



Dépistage, prévention et traitement de la douleur liée aux soins en SAU

Dr F Gaillat

Copacamu 2009, 27 mars, Marseille

Prise en charge institutionnelle

Priorité depuis 2005 : 2ème plan de lutte contre la douleur

- Prévenir et traiter la douleur provoquée
 - par les soins, les explorations et la chirurgie
 - disciplines médico-chirurgicales, urgences
- Cinq objectifs, dont :
 - associer les usagers par une meilleure information.
 - renforcer le rôle infirmier sur la prise en charge.
 - améliorer la formation des personnels.
- Loi 4 mars 2002 Loi 4 mars 2002: « relative aux droits des malades »
 - « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être prévenue, évaluée, traitée »

Prise en charge professionnelle

- **Code de déontologie médicale** : art 37 « en toutes circonstances le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade »
- **Recommandations pour les prescriptions**
 - Conférences d'experts, consensus SFAR 1997 pour la chirurgie
 - Programmes d'autres sociétés : SETD, CNMD, CNEUD.
- **Décret 11 février 2002 relatif à l'exercice infirmier**
 - « participer à la **prévention**, l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes. »
 - « **l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles** pré-établis, écrits, datés, signés par un médecin »

Engagement des Etablissements de santé

Le livret d'accueil remis au patient précise d'emblée le contrat

- « Nous allons vous aider à ne plus avoir mal ou à avoir moins mal en utilisant les moyens les mieux adaptés utilisant les moyens les mieux adaptés »
- « *Les antalgiques soulagent la douleur ; la morphine est l'un des plus puissants* »
- « **Prévenir**, traiter ou soulager votre douleur c'est possible: ... douleurs provoquées par certains soins ou examens... ou un simple geste quotidien »
- *D'autres méthodes non médicamenteuses sont efficaces et peuvent vous être proposées: relaxation, massages, physiothérapie, soutien psychologique* ».

Un constat.....la douleur provoquée est

- Sous évaluée
 - Vécue comme **inélucltable** pour certains soins.
 - Qualitatif : incompréhension face au **facteur déclenchant**.
 - Quantitatif : incrédulité face à **l'intensité** manifestée.
- Traitée insuffisamment
 - **Déficit de recherche**, de connaissances pharmacologiques.
 - **Sous application** des indications, surestimation des risques.
 - **Organisation insuffisante** dans la prise en charge pratique.
- Un motif d'insatisfaction fréquent
 - C'est un élément de la « **non-qualité** » des soins.



Difficultés pour reconnaître la DIS

○ Méconnaissance :

- Nous n'identifions pas la douleur que nous infligeons.
- La douleur provoquée par les soins a été très peu étudiée

○ Phénomènes de déni :

- Incompatibles avec une **représentation idéale** de soignant
- Phénomènes de **défense**

○ Obstacle majeur au changement.



**Etape 1 : Identifier les gestes
potentiellement douloureux**



Douleur au SAU

- Anxiété
- 4 patients sur 5
- Traumatologie : 100%
- Sous évaluation
- Conditions majorants la douleur
 - Déshabillage
 - Ponctions art ou veine, sondages, drainages, PL
 - Mobilisation pour bilan radio, scanner
 - Sutures, exploration des plaies, pansements
 - Réduction fractures ou luxations

Les actes douloureux au SAU

Table.

Comparison of painful procedures.

Procedure	No.*	Patient VAS (mm mean) (SD)	Practitioner VAS (mm, mean) (SD)	Mean Difference (95% CI)	Anesthetics Used (%)	Prefer Anesthetics (%)
Intravenous	509	18.6 (23.1)	24.0 (17.9)	-5.4 (-7.6 to -3.2)	1.6 [†]	12.3
Local anesthesia	110	22.5 (24.4)	21.3 (17.1)	1.3 (-3.6 to 6.2)	41.7 [†]	30.8
Blood draw	109	17.7 (21.8)	23.6 (21.0)	-5.9 (-10.0 to -1.7)	0	9.1
Intramuscular	91	19.6 (25.1)	17.6 (18.4)	2.0 (-3.2 to 7.3)	3.5 [†]	10.5
Suture removal	71	11.2 (14.8)	7.7 (8.7)	3.5 (0.1, 6.8)	0	4.5
Arterial blood gases	60	26.4 (27.1)	24.4 (21.8)	2.0 (-3.2, 7.2)	0	23.7
Suture	42	12.3 (20.0)	17.0 (18.3)	-4.8 (-11.4, 1.8)	78.6	46.4
Nasogastric intubation	39	46.0 (32.3)	49.9 (23.8)	-3.9 (-14.9, 7.1)	35.0	45.7
Urethral catheter insertion	31	40.5 (34.9)	33.2 (23.0)	7.3 (-3.6, 18.1)	11.1	13.8
Digital block	29	21.0 (26.1)	33.8 (22.2)	-12.8 (-24.0, -1.5)	20 [*]	24.0
Eye drops	19	10.4 (12.5)	17.2 (20.9)	-6.8 (-18.2, 4.6)	0	0
Fracture reduction	18	40.9 (32.6)	40.2 (31.5)	0.8 (-14.4, 16.0)	86.7	50.0
Staple removal	15	11.5 (13.6)	10.9 (15.1)	0.7 (-7.7, 9.0)	0	7.1
Lumbar puncture	14	30.9 (25.6)	26.1 (25.3)	4.9 (-3.5, 13.2)	84.6	58.3
Abscess incision and drainage	13	42.5 (37.6)	36.8 (26.3)	5.6 (-13.7, 25.0)	84.6	63.6

*Numbers reflect procedures, not patients.

[†]Indicates use of topical anesthesia before the procedure.

AJ Singer et coll, Annals of Emerg med, 1999, 33 (2) : 652-658



Etape 2 : Connaître les moyens à disposition



Moyens à disposition

- Indication
- Information
- Les conditions de réalisation de l'acte douloureux
- AL topiques de contact
- MEOPA
- AL, ALR
- Antalgiques classe 1, 2, 3
- Sédation
- Anesthésie
- Petits moyens physiques

ponctions, examens, soins

information
du patient

opérations

organisation

antalgiques
OMS 1-2-3

conditionnement

**DOULEUR
provoquée**

A.L. infiltration
et patch

terrain, anxiété

A.L. Régionale

antagoniste
NMDA

A. Générale I.V.
et inhalatoire

N2O/O2
MEOPA



Etape 3 : Préparer la réalisation
de l'acte douloureux, anticiper



Les conditions de réalisation du geste

« La manière dont on donne est parfois aussi importante que ce que l'on donne »

Conditions de réalisation

**Bénéfice analgésique de 50%
chez 30 à 40% des patients**

○ Prise en charge

- Compétence, maîtrise des techniques, explication
- Qualité relationnelle (politesse, intérêt porté au patient, sa pathologie)

● Climat de confiance : favorise effet placebo

- Écoute attentive (plaintes ou peur exprimées par le patient)
- Explication de la démarche thérapeutique :
 - « Le conditionnement positif » : utiliser l'effet placebo du médicament
 - Pourquoi doit-on réaliser ce geste «douloureux»?
 - Ne jamais nier la douleur d'un geste thérapeutique ou diagnostic.




—

Les conditions de réalisation de l'acte douloureux

- Qui d'entre nous évalue :
 - La douleur avant le geste douloureux ?
 - L'anxiété avant le geste douloureux ?
- Seuil d'EVA préalable, au delà duquel on ne commence pas l'acte douloureux : on envisage une action « algogène » que chez un patient calmé au préalable

Évaluer douleur avant, pendant et après le soin



**Etape 4 : Des protocoles de service
évaluant et prenant en charge la
douleur provoquée**



Protocoles de service

- Identifient les principaux soins potentiellement douloureux
- Englobe la totalité des acteurs de soins aux urgences : de l'AS au chirurgien, du manip radio au brancardier
- Décrivent les conditions de réalisation de ses soins :
 - Chronologie dans les actes à entreprendre
 - Moyens possibles avec critères de choix



Fracture extrémité supérieure du fémur du sujet âgé

- Quels évènements vont majorer la douleur liée à la fracture ?
- Quoi proposer ?



Fracture du col du fémur : évènements douloureux ?

- Déshabillage
- Examen
- Bilan radio +/- brancardage
- Sondage urinaire
- Mise en traction

Fracture du col du fémur : que faire ?

TABLEAU I. – *Différents résultats.*

	Groupe 1	Groupe2	Groupe3
Données démographiques			
Nb de patients = 45	14	16	15
Âge moyen : 85,9 ± 6,6 ans (70-96)			
EN à l'arrivée			
Moyenne 8,0 ± 1,6 (5-10)	8,0 ± 1,5 (6-10)	8,33 ± 1,6 (5-10)	7,8 ± 1,8 (5-10)
EN déshabillage			
Moyenne 2 ± 2,5 (0-8)	1,1 ± 1,7 (0-5)	1,6 ± 1,9 (0-5)	3,8 ± 3,1 (0-8)
Δ EN (déshabillage – arrivée)			
Moyenne 5,9 ± 2,5 (0-10)	6,1 ± 2,9 (0-9)	6,4 ± 2,5 (2-10)	5,2 ± 3,4 (0-10)
p < 0,001			
EN radio	5,7 ± 2,8 (3-9)	2,1 ± 2,1 (0-7)	7,0 ± 2,1 (2-9)
Δ EN (radio – arrivée)	2,3 ± 2,1 (0-7)	6,1 ± 2,0 (2-9)	0,8 ± 0,3 (0-3)
	p = 0,02	p < 0,001	p = 0,6
% de patients avec EN > 4	Nb = 8 57,1%	Nb = 3 18,7%	Nb = 13 86,6%
Angulation hyperalgique à l'arrivée (en degré)	14,1 ± 11,2 (4,9-41,8)	13,2 ± 5,1 (4,2-24,8)	16,8 ± 8,5 (7,6-41,5)
Angulation hyperalgique en radio (en degré)	20,7 ± 16,4 (4,1-60,1)	41,8 ± 18,9 (13,3-81)	19,9 ± 10,9 (6,8-46,1)
Δ Angulation hyperalgique (radio – arrivée)	6,5 ± 7,0 (0-29,3)	28,6 ± 18,8 (0-56,2)	2,03 ± 3,1 (0-12,1)
	p = 0,001	p < 0,001	p = 0,06



Douleur abdominale aigue

- Situation dans laquelle on hésite à soulager le patient car on a peur de « masquer » les signes chirurgicaux
- Examen complémentaire radiologique souvent demandé

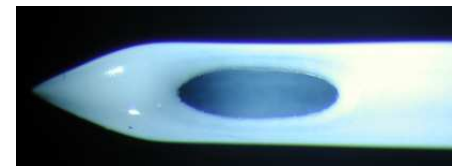
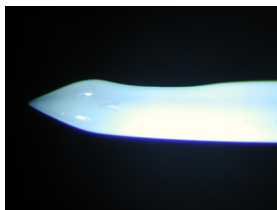


Douleur aigue abdominale

- **Petits moyens dès l'arrivée :**
 - Paracétamol IV
 - Glace sur le ventre au niveau de la zone douloureuse
 - Coussin sous les genoux et position légèrement fléchie pour diminuer tension abdominale
- **Déroulement des soins :**
 - demander au chirurgien de venir examiner le patient avant réalisation du scanner
 - titration morphine avant le scanner et après examen chirurgical

Ponctions, veineuse, artérielle, lombaire

- EMLA non approprié à l'urgence
- VVP :
 - y'en a-t-il vraiment besoin ?
 - Faire le + possible bilan et pose de VVP dans le même temps
- Artère : intérêt AL infiltration locale
- PL :
 - AL
 - utilisation d'aiguilles fine G25 type rachianesthésie à pointe mousse pour éviter céphalées post-ponction



Sondage gastrique, urinaire

- Expliquer le soin pour une meilleure coopération
- Sonde Gastrique :
 - An topique muqueuse nasale avec un VC (lidocaïne 5 % naphazoline) avec un coton tige, une mèche nasale imbibée, ou un spray.
- Sonde Urinaire : gel de lidocaïne intra-urétral

Ducharme J. et coll, What is the best topical anesthetic for nasogastric insertion ? comparison of lidocaine gel, lidocaine spray and atomized cocaine. J Emerg Nurs 2003 ; 29:427-30.




Drain thoracique

- Discuter les techniques d'exsufflation à l'aiguille
- AL avec délai suffisant avant début du geste
- Intérêt de la lidocaine intrapleurale : 20ml
- Analgésie par voie générale associée

Traitements physiques : petits moyens et grands effets

- Froid : Vasoconstricteur et analgésique
- Chaud : dans les contractures musculaires
- Immobilisation : favorise la cicatrisation et réduit les douleurs provoquées par la mobilisation
- Membre surélevé : réduit la stase et l'oedème
- Éviter pansement compressif long : ischémie
- Lavage abondant de la plaie : évacue les substances algogènes sécrétées dans la plaie (K^+ , H^+ , subst. P , sérotonine, bradykinine...) et réduit H.P.
- Irrigation des brûlures



Protocoles médicamenteux de prévention de la douleur provoquée

LA DOULEUR N'EST PAS UNE FATALITÉ

Soins douloureux Le bon usage des médicaments au bon moment

Le meilleur moment pour exécuter un soin se situe quand l'agent antalgique déploie son plein effet (approximativement entre le pic plasmatique et la 1/2 vie). Ce tableau a été élaboré en fonction des données pharmaceutiques disponibles. (LI : Libération immédiate).

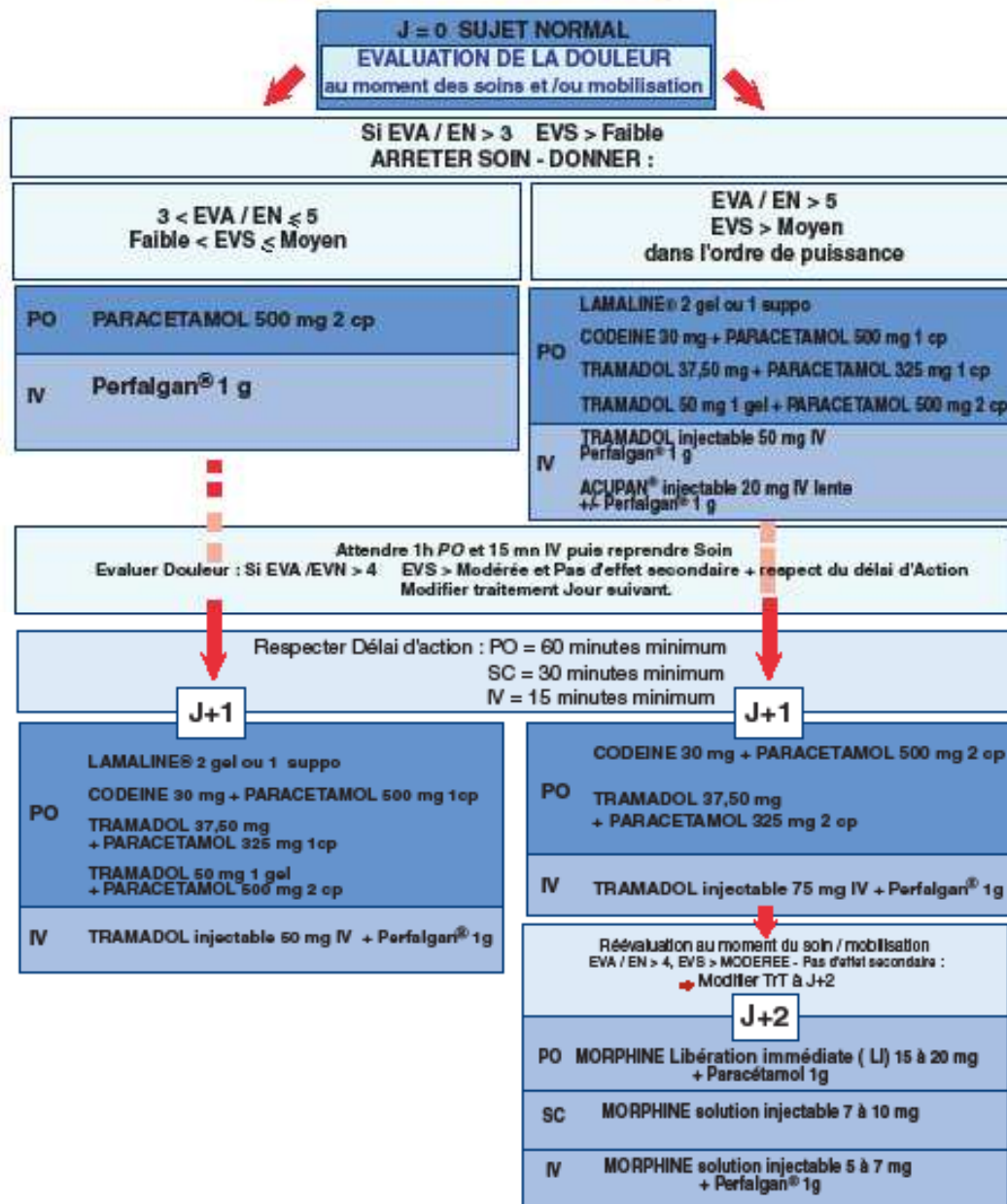
■ On peut faire le soin. Maximum d'efficacité.
 ■ On ne doit pas faire le soin.
 ■ On peut commencer à faire le soin. Début d'action, mais elle n'est pas à son maximum.

Palier	Molécules	Spécialités	Voie d'administration	Prise Med	15 min	30 min	45 min	1 h	15 min	30 min	45 min	2 h	15 min	30 min	45 min	3 h	4 h
Palier 1	Paracétamol	Doliprane®, Efferalgan® gel, à 500 mg	per os														
		Perfalgan® amp, à 1 g	IV														
Palier 1	Kétoprofène	Profénid® gel, à 100 mg	per os														
		Profénid® amp, à 100 mg	IV														
Palier 2	Nefopam	Acupan® amp, à 20 mg	IV														
	Dextropropoxyphène	Di-Antalvic® 1 gel	per os														
	Codéine	Efferalgan codéiné® 1 cp.	per os														
	Tramadol	Topalgic®, Contramal®, Zamadol®, gel, à 50 mg LI*	per os														
Topalgic®, Contramal®, Zamadol®, Ampà 100 mg		IV															
Palier 3	Morphine	Morphine à 10 mg	SC														
		Sevredol® (cp) 10-20 mg, Actiskénan® (cap) 5-10-20 mg	per os														

© 2010 Hôpital Tenon AP-HP - CompoSite



DOULEURS PROVOQUEES



REPERAGE ET PREVENTION SYSTEMATIQUE EFFETS SECONDAIRES

1/ Prévention systématique pendant tout le traitement de la constipation : laxatifs osmotiques (Duphalac Forlax Movicole) 1 à 6 sachets/]

2/ Surveillance et prévention :

Nausées / vomissements :
Motilium® 1 à 3 cp par jour sur 2 à 3 jours

Hallucination / délire / confusion :
* doses ou arrêt TrT* et/ou neuroleptiques à faibles doses :
Risperidale 0,5 à 1 mg/J jusqu'à disparition des troubles

Rétention urinaire :
* doses ou arrêt TrT*
*Avis Sénior ou Equipe Douleur pour autre prise en charge antalgique

Surveillance troubles de la vigilance :
Sonnolence + rythme respiratoire (RR) : N=14

Si Somnolent mais + stimulant + et RR > 14 :
* Doses suivantes de 20%
Surveillance toutes les 4 heures

Si Somnolent et + difficilement stimulant + et :

- RR > 14 : * Doses suivantes de 50% et doubler intervalle de prise
Surveillance toutes les 2 heures

- 10(SN) 12(SF) < RR < 14 : **ARRÊT DU TRAITEMENT** rétablissement
RR > 14 puis reprise TTT avec doses diminuées de 50% et doublement
de l'intervalle de prise.
Surveillance toutes les heures

- RR < 10 (SN) < 12(SF) : Mise sous oxygène (2 à 3 l / mn)
Avis Sénior du Service
ARRÊT DU TRAITEMENT
+ PROTOCOLE NARCAN

PROTOCOLE NARCAN

1 ampoule diluée dans 10 ml de sérum physiologique en
IVD ml par ml* jusqu'à reprise d'une fréquence respiratoire > 10(SN) 12(SF),
puis perfusion de 2 ampoules dans 250 ml de sérum physiologique
sur 3 à 4 heures à renouveler ultérieurement (cf durée de ½ vie
du narcan = 90 minutes) selon la fréquence respiratoire et surtout
la durée d'élimination de la molécule ayant entraîné le surdosage.

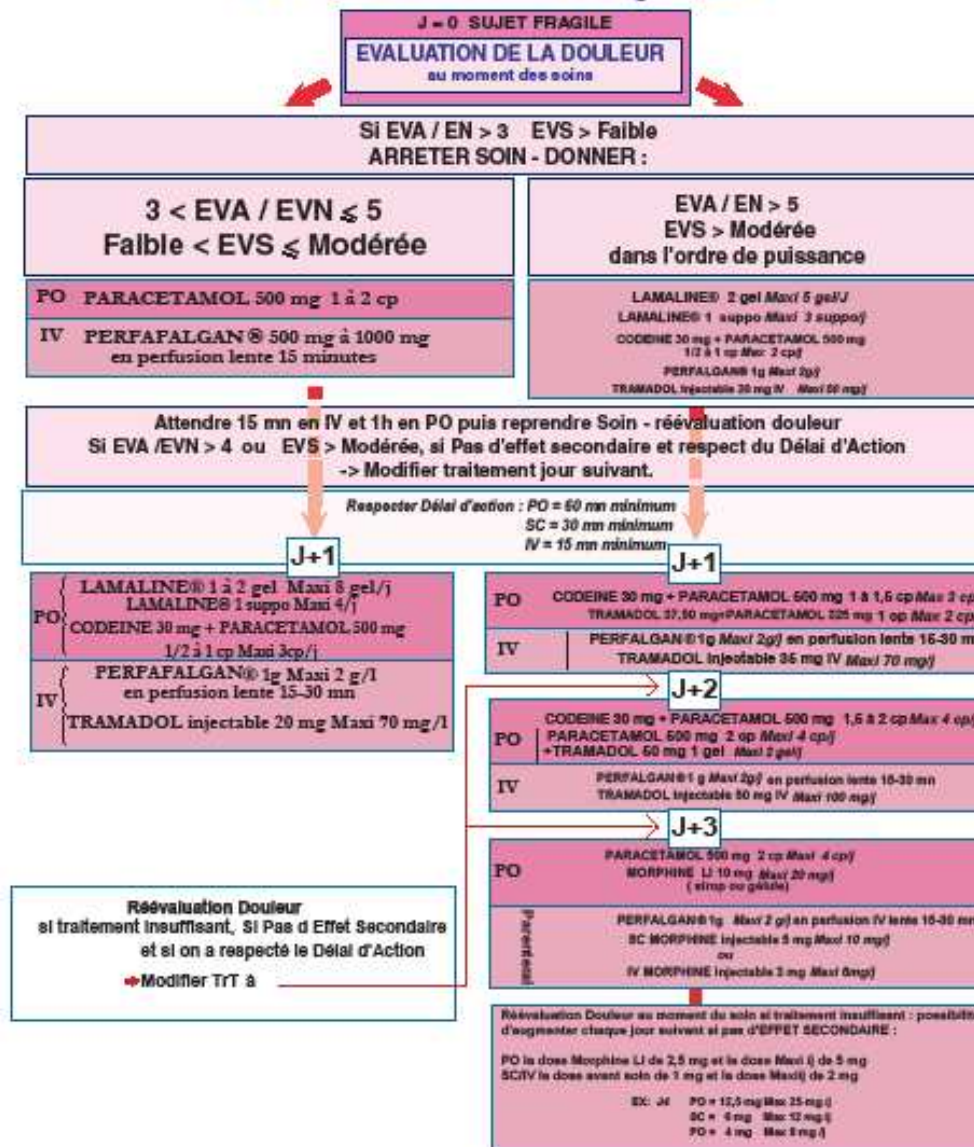
Surveillance toutes les heures * Si voie veineuse, impossible ➔ s/c

Cas Particulier: TRAMADOL

(Surtout si association avec autres
sérotoninergiques: ex. IRSS) : syndrome
sérotoninergique agitation, confusion, convulsion,
troubles métaboliques (natrémie)

Diminuer doses (½) ou arrêt traitement et
réévaluation après 5 ½ vie(Avis Sénior ou
Equipe Douleur pour autre prise en charge
antalgique)

DOULEURS PROVOQUEES



Infographie : Séverine Jourdan
E-mail: rald@ccq@aoi.com

Protocole simplifié de prise en charge de la douleur

Hopital NORD - AP HM
en vigueur le 11/2005



SERVICE DE MEDECINE INTERNE:
Pr FRANCES, Dr S.BONIN GUILLAUME, Dr RAT

CLUD: Dr RAT
Equipe Douleur: JJ BEZELGUES

En fonction des résultats (évolution de l'intensité de la douleur, degré de tolérance des traitements), le déroulement du protocole peut être accéléré ou au contraire ralenti.

Avant de traiter :

1) EVALUER LA DOULEUR à l'aide d'outils validés et dans l'ordre:
EVA
EVN
EVS

DOLOPLUS-2 Douleur pour les patients peu communicant (di chronique)

EVA ou EVN > 3, EVS > faible, Doloplus 2 > 5 = Patients douloureux :

EVA / EVN ≤ 3, EVS < faible, Doloplus 2 ≤ 5 = Patients non douloureux :

Réévaluation une fois par jour et continuer même prise en charge

2) REPERER SUJET FRAGILE :

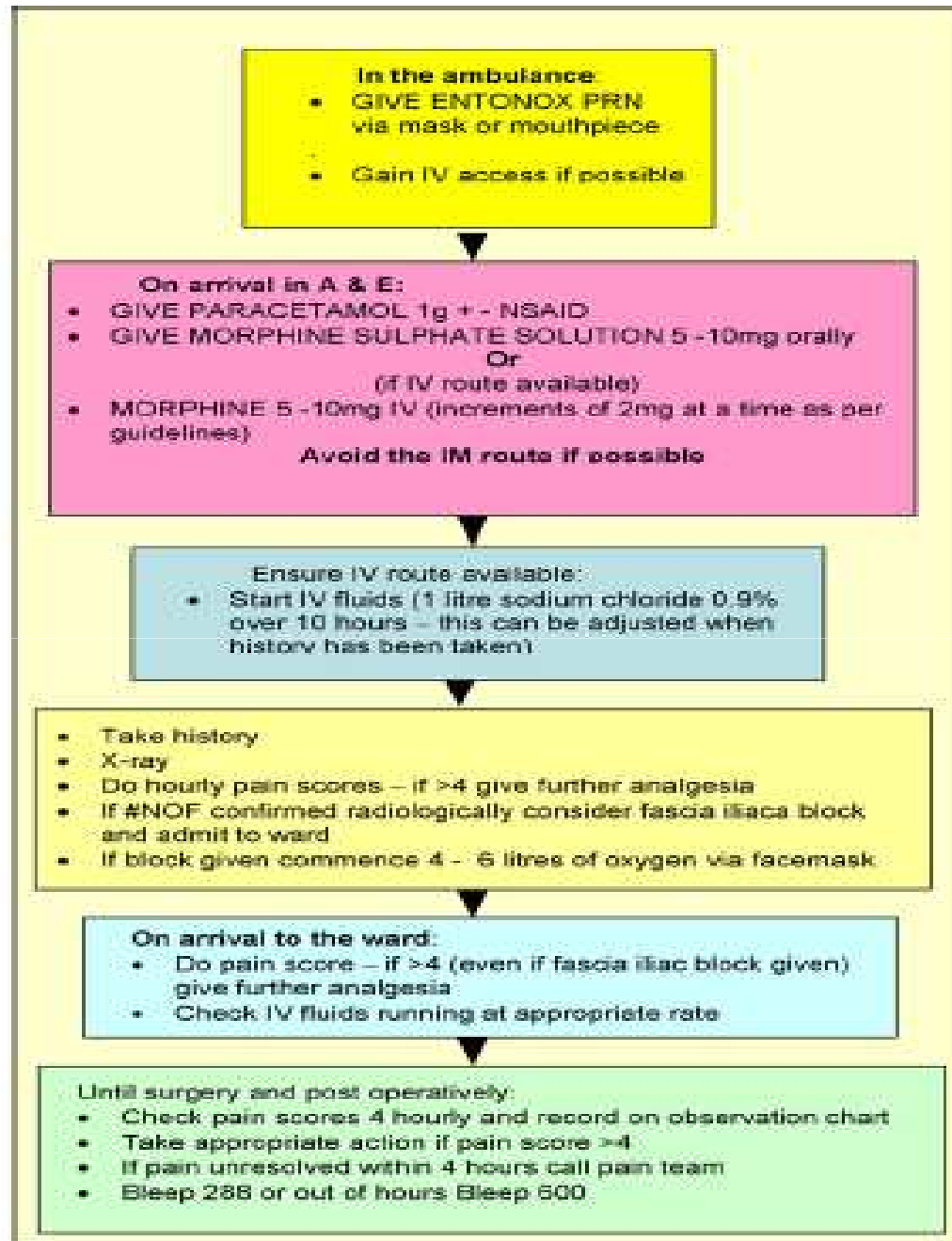
Age > 75 ans
Dénutrition: Albumine < 35 g/l et /ou Poids < 40 Kg
Insuffisance rénale : Clairance Créatinine (calculée selon la formule de Cockcroft et Gault) < 50 ml/min
Pathologies lourdes en phase aiguë ou chronique:
Insuffisance hépatique Insuffisance cardiaque
Insuffisance respiratoire
Nombre de produits médicamenteux différents > 5

CONVERSION

Dextropropoxyphène = 1/5	↔	60 mg = 10 mg Morphine PO
codéine = 1/5	↔	60 mg = 10 mg Morphine PO
Dihydrocodéine = 1/3	↔	60 mg = 20 mg Morphine PO
Tramadol = 1/5	↔	50 mg = 10 mg Morphine PO
Hydromorphone = 7,5 à 8	↔	8 mg = 60 mg Morphine PO
Oxycodone = 2	↔	10 mg = 20 mg Morphine PO
Durogesic = 100	↔	(Patch) 0,25 = 2 x 30 mg Morphine LP/PO
Buprénorphine = 30	↔	0,2 mg = 8 mg Morphine PO
Nalbuphine = 1	↔	10 mg SC = 10 mg Morphine SC

Pas d'association Buprénorphine et Nalbuphine avec les autres morphiniques

Morphine PO = 2 x Morphine SC = 3 x Morphine IV
30 mg Morphine PO = 15 mg Morphine SC = 10 mg Morphine IV



*A Obideyi et coll, Acute Pain
(2008) 10, 145–149*



Prévention des douleurs provoquées

- Etape 1 : Identifier les gestes potentiellement douloureux
- Etape 2 : Connaître les moyens à disposition
- Etape 3 : Préparer la réalisation de l'acte douloureux : anticiper
- Etape 4 : Des protocoles de service évaluant et prenant en charge la douleur provoquée

**réflexion, évaluation, anticipation,
protocolisation des soins**