

DOULEUR ACCOMPAGNEMENT SOINS PALLIATIFS

CONNAISSANCES SYNTHETIQUES ET RECOMMANDATIONS INTERDISCIPLINAIRES Révision 2003



- Supervision médicale/pharmaceutique :
 - Dr Anne-Marie MATHIEU
 - Dr Stéphane DONADIEU
 - Dr Véronique MORIZE
 - Dr Christine ALESSANDRA
 - Mme Christiane BONY
 - Mme Evelyne MALAQUIN-PAVAN
 - Supervision kinésithérapique :
 - Coordination CLUD :
- Gérontologie 2
 - Consultation douleur
 - U M A
 - Pharmacie
 - Rééducation Orthopédique
 - Inf. Spécialiste Clinique & Présidente du CLUD

Documents complets de référence et bibliographie auprès de la Direction des Soins.

Hôpital Corentin-Celton
AP - HP

Révision 2003

I - CADRE LEGISLATIF	Page 6
A - Textes communs	Page 6
B - Textes professionnels	Page 7
II – DOULEUR	Page 9
A - Définitions	Page 9
B - Composantes	Page 9
1. sensori-discriminative	Page 9
2. affectivo-émotionnelle	Page 9
3. cognitive	Page 9
4. comportementale	Page 10
C - Douleur totale/Souffrance globale	Page 10
D - Physiologie	Page 10
E - Douleurs aiguës - Douleurs chroniques	Page 13
F - Seuil de tolérance	Page 16
III – EVALUATION	Page 17
A - Pourquoi ?	Page 17
B - Comment ?	Page 17
1. entretien initial	Page 18
2. outils/échelles d'évaluation	Page 19
2a. Echelle Visuelle Analogique (EVA)	Page 20
2b. Echelle Numérique (EN)	Page 20
2c. Echelle Verbale (EV)	Page 20
IV – TRAITEMENTS	Page 32
A - Les règles d'or interdisciplinaires	Page 32
B - Thérapeutiques médicamenteuses	Page 33
1. classification des antalgiques	Page 33
2. tableau d'équivalence antalgique	Page 34
3. règles de conversion des opioïdes par voie d'administration	Page 35
4. interdoses/prémédication	Page 35
5. titration morphinique	Page 36
6. opioïdes forts disponibles à C-CELTON	Page 37
6a. morphines	Page 37
6b. autres opioïdes	Page 38
7. effets secondaires des opioïdes	Page 40
8. surdosage opioïde	Page 43
9. dépendance opioïde	Page 43

10. autres antalgiques utilisés dans les douleurs neurogènes	Page 43
10a. anticonvulsivants	Page 43
10b. antidépresseurs	Page 44
11. coanalgésiques ou adjuvants thérapeutiques	Page 44
11a. corticostéroïdes	Page 44
11b. antispasmodiques (anticholinergiques)	Page 45
11c. autres coanalgésiques (myorelaxants et biphosphonates)	Page 46

V - MASSOKINESITHERAPIE ET ANTALGIE Page 46

A - Massothérapie	Page 47
B - Mobilisations actives et passives	Page 47
1. principes d'actions et indications	Page 47
2. techniques spécifiques de mobilisation	Page 47
2a. Sohier	Page 47
2b. Mézière	Page 48
2c. thérapie manuelle – ostéopathie	Page 48
2d. techniques de levées de tension	Page 48
C - Physiothérapie	Page 48
1. thermothérapie	Page 48
2. cryothérapie	Page 49
D - Balnéothérapie	Page 49
E - Electrothérapie	Page 49
1. courant continu/ionisation	Page 49
2. TENS/courants bidirectionnels	Page 49
F - Ultrasonothérapie	Page 50
G - Relaxation/sophrologie	Page 50
1. principes tirés des méthodes de Schultz et Jacobson	Page 50
2. sophrologie	Page 50

VI - INTERVENTIONS DE SOINS INFIRMIERS Page 51

RECOMMANDATIONS SOINS PALLIATIFS	2003
---	-------------

I – DEFINITIONS Page 55

A - Soins curatifs	Page 55
B - Soins palliatifs	Page 55
C - Soins de confort	Page 55
D - Soins continus	Page 56

II - QUESTIONNEMENT ETHIQUE D'AIDE A LA DECISION Page 56

A - Guide à la décision interdisciplinaire	Page 56
---	---------

**B - Classification des différents niveaux
d'interventions**

Page 57

**III - AUTRES SYMPTOMES QUE LA DOULEUR
EN FIN DE VIE**

Page 60

A - Symptôme par symptôme

Page 60

1. troubles de l'état général

Page 60

2. troubles digestifs

Page 62

3. troubles respiratoires

Page 64

4. troubles urinaires

Page 65

5. troubles cutanés

Page 65

6. troubles neuropsychiques

Page 66

7. sédation en situation d'urgence

Page 67

**B - Thérapeutiques médicamenteuses symptomatiques
en phase terminale**

Page 68

CONTACTS ET NUMEROS UTILES

2003

**I – STRUCTURES REFERENTES DOULEUR ET
SOINS PALLIATIFS**

Page 70

II – CULTES – CONTACTS SUR C-CELTON

Page 71

ANNEXES

2003

Annexe 1 : Drogues utilisables par voie sous-cutanée.

Page 73

Annexe 2 : Protocole de perfusion sous-cutanée pour réhydratation.

Page 74

Annexe 3 : Protocole d'injection sous-cutanée par épicerânienne à demeure.

Page 75

Annexe 4 : Protocole de soins de bouche.

Page 76

RECOMMANDATIONS DOULEUR

2003

I - CADRE LEGISLATIF

A – Textes communs

Circulaire du 26/08/86 - DGS/3D

« Soigner et accompagner jusqu'au bout : l'aide aux mourants ».

Circulaire DGS DH 94 - 3 janvier 1994 relative à l'organisation de soins et à la prise en charge de la douleur chronique

Annexe de la circulaire 95.22 : 6 mai 1995 - Charte du patient hospitalisé

« (Les établissements de santé) dispensent les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert (l'état des malades). (...) Au cours de ces traitements et de ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement. (...) L'évolution des connaissances scientifiques et techniques permet d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, une réponse aux douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants, des adultes ou des personnes en fin de vie.

Lorsque les personnes sont parvenues au terme de leur existence, elles reçoivent des soins d'accompagnement qui répondent à leurs besoins spécifiques. Elles sont accompagnées si elles le souhaitent, par leurs proches et les personnes de leur choix et, naturellement, par le personnel ».

Loi n° 95.116 du 4/02/95 portant diverses mesures d'ordre social

2 nouveaux articles au Code de la Santé Publique :

Art. L. 710-3-1 : « Les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L. 714-11. les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale des médecins et diffusent les connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans les établissements ».

Art. L. 710-3-2 : « Les établissements sociaux et médico-sociaux hébergeant notamment des personnes âgées mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes qu'ils reçoivent ».

Loi 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

Art. L. 1er A. « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».

Art. L. 1er B. « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Art. L. 1er C. « La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique ».

Programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé. Réf. : Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002 et Art. L 1112-4 du Code de la Santé Publique.

L'établissement doit s'engager :

- à l'information des usagers par la remise du contrat d'engagement contre la douleur lors de l'accueil ;
- à organiser la prise en charge de la douleur dans l'établissement ;
- à informer et former les professionnels de santé ;
- à mettre en place, au sein des services, des protocoles de prise en charge de la douleur et à renforcer le rôle infirmier (notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée).

Guide d'orientation : organiser la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé. DHOS Octobre 2002.

Précise les missions et rôles du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), l'élaboration et la conduite du programme douleur à mettre en œuvre.

Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médicosociales.

B – Textes professionnels

Décret du 06/09/95 du nouveau code de déontologie médicale - Titre II

Art. 37 : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ».

Art. 38 : « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par les soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ».

Réforme des études médicales - 1997

Obligation de faire entrevoir les grands paragraphes de l'éthique médicale dès la première année. L'enseignement des soins palliatifs est obligatoire ainsi que celui du traitement de la douleur.

Décret 2002-194 du 11/02/02 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (J.O. 16/02/02)

Ce décret précise notamment que l'IDE est habilitée à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles pré-établis, écrits, datés et signés par un médecin.

Art. 2 : « De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage ».

Art. 5 : « Recueil des observations de toute nature susceptible de concourir à la connaissance de l'état de santé... dont l'évaluation de la douleur ».

Art. 7 : « L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles pré-établis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers ».

Art. 8 : En présence d'un médecin : « Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ».

En salle de surveillance post-interventionnelle, l'IDE anesthésiste est habilitée à la prise en charge de la douleur post-opératoire dans les conditions précisées à l'article 10.

Décret 96.729 du 12/08/96 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant

« L'aide-soignant contribue, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne ».

Décret 2000-577 du 27/06/00 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute

Art. 9 : « Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masso-kinésithérapeute est habilité à contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs ».

Art. 2 : « Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend un diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins ainsi que le choix des actes et techniques qui lui paraissent les plus appropriés ».

II - DOULEUR

A - Définitions

L'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (I.A.S.P.) définit la douleur comme « ***une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, en rapport avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou simplement décrite comme telle*** ».

Comme le précise le Docteur François BOURREAU¹, "la douleur est toujours subjective. (...) C'est incontestablement une sensation perçue dans une ou plusieurs parties du corps, mais elle est toujours désagréable et, de ce fait, c'est aussi une expérience émotionnelle".

De ces deux définitions, il est souhaitable de retenir :

- ..."**la douleur est une expérience**" : à nous de la comprendre telle qu'elle est vécue par le patient, dans une dimension sensorielle et émotionnelle.
- ..."**la douleur est toujours subjective**" : seule, la personne soignée souffrante peut nous parler de **sa douleur**. La douleur est toujours individuelle et correspond à ce que le malade dit d'elle.

B - Composantes

On décrit quatre composantes qui sont en interaction et qui se modulent réciproquement.

1. la composante sensori-discriminative

Elle permet le décodage de la **qualité** (brûlure, torsion, décharges électriques, déchirure...), de la **durée** (brève, continue...), de **l'intensité** et de la **localisation** des messages nociceptifs.

2. la composante affectivo-émotionnelle

Elle lui confère sa **tonalité désagréable**, pénible, parfois décrite comme "insupportable". Cette composante, longtemps considérée comme uniquement réactionnelle, fait partie intégrante de l'expérience douloureuse. Elle pousse le sujet à éviter la douleur et sa cause. La composante affective peut se prolonger vers des états émotionnels comme l'**anxiété** ou la **dépression**.

La signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution sont des facteurs qui vont venir moduler la composante affective de la douleur clinique.

3. la composante cognitive

Le terme cognitif désigne l'ensemble des **processus mentaux** susceptibles d'influencer la perception douloureuse et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention et de diversion de l'attention, interprétations et significations de la douleur, anticipations, références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, décisions sur le comportement à adopter...

¹ François BOURREAU – Centre de Traitement de la Douleur – Hôpital Saint-Antoine (AP-HP).

En pratique, il est toujours nécessaire de chercher à **comprendre le sens** que le malade donne à sa douleur pour mieux cerner ses propres interprétations, causes fréquentes d'anxiété accrue.

4. la composante comportementale

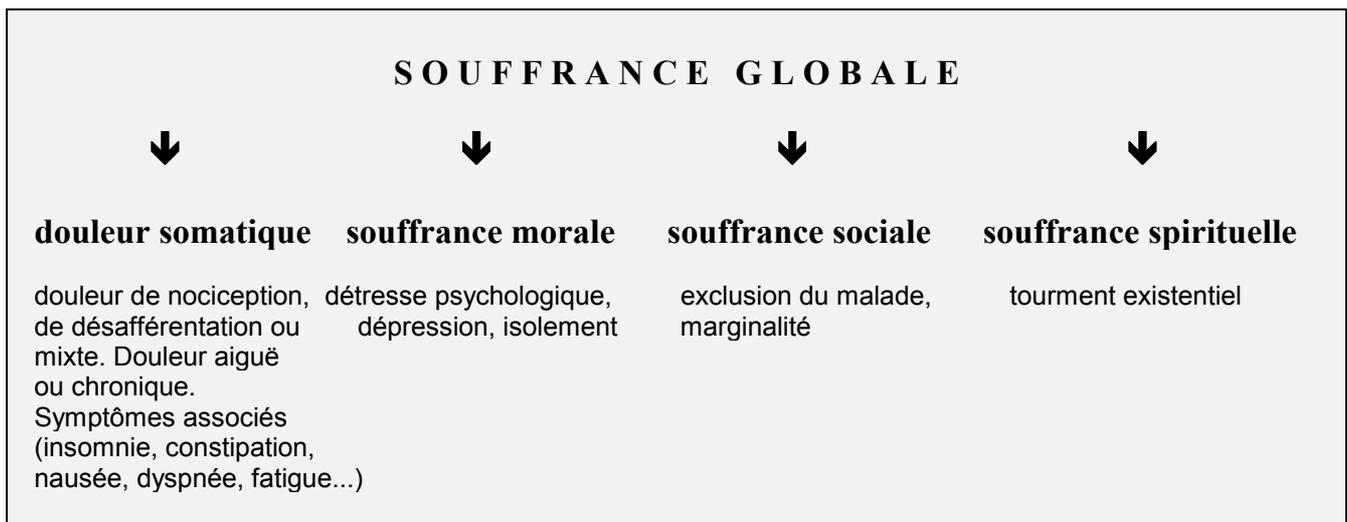
Elle englobe l'ensemble des **manifestations observables** chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures antalgiques, arrêt de travail...). Ces manifestations **verbales** (ce que l'on entend) et **non verbales** (ce que l'on voit), assurent une fonction de communication avec l'entourage. Avec le temps, divers facteurs psychologiques et environnementaux peuvent participer à l'entretien de ces manifestations comportementales.

C – Douleur totale /Souffrance globale

La douleur est une expérience subjective et un phénomène physique. La souffrance, constituée des mêmes composantes que la douleur, n'est pas localisée dans le corps (sauf en cas de somatisation d'une souffrance).

Mais souvent la confusion s'installe entre "**douleur**" et "**souffrance**".

Chaque fois qu'un sujet se plaint de douleurs, il est indispensable d'accueillir cette douleur à la fois sur le plan physique mais aussi d'en rechercher toutes les autres dimensions. Ce schéma nous offre une approche globale de la **douleur dite "totale"** ou "**souffrance globale**".



Lorsque le soulagement de la douleur physique est obtenu, tous les éléments de la souffrance peuvent continuer à s'exprimer. La notion d'accompagnement prend alors tout son sens, nécessitant la participation d'une équipe interdisciplinaire.

D - Physiologie

La physiologie de la douleur est complexe. Très synthétiquement, pour qu'il soit perçu, le message douloureux doit être **transmis de la périphérie jusqu'à certains centres du cerveau** :

⇒ récepteurs de la douleur = **nocicepteurs** (dans les tissus cutané, musculaire, ligamentaire, viscéral), excités par des stimuli mécaniques, thermiques ou chimiques (inflammation).

⇒ transmission par différentes **fibres afférentes** jusqu'au système nerveux puis aux centres supérieurs (thalamus, cortex) où il y a décodage et réactions comportementales ou émotionnelles et mémorisation.

Il existe différents **niveaux de contrôle** du message douloureux :

- au niveau segmentaire médullaire = « gate control » (théorie de la porte ; contrôle inhibiteur par les grosses fibres du tact.).
- au niveau central = « contrôle inhibiteur diffus descendant » faisant intervenir des voies sérotoninergiques descendantes.
- existence de récepteurs naturels opioïdes dans de nombreuses régions du système nerveux central et périphérique et libération endogène de substances opioïdes (endomorphines).
- phénomènes de sensibilisation des récepteurs lorsqu'ils sont soumis à des stimulations répétées, qui diminuent le seuil de perception et préparent à la douleur chronique.

La douleur est toujours le résultat d'une rupture d'équilibre entre un système excitateur et un système inhibiteur.

Voir schéma ci-après.

DOULEUR



LESION ORGANIQUE
(actuelle ou ayant existée)

O U I



LESION NEUROLOGIQUE

O U I



DOULEUR NEUROGENE

(ou de désafférentation ou neuropathique)

Résulte de la lésion partielle ou totale du système nerveux conducteur de la douleur (sur son trajet ou au niveau central).

Absence de stimulation des nocicepteurs.

- Fond douloureux permanent (brûlure, sensation bizarre, fourmillements, décollement de peau).

- Accès paroxystique de douleurs fulgurantes (décharges électriques, coup de poignard, pelote d'épingles...).

Variation du ressenti douloureux en fonction de l'humeur et de l'occupation.

- Troubles à l'examen neurologique de la zone concernée :

Douleur à l'affleurement (allodynie) (ex. : zona, AVC).

Troubles de la sensibilité (anesthésie douloureuse).

- Sensibilité irrégulière aux antalgiques classiques.

- Sensibilité aux anti-dépresseurs, anti-convulsivants, à l'électrothérapie (TENS) à des techniques de massage et/ou acupuncture.

N O N



DOULEUR PSYCHOGENE

N O N



DOULEUR PAR EXCES DE NOCICEPTION

Liée à une stimulation (mécanique, thermique ou chimique) des récepteurs de la douleur.

Voies de transmission et système central intacts.

- Evolue sur fond douloureux permanent sans trouble de la sensibilité objective.

- Pauvreté ou imprécision de la description qualitative « j'ai mal ».

- Douleur à la pression.

- Répond aux traitements antalgiques indiqués dans l'échelle thérapeutique de l'OMS.

L'association de ces deux types de douleur s'observe le plus souvent (**douleur mixte**).

Parfois la localisation de la douleur ne concorde pas avec le siège de la lésion et qu'elle se trouve « à distance » : **douleur projetée**.

La **douleur psychogène** reste un diagnostic d'élimination avec une cause psychiatrique identifiée.

E - Douleurs aiguës - Douleurs chroniques

Ces deux types de douleurs présentent plus de différences que de similitudes dans leurs mécanismes et leur finalité biologique.

Classiquement, la limite séparant les douleurs aiguës et chroniques est le facteur temps : on parle de douleur chronique quand celle-ci persiste après plusieurs mois.

Douleurs aiguës

Ou encore nommée *signal d'alarme* ou *symptôme*.

Elle est qualifiée d'aiguë quand elle est présente depuis peu de temps (douleur de première apparition).

Elle peut être liée à un traumatisme (ex. : coup de marteau...), à un signe d'un désordre physiopathologique d'une maladie aiguë (douleur de l'infarctus, de la pneumonie...), à une intervention chirurgicale ou à un traitement (ex. : début de rééducation fonctionnelle).

Elle s'atténue avec le traitement de la cause. Elle guide le diagnostic médical.

Elle se décompose en deux temps successifs, en lien avec les fibres conductrices concernées :

	douleur aiguë rapide	douleur aiguë lente
caractéristiques cliniques	vive, type de piqûre localisée, diffuse, instantanée	sourde, type de brûlure, installation plus lente
évolution	durée brève, pas de tonalité affective	durée prolongée, réaction affective et végétative
fibres nerveuses	fibres sensibles A delta	fibres sensibles C
exemples	je me pique le bout du doigt. "Aie !". J'ai mal. C'est fini la mise en tension après un repos prolongé	l'œdème inflammatoire réactionnel autour du coup
effets analgésiques	non bloquée par la morphine	bloquée par la morphine

A l'observation et l'entretien du patient, la douleur aiguë peut se caractériser par :

- le signalement d'une douleur intense et de courte durée par la personne.
- comportements de défense ou d'autoprotection (retrait, position antalgique).
- repli sur soi ou isolement social.
- altération de la perception temporelle.
- altération des opérations de la pensée.
- comportements de diversion (gémissements, pleurs, massage d'une partie du corps, va-et-vient dans la pièce).
- diminution de la force et de la résistance.
- irritabilité.

- agitation.
- masque de douleur : air abattu, traits crispés, mâchoire tendue, dents serrées, yeux ternes, yeux grands ouverts ou fermés avec les paupières plissées, sourcils froncés.
- modification de la pression artérielle et de la fréquence du pouls.
- augmentation ou diminution de la fréquence respiratoire.
- pupilles dilatées.
- hypersudation.
- tension musculaire accrue.
- perturbation du sommeil.
- perturbation de l'appétit.

Douleurs chroniques

Ou encore reconnue comme une *maladie en soi* qui est à considérer de la même manière que le handicap.

Quelle que soit l'étiologie de départ, c'est une **douleur persistante** (plusieurs mois), composée de plusieurs facteurs potentiels qui doivent être chacun considéré comme des **mécanismes d'entretien**.

Réelle maladie en soi, la douleur chronique a perdu sa fonction initiale de "signe d'alarme" pour devenir inutile et destructrice pour le patient. La sensation douloureuse prolongée de malaise corporel n'est résolue ni par la guérison naturelle, ni par les interventions thérapeutiques entreprises.

Elle évolue alors en **syndrome douloureux chronique** où l'ensemble des manifestations physiques, psychologiques, comportementales et sociales est renforcé comme une conséquence légitime et une composante inévitable de leur existence.

La douleur chronique peut être maligne ou bénigne. La douleur chronique maligne est associée au cancer ou à d'autres maladies évolutives. La douleur chronique bénigne apparaît à la suite d'un traumatisme tissulaire guéri ou non évolutif.

En pratique, la douleur chronique est favorisée par :

- maladie ou trouble chronique.
- invalidité physique chronique.
- manque de connaissances sur les méthodes de soulagement de la douleur.
- échecs successifs des thérapeutiques.

A l'observation et à l'entretien du patient, la douleur chronique peut être caractérisée par :

- douleur persistant anormalement depuis plusieurs mois.
- comportements de défense ou d'autoprotection (plus difficile à décoder car souvent intégrés aux mouvements et attitudes habituelles).
- diminution de l'activité relationnelle majorée.
- repli sur soi.
- perturbation des rapports familiaux et sociaux.
- difficulté à poursuivre les activités habituelles.
- irritabilité.
- agitation.
- état dépressif.
- changement dans les habitudes de sommeil.
- changement de poids.
- masque de douleur : air abattu, yeux ternes, sourcils froncés, rictus, visage figé...

- altération de l'image corporelle.
- expression de découragement et d'épuisement face aux échecs des méthodes de soulagement recherchées et aux efforts déployés pour « supporter » la douleur.
- perte du sens donné à la vie.
- réévaluation des croyances religieuses ou spirituelles.
- doutes existentiels.

La prise en charge du patient douloureux chronique doit être globale et pluridisciplinaire, évitant la dichotomie corps/psychisme.

Tableau comparatif

	douleur aiguë	douleur chronique
finalité biologique	utile, protectrice, signal d'alarme	inutile, destructrice, maladie à part entière
mécanisme	un seul facteur (traumatisme, désordre biologique ou ...)	plusieurs facteurs (physique, psychique, social, comportemental...)
réactions somato-végétatives	réactionnelle (augmentation FC, FR, peur, angoisse...)	habitude (absence de signes par « habitude »)
composante affective	anxiété	Dépression
comportement	réactionnel (ex. : retrait de la main, position antalgique)	renforcé (ex. : mal à la main, ne l'utilise plus : augmentation de l'intensité douloureuse à l'utilisation = cercle vicieux)
modèle de compréhension	classique, douleur de type nociception (traitement de la cause connue)	Pluridimensionnel (ex. : traitement médicamenteux, traitement psychologique, réinsertion sociale, étude bénéfiques secondaires de l'état...)

Synthèse des traits psycho-pathologiques retrouvés chez les patients douloureux chroniques (décrits par E. FERRAGUT) :

- une immaturité et une dépendance vis-à-vis de l'entourage.
- une fréquence particulière de l'angoisse de séparation.
- une demande d'attention jamais satisfaite.
- une agressivité sous-jacente.
- la présence d'une faille narcissique où la douleur fait office d'étayage personnel et relationnel.
- la notion de carences affectives précoces ou de violences physiques, maltraitances ou accidents.

D'un point de vue psychique, il faut :

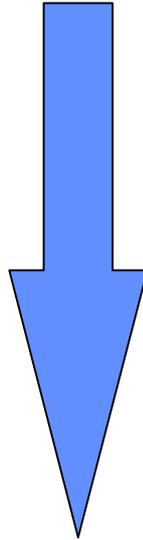
- reformuler la plainte et non pas la taire.
- élaborer la souffrance et l'angoisse.
- développer les possibilités d'anticipation et d'autonomisation.
- réinvestir le corps et le narcissisme.
- remobiliser le désir.
- stimuler les investissements sociaux et familiaux.
- encourager la créativité pour trouver d'autres moyens d'expression adaptés.

F - Seuil de tolérance

Chaque personne possède son propre seuil de tolérance à la douleur, en lien avec les différentes composantes et le sens donné à celle-ci. Certains facteurs modifient notre seuil initial de tolérance, soit en l'augmentant, soit en le diminuant.

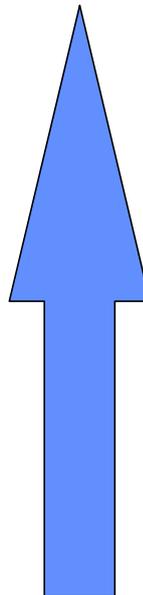
Facteurs modifiant le seuil de tolérance à la douleur

- l'inconfort
- l'insomnie
- la fatigue
- l'angoisse
- la peur
- la colère
- la tristesse
- la dépression
- l'isolement
- l'introversion
- le souvenir d'une autre douleur non soulagée
- la non reconnaissance de cette douleur par l'entourage...



diminuent
la
tolérance

augmentent
la
tolérance



- le traitement efficace des symptômes
- le sommeil
- le repos
- la sympathie
- l'empathie
- la compréhension
- avoir bon moral
- la bonne humeur
- les distractions
- le fait d'être entendu
- la sensation de confort...

III - EVALUATION

A - Pourquoi ?

Traiter la douleur est une **priorité** fondamentale de notre démarche soignante. L'évaluation est incontournable : plus vite on en cerne les différents paramètres, plus vite on pourra adapter les modalités efficaces des différents traitements.

Suivant les enquêtes, 25 à 70 % des sujets âgés seraient douloureux. Le seuil de la douleur n'est pas modifié avec l'âge. Les capacités d'expression de la douleur sont altérées chez l'âgé comme chez la personne qui présente des troubles du comportement (maladie psychiatrique, démences, confusion...) . La douleur est souvent sous-estimée car la personne âgée et son entourage la trouvent normale car/ou habituelle.

La douleur peut entraîner une perte d'autonomie totale et faire errer le diagnostic en "troubles" du caractère ou du comportement.

La douleur **mal calmée** devient **vite chronique** avec ses conséquences tant émotionnelles que physiques.

B - Comment ?

Faite à l'aide de **critères précis**, utilisables, connus de tous et reproductibles, l'évaluation permet :

- ⇒ de reconnaître et de préciser la douleur du patient (qualité, intensité...).
- ⇒ d'avoir un langage commun au sein de l'équipe pour rechercher, transmettre et analyser l'information à recueillir.
- ⇒ de fixer les objectifs de soins réalisables, mesurables et réajustables.
- ⇒ d'améliorer ainsi la qualité et l'efficacité de la prise en charge initiale et continue.
- ⇒ de répondre au plus près de l'étiologie parfois complexe de la douleur.

Elle repose sur trois temps :

1. Le recueil de données :

- . l'écoute du patient (entretien, examen clinique).
- . l'observation de son comportement.
- . la mesure de l'intensité de la douleur (E.V.A., échelles).

2. **La mise en commun des informations** recueillies par les différents membres de l'équipe interdisciplinaire pour décider des objectifs thérapeutiques.

3. La mise en œuvre des **thérapeutiques**, associée à une **réévaluation/surveillance** continue de leurs effets bénéfiques et secondaires.

1. entretien initial

Cet entretien est un temps clé de la prise en charge. Il est, bien sûr, couplé à **un examen clinique** soigneux, centré notamment sur la recherche de signes neurologiques. Il se déroule dans un climat de confiance où **est douleur ce qui, pour le la personne, fait mal**.

Tout en laissant le patient parler librement de sa douleur, on cherchera à préciser :

- ⇒ depuis quand existe la douleur.
- ⇒ ses causes initiales d'après le patient.
- ⇒ son évolution.
- ⇒ sa localisation principale et ses éventuelles projections.
- ⇒ la qualité de la douleur, son type : brûlure, torsion, pique, morsure...
- ⇒ a-t-il déjà eu un traitement et quel en est le résultat ?
- ⇒ sa fréquence actuelle, la durée des crises, l'horaire.
- ⇒ son intensité (E.V.A.) minimale/maximale.
- ⇒ les facteurs déclenchants.
- ⇒ ce qui la soulage, l'augmente (positions, mouvements, traitements...).
- ⇒ son retentissement sur la vie quotidienne (familiale, relationnelle, professionnelle).
- ⇒ le ressenti du patient.
- ⇒ les symptômes douloureux ou d'inconfort associés.
- ⇒ le niveau **acceptable** de "douleur" qui deviendra l'**objectif** de la **prise en charge**.
- ⇒ troubles de l'endormissement, du sommeil, de l'humeur.
- ⇒ perte d'appétit.

Dans le cadre de la **douleur chronique**, rechercher en plus :

- ⇒ le retrait physique et social.
- ⇒ sentiment d'impuissance, tristesse, perte d'intérêt (entrée phase dépressive).

2. outils/échelles d'évaluation

Pour compléter les données recueillies par l'entretien et l'observation, les soignants peuvent choisir trois types **d'outils de mesure**, en fonction du degré d'autonomie et de participation du patient :

Classe d'outils n° 1 : utilisation des échelles globales d'évaluation de la douleur :
Echelle Numérique (EN) - Echelle Visuelle Analogique (EVA) - Echelle Verbale (EV)

- **Population**

Toute personne, même très âgée, se plaignant d'une douleur aiguë ou chronique, quelle qu'en soit l'étiologie, avant et en cours de traitement, doit bénéficier de ce recueil de données.

Ces échelles peuvent être utilisées pour des **personne âgées non détériorées et des personnes non comateuses**.

- **Objectifs**

- ⇒ Evaluer l'intensité de la douleur et ses variations en fonction des différents moments de la journée, des soins ou des activités.
- ⇒ Evaluer l'efficacité des antalgiques en fonction de la dose et de leur durée d'action.

- **Qui fait l'évaluation ?**

- ⇒ **Le patient** : il est l'expert (auto-évaluation) : c'est lui qui cote sa douleur et détermine son seuil de tolérance.
- ⇒ L'infirmière, l'aide-soignante, le kinésithérapeute, le médecin...
- ⇒ La famille (notamment au domicile). Les bénévoles peuvent noter des données.

- **Quand ?**

- ⇒ Systématiquement à l'admission.
- ⇒ Dès lors qu'il y a douleur exprimée ou un doute.
- ⇒ Pour objectiver l'efficacité du traitement.

Ces auto-évaluations seront renouvelées aussi souvent que nécessaire pour obtenir une antalgie stable et efficace (au début plusieurs fois par jour). Elles ne sont plus utiles lorsque le traitement est bien stabilisé. Elles doivent être accueillies en regard de l'anxiété potentielle liée aux soins ou au souvenir de soins douloureux.

- **Comment ?**

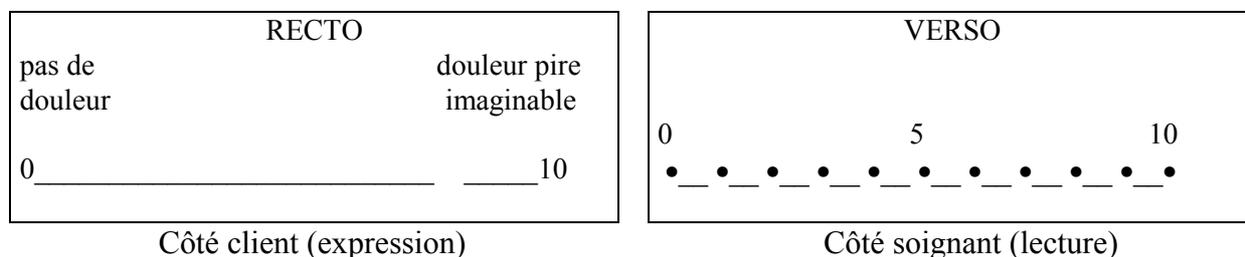
Les évaluations se font dans le cadre d'une relation authentique avec le patient. Elles sont seulement un des moyens de communication avec lui. La technique et son intérêt doivent lui être expliqués.

L'évaluation de l'intensité permet une **analyse dans le temps de la douleur chez un même patient (cinétique douloureuse)** mais ne permet en aucun cas de comparer le niveau de douleur de deux patients

ou encore de préattribuer des protocoles antalgiques en fonction des scores standards (jamais de protocole type : 2 = Doliprane®, 8 = morphine...).

2a. Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.)

A l'aide d'une règle, le patient place un repère (trait ou curseur) là où il juge l'intensité de sa douleur. On lit (*), au dos de la règle, le chiffre correspondant.



(* Remarque : Eduqué, le patient peut lui-même lire et reporter ce chiffre sur son cahier de surveillance.

On peut s'aider de l'image du thermomètre, de règles de couleur (enfants, personnes âgées) où la visualisation de la douleur est plus facile. Il peut être nécessaire de faire manipuler l'instrument plusieurs fois et de répéter les instructions avant la première mesure.

La seule limite des E.V.A. est la vision du curseur. Si le patient a des problèmes de praxie, le soignant l'aidera à placer le curseur. Même si ce mode d'évaluation concerne un pourcentage peu élevé de notre clientèle âgée, il est fondamental que chaque soignant est quand même le **réflexe** de l'envisager pour utiliser au maximum les ressources individuelles du patient.

2b. Echelle Numérique (E.N.)

On demande au patient de donner un chiffre de 0 à 10 (0 ne représentant aucune douleur, 10 représentant une douleur maximale, « la pire qu'il puisse imaginer »).

2c. Echelle Verbale (E.V.)

On demande au patient de caractériser en un mot sa douleur : faible, modérée, intense, extrêmement intense.

Cette échelle étant peu précise, elle n'est pas retenue pour notre pratique courante.

Classe d'outils n° 2 : Echelle verbale d'évaluation de la douleur.

Q.D.S.A. : Questionnaire Douleur Saint-Antoine : forme française et abrégée de MAC GUIL PAIN (cf. Dr F. BOURREAU - Hôpital St Antoine AP-HP)

Il s'agit là d'un outil élaboré, utile pour des travaux de recherche, ou permettant de se remettre en mémoire les différentes **tonalités de la douleur** afin d'enrichir l'interrogatoire du patient, de mieux cibler les mécanismes en interaction. Son utilisation n'est pas courante en milieu gériatrique.

- **Population**

Ce questionnaire s'adresse au patient souffrant de **douleur chronique** et notamment de **syndrome douloureux chronique « rebelle »**. On peut aussi l'utiliser pour une douleur aiguë lorsque son mécanisme n'est pas évident.

Il nécessite une grande coopération du patient. Les personnes âgées non dégradées peuvent adhérer à ce type d'évaluation.

- **Objectifs**

- ⇒ Evaluer qualitativement l'intensité de la douleur en utilisant le « vocabulaire » de la douleur.
- ⇒ Retrouver la sémiologie de la douleur.
- ⇒ Apprécier la tonalité émotionnelle et psychologique de la douleur.
- ⇒ Evaluer l'action des traitements antalgiques à long terme.

- **Qui fait l'évaluation ?**

Le soignant (médecin, infirmière) avec le patient.

- **Quand ?**

- . Pour clarifier le diagnostic et retourner à la sémiologie.
- . Quelques semaines ou quelques mois après la mise en place d'un traitement.
- . Dans les syndromes douloureux chroniques où de nombreux traitements ont été inefficaces.

Remarque : Il n'y a aucun intérêt à répéter fréquemment les Q.D.S.A.

- **Pourquoi ?**

- . C'est un outil qui permet un recueil de données précis.
- . Il oriente vers le mécanisme de la douleur (excès de nociception, neurogène, psychologique, mixte).
- . Il permet au patient de faire le « récit » spontané de sa douleur.
- . Le soignant peut ainsi apprécier la composante comportementale et émotionnelle de cette douleur.

- **Comment ?**

A l'aide du questionnaire joint :

- . soit laisser le patient parler de sa douleur spontanément et relever les mots qu'il choisit pour qualifier sa douleur.
- . soit lui demander d'attribuer une note (de 0 à 4) à chaque adjectif et de sélectionner dans chaque groupe de mots celui qui lui paraît le plus précis le concernant.

A partir des mots qu'il emploie, on précise les sensations induites (cf. Q.D.S.A. : A à I), les répercussions comportementales (J à K), la tonalité psychologique de la douleur (L à P).

Reporter les données ainsi obtenues sur un document accessible au médecin et à l'équipe soignante dans le dossier de soins.

Nom :	Prénom :	Date :	Q.D.S.A.																													
<p>- Vous trouverez ci-dessous une liste de mots utilisés par certaines personnes pour définir une douleur.</p> <p>- Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, donnez une note à chaque mot selon le code suivant:</p>																																
<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">0</td> <td style="padding: 5px;">Absent</td> <td style="padding: 5px;">Pas du tout</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">Faible</td> <td style="padding: 5px;">Un peu</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">Fort</td> <td style="padding: 5px;">Beaucoup</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">Extrêmement fort</td> <td style="padding: 5px;">Extrêmement</td> </tr> </table>				0	Absent	Pas du tout	1	Faible	Un peu	3	Fort	Beaucoup	4	Extrêmement fort	Extrêmement																	
0	Absent	Pas du tout																														
1	Faible	Un peu																														
3	Fort	Beaucoup																														
4	Extrêmement fort	Extrêmement																														
<p>- Pour chaque classe de mots, entourez le mot le plus exact pour décrire votre douleur.</p>																																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">A Battements</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Pulsations</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Élançements</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">En éclairs</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Décharges électriques</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Coups de marteau</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	A Battements	<input type="checkbox"/>	Pulsations	<input type="checkbox"/>	Élançements	<input type="checkbox"/>	En éclairs	<input type="checkbox"/>	Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">E Tiraillement</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Étirement</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Distension</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Déchirure</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Torsion</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Arrachement</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	E Tiraillement	<input type="checkbox"/>	Étirement	<input type="checkbox"/>	Distension	<input type="checkbox"/>	Déchirure	<input type="checkbox"/>	Torsion	<input type="checkbox"/>	Arrachement	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">K Nauséuse</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Suffocante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Syncopale</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	K Nauséuse	<input type="checkbox"/>	Suffocante	<input type="checkbox"/>	Syncopale	<input type="checkbox"/>
A Battements	<input type="checkbox"/>																															
Pulsations	<input type="checkbox"/>																															
Élançements	<input type="checkbox"/>																															
En éclairs	<input type="checkbox"/>																															
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>																															
Coups de marteau	<input type="checkbox"/>																															
E Tiraillement	<input type="checkbox"/>																															
Étirement	<input type="checkbox"/>																															
Distension	<input type="checkbox"/>																															
Déchirure	<input type="checkbox"/>																															
Torsion	<input type="checkbox"/>																															
Arrachement	<input type="checkbox"/>																															
K Nauséuse	<input type="checkbox"/>																															
Suffocante	<input type="checkbox"/>																															
Syncopale	<input type="checkbox"/>																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">B Rayonnante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Irradiante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	B Rayonnante	<input type="checkbox"/>	Irradiante	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">F Chaleur</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Brûlure</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	F Chaleur	<input type="checkbox"/>	Brûlure	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">L Inquiétante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Oppressante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Angoissante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	L Inquiétante	<input type="checkbox"/>	Oppressante	<input type="checkbox"/>	Angoissante	<input type="checkbox"/>																
B Rayonnante	<input type="checkbox"/>																															
Irradiante	<input type="checkbox"/>																															
F Chaleur	<input type="checkbox"/>																															
Brûlure	<input type="checkbox"/>																															
L Inquiétante	<input type="checkbox"/>																															
Oppressante	<input type="checkbox"/>																															
Angoissante	<input type="checkbox"/>																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">C Piqûre</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Coupure</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Pénétrante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Transperçante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Coup de poing</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	C Piqûre	<input type="checkbox"/>	Coupure	<input type="checkbox"/>	Pénétrante	<input type="checkbox"/>	Transperçante	<input type="checkbox"/>	Coup de poing	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">G Froid</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Glace</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	G Froid	<input type="checkbox"/>	Glace	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">M Harcelante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Obsédante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Cruelle</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Torturante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Suppliciante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	M Harcelante	<input type="checkbox"/>	Obsédante	<input type="checkbox"/>	Cruelle	<input type="checkbox"/>	Torturante	<input type="checkbox"/>	Suppliciante	<input type="checkbox"/>						
C Piqûre	<input type="checkbox"/>																															
Coupure	<input type="checkbox"/>																															
Pénétrante	<input type="checkbox"/>																															
Transperçante	<input type="checkbox"/>																															
Coup de poing	<input type="checkbox"/>																															
G Froid	<input type="checkbox"/>																															
Glace	<input type="checkbox"/>																															
M Harcelante	<input type="checkbox"/>																															
Obsédante	<input type="checkbox"/>																															
Cruelle	<input type="checkbox"/>																															
Torturante	<input type="checkbox"/>																															
Suppliciante	<input type="checkbox"/>																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">D Pincement</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Serrement</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Compression</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Écrasement</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">En étau</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Broiement</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	D Pincement	<input type="checkbox"/>	Serrement	<input type="checkbox"/>	Compression	<input type="checkbox"/>	Écrasement	<input type="checkbox"/>	En étau	<input type="checkbox"/>	Broiement	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">H Picotement</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Fourmillements</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Démangeaisons</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	H Picotement	<input type="checkbox"/>	Fourmillements	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">N Gênante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Désagréable</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Pénible</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Insupportable</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	N Gênante	<input type="checkbox"/>	Désagréable	<input type="checkbox"/>	Pénible	<input type="checkbox"/>	Insupportable	<input type="checkbox"/>				
D Pincement	<input type="checkbox"/>																															
Serrement	<input type="checkbox"/>																															
Compression	<input type="checkbox"/>																															
Écrasement	<input type="checkbox"/>																															
En étau	<input type="checkbox"/>																															
Broiement	<input type="checkbox"/>																															
H Picotement	<input type="checkbox"/>																															
Fourmillements	<input type="checkbox"/>																															
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>																															
N Gênante	<input type="checkbox"/>																															
Désagréable	<input type="checkbox"/>																															
Pénible	<input type="checkbox"/>																															
Insupportable	<input type="checkbox"/>																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">I Engourdissement</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Lourdeur</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Sourde</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	I Engourdissement	<input type="checkbox"/>	Lourdeur	<input type="checkbox"/>	Sourde	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">J Fatigante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Épuisante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Éreintante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	J Fatigante	<input type="checkbox"/>	Épuisante	<input type="checkbox"/>	Éreintante	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">O Énervante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Exaspérante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Horripilante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	O Énervante	<input type="checkbox"/>	Exaspérante	<input type="checkbox"/>	Horripilante	<input type="checkbox"/>												
I Engourdissement	<input type="checkbox"/>																															
Lourdeur	<input type="checkbox"/>																															
Sourde	<input type="checkbox"/>																															
J Fatigante	<input type="checkbox"/>																															
Épuisante	<input type="checkbox"/>																															
Éreintante	<input type="checkbox"/>																															
O Énervante	<input type="checkbox"/>																															
Exaspérante	<input type="checkbox"/>																															
Horripilante	<input type="checkbox"/>																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px 5px;">P Déprimante</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="padding: 2px 5px;">Suicidaire</td><td style="text-align: right; padding: 2px 5px;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	P Déprimante	<input type="checkbox"/>	Suicidaire	<input type="checkbox"/>																												
P Déprimante	<input type="checkbox"/>																															
Suicidaire	<input type="checkbox"/>																															

FIG. 9. — *Questionnaire Douleur de St Antoine (QDSA)*
(F. Boureau, M. Luu, J.F. Doubrère, C. Gay [2]).

Il en existe de très nombreuses. Il s'agit d'hétéro-évaluation qui repose sur « l'hypothèse selon laquelle il existe une relation entre la manifestation de la douleur et sa réalité » :

- **Population**

Ce mode d'évaluation s'adresse **aux personnes âgées aux fonctions supérieures altérées** qui ne peuvent plus, pour des raisons de déficit cognitif ou sensoriel, faire une auto-évaluation.

- **Objectifs**

⇒ **Objectiviser** la douleur du patient.

⇒ **Evaluer** son retentissement sur la vie du sujet : activité, confort, appétit, sommeil, vie relationnelle...

⇒ **Objectiver** l'action d'un traitement par le retour à un état antérieur ou la mise en évidence d'une amélioration de l'autonomie.

⇒ **Permettre** la mise en place d'un traitement antalgique d'épreuve.

- **Quand ?**

. Lorsque l'on suspecte une douleur.

. Lorsque survient un **changement de comportement**, apparition d'une impotence fonctionnelle, d'une incontinence, d'une apathie, de troubles de l'appétit et du sommeil ou au contraire d'une agressivité inhabituelle.

. Lorsqu'apparaît un syndrome confusionnel ou une aggravation brutale du déficit cognitif.

- **Pourquoi ?**

Chez la personne âgée dépendante, l'expression de la douleur peut être pauvre et non verbalisée. La douleur est souvent difficile à décrire car elle est le résultat d'une polyopathie et de mécanisme mixte. Les obstacles à l'expression de la sensation douloureuse sont nombreux : troubles du langage, handicap sensoriel, pathologie neuropsychiatrique, état confusionnel, troubles mnésiques ou dépressifs, perte du désir de s'exprimer allant jusqu'à l'état régressif avec mutisme, etc. On **démasque alors la douleur en la cherchant...**

- **Comment ?**

C'est l'observation du patient au repos et/ou durant l'activité que les soignants de l'équipe reportent sur la grille. Le chiffre obtenu n'a aucun intérêt en lui-même. C'est l'évolution de ce chiffre au vu des adaptations thérapeutiques et d'organisation des soins qu'il faut prendre en compte.

L'expérience montre que, parmi tous les risques observables, nous en distinguons six qui semblent plus spécifiques de la douleur proportionnels à son intensité. Il s'agit de la **position antalgique au repos**, de la **protection des zones douloureuses**, des **plaintes lors de l'examen clinique**, du **retentissement psychomoteur lors des soins**, de la toilette, de l'habillage, des **transferts** et de la **marche**, soit un ensemble de signes nommés « les réponses défensives du corps ».

- **Avec quels outils ?**

Plusieurs échelles comportementales validées existent, notamment Doloplus et l'ECPA. Sur Corentin-Celton, une échelle comportementale a été élaborée localement et sert actuellement d'outils de référence.

- **Echelle DOLOPLUS** : évaluation comportementale de la douleur de la personne âgée constituée de trois chapitres, validée au plan national :

- le retentissement somatique.
- le retentissement psychomoteur durant les actes de la vie courante.
- le retentissement psychosocial.

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

ECHELLE DOLOPLUS : CONSEILS D'UTILISATION

TOUT CHANGEMENT
DE COMPORTEMENT CHEZ
UNE PERSONNE ÂGÉE
DOIT FAIRE ÉVOQUER
LA DOULEUR

1 .l'utilisation nécessite un apprentissage

Comme pour n'importe quel outil nouveau, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. le temps de cotation de l'échelle diminue également avec l'expérience (quelques minutes au maximum). lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

2 .Coter en équipe pluridisciplinaire

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants est préférable (médecin, infirmière, aide-soignante. ..). A domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants. en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade.

l'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».

3 .**Ne rien coter en cas d'item inadapté**

Il n'est pas nécessaire d'avoir une réponse à tous les items de l'échelle, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. De même, en cas de coma, la cotation reposera essentiellement sur les items somatiques.

4 .**Établir une cinétique des scores**

La réévaluation sera biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Etablir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

5 .**Ne pas comparer les scores de patients différents**

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

6 .**En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté**

On admet aujourd'hui qu'un score supérieur au égal à 5/30 signe la douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

7 .**L'échelle cote la douleur, et non pas la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives**

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

8 .Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS-2.

lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. lorsque la douleur est évidente, il est plus urgent de la calmer que de l'évaluer... Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évitera la sous-estimation.

ECHELLE DOLOPLUS : LEXIQUE

Plaintes somatiques

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris -pleurs -gémissements.

Positions antalgiques

Position corporelle inhabituelle visant ~ éviter ou ~ soulager la douleur.

Protection de zones douloureuses

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants. tirés. atones) et du regard (regard fixe. vide, absent, larmes).

Sollicitation

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)

Toilette / Habillage

Evaluation de la douleur pendant la toilette et/ ou l'habillage, seul ou avec aide.

Mouvements

Evaluation de la douleur dans le mouvement: changement de position. transferts. marche. seul ou avec aide.

Communication Verbale

ou non verbale

Vie sociale

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

Troubles du comportement

Aggressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

- **Echelle Comportementale Personne Agée :**

Tous les mots de l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants sans intervention de médecin.

L'échelle comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item.

Le score varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

L'utilisation de l'échelle par une seule personne est autorisée. Le temps de cotation varie de 1 à 5 minutes. La seule mais indispensable précaution est de coter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la deuxième dimension sur la première.

ECPA : Echelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante **Score total de l'échelle :**

I - Observation avant les soins	II - Observation pendant les soins
<p>1/ Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée</p> <p>2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contrairement à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p>4/ RELATION À AUTRUI Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 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 au(x) jour(s) précédent(s)</p>	<p>5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, sursauts, gémissements</p> <p>6/ Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p>
<p>PATIENT Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Âge (ans) : _____ Date : _____ Heure : _____ Service : _____ Nom du cotateur : _____</p>	

- L'échelle comportementale « Evaluation Douleur » de Corentin-Celton (feuille verte) :

Elle s'utilise principalement au décours des gestes de soins. A partir de leurs observations, les soignants entourent les items retenus après le soin. Le chiffre permet de suivre l'évolution de la douleur et le soulagement apporté par les différentes thérapeutiques mises en œuvre (médicament, organisation du soin...).

Au verso, deux parties peuvent compléter ce cochage :

- les commentaires du patient : mots, soupirs...
- les autres observations soignantes : quelle organisation (exemple : deux soignants), de quelle manière était installé le patient, ce qui a favorisé le bon déroulement du soin ou, à l'inverse, ce qui a augmenté la douleur (exemple : « *semble plus confortable en décubitus latéral gauche* »).

COMMENTAIRES DU PATIENT

AUTRES OBSERVATIONS SOIGNANTS

IV - TRAITEMENTS

A - Les règles d'or interdisciplinaires

pour traiter la douleur en équipe (cf. « règles de l'O.M.S. et principes de Mout »)

- ⇒ Le traitement de la douleur est une **urgence**.
- ⇒ Les causes exactes de la douleur sont recherchées avant d'être traitées.
- ⇒ Le retour de la douleur est prévenu (prescriptions régulières fixes couvrant les 24 heures).
- ⇒ Les voies d'administrations simples (voie orale, rectale, transcutanée sont privilégiées autant que possible (traitement ambulatoire, autonomie).
- ⇒ Choisir l'antalgique en fonction du niveau d'intensité douloureuse (choix d'un palier 3 OMS direct si nécessaire).
- ⇒ Il faut toujours penser à l'utilisation éventuelle de co-analgésiques, d'adjuvants :
 - co-analgésiques médicamenteux (corticoïdes, psychotropes, anti-épileptiques, neuroleptiques...).
 - co-analgésiques non médicamenteux (radiothérapie, contention élastique, orthèse de maintien, stimulation transcutanée...).
- ⇒ L'efficacité de l'analgésique est régulièrement réévaluée et réadaptée si besoin.
- ⇒ Les effets secondaires sont prévenus et contrôlés.

Les objectifs poursuivis sont :

- faire **disparaître la douleur**, si possible totalement : d'abord la nuit (augmentation du sommeil), puis au repos, enfin aux mouvements et à la position debout.
- supprimer la **mémorisation** de la douleur.
- maintenir au maximum la **validité** et l'autonomie du patient.
- conserver les **facultés intellectuelles** du patient.
- permettre un équilibre affectif optimal.

B - Thérapeutiques médicamenteuses (*)

1. classification des antalgiques

douleur par excès de nociception ANTALGIQUES PALIERS DE L'OMS (**)			douleur neurogène (***) PSYCHOTROPES
			antidépresseurs tricycliques
niveau 1	niveau 2 opioïdes faibles	niveau 3 opioïdes forts	
Aspirine® Aspégic® Doliprane® Efferalgan® Dafalgan® Perfalgan®	Dicodin® (Codéine) Codoliprane® Efferalgan-Codéiné® Propofan® Di-antalvic® Lamaline® Topalgic® Contramal® Zamudol®	Morphine® Actiskénan® Sévredol® Moscontin® Skenan® Kapanol® Durogésic® Actiq® Sophidone® Dolosal®	Laroxyl® Anafranil®
	agonistes- antagonistes /effet plafond		anti-convulsivants
Advil® Nurofène® Celebrex® Acupan®	Temgésic® (****) Fortal®		Rivotril® Tégréto® Neurontin®
Co-analgésiques/adjuvants :			
Anti-inflammatoires Corticoïdes Anxiolytiques Antidépresseurs Antiacides Antispasmodiques Myorelaxants			
Analgésie cutanée :			
Emla crème en tube ou patch 90 min avant soin Xylocaïne® gel			

(*) En grisé les médicaments non disponibles sur l'hôpital Corentin CELTON

(**) Classification de l'OMS en trois paliers suivant la puissance antalgique

(***) **Les morphiniques peuvent être utilisés en première intention dans les douleurs neurogènes** ; le recours aux autres thérapeutiques médicamenteuses isolées ou associées dépendra du résultat obtenu (psychotropes, co-analgésiques)

(****) le **Temgésic® est contre-indiqué** dans la douleur chronique ainsi que son **association avec un opioïde fort**

2. tableau d'équivalence des antalgiques (hors Fentanyl (Durogésic®) traité page 41)

Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{\times 6}$ $\leftarrow \div 6$	dose de Dextropropoxyphène (Diantalvic®...)
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{\times 6}$ $\leftarrow \div 6$	dose de Codéine (Dafalgan codéiné®, Efférgan codéiné®...)
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{\times 5}$ $\leftarrow \div 5$	dose de Tramadol (Topalgic®, Zamudol®, Contramal®...)
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{\times 5}$ $\leftarrow \div 5$	dose de Péthidine (Péthidine Renaudin®...)
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{\times 3}$ $\leftarrow \div 3$	dose de Dihydrocodéine (Dicodin®...)
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{\times 1}$ $\leftarrow \div 1$	dose de Morphine orale
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{: 2}$ $\leftarrow \times 2$	dose de Morphine sous-cutanée
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{: 3}$ $\leftarrow \times 3$	dose de Morphine IV
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{: 2}$ $\leftarrow \times 2$	dose d' Oxycodone (Oxycontin LP®...)
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{: 2}$ $\leftarrow \times 2$	dose de Méthadone
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{: 2}$ $\leftarrow \times 2$	dose de Nalbuphine (Nubain®...)
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{: 8}$ $\leftarrow \times 8$	dose de Hydromorphone (Sophidone®...)
Dose de Morphine orale	$\xrightarrow{: 30}$ $\leftarrow \times 30$	dose de Buprénorphine (Temgésic®...)

Lire = pour obtenir l'équivalent de 100 mg de Morphine orale, il faut $100 : 2 = 50$ mg de Morphine sous-cutanée. Ou, à l'inverse, : pour obtenir l'équivalent de 180 mg de Codéine, il faut $180 : 6 = 30$ mg de Morphine orale.

3. règles de conversion des opioïdes par voie d'administration

voies d'abord	facteur conversion (division)
voie orale → voie sous-cutanée discontinue (toutes les 4 heures) ou continue (SE)	: 2
voie orale → voie intra-veineuse (SE) choisie en 2 ^{ème} intention après la voie sous-cutanée, sauf si le patient possède déjà une voie centrale facile d'utilisation	: 3
Voie orale → voie transdermique (fentanyl) 60 mg de morphine orale/24h = un patch de 25µg/h/72 heures	: 60 x 25 µg

Evaluation de l'efficacité de cette nouvelle posologie deux heures après le changement de voie ; adaptation en fonction du résultat (augmentation ou diminution des doses).

Exemple :

- un patient sous Skénan® 60 un comprimé matin et soir; dose des 24 heures =
60 x 2 = 120mg per os :

- Conversion pour voie sous cutanée discontinue :

120 : 2 = 60 mg pour 24 heures, soit une injection ss-cutanée de 10 mg toutes les 4 heures (ou 60 mg à la seringue électrique ss-cutanée/24 heures).

- Conversion pour voie intraveineuse continue :

120 : 3 = 40 mg pour 24 heures à la seringue électrique.

4. interdoses/prémédication

● Interdose de morphine = entredose = bolus = dose de secours

Pour soulager un surcroît de douleur survenant à un moment donné de la journée (présentant les mêmes caractéristiques que celles qui ont justifié la prescription du traitement antalgique de fond), il est indiqué de donner une interdose de morphine (protocole prévu par le médecin).

⇒ **Voie orale** = la règle est de donner le 6^{ème} de la dose d'opioïdes forts reçue sur les 24 heures (en cas de prudence particulière, le 10^{ème} de la dose).

Exemple :

- 120 mg de Skénan® matin et soir = 240 mg/24 h, soit 240 : 6 = 40 mg 6 fois/jour. L'interdose orale est de 40 mg (Actiskénan® ou Sevredol®). On peut la renouveler toutes les 2 heures si nécessaire.

⇒ **Voie sous-cutanée** = règle de calcul de l'interdose au 6^{ème} de la dose des 24 heures identique.

⇒ **Voie intraveineuse** = calcul de l'interdose au 20^{ème} de la dose des 24 heures.

● Prémédication antalgique = avant soins

En prévision du déclenchement ou de l'exacerbation de la douleur par un temps de soin (toilette, pansement, change...) ou une mobilisation (kinésithérapie, brancardage...), il convient d'administrer un **antalgique** de façon **anticipée**.

Une heure avant, interdose orale ou sous-cutanée au 6^{ème} de la dose quotidienne.

5. titration morphinique

Lorsque l'on débute un traitement par la morphine, c'est le temps nécessaire pour adapter la posologie de morphine en fonction de la "réponse" du patient (soulagement de la douleur-tolérance).

Idéalement, on obtient un taux stable d'antalgie sur 24 à 48 heures de titrage bien conduit.

Pour cela, le médecin prescrit une **posologie initiale** de prises horaires toutes les 4 heures. Il peut aussi recourir à une prescription d'**interdoses** qui seront données si besoin entre 2 prises si la douleur n'est pas bien soulagée.

L'évaluation de la douleur toutes les 2 heures au moins à ce moment-là est fondamentale pour réajuster au plus vite les prescriptions.

Exemple :

H₀ = dose initiale de 5 mg. Réévaluation 2 h plus tard, plusieurs possibilités :

1. le patient est soulagé : vérifier que le soulagement dure 4 h, si oui, même dose à H₄ = 5 mg.
2. le patient n'est pas soulagé ou que partiellement soulagé ou encore, le patient est soulagé mais pas sur une durée de 4 h : augmenter la dose de 50 % à H₄ = 7,5 mg.

Cette évaluation sera reconduite de cette façon jusqu'à obtenir un soulagement satisfaisant du patient sur 24 heures.

On **augmente de principe de 30% à 50 % la dose** des 4 heures **si la douleur n'est pas soulagée** et nécessite une interdose.

Remarque : si on initialise le traitement antalgique, il est plus intéressant de recourir aux formes à libération rapide (Sevredol®, Actiskénan®) toutes les 4 heures. La forme LP peut néanmoins être aussi utilisée d'emblée avec des interdoses. Cela nécessite la même régularité d'évaluation toutes les 2 heures.

La forme retard (LP) est de préférence utilisée en relais quand le titrage sur 24/48 heures a permis de bien contrôler la douleur.

Viendront ensuite les évaluations de suivi (journalier, hebdomadaire...) qui permettront de maintenir ou d'augmenter les posologies prescrites tout au long du traitement morphinique et, si nécessaire, d'intégrer à la dose de fond les quantités cumulées reçues sous forme d'interdose si elles ont dû être administrées de façon récurrente (dose de fond insuffisante).

6. Opioides forts disponibles à C-CELTON

6a. morphines

⇒ Morphine par voie orale

- **buvable**

La potion de morphine est buvable dans un peu d'eau ou en passage par sonde gastrique. *On peut aussi faire boire les ampoules de morphine injectables, l'amertume du produit impose cependant de la diluer dans un peu de sirop.* Elle doit être dispensée à heure fixe toutes les quatre heures. Les ampoules sont dosées à 5 mg, 10 mg, 20 mg, 100 mg. ATTENTION : aucune marque ne différencie, au premier coup d'œil, cette différence de dosage.

- **en gélule**

- **Actiskénan® : 5, 10, 20, 30 mg.**

La gélule contient des microgranules et peut être ouverte pour être mélangée à une petite quantité de compote ou de jus de fruit.

Son action débute après 20 à 30 minutes, **son efficacité optimale est atteinte après une heure**, et son action se prolonge 4 heures après la prise.

On l'utilise en interdose supplémentaire à la demande (s'il existe un traitement de fond), lors des phases de titration ou encore en prévision des soins douloureux une **heure avant le début** de ceux ci.

- **Skénan LP® dosé à 10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg, et 200 mg.**

La gélule contient des microgranules à libération prolongée.

L'effet analgésique débute environ trois heures après la première prise et pour une durée d'action de 12 heures.

La gélule peut être avalée entière ou ouverte pour les patients qui avalent mal ou qui sont en sonde. ATTENTION : les microgranules étant liposolubles, les mettre dans du lait ou un équivalent contenant des graisses. On peut aussi utiliser le Duphalac® pour faire mieux glisser dans la sonde d'alimentation avant de la rincer à l'eau pour que tout le produit soit ingéré en même temps.

⇒ Morphine injectable

En ampoule de 10 mg, 50 mg, 100 mg. La dose de morphine injectable utilisée en sous-cutanée est la moitié de la dose orale (voir "règles de conversion").

- **en voie sous-cutanée discontinuée**

Délai d'action = 20 minutes. Durée d'action = 4 heures. Administration systématique toutes les 4 heures, à heure fixe.

Pour éviter de piquer le malade aussi souvent, poser une épicroânienne biseau tourné vers le bas (Butterfly) à laisser en place plusieurs jours sous un pansement transparent type Opsite– jusqu'à 7 jours si pas d'intolérance locale - (voir « protocole de perfusion sous-cutanée » en annexe).

Penser à purger la petite tubulure de l'épicroânienne avec la même concentration de morphine.

- **en voie sous-cutanée continue**

A la seringue électrique (SE) ou seringue auto-pousseuse (SAP).

Surveillance accrue (compréhension de la technique, programmation, remise en fonction après la manipulation).

Privilégier les systèmes verrouillés de branchement. Lors de la première pose, l'épicrânienne et le prolongateur doivent être purgés avec la même dilution.

Exemple : technique la plus simple à préparer : prescription de 150 mg de morphine sur 24 h en SE.

Dans une seringue de 50 ml verrouillée, prendre 150 mg de morphine, ramener le tout à 24 ml avec du sérum physiologique. Purger avec le prolongateur et l'épicrânienne. L'espace mort est ici de 3 ml. Ceci ramènera la seringue à 21 ml. Si la vitesse est de 1 ml/heure, le changement de seringue se fera après 21 heures de fonctionnement. Il suffira alors de changer la seringue sur 24 ml. En effet, la tubulure est déjà remplie.

Attention aux changements de prescriptions : important d'avoir toujours la même dilution dans la seringue et le prolongateur (sinon, le malade n'aura pas la nouvelle dose prescrite sur 3 heures et les douleurs risquent de ne pas être contrôlées).

Noter en détail lisiblement et sans gêner la lecture des ml restants, ce que la seringue contient.

Exemple :

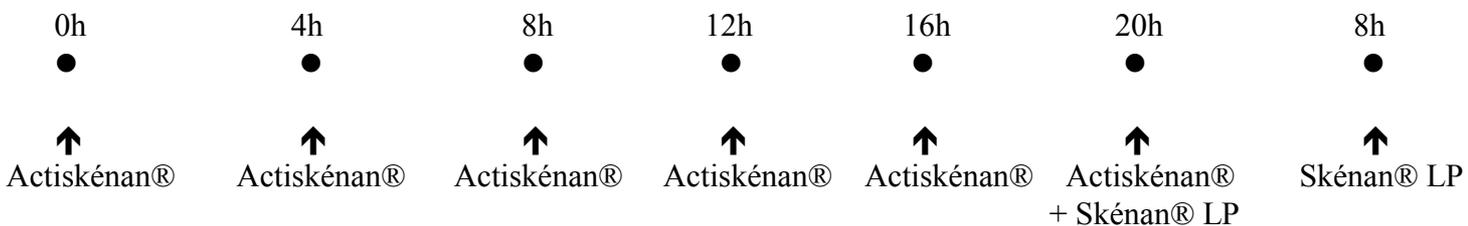
- . 150 mg morphine sur 24 h/ 24 ml.
- . vitesse 1 ml/heure/6,25 mg de morphine.
- . de 8 h le 7/5 → 8 h le 8/5.

- **en voie intraveineuse continue**

A choisir en 2^{ème} intention après la voie sous-cutanée, sauf si le patient possède déjà une voie centrale facile d'utilisation. On rappelle que les interdoses seront à calculer au 20^{ème} de la dose quotidienne.

- **relais morphine à libération immédiate/morphine retard (libération prolongée-LP)**

La première prise de la forme LP, 4 heures après la dernière dose de solution de morphine, laisserait un "vide antalgique" dû au temps nécessaire pour atteindre le Tmax de la forme LP. Afin d'éviter la possible résurgence de la douleur, il est souhaitable de **donner la première prise de la forme LP (H₀) en même temps que la dernière prise de morphine d'action rapide**. Il peut se produire un chevauchement des deux formes pendant 1 heures (H₃ à H₄) mais cela n'aura pas d'incidence thérapeutique.



6b. autres opioïdes

Fentanyl transdermique ⇒ Durogésic®

Présentations : Patches à 25, 50, 75, 100 µg/ h.

Il est préconisé dans le traitement de la douleur d'origine cancéreuse stable et nécessite une titration en Morphine au préalable.

Il peut aussi être indiqué quand le traitement par morphine n'est plus adapté : voies buccales ou parentérales difficiles ou effets indésirables incontrôlés, notamment constipation opiniâtre, état confusionnel persistant (= principe de la rotation des opioïdes).

Il ne peut pas être utilisé en couverture antalgique d'un soin douloureux.

Il est interdit de lui associer un agoniste partiel ou un agoniste-antagoniste (Temgésic®, Nubain®).

La durée d'action du patch est de 72 heures. Le changement a donc lieu tous les trois jours.

L'effet antalgique est obtenu 12 h après la pose du premier patch ; le traitement antalgique antérieur (morphinique...) est donc à poursuivre en conséquence pour assurer le bon relais dans la couverture antalgique.

La persistance de l'effet après retrait du patch est importante (« désaturation ») ; en fonction de la variabilité interindividuelle de la résorption cutanée, on observe en moyenne une diminution de 50 % des taux en 17 h.

Dosage : le dosage du patch de Durogésic® est choisi en fonction de la dose journalière de morphine, en utilisant la règle de conversion suivante :

1 patch de 25µg/h pour 3 jours équivaut à 60 mg de morphine orale/24h.

La surveillance et la démarche d'évaluation sont les mêmes que celles citées pour les morphiniques.

Le Durogésic® entraîne les mêmes effets secondaires que la morphine en dehors de la constipation moins fréquemment retrouvée (30 à 40%). Les nausées, les vomissements et la somnolence seraient aussi moins fréquents.

Il existe des variations pharmacocinétiques individuelles, notamment en cas de fièvre qui augmenterait la résorption de 30% à 40°C de température.

Interdoses : il est nécessaire de lui associer systématiquement des recours possibles à des interdoses de morphine d'action rapide si besoin - Actiskéan® -, renouvelable toutes les 2 ou 4 heures (calcul de dose rapporté au sixième de la dose de morphine orale/jour correspondante).

Pose : sur une peau propre (nettoyée à l'eau et au savon, aucun autre produit autorisé), sèche, glabre (poils coupés aux ciseaux et **non rasés**), non irritée, non irradiée. De préférence sur torse ou bras.

Surdosage : un éventuel surdosage du produit doit conduire à l'ablation du patch. L'usage du Narcan® (naloxone) en antidote au cours des 17 heures suivant l'ablation est envisageable à la SE IV (concentration sérique de Fentanyl® 17 h après l'ablation du patch= 50% de la concentration efficace). Cf. surdosage morphine p 46.

Hydromorphone ⇔ Sophidone®

La **Sophidone®** permet la rotation des opiacés chez un patient qui reste douloureux malgré un traitement morphinique bien conduit (**résistant à la morphine**) ou qui présente des effets indésirables sévères (notamment neuropsychiques et digestifs) et non contrôlés par les traitements adjuvants types antiémétiques (**intolérance à la morphine**).

Avant son introduction, on doit discuter les autres voies possibles d'administration de la morphine capables d'améliorer le rapport analgésie/ effets indésirables.

Présentations : Gélules ouvrables de Sophidone® LP 4, 8, 16, 24 mg.

Délai d'action : 2-3 h.

Durée d'action : 12 h.

Equianalgésie : 1 mg d'Hydromorphone = 7,5 mg de morphine orale.

Soit 4 mg Sophidone® LP/12 h = 30 mg de Skénan® LP/12 h.

Interdoses : nécessité et possibilité d'associer des interdoses de morphine à libération rapide (Actiskénan®) si besoin, renouvelables toutes les 2 à 4 heures, calculées au sixième de la dose équivalente de morphine orale par jour.

Surdosage : utilisation possible du **Narcan®** (naloxone) le temps restant d'élimination du produit . Le surdosage étant favorisé par une insuffisance rénale méconnue, une augmentation trop rapide des doses et par des interactions avec des psychotropes. Cf. surdosage morphine p 46.

7. effets secondaires des opioïdes

⇒ **Constipation**

Pratiquement systématique, elle nécessite la mise en place d'une stratégie de prévention douce dès le début du traitement : mesures hygiénodiététiques, hydratation, laxatifs type Duphalac®, Forlax®, Transipeg® au quotidien, surveillance rigoureuse des selles.

⇒ **Nausées, vomissements**

Ne sont pas systématiques ; s'observent en début de traitement et cèdent rapidement sous Pimpéran® (action périphérique), Largactil® (action centrale) ou sous Haldol® faible(2 mg/ml , 5 gouttes x 3/j).

Le recours à une autre voie d'administration de la morphine peut être utile pour diminuer ces symptômes (passer de la voie per os à la voie sous-cutanée), ou bien l'éventuel passage à la voie transdermique avec changement d'opioïde (sulfentanyl = Durogesic® patch).

⇒ **Somnolence**

Elle peut exister en début de traitement (= temps d'adaptation) ; elle disparaît alors sous 48 à 72 heures. Le patient récupère ainsi son **retard de sommeil** accumulé et peut somnoler, dormir quelques jours. Si cet état persiste ou s'aggrave, penser à un **surdosage** (hypersensibilité, intolérance, erreur...).

⇒ **Détresse respiratoire (D.R.)**

Par voie sous-cutanée et orale, en dose adaptée à la suppression de la douleur, introduite de façon progressive, la morphine ne donne pas de D.R. cliniquement dangereuse : c'est comme si la douleur s'y « opposait ». Un patient douloureux ne peut donc pas avoir une D.R.. La surveillance de la fréquence respiratoire reste cependant essentielle.

⇒ **Bouche sèche/sécheresse oculaire**

Souvent présente, elle nécessite une bonne qualité d'hydratation et des soins de bouche réguliers si le patient ne peut le faire lui-même.

La sécheresse buccale peut être amoindrie par des pulvérisations fréquentes d'eau, ou d'Artisial® (dépose un film gras protecteur en bouche). Cf. protocole soins de bouche en annexe.

⇒ **Dysphorie**

Des rêves inhabituels, des cauchemars, des hallucinations, peuvent s'observer chez le sujet âgé en particulier et seront à rechercher.

D'autres effets secondaires peuvent apparaître, tels que prurit, rétention urinaire, troubles de la vue, vertiges... (cf. guide ci-dérrière).

• **Guide de surveillance des effets secondaires d'un traitement opioïde fort**

effets secondaires

somnolence	0 = absence 1 = sieste inhabituelle 2 = s'éveille dès qu'on parle 3 = s'endort même quand on lui parle 4 = dort tout le temps
nausées et vomissements	0 = absence 1 = rares, tolérées 2 = fréquentes, nécessitent un traitement 3 = résistent au traitement 4 = vomissements incoercibles
constipation	0 = absence 1 = 1 selle/2-3 jours 2 = 1 selle/4-5 jours 3 = 1 selle par semaine 4 = pas de selles depuis plus de une semaine
bouche sèche	0 = absence 1 = gêne le patient 2 = muqueuses sèches 3 = langues et lèvres rôties
prurit	0 = absence 1 = observé non mentionné par le malade 2 = signalé par le malade 3 = intolérable
dysphorie	0 = absence 1 = rêves inhabituels 2 = cauchemars 3 = hallucinations
tremblements	0 = absence 1 = observés mais pas par le malade 2 = signalés par le malade 3 = persistants malgré un traitement 4 = persistants malgré deux traitements
rétenion urinaire	0 = absence 1 = difficulté signalée 2 = mictions difficiles 3 = rétenion aiguë d'urine \geq 12 h
sueurs	0 = absence 1 = légères 2 = gênantes pour le patient 3 = obligent à changer le linge
troubles de vue	0 = absence 1 = signalés 2 = empêchent la lecture 3 = empêchent une activité suivie
vertiges	0 = absence 1 = rares 2 = empêchent les activités 3 = permanents même sans activité

symptômes d'inconfort

Toux	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>
Oedèmes	<input type="checkbox"/>
Ulcères	<input type="checkbox"/>
Escarres	<input type="checkbox"/>
Dysphagie	<input type="checkbox"/>
Amaigrissement	<input type="checkbox"/>
Paralysie/Paresthésie	<input type="checkbox"/>
Raideur	<input type="checkbox"/>
Positions vicieuses	<input type="checkbox"/>
Fièvre	<input type="checkbox"/>
Autres :	

8. surdosage opioïde

Le surdosage est favorisé par une insuffisance rénale méconnue, une augmentation trop rapide des doses et par des interactions avec des psychotropes.

Il est à suspecter principalement lors d'une somnolence importante, et/ou d'une diminution de la fréquence respiratoire.

Si la fréquence respiratoire est inférieure à 8 avec un patient somnolent la plupart du temps, l'antidote de la morphine, le **Narcan®** (naloxone) doit être utilisé :

- **ampoules à 0,4 mg dans 10 ml de sérum physiologique à injecter en IVD 1 cc/mn jusqu'à restauration d'un rythme respiratoire suffisant.**

Une détresse respiratoire qui persiste après 3 ampoules de Narcan® IV n'est pas d'origine opioïde.

Compte tenu de sa brève durée d'action (environ 30 min en IV, 2h en ss-cut ou IM) il faudra poser une SE continue de Narcan® IV tenant compte du temps d'élimination du surplus fonction de la forme galénique (2 à 3 ampoules sur 12 h avec adaptation du débit à la réponse clinique pour les formes LP).

9. dépendance opioïde

Le risque de toxicomanie chez le patient douloureux chronique cancéreux est exceptionnel (1/10 000).

Il faut différencier la dépendance psychologique (toxicomanie) de la dépendance physique, responsable du syndrome de sevrage, à l'arrêt brutal du traitement morphinique. Pour éviter ce syndrome de sevrage, il convient de diminuer progressivement les doses (diminution d'un tiers par palier de trois jours, avec arrêt progressif sur une semaine).

Exemple : patient à 60 mg de Skénan® : 30-30

20-20 ⇨ 3 jours

10-10 ⇨ 3 jours

puis arrêt

10. autres antalgiques utilisés dans les douleurs neurogènes

Les antalgiques précédents sont insuffisants voire inefficaces pour soulager la composante **neurogène** de certaines douleurs (exemple : zona, hémiplégie, neuropathies périphériques, amputations...). On est alors amené à prescrire deux grandes familles de drogues : les **antidépresseurs et les anticonvulsivants**.

10a. anticonvulsivants

Ils sont particulièrement indiqués dans les douleurs **intermittentes en salves** et les sensations de **décharges électriques**. On citera l'usage dans cette indication de 2 molécules :

◆ Le **Rivotril® (clonazépam)**

Bonne maniabilité et tolérance.

Classe : benzodiazépine.

Présentation : comp. sécable à 2 mg, amp. inject. 1 mg, gouttes 1 gtte = 0,1 mg.

Posologie : 0,5 à 3 mg par jour en augmentant progressivement selon l'efficacité et la tolérance.

Effet indésirable : somnolence et sédation principalement.

Administration : une prise unique vespérale suffit le plus souvent à couvrir l'antalgie de tout le cycle nyctéméral et minimise les effets de somnolence et leurs conséquences (chutes).

◆ **Le Neurontin® (gabapentine)**

Indication : AMM dans les douleurs postzostériennes de l'adulte. Utilisable dans d'autres types de douleurs neuropathiques, du fait notamment de sa très bonne tolérance sur le plan neuropsychique chez le sujet âgé. Semble agir sur les deux composantes de la douleur neurogène (fond : brûlure et à-coups = éclairs).

Classe : anticonvulsivant.

Présentation : gél. 100 mg, 300 mg, 400 mg, cp.600 mg et 800 mg.

Posologie **moyenne efficace/jour : 1800 mg en 3 prises.**

Atteinte de façon très progressive par paliers :

J1→J3 : 100 mg x 3 = 300 mg

J4→J6 : 200 x 3 = 600 mg

J7→J14 : 400 x 3 = **1200 mg/jr = palier 1**

J14 Evaluation si insuffisant :

J14→J21 : 600 x 3 = **1800 mg/jr = palier 2**

J21 Evaluation, si insuffisant :

J21→J28 : 800 x 3 = **2400 mg/jr = palier 3**

Effets indésirables : **vertiges**, somnolence, irritabilité, céphalées et nausées. Apparition aux changements de palier, cédant spontanément après 3 jours en moyenne. Si intolérance persiste redescendre au palier inférieur.

◆ **Le Tégrétol® (carbamazépine)** possède une AMM pour le traitement des névralgies faciales.

Les contre-indications médicales ou d'associations médicamenteuses, les effets indésirables, ainsi que la surveillance de l'hémogramme hebdomadaire, en limitent les indications et l'utilisation dans ce type de douleur, notamment chez le sujet âgé.

10b. antidépresseurs

Les antidépresseurs tricycliques imipraminiques indiqués dans les douleurs rebelles (névralgie faciale, douleur post zostérienne, algodystrophie, migraine, céphalée et algie d'origine neurologique ou cancéreuse en **particulier douleur de désafférentation permanente**).

Surtout utilisés sur la composante « **brûlure** » de fond des douleurs neurogènes.

Action antalgique démontrée, retardée de 5 à 10 jours, à une **dose inférieure à la dose antidépressive**.

Dose de début 10 mg/jour .

Dose efficace moyenne de **50 mg/j** en 1 prise, atteinte par paliers de 10 mg tous les 3 jours, en fonction de la tolérance.

◆ **Laroxyl®** (amitriptyline) : cp (25 ou 50 mg) ou gouttes (1 gtte = 1 mg). 1 prise le soir (sédatif).

◆ **Anafranil®** (clomipramine) : cp (10, 25 ou 75 mg). 1 prise le soir.

◆ **Tofranil®** (imipramine) : cp (10 ou 25 mg).

11. coanalgésiques ou adjuvants thérapeutiques

11a. corticostéroïdes

⇒ Coantalgiques du fait de leur action **anti-inflammatoire et anti-œdémateuse**.

Indiqués notamment en 2^{ème} intention après les AINS (mal tolérés ou contre-indiqués) dans les **douleurs osseuses métastatiques**.

⇒ Principales indications retrouvées par ailleurs (dans le champ des soins palliatifs)

- phénomène inflammatoire et compressif.
- oedème et lymphoedème.
- syndrome subocclusif (voir symptômes en fin de vie).
- colite radique.
- HTIC.
- syndrome cave.
- hypercalcémie maligne.
- hyperthermie néoplasique.

⇒ Produits utilisés

◆ Médrol® cp (4,16, 100 mg), Solumédrol® (méthylprednisolone) inj. (20, 40, 120, 500 mg/flacon) - voie IM, IV ou sous-cutanée discontinue possible. Soludécadron® (dexaméthasone) inj. (4, 20 mg) – voie sous-cutanée discontinue possible.

◆ Cortancyl® (prednisone) cp (1, 5, 20 mg).

◆ Solupred® (prednisolone) cp (5, 20 mg).

⇒ Schéma d'administration

- dose d'attaque = 120 mg de Solumédrol® IV L de 3 h, 3 jours d'affilée ou équivalent per os.
- arrêt ou recherche de dose minimum efficace (souvent élevée).
tendance à utiliser les corticoïdes en cures courtes (< 10 jours).

⇒ Effets secondaires/Surveillance

Les effets secondaires sont à relativiser si l'on se situe dans une pratique des soins palliatifs, se situent à court terme. Dans ce contexte, on évoquera cependant le suivi du risque infectieux (infections virales, mycoses buccales), des risques ioniques (hyponatrémie, hypernatrémie) et des intolérances neuropsychiques (excitation, insomnie → prise avant 14 h, euphorie).

11b. antispasmodiques (anticholinergiques)

⇒ **Indication** comme coantalgique du fait de leur triple action (antispasmodique, antisécrétoire et antiémétique) dans :

- douleurs des états subocclusifs.
- vomissements rebelles.
- hypersécrétions bronchiques.
- spasmes vésicaux.
- dyspnée.

⇒ Produit utilisé

- ◆ Scopolamine® ampoules 0,50 mg/8 h
voir tableau : thérapeutiques médicamenteuses en phase terminale, page 72
1 à 3 mg/j en sous-cutanée – SE ou discontinu.
- ◆ Scopoderm® TTS patch 1 mg
Patch à diffusion transdermique sur 72 heures.

11c. autres coanalgésiques (myorelaxants et biphosphonates)

⇒ Myorelaxants

- ◆ Valium®
- ◆ Myolastan®
- ◆ Liorésal® cp 10 mg = ½ à 1 cp/8 h

⇒ Biphosphonates

Action sur les douleurs osseuses et sur le risque fracturaire des douleurs par **métastases osseuses** par leur action inhibitrice de l'ostéoclaste.

- ◆ Arédia® inj. (15, 60, 90 mg)
30 à 90 mg/j en perfusion lente (4 h). Effets rémanents 3 semaines.
- ◆ Clastoban® 300 mg - Lytos® 520 mg inj.
300 mg en 1 perfusion de 2 h. Renouvelé pendant 2 à 5 jours
Effets rémanents 3 semaines.

V - MASSOKINESITHERAPIE ET ANTALGIE

La douleur représente un signal d'alarme. Elle exprime ce que le corps ne peut dire autrement (réflexe de retrait, immobilisation de la région lésée). Le kinésithérapeute, maillon de la chaîne thérapeutique, quotidiennement confronté à la douleur, doit associer à ses techniques rééducatives un traitement antalgique.

Afin de mettre en œuvre une rééducation plus efficace, chacun recherche, dans son domaine (physiothérapie, normalisation articulaire, réflexothérapie), une solution au problème douloureux, dépendant autant de la pathologie, du caractère aigu ou chronique de la douleur, de l'âge que du psychisme du patient.

Chaque fois, il faudra écouter, expliquer et rassurer le patient et, si possible, l'associer à son traitement. Quel que soit le type de douleurs, le but essentiel du kinésithérapeute sera toujours de soulager les patients en utilisant toutes les techniques connues pour leurs actions sur la douleur.

A - Massothérapie

Elle est connue pour ses effets antalgiques, défibrosants, circulatoires et neuromusculaires.

Les techniques de massages sont nombreuses et différentes selon la pathologie à traiter ou l'effet désiré :

- les pressions, les pétrissages et les frictions seront utilisés pour un effet antalgique.
- les frictions et les pétrissages pour un effet défibrosant (cicatrice).
- les pressions et les pétrissages pour un effet circulatoire.
- le MTP : Massage Transversal Profond (de type frictions) pour des douleurs ligamentaires ou tendineuses.
- le DLM (Drainage Lymphatique Manuel) pour un effet circulatoire et antalgique, notamment dans les zones œdémateuses. Il a pour but d'éliminer les liquides excédentaires et les déchets métaboliques via les voies lymphatiques.
- le Bindegewebs massage est une thérapeutique de massage des zones réflexes du tissu conjonctif, basée sur l'effet d'une stimulation des neurones périphériques. Elle consiste à poser des stimuli en dehors des segments atteints et de s'en approcher progressivement. Elle est très utilisée pour les troubles circulatoires, les adhérences cicatricielles, les insomnies, les cervicalgies et le syndrome algoneurodystrophique.

B - Mobilisations actives et passives

1. principes d'actions et indications

Elles comprennent toutes les méthodes et techniques permettant de bouger le corps.

Les mobilisations doivent être douces, régulières, prolongées, adaptées et répétées ; elles peuvent réduire la transmission des messages douloureux.

Grâce aux mobilisations, on réduira tous les risques liés à l'immobilisation :

- diminution de l'extensibilité des fibres cutanées et musculaires, de la force et de l'apparition d'attitudes vicieuses.
- diminution de la sécrétion du liquide synovial au niveau articulaire.
- fragilisation de l'os par déminéralisation.
- apparition de tassements vertébraux.
- appauvrissement de toutes les compétences des systèmes sensitifs et moteurs.
- hypotension artérielle.
- stase veineuse avec risque de phlébite.
- hyperventilation.
- diminution des risques de constipation.
- diminution du risque d'inversion du cycle nyctéméral.

2. techniques spécifiques de mobilisation

2a. Sohier

Lorsque les mobilisations articulaires sont douloureuses, il faut, par des techniques précises, vérifier trois composantes qui peuvent en être la cause : des problèmes de glissement, de tension et d'appui.

La méthode de Sohier consiste, après leur analyse, à réharmoniser les articulations et ainsi à traiter la cause de ces douleurs pour permettre des mouvements indolores et parfaitement bénéfiques à l'organisme.

2b. Mézière

Application de postures soigneusement corrigées activement.

2c. thérapie manuelle – ostéopathie

L'ostéopathie vise à rétablir les équilibres perturbés sur tous les plans fonctionnels du corps humain. Elle restaure les mobilités nécessaires à la vie de l'homme en bonne santé et traite la douleur quand cela est nécessaire, pour y parvenir.

Elle utilise différentes techniques :

- normalisation vertébrale.
- harmonisation viscérale.
- techniques de décongestion circulatoire.
- action sur les systèmes sympathique et parasympathique.
- drainage et pompage lymphatique.
- Bindegewebs massage.
- Triggers points.
- techniques crâniennes.

Nous voyons que le champ d'action de l'ostéopathie sur la douleur est très étendu, d'autant plus que les techniques citées ne sont pas les seules existantes.

2d. techniques de levées de tension

Travail sur les muscles de contracté/relâché permettant une réharmonisation articulaire.

C – Physiothérapie

Les moyens utilisés en physiothérapie (fangothérapie, infrarouges, cryothérapie, ionisation, courants bidirectionnels et ultrasons) dans un but antalgique, demandent une technique d'application précise, s'appuyant autant sur des bases physiques quant aux mécanismes d'action des agents utilisés, que sur des bases anatomiques et neurophysiologiques des voies de la douleur et de son inhibition.

Deux niveaux possibles d'action sur la douleur :

- au siège de la douleur.
- au niveau supra-segmentaire.

1. thermothérapie

La thermothérapie entraîne une vasodilatation, un relâchement musculaire, diminuant ainsi la stimulation des récepteurs de la douleur.

Deux techniques d'utilisation :

- l'une à distance (infrarouges) ayant une action superficielle.
- l'autre de contact (bains, douches, cataplasmes) ayant une action plus profonde.

Cf. protocole d'application de chaleur diffusé par le CLUD.

2. cryothérapie

Facilite la résorption des épanchements, entraîne une vasoconstriction puis une vasodilatation réactionnelle, diminue les processus inflammatoires et la spasticité.

Les techniques d'utilisation les plus courantes sont :

- La glace pour toutes les pathologies articulaires post-traumatiques.
- Les bains alternés chaud/froid très utilisés chez les syndromes algoneurodystrophiques.

Cf. protocole d'application de froid diffusé par le CLUD.

D - Balnéothérapie

Les effets dus à la température de l'eau comprise entre 34°C et 37°C sont les mêmes que ceux de la thermothérapie avec, en plus, une amélioration du retour veineux au niveau des membres inférieurs et des possibilités fonctionnelles en immersion (ce, grâce à la poussée d'Archimède et à la diminution de la pesanteur). La balnéothérapie est très utilisée en orthopédie, en traumatologie, en rhumatologie et en neurologie.

E – Electrothérapie

1. courant continu/ionisation

Les ionisations utilisent l'effet antalgique du courant continu et l'effet pharmacologique des substances médicamenteuses pouvant être introduites au moins superficiellement de cette façon dans l'organisme.

Exemples de produits ionisables : salicylate de soude, chlorure de calcium, AINS.

Les principales indications sont les douleurs traumatiques et les douleurs neurologiques.

2. TENS/courants bidirectionnels

TENS : Stimulation nerveuse électrique transcutanée. Procédé consistant à faire passer un courant électrique à travers la peau pour obtenir un effet de longue durée sur la réponse sensitive du système nerveux. Il existe 3 modes d'utilisation :

- Inhibition supra-segmentaire avec libération d'endorphines pour les douleurs chroniques avec une fréquence de 1 à 4 Hz.
- Renforcement de l'action inhibitrice sensitive segmentaire (gate control system) avec des fréquences d'environ 80 Hz utilisées pour des douleurs aiguës et localisées.
- antalgie par « contraction-décontraction » pour les douleurs des contractures et des troubles trophiques.

Contre-indication du TENS :

Lésions cutanées, zone anesthésiée, pace-maker, phlébite, aversions pour l'électricité, épilepsie, troubles psychiques, hystérie.

F - Ultrasonothérapie

Les ultrasons sont des vibrations mécaniques dont les effets thermiques sont antalgiques et défibrosants. Elle peut être associée à la cryothérapie.

Dans les contre-indications de l'ultrasonothérapie, nous citerons la fragilité vasculaire, les fractures non consolidées, les prothèses ainsi que tout matériel métallique.

G - Relaxation/sophrologie

Ces techniques sont développées sur l'hôpital par différents corps professionnels (kinésithérapeute, infirmier, psychologue, psychomotricien...)

Une douleur crée des tensions musculaires et mentales qui peuvent entretenir la douleur.

Les méthodes de relaxation permettent de diminuer les tensions.

Ces méthodes visent à obtenir la décontraction neuromusculaire aboutissant au tonus de repos : base de détente physique et mentale.

1. principes tirés des méthodes de Schultz et Jacobson

Elles consistent à demander au patient, par une concentration interne guidée, une prise de conscience de la forme, du poids, des différents types de volume solide et liquide, des courbures et des zones d'appui, de la circulation intérieure (air, sang, température) et des tensions musculaires.

2. sophrologie

Processus mental de visualisation/projection qui tend à modifier le niveau de conscience. Dans la recherche de l'analgésie, il vise la substitution d'une sensation désagréable par une sensation agréable.

Dans la douleur chronique, il peut viser une acceptation progressive : capacité d'espoir, acceptation de la situation présente dans le but d'une transformation positive future.

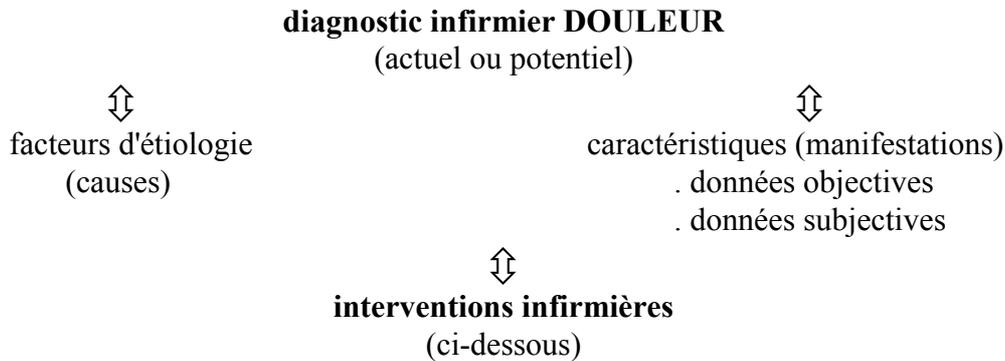
EN CONCLUSION :

Si ces techniques agissent individuellement sur la douleur, il est parfois nécessaire d'en associer quelques unes. Il est indispensable, de toute façon, pour une prise en charge globale de la douleur, d'associer les traitements médicamenteux aux traitements kinésithérapiques.

VI – INTERVENTIONS DE SOINS

INFIRMIERS

L'infirmière, avec la collaboration de l'aide-soignante, initiera les interventions suivantes (cf. cadre législatif) :



- **Evaluer les causes et/ou les facteurs déclenchants**
 - étiologie connue, étiologie énoncée par le patient.
 - composantes physiques, psychologiques, culturelles, comportementales.
 - prise antérieure de médicaments antalgiques.
 - bénéfices secondaires.
 - recueil de données sur le milieu de vie :
 - guide évaluation initiale.
 - entretien d'aide.
 - écoute active.
 - reformulation.
- **Déterminer la réaction du patient à la douleur**
 - auto-évaluation (E.V.A., Q.S.D.A., schéma corps).
 - recueil de données sur le comportement du patient (entretien, observation, échelle comportementale).
 - répercussion de la douleur sur sa vie quotidienne (Activité Vie Quotidienne., sommeil...).
 - facteurs augmentant et diminuant la douleur (guide d'évaluation initiale, échelle comportementale, seuil de tolérance).
- **Aider le patient à venir à bout de sa douleur**
 - confirmer au patient que ses plaintes sont **entendues** et **crues** (augmentation du seuil de tolérance).
 - programmer des temps d'évaluation.
 - confronter les attentes du patient à la réalité : même si la douleur n'est pas résolue, elle peut être prévenue, soulagée.

- expliquer au patient la dynamique physiologique du stress, de l'anxiété et la manière dont ils agissent sur la douleur.
- inventorier et utiliser les outils complémentaires de soins dans le soulagement de la douleur (relais kiné, psychologue, chaud-froid, massage de détente, respiration, musique...).
- élaborer, avec l'aide de la famille ou de l'entourage significatif (amis, soignants, bénévoles...), un programme de renforcement positif visant à inciter le patient à mieux « maîtriser » sa douleur, à accorder moins d'attention aux comportements.
- faire exprimer, écouter et soutenir le patient dans son vécu vis-à-vis de l'évolution de sa maladie ou de sa douleur chronique.

Pour les personnes âgées présentant des déficits cognitifs et/ou sensoriels, utiliser la communication verbale et non verbale (regard, toucher, ton de voix...), dispenser les soins de manière empathique, commenter les actions proposées ci-dessus (pour renforcer le climat de sécurité), réaliser des évaluations comportementales régulières de la douleur pour mesurer l'évolution de celle-ci ou devant tout changement de comportement.

- **Dispenser les thérapeutiques médicamenteuses** en respectant strictement les horaires programmés et les précautions d'administration.
- **Mettre en œuvre les protocoles d'antalgie** tels que définis dans l'article 7 du décret infirmier du 11/02/2002.
- **Surveiller les effets secondaires potentiels** et dépister les symptômes d'inconfort associés (cf. guide de surveillance).
- **Déclencher une réunion interdisciplinaire** pour réajuster ou adapter la prise en charge.
- **Prodiguer un enseignement visant le mieux être :**
 - inciter le patient (et/ou l'entourage) à se procurer les informations nécessaires et les moyens nécessaires pour lui permettre de prendre en charge (en partie ou en totalité) son traitement (pour se réapproprier du pouvoir).
 - revoir les caractéristiques propres à l'administration adéquate du traitement et expliquer les effets secondaires à surveiller, à signaler aux soignants.
 - favoriser ainsi l'autonomie du patient (E.V.A., noter selles, vomissements...).
 - conseiller à la famille d'apprendre ou lui apprendre d'autres approches de communication et de détente (toucher-massage, regard...) afin qu'elle se sente utile et partenaire de soin.
- **Organiser le soin** potentiellement douloureux de manière anticipée (temps à y consacrer, avec qui ?, à quel moment ?, quel matériel ?, quel délai d'action de la prémédication ?, quelle installation pendant et après le soin ?)
- **Transmettre les données recueillies** aux partenaires interdisciplinaires et s'assurer de leur réception.

Résultats attendus (quelques exemples) :

- ⇒ le patient exprime verbalement ou non verbalement un soulagement de sa douleur.
- ⇒ le patient tire profit des interventions thérapeutiques.

- ⇒ le patient reconnaît les facteurs et les dynamiques influençant le problème de douleur.
- ⇒ l'entourage participe et/ou collabore au programme de contrôle de la douleur...
- ⇒ la douleur provoquée par le soin est prévenue systématiquement.
- ⇒ la famille exprime un mieux être et/ou sa satisfaction par rapport à sa propre santé.
- **Soutenir la famille/amis** dans leur adaptation face à l'évolution de la douleur chronique chez leur proche malade (écoute, entretien d'aide, conseils préventifs, éducation).

RECOMMANDATIONS SOINS PALLIATIFS

200

3

I - DEFINITIONS

A - Soins curatifs

Ce sont tous les soins, thérapeutiques, traitements, mis en œuvre dans le but de « guérir » le patient de sa pathologie ou de l'amener à une rémission complète et durable.

On utilise tous les moyens possibles, actuellement connus, pour lutter contre la maladie.

Toutes les investigations visent à préciser, confirmer un diagnostic pour envisager ensuite le traitement le mieux adapté.

B - Soins palliatifs

(cf. définition de la S.F.A.P., Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, mai 1996).

« Les soins palliatifs sont des **soins actifs** dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de **soulager** les **douleurs** physiques ainsi que les autres **symptômes** et de prendre en compte la **souffrance** psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont **interdisciplinaires**. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille, à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un **être vivant**, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure **qualité de vie** possible jusqu'au décès et proposent un **soutien aux proches en deuil**. Ils s'emploient, par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués ».

Les soins curatifs ne pouvant plus empêcher la progression de la maladie, tous les soins, traitements et investigations visent le bien-être et la diminution au maximum de la douleur et les symptômes d'inconfort associés.

Exemples :

- une **antibiothérapie** peut être prescrite : on ne vise pas la guérison d'une pneumopathie mais à diminuer l'encombrement bronchique, à réduire l'inconfort lié à une hyperthermie.
- une **radiothérapie** peut être prescrite pour diminuer des douleurs de métastases osseuses : on ne vise pas la guérison ou la rémission du cancer mais le soulagement du symptôme douleur.

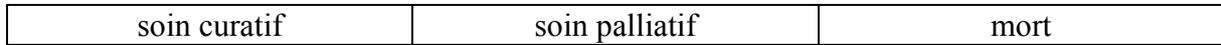
Entrer dans une phase de soins palliatifs n'implique pas la mort imminente du patient : il peut se passer quelques semaines ou mois avant que l'évolution naturelle de l'état de santé du patient entraîne celui-ci dans une **phase terminale** (les derniers jours) puis dans une **phase agonique** (dernières heures, minutes) où survient le décès.

C - Soins de confort

Ce sont tous les soins que nous dispensons **au quotidien** dans le but d'offrir du **bien-être** au patient. Ils sont dispensés tant dans une dimension curative que palliative.

D - Soins continus

La démarche de soins continus englobe les trois axes de soins précités, intriqués entre eux dans la prise en charge globale de la personne âgée entre autre. C'est la **continuité des soins** propre aux soins de longue durée d'une maladie chronique, du vieillissement physiologique et pathologique.



De cette vision des soins très morcelée et presque en opposition (schéma ci-dessus) qui nous a fait nous révolter contre un sentiment d'acharnement thérapeutique (« *quantité de vie à tout prix* ») ou un sentiment d'abandon thérapeutique (« *il n'y a plus rien à faire* »), nous en sommes aujourd'hui - grâce en particulier aux travaux de Cicely SAUNDERS - à une évolution du concept de soins qui peut se schématiser ainsi :



Nommée démarche de soins continus, elle vise à ce que les soins s'enchaînent sans rupture, sans contradiction éthique, au gré de l'évolution de l'état de santé et du désir du patient.

II – QUESTIONNEMENT ETHIQUE D'AIDE A LA DECISION

A – Guide à la décision interdisciplinaire

Il semble qu'une frontière tranchée entre soins curatifs et palliatifs chez les sujets âgés soit difficile à définir voire artificielle. Ce qui est vrai pour l'adulte cancéreux chez qui l'on peut espérer une phase de rémission voire de récupération partielle même si le pronostic léthal persiste, l'est encore plus chez le vieillard.

En effet, exempt de toute pathologie grave non curable, le grand vieillard n'en est pas moins « candidat » à la mort. Arrivant au crépuscule physiologique de sa vie, il peut traverser différents épisodes de pathologies toutes curables en elles-mêmes. La vraie difficulté semble résider dans la distinction à faire entre une pathologie intercurrente qui devra être traitée dans l'espoir d'une guérison, et celle qui se surajoutant à un tableau polypathologique augure d'une évolution terminale que l'on se devrait de respecter.

Le choix de l'attitude thérapeutique la plus adaptée au patient pourra parfois mener à renoncer à la prescription d'un traitement aussi simple soit-il, (par exemple antibiothérapie sur une infection pulmonaire récidivante). Certains parleront alors de « *laisser le patient tranquille* », ou « *d'arrêter de s'acharner* ».

Il s'agit là du concept des soins continus adopté par les gériatres pour s'éloigner de la dichotomie curatif/palliatif non adaptée aux sujets âgés.

Quand peut-on ou doit-on arrêter de lutter pour empêcher la mort ? Quand doit-on laisser venir la mort du sujet âgé ?

Le travail de réflexion dans ce type de situation difficile ne saurait être mené par le médecin seul. Il nous semble là s'agir du seul impératif de procédure: la démarche de décision éthique ne peut se concevoir que menée par une équipe **pluridisciplinaire** (médecins, acteurs sociaux, religieux, soignants...) en étroite relation avec le patient et ses plus proches accompagnants.

C'est grâce à ce réseau d'acteurs aux compétences complémentaires et indissociables (connaissance du tempérament du patient, de ses souhaits et espoirs, de son passé ; connaissance du cadre juridique entourant la problématique ; connaissance technique de la pathologie...) que pourra être discerné de la façon la plus « juste » le choix thérapeutique, le projet de soins et de vie à établir pour le patient, reconnu ainsi comme sujet à part entière.

- **Guide à la décision interdisciplinaire (Dr Renée SEBAG-LANOE)**

Ce guide permet de rechercher et de mettre en commun toutes les informations que chacun d'entre nous détient sur le patient. Il évite le piège de la confrontation stérile d'arguments contradictoires. Il permet de mettre en balance les différentes options et de déterminer les objectifs de la prise en charge quand une équipe est confrontée à une situation clinique complexe.

- Quelle est la maladie principale de ce patient ?
- Quel est son degré d'évolution ?
- Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?
- Est-il facilement curable ou non ?
- Y a-t-il répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques diverses ?
- Que dit le malade, s'il peut le faire ?
- Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?
- Quelle est la qualité de son confort actuel ?
- Qu'en pense sa famille (tenir compte de) ?
- Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent (tenir compte de) ?

B - Classification des différents niveaux d'interventions

Au vu de l'instabilité de certaines situations cliniques gériatriques, les équipes sont invitées à remplir, après discussion pluridisciplinaire, les fiches de niveaux d'intervention en cas d'épisode aigu, présentées ci-dessous (2 modèles différents en circulation dans les services). Remplies par les médecins, elles permettent d'orienter le type de soin à délivrer en cas d'urgence, pour éviter une rupture dans la continuité des soins (ex : transfert en Réanimation le week-end d'un patient pris en charge en Soins Palliatifs depuis plusieurs jours). Le médecin de garde pourra s'y référer pour définir son attitude thérapeutique. Une fois remplie, cette classification est laissée dans le dossier de soins du patient.

Le réajustement se fait :

- lors de l'évaluation annuelle.
- à la suite d'un épisode aigu pour réévaluer le niveau d'intervention.
- au regard des modifications de santé du patient.

Niveaux d'interventions médicales - Indication pour la décision

NOM :

DATE :

Date de la prochaine
évaluation :

MEDECIN SENIOR :

NIVEAU d'INTERVENTION DECIDE

1 - Objectif : maintien de toute fonction par tout moyen possible

= soins curatifs + soins de confort
Investigation et traitement maximaux
Transfert y compris soins intensifs

2 - Objectif : intervention pour toute détérioration qui semble réversible pour rétablir l'état pré-morbide

Investigations + traitement limités à la situation réversible
Transfert à éviter sauf si succès de l'intervention anticipée (ex. : fracture de hanche, abdomen aigu)
L'intervention peut sembler temporairement augmenter l'inconfort du bénéficiaire

3 - Objectif : Maintien confort/soulagement douleur

= démarche palliative
Traitement indiqué uniquement pour maintenir ou augmenter le confort du patient
Prises de sang, radiographies, peuvent être indiquées
I.V. et antibiothérapie peuvent être appropriées
Transfert : contacter le référent médical ou différer autant que possible le transfert du patient (ex. : obstruction intestinale, gangrène)

4 - Objectif : Stade terminal

Traitements licites : SCOPOLAMINE, MORPHINE, et autres antalgiques, HALDOL, HYPNOVEL, ... Soluté S.C. possible
Aucune autre intervention thérapeutique médicale ou curative
Aucun transfert
Aucune prise de sang, ni radiographie, ni examen complémentaire.

Pour contact familles ou entourage significatif voir billet de salle

Résident capable de prendre sa décision ou l'ayant clairement indiqué auparavant :

OUI NON

Service Gériatrie1

☎ 0158004131.

Fax 0158004151

Hôpital C. Celton

✉ 92130 Issy/Mx.

Indication du niveau CHCN-
CAAD d'intervention
(autorisation d'utiliser
C. Crowe 1994)

**Document à laisser au
Dossier Patient**

+

**Données à reporter sur le
Billet de Salle. Fait:**

1- Préciser le niveau d'objectif concernant le PATIENT, NOM:

Lit n°:

Cocher une seule case; celle correspondant au niveau d'objectif le plus pertinent

- I** - **Maintien de toute fonction par tout moyen possible**
Investigation et traitement maximaux
Transfert y compris en soins intensifs ou coronariens
- II** - **Maintien de toute fonction par tout moyen proportionné**
La plupart des interventions et traitements, y compris le transfert, sont pertinents
- III** - **Correction de toute détérioration qui semble réversible pour rétablir l'état prémorbide**
Investigation et traitement limités à la situation réversible
Transfert à éviter sauf si succès de l'intervention escompté (F. col; abdomen aigu....)
- IV** - **Intervention limitée par le confort du patient**
Investigation et traitement indiqués uniquement pour maintenir ou augmenter le confort ou le bien être du patient
Eviter de causer l'inconfort
Des interventions peuvent être appropriées
(ex: prise de sang, radios, solutés parentéraux, antibiotiques)
Transfert à éviter sauf dans le but de diminuer la douleur
- V** - **Intervention adaptée à la phase terminale**
Investigation ou intervention curative non indiquées
Interventions visant à soulager la douleur et favoriser la sérénité du patient

2- Type de contact avec la FAMILLE

- Cocher le niveau le plus élevé d'attente exprimée par les personnes concernées la famille désire être:

- A** - **consultée sans délai** lors de toute détérioration de la situation du patient
- B** - **informée sans délai** lors de toute détérioration
- C** - **informée dans un délai raisonnable (ex: 24h)** de toute détérioration
- D** - **contactée seulement si le décès est anticipé**
- E** **Le patient est apte à prendre toute décision**

- Coordonnées de la Personne concernée +☎:

- Dossier Aide Sociale inutile à débiter débuté notifié
- Protection Juridique

Gérant

Curateur

Tuteur

Numéros ☎ des contacts :

Noms des Cotateur(s) & Signature du gériatre Senior:

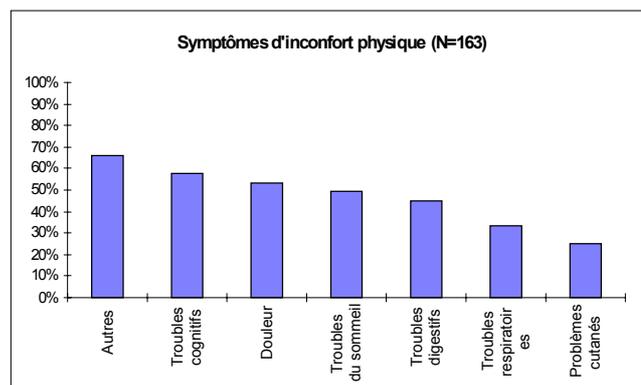
Date: / /200 *coller ici l'étiquette patient*

III – AUTRES SYMPTOMES QUE LA DOULEUR EN FIN DE VIE

A – Symptôme par symptôme

L'énumération suivante des symptômes ne se veut en rien être exhaustive de tous les « petits » inconforts qui, cumulés par le même patient en fin de vie, sont la source d'un inconfort physique global, souvent responsable d'une réelle détresse voire d'une souffrance morale, quand ils ne sont ni repérés, ni reconnus et par conséquent non soulagés.

Symptômes physiques inconfortables en fin de vie



Dr V Morize. Hôpital C. Celton

1

Pour chacun, la **démarche médicale sera avant tout étiologique** pour un éventuel traitement spécifique de la cause.

En l'absence d'origine retrouvée contrôlable, tout symptôme doit recevoir un **traitement symptomatique** visant son soulagement.

La surveillance et la prévention de ces symptômes par les soignants sera essentielle. Tous les symptômes d'inconfort peuvent s'évaluer comme la douleur (EVA, Edmonton).

1. troubles de l'état général

➤ Asthénie

Le symptôme « fatigue » peut parfois être mal supporté par le patient. Si sa plainte est importante, il peut convenir de proposer et de tenter une cure courte de corticoïdes après avoir tenté des mesures hygiéno-diététiques simples et une organisation des soins respectant au mieux les temps de repos/sommeil.

- **Etiologies à rechercher pour un traitement éventuel :**

- maladie causale.
- infection secondaire surajoutée.
- iatrogénie.
- immobilité.
- malnutrition.
- insomnie.
- dépression.
- anémie.

- **Traitements à envisager :**

- étiologique.
- kinésithérapie douce d'entretien et de mobilisation.
- réorganisation rythme journée (sieste, toilette décalée).
- suppléments nutritifs.
- transfusion si anémie accompagnée de dyspnée et/ ou tachycardie.
- corticothérapie courte (0,25-0,5 mg/kg/j)-10 j.

➤ **Déshydratation**

L'absence d'hydratation par voie orale en fin de vie soulève souvent plus de questions pour la famille que d'inconfort pour le patient. Face à l'incapacité précoce de déglutir, on peut proposer une hydratation par voie sous cutanée la nuit. Cependant l'absence d'hydratation au cours de derniers jours ne procure pas d'inconfort si l'on parvient à maintenir une bouche humide et saine grâce à des soins de bouche répétés (bicarbonate, vaseline).

On doit noter l'intérêt d'un certain niveau de déshydratation en fin de vie : diminution de l'œdème, de l'ascite, de la production des urines, des sécrétions gastriques et pulmonaires ou des vomissements.

- **Traitements à envisager :**

- hydratation orale en petite quantité tant que cela reste possible (eau gélifiée aromatisée fraîche utile).
- propreté : brossage de dents.
- soins de bouche et de lèvres pluri-quotidiens.
- prévention mycoses : bicarbonate 14/1 000 en bains de bouche ou soins de bouche après chaque repas ou 4 fois/jour.
- hydratation: brumisateur d'eau ou d'Artisial®, glaçon d'eau ou de jus de fruits, ananas à sucer (enzyme protéolytique).
- **traitement médicamenteux : *protocoles médicamenteux de soins de bouches altérées en annexe.***

➤ **Anorexie – Dénutrition**

- **Questions soulevées :**

- place historique et culturelle de l'alimentation.
- souvent difficile à accepter pour la famille, l'absence totale voir partielle d'alimentation en phase terminale ne pose pas de problème clinique.

- **Etiologies à rechercher :**

- douleurs.
- nausées.
- mycose buccale et/ou digestive.
- troubles digestifs (constipation).
- état bucco-dentaire altéré.
- dyspnée.
- dépression.
- dysgueusie (vieillesse, corticoïdes).

- **Réponses possibles :**

- alimentation orale, adaptée au goût, rehaussé en épices (agueusie), fractionnée, présentation agréable, petites quantités.
- traitement étiologique (douleur, nausée, mycose, dyspnée, dépression).
- maintien hygiène bucco-dentaire.
- corticothérapie courte (0,25-0,5 mg/kg/j)-10 j.
- suppléments nutritifs (moindre effort pour bon apport calorique).

2. troubles digestifs

➤ Nausées et vomissements

- **Physiopathologie/étiologie :**

L'état de nausée est lié à une irritation centrale du **centre du vomissement de la rétillée** par la stimulation de l'une ou plusieurs des zones suivantes :

- zone gâchette du IV ventricule (opioïdes).
- cortex, méninges (HTIC).
- appareil vestibulaire.
- afférences du tractus gastro-intestinal (constipation++, mycoses++).

- **Sites d'action des antiémétiques :**

- zone gâchette : neuroleptiques (Haldol[®] 0,5-1mg x 3/j), Zophren[®], Kitril[®].
- centre vomissement : anticholinergiques (Scopolamine[®]-atropine), Marzine[®], Phénergan[®].
- vidange gastrique : Primpéran[®], Motilium[®].
- cortex : anxiolytiques, corticoïdes.

- **Règles générales :**

- voie sous cutanée.
- adaptation régime (froid, petites quantités, fractionné).

➤ Constipation

- **Prévention et surveillance** pour tout patient sous antalgique (régime riche fibres, hydratation, marche, suppositoires d'aide à l'exonération et laxatifs - Duphalac[®], Transipeg[®]).

- **Recherche étiologique :**

- iatrogène (opiacés, neuroleptiques, antidépresseurs).
- alitement, hydratation, alimentation.
- neurologique ou carcinologique.

- **Traitements :**

- hygiène alimentaire.
- laxatifs :
 - osmotiques doux (Duphalac[®], Lactulose[®], Forlax[®]).
 - stimulants (Jamyliène[®], Normacol[®], Microlax[®]).
- aide à l'exonération :
 - Eductyl[®], Glycerine suppositoires[®].

- **Occlusions organiques inopérables**

Les cancers digestifs compliqués d'une carcinose péritonéale peuvent évoluer vers des pseudo-occlusions voir des occlusions franches en fin de vie que l'on souhaitera soulager médicalement au vue du contexte (éviter si possible l'intervention chirurgicale). On peut s'appuyer sur le protocole suivant :

- **Protocole thérapeutique :**

-

Réhydratation parentérale +/- SNG (sa pose est à débattre avec le patient qui pourra préférer vomir une à deux fois par jour).

- **Traitement médicamenteux 1ère intention :**

-

- **antiémétique** : Haldol[®] 2,5-5 mg x 3/j ss-cut.; Primpéran[®] 10-30 mg x 3/j ss-cut.
- **anticholinergique** (antisécrétoire, antispasmodique, antiémétique) : Scoburen[®] 20-40 mg x 3/j ss-cut. ; Scopolamine[®] 0,25-0,5 x 3/j ss-cut.
- **antalgique opiacé** : morphine 5-10 mg x 6/j ss-cut.
- **corticoïdes** (anti-œdémateux pour tenter de lever l'obstacle) : Solumédrol[®] : 120-240 mg IVL de 1h-5j.

- **Traitement 2ème intention (5 jours d'échec) : arrêt corticoïdes :**

- antiémétique.
- antalgique.
- Somatostatine[®] (antisécrétoire).

- **Si échec (3 jours) : gastrostomie de décharge.**

- **Diarrhée – Hoquet**

- **Diarrhée :**

- traitement traditionnel.

- **Hoquet :**

- passager : Primperan[®] 10 - 30 mg x 3/j.
- résistant : Liorésal[®] ½ cp x 3 /j.

3. troubles respiratoires

➤ **Dyspnée terminale**

La sensation d'étouffement et d'encombrement apparaît comme l'un des symptômes les plus angoissants pour le patient et pour son entourage (sociofamilial-professionnel). Une grande aide sera tirée d'une attitude calme, apaisante, position demi-assise, lumière tamisée, fenêtre ouverte, visites fréquentes.

Les traitements pourront comprendre de l'O₂ (attention assèchement nez et bouche), de la Scopolamine[®] (diminue les sécrétions), des anxiolytiques, et de la morphine (diminue soif d'air et la polypnée).

- Evaluation du ressenti du patient (cotation possible sur l'EVA).

- **Traitement étiologique**

- insuffisance cardiaque.
- masse médiastinale.
- épanchement pleural.
- lymphangite.
- bronchospasme.
- anémie.
- surinfection pulmonaire.

- **Soins relationnels**

- **Traitements symptomatiques**

- kinésithérapie douce d'aide à l'expectoration.
- O₂.
- morphine : 2,5-5 mg x 6/j po ou +augmentation de 30% de la dose de morphine reçue pour l'antalgie.
- Scopolamine[®] : 0,25-0,5 mg x 3-4-6/j ss-cut.
- Valium[®] : 2,5-10 mg en 1 ou 2 prise po.
- Hypnovel[®] : 2,5-5 mg x 3-4-6/j ss-cut.

➤ **Toux – Encombrement**

- **Sédation de la toux**

- codéine : (sirop ou Efferalgan codéiné[®]) : 15-25 mg x 6 po.
- morphine : 3-10 mg x 6 po.
- aérosols : Xylocaïne[®] 2% 10 cc + morphine 10 mg en aérosols de 15 minutes 3 à 4 fois par jour.

- **Encombrement bronchique**

- diminution des apports hydriques à **moins de 500 cc par 24h.**
- pré-aspiration : une seule manœuvre initiale sera le plus souvent nécessaire et recommandée pour dégager l'encombrement en place, le traitement par Scopolamine® évitant sa reconstitution.
- Scopolamine® : 0,25-0,5 x 6 ss-cut/j ou SE ss-cut.
- aérosols : Soludécadron® 20 mg + Bricanil® 3 amp + Bisolvon® 1 amp en aérosols de 15 minutes 3 à 4 fois par jour.

4. troubles urinaires

- **Incontinence urinaire**

- **Rétention urinaire**

Devant tout doute clinique de rétention urinaire (agitation, confusion, douleur pelvienne, tension abdominale), réalisation d'un bladder-scan pour évaluer le volume vésical.

- alpha-bloquants : Xatral® 2 cp/j – Omix® ou eq. 1 cp/j.
- parasympathimimétiques : Urécholine® : 5/j.

- **Spasmes vésicaux et ou impériosités**

- parasympathicolitiques à tropisme vésical : Ditropan® ½ à 1cp x 3/j –Détrusitol® 2cp/j.
- spasmolytiques : Spasfon® - Viséralgine® .
- topiques locaux : exceptionnel -instillation intravésicale : Xylocaïne® 2% 1 flacon pendant ½ h.

5. troubles cutanés

- **Prurit**

- traitement général (antihistaminiques).
- traitement local (hydratation peau, corticoïdes, Eurax® pommade).

- **Escarres**

Le traitement des escarres éventuels sera adapté aux conditions de fin de vie (choix de protocoles non douloureux, réfections espacées, temps de soin réduit).

- prémédication **1h avant les soins**: antalgie+/- anxiolyse.
- choix et suivi d'un protocole simple et adapté.
- odeur : Flagyl® local en aspersion - poche liquide - ou pommade Rosex® - ou P O : 0,5 mg x 3 si odeur rebelle.

- **Sudation (myélome, SIDA)**

- Ains : Naprozine® 250-500mg x 2/j.
- Melleril® (bloque les récepteurs muscariniques).

6. troubles neuropsychiques

Notre expérience clinique et humaine semble nous révéler que les fins de vie des sujets âgés sont généralement porteuses de moins d'angoisse ou d'appréhension que celles de patients plus jeunes. Comme si la sensation de vie pleine, ou de devoir accompli procurait au vieillard un certain degré de sérénité pour aborder cette dernière étape de sa vie. L'angoisse, la plus souvent persistante, est centrée sur les conditions du « mourir » et les possibles difficultés physiques (douleur, étouffement...) qui pourraient être vécues au cours de l'agonie.

L'adaptation progressive aux différentes pertes subies jour après jour semble pouvoir bénéficier à certains sur le plan psychologique. L'acceptation quotidienne des diminutions de capacités physiques ou intellectuelles sont autant de petites étapes de deuil qui, si elles sont vécues comme naturelles (ce qui sous entend une attitude et un regard bienveillant de l'entourage), peuvent aider le sujet âgé à se défaire touche par touche de l'image première d'homme sain qu'il avait de lui même. Ces blessures narcissiques liées au vieillissement sont autant d'étapes vers l'acceptation du cycle biologique de la vie.

On rencontre cependant parfois des personnes âgées refusant en bloc ce vieillissement. Ce refus, cette impossibilité à accepter une modification progressive de leurs capacités, peut entraîner une angoisse incontrôlable pour certains, un syndrome dépressif pour d'autres.

D'autres encore semblent fuir la réalité de leur finitude en s'isolant progressivement dans un monde imaginaire où les événements de l'enfance et du passé ont une acuité toute particulière ou parce que des « choses » ne sont pas terminées, bouclées, réparées.

➤ **Agitation/Confusion :**

• **Recherche étiologie organique**

- globe++, fécalome++.
- trouble métabolique : IR, hypercalcémie, hyponatrémie, glycémie.
- syndrome infectieux.
- trouble cardiovasculaire (responsable bas débit cérébral).
- affection neurologique.
- iatrogène.
- psychologique.

• **Traitement médicamenteux**

➤ **Hallucinations :**

- si nécessaire Haldol® 2,5-5 mg x 1-3/j po.

➤ **Insomnie :**

- règles hygiéno-diététiques.
- traitements hypnotiques si nécessaire.

➤ **Anxiété :**

- relation aidante.
- traitements :
 - Xanax® SL.
 - Hypnovel® ss-cut. si stress aigu : 2,5-5 mg – action durant 4 h.

➤ **Souffrance morale / Demandes d'euthanasie**

L'absence de prise en compte et de soulagement de l'ensemble des symptômes évoqués peut conduire à un réel abattement, avec expression ou non de la souffrance globale et morale en fonction du tempérament et des capacités du sujet âgé. Les attitudes humaines d'écoute et d'empathie dont chacun est capable et responsable auprès du patient permettent souvent de reconnaître la plainte et d'atténuer cette souffrance. Il sera toujours nécessaire d'en discuter en équipe pour éviter l'isolement de certains soignants et garantir la cohérence des soins.

7. sédation en situations d'urgence

Nécessite d'aborder en équipe les risques d'accidents aigus potentiels (hémorragie cataclysmique, asphyxie aiguë) et leur prise en charge (protocole écrit et compris par tous dans son sens - sédation et non accélération de la mort ou euthanasie - et dans son application, plateau prêt quotidiennement avec la seringue adéquate, linge foncé si risque hémorragique pour couvrir le malade.

➤ **Hémorragies- Suffocation**

Prescriptions anticipées, chariot prêt.

• **Protocoles**

- morphine 10 mg + Hypnovel® 10 mg dilués dans 10 cc de sérum physiologique, IV (ou ss-cut.) poussé cc par cc jusqu'à sédation puis relais SE.

B - Thérapeutiques médicamenteuses symptomatiques en phase terminale

HYPNOVEL® (Midazolam)		SCOPOLAMINE®
<p>sédatif anxiolytique myorelaxant amnésie des faits récents induit le sommeil</p>	<i>effets recherchés</i>	<p>. anticholinergique (parasympathicolitique) réduction des sécrétions (bronchiques, digestives) . antispasmodique (dans occlusions inopérables) . antiémétique</p>
<p>ampoule de 1 ml dosée à 5 mg utilisable par voie sous-cutanée - I.V. (I.M. possible)</p> <p><i>ATTENTION : il existe aussi des ampoules de 5 mg pour 5 ml</i></p>	<i>présentation</i>	<p>ampoule 0,500 mg</p>
<p>de courte durée 2 à 3 heures</p>	<i>durée d'action</i>	<p>d'une durée d'environ 4 à 6 heures</p>
<p>. En entredose (bolus) sous-cutanée : - 5 à 10 mg (demi-dose chez le vieillard) pour calmer angoisse et agitation - avant un soin douloureux (à injecter 1 heure avant)</p> <p>. Par voie sous-cutanée continue : - pour assurer un contrôle de l'anxiété : . toujours commencer par 2,5mg/24 h, chez le sujet âgé dénutri - pour une sédation : . environ 10 à 20 mg/24 h</p> <p>Peut être mélangé à la morphine et à la Scopolamine dans une même seringue</p>	<i>mode d'utilisation</i>	<p>Introduction : . Par voie sous-cutanée discontinuée : - toutes les 8 h 0,5 mg</p> <p>. Par voie sous-cutanée continue : 1 mg à 2 mg/24 h.</p> <p>Adaptation des doses en fonction de la réponse clinique. Augmentation jusqu'à efficacité (habituellement atteinte entre 1 et 3 mg/j). Max. 6 mg/j</p> <p>Peut être mélangé dans une même seringue avec la morphine.</p>
	<i>effets indésirables</i>	<p>Effets atropiniques : - sécheresse de la bouche et des yeux, amnésie, ralentissement du transit, tachycardie, trouble de l'accommodation, risque de glaucome aigu (mydriase)</p> <p>Effet sédatif central : - parfois agitation paradoxale. Rarement hallucinations et confusion.</p> <p>Rétention d'urine : (surveillance des mictions, +/- résidus postmictionnels)</p>

CONTACTS ET NUMEROS UTILES

2003

I – STRUCTURES REFERENTES DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS

Unité Mobile d'Accompagnement Corentin Celton	- Véronique MORIZE Médecin (bip 300) - Françoise CORLE Infirmière (bip 301) - Nicole CRAPART Kinésithérapeute (bip 174) - Cécile SCOAZEC Psychologue (poste 4170)	 01 58 00 49 19  01 58 00 49 25 Fax 01 58 00 49 74
Centre intégré de Soins Palliatifs Sainte Périne (Unité, Equipe Mobile et Consultations, Soins Palliatifs Gériatriques)		 01 44 96 33 67  01 44 96 33 68 Fax 01 45 20 56 02
Unité de Soins Palliatifs Paul Brousse		 01 45 59 38 59 Fax 01 45 59 37 40
Equipe Mobile de Soins Palliatifs Hôpital Georges Pompidou		 01 56 09 27 33
Equipe Mobile de Soins Palliatifs Pitié-Salpêtrière		 01 42 16 25 71 Fax 01 42 16 25 72
Association JALMAV Ile de France (Bénévolat d'accompagnement)		 01 40 35 89 40
ASP (bénévolat d'accompagnement)		 01 45 26 58 58
Vivre son deuil Secrétariat : Ecoute/soutien endeuillés :		 01 42 38 08 08  01 42 38 07 08 Fax 01 42 38 08 88
S.F.A.P. (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) 106 rue Emile Zola 75015 PARIS		 01 45 75 43 86
Centre François-Xavier Bagnoud Centre de documentation en Soins Palliatifs 9 rue Yvert 75015 PARIS		 01 45 30 62 50  01 45 30 62 53 Fax 01 45 30 62 51

II - CULTES – CONTACTS SUR C. CELTON

➤ Culte catholique :

Une équipe au service des malades, des familles et du personnel :

- Père VINCENT (paroisse de Notre Dame des pauvres)
- Madame Marie-Thérèse FONTAINE (responsable de l'Aumônerie de l'hôpital) et son équipe de bénévoles
Tél. : 01 58 00 48 24
01 58 00 40 00 (Bip 106)
06 87 19 10 66 (en cas d'urgence)

➤ Culte protestant

- se déplace sur appel :

Tél. : 01 46 42 31 50
01 46 45 55 55

➤ Culte musulman

- Mosquée de Paris
Place du Puits de l'Ermitte
75005 PARIS
Tél. : 01 45 35 97 33

➤ Culte juif

- Rabbin Maurice NEZRI
11, rue Chasseloup Laubat
75014 PARIS
Tél. : 01 42 73 36 29

➤ Culte bouddhiste

- 13, rue de l'Epée de Bois
75005 PARIS
Tél. : 01 43 36 20 20

➤ Eglise évangélique arménienne

- 55, avenue Victor Cresson
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Tél. : 01 40 95 85 26

ANNEXES

200

3

Annexe 1

Drogues utilisables par voie sous-cutanée

- **Tableau des produits médicamenteux utilisables en sous-cutanée**

Type de traitement	Seringue électrique continue possible	Discontinu uniquement
AINS		Profénid®
Diphosphonates		Clastoban®
Antiémétiques	Primpéran® Haldol® Largactil® Zophren®	
Antisécrétoires (digestif, respiratoire)	Scopolamine® Buscopan®	Atropine
Anticonvulsivants	Gardéнал® Rivotril®	
Antibiotiques		Pénicilline Rocéphine®* Amiklin®
Antiulcéreux	Raniplex® Azantac®	
Constipation		Prostigmine®
Corticoïdes		Solumédrol® Soludécadron®
Sédation	Hypnovel® Nozinan®	

* Rocéphine® : 2 g dans 5 ml de Xylocaïne à 1 % en s.c. directe.

- **Peuvent être associées dans une même seringue (pas plus de trois drogues mélangées) :**

- ⇒ Tranxène®
(mais pas avec une forte concentration de morphine ampoule à 500 mg : précipitation)
- ⇒ Nozinan®
- ⇒ morphine
- ⇒ Scopolamine®
- ⇒ Haldol®
- ⇒ Hypnovel®
- ⇒ Prostigmine®
(contre-indiqué en cas de bronchospasme)
- ⇒ Buscopan®
- ⇒ Primpéran®

- **S'utilise seul, non associé :**

- ⇒ Voltarène®

Annexe 2

Protocole de perfusion sous-cutanée pour réhydratation

Indications

- . patient déshydraté (cliniquement ou iono perturbé)
- . qui ne peut boire suffisamment ou apport liquidien oral impossible ou contre-indiqué
- . qui n'a plus ou presque plus de capital veineux
- . qui n'a pas besoin d'un rééquilibrage ionique
- . pour qui on ne peut assurer des soins de bouche et d'hydratation au minimum toutes les 2 heures

Avantages

- . mobilité du patient
- . facilité, rapidité de la pose et larges zones d'injection disponibles
- . débit souple; pas de contrôle rigoureux des horaires. Flacon vide sans risque = simplicité de surveillance
- . possibilité de laisser l'épicranienne en place sans perfusion
- . si le patient se "dépique", pas de risque hémorragique
- . possibilité de passer certains médicaments (cf. protocole "injection sous-cutanée") par la même épicroanienne
- . absence de risque de thrombose veineuse, diminution des risques infectieux
- . technique économique

Inconvénients

- . quantité perfusable limitée (0,5 à 1,5 litre) – (maximum 1 l en 8 h la nuit)
- . solutés isotoniques seulement (hypertoniques et certains médicaments impossibles)

Précautions d'emploi

- . ne pas piquer dans une zone infectée, déclive, oedématisée ou sur un membre lymphoedématisé
- . informer le patient et/ou sa famille de l'intérêt de la méthode
- . si quantité journalière $\geq 1,5$ l prévoir plusieurs sites

Technique

- **Matériel :**
 - . épicroanienne Microflex (Butterfly) 0,21 ou 0,25 G
 - . pansement transparent (Opsite/Tégadem)
 - . tubulure à perfusion
- **Produits :**
 - . Glucosé à 5 % 500 ml (+ 4 g de Na Cl/l) ou sérum physiologique 500 ml (chlorure de sodium à 9 ‰)
- **Pose :**
 - . adapter l'épicroanienne à la tubulure. Choisir le site, désinfecter la peau, élever le tissu sous-cutané entre le pouce et l'index ou le tendre
 - . piquer dans le tissu sous-cutané, le biseau de l'aiguille tenu vers le bas selon un angle de 30° environ
 - . l'aiguille doit être suffisamment profonde pour que le produit diffuse entre le tissu sous-cutané et le muscle
 - . s'assurer de la mobilité de l'aiguille entre la peau et le muscle
 - . faire une boucle de sécurité avec la tubulure
 - . fixer l'épicroanienne avec un Opsite sur lequel on notera la date de mise en place

Le site d'injection dépend des points d'appui du patient, de la facilité d'accès, de la préférence de la personne (face externe du bras, deltoïde, face antérieure de la cuisse, abdomen, haut du thorax sous les clavicules).

Surveillance

- . chaque jour, de la qualité du tissu sous-cutané
- . une induration, un oedème, une rougeur, une fuite de produit par le point de ponction sous l'Opsite ou une absorption trop lente doivent faire changer de site
- . l'épicroanienne peut rester en place jusqu'à une semaine en fonction de l'état focal
- . noter dans le dossier de soins nature, quantité, vitesse, heure de la pose et site de l'injection

Perfusion discontinuée

Possibilité d'utiliser une épicerienne ou de l'obturer avec le bouchon d'origine si besoin.

Annexe 3

Protocole d'injection sous-cutanée par épicanienne à demeure

Indications

. injections répétées d'antalgiques ou autres médicaments administrables par voie sous-cutanée

Avantages

. le malade n'est piqué qu'une fois, ce qui limite les hématomes, infections et gestes répétitifs
. injection du produit sans réveiller le malade

Inconvénients

. tenir compte du volume de la tubulure
. la discrétion de la méthode implique de bonnes transmissions pour savoir où se trouve l'aiguille sur le corps du malade

Précautions d'emploi

. ne pas piquer dans une zone infectée, oedématisée ou sur un membre lymphoedématié
. informer le patient et/ou sa famille de l'intérêt de la méthode

Techniques

- **Matériel :**
 - . cathlons Intima de Becton Dickinson
 - . épicanienne Microflex de petit calibre (réf. 246 04) tubulure de 0,2 ml
 - . ou mieux, Héparjet (tubulure 7 cm), Venoflux (réf. 247 07) 0,2 ml embout caoutchouc
 - . Opsite/Tégaderm

- **Produits pouvant être injectés en sous-cutané sans problème :**
 - . Morphine, Temgésic, Scopolamine, Hypnovel, Haldol, et tout produit où la mention "peut être injecté en sous-cutané" figure au Vidal (cf. Annexe 1)
 - . on peut associer sans difficulté, dans la même seringue :
 - Morphine + Haldol®
 - Hypnovel® + Morphine + Scopolamine®
 - Rivotril® + Scopolamine® + Morphine (le Rivotril® est toutefois irritant en sous-cutané)

- **Pose :**
 - . purger l'épicanienne avec du sérum physiologique. Après avoir désinfecté la peau, piquer dans le tissu sous-cutané, le biseau de l'aiguille tenu vers le bas selon un angle de 30° environ. L'aiguille doit être suffisamment profonde pour que le produit diffuse entre le tissu sous-cutané et le muscle
 - . faire une boucle de sécurité avec la tubulure
 - . fixer l'épicanienne avec un Opsite sur lequel on notera la date de mise en place

Lors de la première pose ou au changement d'épicanienne, tenir compte du volume de la tubulure : ajouter au volume du produit à injecter le volume de la tubulure (ex. : + 2 ml pour la Microflex 246 04), de manière à ce que la tubulure contienne d'emblée la substance injectable.

Le site d'injection dépend des points d'appui du patient, de la facilité d'accès, de la préférence de la personne (face externe du bras, deltoïde, face antérieure de la cuisse, abdomen, haut du thorax sous les clavicules).

Surveillance

. chaque jour, de la qualité du tissu sous-cutané
. une induration, un oedème, une rougeur, une fuite de produit par le point de ponction sous l'Opsite doivent faire changer de site
. l'épicanienne peut rester en place 8 à 10 jours en moyenne.

1. SECHERESSE BUCCALE

1^{ère} intention : « Bouche sèche : 1^{ère} intention »

- Hydratation fréquente (toutes les 2h) de petites quantités d'eau ou d'eau gélifiée, jus de fruits, glaçons à sucer, compresse d'eau roulée sur doigt ganté
- Pulvérisation d'eau (brumisateur)
- Ananas en boîte non sucré (pouvoir décapant de l'ananas)
- **Vaseline** sur les lèvres (et non glycérine)
- Stimulation de la salivation (fruits frais, bonbons acidulés)

2^{ème} intention : « Bouche sèche : 2^{ème} intention »

- Salive artificielle (**Artisial** ® = carboxyméthylcellulose sodique)
- Maintien des mesures précédentes

2. CROUTES ET DEPOTS

« Bouche croûtes et dépôts »

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) au **Bicarbonate 14⁰/00**
- Application endobuccale d'une mince couche de **Vaseline** en fin de soin – attente – les croûtes se détacheront lors du soin suivant réalisé avec le Bicarbonate 14⁰/00
- Morceaux d'Ananas frais ou en conserve à sucer
- Application d'**Artisial** au décours du soin au Bicarbonate

3. MYCOSE AVEREE

1^{ère} intention : « Mycose avec déglutition conservée »

Traitement par voie systémique :

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du Bicarbonate 14/°°
- **Triflucan® 50** suspension buvable : 1 prise par jour, au décours d'un soin de bouche, pendant 14 j (une mesure de suspension à déglutir). Si clearance de la créatinine < 40 ml/mn : 1 mesure toutes les 48h.

2^{ème} intention : « Mycose avec incapacité à déglutir »

Soins locaux

- **Mycostatine** ® 24 ml –(1 flacon) + **bicarbonate 14⁰/00** (1 flacon : 500 ml)– soins environ toutes les 4h – Stabilité du mélange : 3j à température ambiante.

4. BOUCHE DOULOUREUSE /UCERES – APHTES

1^{ère} intention : « Ulcérations buccales localisées »

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du **Bicarbonate 14/°°**
- Anesthésiques locaux (avant les repas) :
 - si ulcération locale : **Pyralvex** ® gel
 - si ulcérations multiples : **Maxicaïne** à sucer
- Agents protecteurs : (après le repas)
- 2 sachets **Ulcars** ®(Sucralfate) dans un verre d'eau en bain de bouche de 4 minutes x4/j- recracher.

2^{ème} intention : « Ulcérations buccales multiples » ou inflammation buccale globale

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du **Bicarbonate 14/°°**
- Anti inflammatoires et antalgiques locaux :
 - Solupred 5 mg** :dans un verre d'eau en bains de bouche de 4 minutes X 2/j (si possible avant repas)

Ne pas déglutir. Rinçage de la bouche à l'eau au décours.

- Agents protecteurs : (après le repas)
- 2 sachets **Ulcars** ®(Sucralfate) dans un verre d'eau en bain de bouche de 4 minutes x4/j- recracher.

5. BOUCHE HEMORRAGIQUE

« Bouche :Saignements localisés »

- Conseils alimentaires :éviter aliments trop secs ou irritants, l'alcool, le tabac
- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) au Bicarbonate 14⁰/00
- **Coalgan** ® cubes sur saignements localisés

« Saignements buccaux diffus »

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) au Bicarbonate 14⁰/00
- **Algostéril** ® en compresse en tamponnements ou
- **Dicynone injectable 250 mg** : 1 ampoule dans un verre d'eau en tamponnements ou bains de bouche (à ne pas avaler).

6. BOUCHE MAL ODORANTE (HALLITOSE)

1^{ère} intention : « Bouche malodorante 1^{ère} intention »

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du **Bicarbonate 14/°°**
- **Flagyl** ® suspension buvable, 1 mesure diluée dans un peu d'eau, en bain de bouche de 4 minutes, le matin. A ne pas avaler. Pendant 7 jours.

2^{ème} intention : « Bouche malodorante 2^{ème} intention » (mesures précédentes insuffisantes)

- Soins de bouche réguliers (toutes les 4h) avec du **bicarbonate 14/°°**
- Antibiothérapie systémique par voie orale : **Flagyl** ® **400 mg** x 2 per os pendant 7 jours.

Annexe 4

