elle est **utilisée en seconde intention après l'échec de l'autoévaluation**. Elle évite une sous-estimation de la douleur en permettant de dépister, de quantifier et de suivre l'évolution de la douleur du patient.

- **Conditions d'utilisation :** Le temps de cotation est court de 1 à 5 minutes selon l'entraînement. Un seul cotateur suffit car la fidélité de l'ECPA est très bonne. Elle n'est pas adaptée pour les patients sédatisés en réanimation ou les patients en état végétatif chronique. C'est une échelle rapide qui permet des mesures répétées et rapprochées. Il est important de coter effectivement la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première
- **Modalités d'utilisation :**
L'échelle ECPA comprend 8 items, regroupés en 2 dimensions :
 - L'observation **avant les soins** de 4 items
 - L'observation **pendant les soins** de 4 items.
 Chaque item comporte 5 degrés de gravité progressive croissante qui va de 0 à 4.
- **Analyse des résultats: La cotation globale va de 0, pas de douleur, à 32, douleur extrême.** C'est la comparaison de scores globaux qui permettra d'ajuster la thérapeutique antalgique.

2.3 Questions diverses en rapport avec la cotation de la douleur chez la PA en EHPAD

→ Qui cote ?

L'évaluation n'est pas réservée au médecin, **la cotation pluridisciplinaire est la plus judicieuse.** Tout **soignant** peut donc être amené à faire de l'évaluation comportementale

→ Quelles sont les limites à l'auto-évaluation ? :

- Le déficit de la capacité d'abstraction : la personne âgée a du mal à comprendre ce concept d'auto-évaluation du ressenti douloureux « Quel est le rapport entre une règlette, un curseur et la douleur ? ».
- En ce qui concerne l'échelle visuelle (EVA), la personne âgée est souvent incapable de concevoir la relation entre un curseur, une note et l'intensité de la douleur.
- Le manque de sensibilité : il y a souvent sous-évaluation (par crainte de déranger ou par préjugé) ou surévaluation (en cas d'anxiété, d'hypochondrie ou d'hystérie).
 - Le manque de spécificité : la personne âgée a tendance à évaluer les conséquences de la douleur (gêne, handicap) plutôt que l'intensité douloureuse.

Les personnes âgées pouvant s'auto-évaluer sont en minorité. **Il faut donc souvent recourir à l'hétéro-évaluation de la douleur.**

→ Y-a-t-il un lien entre le score de l'évaluation et l'antalgique à prescrire ?

Non, une échelle d'évaluation de la douleur répond uniquement à la question : " cette personne âgée a-t-elle mal ou non ? ". Elle ne caractérise pas l'étiologie possible de la douleur.

→ Un score bas exclut-il la douleur ?

Non, il n'existe pas de bon ou de mauvais score seule la cinétique des scores nous renseignera sur l'adéquation du traitement antalgique. Cependant, il est possible de **fixer des seuils au-delà desquels un traitement est reconnu nécessaire :**

- pour l'échelle **EVA ou EN** > 3
- pour l'échelle **ALGOPLUS** ≥ 2
- pour l'échelle **ECPA on étudie la cinétique dans le temps.**

→ Quelle périodicité adopter pour la répétition des évaluations ?

Le principe : chaque évaluation positive de la douleur doit entraîner la mise en œuvre d'une action correctrice (thérapeutique, non médicamenteuse, institutionnelle ...) qui sera suivie d'une nouvelle évaluation en respectant un délai qui tient compte du type de traitement mis en œuvre. Les évaluations ne seront plus nécessaires dès lors que le seuil d'acceptabilité de la douleur a été atteint.

En pratique, et notamment **dans le cas de douleurs chroniques** il peut être utile de se fixer **une période d'évaluation courte d'une à 2 semaines** avec une **grille de relevé des résultats** en interaction rapprochée avec le médecin traitant afin d'adapter le traitement dans les meilleurs délais.

4. ORGANISATION DU DEPISTAGE, DE L'ÉVALUATION ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.

4.1- Le dépistage (ou repérage) de la douleur

Le dépistage est réalisé par l'ensemble du personnel soignant qui doit être tout être formé et sensibilisé à cet objectif de santé public.

Le dépistage est réalisé aux moments suivants :

- A l'arrivée et dans les 15 premiers jours suivants l'entrée,
- A la demande selon les circonstances devant tout symptôme évocateur de la douleur notamment chez le dément,
- Pluri-quotidiennement à l'occasion des soins pour les douleurs induites,
- Systématiquement et semestriellement dans le cadre de l'EGS qui accompagne le Projet Personnalisé.

Le dépistage se fait à l'interrogatoire, le résultat sera consigné dans les documents d'observation médicale et/ou de transmissions.

En présence d'une douleur suspectée, il est nécessaire de la confirmer et de la caractériser sur les points suivants:

- Evaluer l'intensité avec l'utilisation d'échelles spécifiques,
- Préciser la localisation anatomique et irradiation,
- Préciser le type (décharge électrique, sensation d'étirement, d'écrasement, de brûlure, etc...),
- Préciser la durée (chronique ou aigue)
- Préciser la temporalité (préciser le moment de la journée)
- le caractère spontané ou induit notamment par les soins (pansement d'escarre, toilette, manipulation..)
- Préciser l'existence de facteurs aggravants ou soulageant.
- Préciser le contexte (cancérologique, dément ...)
- Le retentissement de la douleur sur le comportement au quotidien (humeur, marche, activités, sommeil..)

4.2- L'évaluation de l'intensité de la douleur suspectée

Elle peut être réalisée par l'ensemble du personnel soignant (tout particulièrement par les aides soignantes et infirmières) qui doit s'approprier les outils proposés, en comprendre les avantages et les limites, les adapter à sa pratique quotidienne.

✚ Chez la personne âgée communicante :

L'évaluation de l'intensité peut se faire avec l'une des échelles d'auto évaluation suivantes :

- EVA (échelle visuelle analogique),
- Ou EN (échelle numérique).

✚ Chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale ou non communicant:

L'évaluation se fait par les soignants à l'aide d'une échelle comportementale (hétéro évaluation).

Selon le contexte et les circonstances nous utiliseront préférentiellement les échelles suivantes :

- Dans un contexte de douleur chronique et pour le dépistage d'une douleur induite: l'échelle ECPA,
- Dans un contexte de douleur aigue ou pour le suivi d'une douleur induite : l'échelle ALGOPLUS.

Le résultat de l'évaluation est consigné dans les documents d'observation médicale et/ou de transmissions. Il est souvent utile de mettre en place une grille de relevé des résultats pour apprécier la cinétique de la douleur.

Le médecin traitant est informé de l'existence des scores positifs et appréciera la conduite à tenir sur le plan thérapeutique ainsi que la périodicité des évaluations avenir en accord avec l'équipe soignante afin d'adapter le traitement.

Note : Il n'existe pas de bon ou de mauvais score seule la cinétique des scores nous renseignera sur l'adéquation du traitement antalgique.

Cependant, il est possible pour certaines échelles de fixer des seuils au-delà desquels un traitement est reconnu nécessaire, les seuils suivants sont communément retenus :

- un score EVA ou EN > 3
- un score ALGOPLUS ≥ 2

4.3- La détermination du mécanisme de la douleur identifiée

Cette étape sera réalisée de préférence **par le médecin traitant** et à défaut par **le médecin coordonnateur**.

L'analyse des ATCD, l'interrogatoire, l'examen physique et psychologique permettent de classer la douleur selon 4 mécanismes principaux :

- ➔ **Douleur nociceptive** (Conséquence d'une stimulation excessive du système nociceptif par lésion, compression ou inflammation tissulaire/ exemples : plaie-escarre, brûlure, arthrose, cancer...)
- ➔ **Douleur neuropathique** (associée à une lésion ou une maladie affectant le système neuro-sensoriel (exemple : zona, polyneuropathie diabétique, amputation, douleur post AVC, tumeur ...))
- ➔ **Douleur mixte** (combine les 2 mécanismes précédents et sont les plus fréquentes chez la PA/ Exemple : infiltration des troncs nerveux, compression par tumeur ...)
- ➔ **Douleur psychogène** (soit un mécanisme de somatisation dans un contexte de mal être ou de dépression soit dans le cadre d'une affection psychopathologique ou psychiatrique +/- identifiée).

Cette distinction permet de **guider au mieux le choix des antalgiques** et autres médicaments selon le mécanisme impliqué.

Note : **Le test DN4** est particulièrement utile chez la **personne âgée communicante** pour le repérage des **douleurs neuropathiques**. Il peut être réalisé par un personnel soignant spécialement formé. **Un score $\geq 4/10$ est positif** et permet d'évoquer une composante neuropathique de la douleur.

4.4- La prise en charge thérapeutique et institutionnelle

✚ La prise en charge médicale et médicamenteuse

- ➔ **Traitement antalgique symptomatique adapté au mécanisme en cause:**

Rappel des règles générales propres aux personnes âgées : Préférer les molécules à $\frac{1}{2}$ vie courte / Privilégier la voie orale, Titration des morphiniques / Faible posologie initiale et ensuite adaptation progressive)

- ➔ **Traitement quand il existe d'une étiologie identifiée** (chirurgie, psychogène ...)
- ➔ **Traitement co-analgésique** (myorelaxant, anxiolytique, AINS, corticoïdes ...)

✚ La prise en charge par les thérapies non médicamenteuses

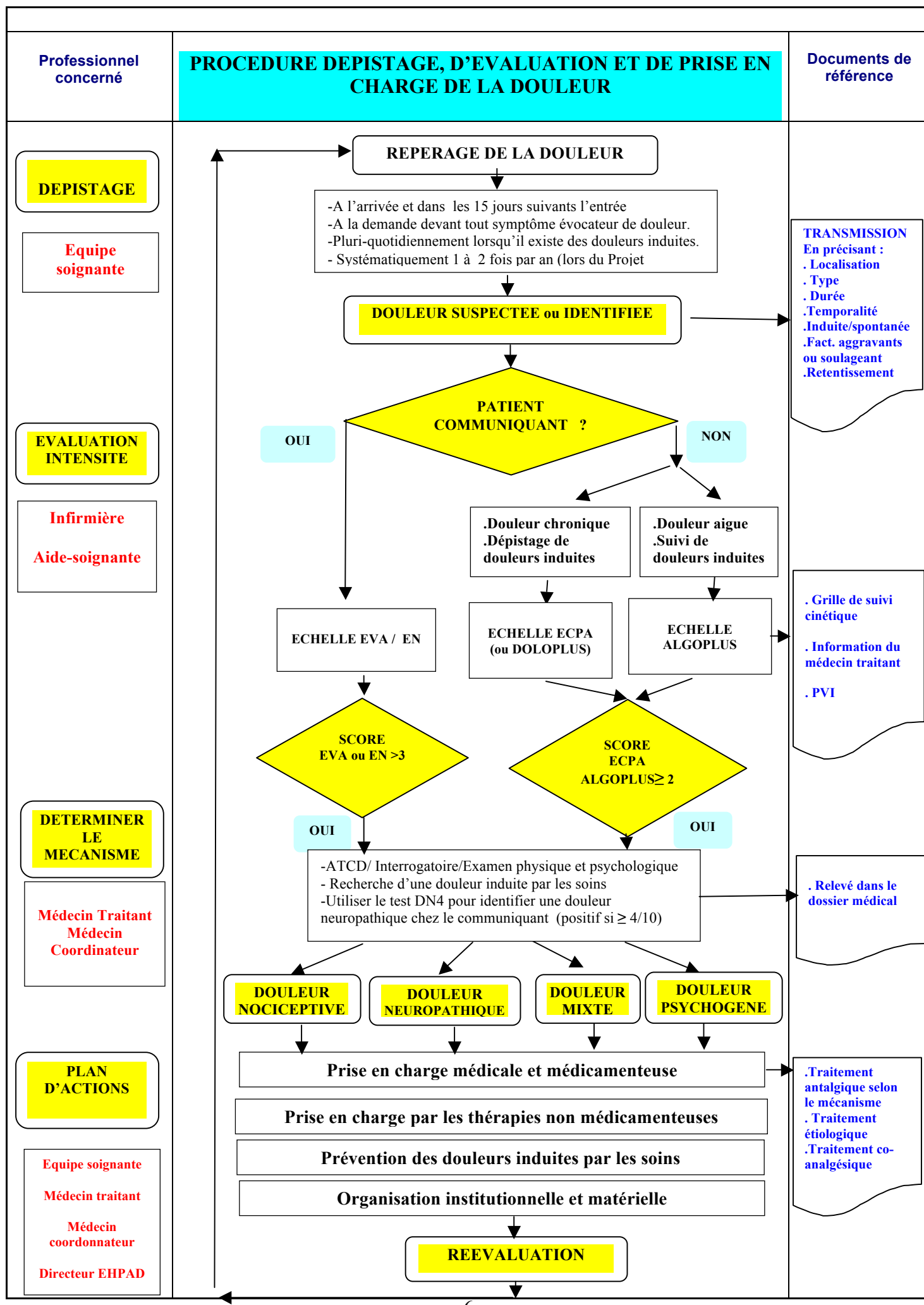
- ➔ Physique, rééducation et massage
- ➔ Physiothérapie
- ➔ Cognitive et comportemental.

✚ La prévention des douleurs induites par les soins

- ➔ Synchronisation de la prise des antalgiques par rapport aux soins
- ➔ MEOPA
- ➔ Traitement topique des lésions locales (Lidocaine, Patch ELMA..)

✚ L'organisation institutionnelle et matérielle :

- ➔ Anticipation, planification et organisation des soins
- ➔ Traçabilité de la douleur



ECHELLE ALGOPLUS (Evaluation de la douleur)

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

Identification Résident:

Date de l'évaluation : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Identification Examineur :

Heure : |_|_| : |_|_|

Critère 1 – **Visage:** Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé ?

Oui ☐

Non ☐

Critère 2 – **Regard:** Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés ?

Oui ☐

Non ☐

Critère 3 – **Plaintes orales:** « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris ?

Oui ☐

Non ☐

Critère 4 – **Corps:** Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées ?

Oui ☐

Non ☐

Critère 5 – **Comportements:** Agitation ou agressivité, agrippement ?

Oui ☐

Non ☐

Total Oui |_| | / 5

La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter «oui » l'item considéré.

Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq.

Interprétation des résultats

Un score ≥ 2 permet de diagnostiquer la présence d'une douleur et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique.

La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

ECHELLE ECPA (Evaluation de la douleur chronique – Non communiquant)

NOM : PRENOM : DATE : NOM COTATEUR :

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1°) Expression du visage : REGARD et MIMIQUE

0 : Visage détendu

1 : Visage soucieux

2 : Le sujet grimace de temps en temps

3 : Regard effrayé et/ou visage crispé

4 : Expression complètement figée

2°) POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

0 : Aucune position antalgique

1 : Le sujet évite une position

2 : Le sujet choisit une position antalgique

3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique

4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

3°) MOUVEMENTS (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*

1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements

2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*

3 : Immobilité contrairement à son habitude*

4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*

4°) RELATION A AUTRUI (Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...)

0 : Même type de contact que d'habitude*

1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*

2 : Evite la relation contrairement à l'habitude*

3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*

4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*

II- OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5°) Anticipation ANXIEUSE aux soins

0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété

1 : Angoisse du regard, impression de peur

2 : Sujet agité

3 : Sujet agressif

4 : Cris, soupirs, gémissements

6°) Réactions pendant la MOBILISATION

0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière

1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins

2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins

3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins

4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

7°) Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

0 : Aucune réaction pendant les soins

1 : Réaction pendant les soins, sans plus

2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses

3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses

4 : L'approche des zones est impossible

8°) PLAINTES exprimées PENDANT le soin

0 : Le sujet ne se plaint pas

1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui

2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant

3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée

4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration. N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle SCORE :

/ 32

QUESTIONNAIRE DN4 (Outil de dépistage et diagnostic des douleurs neuropathiques)

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	☐	☐
2. Sensation de froid douloureuse	☐	☐
3. Décharges électriques	☐	☐

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	☐	☐
5. Picotements	☐	☐
6. Engourdissements	☐	☐
7. Démangeaisons	☐	☐

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	☐	☐
9. Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	☐	☐

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ À chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ À la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %).

D'après Bouhassira D *et al. Pain* 2004 ; 108 (3) : 248-57.

ANNEXE 4- ASPECTS PRATIQUES ET CONSEILS GENERAUX POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN EHPAD

- Par principe, il faut toujours **croire le patient** qui se plaint et qui dit avoir mal. Il faut l'entendre, l'écouter, établir une relation de confiance.
- Il est nécessaire **d'évaluer et réévaluer sa douleur**, c'est un **travail d'équipe pluridisciplinaire**.
- Il est impératif d'assurer le **confort du patient** qui a une pathologie douloureuse ;
- Maintenir une certaine **autonomie** au patient grâce à des procédés simples ;
- **Soulager tous les types de douleurs** qu'elles soient d'ordre physique ou psychologique, en **travaillant en équipe pluridisciplinaire**.

1. Dépistage et évaluation de la douleur :

- ➔ Interrogatoire à l'arrivée dans l'institution du résident, ou recueil d'information auprès de ses proches ;
- ➔ Evaluer la **douleur physique ou psychique** du patient ;
- ➔ Utiliser les **échelles d'évaluation** qui ont fait l'objet d'une formation et en **respectant les procédures préétablies**.
- ➔ Dépister les sites de la douleur, les moments de la journée ou le pic douloureux est présent (ex: lors des manipulations)
- ➔ Les **aides-soignantes évaluent au moment des nursings** et l'**infirmière met en place des objectifs de soins** appropriés permettant d'effectuer les soins avec le moins de manipulations possible.

2. Organisation des soins et prévention:

- ➔ **Evaluer avec le Médecin le bien fondé de toute aide technique** : lit médicalisé, matelas anti escarres, potence qui lui permettra de se soulever ; commander un fauteuil roulant permet de sortir de son confinement, donc de l'isolement ;
- ➔ **Evaluer les actes de prévention d'escarres** : effleurages, changements de position à faire sur les 24 heures ; ces soins doivent être des soins de confort et non une agression ;
- ➔ **Détecter une constipation** (effets secondaires des médicaments, station alitée prolongée) qui est très douloureuse; proposer la chaise percée ou bien aménager un intervalle de temps seul : pudeur du patient dans une chambre double ;
- ➔ **S'assurer de la bonne hygiène intime de la personne âgée** ; utiliser le lavage des mains et le port de gants pour éviter les infections urinaires qui sont douloureuses ;
- ➔ **Mettre en place de la kinésithérapie** afin de reculer le plus possible la grabatisation, les flexums et les thromboses veineuses ;
- ➔ **Installer le patient de manière à privilégier son confort, à éviter les escarres et les chutes;**
- ➔ **Faire part à l'ensemble de l'équipe des plaintes entendues selon les manipulations effectuées**, afin d'être vigilant lors de l'intervention suivante

3. Prendre en compte la douleur provoquée par les gestes et les soins :

- ➔ Utiliser un **antalgique avant un pansement** (sur prescription médicale) ;
- ➔ **Attendre l'effet du calmant** avant la réalisation du soin (confère tableau en annexe) ;
- ➔ Distraire l'attention du patient pendant le soin ;

- Avoir des **gestes doux**.
- **Effectuer les pansements quand l'aide-soignante fait la toilette** (ex : escarre sacré) afin d'éviter une deuxième manipulation douloureuse ;
- **Décaler un soin si le patient dort** (aucun soin n'est urgent) ; par contre, les moments de repos se respectent ;
- **Eviter les manipulations brusques**, et ne jamais tirer par les bras une personne âgée ;
- **Un soin est un moment privilégié** ; il faut accorder du temps et rassurer ;

4. **Prise en charge plurifactorielle de la douleur :**

- Quand la prise en charge non médicamenteuse est insuffisante, le **Médecin va mettre en place un traitement conformément aux paliers de l'OMS** et après évaluation de la douleur.
- **Inspection des points d'appui et changements de position**,
- **Massage antalgique** ;
- **Aides techniques** (lit médicalisé, potence, matelas anti-escarres ...) ;
- **Soutien psychologique** afin de calmer la peur, l'anxiété, le manque de connaissance d'une pathologie ;
- **Expliquer** avec des mots simples peut **dédramatiser** une situation et donc soulager un sentiment d'impuissance ressenti par le patient.

5. **Aspects psychologiques :**

- **Disponible pour écouter** la plainte du patient et **assurer une présence** rassurante auprès du patient ;
- Lui **faire verbaliser sa douleur**. Parler et s'isoler avec un patient qui en a besoin va peut-être atténuer sa souffrance, surement son angoisse ;
- Penser à une **bonne préparation à la nuit**, source de réactivation de l'état d'anxiété ;
- La douleur peut être une occasion pour entrer en **relation avec la famille** et le personnel soignant ;
- La relaxation ainsi que le **suivi régulier par la/le psychologue permet de soulager un état d'anxiété** susceptible de s'exprimer par une douleur physique

6. **Critères de qualité pour l'EHPAD :**

- **Evaluer la douleur** dès l'entrée en institution et périodiquement ;
- **Dépistage systématique** de la douleur du patient qui le nécessite ;
- **Choix de l'échelle** selon le degré d'autonomie ;
- **Transmission** sur le diagramme de soins ;
- **Prise en charge multi disciplinaire** ;
- **Protocole antalgique** mis en place avec le médecin traitant ;
- **Réévaluer l'efficacité des traitements mis en place** ;
- **Soulager la douleur**.

ANNEXE 5- PREVENTION DES DOULEURS INDUITES LORS DES SOINS

- ✚ Prévenir la douleur provoquée par les soins et les actes quotidiens est une priorité. La prise en charge de la douleur iatrogène ne se résume pas au choix des moyens médicamenteux. L'organisation des soins (qui doivent être regroupés) et l'installation du patient (qui doit être en rapport avec son handicap) y participent également.
- ✚ 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). (*Confère tableau en annexe*)

Les principaux soins pratiqués en gériatrie et notamment dans les EHPAD 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

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.

2- LA PREVENTION D'ESCARRES

Prévention

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,
- ✚ En planifiant les différents changements de position,

- ✚ 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.

Conseils

- ➔ 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 micro-circulation.
- ➔ 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.

3- L'INJECTION INTRAVEINEUSE

Prévention

- ➔ Utilisation 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.

Réalisation 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.

4- 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 douloureuse. S'il s'agit d'un produit huileux, il est important de l'injecter doucement pour éviter la douleur.

Prévention

- ➔ 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.

Réalisation 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.

5- L'INJECTION SOUS-CUTANEE

- ➔ Injecter soigneusement dans le derme profond et non dans le panicule adipeux. Faire un pli cutané pour bien dissocier le tissu sous-cutané du muscle et piquer dans la base du pli selon un angle de 45°.
- ➔ Alternier les sites en cas d'injections répétées afin de prévenir les lipodystrophies.
- ➔ En cas d'injection de médicament habituellement conservé au réfrigérateur (vaccins...), le porter à température ambiante car le froid augmente la douleur.
- ➔ En cas d'injection d'héparine, conserver le pli cutané, ne pas aspirer et ne pas masser la zone d'injection après le retrait de l'aiguille. Eviter l'application d'élastique des vêtements en particulier au niveau abdominal car il y a un risque de formation d'ecchymoses douloureuses.
- ➔ Lors de prélèvement de sang capillaire, privilégier les auto-piqueurs qui occasionnent moins de traumatismes. Le prélèvement est à faire sur la face latérale du doigt en évitant le pouce et l'index. Eviter la pulpe centrale des autres doigts, de façon à ne pas altérer leur sensibilité.

6- LES PANSEMENTS

- ➔ Humidifier systématiquement à l'aide de sérum physiologique le matériel en place avant de le retirer afin de dissoudre les sécrétions sèches et d'éviter la douleur à l'ablation.
- ➔ Décoller doucement l'adhésif par petits mouvements rotatifs en prenant soin de tendre la peau.
- ➔ Pour le nettoyage, éviter les produits alcoolisés et le frottement des compresses sur la plaie. Il est préférable de faire ruisseler les produits de désinfection sur la peau qui sera ensuite séchée par tamponnement.
- ➔ S'il s'agit d'un pansement compressif, celui-ci doit être bien toléré. Dans le cas contraire, il doit être aussitôt desserré pour vérification.
- ➔ En présence d'une plaie ou d'une excoriation, si un bandage est nécessaire, il est impératif de réaliser un pansement avant. Cela prévient le frottement entre la peau et le bandage et protège certaines zones fragilisées ou irritées. Le bandage doit respecter les courbures naturelles et/ou l'alignement anatomique. Les attaches ou le ruban adhésif de fixation seront placés loin de la plaie ou des zones sensibles. Dans le cas d'un bandage articulaire, la fixation doit se trouver à la face externe de l'articulation.

7- LA POSE D'UNE SONDE VESICALE

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

Prévention

- ➔ Choisir une sonde de taille adaptée.
- ➔ Installer la personne en décubitus dorsal, les jambes repliées pour faciliter le relâchement abdominal et périnéal.

Réalisation du geste

- ➔ 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 uréthro-scrotale.
- ➔ 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.

8- LA MOBILISATION / MANUTENTION

- ✚ 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.

Précautions

- ➔ 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 hémiparétique est vulnérable. Une manipulation mal conduite peut être à l'origine de luxations ou d'une elongation de troncs nerveux.
- ➔ Chez les patients recevant des médicaments vasopresseurs, 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.

9- L'INSTALLATION DU RESIDENT

- ✚ 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.

Décubitus 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 hémiparétique, 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°.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS



L'objectif du poster est d'apporter une réflexion aux équipes soignantes, sur une liste de médicaments, utilisables dans la prise en charge de la douleur induite par les soins.
La prise en charge de la douleur induite par les soins fait appel à une programmation des soins. Le tableau suivant propose une planification des soins en fonction de l'analgésie et/ou de l'anxiolyse.
Les premières données horaires du tableau débutent à la fin de l'administration du médicament et ont volontairement été arrêtées 2 heures après la fin de l'administration.

Le choix du niveau antalgique des médicaments ou de leur association dépendra du **niveau supposé** de la douleur induite par les soins et doit couvrir la **durée** de la douleur induite par les soins.
Pendant les soins, le degré d'analgésie du patient doit être **évalué** et si nécessaire la thérapie antalgique complétée.

DCI	SPECIALITES	VOIES D'ADMINISTRATION	Temps à partir de la fin d'administration du médicament														Remarques
			1mn	2mn	3mn	5mn	10 mn	15mn	30mn	45mn	1h	1h15mn	1h30mn	1h45mn	2h		
ANTALGIQUES PALIER 1																	
paracétamol	DOLIPRANE® gélule, sachet, suspension buvable	per os															
	DAFALGAN® gélule, cp pelliculé EFFARALGAN® cp effervescent PERFALGAN® inj	perfusion intraveineuse de 15 mn															
AINS																	
kétoprofène	PROFENID® 100mg cp	per os															
	BI-PROFENID® 150mg cp sécable	per os															
	PROFENID® 100mg inj	perfusion intraveineuse lente de 20 mn, à protéger de la lumière															
ibuprofène	ADVIL® 200mg cp, 20mg/mL suspension buvable NUREFLEX® 200 mg cp, 20mg/mL suspension buvable	per os															
	APRANAX® 500mg sachet APRANAX® 550mg cp sécable NABROSINE® 500mg cp	per os															
ANTALGIQUES PALIER 2																	
non morphinique																	
néfopam	ACUPAN® 20mg/2mL inj	per os (hors AMM) 20 à 40 mg sur un sucre															
néfopam	ACUPAN® 20mg/2mL inj	perfusion intraveineuse lente de 15mn															
morphinique																	
codéine + paracétamol	DAFALGAN CODEINE® cp EFFARALGAN CODEINE® cp effervescent	per os															
tramadol+ paracétamol	ZALDIAR® 37.5mg/325mg cp IXPRIM® 37.5mg/325mg cp	per os															
tramadol	CONTRAMAL 100mg/2 mL inj	intraveineuse lente de 2 à 3 mn															
	TOPALGIC® 100mg/2mL inj	ou perfusion intraveineuse															
	ZAMUDOL® 100mg/2mL inj	ou dispositif d'analgésie contrôlée															
nalbuphine	NALBUPHINE® génériques 20mg/2 mL inj	intraveineuse lente ou perfusion continue															
ANTALGIQUES PALIER 3																	
morphine	ACTISKENAN® 5, 10, 20mg gélule ORAMORPH® 20mg/mL solution buvable gouttes	per os															
	MORPHINE 10mg/mL inj MORPHINE 100mg/5mL inj	intraveineuse lente ou perfusion continue ou dispositif d'analgésie contrôlée															
oxycodone	OXYNORM® 5, 10, 20mg gélule	per os															
oxycodone	OXYNORM® 20mg/2mL, 50mg/mL inj	injection intraveineuse ou perfusion intraveineuse ou dispositif d'analgésie contrôlée															

PEDIATRIE: technique antalgique spécifique de 0 à 3 mois

saccharose	solution buvable 86.5%; préparation disponible au préparatoire	per os													Une 2ème administration peut être faite à la 5ème mn
------------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANESTHESIQUES LOCAUX

lidocaïne prilocaïne (EMLA®)	EMLA® 5% crème, patch ANESDERM GE® 5% crème <i>Pour les enfants: se reporter au protocole CLUD 05</i>	sur peau saine adulte durée d'application avant le soin: 1H profondeur d'anesthésie: 3 mm													
	EMLA® 5% crème, patch ANESDERM GE® 5% crème <i>Pour les enfants: se reporter au protocole CLUD 05</i>	sur peau saine adulte durée d'application avant le soin: 2H profondeur d'anesthésie: 5 mm													
	EMLA® 5% crème ANESDERM GE® 5% crème	muqueuse génitale de l'adulte durée d'application avant le soin: 5 à 10mn													
	EMLA® 5% crème ANESDERM GE® 5% crème	ulcères jambes de l'adulte durée d'application avant le soin: 30mn													
xylocaïne	XYLOCAINE® 5% nébuliseur	pulvérisation naso et/ou bucco pharyngée													⌚ attendre 2 H
xylocaïne + naphazoline	XYLOCAINE® 5% à la naphazoline	pulvérisation ou méchage naso et/ou bucco pharyngée													⌚ attendre 2 H
xylocaïne	XYLOCAINE® 2% visqueuse gel oral	muqueuse buccale													⌚ attendre 2 H
xylocaïne	XYLOCAINE® 2% gel urétral	voie urétrale													
pramocaïne	TRONOTHANE® 1% gel	examen endoscopique par voie rectale													

COMPOSANTE ANXIEUSE

alprazolam	ALPRAZOLAM® génériques 0.25mg, 0.5mc, cp XANAX® 0.25 mg, 0.5 mg, cp	per os													
hydroxyzine	ATARAX® 25 mg cp sécable, sirop 2mg/mL MIDAZOLAM génériques 1mg/mL inj; HYPNOVEL 1mg/mL inj	per os intraveineuse lente (minimum 30 secondes)													
midazolam	MIDAZOLAM génériques 1mg/mL inj; HYPNOVEL 1mg/mL	oral (sur un morceau de sucre)													
midazolam	MIDAZOLAM génériques 1mg/mL inj; HYPNOVEL 1mg/mL	rectale (à l'aide d'une canule)													

ANTIHYPERALGESIQUE ANTALGIQUE

ketamine	KETAMINE® 250mg/2.5 mL, 50mg/5mL inj	intraveineuse (en 60 secondes)													
----------	--------------------------------------	--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FLUIDE MEDICAL ANTALGIQUE ANTIHYPERALGESIQUE ANXIOLYTIQUE

			1mn	2mn	3mn	5mn	10 mn	15mn	30mn	45mn	1h	1h15mn	1h30mn	1h45mn	2h	Remarques
50% d'oxygène, 50% de protoxyde d'azote MEOPA	ENTONOX® .135 bar, obus 805, 815 KALINOX® 170 bar, obus 805, 815, 820 OXYNOX® .135 bar, obus 805, 815	inhalation temps d'inhalation: durée d'action du soin durée d'inhalation maximale: 60 mn														

- Le soin peut être réalisé, le médicament est à son maximum d'efficacité
- Le soin peut être débuté mais le médicament n'est pas à son efficacité maximale; injectable
- Interdiction de pratiquer le soin



La voie intraveineuse est à utiliser prioritairement, dans la prévention de la douleur induite par les soins, si un cathéter est déjà mis en en place.
Les voies d'administration intramusculaire et sous cutanée sont volontairement exclues du tableau du fait de variations individuelles importantes et de la douleur occasionnée par l'injection.
La forme galénique suppositoires est exclue du fait de variations individuelles importantes.
Une information sur la conduite automobile reprenant les pictogrammes de l'AFSSAPS et une information sur le risque de fausse route après usage de topiques nasolaryngopharyngés sont proposées.
Le choix des spécialités tient compte des spécialités référencées au CHU. Des spécialités équivalentes sont également proposées.
Les données du tableau sont issues des informations fournies par le RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) de chaque médicament, des données de pharmacocinétiques des médicaments, des travaux publiés et/ou basées sur l'expérience professionnelle.

V. DEMAZIERE, M. QUINTARD, M. OLIVIER et le Groupe Douleur Induite CLUD - CHU TOULOUSE - 2009