



ATELIER DE SOINS PALLIATIFS

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ENFANT –ADULTE EN SOINS PALLIATIFS

15/01/2015



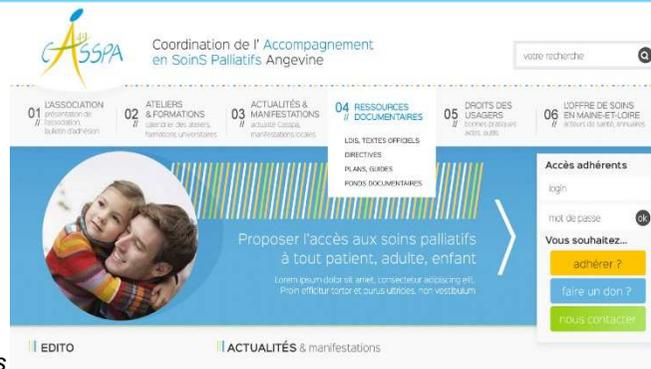
1. Présentation de la CASSPA 49

(Mme Christelle FOIN)

Association « Loi 1901 » - statuts déposés en 2009 – Président : M. Yves DUBOURG

SES MISSIONS

- **PROMOUVOIR LA DEMARCHE PALLIATIVE** en lien avec les 4 Equipes Mobiles de Soins Palliatifs du 49
- Améliorer l'**ARTICULATION** entre les différents acteurs du système de soins pour assurer une prise en charge **OPTIMALE** et une **MEILLEURE ORIENTATION** du Patient, tout en **RESPECTANT** ses **SOUHAITS**.
- Favoriser la **COORDINATION** et la **CONTINUITE** des **SOINS** entre les professionnels de santé
- Sensibiliser et informer les **PROFESSIONNELS** de santé et le **PUBLIC** sur les **SOINS PALLIATIFS**



Référence : statuts

Conférence grand public
sur la loi Leonetti et ses
évolutions le 2/04/2015





2. CAS CLINIQUE ENFANT

(Docteur Petronela RACHIERU-SOURISSEAU, Mme Stéphanie OBREGON,
Psychologue)

Unité Douleur-Soins de support-Soins Palliatifs
Pôle Femme-Mère-Enfant, C.H.U. Angers
ERRSPP Pays de la Loire





3. CAS CLINIQUE ADULTE

Repérage, évaluation et traitement de la douleur chez les personnes âgées

Dr HUBAULT Philippe

Médecin responsable de l'Equipe Mobile d'Accompagnement en
Soins de Support et Palliatifs

(E.M.A.S.S.P) du CHU d'ANGERS

PhHubault@chu-angers.fr





5 JANVIER 2015

- Mme O...86 ans a une démence avancée
- Fin décembre 2014 hospitalisation au CHU pour pneumopathie d'inhalation, comateuse, récusée par la réanimation
- Sous oxygène et antibiotique, elle récupère doucement
- Retour dans son EHPAD le 5 janvier 2015



6 janvier 2015

- L'équipe interpelle le médecin traitant car elle est opposante, et semble angoissée
- Mise en place d'une anxiolyse par Xanax
- Ses 4 enfants sont divisés, 3 souhaitent une limitation des traitements



8 janvier 2015

- Son état n'évolue pas
- Après discussion avec l'équipe, le médecin traitant appelle l'EMASSP
- Dans la discussion, il apparaît que:
 - L'opposition semble surtout vis-à-vis des soins et des mobilisations
 - certaines AS disent qu'elle geint et se crispe, en plus de l'opposition

La famille devient très critique



- Qu'en pensez-vous?
- Que proposez-vous?



PROPOSITIONS

- Evaluation précise de la douleur, algoplus
- Dans l'hypothèse d'une douleur neuropathique centrale, prescription de DEPAKINE 400 mg/j dans la perfusion sous cutanée
- Rencontre avec la famille et les soignants (chaudron)



12 janvier 2015

- Rencontre à l'EHPAD du médecin traitant
- du cadre infirmier et des IDE et AS
- de la psychologue et de la famille de Mme O



- L'algoplus était cotée à 3/5
- Depuis hier est relachée (*n'est plus crispée, laisse faire sa toilette et ébauche quelques mots*)
- La famille pose la question de l'objectif des soins (*soulagement de la pénibilité*)
- La famille se pose aussi la question de l'acharnement thérapeutique (*perfusion, Dépakine*)



- QU'EN PENSEZ-VOUS?



PARTIE II - Préalables (1)

- Le soulagement de la douleur est devenu un DROIT

Art. L. 1110-5 du code de la santé (Loi du 4 mars 2002) : « *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* ».



Préalable 1 bis : la réalité

- Étude DELORME
- Etude EPIC
- Douleurs liées aux soins
- Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale - ANAES OCTOBRE 2000



II. PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

- 60% des personnes âgées ont des douleurs chroniques , dont un tiers des douleurs sévères , 80% en fin de vie.
- La forte prévalence de la douleur chez les personnes âgées et ses répercussions sur l'autonomie, le psychisme et le devenir socio familial imposent de rechercher et traiter ce symptôme.
- Nécessite une médecine globale centrée sur la personne, en ayant toujours le souci de préserver l'autonomie maximale et la qualité de vie du patient âgé.
- Le traitement de la douleur chez la personne âgée ne se limite pas à la rédaction et à l'exécution d'une prescription. Il implique de la part de tous les intervenants d'apporter au patient qui souffre un soin relationnel attentif.
- Toute personne âgée qui souffre a droit à une prise en charge au même titre qu'un patient plus jeune.

- *ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE LA DOULEUR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DES TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE ANAES OCTOBRE 2000*



"Des douleurs à vouloir mourir"

(Libération - 12 juin 2007, Le Quotidien du Médecin -
11 juin 2007)

- Etude européenne Epic , présentée au congrès de l'Association européenne de soins palliatifs, montre les progrès restant à faire dans la prise en charge de la douleur cancéreuse.
- Elle a inclus plus de 4000 patients, 600 ont été interrogés en France.
- 76% "souffrent de douleur qu'ils attribuent à leur cancer".
- La douleur est "intolérable" pour 38% d'entre eux modérée à sévère" pour 62%.
- 68% "considèrent que "leur douleur les empêche de mener une vie normale« .
- 58% elle "affecte leurs relations familiales
- plus d'un quart des malades du cancer en France éprouvent parfois une douleur si intense qu'ils veulent mourir".
- 65 % des Français et des Européens: le traitement n'est pas suffisamment adapté"



Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer ;Th DELORME

- 730 patients (48 %) se déclarent douloureux.
- 85 (5.6%) totalement contrôlée par le traitement.
- Douleur depuis plus de 3 mois, chez 56 % d'entre eux.
- Douleur chronique pour 30 % des patients
- Considérée comme sévère chez 28 % des patients
- De type neuropathique chez 36 % des patients.



Préalables (2)

- La douleur est utile ☞🔔☞
Lorsque le message est reçu, la douleur doit être soulagée
- Le meilleur traitement d'une douleur : traiter sa cause
(traitement étiologique)



Préalables (3)

- Reconnaître la douleur
 - patient acteur
 - patient expert
- La douleur peut être très complexe et nécessite une évaluation rigoureuse.
- Cette évaluation est nécessairement multiprofessionnelle



Évaluation de la douleur

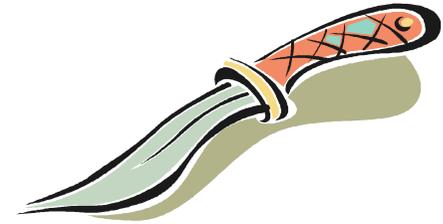
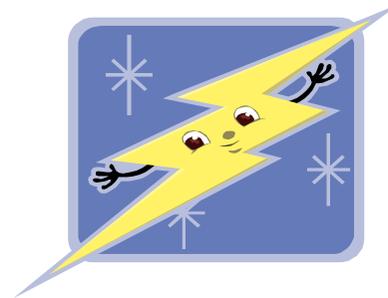
- Refuser la simple constatation:
 - il a mal
 - il est mal
- Exiger une évaluation précise

Évaluation de la douleur

- Où?



- Comment?



- Quand



- Combien?







OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- RENDRE LA DOULEUR SUPPORTABLE
- PATIENT CONFORTABLE
- FAIRE DISPARAÎTRE LA DOULEUR ??
- AUTONOMIE



EVALUATION DES EFFETS SECONDAIRES

- Somnolence
- Constipation



Particularités chez les personnes âgées

Préjugés, la personne âgée a droit à des soins

selon l'ANAES 60% sont douloureux, polypathologies

Douleurs neuropathiques centrales

Autoévaluation avec l'échelle numérique

Hétéroévaluation avec algoplus

Posologies réduites en fonction de l'âge

Surveillance des effets secondaires

ÉCHELLE DOLOPLUS*

Tout changement de comportement doit faire évoquer la douleur. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera dès lors incriminée

* AMMS / Service des recommandations et références professionnelles / Octobre 2008

		Nom	DATES		
		Prénom			
		Date			
		Age			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1/ PLAINTES SOMATIQUES	pas de plainte plaintes uniquement à la sollicitation plaintes spontanées occasionnelles plaintes spontanées continues		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2/ POSITIONS ANTAI-CRURIFIÈRES AU REPOS	pas de position antalgique le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle position antalgique permanente et efficace position antalgique permanente inefficace		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3/ PROTECTION DES ZONES DOULOUREUSES	pas de protection protection à la sollicitation de zones n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins protection au repos, en l'absence de toute sollicitation		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4/ MINIQUE	mimique habituelle mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (stone, figée, regard vide)		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5/ SOMMEIL	sommeil habituel difficultés d'endormissement réveils fréquents (agitation nocturne) insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6/ TOILETTE ET/OU HABILLAGE	possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles peu diminuées (précautionneuses mais complètes) possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage durant difficiles et partiels toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7/ MOUVEMENTS	possibilités habituelles inchangées possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL					
8/ COMMUNICATION	inchangée intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) diminuée (la personne s'isole) absence ou refus de toute communication		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9/ VIE SOCIALE	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation refus partiel de participation aux différentes activités refus de toute vie sociale		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10/ TROUBLES DU COMPORTEMENT	comportement habituel troubles du comportement relationnel itératif troubles du comportement relationnel permanent troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
SCORE TOTAL					

LEXIQUE

Communication
Verbale ou non verbale
Protection de zones douloureuses
Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique
Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaces, tris, aïones) et du regard (regard fixe, vide, absent, armés).
Sollicitation
Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)
Toilette / Habillage
Évaluation de la douleur pendant
Troubles du comportement
Agressivité, agitation, confusion, d'euthanasie, etc.
Vie sociale
Repas, animations, activités.

Mouvements
Évaluation de la douleur transferts - marche, seul
Plaines somatiques
Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris - pleurs - gémissements.
Positions antalgiques
Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

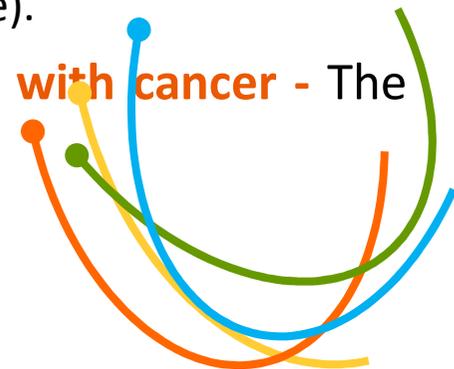
CONSEILS D'UTILISATION

- 1 - L'utilisation nécessite un apprentissage
Comme pour tout nouvel outil, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Devant tout changement de comportement, le soignant pensera à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.
- 2 - Cocher en équipe pluridisciplinaire de préférence.
Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. A domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».
- 3 - Ne rien noter en cas d'item inadapté
Il n'est pas toujours possible d'avoir d'emblée une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles, la cotation pouvant s'enrichir cependant au fil du temps.
- 4 - Les comportements passifs
Sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs; par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.
- 5 - La cotation d'un item isolé
N'a pas de sens; c'est le score global qui est à considérer. Si celui-ci se concentre sur les derniers items, la douleur est peu probable.
- 6 - Ne pas comparer les scores de patients différents
La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens, seule l'évolution des scores d'un patient donne nous intéresse.
- 7 - Établir une cimetique des scores
La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir une cimetique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.
- 8 - En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté
On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.
- 9 - L'échelle coté la douleur, et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives.
Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.
- 10 - Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS
Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.



BIBLIOGRAPHIE

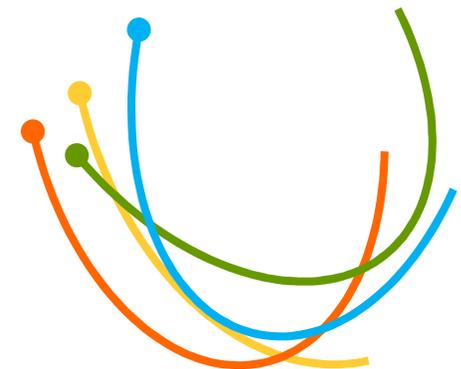
- **Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans** – Journal de pédiatrie et de puériculture (2008)– Elsevier Masson
- **Prise en charge des douleurs neuropathiques chez l'enfant : recommandations de bonne pratique clinique** – Archives de pédiatrie (2011)
- **Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant** - Recommandations de bonne pratique (2009) – AFSSAPS
- **Symptômes source de souffrances chez l'enfant en fin de vie** (2002)– Difficultés de traitement (Michel Duval – Hôpital Sainte Justice).
- **Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer** - The New England Journal of Medicine (2000)





BIBLIOGRAPHIE

- **Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale – ANAES (2000)**
- **« Des douleurs à vouloir mourir »** (Libération - 12 juin 2007, Le Quotidien du Médecin - 11 juin 2007)
- **Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer – INCa (2010)**
- **La douleur au quotidien – Dr. Hubault (2011)**





4. CONCLUSION

