

Douleurs induites par les soins chez la personne âgée

Mélanie Sommet IDE Maison de la Douix
Michel Duclos Gériatre Maison de la Douix

Problématique

Les progrès réalisés dans la prise en charge médicale des patients âgés sont réels.

Les limites d'âge pour proposer des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques reculent.

Une médicalisation plus forte s'installe dans cette tranche d'âge.

Dans la population gériatrique les douleurs induites par les actes ou les soins restent encore trop souvent méconnues, sous-évaluées et mal soulagées.

Ces douleurs sont bien réelles ; elles entravent la qualité de vie des patients et altèrent la relation de soin.

Les causes de ces douleurs, leur traitement et leur prévention présentent des spécificités dans cette population hétérogène mais globalement plus vulnérable.

Textes et Plans

Article L 1110-5 du code de la santé publique

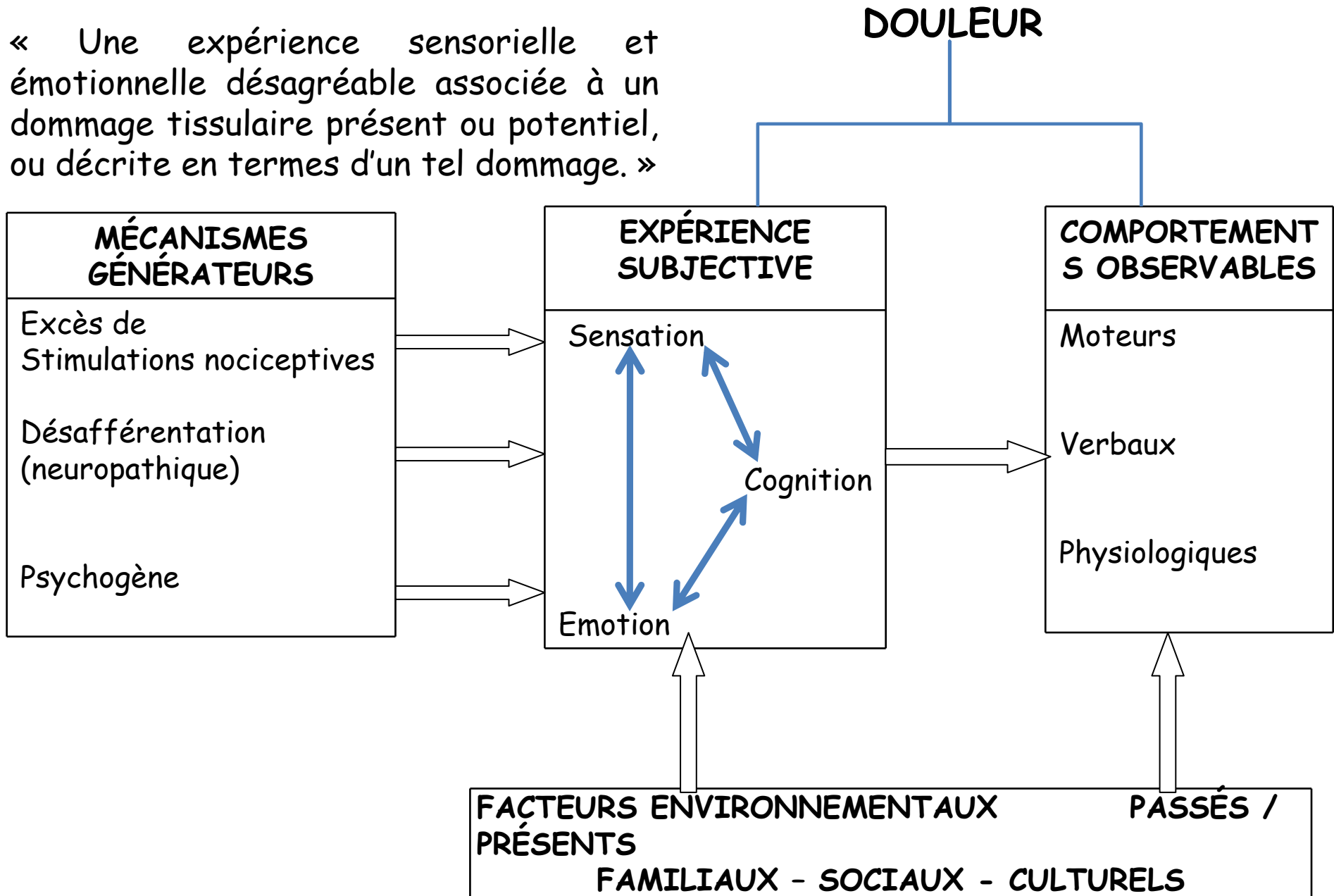
Obligation de soulager la douleur pour les professionnels médicaux et paramédicaux
« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance évaluée, prévenue, prise en compte, traitée. ».

- 1994 à 1998 (amendement Neuwirth: les fondements de l'obligation de prendre en charge la douleur.
- 1998, Bernard Kouchner met en place le premier plan triennal 1998-2001 de lutte contre la douleur.
- 2001 et 2002 (ANAES) : publication des premières recommandations nationales relatives à la prise en charge de la douleur chez la personne âgée atteinte de troubles de la communication verbale.
- 2002-2005 : deuxième plan national et loi Léonetti: poursuite des objectifs du premier plan et la loi du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti) donne un cadre légal au développement des soins palliatifs et au droit des malades notamment en fin de vie.
- 2006: le plan national de lutte contre la douleur 2006-2010 intègre la spécificité de la douleur chez la personne âgée.
Améliorer la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables.
Mieux dépister et traiter les douleurs chroniques.
Nécessité de prévenir les douleurs induites par les soins.
Améliorer les traitements médicamenteux.
Développer les traitements physiques / les méthodes psychocorporelles.

Douleur
chez la
personne âgée

Rappel sur la douleur

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



Douleur chez la personne âgée

La difficulté d'évaluer.

le patient âgé est généralement peu enclin à se plaindre.

Pas rare que des actes douloureux soient subis, sans avoir été expliqués ou compris (Droits des patients et Loi Léonetti).

Quand les fonctions cognitives sont intactes :

le patient âgé peut contrôler son ressenti et, éventuellement, formuler une plainte "adaptée" à l'acte.

Les expériences douloureuses antérieures vont bien sûr influencer la plainte.

Une personne âgée ayant un lourd passé douloureux ou traumatique (guerre, torture, maladie grave, handicaps multiples) pourra:

- soit banaliser les nouvelles douleurs induites

« Quand on a vécu ce que j'ai vécu... ».

- soit être totalement envahie de douleur pour un acte minime qui peut paraître indolore pour tous, avec le risque de voir des professionnels insuffisamment formés dénier le vécu exprimé.

Douleur chez la personne âgée

Quand les fonctions cognitives sont altérées, les mécanismes de contrôle de la douleur vont être mis en défaut.

L'acte n'est pas compris (agression) et son comportement réactionnel va paraître inadapté. Un tel comportement peut entraver le soin et, le rendre plus douloureux.

L'évaluation de la douleur sera difficile, le trouble du comportement peut signifier douleur, mais aussi incompréhension.

Utilité des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur qui vont servir à identifier un comportement possiblement douloureux .

Douleur chez la personne âgée en institution

La population institutionnalisée : enjeux éthiques du progrès médical.

Les institutions accueillant des personnes âgées dépendantes sont de mieux en mieux médicalisées, et c'est un grand progrès.

En contrepartie, on peut s'interroger sur la liberté qui reste au patient en institution d'accepter ou de refuser les soins auxquels il est soumis. Il ne sera pas aisé, pour lui, de faire remarquer qu'il n'a rien demandé...

Les soins viennent à lui le plus souvent sans initiative de sa part. Il se doit de les accepter en toute confiance ou passivement. S'il s'y oppose énergiquement, c'est qu'il n'en comprend pas toujours l'intérêt pour lui-même.

"L'effet institution" peut être en effet délétère sur le patient qui perd son rôle de sujet et se retrouve "otage" d'équipes bien intentionnées mais qui peuvent multiplier des actes diagnostiques ou thérapeutiques dont le bénéfice reste parfois incertain.

La réflexion sur les douleurs induites ne peut donc faire l'impasse du questionnement sur la légitimité des actes prescrits. Cette réflexion fait partie d'un questionnement plus global sur la bientraitance .

Freins à la prise en charge de la douleur

Fatalisme lié à l'âge

Omniprésence de la douleur.

Intégration de la douleur pour la majorité des personnes âgées comme faisant partie de leur vie.

Le refus de la plainte : la résistance comme preuve de vie.

Crainte d'une sollicitation excessive du corps soignant.

La douleur

Evidence de la douleur liée aux soins.

Complexité à décrire sa douleur souvent accompagnée de troubles de la communication.

Difficultés à évaluer le plus justement possible une douleur.

L'impuissance et ou l'ignorance des médecins.

Surabondance de médicaments mais sous-médication.

Difficulté à trouver les bons dosages, à stabiliser les traitements.

Le refus de la morphine.

Le recours aux antidépresseurs.

La modulation des dosages et la médication à la carte.

Les effets secondaires des médicaments anti-douleur.

La prise en charge non médicamenteuse de la douleur chronique.

Douleur induite

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

Douleur de courte durée

MAIS

Douleur même de courte durée augmente l'inconfort

DOULEUR DE COURTE DUREE

mais répétée

aboutit à une sensibilisation du système nerveux avec apparition
d'une hyperalgésie périphérique et centrale.

Cette hyperalgésie, associée aux éventuelles lésions nerveuses, participe
à la sévérité de la douleur aiguë mais peut-être également au
développement

d'une

DOULEUR CHRONIQUE



ETAT DE SOUFFRANCE

La prévention et le soulagement des douleurs induites nécessitent

Identifier les soins qui génèrent de la douleur.

Des connaissances théoriques et scientifiques actualisées.

Un savoir faire.

Un savoir être.

Une « analyse individuelle » du soin dispensé (analyser les gestes , leurs nécessités, les facteurs qui influencent la perception douloureuse chez le patient, évaluation des difficultés rencontrées).

Une analyse collective des pratiques de soins.

Toujours en lien avec la maladie, le handicap et l'histoire de la personne concernée nécessitant le soin.

Qu'est ce
qui fait mal ?

Les actes diagnostiques et/ou thérapeutiques

Exactement les mêmes types d'actes que dans la population générale.

Pas de modification du seuil de perception douloureuse chez la personne âgée.

Mais le vécu douloureux peut avoir une tonalité particulière (contexte de deuil, institutionnalisation, perte du logement, solitude...)

Situations plus spécifiques à la personne âgée :

La répétition d'actes (qui pris séparément sont supportables) peut engendrer de l'anticipation anxieuse lors des soins ultérieurs.

« On ne l'a pas encore touchée qu'elle crie déjà ! »

L'enchaînement rapide d'actes multiples, "récupérer" entre 2 examens.

Problème des courts séjours (durée moyenne de séjour).

Transferts en ambulance, épisodes de jeûne, examens multiples... peuvent totalement perturber les mécanismes de contrôle du patient.

Les soins douloureux

Si on y pense facilement lorsqu'il y a effraction cutanée, le risque est de méconnaître que toute mobilisation peut également être source de douleur.

Les plaies chroniques : en plus de la douleur de fond créée par les lésions, chaque soin constitue un temps d'accentuation de ces douleurs.

Ulcères variqueux.

Plaies des extrémités dans le cadre d'une artérite.

Escarres de décubitus.

Lésions cutanées du siège (mycoses, macération).

Kinésithérapie :

Apparition d'une phobie de la rééducation et entrée dans la dépendance

Les soins de bouche :

Particulièrement en fin de vie, sont source de douleur et rendre leur réalisation difficile.

Au niveau des soins d'hygiène (répétés, sans questionnement de la part des soignants).

Toilette, Habillage, Changements de protection

Qu'est ce qui fait mal ?

Pansements:

Lors du retrait: mouiller le pansement, maintenir la peau etc ...

Nettoyage de la plaie: jet, pulvérisation plutôt que de frotter

Avec les compresses, prévoir de faire un spray de xylocaine 5 à 10 mn sur la plaie avant le soin (sur prescription).

Fermeture du pansement: compresses non adhérentes et mettre une bande plutôt qu'adhésif dès que possible.

Soins liés à l'intrusion dans le corps de l'autre donc attention!

Sonde urinaire: utiliser des sondes préalablement lubrifiées, xylocaine gel chez l'homme surtout et fixation adéquate de la sonde.

Cathéter veineux: calibre en fonction des besoins, Emla 45 mn à 1h avant quand possibilité, boucle de sécurité pour éviter le tirage, dans les situations très anxiogènes .

Qu'est ce qui fait mal?

Soins d'hygiène et d'entretien de la vie

Favoriser la mobilisation par le patient lui-même (diminue l'ankylose, favorise l'autonomie, et permet la mobilisation des articulations...).

Favoriser la communication verbale/non verbale (toucher, réassurance, mise en sécurité...).

Habillage , déshabillage:

Emmanchures, ouverture, boutonnage devant-derrrière, haut/bas du corps, chaussage, change du linge, tri...

Hygiène corporelle et bucco dentaire:

Charge émotionnelle liée à l'intrusion dans l'intimité de l'autre.

Toilette , toilette périnéale, change

Soins de bouche, de nez, d'yeux

Soins de peau, rasage coiffage...

Manutention et la mobilisation:

Perte de l'habitude du mouvement, cachexie, rétraction, séquelle de chute.

Expliquer le mouvement à réaliser, utilisation du matériel à disposition, anticiper le mouvement, utiliser les ressources du patient ...).

Transfert, brancardage, lever, coucher, lit/fauteuil, toilette, change , réfection du lit, retournement.

Aide alimentaire:

Articulé dentaire, état dentaire, déglutition,

Nausées, mycose, vision des plats odeurs.

Pourquoi ça
fait mal ?

Pourquoi ça fait mal ?

La douleur est toujours subjective (histoire de vie)

Connaissances ou croyances !!! dans les thérapeutiques proposées.

La compréhension de la raison du geste/soin

La nature de geste et l'endroit du corps

La durée et la répétition du geste

Capacités physiques du moment.

L'état psychologique du patient (anxiété, peur, lâcher prise, agressivité, etc..)

L'environnement (calme, agitation, bruit, cadre nouveau,...).

La maîtrise technique du soignant.

Le lien soignant/soigné, le degré de confiance.

Organisation inadaptée des soins (manque d'anticipation, multiples soignants se succédant, charge en soin trop élevée).

Inadaptation des locaux, du matériel.

Sous-utilisation des antalgiques.

Non respect des délais d'actions.

Approche trop rapide, inadaptée de la personne soignée provoquant des crispations, peurs, une diminution de la confiance.

Non prise en compte des ressources de la personne.

Quand ça
fait mal ?

Quand ça fait mal ?

1) Organisation inadaptée des soins

Succession fonction soignante/personnalité/style

Même examen répété dans un laps de temps court

Absence de planification anticipée (peu ou pas de binôme ou matériel pas regroupé)

Charge mentale conséquente: enchaînement des soins multiples interruptions, modification planning secteur

Habitude de garder du temps (*au cas ou pour les urgences*)

Moyens antalgiques mal adaptés

2) inadaptation locaux/matériel/environnement

Locaux exigus

Déplacement laborieux avec secousses

Absence de barres d'appui, cale-pied, chariot/baignoire à hauteur variable.

Manque d'oreillers de coussins pour un maintien optimal

Bruit lumière

Contention iatrogène

Quand est-ce que cela fait mal ?

3) Sous utilisation des thérapeutiques

Défaut d'actualisation des connaissances/compétences

Défaut d'anticipation réflexe

Défaut non respect du délai d'action optimal.

4) Nos compétences de soignants :

Notre approche de la personne et de son corps.

Notre capacité d'analyse de nos aptitudes verbales/non verbales

Notre capacité d'adapter le soin (rythme, enchaînement, choix des matériels etc...)

Rôle du soignant

Prévention - Anticipation

Prévention - Anticipation

Différence entre "faire un acte" et "faire un soin":

La manière dont le soignant appréhende son rôle en la matière.

Droit du patient à ne pas souffrir inutilement:

La responsabilité du soignant

Mise en œuvre tout ce qui est complémentaire à l'application de la prescription de médicament antalgique.

Ce refus de faire mal amène le soignant à analyser sa pratique :

Cette remise en cause permet

De se questionner sur différentes logiques de soins,

De sortir de la routine (piège de l'expérience, de la connaissance qui enferme le soignant dans des certitudes installées au fil des années d'exercice).

Le rôle de l'équipe soignante consiste donc à supprimer "l'évitable":

Avant le soin

Pendant le soin

Après du soin

Avant le soin c'est...

Moyens limitant l'anxiété, de supprimer l'appréhension ou la douleur possible.

Entendre ce que la personne dit de ses expériences antérieures par rapport aux soins douloureux.

Repérer les moyens d'adaptation qu'elle met spontanément en place et peut-elle, ou a-t-elle le désir s'approprier des « moyens » non médicamenteux pour soulager sa douleur ?

Evaluer ce que la personne connaît de l'examen, du soin ; que veut-il savoir sur le soin : sa durée ? Quand va-t-il être réalisé ? Par qui ?... (sans oublier que trop d'informations peuvent nuire autant que pas assez !).

Identifier les sources de difficultés : (fatigue de la personne, chambre à deux,..) mais aussi niveau émotionnel sous-jacent (anxiété, peur...).

Rechercher sa collaboration en lui demandant sa contribution sur l'installation, le confort.

Organiser de manière anticipée le soin et recourir si besoin à un collègue.

Assurer la bonne observance des prescriptions médicales anticipées ou des protocoles de soins.

Pendant le soin c'est...

Garder le contact avec la personne soignée par : le regard, la parole, le toucher...

Environnement le moins agressif possible: bruit, lumière, température...

Travailler en binôme pour qu'un soignant soit plus centré sur le contact et l'autre davantage sur la réalisation « technique » du soin.

Mobiliser par enrroulement, prendre « contre soi » pour éviter toute traction. Empoigner le drap ou l'utiliser comme hamac pour relever ou retourner.

Inviter la personne à respirer amplement, à pousser de gros soupirs. Associer au soin la relaxation, la sophrologie, l'hypnose... lorsqu'on y est formé.

Evaluer au fur et à mesure le vécu du soin.

Savoir arrêter le soin si celui-ci se révèle trop inconfortable ou douloureux et/ou passer la main.

Terminer le soin par une parole, un regard, échange...

Après le soin c'est...

Installer la personne de façon confortable.

Selon les circonstances, donner une information sur le déroulement de l'acte.

L'aider à verbaliser son ressenti de l'acte.

Compléter l'évaluation.

Ménager un temps de « récupération » avant autres soins ou activités.

Transmettre par oral et par écrit ce qui a favorisé le bon déroulement du soin ; les difficultés rencontrées.

Réactualiser si nécessaire le traitement antalgique.

Malgré tout, il existe des limites

Reste des situations où il est difficile de maîtriser davantage la douleur induite.

Situation d'urgence (gaz du sang résultat < 1h , Emla inefficace)

Geste pas maîtrisé (chercher le relais, « Référent » dans l'équipe),

Absence de compréhension (confus, dément, anxiété massive...).

Les connaissances, les compétences et la capacité de remise en cause de chaque professionnel de l'équipe font parfois partie du défi.

Difficile d'interrompre un collègue dans son action lorsqu'on perçoit soi-même que ce n'est ni le bon lieu, ni le bon moment, ni même la bonne manière de préparer ou de pratiquer le soin pour ce patient là .

Autre limite à rappeler:

Ce qui s'est bien passé pour un patient ne le sera pas forcément pour un autre, voire pour ce même patient à un moment différent de la journée (vécue parfois comme un rejet de soi, de ce que l'on a fait).

A éviter aussi :

Pour le soignant, ne pas confondre information, négociation, adaptation optimale du soin avec une soumission inconditionnelle aux exigences d'un patient ou une temporisation répétée qui diffère sans rien régler ; savoir dire non, savoir poser des limites, poser le contrat et s'y tenir.

Conclusion

Tout soin est potentiellement douloureux

Différence entre "faire un acte" et "faire un soin":

Prévention par les traitements médicamenteux et non médicamenteux doit être mise en place.

Le soulagement des douleurs induites ne se limite pas à la rédaction et à l'application aveugle de protocoles.

Le contact humain reste primordial pour expliquer, rassurer, évaluer, adapter et dépister la survenue d'une complication.

Evaluer nos pratiques (soin réalisé, moyens mis en œuvre, organisation des soins, installation de la personne, du soignant etc...).

Savoir passer la main quand on ne parvient pas à réaliser le geste.

Travailler en multidisciplinaire.

Permet d'éviter l'isolement, le refus des soins, la dégradation tant physique que psychique de la personne.