

Recommandations pour la prise en charge de la douleur

F.Bardiau, RN, MS, PhD
ULg, CHU-Charleroi



C.H.U. de Charleroi

Université
de Liège



Qualité

« **Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assurera le meilleur résultat en terme de santé (état actuel de la science)**

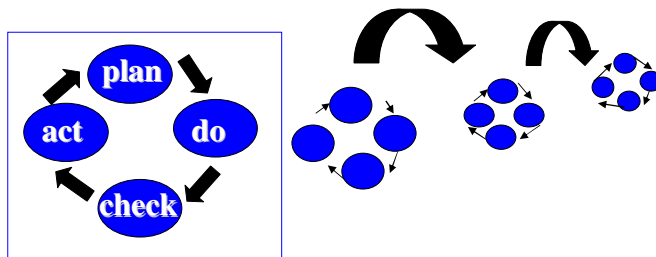
- ✓ **au meilleur coût**
- ✓ **au moindre risque iatrogène**
- ✓ **pour sa plus grande satisfaction**
- ✓ **en terme de procédures, de résultats et de contacts humains »**

OMS, 1986

Amélioration qualité

Pas d'amélioration sans mesure!

- Mesurez-vous ?
- Disposez-vous d'indicateurs pour l'évaluation?
- Comparez-vous vos résultats - dans l'institution? - à l'extérieur?



La douleur

Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion (*IASP, 1982*)

État dans lequel l'individu vit et rapporte la présence d'un inconfort sévère ou d'une sensation désagréable.

Résultats sous forme de niveau de confort et contrôle du comportement (*NANDA-NOC, 1997*)

« Chaque patient a droit à un soulagement efficace de la douleur après chirurgie, ainsi qu'au traitement des autres effets secondaires comme les nausées et vomissements » *Audit Commission, London, 1997*

Analgésie postopératoire

- **Qualité est encore insuffisante**
White P et al, Anesthesiology, 2010
- **Droit du patient** Loi des droits du patient 2002
- **Réduit la morbidité postopératoire (DPO)**
Savoia G et al, Minerva Anesthesiol, 2010
- **Besoin d'implémenter des protocoles EBM**
introduisant « Fast Track Recovery »
White P et al, Anesth Analg, 2007

Conséquences DPO

- **↑ Morbidité**
 - ↓ fonction pulmonaire (*Cousins, 1994*)
 - ↓ mobilité (*Rawal, 1995*)
 - ↑ complications thrombo-emboliques (*Yeager, 1989*)
 - ↑ complications cardiaques (*Liu et al., 1995*)
 - ↑ stress chirurgical (*Khelet, 1991*)
- → **Retarde le rétablissement**
- **↑ Risque de développer douleur chronique**

Douleur aiguë / chronique

- Douleur **aiguë** = signal indiquant un problème dans l'organisme, disparaît en même temps que le problème sous-jacent.
- La douleur **chronique** est généralement difficile à traiter (de 3 à 6 mois, voire plusieurs années).

La douleur chronique a un impact négatif sur la vie quotidienne, engendre des dépressions, ainsi que des problèmes professionnels et relationnels.

Par ex : l'arthrose/ l'arthrite, les problèmes de dos ou le cancer.

Prévalence douleur chronique

- Près de 1 Belge sur 4 (23%) souffre de douleur chronique, soit 2,4 millions de personnes
- 42% des ménages belges sont confrontés à la douleur chronique
- Il n'y a pas de différences significatives en fonction des régions

Source : Pain in Europe, données pour la Belgique

Conséquences de la douleur chronique

- ❖ **Coûts directs : assurance-maladie + allocations d'incapacité de travail**
- ❖ **Coûts indirects : relation, qualité de la vie, aide des tiers...**

Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment.
Eur J Pain. 2006; 10(4):287-333, Breivik, 2006

Conséquences de la douleur chronique

- ❖ **La douleur physique affecte le mental**
- ❖ **1 patient sur 5 perd son emploi**
- ❖ **1 patient sur 5 est dépressif**
- ❖ **Pensées suicidaires**

Published Guidelines

- **Royal College of surgeons** of England and the College of Anaesthetists (1990, 1997)
- **Faculty of Anaesthetists** and Royal Australian College of Surgeons (1991)
- **Agency for Health Care Policy and Research** (1992)
- **American Society of Anesthesiologists** (1995)
- **American Pain Society** (1995)
- **International Association for the study of Pain** (1992)

Recommandations internationales

- SIAARTI, 2010
- Haute Autorité Santé (HAS), 2005
- United States Department of Veterans Affairs, 2009
- European Society of Regional Anesthesia and Pain Therapy (ESRA),
- NHS Quality Improvement Scotland, 2004
- ICS Health care guidelines, 2008
- RANO, 2002

Recommandation de bonnes
pratiques en art infirmier

**« Rôle infirmier dans la prise en
charge, à domicile, de patients
adultes souffrant de douleur
chronique »**

SPF Santé Publique, 2010

Règle d'or

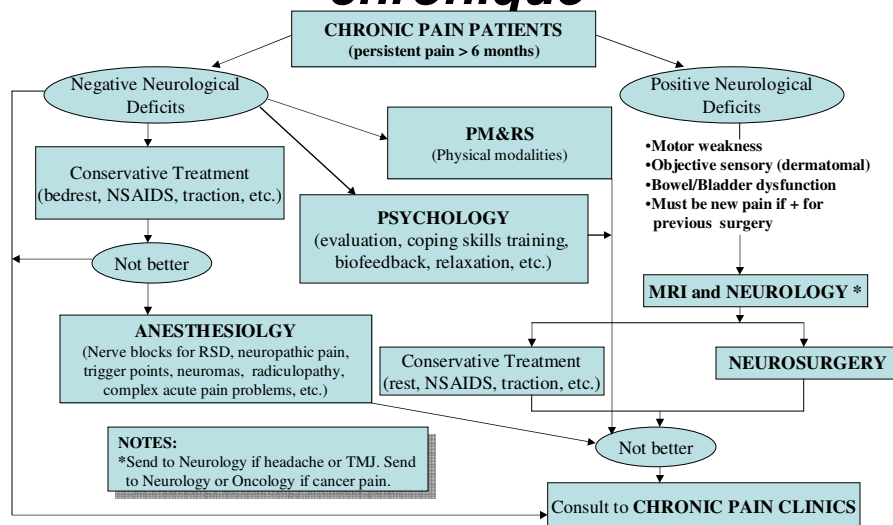
Une bonne politique de traitement
(de la douleur) commence par un
bon diagnostic.

“D’où vient le problème ?”

Comment soulager efficacement la douleur ?

- Traitement symptomatique et causal
- Approche multidisciplinaire

ALGORITHME pour la douleur chronique



Objectifs généraux



- “Réduction” des plaintes douloureuses
- Amélioration fonctionnelle
- Réduction des co-morbidités
- Réintégration socio-économique
- Arrêt du ‘shopping médical’
- Implémentation de nouveaux schémas de traitement

Make Pain Visible

Echelle Visuelle Analogique (EVA)

– 0-10 cm

Echelle Verbale Simple (EVS)

– 4 à 5 catégories ordonnées de
descripteurs

Echelle Numérique (EN)

– 0 à 100 (%)

Évaluation systématique de la douleur aiguë

- Autoévaluation sur base d'outils de mesure validés: EVA, EN, ...
- Outil de mesure adapté au patient: enfant, patient non communiquant...
- Évaluation multidimensionnelle
 - Intensité douloureuse, localisation, durée, caractère
- Réévaluation et suivi du traitement

Evaluation de la douleur chronique

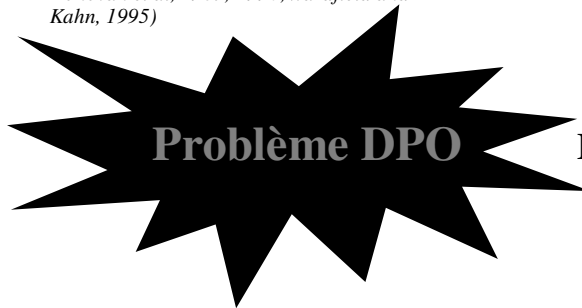
- Mesurer l'intensité de la douleur
 - Echelle visuelle analogique; Echelle numérique
 - C'est surtout l'évolution du score au cours du temps qui est importante
- Description de la douleur
 - Anamnèse détaillée
 - Antécédents médicaux
 - "Histoire de la douleur"
 - Dessin de la douleur
- Diagnostiquer le type de douleur
- Evaluation psycho-sociale
- Exclusion d'autres facteurs causaux

**30-70 % analgesie
inadéquate**

*(Papper et al, 1952, Banister, 1974;
Donovan et al, 1987; 1990; Wardfield and
Kahn, 1995)*

**1/4 analgésiques
administrés**

Marks and Sachar, 1973



**Manque d'évaluation
de la douleur**

(Rawal, 1992)

Manque d'organisation

Rawal and berggreen, 1994

**Attitudes inadéquates
professionnels et patients**

*(Cohen, 1980; Donovan, 1983; Ferrell et al., 1993, Scott
and Hodson, 1997, Miaskowski et al., 1997)*

Buts des recommandations

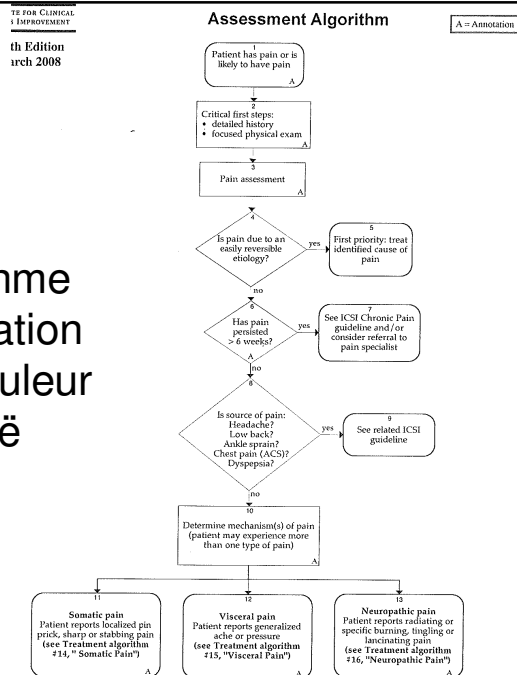
- Fournir des standards de soins pour réduire la souffrance
- Assurer la mesure de la douleur
- Inclure patients et familles dans la gestion
- Organiser une approche multidisciplinaire
- Préparer les soignants à gérer la douleur
- Obtenir un monitoring continu pour améliorer

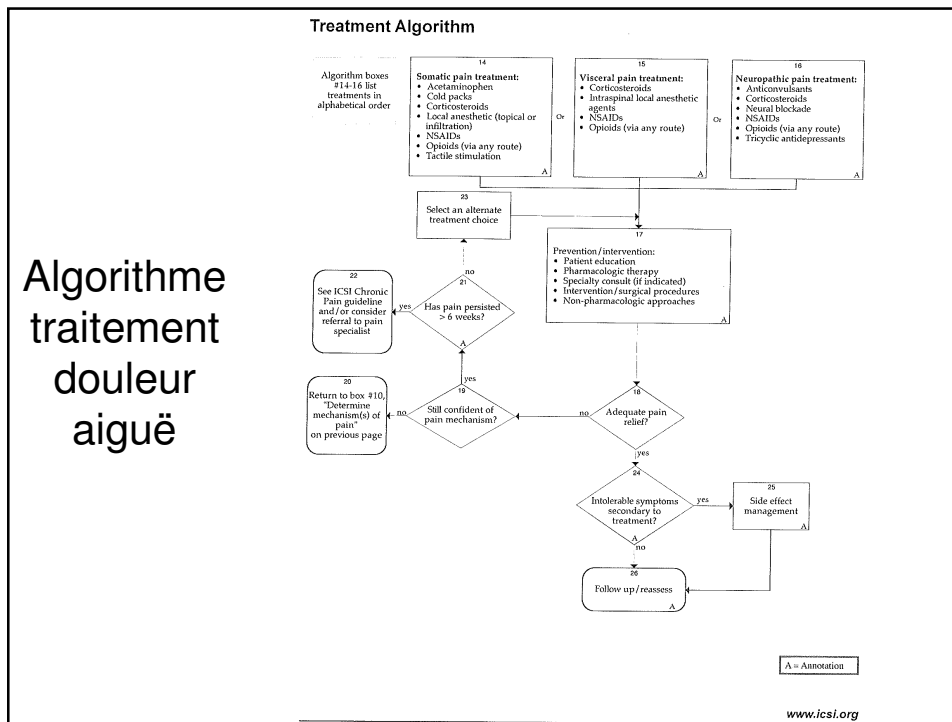
Principes clés

- Fournir une gestion efficace et sécurisée de la douleur à l'ensemble des patients
- Obtenir la formation des professionnels
- Organiser un service de prise en charge de la douleur
 - Postopératoire / aiguë / chronique

Best Practice Statement. NHS Quality Improvement Scotland, 2004

Algorithme d'évaluation de la douleur aiguë





Algorithme
traitement
douleur
aiguë

Présentation des recommandations

- Niveau de recommandation: A, B, C
- Classées en termes
 - Ressources
 - Processus
 - Résultats

Ressources / structure

Organisation d'un service APS

- Anesthésiste et infirmière responsables
- Anesthésiste appelable 24h/24
- Participation interdisciplinaire
- Protocoles d'analgésie multimodale
- Documents de surveillance spécifique
- Formations
- Évaluation systématique
 - Douleur, nausées et vomissements, effets secondaires
- Information du patient: évaluation, traitements, complications
- Monitoring

Acute Pain Service

- **Responsabiliser la gestion DPO 24h/24**
- **Organiser les services → qualité soins**
- **Fournir traitements antalgiques efficaces**
 - Confort et sécurité
- **Former médecins et infirmières**
 - Gestion des complications et des risques
- **Évaluer les résultats**
- **Développer la recherche clinique**

Principes APS

- **Infirmière douleur**
- **Mesure EVA toutes les 4 h durant 72 h**
- **Protocoles antalgiques standardisés**
- **PCA, épidurale,... patients ciblés**
- **Procédures infirmières**
- **Formation des équipes de soins**
- **Information préopératoire des patients**

Infirmière douleur

- **Infirmière spécialisée, apporte son expertise pour donner les soins au patient**
 - **Participe au développement des protocoles**
 - **Evidence based, standardisation des soins**
 - **Fournit sensibilisation et formation**
 - **Assure le suivi des techniques spécifiques**

Processus

- Information pré-anesthésique
- Évaluation douleur systématique et adaptée
- Administration antalgique pendant l'anesthésie
- Analgésie multimodale, administration systématique
- Évaluation et traitement des effets secondaires
- Prescription antalgique postopératoire
- Prescription antalgique à la sortie
- Sensibilisation et formation des équipes
- Contrôle qualité

Information du patient

- Importance de la mesure de la douleur
- Différentes possibilités de traitement
- Feuillet d'information du patient
- Information orale des infirmières

Administration systématique

- Tous les patients dont l'EVA > 3 bénéficient de l'APS
- Administration antalgique à heure fixe
- Administration supplémentaire selon EVA
- Aucune prescription à la demande
- Adaptation du traitement selon l'évaluation de l'efficacité
- Les effets secondaires et complications sont évalués et traités

Traitement antalgique de sortie

- La douleur est contrôlée avant la sortie et est < à 3
- Des instructions claires sont données au patient pour la suite du traitement à domicile
- Le patient reçoit une prescription médicale si nécessaire

Facteurs d'amélioration de la qualité soulagement douleur

- **Implantation APS**
 - **Prise en charge multidisciplinaire**
 - **Standardisation des traitements**
 - **Application des procédures infirmières**
- **Évaluation régulière performance**
 - **Indicateurs R - P - R**

Conclusion

Proposer set minimal d'indicateurs nationaux

- **Ressources**
 - Existence d'un Pain Service
 - Plan stratégique
- **Processus**
 - Information des patients
 - Évaluation systématique de la douleur
 - Application de protocoles d'analgésie
- **Résultats**
 - Analyse des scores douleur
 - Satisfaction des patients