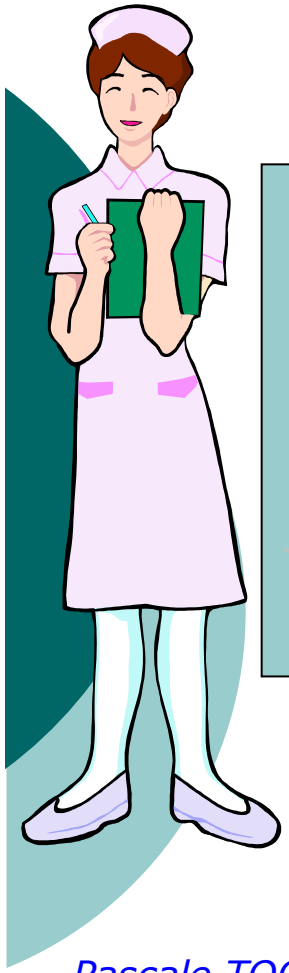


RÔLE DE L'INFIRMIER(E) DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Pascale TOCHEPORT Infirmière, Sophrologue, Équipe Mobile Douleur et Soins Palliatifs
Groupe Hospitalier Pitié Salpétrière - Charles Foix

Cours IDE du 07/11/2011

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

I - LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

C'est dans un premier temps

« SAVOIR LA RECONNAITRE »

a - **Définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP)**

« La douleur est une **expérience** sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une **lésion** tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes impliquant une telle lésion »

LA DOULEUR

- ***La douleur est toujours subjective.***

- ***Chaque individu apprend à quoi s'applique le terme, en raison d'expériences liées à des blessures, du début de la vie.***

B - LES 4 COMPOSANTES DE LA DOULEUR

- **SENSORIELLE**: détection du stimulus

(intensité, durée, localisation)

- **AFFECTIVE EMOTIONNELLE**: source anxiété, d'angoisse et/ou dépression

- **COGNITIVE**: perception douloureuse « **mémoire de la douleur** »

(attention,culture, expériences antérieures,interprétation)

- **COMPORTEMENTALE**: manifestations observables verbales(20%) ou non verbales(80%)=plaintes ou replis; entendre ou voir

Sensorielle ou sensori-discriminative	Affective Emotionnelle	Cognitive	Comportementale
Mécanisme neurophysiologique qui permet le décodage de : ○ **Qualité** (brûlures, décharges électriques, torsion…) ○ **Durée**(brève, continue, jour, nuit…) ○ **Intensité** ○ **Localisation** **= Diagnostic + cause douleur**	Correspond à la tonalité de la douleur: ○ **Désagréable** ○ **Pénible** ○ **Insupportable** **= 2 grandes conséquences émotionnelles:** ○**ANGOISSE(DL aigüe)** ○**DEPRESSION(DL Chronique > 3 mois)**	Processus mentaux susceptibles d'influencer la **PERCEPTION et REACTIONS COMPORTE-MENTALES** : ○**Interprétation** ○**Mémorisation d'expériences antérieures** ○**Connaissances, cultures, croyances…** **= Signification**	Englobe l'ensemble des manifestations: ○**VERBALES (20%)** ○**NON VERBALE(80%)** **(mimiques,tachy cardie,FR…)** **IMPORTANT:** ○**Petit enfant** ○**Personne non communiquante** ○**Réanimation** **= Souvent REPLIE SUR SOI**

II - Systèmes de contrôle de la douleur

Mécanismes neurochimiques au niveau du Système Nerveux Central (SNC):

- **Contrôle des messages douloureux** venant de la périphérie

- **Diminution de la sensation douloureuse**

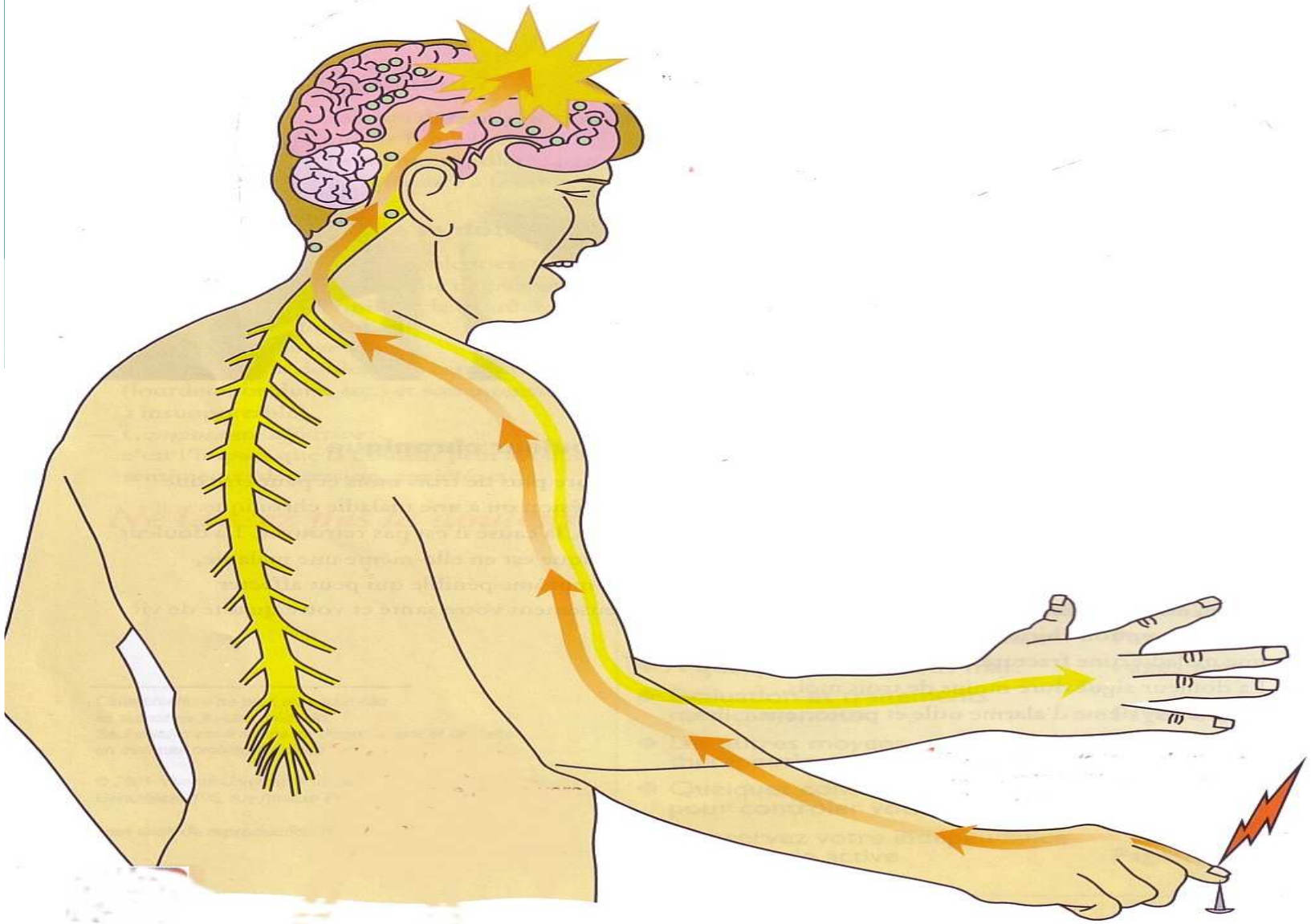
Deux types de contrôle :

- Contrôle au niveau de la **moelle épinière** théorie du « **Gate control** »

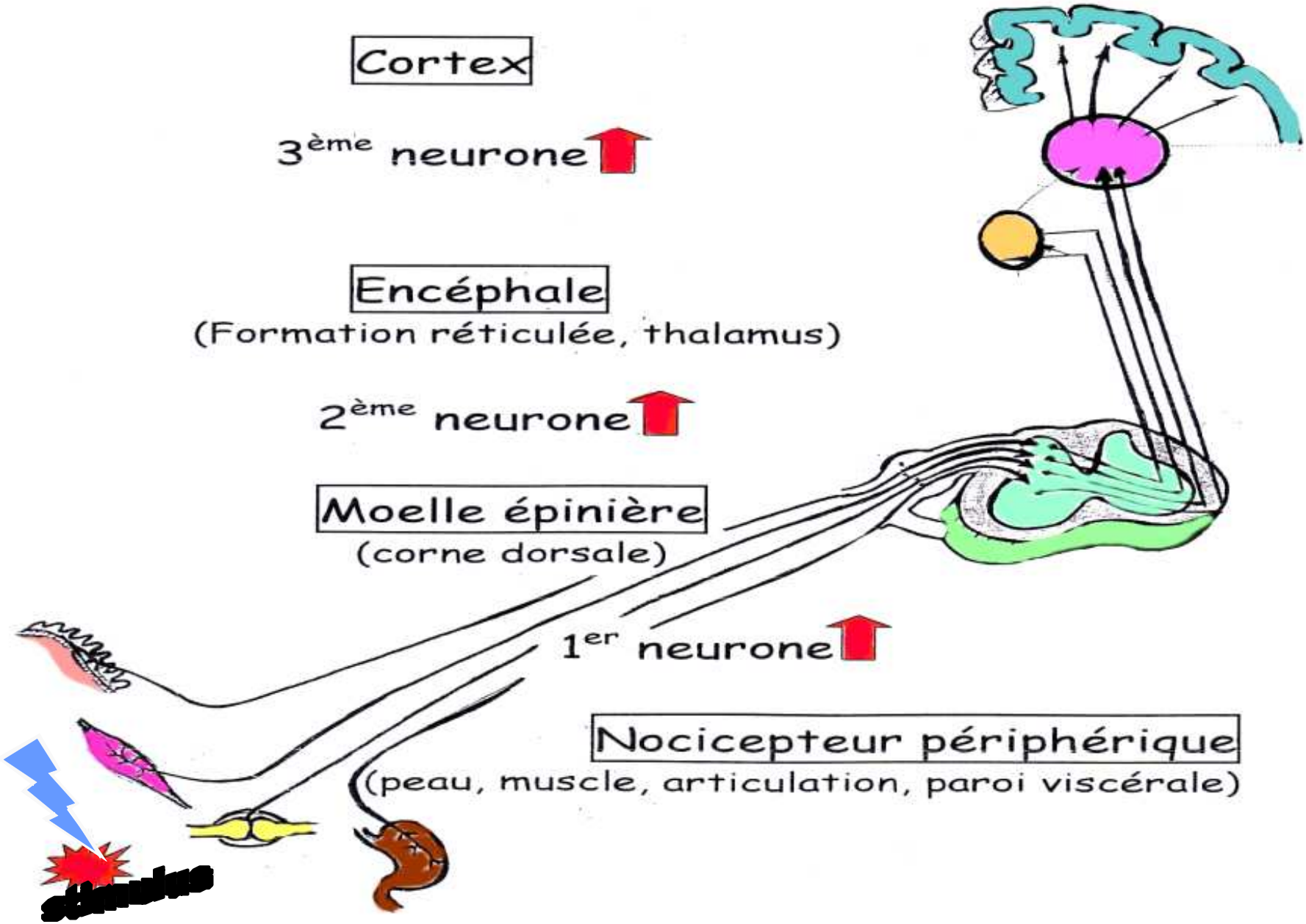
- Contrôle au niveau du **cortex** :

  -voies inhibitrices descendantes à partir du tronc cérébral

  - sécrétions d'endorphines



Les voies de la nociception



	Douleur « AIGUE » SNC = Normal	Douleur «CHRONIQUE>3Mois SNC = Lésions des voies sensitives
Finalité	Utile et protectrice Signal d'alarme	Inutile et Destructrice
Mécanisme générateur	Activation Réactionnel Nociceptive Uni factorielle	Pas d'activation Comportement conditionné Multi causal
Composante affective	ANXIETE	ANXIETE + DEPRESSION
Attitude	Curative Antalgiques pallier OMS I, II, III	Ré adaptative + Faire décrire la Douleur; Antidrépresseur, antiépileptique Modèle Bio-Psycho-Social

LES MÉCANISMES ALGOGÈNES

- **NOCICEPTIF = douleur aigüe**: agression tissulaire d'origine mécanique, thermique ou chimique
- **NEUROGÈNE ou neuropathique**: lésion du SNP ou du SNC sur systèmes de contrôle de la douleur inopérants
- **MIXTE** : association de lésions tissulaires et nerveuses
- **PSYCHOGÈNE** : défaillance des systèmes de contrôle de la douleur du fait d'une atteinte psychique

C - Caractéristiques cliniques des douleurs neurogènes ou neuropathiques

- **Douleurs spontanées continues** superficielles (brûlures) ou profondes (étau, compression, serrement)
- **Douleurs spontanées paroxystiques** (décharges électriques, coup de poignards)
- **Douleurs provoquées** par des stimulations normalement non douloureuses (allodynie): effleurement, froid, pression
- Réponse douloureuse, anormalement intense, à des stimulations douloureuses (hyperalgésie)

ÇA PÈSE !

ÇA SERRE !

ÇA TIRE !

ÇA PIQUE !

ÇA GRATTE !

L'évaluation de la douleur

II - L'Évaluation de la douleur,
a - **3 règles à savoir**

- Pas de corrélation entre l'importance d'une lésion et l'intensité de la douleur

- Absence de signes extérieurs ne signifie pas absence de douleur

- Chaque personne est unique dans la douleur et dans son soulagement

b -Les échelles d'évaluation :

- L'auto évaluation
- L'hétéro évaluation

L’auto-évaluation

Nécessite la coopération de la personne →
SANS DIFFICULTÉ DE COMMUNICATION

- E.N. (Échelle Numérique)
- E.V.S. (Échelle Verbale Simple)
- E.V.A. (Échelle Visuelle Analogique)

E.N. (Echelle Numérique)

- Consiste à demander au patient de donner un chiffre entre 0 et 10

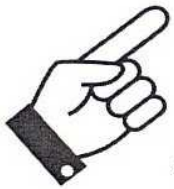
0 = PAS de Douleur
10 = Douleur maximale imaginable

-***Ne prend pas en compte les multiples aspects de la douleur***

Les outils d'auto-évaluation

L'Echelle Numérique : E.N.

Question à poser à la personne : « Pourriez-vous me donner une note de 0 à 10 correspondant au niveau de votre douleur ? »	
NOTE : 0	PAS DE DOULEUR
NOTE : 10	DOULEUR MAXIMALE IMAGINABLE



« Donnez une seule note de 0 à 10 au moment présent »

E.V.S. (Echelle Verbale Simple)

- **Attention à bien utiliser toujours les mêmes adjectifs**

Facile à utiliser avec les patients âgés

L'Echelle Verbale Simple : E.V.S

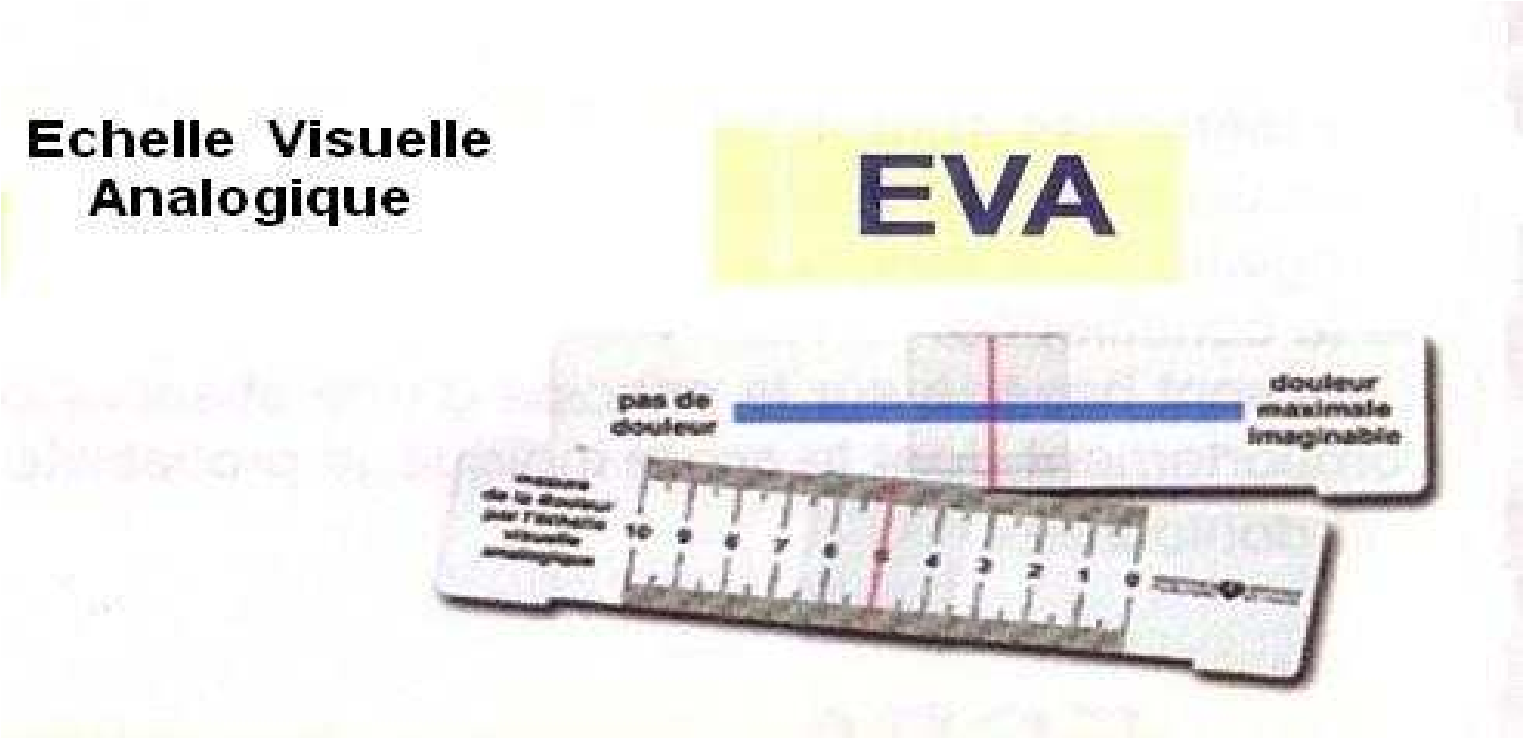
Question à poser à la personne :
« Quel est le niveau de votre douleur à l'instant présent ? »

0	Pas de douleur	*UTILISER TOUJOURS LES MÊMES ADJECTIFS*
1	Douleur faible	
2	Douleur moyenne	
3	**Douleur forte**	
4	**Douleur très forte**	

E.V.A. (Echelle Visuelle Analogique)

- **Plus difficile à utiliser avec les personnes âgées**

L’échelle visuelle analogique



L’hétéro évaluation

- E.C.P.A. (Echelle Comportementale de la Personne Agée)

- Grille DOLOPLUS®

- Echelle ALGOPLUS®

INDICATIONS de l'hétéro évaluation :

Les troubles de la communication verbale :

- Les troubles de mémoire, la démence, l'agitation
- Certaines pathologies neurologiques (incapacité de parler)
- Certaines pathologies psychiatriques

L'hétéro évaluation :

Basée sur l'observation du <u>comportement de la personne</u>

- Mimiques, regards…
- Plaintes, pleurs…
- Position du corps, gêne dans la mobilité…

L’ E.C.P.A.

(Échelle Comportementale de la Personne Âgée)

2 parties :

- Observation **avant** les soins

- Observation **pendant** les soins

E.C.P.A. OBJECTIFS :

- 1

Repérer les signes non verbaux évoquant la probabilité de douleurs au moment des soins

E.C.P.A. OBJECTIFS :

- 2

Identifier les signes non verbaux observés chez un patient, pouvant évoquer une douleur continue

E.C.P.A. OBJECTIFS :

- 3

Obtenir une observation plus rigoureuse = critères communs

E.C.P.A. OBJECTIFS :

- 4

Donner une appréciation quantitative de la probabilité de la douleur

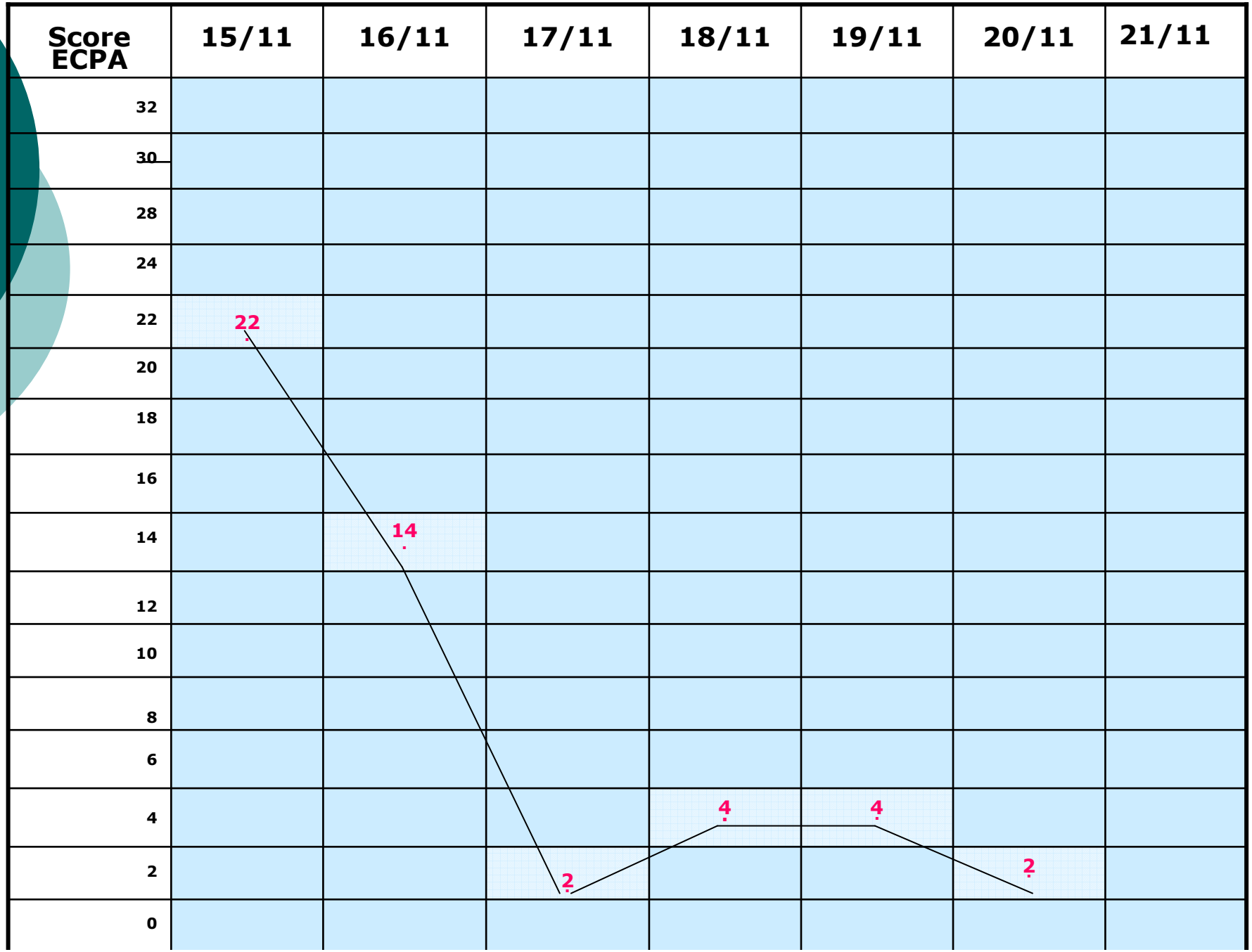
E.C.P.A. OBJECTIFS :

- 5

Évaluer l'efficacité d'un traitement antalgique

(comparaison des scores pendant plusieurs jours)

Courbe des scores ECPA montrant l'efficacité du traitement antalgique



La grille DOLOPLUS®

3 rubriques

- Observation du comportement de la personne
- Retentissement sur les capacités de la personne (toilette, mouvements)
- Retentissement sur le sommeil, la vie sociale (l'alimentation, les activités)

ALGOPLUS®

Utilisée seulement dans la douleur aiguë

5 items

- Visage
- Regard
- Plaintes
- Corps
- Comportements

Chaque item correspond à 1 point; un score > ou = à 2 doit faire instaurer un traitement antalgique

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 du patient

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h		.....h		.....h		.....h		.....h		.....h	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	/5		/5		/5		/5		/5		/5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe	

COPYRIGHT

Consignes pour la passation de la grille ALGOPLUS

L'échelle ALGOPLUS a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé pour tous les cas où une auto évaluation fiable n'est pas praticable (troubles de la communication verbale).

L'utilisation d'ALGOPLUS est ainsi particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des :

- pathologies douloureuses aiguës (ex : fractures, zona, post-op, ischémie, lumbago, rétentions urinaires...),
- accès douloureux transitoires (ex : névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer...),
- douleurs provoquées par les soins ou les actes médicaux diagnostiques.

L'échelle comporte cinq items (domaines d'observation). La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa préexistence.

En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

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 avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80% et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique. Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

Erreurs fréquemment rencontrées

Difficultés de repérage :

- Agrippement doit être coté « oui » *quel que soit le support* d'agrippement (patient lui même, soignant ou tout autre support).

Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe et non pas sur sa simple présence, par exemple :

- l'item « plaintes » coté « non » parce que le cri du patient est attribué à la démence ou parce que le patient crie depuis longtemps.
- l'item « comportements » coté « non » parce que l'agrippement à la barrière de protection est attribué à la peur de tomber.

www.doloplus.com

GRUNENTHAL
L'ANTALGIE MODERNE

DU8330/12-09 - Conception et réalisation : Zéd et Zen communication : 01 46 49 96 79

ECHELLE ALGOPLUS

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

TOUT CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE DOIT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR

ECPA - DOLOPLUS® - ALGOPLUS®

- Le score total ne mesure pas l'intensité de la douleur, mais sa probabilité

➡ Un score à 0 ne signifie pas « absence de douleur »,

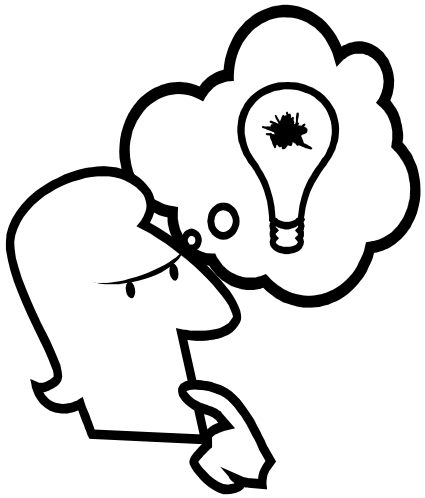
mais absence d'indice pouvant évoquer une douleur

Chez les personnes âgées,

Les manifestations de la douleur peuvent être différentes, mais la sensation de la douleur est la même que chez des personnes plus jeunes.

Penser toujours à la douleur dans ces situations :

- Confusion, agitation



- Repli sur soi, atonie

- Régression

- Dépression

IV - QUELS « PETITS MOYENS » PEUT-ON METTRE EN PLACE POUR DIMINUER LA DOULEUR ?

INFORMER + EXPLIQUER =

- Donner du sens à ce que l'on fait
- Favoriser la coopération
- Diminuer les craintes, le stress

A SAVOIR: LE STRESS AUGMENTE LES DOULEURS

Des moyens pour diminuer le stress

- Le travail de respiration
  (inspirer et expirer lentement)

- Le contact physique
  (tenir la main, le bras…)

- Une ambiance apaisante et rassurante (le calme)

- L'expression de la sensation

  (la personne s'aide en disant ce qu'elle ressent)

- La diversion

  (la personne pense moins à sa douleur en parlant d'autre chose)

- Une bonne installation
  (au lit ou au fauteuil)

- Le respect de la pudeur

- La prévention et le traitement des escarres

AVANT TOUTE MOBILISATION

- Prévenir la personne
- Utiliser le matériel d'aide (draps de glisse, draps du lit en hamac…)

Précautions particulières avec les personnes aux membres rétractés

LES RÉTRACTIONS DES MEMBRES

Très fréquentes chez les patients âgés

CAUSE = Immobilité

liée à fracture, dénutrition, fatigue, altération état général, douleur…

Mécanismes de rétraction des membres

ÉLASTICITÉ NORMALE DU MUSCLE → BONNE MOBILITÉ

Figure 1

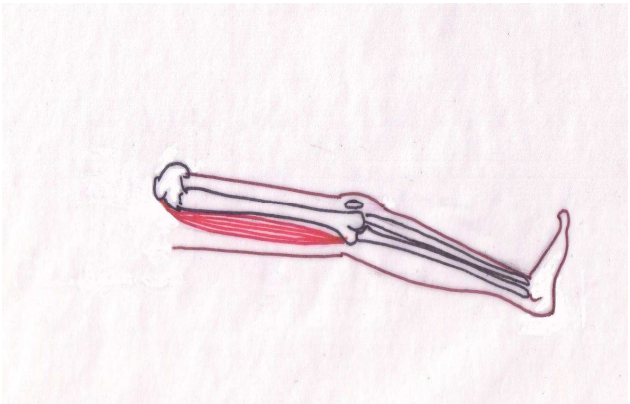
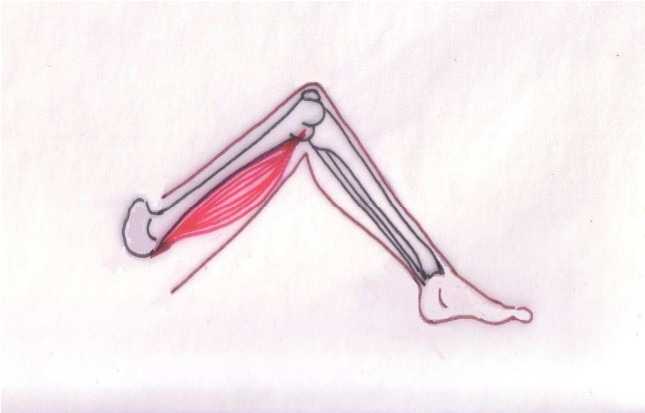


Figure 2



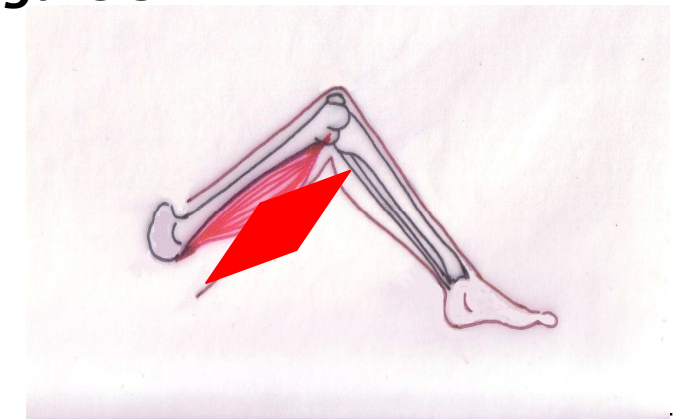
Mécanismes de rétraction des membres

- Les fibres musculaires sont moins sollicitées

- Elles se raccourcissent et perdent leur élasticité

→ Le muscle devient dur

Figure 3

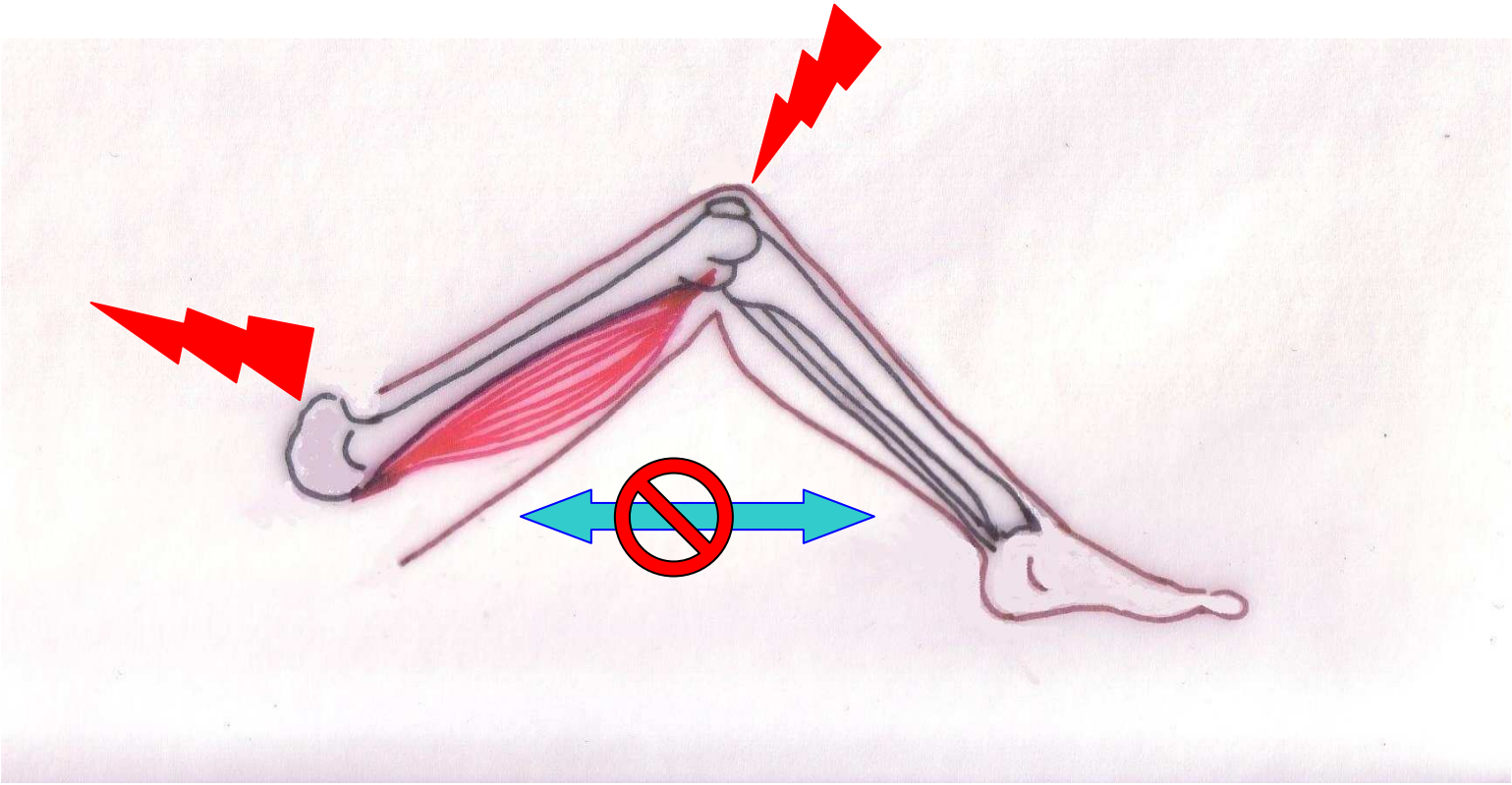


Conséquences des rétractions

→ **Le membre concerné <u>ne peut retrouver son amplitude</u>**

→ **Toute tentative de mobilisation sera <u>très douloureuse</u>**

Conséquences des rétractions
DOULEUR



RETRACTION des MEMBRES
conduite à tenir

- Toucher « relationnel »
- Mouvements doux
- Favoriser la coopération de la personne

Prise en charge non médicamenteuse

Le toucher-relationnel, les massages de confort :

- « Massages » doux
- De courte durée
- Avec une crème hydratante (Dexeryl®…), huile (weleda®, sanyrène®…)
- Dans le calme

- L'attention portée aux « petites choses » (sparadrap, mobilisations…)

➡ Utiliser des compresses de Remove® pour décoller les adhésifs

➡ Mouiller le pansement pour le retirer (si adhèrant à la plaie)

PRÉMÉDICATION ANTALGIQUE

- Penser à demander au médecin de prescrire une prémédication
- Réaliser une échelle avant et pendant le soin
- Respecter les délais d'action (45 mns à 1 heure) avant de commencer une toilette
- Penser à regrouper les soins (toilette + pansement)
- Planifier le soin en collaboration avec l'AS

Prise en charge non médicamenteuse

- L'intégration dans des activités sociales

- La participation à des activités distractives

- La présence, la compagnie

Quelque soit la composante de la douleur, il est impératif de prendre le temps:

- D'**observer** et d'**écouter** (le patient, la famille, sa propre façon d'être…)
- **D'accueillir les silences** (les maux sont tellement forts, que « taire les mots » devient indispensable, parfois)
- **Proposer des moments de « répits »** (prendre l'air, une boisson…)

Il est important de :

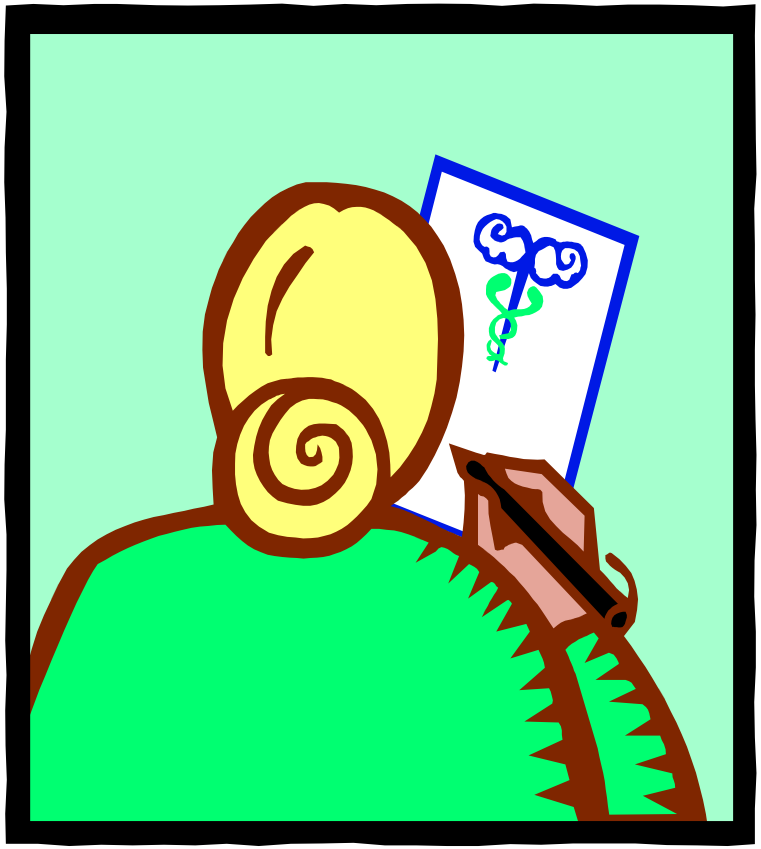
→ ***Se faire confiance***

→ ***Passer le relais, si besoin***

→ ***Apprendre à connaître ses limites,***

→ ***Demander du soutien, pour éviter***

l'épuisement professionnel !

Merci pour votre écoute!

Avez- vous des questions?