

Prévention de la douleur liée aux soins: comment faire?



Groupe de travail du comité opérationnel
« douleurs liées aux soins »

La douleur

- Définition de l'IASP:

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage. »

La douleur liée aux soins

trois types

La douleur provoquée

Douleur intentionnellement provoquée par un soignant dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur (démarche diagnostique par exemple la manœuvre de Lasègue)

La douleur iatrogène

Douleur causée par le soignant de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises

La douleur induite ou procédurale

Douleur de courte durée causée par le soignant ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées.

Les douleurs induites

Les prendre en charge...

Pourquoi?

Qui?

Comment?

Pourquoi?

Épidémiologie et éthique

- Jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle, la douleur induite était considérée comme le prix à payer pour obtenir la guérison...

Les techniques, la dimension éthique des soins ont évolué

- Cela nous renvoie aux limites soignantes et institutionnelles. Elle n'est donc pas simple mais elle permet de reconsidérer les responsabilités individuelles et d'équipe au regard de l'éthique, du bon sens et des valeurs de ce métier :

le prendre soin

Pourquoi?

Épidémiologie et éthique

- **États Généraux de la douleur en 2005**

- 14 % des patients interrogés ont répondu avoir ressenti des douleurs provoquées par les soins (2ème position après la douleur maladie elle-même).

- **Enquête REGARDS en 2010**

dans 28 centres d'hébergement et de soins aux personnes âgées de la région Ile-de-France: 1 265 patients inclus, moyenne d'âge 85 ans) recense 35 686 gestes ressentis comme douloureux et stressants:

- les soins d'hygiène, d'aide et de confort représentaient 76 % des actes et les gestes de mobilisation et de transfert 7 %. Moins de 1 % des patients ou résidents avaient eu une analgésie spécifique pour le geste

Pourquoi?

Épidémiologie et éthique

2006 / EIPPAIN 1

Dans 13 services de réanimation néonatale et pédiatrique d'Ile de France

- 431 nouveau-nés inclus
- Suivi continu sur 14 jours
- 60 000 gestes inconfortables ou douloureux: 120 en moyenne par enfant
- 30 000 gestes douloureux: 30 en moyenne par enfant
- Dans 40% des cas : pas de prise en charge antalgique
- Dans 27% des cas analgésie spécifique pour le geste

2011 / EIPPAIN 2

Dans 16 services de réanimation néonatale et pédiatrique d'Ile de France

- 589 nouveau-nés inclus
- Suivi continu sur 14 jours
- 103 239 gestes inconfortables ou douloureux: 125 gestes en moyenne par enfant
- 40 927 gestes douloureux: 44 gestes en moyenne par enfant
- Dans 40% des cas : pas de prise en charge antalgique
- Dans 40% des cas analgésie spécifique pour le geste

Pourquoi?

législation

Depuis le début des années 80, plusieurs textes officiels sont venus renforcer l'aspect légal de la prise en compte de la douleur

- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)** / NOR: MESX0100092L / Version consolidée au 19 mai 2011
 - Révisé en 2005 intégré au code de santé public: Article L1110-5 du Code de Santé Public « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »
- **Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées : charte des patients hospitalisés.**

Pourquoi?

législation

- **Législation régissant les différentes professions médicales et paramédicales**
 - textes / décrets de compétences / code de déontologie / référentiels de formations
- **Obligation des établissements**
 - La CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS (HAS)
Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation – V2014 .
 - Critères IPAQSS

Cf. Références en fin diaporama

Pourquoi?

physiologie

- Éviter les phénomènes de mémorisation de la douleur, que ce soit chez l'enfant, l'adulte ou la personne âgée
- Une douleur aiguë mal ou non prise en charge, répétée va se chroniciser
- Mécanismes de sensibilisation du système nerveux de la douleur (périphérique et central): *hyperalgésie*
- Phénomène de conditionnement: anticipation anxieuse lors des soins suivants

Qui?

Tout le monde est concerné par la douleur induite par les soins!

- Le médecin, le chirurgien
- La sage-femme
- L'infirmier
- L'aide-soignant
- Le brancardier
- Le kinésithérapeute
- Le manipulateur radio

Nous savons tous que nos gestes de soins peuvent être potentiellement douloureux.

Nous savons tous aussi que des moyens simples sont à notre portée pour ne pas majorer, par nos actes, la sensation de douleur.

Comment?

évaluation

La bonne prise en charge de la douleur commence par l'évaluation

- **Elle doit être adaptée au patient, à son état de communication et de compréhension:**
 - **auto-évaluation**: EVA, EN, EVS, Échelle des visages (enfant)
 - **hétéro-évaluation**:
 - Personnes non communicantes: ECPA, ALGOPLUS (dépistage), DOLOPLUS
 - Enfants : DAN, FLACC, EVENDOL
 - Enfants handicapés: FLACC modifiée
- **Il est nécessaire de réévaluer à chaque soin, après le soin et de transcrire les résultats sur le dossier de soins**

Comment?

Quels soins?

Chaque soin nécessite une approche personnalisée et de nombreuses situations se présentent quotidiennement

•Soins d'hygiène et d'entretien de la vie:

- manutention et mobilisation de toutes formes (transfert, brancardage, lever et coucher, toilette, change, réfection lit, retournement...)
- Installation
- hygiène corporelle et bucco-dentaire
- aide alimentaire selon l'articulé et l'état dentaire, la déglutition...
- habillage et déshabillage

Comment?

Quels soins?

- **Soins techniques:**

- ponctions veineuses, artérielle, lombaire, d'ascite, de plèvre ou sternale
- injections intramusculaire, sous cutanée ou perfusion
- prélèvement pulpaire
- Fibroscopie
- aspiration naso-pharyngée
- pose et retrait de sonde gastrique, urinaire, rectale
- actes de radiologie
- soins de plaie (ulcères, escarres, fistule...) ou de cicatrice
- retrait d'adhésifs collants
- réfection de pansements
- extraction de fécalome
- contention (plâtre, gouttière, attelle...)
- Kinésithérapie
- soins dentaires
- petite chirurgie (suture, curette, cryothérapie...)

Comment?

Organisation du soin

RECOMMANDATIONS POUR TOUS LES SOINS DOULOUREUX

- S'interroger sur le bénéfice du soin pour la personne, planification du soin et travail en binôme autant que possible
- Information du patient et de l'entourage familial,
- Organisation et pertinence des soins : respect du rythme et de l'activité du patient (rassembler des soins ou favoriser le temps de récupération si plusieurs gestes invasifs sont associés),
- Installation du patient,
- Préparation et choix minutieux du matériel (adapté au patient et à l'indication),
- Maîtrise du geste par le soignant.
- Respect des délais d'action des traitements antalgiques donnés en prévention

savoir arrêter, suspendre ou différer un soin douloureux !

Comment?

En trois étapes

- Prévenir la douleur **avant** le soin
- Prévenir la douleur **pendant** le soin
- Prévenir la douleur « résiduelle », **après** le geste

Comment?

Penser le soin dans sa globalité

- **Prendre en charge la douleur des soins nécessite d'associer aux traitements médicamenteux des techniques non médicamenteuses, notamment**
 - **diversion, distraction (conversation, jeu, musique...)**
 - **respiration, relaxation**
 - **techniques dérivées de l'hypnose**
 - **toucher-soignant**
 - **objets de réassurance (doudou, tétine...)**

Comment?

Penser le soin dans sa globalité

- **La douleur ne se limite ni au geste ni au temps du soin, il est également indispensable d'appréhender**
 - l'anxiété
 - les douleurs résiduelles
 - la présence de douleurs neuropathiques
- **Traçabilité : inscrire systématiquement dans le dossier de la personne soignée**
 - le résultat de l'évaluation douleur
 - les thérapeutiques utilisées

Comment?

Quel(s) médicament(s)?

Comment choisir le bon médicament?

La bonne molécule?

Au bon moment

En fonction de:

- L'intensité douloureuse (prévisible ou expérimentée)
- Des soins précédents et de l'évaluation réalisée
- De la tolérance de la personne soignée, des pathologies associées, de l'âge...

- Du délai de mise en action de la molécule
- De sa durée d'action / durée du soin

- Puis en fonction des douleurs résiduelles
- Penser aux traitements spécifiques des douleurs neuropathiques

La plaquette

du Réseau Régional Douleur en Basse Normandie

un outil pratique pour tous

Prévention de la douleur liée aux soins : Comment faire ?

Généralités : Selon les recommandations de l'OMS

- Privilégier les formes orales,
- Adapter les doses en fonction de l'âge, du poids, de la fonction rénale et de l'état clinique,
- Evaluer la douleur avant, pendant, après le soin avec des outils validés :
 - Autoévaluation : Echelle Visuelle Analogique (EVA), Echelle Numérique (EN), Echelle Verbale Simple (EVS), échelle des visages.
 - Hétéro évaluation :
 - Enfants : DAN, FLACC, EVENDOL, si handicap FLACC modifiée
 - Personnes âgées : ECPA, ALGOPLUS, DOLOPLUS
- Prévenir et surveiller l'apparition des effets secondaires.

Organisation des soins :

- Evaluer la pertinence d'un soin ou sa rythmicité,
- Regrouper les soins et choisir le moment le plus adapté,
- Choisir le matériel le moins générateur de douleur,
- Respecter les délais d'action des antalgiques (Cf. verso plaquette),
- Informer la personne soignée,
- Favoriser le travail en collaboration et la participation de la personne soignée
- Tracer systématiquement dans le dossier le résultat de l'évaluation de la douleur et les thérapeutiques utilisées.

Chez l'enfant, favoriser la présence des parents et leur coopération

- Prendre en charge la douleur des soins, ne se résume pas aux traitements médicamenteux, pensez aux techniques non médicamenteuses :
 - Diversion, distraction (conversation, jeu, musique,...)
 - Respiration, relaxation
 - Techniques dérivées de l'hypnose
 - Toucher – soignant
 - Objets de réassurance (doudou, tétine,...).

Il est également indispensable de prendre en compte :

- l'anxiété
- les douleurs résiduelles
- la présence de douleurs neuropathiques (hyperalgésie, allodynie).

Prévention de la douleur liée aux soins : Comment faire ?



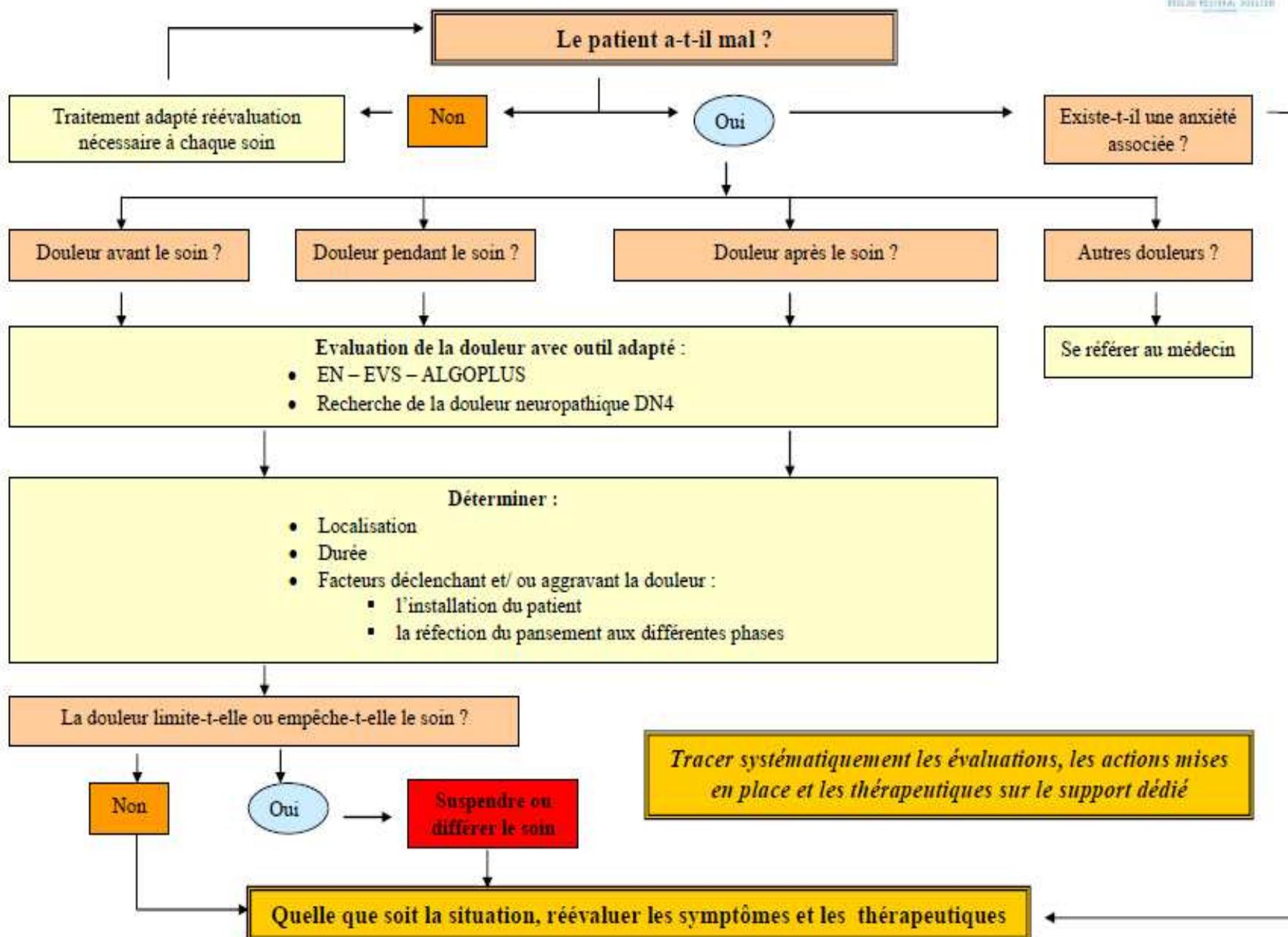
Toutes les molécules citées ci-dessous sont classées en fonction de leur délai de mise en action

Délai de mise en action	Mode d'administration	Molécule antalgique / DCI	Durée maximale pour le soin	Fin d'action	Molécule préconisée pour le soin	Molécule préconisée pour les douleurs résiduelles	Spécificités
1 à 3 min	Spray	LIDOCAÏNE	15 min	15 min			Muqueuses
2 min	Voie orale associée à la succion	SOLUTION SUCRÉE	5 min	5 à 7 min			Nourrison // A renouveler au-delà de 5 minutes
3 min	Inhalation	Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MÉOPA)	Temps de l'inhalation	Temps de l'inhalation			Durée maximale d'utilisation 1 heure
3 min	IV à perfuser en 10 mn	NALBUPHINE	3 heures	4 heures			
3 à 5 min	Injectable	LIDOCAÏNE	60 à 120 min	60 à 120 min			En infiltration (hors techniques loco-régionales) Pharmacodynamie, dose, technique et terrain dépendant
5 à 30 min	IV	MORPHINE	3 heures	4 heures			Antidote : NALOXONE
10 à 15 min	Cp transmuqueux Spray nasal Film orodispersible	FENTANYL TRANSMUQUEUX	1 à 2 heures	1 à 2 heures			Douleur des soins chez Patient atteint de cancer sous opioïdes forts
5 à 30 min	IV	OXYCODONE	3 heures	4 heures			Antidote : NALOXONE
30 à 60 min	IV à perfuser en 1 h	NÉFOPAM	3 à 3h30	4 heures			
5 min	Gel	LIDOCAÏNE	20 à 30 min	20 à 30 min			Pose de sonde
30 min	IV à perfuser en 15 mn	PARACÉTAMOL	3 heures	4 heures			Antidote : ACETYLCYSTEINE
30 min	IV à perfuser en 20 mn	TRAMADOL	3 heures	4 heures			
20 à 45 min	S / C	MORPHINE	3 heures	4 heures			Antidote : NALOXONE
30 min	IR	NALBUPHINE	3 heures	4 heures			Utilisation chez l'enfant
30 à 45 min	IV	KÉTOPROFENE	3 heures	4 heures			
45 à 60 min	Per os	PARACÉTAMOL	3 heures	4 heures			Antidote : ACETYLCYSTEINE
45 à 60 min	Per os (LI)	KÉTOPROFENE	3 heures	4 heures			
45 à 60 min	Per os (LI)	CODÉINE	3 heures	4 heures			Plus de 12 ans
45 à 60 min	Per os (LI)	TRAMADOL	3 heures	4 heures			
45 à 60 min	Per os (LI)	POUDRE d'OPIMUM	3 heures	4 heures			à partir de 15 ans
45 à 60 min	Per os (LI)	MORPHINE	3 heures	4 heures			Antidote : NALOXONE
45 à 60 min	Per os (LI)	OXYCODONE	3 heures	4 heures			Antidote : NALOXONE
60 à 120 min/percutané	Percutanée	LIDOCAÏNE PRILOCAÏNE	NB : 30 min/ ulcère	4 heures			Enfant : maxi 5 gr/jour Adulte : maxi 50 gr/jour

Glossaire : - LI = libération immédiate - IV = intraveineux - S/C = sous cutanée - IR = intra rectal min = minutes oui = non =

Références : VIDAL 2008 / délai action traitement antalgique AP-HP Dr LANGLOIS / plaquette aggr contre le douleur aguilu PEDIADOL/OMS
Elaboré par le groupe douleur liées aux soins COOP du Réseau Régional Douleur Périnatal

Procédure pour l'évaluation de la douleur liée à un soin



Références

- Livret et tableau « Prévention de la douleur liée aux soins: comment faire ? RRDBN / version 2009
- « Les douleurs induites » livret UPSA, 2010
- « soins infirmiers et douleur » Ed. MASSON
- « SOR douleur et cancer » édité par Institut du Cancer
- **LANGLADE A.** Douleurs liées aux soins et actes diagnostiques chez l'adulte :propositions thérapeutiques. Douleurs, 2007, 8(4) : 29-36 - **Délai action traitement antalgique AP-HP Dr ANGLADE**
- Diaporamas: Dr **DELEENS, V. LEPELLETIER**
- Site www.legifrance.fr
- Site www.e-cancer.fr
- Site réseau douleur www.douleur-rrdbn.org
- Site www.sfetd-douleur.org

Références législatives

- **Loi n °2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L1110-5 du Code de Santé Public**
« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »
- **Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées : charte des patients hospitalisés.**
« Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière en fin de vie »
- **Comité de LUtte contre la Douleur(CLUD) est une sous commission de la CME**
- **Loi 96-452 du 28 mai 1996 indexé CSP – Art L1112-4 du 26 février 2010**
« Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis.»
«Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées. »
- **Circulaire DGS/DH/DAS n °99 /84 du 11 février 1999**
relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.
- **CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013**
sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière



RÉSEAU RÉGIONAL DOULEUR
BASSE-NORMANDIE

www.douleur-rrdbn.org