

Soignants et échelles de la douleur

Cas concret: Mme B.

- 87 ans
- EMS depuis 3ans
- Ostéoporose importante
- Arthrose
- AVC 6 mois auparavant
- Baisse mobilité
- Apparition de troubles cognitifs

Depuis plusieurs semaines, Mme présente

- signes de douleurs à la hanche droite
- difficultés pour se tenir debout
- marche quasi inexistante
- attitudes antalgiques
- visage grimaçant
- perte de l'appétit
- troubles cognitifs augmentent
- ...



Appels téléphoniques au médecin

- J1 : introduction de paracétamol
- J3 : augmentation des doses
- J6 : introduction d'anti-inflammatoire par le médecin de garde



- J7 : pas de changement car pas assez de recul
- J8 : « J'ai déjà répondu hier à votre collègue »

J8 : Mme refuse de marcher + position antalgique même au repos



J'ai l'impression que Mme B. a des douleurs

Mais je vous dis qu'elle a de plus en plus mal...

Des changements depuis hier ???

Non, j'ai eu congé ces 3 derniers jours ...



- Le médecin rend visite à Mme B sur le temps de midi

« Sauter canard,
voici l'eau »





Bonjour Dr, votre visite
me fait bien plaisir, vous savez
je suis en pleine santé...

Des douleurs ???

J15

- douleurs extrêmes empêchant toute mobilisation
- refus de s'alimenter et de s'hydrater
- désorientation très importante
- apparition de T°
- Examens complémentaires:
 - nécrose de la tête du fémur à un stade très avancée
avec enfoncement de la tête fémorale

Dossier de soins: Observations

- Mme a mal hanche..., je lui donne un cp...
- Mme a de plus en plus mal.....Tél au Dr: augmentation du dafalgan.
- Mme a très très mal.... elle se plaint beaucoup, elle dit que la douleur est insupportable. Tél au médecin, est absent, le médecin de garde introduit de l'irfen.
- Douleur hanche : je demande à Mme d'évaluer la douleur avec l'échelle, Mme n'arrive pas à l'utiliser. Lors de la toilette, Mme crie quand je la tourne sur le côté droit, mais s'aide quand même pour se lever...
- Mme crie quand je la tourne... j'averti l'infirmière... Mme reçoit sa R. Je la lève au fauteuil, Mme a beaucoup de mal pour se tenir debout...

Prise en charge de la douleur peu efficace



- Non compréhension entre personnel soignant et médecin
- Expression de la douleur par la résidante : différente avec le médecin et avec infirmières
- Pas d'évaluation chiffrée de la douleur
- Pas de traçabilité des suivis des douleurs dans le dossier de soins
- Suivi inefficace

Quels sont les facteurs favorisants

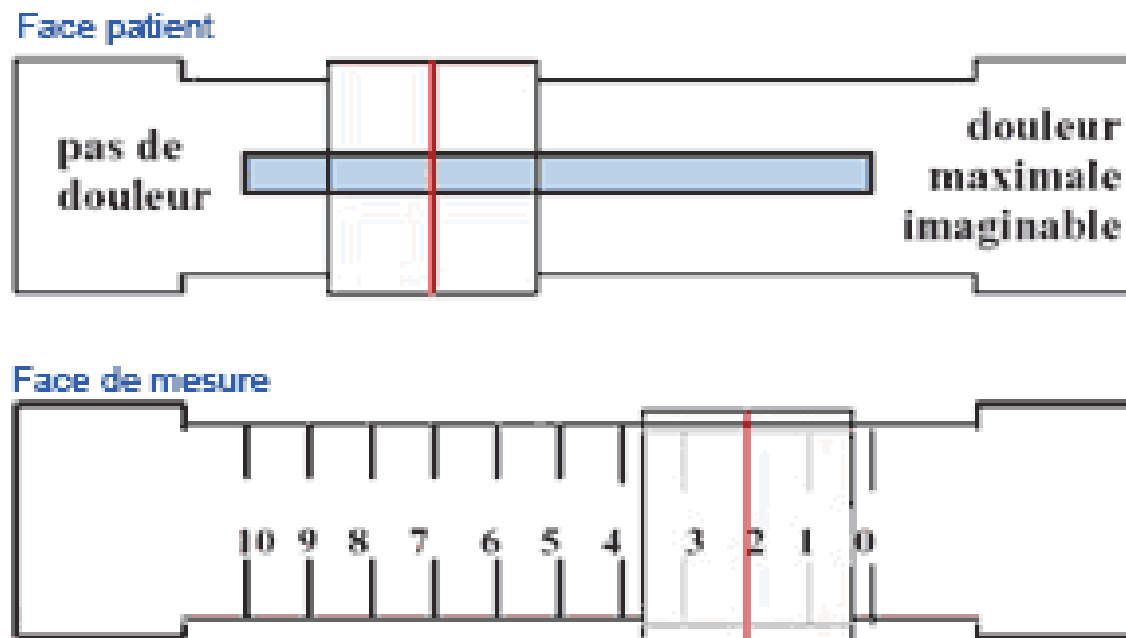
- Effet Blouse Blanche auprès de Mme B
- plusieurs intervenants
- interprétation plus ou moins personnelle de la douleur
- pas de moyen d'évaluation objectif et commun de la douleur
- suivi insuffisant de la douleur et de l'antalgie
- observations peu précises

Campagne : « Vers un milieu de vie sans douleur »

Utilisation systématique d'une échelle pour évaluer la douleur

Echelle analogique

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



Echelle Doloplus

ECHELLE DOLOPLUS - 2 EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE									
NOM :		Prénom :		Service :		DATES			
Observation Comportementale									
RETENTISSEMENT SOMATIQUE									
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0				
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1				
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2				
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3				
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0				
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1				
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2				
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3				
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0				
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1				
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2				
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3				
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0				
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1				
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2				
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3				
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0				
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1				
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2				
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3				
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR									
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0				
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1				
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2				
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3				
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0				
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1				
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2				
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3				
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL									
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0				
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1				
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2				
	• absente ou refus de toute communication	3	3	3	3				
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)	0	0	0	0				
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1				
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2				
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3				
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0				
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1				
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2				
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3				
COPYRIGHT						SCORE			

Élaboration d'un graphique de la douleur

Sur plusieurs jours

Dés l'apparition des douleurs

A chaque changement de traitement antalgique

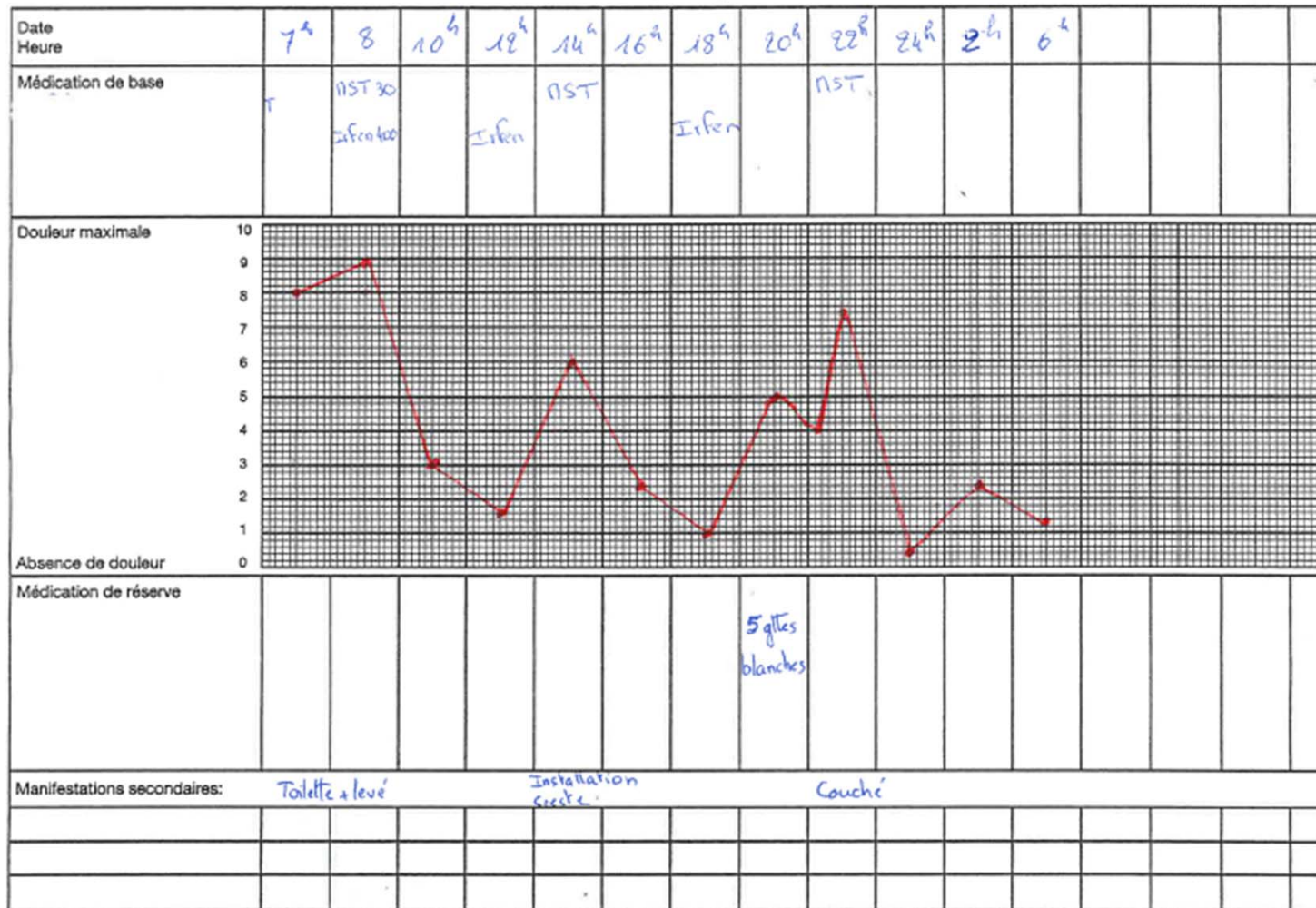
Graphique avec:

- Courbe de la douleur
- Prise de la médication
- Activités
- Autres symptômes

Exemple de graphique

Evaluation continue de la douleur

Demandez au patient quelle est l'intensité de ses douleurs. Reportez les valeurs dans le graphique.



Moyens



- Formation de tout le personnel
- Réglette analogique à disposition
- Echelle Doloplus remplie en équipe
- Réunion d'équipe pour remplir
- Information aux familles
- Collaboration avec médecin référent et pharmacien

Changement dans les prises en charge des douleurs

Mme B.

- Mise en place d'une évaluation avec l'échelle doloplus.
- Observation sur 3 jours et adaptation du traitement
- Les douleurs diminuent, Mme est moins désorientée
- Elle arrive à utiliser l'échelle analogique
- Son état général s'améliore

Relations avec médecin

Bonjour Dr,

Depuis l'augmentation du MST, Mme B a une douleur de 2. Cependant, elle augmente à 6 au moment de la prise du cp. La douleur est à 8 lors des soins d'hygiène.



L'antalgie est déjà meilleure, mais je propose de rapprocher les prises de MST et de donner 5 gttes blanches 30 min avant les soins d'hygiène

Résultat pour Mme B

➤ Objectif atteint:

- La résidante est confortable
- Diminution des signes de la douleur
- Désorientation bien diminuée



Répercussion de la campagne

Les soignants eux-mêmes font part d'une meilleure communication :

- entre les soignants
- avec l'équipe pluridisciplinaire
- Avec le médecin
- Avec les familles

Les audits annuels montrent que dans presque la moitié des cas, le personnel se trompe lorsqu'il évalue lui-même la douleur du résident

???

- Malgré cette campagne contre la douleur, nous constatons que le personnel soignant n'utilise pas systématiquement ces échelles ?
- Les observations sont imprécises
- Les rapports oraux et écrits indiquent : « la personne a eu mal » sans chiffrer la douleur
- Régulièrement, il est nécessaire de rappeler d'utiliser une échelle

Rappel des consignes

- Faire préciser les scores
- Demander d'utiliser l'échelle Doloplus pour les personnes présentant une démence
- Evaluer l'efficacité de l'antalgie, des réserves reçues
- Réaliser les graphiques

Dans notre expérience, lorsque nous donnons un graphique, le médecin en tient-compte

- Lorsqu'un résidant
 - est fiévreux, le personnel soignant lui prend la température
 - fait un malaise, il lui prend la tension
 - a des douleurs,
il ne les mesure pas

POURQUOI ?

- Réglettes rangées avec tensiomètre, thermomètre...
- Parle-t-on assez de l'évaluation de la douleur dans les formations?
- Sommes-nous toujours empathiques face à la douleur?