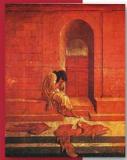


5^{ÈME} journée du CLUD

Les douleurs de patients vulnérables et fragiles



Les douleurs en psychiatrie

Modérateurs: Anne Marie DALLE – Dr Patrick GINIES

La difficulté d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie


Dr Eric SERRA, Psychiatre

Consultation d'Etude et de Traitement de la Douleur

CHU d'Amiens




MONTPELLIER, jeudi 20 octobre 2011
CHRU Montpellier – 5è Journée du CLUD
«Douleurs de patients vulnérables et fragiles»



La difficulté d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie.

Éric SERRA
CHU Amiens Picardie

- 
- Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur **CETD** - CHU Amiens Picardie
 - Troubles **fonctionnels/FM** – Traitements **non médicamenteux** – Santé publique/Santé mentale – Psychologie
 - Conflits d'intérêts
 - Institutions privées
 - Institutions publiques
 - Centres d'intérêt



1- Est-ce difficile d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie ?

2- *Qu'est-ce qui est difficile ?*

3- *Quelles sont les réponses ?*



Définition médicale

La douleur est une expérience
sensorielle et **émotionnelle**
désagréable,
associée à une lésion tissulaire
actuelle ou potentielle,
ou décrite
dans les termes d'une telle lésion.

- expérience rattachée au corps
- subjective
- pluridimensionnelle



Le sens de la douleur

- **médical** : *douleur* symptôme, organique, utile
- **psychologique** : dans la vie il y a des *souffrances*, douleur expression d'une **souffrance**, symptôme d'un trouble **psychique**
- **religieux** : dolorisme, fatalisme
- **naturaliste** : dans l'ordre des choses
- **philosophique** : endurer la douleur ou jouir de la vie et *refuser toute douleur*
- **politique** (ILLICH, 1975)
- *Quel sens pour celui qui l'endure ?*
« *Il n'y a pas de philosophe qui puisse en patience endurer une rage de dent* »



Le soignant et la douleur

Sa pratique se fonde sur:

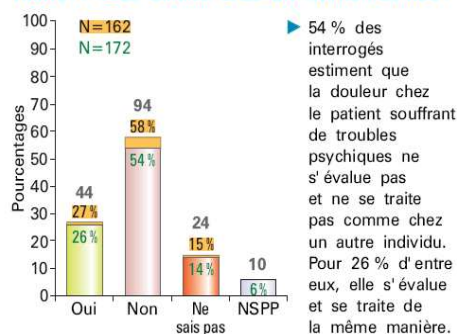
- références culturelles, histoire personnelle, capacités psychologiques: entre empathie et contrôle
- **références** scientifiques, connaissances et ignorances, croyances scientifiques, expérience
- *Que pensez-vous de la prise en charge de la douleur ? Dans le cadre de votre exercice professionnel particulier ? En Santé Mentale ?*

« Enquête nationale ... sur la douleur et sa prise en charge. »

*E. Serra, D. Saravane, I. de Beauchamp, J.C. Pascal,
C.S. Peretti, E. Boccard, P. Autret*

*Douleur et Analgésie, 2007
et L'Information Psychiatrique, 2008*

Q 7 : LA DOULEUR CHEZ LE PATIENT SOUFFRANT
DE TROUBLES PSYCHIQUES S'ÉVALUE-T-ELLE ET SE
TRAITE-T-ELLE COMME CHEZ UN AUTRE INDIVIDU ?



Autres situations médicales

- Enfants
- Personnes Agées ayant des troubles de la communication
- Enfants, Adolescents, Adultes polyhandicapés
- « *difficile* » ou « *particulier* »





1- Est-ce difficile d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie ?

2- Qu'est-ce qui est difficile ?

Quelle est la mission de la Santé Mentale?

3- Quelles sont les réponses ?



Mission de la Santé mentale

- Les souffrances psychiques, la santé psychique
- Avec des équipes spécialisées pour les troubles les plus graves: dépression sévère, TS, schizophrénie, addictions, autisme
- ...certes au sein de la santé en général

Or la douleur peut être vue comme une Émotion ...

- douleur corporelle / douleur psychique /
souffrance: « l'homme...animal préoccupé »
(FURETIERE, 1690)
- nécessité psychique de la souffrance?
- Douleur et psychanalyse = narcissisme
(FREUD, 1914)
- **Symptôme**, souffrance névrotique = avec la
conversion hystérique comme modèle
- surdétermination, association symbolique,
après-coup *et* causalité (?)

L'inconscient n'oublie pas la douleur: 'rien dans
la vie psychique ne peut se perdre. Rien ne disparaît de ce qui est formé. Tout est
conservé et peut réapparaître '



... ou une Expérience émotionnelle

- épreuve corporelle **désagréable** : inquiétante
- **comorbidités psychiatriques**
- douleur psychogène et dépression masquée
- composante affective, composante cognitive, composante comportementale

Troubles psychiatriques: Co-morbidités ou Diagnostics différentiels

- **anxiété = Troubles anxieux**
 - **dépression**, dépression masquée
 - névrose d'angoisse, névrose **hystérique**, névroses traumatique et post-traumatique
 - **Hypocondrie**: préoccupation, délire
 - Troubles somatoformes
 - Troubles psychosomatiques
 - **Toxicomanie**

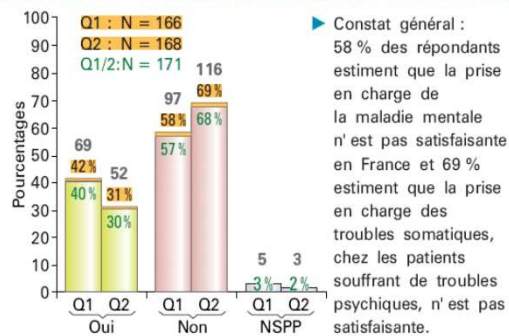
1- Est-ce difficile d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie ?

2- Qu'est-ce qui est difficile ?

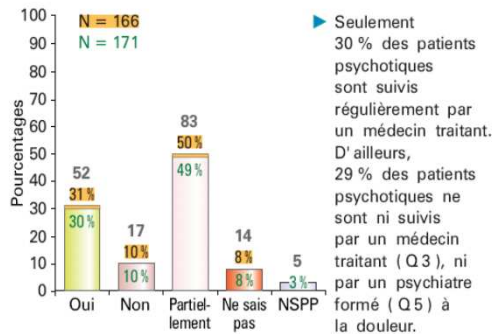
Place du somatique en psychiatrie?

3- Quelles sont les réponses ?

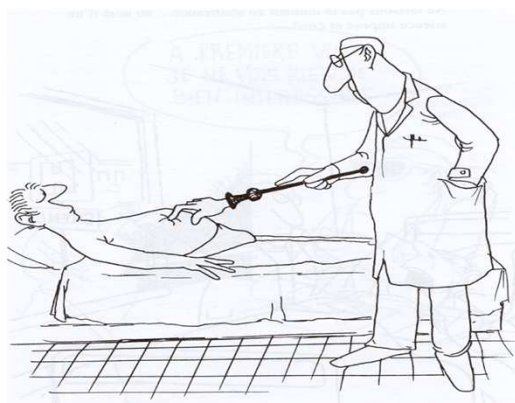
Q1 + Q2 : PENSEZ-VOUS QUE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE MENTALE ET DES TROUBLES SOMATIQUES, LORSQU'IL Y A TROUBLES PSYCHIQUES, SOIT SATISFAISANTE ?



Q 3 : VOS PATIENTS PSYCHOTIQUES CHRONIQUES SONT-ILS TOUS SUIVIS RÉGULIÈREMENT PAR UN MÉDECIN TRAITANT ?



Votre sollicitude me touche



Le malade mental a-t-il mal ?

- rarement malade physiquement ?
 - impression commune: peu de plaintes justifiées, expression, perception de la douleur modifiées
- **méconnaissance** diagnostique: D. SARAVANE et *l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale*
- **surmortalité** somatique
- schizophrénie-douleur-neuroleptique ?



Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Journal of Psychiatric Research xxx (2007) xxx–xxx

JOURNAL OF
PSYCHIATRIC
RESEARCH

www.elsevier.com/locate/jpsychires

Pain perception in schizophrenia: No changes in diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) but a lack of pain sensitization

Stéphane Potvin^{a,b}, Emmanuel Stip^{a,c}, Adrien Tempier^a, Tania Pampoulova^a, Lahcen Ait Bentaleb^c, Pierre Lalonde^c, Olivier Lipp^c, Philippe Goffaux^b, Serge Marchand^{b,*}

^a Centre de recherche Fernand-Seguin, University of Montreal, Montreal, Canada

^b Department of neurosurgery, Faculty of medicine, University of Sherbrooke, Axe Douleur CRC-CHUS, 3001, 12^e avenue nord, Sherbrooke, JH 5N4, Canada

^c Hôpital Louis-H Lafontaine, Department of psychiatry, Faculty of medicine, University of Montreal, Montreal, Canada

Received 16 April 2007; received in revised form 31 October 2007; accepted 2 November 2007

■
- *Où en est la Psychiatrie ?*
■

« Enquête nationale ...
sur la douleur et sa prise en charge. »

*E. Serra, D. Saravane, I. de Beauchamp, J.C. Pascal, C.S.
Peretti, E. Boccard, P. Autret*

première enquête en France sur la PEC de la douleur
en psychiatrie :

*Douleur et Analgésie, 2007
et L'Information Psychiatrique, 2008*

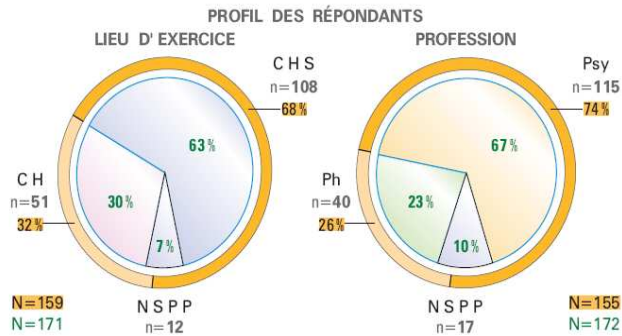
Méthodologie

Questionnaire :

- Postal
- 10 novembre 2005 -> 15 décembre 2005
- 811 chefs des services de psychiatrie générale des centres hospitaliers (CH) et des centres hospitaliers spécialisés (CHS)
- 203 chefs des services de pharmacie des CHS
- 11 questions à réponses fermées



■ La cible réelle était de 963 en raison de 51 retours pour "N'habite plus à l'adresse indiquée". Ainsi, 172 réponses ont été recensées: le taux de retour est de 17.8%.

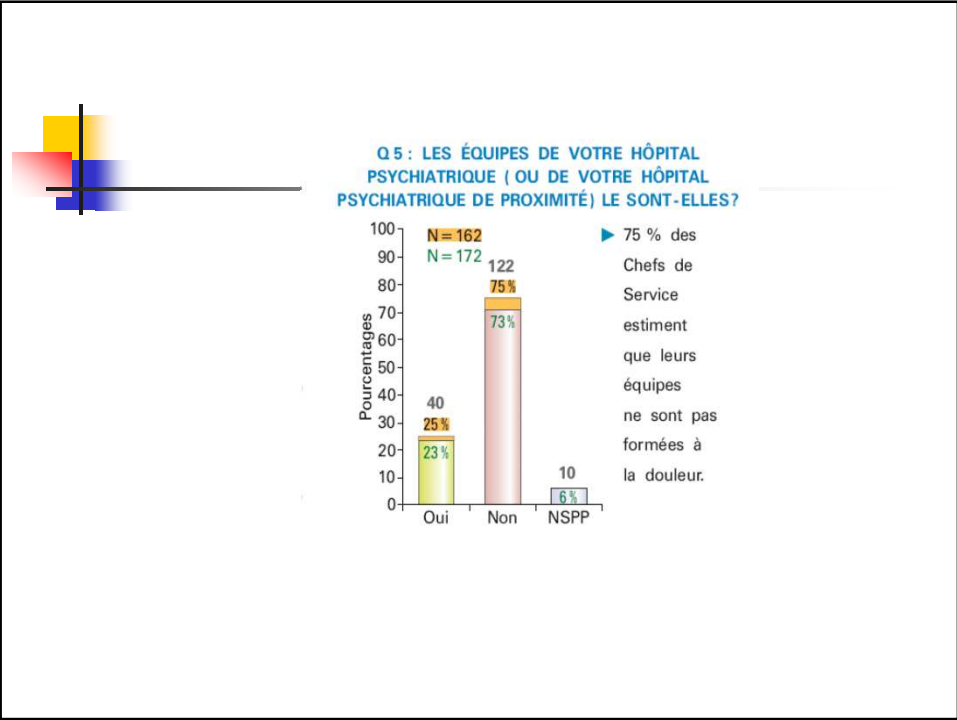
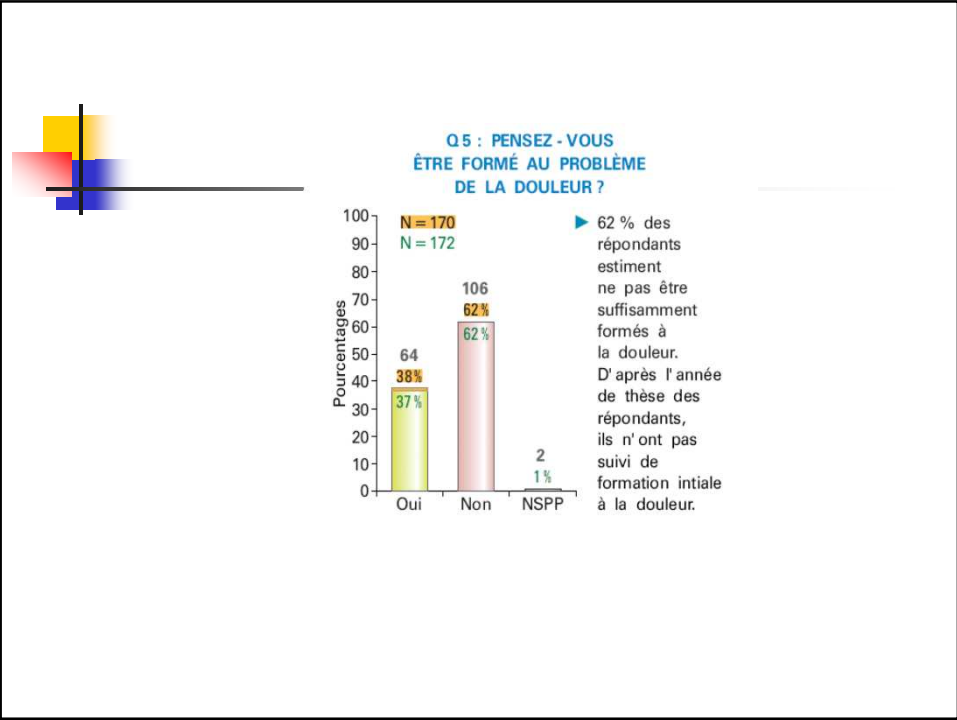


1- *Est-ce difficile d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie ?*

2- Qu'est-ce qui est difficile ?

Quelles connaissances sur la douleur en Santé Mentale?

3- *Quelles sont les réponses ?*



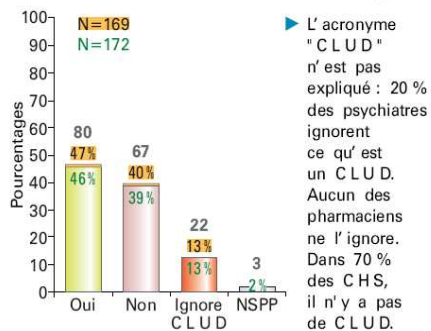
1- Est-ce difficile d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie ?

2- Qu'est-ce qui est difficile ?

Quelle organisation face à la douleur?

3- Quelles sont les réponses ?

Q 6 : EXISTE - T - IL UN CLUD DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT (OU DANS VOTRE HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE PROXIMITÉ) ?



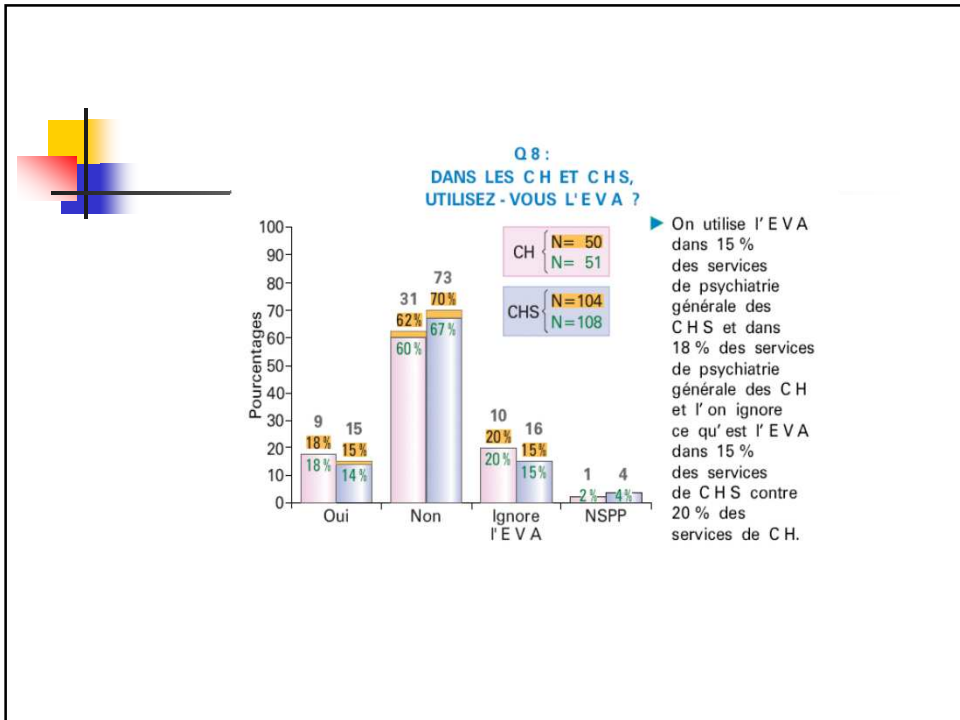
1- Est-ce difficile d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie ?

2- Qu'est-ce qui est difficile ?

Quelle évaluation de la douleur?

3- Quelles sont les réponses ?





ECHELLE DOLOPLUS			
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE			
NOM :	Prénom :	DATES	
Service :			
Observation comportementale			
RETENISSEMENT SOMATIQUE			
1* Plaintes somatiques	pas de plainte	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1	1
	plaintes sporadiques occasionnelles	2	2
	plaintes constantes continues	3	3
2* Positions orthogonales ou repos	pas de position orthogonale	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1
	position orthogonale permanente et efficace	2	2
	position orthogonale permanente suffisante	3	3
3* Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0
	protection à la sollicitation n'empêche pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3
4* Mimique	mimique habituelle	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2
	mimique insupportable en présence et de manière inhabituelle (sueur, larmes, regard vide)	3	3
5* Sommeil	sommeil habituel	0	0
	difficultés d'endormissement	1	1
	réveils fréquents (agitation nocturne)	2	2
	insomnie avec rétroaction sur les phases d'endormissement	3	3
RETENISSEMENT PSYCHOMOTEUR			
6* Toilette et/ou hygiène	possibilités habituelles indangées	0	0
	possibilités habituelles partiellement diminuées (intentionnellement mais incomplètes)	1	1
	possibilités habituelles partiellement diminuées, toilette et/ou hygiène avec difficultés et pertes	2	2
	toilette et/ou hygiène impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3
7* Mouvements	possibilités habituelles indangées	0	0
	possibilités habituelles certes limitées, le malade évite certains mouvements, durant son passage de marche	1	1
	possibilités habituelles certes et partielles limitées (sans aide, le malade évite ses mouvements)	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3
RETENISSEMENT PSYCHOSOCIAL			
8* Communication	indangée	0	0
	interdit de parler avec l'attention de manière inhabituelle	1	1
	distanciation de personnes s'occupe	2	2
	absence ou refus de toute communication	3	3
9* Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (jeux, conversations, autres récréatives...)	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2
	refus de toute vie sociale	3	3
10* Troubles du comportement	comportement habituel	0	0
	modèles de comportement à la sollicitation et/ou à l'effort	1	1
	modèles de comportement à la sollicitation et personnel	2	2
	modèles de comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3
COPYRIGHT			SCORE

Echelle ECPA	
Nom :	SCORE TOTAL (sur 32) :
Prénom :	
Service :	
Date :	
I OBSERVATION AVANT LES SOINS	
1* Expression du visage : REGARD et MIMIQUE	3* MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient
0 : Visage détendu	(hors et/ou dans le lit)
1 : Visage soucieux	0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
2 : Le sujet grimace de temps en temps	1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
3 : Regard effrayé et/ou visage crispé	2 : Lenteur, raréfié des mouvements contrairement à son habitude*
4 : Expression complètement fuyée	3 : Immobilité contrairement à son habitude*
2* POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)	4 : Rares des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*
0 : Aucune position antalgique	
1 : Le sujet évite une position antalgique	4* RELATION A AUTRUI
2 : Le sujet choisit une position antalgique	Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...
3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique	0 : Même type de contact que d'habitude*
4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*
	2 : Evite la relation contrairement à l'habitude*
	3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*
	4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*
** : se référer aux jours précédents	
*** : ou prostration	
N.B. : les états vigiletifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle	
II OBSERVATION PENDANT LES SOINS	
5* Anticipation ANXIEUSE aux soins	7* Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES
0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété	0 : Aucune réaction pendant les soins
1 : Anxiété du regard, impression de peur	1 : Réaction pendant les soins, sans plus
2 : Sujet agité	2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
3 : Sujet agressif	3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
4 : Cris, sursauts, gémissements	4 : L'approche des zones est impossible
6* Réactions pendant la MOBILISATION	8* PLAINTES exprimées PENDANT les soins
0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière	0 : Le sujet ne se plaint pas
1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins	1 : Le sujet se plaint à le soignant s'adresse à lui
2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3 : Le sujet gémît ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne



1- Est-ce difficile d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie ?

2- Qu'est-ce qui est difficile ?

Quelle utilisation des antalgiques? Notamment des opioïdes forts?

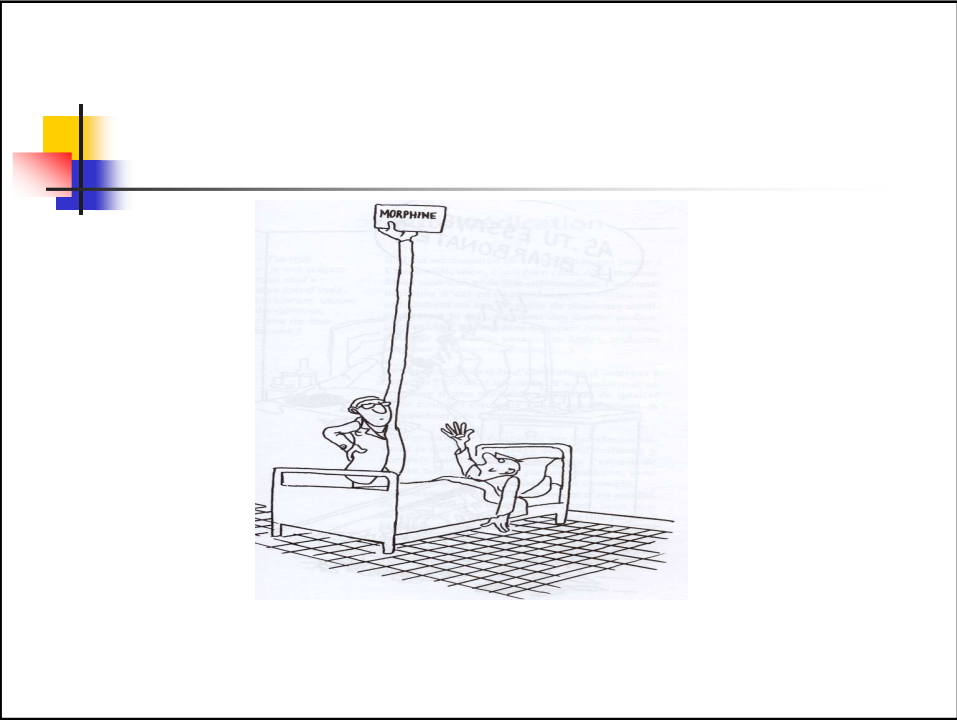
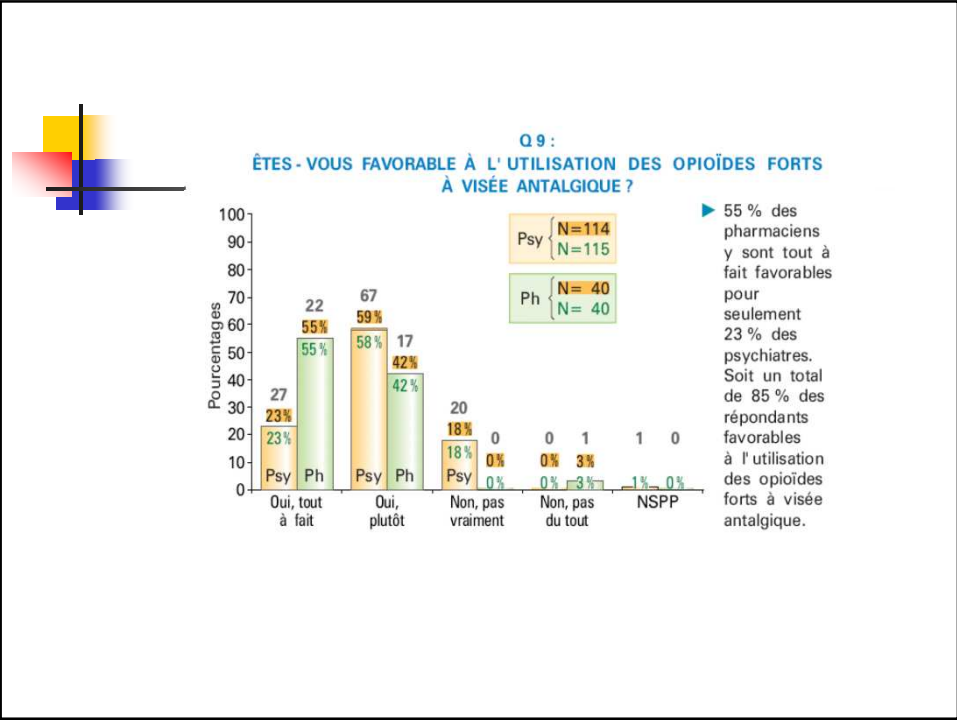
3- Quelles sont les réponses ?

La morphine



la morphine et le citoyen

- **toxicomanie**
- mort
- la morphine et le soignant
 - dépendance... tolérance, sevrage: psychotrope (SERRA, *L'Info Psy* 2009)
 - troubles respiratoires
- FRANCE : classement OMS
39^e (1987) / 6^e (2004) / 3^e (2009)
- *Et pour vous, la morphine ?*

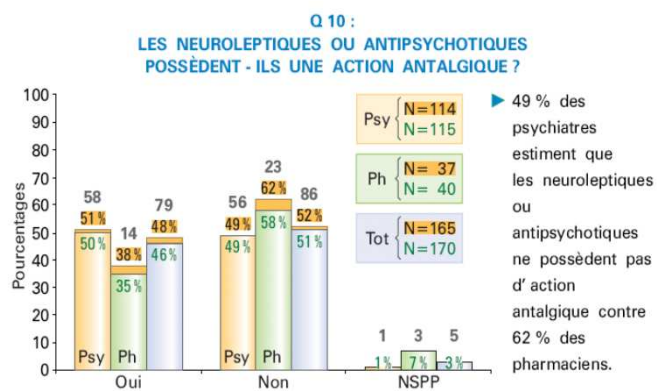


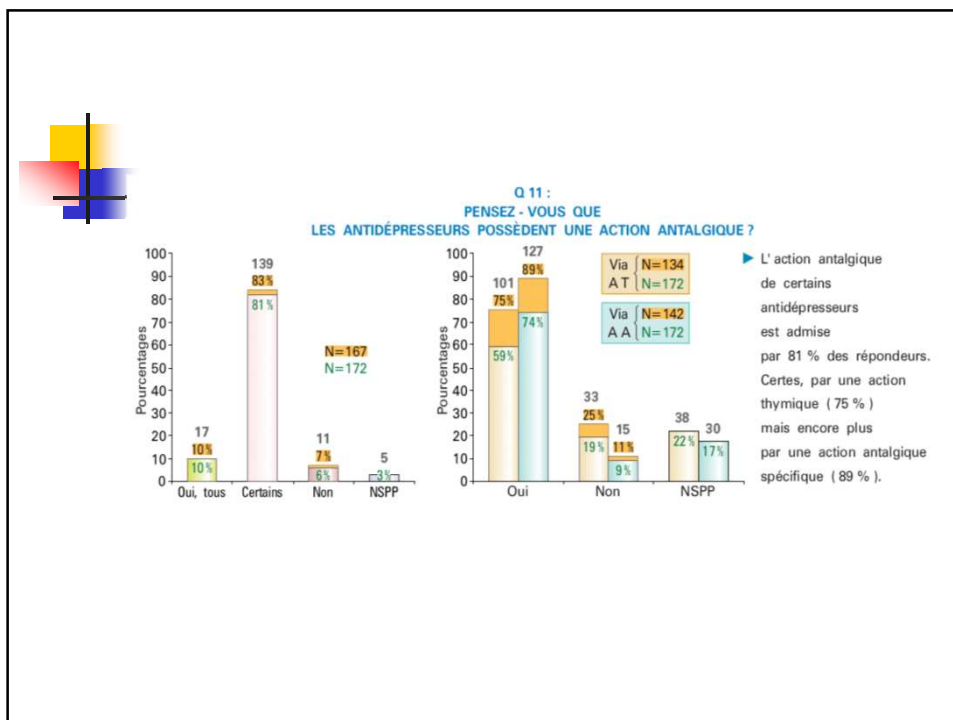
1- Est-ce difficile d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie ?

2- Qu'est-ce qui est difficile ?

Les psychotropes ont-ils un impact sur la douleur?

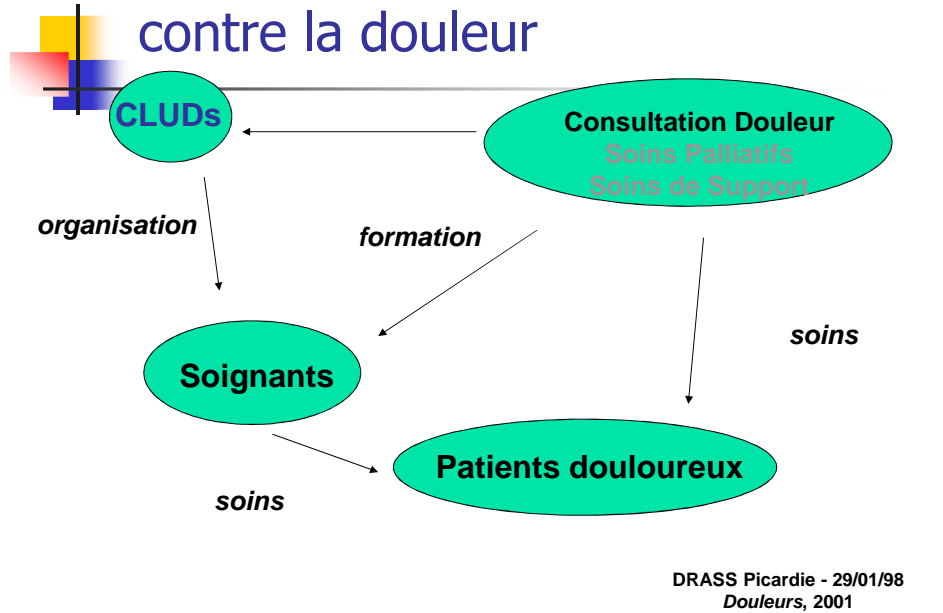
3- Quelles sont les réponses ?





- 1- Est-ce difficile d'évaluer la douleur du patient en psychiatrie ?*
-
- 2- Qu'est-ce qui est difficile ?*
- 3- Quelles sont les réponses ?

Organisation de la lutte contre la douleur



La douleur en santé mentale (1)

Des interrogations:

santé somatique et douleur en santé mentale ?
(SARAVANE, 2005)

- Une réponse institutionnelle à l'obligation réglementaire: ***Douleur et Santé Mentale 2011***
CLUD (1998) = CNRD
 - évaluation de la douleur : maladie ou soins, âgé, malade mental (WARY, 2005)
 - réponses thérapeutiques : Somaticiens et Pharmaciens
 - ***Que se passe-t'il s'il n'y a pas de CLUD / HAS ?***

La douleur en santé mentale (2)

- **formation** des acteurs de santé mentale = *MOBIQUAL* (programme d'amélioration des soins en Maison de retraite: Ministère et SFGG)
- mise en **réseau** des savoirs et des pratiques = *conventions* CHS-CHG pour *Consultations* et *CLUD*
- **Certification** des établissements de santé V2010

Une Pratique Exigible Prioritaire ?

La douleur = **marqueur institutionnel de la qualité des soins**

Certification des établissements **V 2010**

Pratique Exigible Prioritaire 12.a = «Prise en charge de la douleur»

- *Même en Psychiatrie ?* **OUI**

PEP 12.a

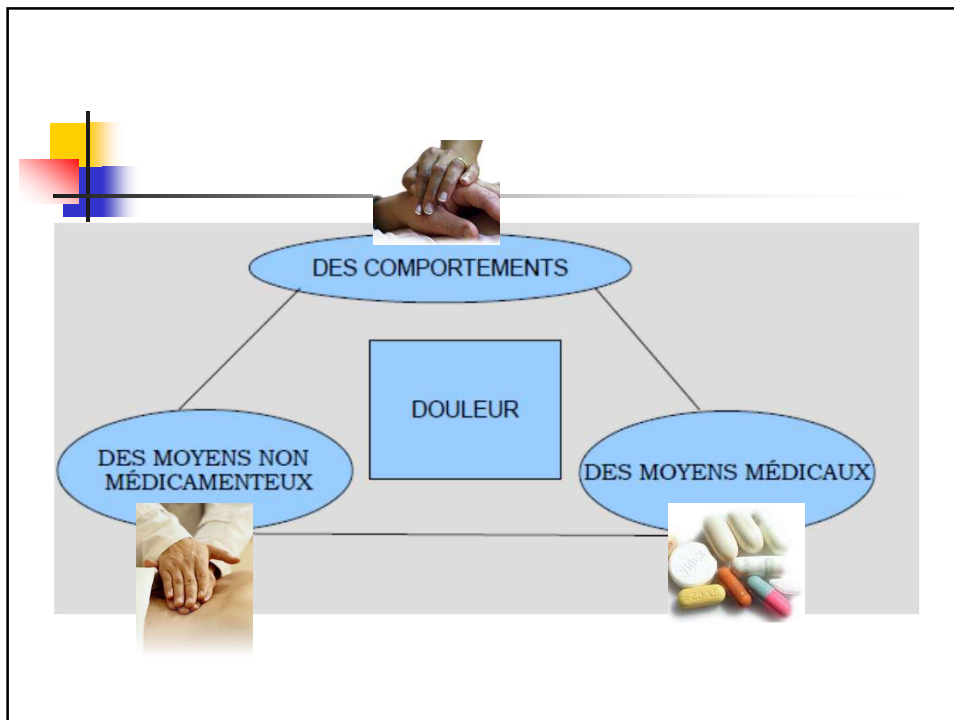


- Loi 4 mars 2002
- Plan douleur : 1. populations **vulnérables**: repris dans **4è plan annoncé 17/10/2011**
2. formation 3. tt médicamenteux et non médicamenteux 4. filière de soins dont douleur chronique
- **Traçabilité** douleur dans dossier patient
- **Formation, Réseaux** d'échanges

PEP 12.a



- **Prévoir**
- secteurs de l'établissement: **référents** et **CLUD (CNRD), en association**
- **Place des somaticiens**
- protocoles adaptés: **outils d'évaluation, douleur liée aux soins, gestion des effets secondaires (constipation), utilisation des traitements non médicamenteux**



PEP 12.a

- **Mettre en œuvre**
- formations/actions des équipes pluridisciplinaires (MOBIQUAL), information des psy
- éducation du patient,
- traçabilité,
- soulagement de la douleur,
- hétéro-évaluations

PEP 12.a

- **Evaluer et améliorer**
- Responsables s'assurent: outils et usage, évaluations systématiques
- Évaluation institutionnelle annuelle
- Actions d'amélioration
- Partages d'expérience régionaux
- Contribution essentielle à l'amélioration de la santé somatique des patients

La psychiatrie en douleur ?

dimension psychique de la douleur :

- Psychiatrie de Liaison
- psy libéraux

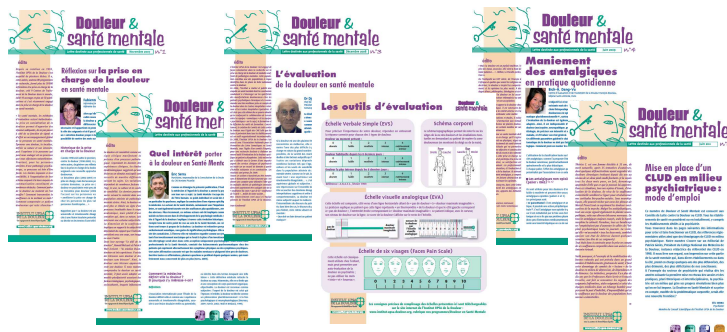
- psy en Consultation Douleur

- formation à la psy des acteurs de santé

- recherche: psychologie, troubles fonctionnels, traitements non médicamenteux

- www.sante.gouv.fr : plans, méthodologie
- www.has-sante.fr : recommandations
- www.cnrdr.fr : organisation
- www.sfgg.fr : programme MOBIQUAL
- www.sfetd-douleur.org
- www.institut-upsa-douleur.org :
documentation téléchargeable, lettre
«*Douleur et Santé Mentale*»
- www.douleur-online.org

- www.institut-upsa-douleur.org



- www.cnrdr.fr/Livret-LA-DOULEUR-EN-QUESTIONS




Conclusion

- douleur comme symptôme médical
- place du corps dans la santé mentale
- un défi *particulier* à relever sans délai pour tous les patients en psychiatrie
 - par le soignant: formation
 - par l'institution: obligation

serra.eric@chu-amiens.fr


5^{EME} JOURNÉE DU CLUD






Les douleurs en psychiatrie

Modérateurs: Anne Marie DALLE – Dr Patrick GINIES

L'évaluation de la douleur chez les enfants autistes

Cécile RATTAZ, Psychologue 
Centre de Ressource de l'Autisme
CHRU de Montpellier




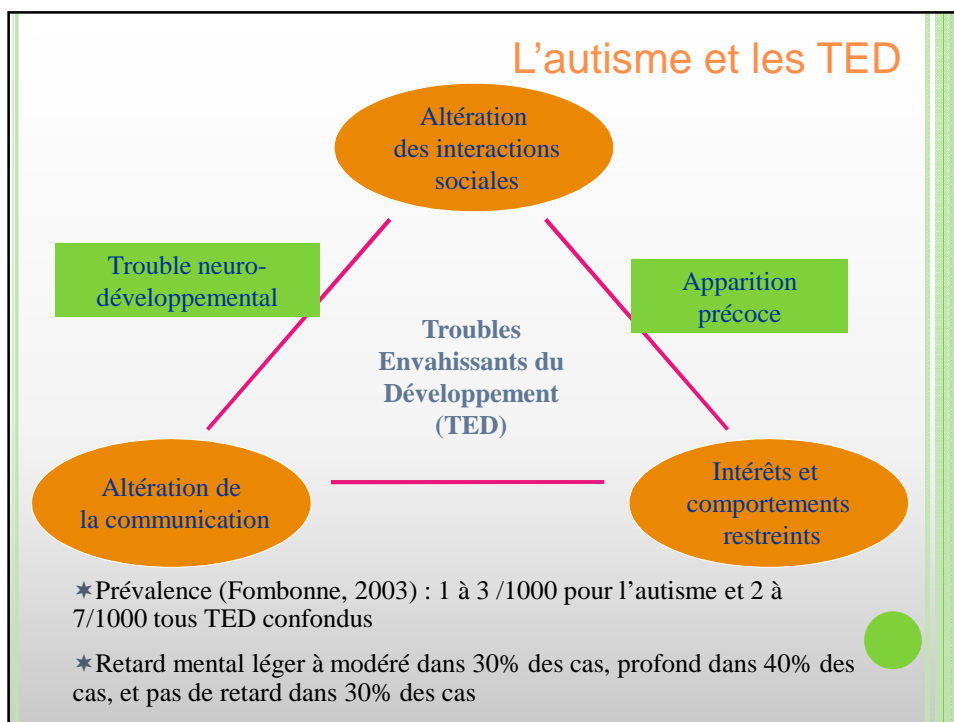
Centre de
Ressources
Autisme
Languedoc-Roussillon

L'évaluation de la douleur chez les enfants autistes

5^e Journée du CLUD

Cécile Rattaz
Psychologue
CRA L-R, CHRU Montpellier





Autisme et douleur

- Altérations possibles au niveau des différentes composantes de la douleur : sensorielle, comportementale, émotionnelle, cognitive
- Idée préconçue longtemps persistante d'une **insensibilité à la douleur** chez les personnes avec autisme
 - apparente absence/diminution de réactivité à la douleur
 - absence de plainte verbale
 - automutilations

→ Conséquence : absence de prise en charge de la douleur adaptée, risque qu'un problème de santé reste inaperçu
- Différentes sources de douleur :
 - Procédures de soins dentaires et médicaux communes
 - Accidents de la vie courante
 - Pathologies associées : épilepsie, troubles gastro-intestinaux, etc.
 - Troubles du comportement (auto-mutilation) pouvant être source

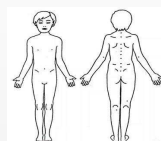
Absence de consensus concernant les modes d'expression de la douleur

- **Réactivité comportementale réduite** en situation de vie quotidienne mais aussi de soin (prise de sang) Gilbert-McLeod, 2000 ; Tordjman et al., 1999, 2009
- **Présence d'expressions faciales** de douleur après une prise de sang Nader 2004
- **Réactions vocales et motrices > réactivité faciale** lors d'un stimulus désagréable Pernon & Rattaz, 2003
- **Réponses neurovégétatives** élevées (rythme cardiaque) Tordjman et al., 1999, 2009
- **Autres particularités expressives décrites :**
 - présence de troubles du comportement immédiatement après une expérience douloureuse (auto-agressivité)
 - retrait social, absence de réaction chez des adultes avec une déficience profonde
 - expressions faciales ou vocales singulières voire paradoxales (yeux écarquillés, sourires, rires)
 - absence de protection de la zone douloureuse

→ pas une insensibilité mais des modes d'expression différents

Outils d'évaluation existants

- **Échelles d'auto-évaluation :**
 - Échelle des visages, échelle visuelle-analogique, échelle des jetons, schéma corporel...



- **Échelles d'hétéro-évaluation :**
 - **DESS (Douleur Enfant San Salvador)** : enfants polyhandicapés, et/ou trouble de la communication
 - **Échelle PPP (Paediatric Pain Profile)** : enfants et adolescents avec handicap moteur / polyhandicap
 - **Échelle FLACC-R** : douleur post-opératoire chez des enfants avec déficience intellectuelle
 - **Échelle GED-DI** : douleur chez des enfants avec déficience intellectuelle (vie quotidienne et post-opératoire)

=> Outils non spécifiques, pas adaptés pour tous les enfants / adultes avec autisme

Origine du projet de recherche

- **Expérience de terrain** de l'équipe du CRA et le **discours des familles** mettent en évidence des difficultés :
 - **à identifier** la présence de douleur (comportements inattendus, absence de recherche de réconfort, difficulté à communiquer)
 - **à localiser la zone et l'origine de la douleur**
 - **à orienter** les examens somatiques

- Ces difficultés peuvent être à l'origine de **troubles du comportement** (automutilations, agressivité, etc.), d'une **aggravation des symptômes et d'une chronicisation de la douleur**

- **Plan autisme 2008-2010** (mesure 14) :
 - renforcement de l'accès aux soins somatiques
 - amélioration de la prise en charge somatique

Présentation du projet

- PHRC inter-régional 2009 coordonné par le Pr. Baghdadli

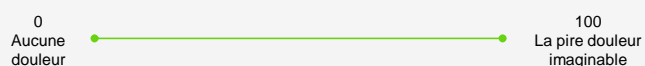
- Objectif : étude **des réactions douloureuses et émotionnelles** chez des enfants avec **autisme** (3-8 ans) comparés à des enfants avec **déficience intellectuelle** et des enfants **sans trouble du développement**
 - 46 enfants par groupe
 - Recrutement : hospitalisation de jour pour un bilan diagnostic génétique et/ou neuropédiatrique (Autiste et DI) et pour un bilan de santé en pédiatrie générale (témoin)

- **2 contextes**
 - Situation de soin (prise de sang)
 - Situation de vie quotidienne

Recueil des données

○ Pendant la prise de sang :

- Expressions faciales (FACS*, Ekman, Friesen, Hager, 2002)
- Comportements (échelle GED-DI**, Breau et al 2002)
- Rythme cardiaque
- Comparaison de l'évaluation de la douleur et des émotions parents / soignants



○ En situation de vie quotidienne :

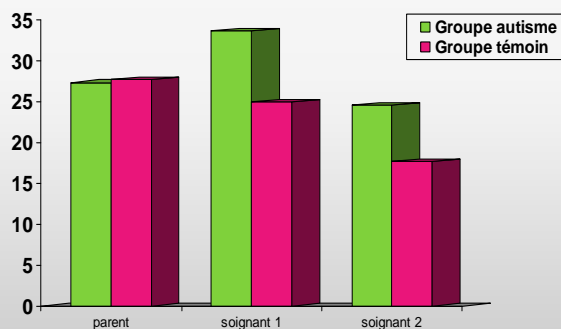
- Échelle GED-DI remplie par les parents
 - 7 domaines (30 items) : expression vocale, mimiques faciales, comportements sociaux, activités, réactivités motrices, signes physiologiques, conduites alimentaires / sommeil
 - Consigne : se remémorer une situation durant laquelle leur enfant a eu mal (chute, blessure, etc.) au cours des six derniers mois

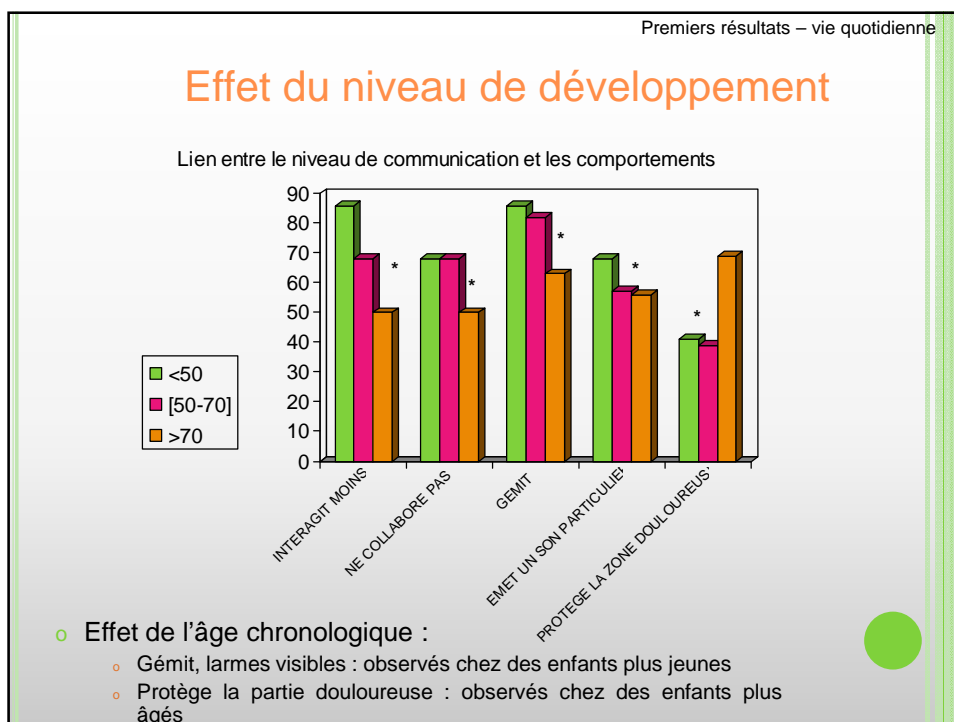
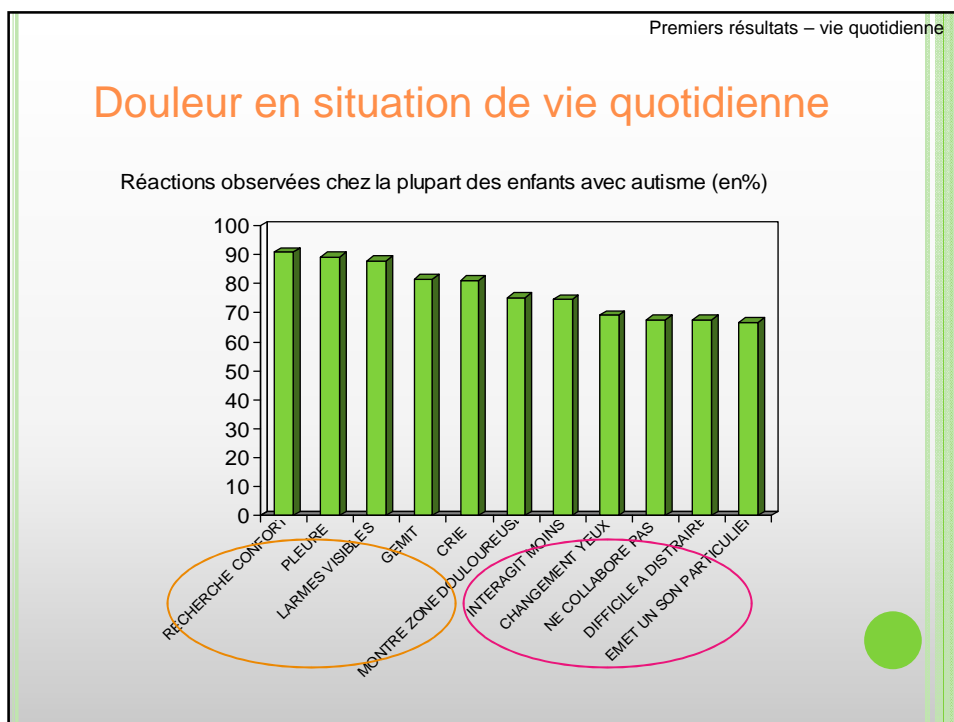
* Facial Action Coding System, ** Grille d'évaluation douleur – déficience intellectuelle

Premiers résultats – prise de sang

Estimation de la douleur (parents et soignants)

- Score moyen de douleur = 25.9
- Score moyen de peur = 36.8
- Estimation de la douleur (groupe autisme vs. témoin) :





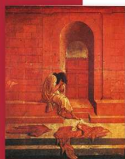
Perspectives

- Sur un plan théorique :
 - approfondir les connaissances concernant l'expression de la douleur chez les enfants avec autisme
- Sur un plan pratique :
 - Sensibilisation et formation des professionnels
 - Proposition d'outils d'évaluation de la douleur adaptés à cette population
 - Amélioration de l'accès aux soins somatiques pour les personnes avec autisme
 - informer et préparer la consultation avec des moyens de communication adaptés (pictogramme, information visuelle...)
 - aménagement de l'environnement de soin (stimuli sensoriels, temps d'attente, etc...)

« L'incapacité à communiquer verbalement n'empêche pas la possibilité qu'un individu fasse l'expérience de la douleur et soit dans le besoin d'un traitement antalgique approprié » (IASP, 1994)

- Ce projet de recherche dont le promoteur est le **CHRU de Montpellier** est financé dans le cadre d'un **Programme Hospitalier de Recherche Clinique Inter-Régional** et grâce à une subvention de la **Fondation de France**.
- Nous tenons à remercier
 - Le service de **Génétique Médicale** (Pr Sarda, CHRU Montpellier)
 - Le service de **Neuropédiatrie** (Pr Rivier, CHRU Montpellier)
 - Le service de **Pédiatrie Générale** (Dr Rodière, CHRU Montpellier)
 - L'équipe du **Centre Ressources Autisme PACA** (Pr Poinso, AP-H Marseille)
- Pour plus d'informations : www.autisme-ressources-lr.fr

5^{ÈME} JOURNÉE DU CLUD



Les douleurs en psychiatrie

Modérateurs: Anne Marie DALLE – Dr Patrick GINIES

La difficulté de traiter la douleur du patient en psychiatrie

Dr Ouafiya CHERIF, Psychiatre
Pôle Universitaire Psychiatrie
CHRU de Montpellier



La difficulté de traiter la douleur en Psychiatrie

CHERIF Ouafiya
Praticien hospitalier

Unité de Réhabilitation Psychiatrique
Service universitaire de psychiatrie adulte (SUPA)
Professeur J.P Boulenger
CHRU Montpellier

Introduction

- Nous assistons depuis plusieurs années, dans un contexte de déstigmatisation de la psychiatrie, à une prise en compte croissante des besoins somatiques en santé mentale.
- Les pouvoirs publics ont clairement affiché la lutte contre la douleur comme une priorité de santé publique.
- Le dernier plan gouvernemental, établi pour les années 2006-2010, fixe les actions prioritaires à mener pour les patients les plus vulnérables.

Montpellier: le constat

- **Proximité:** - CHRU (soins somatiques)
- CHU PSY (soins psychiatriques)
- **Accès aux soins facile:**
 - Domicile ou structures sanitaires
 - Utilisation médicaments ou autres
- **CLUD existe au CHRU**
- **Tous les ingrédients pour la prise en charge de la douleur existent**

Les composantes de la douleur

- **Sensorielle** : les mécanismes nerveux permettent le décodage de la qualité, de l'intensité et de la localisation des messages nerveux.
- **Affective et émotionnelle**
- **Cognitive ou intellectuelle** : selon son attention, son interprétation, ses références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées.
- **Comportementale** : manifestations verbales et non verbales de la personne qui souffre.
- **Socio-économique; Culturelle; ethnique; Religieuse**

Définition

- « La douleur est une **expérience sensorielle** et **émotionnelle** désagréable, associée à une lésion tissulaire **potentielle** ou **réelle** décrite en les termes une telle lésion. »

(l'IASP 1979: International Association for Study of Pain . adoptée par l'OMS)

- **Limites de cette définition**: chez les patient dont le discours est difficilement intelligible tels les nourrissons, les déments ou certains psychotiques.

Définition

- L'expérience sensorielle et émotionnelle désagréable du patient , n'est perçue que par le **retentissement** d'une douleur sur le comportement
(**indiscutablement l'indicateur le plus objectif de la sévérité de la douleur**).
- D'un point de vu psychanalytique pour comprendre la douleur dans l'œuvre de Freud :
3 axes: « elle contribue à la délimitation d'un « individu », elle requière l'exercice de la pensée, et à travers elle, se gèrent les angoisse de mort. »

Douleur et psychisme

- La douleur est une expérience sensorielle et une émotion dont le sujet fait l'expérience dès sa naissance. elle participe à la construction de l'identité par le biais des interactions qu'elle suscite avec l'environnement.
- **La douleur participe à la conception de l'homme comme être psychosomatique; psyché et soma doivent trouver leur propre délimitation ainsi que les moyens de penser leur réunion.**
- **Elle est corrélée aux conflits psychiques antérieurs et peut avoir un « sens » psychique**, d'une manière générale, une douleur peut se chroniciser d'autant plus facilement qu'elle a un sens psychoaffectif fort pour le sujet du fait de son histoire.
- **Elle constitue une menace : La douleur fait effraction à l'intérieur d'un appareil psychique dont elle bouleverse l'organisation.**
- **Elle a un retentissement sur la vie affective professionnelle ou sociale**

Spécificités de la douleur en santé mentale

- **Eprouver une douleur**, la localiser, définir sa nature et son intensité, l'exprimer pour être soulager, est un processus que nous effectuons naturellement.
- **En termes de soin**, la communication conditionne le sens et l'efficacité de la prise en charge de la douleur. Elle constitue l'enclenchement principal de la thérapie antalgique
 - **Pourtant, pour les personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique, ce processus est loin d'être facile.**
- **Les limites imposées à leur sensibilité**, à l'organisation de leur schéma corporel et à leurs moyens de communication constituent de nombreux obstacles.
- **Patient dyscommunicant** : tout patient présentant une difficulté constante ou transitoire, à formuler une plainte douloureuse cohérente

Difficulté de la prise en charge de la douleur en santé mentale

- La difficulté réside dans l'appréciation **de l'évaluation** de la douleur par la personne (subjectivité dominante)
- Tenir compte de la difficulté à verbaliser les émotions
- En règle générale :
 - **Les traits névrotiques** autorisent l'auto évaluation
 - **Les comportements psychotiques**, quant à eux, obligent souvent le soignant à utiliser l'hétéro évaluation.
 - **Echelles spécifiques validées ?**

Evaluation rencontre de nombreux obstacles

- Comment interpréter la sensation exprimée par le patient ?
- Savoir identifier une situation complexe, des signes qui vont alerter
- Association des altérations des perceptions et du schéma corporel (douleur non verbalisée)
- Liés à la reconnaissance de la douleur par l'équipe soignante insuffisamment formée dans ce domaine
(écouter, observer, utiliser les outils d'évaluation)

Pathologies psychiatriques et douleur

- **Troubles de la personnalité: les manifestations douloureuses de l'hystérie et de l'hypochondrie**
(dans CIM 10 et le DSM-IV des « sous chapitres » des troubles somatoformes)
(pseudo paralysies pseudo névralgies , sphère Orl)
 - Rôle essentiel du psychiatre
 - Recueil de données biographiques
 - Éléments de la vie affective et professionnelle
 - **Syndromes anxieux**
 - **Dépression**
 - **Pathologie psychotique**
- Algologie ++**

Douleur et anxiété

- L'épidémiologie prouve que la co-morbidité anxiété-douleur chronique existe quelle que soit la douleur.
- L'anxiété est un symptôme de douleur aiguë.
- La douleur est un symptôme d'anxiété
(Henri Ey, 1978 ; DSM IV, 1995).
 - **Symptômes:** hyperesthésies et paresthésies, céphalées et “crises douloureuses pseudo-rhumatismales”
 - **Les critères diagnostiques** de l'Attaque de panique comprennent “douleur ou gêne thoracique” et “paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)”.
 - **Les sujets les plus anxieux et les plus attentifs à leurs sensations corporelles** rapporteraient plus de douleurs (Ahles, 1987).

Douleur et dépression

- Symptômes dépressifs sont positivement corrélés à une augmentation du seuil douloureux (Geisser et al 2003)
- le symptôme douleur est présent chez 55 % des déprimés (Chaturvedi, 1986 ; Pablo, 1990).
- Les signes dépressifs sont habituels chez le patient douloureux chronique (Craig, 1989).
- On parlera là aussi de co-morbidité (Fishbain, 1986).
- **Dépression masquée: la douleur physique peut masquer ou se substituer à la douleur psychique**

Douleur et dépression

- **Dan état d'anxiété intense ou d'accès mélancolique, la douleur physique peut être totalement occultée.**
 - Le patient présente une anesthésie affective et physique,
 - exprime peu ou pas de demande de soins y compris somatique
 - les patients déprimés seraient plus stoïques, face à la douleur que les sujets sains (Dworkin et al ;1995)
- **Importance d'un diagnostic précoce : le patient est-il dépressif parce qu'il a mal ou a-t-il mal parce qu'il est dépressif?**
- **l'enjeu diagnostique est d'éviter une escalade thérapeutique et des prescriptions d'antalgiques**
- **Prise en charge globale: notamment psychothérapie**

Douleur et psychoses

- **Insensibilité à la douleur** : Beaucoup d'hypothèses ont été avancées sans qu'aucune n'ait pu être prouvée scientifiquement
- De nos jours on parle **d'hypoalgésie apparente**
- Probablement le phénomène **plurifactoriel**

Douleur et psychoses

- **hypothèse biologique:**

- Le rôle des opioïdes endogènes, mais les résultats des études ne sont pas concluants

- Le rôle du système glutaminergique de type NMDA (N-Méthyl-D-Aspartate). La baisse de transmission de ces récepteurs semble expliquer l'évolution déficitaire du patient psychotique

- Post r et al Am J Psychiatry 1981

- Javitt DC, Zukin SR Am J Psychiatry 1991

- **perte du sens de la douleur** (spécifique à la schizophrénie:

- Dans les épisodes féconds de la maladie ou dans les épisodes d'angoisse où l'information douloureuse est annulée d'où cette apparente analgésie ;

- Dworkin RH Pain insensitivity in schizophrenia : Schiz Bill 1994

- **Rôle des neuroleptiques:**

- Le rôle des neuroleptiques, ainsi l'halopéridol a la capacité de se fixer sur des récepteurs opiacés d'où une diminution de la perception douloureuse (5)

- Clay GS , Brougham LR Halopéridol binding to an opiate receptor site Biochem Pharmacol 1975

les difficultés de traitement ?

- **Tous les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques peuvent être proposés.**

- **Parmi les antalgiques: prudence de la co-prescription de ces produits avec les traitements psychiatriques :**

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et thymorégulateurs - -

- Dextropropoxyphène (retiré) et Antidépresseurs tricycliques et carbamazépine

- **Savoir utiliser les morphiniques, malgré les réticences en Santé Mentale (dépression respiratoire et dépendance addiction)**

- **Le traitement non pharmacologique doit faire partie de l'arsenal thérapeutique :**

- kinésithérapie: masso-kinésithérapie passive ou active,

- approche cognitivocomportementale

- hypnose (contre indication absolue dans certaines

- pathologies psychiatriques)

les difficultés de traitement ?

- La sous-estimation de la douleur en psychiatrie est très fréquente.
- Connaître le patient, ses habitudes, ses pathologies permet de décoder ce qu'il tente de communiquer à autrui.
- Il est aussi indispensable de pouvoir dégager les signes réels de la douleur à travers l'observation, le comportement ou les attitudes, et les dissocier du contexte des troubles psychiatriques.

Conclusion

La douleur en santé mentale: un véritable défi pour les soignants

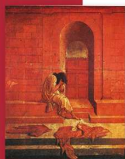
- Dans la population rencontrée en psychiatrie, évaluer et donc soigner la douleur est souvent difficile.
- L'amélioration de la prise en charge « somatique » de ces patients au niveau de la douleur:
 - nécessite-t-elle la mise en œuvre de moyens spécifiques pour cette catégorie donnée de patients, comme en pédiatrie ou en gériatrie?
 - Commence-t-elle par la prise en compte de cette problématique et la formation, information des personnels soignants ?
- **Prise en charge globale multidisciplinaire**
- **Prise en compte de l'aspect médico-légal**

Merci pour votre attention

O-cherif@chu-montpellier.fr



5^{EME} JOURNÉE DU CLUD



Comment traiter la douleur du patient fragile?

Modérateurs: Pr Olivier JONQUET – Dr Marie Suzanne LEGLISE

L'insuffisant respiratoire

Dr Thierry LAFONTAINE, Pneumologue
Clinique du souffle La Vallonie - Lodève



Traiter la Douleur des malades insuffisants respiratoires

CLUD Clinique du Souffle
LODEVE 34700
Octobre 2011

Clinique du souffle La Vallonie



Plan de présentation

- Retour journée nationale à la CSV
- Bref rappel anatomique
- Physiopathologie respiratoire
- La douleur thoracique
- Comment traiter la douleur en pathologie respiratoire



Journée nationale contre la douleur à la Clinique du Souffle

Douleur et vulnérabilité vues par :

Les patients

- Mal à respirer
- Irritation
- Oppression

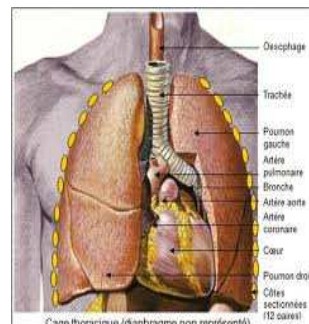
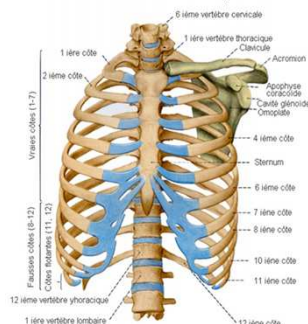


Les soignants (vulnérabilité)

- Fragilité/perte de contrôle
- Frag. Sociale, physique, psychologique
- Incertitude sur l'avenir
- Repos, abandon du corps
- Construction sournoise
- Réapprendre à respirer
- Soutien familial...

Rappel anatomique

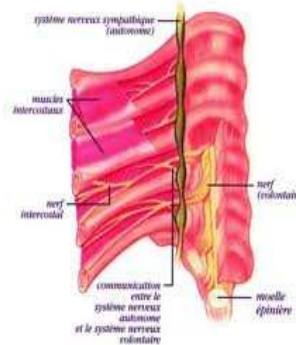
- Le poumon et la plèvre viscérale n'ont pas d'innervation conduisant la nociception !!
- L'environnement (plèvre, cage thoracique, médiastin) sont les acteurs de la douleur.



Rappel anatomique

paroi thoracique et plèvre pariétale

- N intercostaux
- N phrénique (C4)
- Innervation sensitive, somesthésique, discriminante
- Médiastin
 - Innervation végétative
 - sympathique entre C3 et T6, douleur végétative, visérale, protopathique, peu discriminante
 - Parasymphatique



Sémiologie (rapide)

Douleur pariétale (innervation intercostale, myelinisée)

- Bien limitée
- Nociception et neurogène
- Aigue le plus souvent
- Irradiation vers :
 - Région Cervicale,scapulaire (c1-c7)
 - Région abdominale Abdominale (t9-t12)
- Souvent intense
- Signe direct (traumat, tassement...)
- Signe indirect (embolie, pneumonie...)

Douleur médiastinale (système nerveux autonome, fibres nociceptives amyeliniques)

- Mal limitée
- Nociception, viscérale
- Aigue ou sourde
- Irradiation
 - Solaire
 - Transfixiante
- Désordre métabolique
 - Ischémie, lésion acide
- Désordre mécanique
 - Compression, traumatisme
- Médiateurs inflammatoires
- Signe direct, mais quel organe ?

Physiopathologie (simplifiée) de l'insuffisance respiratoire

définition

- « Ensemble des affections amputant les réserves mécaniques du système ventilatoire et altérant l'hématose »
- Altération des échanges entre oxygène et gaz carbonique
- Pa O₂ inférieure à 70mmHg

Facteurs aggravants

- Infectieux
- Cardio-vasculaires
- Traumatiques
- Métaboliques
- Sommeil (physiologique)
- Alcool
- Médicaments
- stupéfiants

Insuffisant respiratoire : un sujet vulnérable (Ex : BPCO)

Phénotype



Éléments de vulnérabilité

- Absence de réserve fonctionnelle
- Co-morbidités
- Handicap ventilatoire
- Histoire professionnelle interrompue
- Histoire familiale et affective perturbée
- Isolement progressif
- Absence de projection ...

Un « modèle » d'observation des souffrances

Une relation destructrice avec...

Le tabagisme



Le monde du travail



Douleur thoracique aigue (chez l'insuffisant respiratoire)

Il faut trouver, sinon...

- maladie cardio vasculaire
 - Angor/IDM
 - Embolie pulmonaire
 - Dissection aortique
- Maladie des séreuses
 - Pneumothorax
 - Péricardite
 - Ép pleural toute cause
 - (Pleuro-pneumonie)
- Maladie de l'os
 - Tassement vertébral
 - Fracture costale spontanée
 - ...ou non

Beaucoup de maladies ...de la sédentarité



Stratégie thérapeutique de la douleur thoracique aiguë



Soulagement immédiat

- Paliers 1,2,3
- Co analgésie
- rassurer

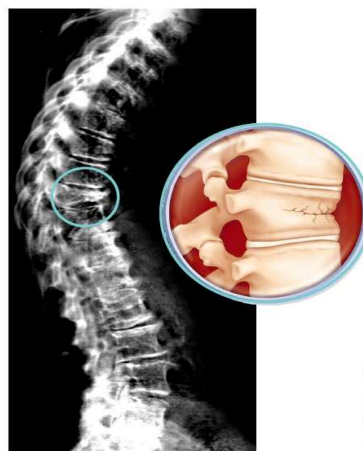
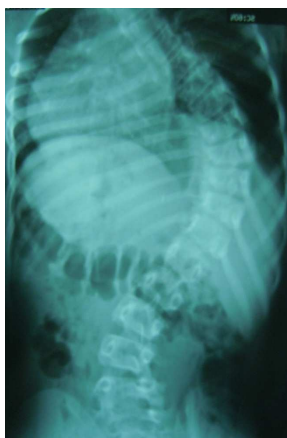
comprendre

- Poser un Diag
- Exposer les moyens
- Écouter les attentes

Traitement étiologique

- Rapide
- Combiné au soulagement
- Réévalué
- exposé

Douleurs du squelette thoracique et insuffisance respiratoire



Tassement vertébral

BOA, DE LEMAR & GE HUBERT

Douleurs du squelette thoracique et insuffisance respiratoire

Caractéristiques

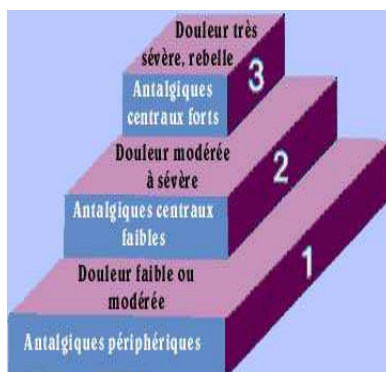
- Chroniques, récidivantes
- Paroxystiques, irradiées
- Nociceptives, névralgiques
- Augmentées par le mouvement
- Augmentées par la ventilation
- Difficile à soulager

Conséquences de la douleur

- Insomnie, irritabilité
- Replis, humeur maussade
- Inhibition respiratoire
- Réduction des activités
- Hypoventilation
- Encombrement bronchique
- Épuisement
- Décompensation respiratoire

Quels antalgiques en cas d'insuffisance respiratoire ?

Les acteurs



Les effets secondaires

- Palier 1 : sans retenue !!
- Palier 2 : les ennuis commencent...
 - Bronchospasme
 - Dépresseur de la toux
 - Dépresseurs ventilatoires
- Palier 3 : nous l'avions bien dit !!
 - Idem palier 2
 - Dose dépendant +++
 - Phénomène de tolérance



En marge du traitement antalgique Attention aux associations malheureuses !!



- Antiépileptiques
- Antidépresseurs sédatifs
- Anxiolytiques
- Agoniste morphiniques partiels ...
- Insuffisance rénale
- Déshydratation
- Cachexie
- alcoolisme

Potentialisent les risques de dépression respiratoire

Vers la co-analgésie et les traitements adjuvants

Thérapeutiques

- Médicamenteuses :
 - Hydratation correcte
 - Corticoides (durée)
 - Anti épileptiques (acide gamma-aminobutyrique)
 - AINS (durée)
- Thérapies cognitives, comportementales et soutien
- Analgésie ciblée
 - épidurale en post op
- Thérapies physiques
 - Massage, posture
 - Ventilation dirigée, drainage
 - TENS
 - VNI post op (compenser effets)

Objectifs

- Synergie avec les antalgiques
- Réduction de dose morphinique
- Raccourcir la période de risque (post op, exacerbation...)

Is TENS effective...thoracotomy ? Freynet et al , interact cardiovasc thorac surgery 2010
Does thoracic epidural analgesia ...outcome...after transplantation ? Pottecher 2011, interact cardiovasc thorac surgery

Un équilibre fragile...une surveillance rapprochée



Surveiller :

- EVA, éch. Hétéro év.
- Éveil, cognition, glasgow...
- Hémodynamique
- Ventilation, FR, coloration
- GDS au moindre doute ...
- Et communiquer !!!

Savoir chercher une alternative aux morphiniques , surtout si patient vulnérable

La communication avec le patient douloureux insuffisant respiratoire

Avec le patient

- Avec le patient
 - Langage commun
 - EVA ou hétéro évaluation
 - Liens avec la famille
 - Liens avec l'équipe
 - Éducation thérapeutique



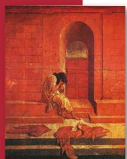
Au sein de l'équipe soignante

- Langage commun
- Traçabilité EVA
- Transmissions quotidiennes
- Réunion multidisciplinaire
- Autres dimensions intégrées
 - Autonomie fonctionnelle (GEAF)
 - Activité physique possible (TDM6...)
 - Individualisation des soins
 - Outils pronostics (BODE)

En synthèse : douleur de l'insuffisant respiratoire

- Il est illégitime de laisser la douleur s'installer
- Il n'est pas plus légitime de ne pas chercher à comprendre...ce qui fait mal
- La marge thérapeutique est assez étroite
- La place des thérapeutiques intégrées/adjuvantes est importante
- Il est plus que nécessaire d'évaluer :
 - Le soulagement
 - Les effets secondaires

5^{EME} JOURNÉE DU CLUD



Comment traiter la douleur du patient fragile?

Modérateurs: Pr Olivier JONQUET – Dr Marie Suzanne LEGLISE

L'insuffisant rénal

Dr Olivier BREDEAU, Algologue
Centre d'Etude et Traitement de la Douleur
CHU Nîmes



**L'INSUFFISANT RÉNAL :
DOULEUR ET ANTALGIE.**
DR O. BREDEAU – PH. – MD. HÔPITAL CAREMEAU – CHU
NÎMES – CONSULTANT AIDER.



L'INSUFFISANCE RÉNALE

RECOMMANDATIONS HAS 2006

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un syndrome défini par la baisse du débit de **filtration glomérulaire** comportant également des anomalies hydroélectrolytiques et endocriniennes. Elle est en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aiguë ou fonctionnelle).

On parle d'**insuffisance rénale chronique terminale** quand le recours à la dialyse périodique ou à la transplantation rénale est nécessaire car le rein ne fait plus face aux besoins de l'organisme.

Le diagnostic d'IRC

La fonction rénale est appréciée par le débit de filtration glomérulaire qui est déterminé par la mesure de la clairance de l'inuline ; en pratique clinique, on utilise la **clairance de la créatinine** endogène. La formule de la clairance de la créatinine de Cockcroft et Gault est la plus utilisée .

IRC : clairance inférieure à 60 ml/mm

modérée 30-59 ml/mm

sévère : 15-29 ml/mm

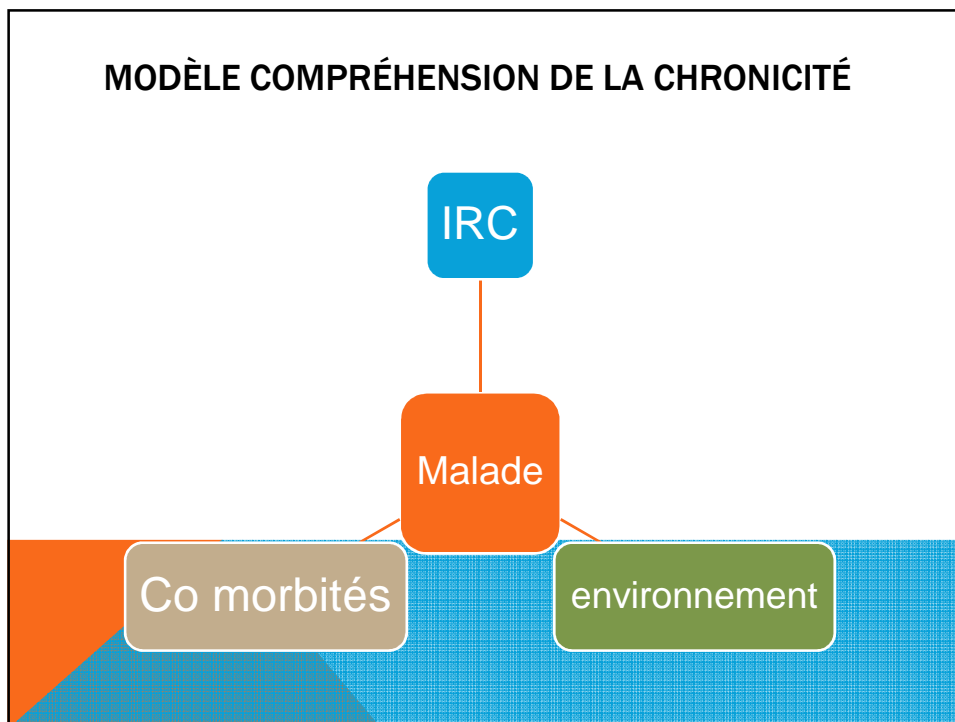
IRCT : clairance inférieure à 15 ml/mm

PRÉVALENCE DE L'IRCT

SOURCE R.E.I.N.

	France (20 régions) 2009	Languedoc – Roussillon 2010
Nouveaux malades	8560	417
Cas incident / million ha	150	146,4
Age moyen	70,2	69,5
Dialyse HémoD/DP	86,4/10,2	92% / 8%
Greffe préemptive	3,4	13 patients
Comorbidité vasculaire	50%	27%
Comorbidité diabète	41%	40% (55% type 2)
Survie 1an / 6 ans	83%/45%	
Etiologie vasculaire	24,4%	32%
Etiologie diabète	22,5%	24,7%
prévalence	585	759

MODÈLE COMPRÉHENSION DE LA CHRONICITÉ



LES MÉDICAMENTS INTERDIT IRC

SOURCE OMEDIT CENTRE 2010

- 1- L'aspirine et les AINS ne doivent pas être utilisés comme antalgiques chez l'insuffisant rénal
- 2- Le dextropropoxyphène (Di-antalvic® - Propofan® - Dialgirex®) est interdit dans les insuffisances rénales modérées et sévères
- 3- La dihydrocodéine est interdite dans les insuffisances rénales sévères, en raison de sa forme à libération prolongée

RÈGLE ANTALGIE

SOURCE F.D.A.

Palier 1 : paracétamol

Palier 2 : tramadol

pas de codéine

Palier 3 : fentanyl

oxycodone et hydromorphone

pas de morphine

Titration indispensable

DOULEUR ET DIALYSE



DOULEUR ET DIALYSE



DOULEUR ET DIALYSE



DOULEUR ET DIALYSE

indifférence



DOULEUR ET DIALYSE

La
compréhensio
n



DOULEUR ET DIALYSE



LA DIALYSE : UN MODÈLE DE DOULEUR INDUITE

- Un patient fragile et vulnérable**
- Un patient âgé (en moyenne plus de 70 ans)**
- Un patient dialysé la première fois en urgence dans un tiers des cas**
- Un patient avec des comorbidités**
- Un acte de ponction répété 2 à 3 fois par semaines**



PRÉVALENCE DES DOULEURS EN DIALYSE : ETUDE AIDER

Juin 2010

186 patients sur 15 centres

hommes 121 / femmes 65

54% plus de 66 ans

Une DOULEUR CHRONIQUE avant la dialyse :

33 % des patients douloureux dont un quart avec
une douleur sévère (> 7)

47% locomoteur

14% digestif

DOULEUR INDUITE : LE BRANCHEMENT

EVA	
3 -4	12%
5- 6	10%
7 et plus	4%

Un patient sur 2 se plaint d'une gêne douloureuse et un
sur quatre à une douleur supérieure à 3

Au débranchement , un patient sur reste douloureux ,
mais la douleur est moins intense.

22% des patients sont douloureux à chaque séance

DOULEUR PENDANT LA SÉANCE

Des douleurs peuvent survenir en cours de séances chez un patient sur cinq.

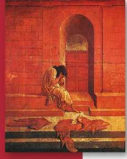
Ce sont des crampes , des céphalées , des douleurs articulaires.

L' intensité de la douleur est variable.

Elles sont génératrices de stress et d'angoisse pour le patient .

« Mille patients nous en apprennent autant que cent livres »

TARUN J TEJPAL




Comment traiter la douleur du patient fragile?

Modérateurs: Pr Olivier JONQUET – Dr Marie Suzanne LEGLISE

L'insuffisant rénal

M. Marc LEGENDRE – Directeur Des Soins
AIDER – Languedoc-Roussillon



 La Clinique des Maladies Rénales Aider à vivre mieux

Retour d'expériences sur la prise en charge de la douleur de l'insuffisant rénal hémodialysé



Préambule

- ▶ DSSI à l'AIDER depuis le 17/10/2011
- ▶ Anciennement, Vice-président du CLUD d'un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge de l'IRCT en Pays de Loire
- ▶ Similitudes: Patientèle
Etablissement multi-sites
CLUD



Les douleurs en hémodialyse


Douleurs chroniques

- ▶ Traitements médicamenteux généralement institués
- ▶ Traitements non médicamenteux peu fréquents
Neurostimulation trans-cutanée

Douleurs aiguës

- ▶ Douleurs provoquées par les soins
Ponctions de la Fistule Artério-Veineuse (FAV)
Retrait des aiguilles
- ▶ Tolérance de la séance d'hémodialyse
Crampes
Troubles digestifs

La Clinique des Maladies Rénales Aider à vivre mieux



La prise en charge de la douleur aiguë en cours de séance


Méthodes non médicamenteuses

- ▶ Écoute active
- ▶ Cryothérapie/Thermothérapie
- ▶ Positionnement
- ▶ Toucher massage
- ▶ Relaxation

Méthodes médicamenteuses

- ▶ Protocole de prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë

La Clinique des Maladies Rénales Aider à vivre mieux



La prévention de la douleur

Soigner l'installation et le positionnement des patients

- ▶ à l'arrivée
- ▶ au cours de la séance

Proposer toute méthode de détente au moment de la ponction de FAV

- ▶ respiration
- ▶ autohypnose

Favoriser l'utilisation des produits anesthésiques de contact

- ▶ crème ou patch lidocaïne-prilocaine
- ▶ respect du mode d'utilisation

Systématiser le dépistage de la douleur

- ▶ à l'arrivée d'un nouveau patient
- ▶ régulièrement (rythme?)



L'évaluation de la douleur

Évaluation initiale de la douleur est primordiale

- ▶ Caractéristiques
- ▶ Intensité de la douleur (EVA, EN, EVS)
- ▶ Cas particuliers des patients non communicants
ALGOPLUS

Réévaluation de la douleur systematique,
en cas d'évaluation positive de l'intensité de la douleur

- ▶ Respect du délai d'action des produits

Traçabilité

- ▶ Dossier du patient

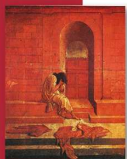
Pré requis

- ▶ Information des usagers et Formation des professionnels



Merci de votre attention

5^{EME} JOURNÉE DU CLUD



Comment traiter la douleur du patient fragile?

Modérateurs: Pr Olivier JONQUET – Dr Marie Suzanne LEGLISE

L'insuffisant Hépatique

Pr Georges Philippe PAGEAUX,
Hépto-Gastro Entérologue
CHRU de Montpellier



5^{ème} du CLUD, 20 octobre 2011

Comment traiter la douleur chez l'insuffisant hépatique?

Georges-Philippe Pageaux
Pôle digestif, CHU Saint Eloi, Montpellier
gp-pageaux@chu-montpellier.fr



Cas Clinique

Homme 47 ans, porteur du VHC (transfusion 1982)
 Fibrose F4 en 2003 = cirrhose
 Non répondeur à bithérapie Peg-IFN + ribavirine

Octobre 2012 : douleurs épigastriques +++
 pancréatite chronique (OH excessif)
 pendant 3 semaines : paracétamol 6g/j

Consulte pour nausées
 ASAT 2500, ALAT 4200, Bilirubine 80 $\mu\text{M/L}$
 Créatinine 280 $\mu\text{M/L}$
 TP 20%, V 22%

Cas Clinique

Homme 47 ans, porteur du VHC (transfusion 1982)
 Fibrose F4 en 2003 = cirrhose
 Non répondeur à bithérapie Peg-IFN + ribavirine

Octobre 2012 : douleurs épigastriques +++
 pancréatite chronique (OH excessif)
 pendant 3 semaines : paracétamol 6g/j

Consulte pour nausées
 ASAT 2500, ALAT 4200, Bilirubine 80 $\mu\text{M/L}$
 Créatinine 280 $\mu\text{M/L}$
 TP 20%, V 22%



Transplantation hépatique

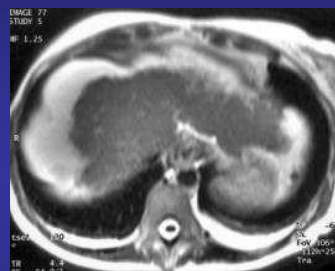
La cirrhose

Médicaments et cirrhose

Antalgiques et cirrhose

La Cirrhose

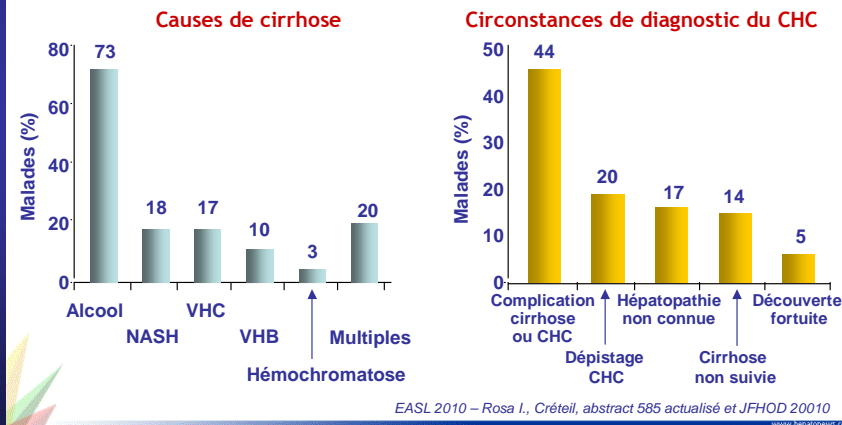
2000 à 3000 cas / million h





CHANGH : point sur le CHC en France (1)

- Etude observationnelle prospective nationale dans 103 hôpitaux : 94 hôpitaux généraux, 4 hôpitaux militaires et 6 CHU
- 1 287 malades inclus ayant un CHC diagnostiqué sur l'histologie ou les critères radiologiques de Barcelone : 1 026 patients analysés



Histoire naturelle de la cirrhose

Statut clinique

Probabilité cumulée
décès *per* 1 an

Cirrhose compensée

stade 1	0 ascite, 0 varices	1%
stade 2	varices, 0 ascite	3.4%

Cirrhose décompensée

stade 3	ascite ± varices	20%
stade 4	hémorragie ± ascite	57%

*d'Amico G et al, J Hepatol 2006
de Franchis R, J Hepatol 2005*

Child-Pugh score

Concepts : 5 variables sélectionnées empiriquement

Points	1	2	3
Encéphalopathie	absente	minime	avancée
Ascite	absente	contrôlée	réfractaire
Bilirubine ($\mu\text{mol/l}$)	< 34	34-51	> 51
Albumine (g/l)	> 35	28-35	< 28
Prothrombine (s)	< 4	4-6	> 6

grade A : 5-6

grade B : 7-9

grade C : 10-15

Pugh et al., Br J Surg 1973

MELD score

Concepts

3 variables corrélées de façon indépendante au pronostic en analyse multivariée

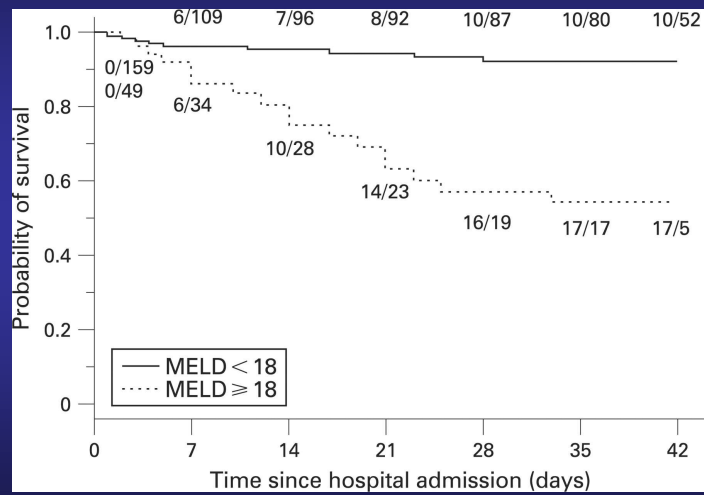
$9.6 \log_e(\text{créatinine mg/dl}) + 3.8 \log_e(\text{bilirubine mg/dl}) + 11.2 \log_e(\text{INR}) + 6.43$

Valeurs : 6 to 40

www.mayoclinic.org/gi-rst/mayomodel5.html

MELD score

Mortalité après hémorragie digestive



6-week survival post-acute variceal haemorrhage in patients stratified by MELD ($p < 0.001$)

Bambha K et al, Gut 2008

La cirrhose

Médicaments et cirrhose

Antalgiques et cirrhose

Médicaments et cirrhose

Facteurs déterminants pour l'élimination des médicaments par le foie

Flux sanguin hépatique

Fixation aux protéines de transport

Capacités enzymatiques hépatiques

Toutes ces étapes sont altérées en cas de cirrhose
Il faut rajouter les dérivations porto-caves
Intensité corrélée à la fonction hépatique (Child, MELD)
Altérations fréquentes de la fonction rénale

La cirrhose

Médicaments et cirrhose

Antalgiques et cirrhose

Antalgiques et cirrhose

Certains sont potentiellement hépatotoxiques

paracétamol, AINS, dextropropoxyphène

Risque : hépatite surajoutée à la cirrhose

Exagération effet thérapeutique

benzodiazépines, anti-émétiques, opiacés

Risque : encéphalopathie hépatique

Exagération effets toxiques

AINS, aspirine

Risque : ulcère digestif, hémorragie

Antalgiques et cirrhose

Paracétamol

Du surdosage au mésusage

Demi-vie doublée en cas de cirrhose

Hirschfield GM, Liver Int 2008

Pas d'atteinte significative si ≤ 4 g/j

Benson GD, Clin Pharmacol Ther 1983

Si alcool surajouté : 2 à 3 g/j

Prescott LF, Br J Clin Pharmacol 2000

Si administration prolongée : ≤ 2 g/j

Chandok N, Mayo Clin Proc 2010

Antalgiques et cirrhose

AINS

A éviter chez patients cirrhotiques

Antalgiques et cirrhose

Tramadol

CYP3A4, 2D6 et glucuronidation

Réduire les doses

Tenir compte de la fonction rénale

25 mg toutes les 8h

*Kotb HI, J Opioid Manag 2008
Chandok N, Mayo Clin Proc 2010*

Si inefficace, envisager morphiniques en diminuant et espaçant les doses

Antalgiques et cirrhose

Gabapentine, Pregabaline

Douleurs neuropathiques

Chandok N, Mayo Clin Proc 2010

Gabapentine

CYPs, excrétion rénale
risque d'encéphalopathie
300 mg/j

Pregabaline

pas de métabolisme hépatique
150 mg x 2/j
1 cas d'hépatite aiguë grave

Einarsdottir S, Eur J gastroenterol Hepatol 2008

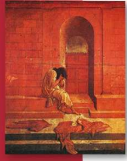
Conclusion

Avant toute prescription, calculer score de Child et/ou MELD

Child A / MELD < 10 : pas d'insuffisance hépatique

Child B / MELD ≤ 18 : précautions DIMINUER doses

Child C / MELD > 18 : candidat théorique à la greffe
cas par cas



Expériences d'équipe

Modérateurs: Jean Michel GAUTIER – Cyril LOPEZ

Évaluation et prise en charge de la douleur Unité des Urgences Tête et Cou

Frédérique GIMENES, Infirmière

Clotilde BELHACHE, Infirmière

Urgences Tête et Cou – CHRU de Montpellier



CHRU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

EP
Evaluation des Pratiques
Professionnelles

Utec
urgences spécialisées tête et cou

Evaluation et prise en charge de la douleur aux UTEC
5^{ème} Journée du CLUD 20 octobre 2011

Frédérique Gimenes- clotilde BELHACHE

Chef de Projet: Dr Olivier BEAUFILS,
Murielle CRINIER- PICHÉREAU (CDS)

Bruno BOUDJEMA (P.H), Richard THERY (P.H)

Frédérique GIMENES (IDE), Clotilde BELHACHE (IDE),

Cyrielle COMBELLES (IDE), Thibault O'KELLY (IDE),

Chloé SOMA (IDE), Fabienne BAUM (AS),

Mina EL AMRANI (AS), Matthieu DUBREUIL (AS)

Avec la participation de :

Michèle BONNIN (chargée de projets E.P.P)

Titre de l'action : évaluation et prise en charge de la douleur aux UTEC

Motivation du projet :

➤ contexte et justification :

La prise en compte du paramètre « douleur » :

- fait partie de toute prise en charge initiale de patient
- est une obligation (certification V10 HAS)

➤ objectifs précis :

- 1 . Tracer l'évaluation et la prise en charge de la douleur des patients
- 2 . Cartographier les risques douloureux en fonction des pathologies
- 3 . Protocoliser la prise en charge de la douleur dès l'arrivée des patients aux UTEC (médicamenteux et non médicamenteux)

Méthodologie :

➤ référentiels retenus :

- Symposium congrès « Urgences 2002 » : prise en charge de la douleur aiguë en situations intra- et extra-hospitalières (S. Baqué, GEDOU)
- Critères de certification des établissements de santé V2010 de la HAS (critères 12A)
- Protocoles CHRU-CLUD

➤ méthode choisie : analyse de processus rétrospective



Méthodologie :

➤ Modalités définies :



Relevé de la prise en charge de la douleur sur dossiers (Résurgences), par trinôme médecin - IDE - AS, sur 3 jours tirés au sort de façon aléatoire (150 dossiers) avec grille de recueil

➤ Déroulement et calendrier prévus :

- relevé sur 3 jours représentatifs de la semaine sur novembre et décembre 2009.
- analyse des résultats : janvier-février 2010.
- plans d'actions : juin 2010.
- réévaluation : décembre 2010-janvier 2011, mêmes modalités
- réajustement des plan d'actions

Etiquette patient Date du recueil Heure entrée Heure sortie																																																			
Origine Domicile <input type="checkbox"/> Transfert <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> préciser:	Prise en charge Neuro-neuro <input type="checkbox"/> Réuroch <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> préciser:																																																		
ORL <input type="checkbox"/> Ophtalmo <input type="checkbox"/> Neuroradio <input type="checkbox"/>																																																			
1) MOTIF D'ADMISSION Risque douloureux a priori ou <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Protocole antalgique ou <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																																			
2) EVALUATION DE LA DOULEUR																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">EVS/EV A</th> <th colspan="2">Mode d'évaluation</th> <th colspan="2">Traçabilité</th> <th colspan="2">Résurgences</th> </tr> <tr> <th>Autre</th> <th>préciser:</th> <th>dans Constant</th> <th>dans Macrochibi</th> <th>Autre: préciser</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AL'ENTREE (Tri)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PENDANT LA PRISE EN CHARGE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALA SORTIE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		EVS/EV A	Mode d'évaluation		Traçabilité		Résurgences		Autre	préciser:	dans Constant	dans Macrochibi	Autre: préciser		AL'ENTREE (Tri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		PENDANT LA PRISE EN CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ALA SORTIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
EVS/EV A	Mode d'évaluation		Traçabilité		Résurgences																																														
	Autre	préciser:	dans Constant	dans Macrochibi	Autre: préciser																																														
AL'ENTREE (Tri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
PENDANT LA PRISE EN CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
ALA SORTIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
3) DESCRIPTION DE LA DOULEUR																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Intensité</th> <th colspan="4">Facteurs déclenchants ou aggravants</th> </tr> <tr> <th>Score = 0</th> <th>Score = 1</th> <th>Score = 2</th> <th>Score = 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Pas de douleur Douleur modérée Douleur forte </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AL'ENTREE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PENDANT LA PRISE EN CHARGE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ALA SORTIE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Intensité	Facteurs déclenchants ou aggravants				Score = 0	Score = 1	Score = 2	Score = 3	Pas de douleur Douleur modérée Douleur forte					AL'ENTREE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PENDANT LA PRISE EN CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALA SORTIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Intensité	Facteurs déclenchants ou aggravants																																																		
	Score = 0	Score = 1	Score = 2	Score = 3																																															
Pas de douleur Douleur modérée Douleur forte																																																			
AL'ENTREE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
PENDANT LA PRISE EN CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
ALA SORTIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Localisation(s) de la douleur 4) PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TTT Médica-mentoux</th> <th rowspan="2">TTT Non Médica-mentoux</th> <th rowspan="2">Préciser:</th> <th rowspan="2">Prescription</th> <th rowspan="2">Mise en œuvre</th> <th colspan="3">Traçabilité</th> <th colspan="3">Résurgences</th> </tr> <tr> <th>dans Théra-peutique</th> <th>dans Constante</th> <th>dans Macrochibi</th> <th>dans Théra-peutique</th> <th>dans Constante</th> <th>dans Macrochibi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AL'ENTREE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PENDANT LA PRISE EN CHARGE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ALA SORTIE</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		TTT Médica-mentoux	TTT Non Médica-mentoux	Préciser:	Prescription	Mise en œuvre	Traçabilité			Résurgences			dans Théra-peutique	dans Constante	dans Macrochibi	dans Théra-peutique	dans Constante	dans Macrochibi	AL'ENTREE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PENDANT LA PRISE EN CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALA SORTIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TTT Médica-mentoux	TTT Non Médica-mentoux						Préciser:	Prescription	Mise en œuvre	Traçabilité			Résurgences																																						
		dans Théra-peutique	dans Constante	dans Macrochibi	dans Théra-peutique	dans Constante				dans Macrochibi																																									
AL'ENTREE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
PENDANT LA PRISE EN CHARGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
ALA SORTIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									

RESULTATS EVALUATION INITIALE :

Population :

- 163 passages sur dossier informatisé « Résurgences »
- Ophtalmologie=54%, Neuro=22.1%, ORL=19.6%, Neurochirurgie=4.9%
- Age 43 ans [2 ms - 88 ans]
- Durée moyenne de passage : 2h43 ; médiane : 1h59
- Douleur possible = 55% des motifs d'admission

RESUTATS EVALUATION INITIALE :

EVALUATION de la douleur

- Motif admission tracé par IDE : 94% des passages
6% restants = patients OPH
- Douleur tracée à l'entrée : 57% des passages
- Douleur tracée à la sortie : 6% des passages

33% des passages avec risque douloureux n'ont aucune évaluation,
dont 69% = OPH

RESUTATS EVALUATION INITIALE :

TRACABILITE de la douleur

- 25% dans « constantes » (quantitatif)
- 30% dans « macrocible » (quantitatif et/ou qualitatif).
Facteur déclenchant ou aggravant : 54% des patients douloureux (lumière, bruit, mobilisation...)

TRACABILITE DU TRAITEMENT médicamenteux de la douleur

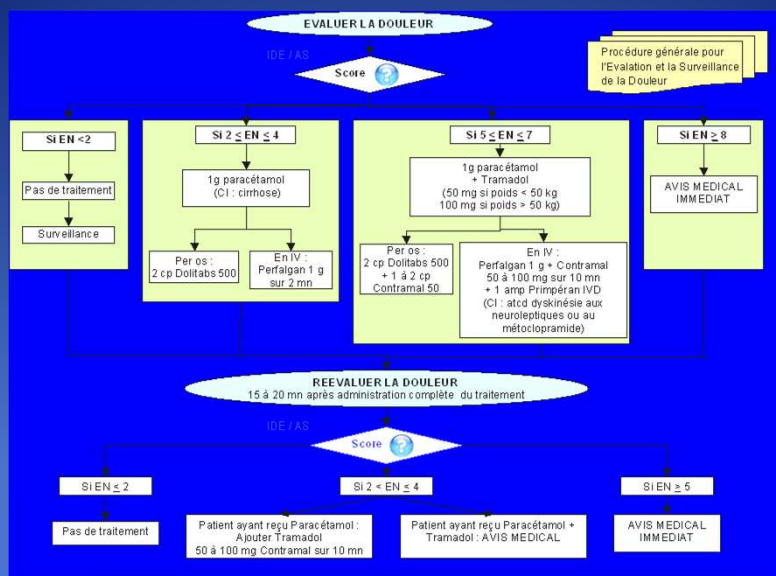
- 49% au cours du séjour et 70% à la sortie
- 26 % des patients douloureux n'ont aucun traitement antalgique tracé
- Plus mauvais résultats en matière de traitement de la douleur tracée = patients d'OPH (54% de l'échantillon)

PLAN D' ACTIONS mis en place en juin 2010

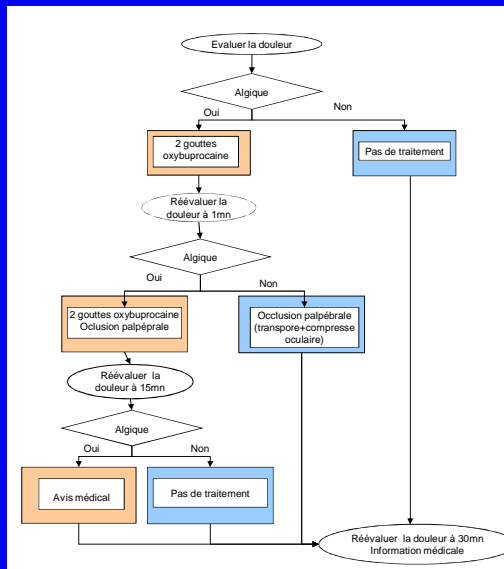
Responsables : O. Beaufils, M. CRINIER, membre du groupe douleur

- Protocole d'évaluation et de consigne de la douleur
- Protocole délégué médicamenteux non spécifique
- Protocole spécifique algie ophtalmique (médicamenteux et non médicamenteux)
- Accompagnement de l'équipe soignante à la mise en place des protocoles

PROTOCOLE DOULEUR MEDICAMENTEUX NON SPECIFIQUE



PROTOCOLE : ALGIE OPHTALMIQUE



CHU MONTPELLIER
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

EP
Evaluation des Pratiques Professionnelles

RESULTATS RE-EVALUATION :

Population :

- 116 (163) passages sur dossier informatisé « Résurgences »
- Ophtalmologie=44% (54), Neuro=23% (22.1), ORL=21% (19.6), Neurochir=6% (4.9)
- Age 42 ans (43) [21 jrs - 91 ans]
- Durée moyenne de passage 2h47 (2h43), médiane 1h54 (1h59)
- Douleur possible 53% (55) des motifs d'admission

RESULTATS RE-EVALUATION (Décembre 2010-janvier 2011) :

EVALUATION et TRACABILITE de la douleur :

- Motif admission tracé par IDE : 98% (94%) des passages
2% (6%) restants = patients OPH
- Douleur tracée à l'entrée : 72% (57%) des passages ...
 - 62% évalués avec une échelle (EN)
 - 96% (25%) tracés dans « constantes »
 - 43% douloureux (dont 55% avec EN > 5)
- ... sauf chez les enfants en bas âge et les patients non verbalisants :
Echelles « Evandol » et « algoplus » exceptionnellement utilisées
- Douleur tracée pendant le séjour et à la sortie : 15% (6%) des passages

RESULTATS RE-EVALUATION (Décembre 2010-janvier 2011) :

TRACABILITE DU TRAITEMENT médicamenteux :

- 77 % (49%) des patients douloureux ont un protocole antalgique tracé au cours du séjour et 68% à la sortie (70%)
- 16% (26 %) des patients évalués douloureux n'ont aucun traitement antalgique tracé

Enquête satisfaction de l'Equipe soignante : décembre 2010

- Procédure d'évaluation de la douleur utilisée à 100%
- Protocole médicamenteux non spécifique utilisé par 94% des IDE
- Protocole algie ophtalmique utilisé par 100% des IDE
- Eléments de satisfaction : amélioration de la prise en charge, indépendance de l'IDE, action et soulagement rapide du patient
- Problèmes rencontrés : désaccord du médecin, appréhension sur l'utilisation des produits (tramadol), doute sur l'authenticité de la douleur rapportée, difficultés à évaluer les non-verbalisants
- Souhaits : formation sur l'évaluation de la douleur et les médicaments

ACTIONS D'AMELIORATION :

- Systématiser l'utilisation des échelles spécifiques pour les enfants et les non verbalisants : intégration des échelles dans Résurgence* mai 2011, formation à leur utilisation (Dr BEAUFILS, M. CRINIER et groupe douleur)
- Poursuivre la rédaction des protocoles antalgiques : morphine, enfants (Dr BEAUFILS)
- Mettre en place une information sur les antalgiques médicamenteux (Dr BEAUFILS, M. CRINIER)
- Sensibiliser l'équipe à la réévaluation des patients à la sortie (Dr BEAUFILS, M. CRINIER et groupe douleur)
- Améliorer la traçabilité de la mise en œuvre des protocoles médicamenteux : création prescription IDE, mise à disposition d'un ordinateur en « salle des familles » en juin 2011 (M. CRINIER, F. BERNAL)

Indicateurs et modalités de suivi du plan d'actions :

	Intitulé	Mode de recueil	Périodicité
Indicateurs et Modalités de suivi	Evaluation de la douleur à l'entrée	Résurgence*	A 6 mois, puis 1 fois par an
	Application des protocoles		
	Réévaluation de la douleur après traitement antalgique		

Apports de l'EPP :

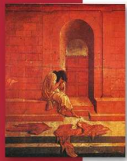
- Sensibilisation de l'ensemble des acteurs de la filière de soin à la douleur, avec au final plus de patients évalués et des patients mieux traités
- Réduction des délais de mise en œuvre des traitements antalgiques : protocoles de PEC délégués aux IDE
- Amélioration des prescriptions d'antalgiques dans l'unité, tant sur le plan quantitatif (augmentation des prescriptions) que sur le plan qualitatif (augmentation consommation des formes per-os à libération immédiate au détriment des formes à libération prolongée)
- Révélation de réticences médicales et paramédicales à administrer certains antalgiques (manque d'informations sur les antalgiques, interprétation subjective de l'intensité de la douleur rapportée par le patient)

Mais persiste :

- Pas encore d'exhaustivité de l'évaluation du paramètre douleur
- Difficultés de PEC des âges extrêmes

Perspectives 2012:

- Protocole pour les douleurs induites par les soins : Méchage épistaxis
- Développer la prise en charge de la douleur chez l'enfant
- Inclure l'hypno-analgésie dans nos pratiques
- Développer le toucher massage dans la pratique quotidienne



Expériences d'équipe

Modérateurs: Jean Michel GAUTIER – Cyril LOPEZ

Programme d'Éducation Thérapeutique du patient douloureux chronique

Germaine BOESCH, Infirmière



Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur
CHRU de Montpellier



Présentation du CETD

Pôle cliniques médicales

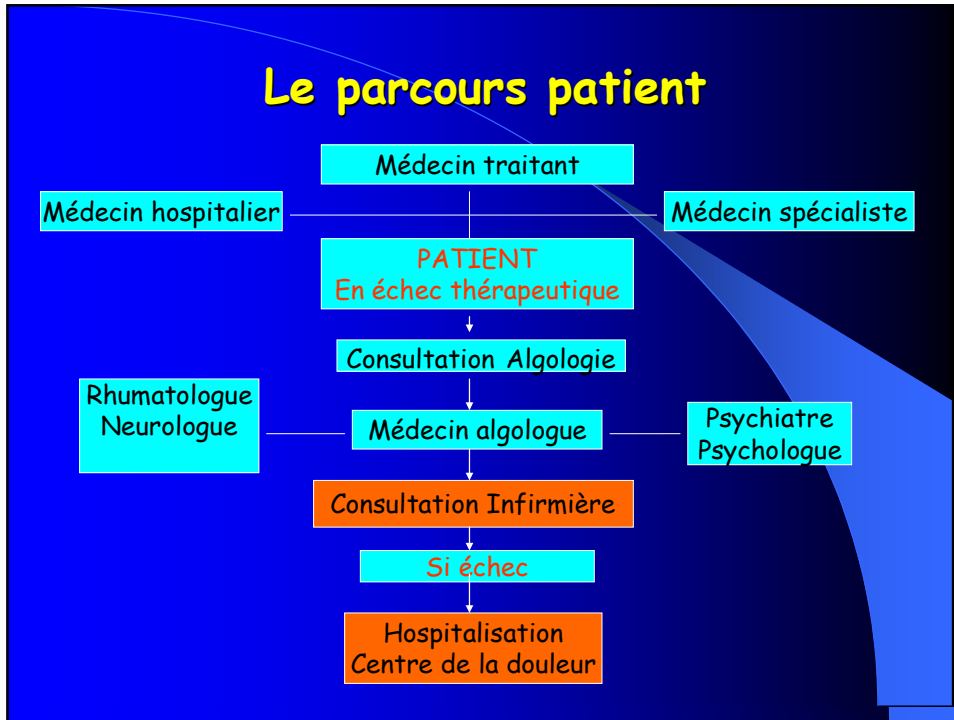
- 1 unité de consultation / hôpital saint Eloi
- 6 lits d'hospitalisation de semaine (du lundi au vendredi) depuis le 23.08.2010 / Saint-Eloi

L'équipe pluridisciplinaire

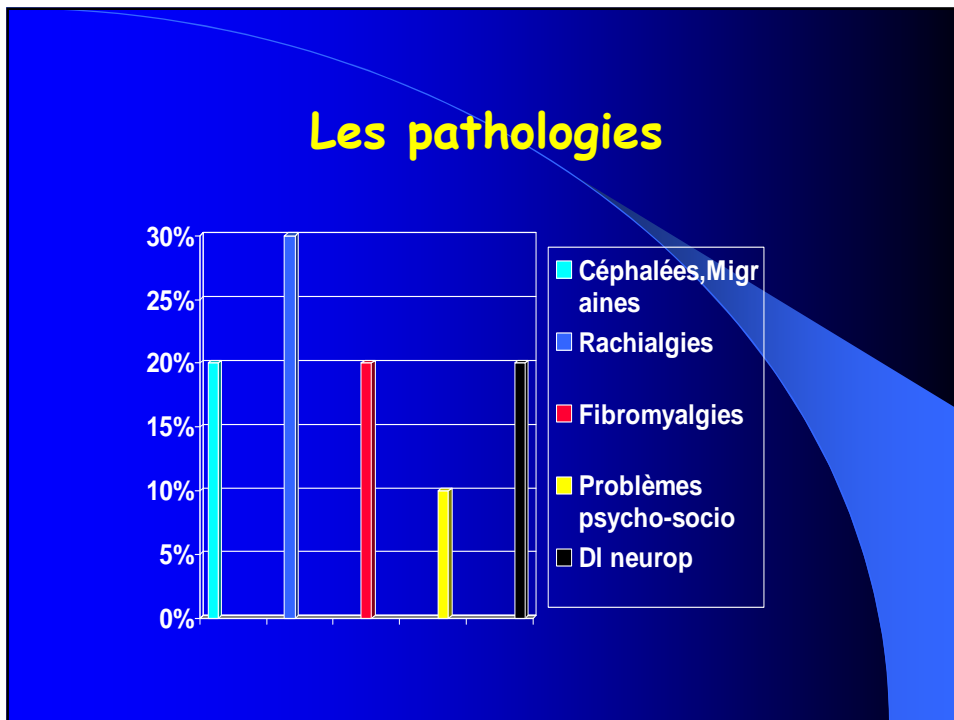
Interdisciplinarité

- 2 médecins PH anesthésistes-algologues
- 1 PH mi-temps psychiatre
- 1 PH mi-temps rhumatologue
- Vacances médicales : neurologue, hypnose
- Vacances de psychologue
- 4.80 infirmières, 1 aide-soignant, 1 secrétaire (80%)
- Diététicienne, kinésithérapeute, assistante sociale (communs au Pôle médecine)

Le parcours patient



Les pathologies



Le patient douloureux chronique

- En échec thérapeutique
- Multi-opéré et multi médicamenté
- Fragile car souvent en rupture familiale, sociale et professionnelle
- A la recherche du médicament miracle qui va changer sa vie

L'hospitalisation

- Permet une prise en charge pluridisciplinaire
- Le projet de soins et d'éducation thérapeutique va permettre à l'équipe soignante d'avoir un discours commun, cohérent face au patient douloureux chronique.

Les objectifs thérapeutiques

- Diminuer la douleur et améliorer la qualité de vie du patient
- Adapter les traitements médicamenteux

Les objectifs éducationnels

Amener le patient à

- Comprendre les mécanismes de la douleur chronique afin de mieux la gérer
- Diminuer, voire supprimer ce comportement de dépendance face aux médicaments, au nomadisme médical...

Les objectifs éducationnels

- Exprimer, verbaliser ses ressentis, sa souffrance
- Prendre conscience de l'impact psychologique et social de sa douleur
- Modifier ses représentations, ses attitudes et ses comportements

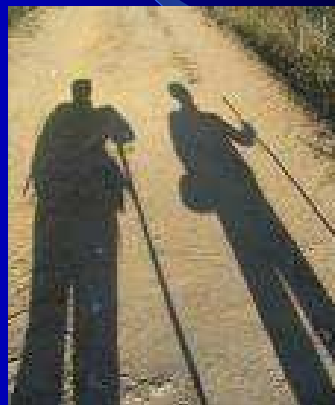
Les objectifs éducationnels

- Connaître et utiliser au mieux les traitements médicamenteux
- Utiliser les techniques de soins non médicamenteuses proposées
- Mobiliser ses propres ressources

Comment mettre en œuvre ce projet?

Le rôle de l'infirmière

- Accompagner
« Accompagner
quelqu'un c'est
marcher à ses
côtés en le laissant
libre de choisir son
chemin et le
rythme de ses pas »



Préparer le patient à l'hospitalisation

Fiche à remplir avant l'hospitalisation

- Pour vous le motif d'hospitalisation est :
- Quelles sont **vos attentes** par rapport à l'hospitalisation :
- Votre traitement actuel :

A l'entrée

Fascicule d'accueil

- Présentation du service
- Fonctionnement
- Spécificités du Centre de la Douleur
- Organisation des soins
- Les locaux

L'entretien d'accueil

Données multiples :

- Ce qu'a la personne : état de santé, traitement, vie
- Ce qu'elle sait : maladie, traitement, connaissances
- Ce qu'elle croit : elle-même, médecine, chance, Dieu,
- Ce qu'elle ressent : inquiétude, impuissance, confiance
- Ce dont elle a envie : centres d'intérêt, projets, ses attentes

L'entretien d'accueil

Ces données devront explorer :

- les manifestations
- physiques ,
- psychologiques,
- comportementales et sociales

qui constituent le syndrome douloureux de la personne



Questionnaires à remplir par le patient

Décrire et dessiner sa douleur

Évaluer le niveau de l'incapacité fonctionnelle

Évaluer le retentissement sur la qualité de la vie

Évaluer la part d'anxiété et de dépression

Évaluer le profil psychologique

Bilan éducatif partagé

- Identifier les besoins du patient, ses attentes, ses ressources
- Prendre en compte le vécu de sa maladie
- Appréhender le contexte psychosocial dans lequel il vit
- Expliquer les intentions éducatives et la démarche proposée

L'éducation thérapeutique

- Faite par les infirmières
- Supports pédagogiques
- 3 ateliers d'éducation collectifs
- Ateliers individuels pour les techniques d'apprentissage
- Évaluation en fin de semaine
- Objectifs de suivi personnalisés fixés avec le patient à la sortie

1° Atelier

Définir et comprendre la douleur chronique

- Présentation des soignants et des patients
- Définition de sa douleur par chaque patient
- Définition des différents types de douleur
- Description des voies de la douleur
- Description des systèmes de contrôle naturels de la douleur
- Définition des différentes composantes de la douleur
- Questions réponses reformulation par les patients tout au long de la séance

2° Atelier

- Les différents traitements de la douleur chronique
- Traitements médicamenteux (actions et effets indésirables des antalgiques, les différents paliers de l'OMS)
- Place et effets des antidépresseurs, des anxiolytiques, des antiépileptiques, des thymorégulateurs
- La mésothérapie
- La nécessité d'un traitement de fond et d'une bonne observance des traitements prescrits

2° Atelier

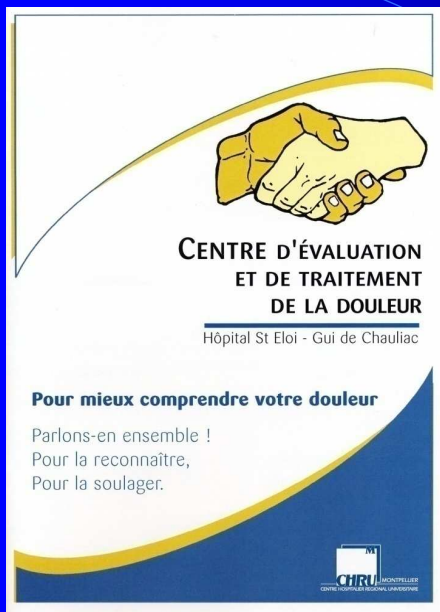
Les traitements non médicamenteux:

- La N.S.T.C.
- Le toucher massage, la relaxation
- La musicothérapie, l'hypnoalgésie
- L'activité physique, l'alimentation, le sommeil, les loisirs, la vie sociale, familiale et professionnelle
- Un suivi psychologique permettant de faire le lien entre la douleur et l'histoire de vie

3° Atelier

- Ateliers ludiques qui permettent à chacun de s'exprimer (portrait chinois, prénoms, photo langage)
- Echanges sous formes de questions réponses

Livrets d'éducation



Évaluation de l'éducation

- Date 1° séance :
 - Date 2° séance :
 - Date de l'évaluation :
- Nom de l'IdE :
Nom de l'IdE :
Nom de l'IdE :
- Objectif principal : Le patient douloureux chronique comprend sa douleur, apprend à la gérer et à la soulager.
 - 1 - Le patient est capable d'évaluer et de décrire sa douleur en fonction de l'outil présenté
 - 2 - Le patient est capable d'expliquer les mécanismes de contrôle de sa douleur chronique
 - 3 - Le patient est capable de citer les situations qui augmentent et diminuent sa douleur chronique
 - 4 - Le patient connaît le nom, l'usage, la posologie et les effets indésirables de son traitement médicamenteux

- 5 - Le patient est capable d'adapter les doses de médicaments antalgiques
- 6 - Le patient connaît les traitements non médicamenteux et est capable de les citer
- 7 - Le patient maîtrise la NSTC
- 8 - Pour soulager sa douleur, le patient est capable d'utiliser :
 - - la relaxation
 - - la musicothérapie
 - - l'hypnoalgésie
- 9 - Le patient connaît les règles d'hygiène de vie qui aident à diminuer sa douleur et est capable d'en citer au moins trois
- 10 - Le patient est capable de comprendre l'interaction entre sa douleur et son histoire de vie passée et présente
- 11 - Le patient est capable de se fixer des buts à atteindre à sa sortie d'hospitalisation ou à la fin des 5 séances en consultation infirmière

Objectifs fixés avec le patient et notés dans le carnet de suivi

- Objectifs concrets personnalisés
- Reprise d'une activité physique régulière
- Séances de relaxation pour une meilleure gestion des émotions
- Activités de plaisir
- Utilisation régulière de la neurostimulation
- Cinéma ,restaurant, vie sociale
- Reprise d'une vie professionnelle

Suivi des objectifs

Le patient sera revu soit par l'I.D.E de consultation soit l'I.D.E d'hospitalisation à 3 mois,6mois et un an pour voir si les objectifs sont atteints ou s'il faut les réajuster

Si problème ou besoin, le patient peut nous joindre par téléphone.

Conclusion

Ce programme d'éducation thérapeutique a eu l'autorisation de l'A.R.S et sera évalué d'ici juin 2012.

Le comité de pilotage du projet se réunit tous les trimestres. Des patients volontaires participent aux réunions pour nous faire part de leurs souhaits et nous faire évoluer dans notre démarche.