

Douleur et soins chez les patients handicapés

Valérie Joindreau-Gaudé, Infirmière Ressource Douleur. Hôpital A. Paré, Boulogne (92)

Introduction

Dans de nombreuses circonstances, la douleur est un signal d'alarme utile, indiquant un problème physique, une complication. Celle-ci devient inutile, si elle se chronicise ou se répète. Des répercussions psychologiques peuvent survenir.

Les soins réalisés ont pour but le diagnostic, le bilan, le traitement d'une maladie, mais également soigner (réfection de pansements, toilette...).

Mais certains soins peuvent souvent induire des douleurs, qui sont généralement prévisibles, aiguës, et à priori de durée limitée.

Les soins, qu'ils soient très techniques, ou qu'il s'agisse de gestes plus courants, sont souvent protocolisés, mais ne prennent pas fréquemment la douleur en compte. Les soignants estiment souvent que la brièveté de la douleur ne justifie pas sa prise en compte, ou la sous-estiment. Même si cela est parfois vrai pour un soin isolé, la répétition d'un geste peut devenir difficile à supporter pour le patient [1]

Les patients porteurs de handicap(s) sont une population particulièrement exposée et vulnérable à la douleur des soins. Quelles que soient les causes du handicap (patients cérébro-lésés, blessés médullaires, polytraumatisés, maladies dégénératives, pathologies musculo-squelettiques), ils subissent un nombre important d'actes potentiellement douloureux, que ce soit à domicile ou en hospitalisation. Même si dans certains cas il y a des déficits sensitifs partiels ou complets, des douleurs peuvent malgré tout, être ressenties. Même les soins d'hygiène et de vie se révèlent problématiques du fait du handicap. Car de courants quand on est bien portant, ces soins de base deviennent pourvoyeurs de douleurs quand il s'agit de les réaliser chez un patient handicapé. Ces patients doivent faire l'objet d'une attention particulière dans l'évaluation, et la prise en charge de douleurs existantes et/ou induites, mais également dans la prévention. En effet, il faut absolument prévenir par des actions et des soins adaptés, l'apparition de pathologies potentiellement douloureuses, auxquelles sont particulièrement exposés les patients handicapés. Il peut s'agir, par exemple, de prévention d'apparition d'escarres, de soins visant à limiter les rétractions de membre(s) [2].

En mars 2011, le Haut Conseil de la Santé Publique a présenté l'évaluation du 3^e plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur [3]. Il préconise l'élaboration d'un 4^e plan

douleur avec un focus sur l'implémentation de bonnes pratiques professionnelles dans le domaine des douleurs induites.

Protocoles et procédures

Une implication des différents acteurs de soins est nécessaire, pour intégrer la prise en charge de la douleur dans les protocoles ou procédures de soins. Le CLUD de chaque établissement a un rôle majeur dans la réflexion et la prise en compte de la douleur induite par les soins [4].

Pour y parvenir, il est obligatoire de faire une évaluation initiale des pratiques, permettant, par exemple, de chiffrer l'intensité de la douleur (et les difficultés d'évaluation pour les patients non communicants), de répertorier les soins douloureux et les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces douleurs induites. Ensuite, des actions de formation peuvent être nécessaires, mais également des modifications des procédures, et d'organisation de ces soins (discutées avec les équipes). Cette démarche d'évaluation des pratiques, via le CLUD, fait participer les différents acteurs de soins, et peut éviter des blocages à l'évolution des pratiques de certains d'entre eux.

Les protocoles de soins validés proposés doivent être faisables, et applicables localement [5].

Il faut absolument tenir compte des possibilités tant techniques qu'humaines de chaque service, pour que l'utilisation de ces protocoles se fasse dans les meilleures conditions possibles pour les soignants, et évidemment améliorer les conditions du soin pour le patient.

L'évaluation de la douleur :

Plusieurs outils validés d'évaluation de la douleur sont à notre disposition. L'évaluation permet de repérer et tracer la douleur, pour adapter les traitements antalgiques, et pouvoir, notamment, améliorer les conditions du soin.

Des études montrent que bien souvent la douleur (quel que soit le contexte, et la cause), est sous estimée par les soignants [6]. Divers processus tentent d'expliquer cette sous estimation, mais il est important d'en être conscient, pour l'éviter.

L'évaluation n'est pas toujours facile à réaliser du fait des différentes composantes de la douleur et de la nature du handicap. Le risque dans certains cas de déficits sensitifs partiels ou complets (notamment chez blessés médullaires), est de conclure, à tort, que le patient ne peut pas avoir mal. Certaines lésions ou maladies associées, peuvent engendrer chez ces patients des « épines irritatives », qui vont, par exemple, accentuer leurs contractures ou leurs

problèmes de spasticité. Il est donc important que les soignants connaissent bien les pathologies de ces patients, pour mieux repérer et évaluer leurs douleurs.

Depuis les années 1980, suite aux travaux de l'IASP (International Association for Study of Pain), il est admis que la douleur est une expérience émotionnelle et sensorielle désagréable et qu'il n'y a pas de parallélisme entre lésion et douleur [7]. Le diagnostic de douleur est fondé sur la communication et l'observation car il repose sur le ressenti du patient. Dans le cas d'un patient handicapé, cela peut poser des problèmes. Les soignants éprouvent beaucoup de difficultés à évaluer les patients dyscommunicants, faute de formation et d'outils adaptés.

Il est recommandé d'utiliser l'auto-évaluation si cela est possible. Mais dans certains cas de patients ayant des difficultés de communication, nous devons utiliser une échelle d'hétéro-évaluation.

Les outils d'évaluation les plus utilisés sont :

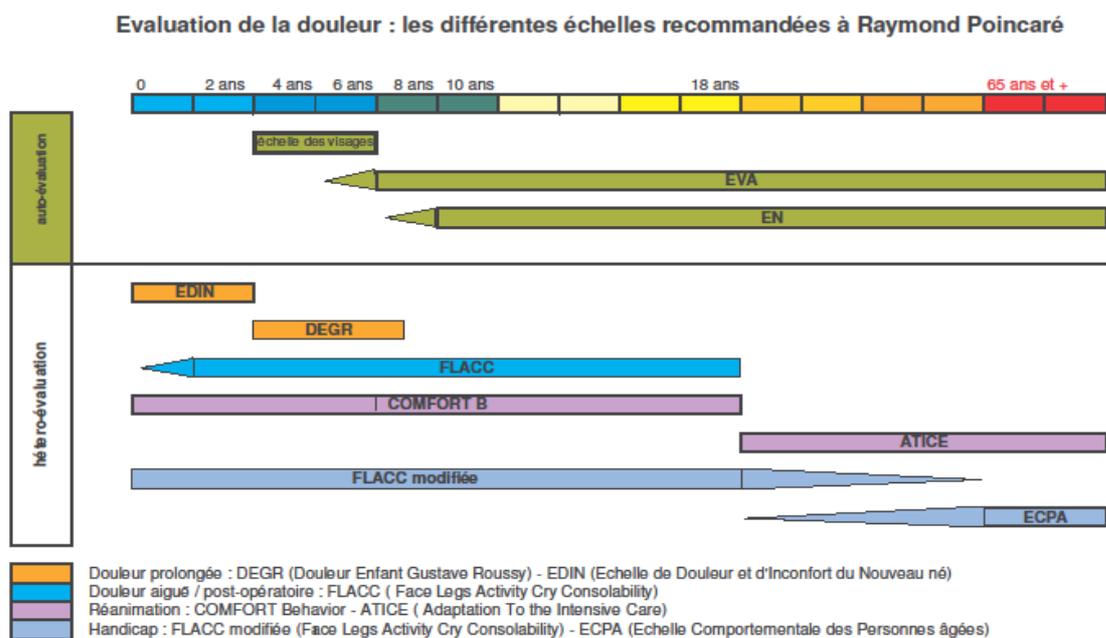
- L'EVA (échelle visuelle analogique), échelle de référence, qui grâce à une réglette graduée, permet au patient de situer sa douleur avec un curseur, entre pas de douleur (=0) et une douleur maximale imaginable (=10) ; le dos de cette réglette étant graduée, le soignant peut chiffrer l'intensité de la douleur au moment où la question est posée.
- L'EN (échelle numérique), est très fréquemment utilisée, le soignant demande de chiffrer la douleur entre 0 et 10.
- L'EVS (échelle verbale simple), est une échelle de qualificatifs, le patient a le choix entre pas de douleur (=0), douleur faible (=1), douleur modérée (=2), et douleur intense (=3).

Cette échelle d'auto-évaluation, bien que moins sensible que les deux précédentes, peut être utile en cas d'incompréhension par le patient des deux échelles précédentes.

- L'échelle Algoplus® (<http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/ALGOPLUS.pdf>) est une échelle d'hétéro-évaluation validée chez le sujet âgé non communicant en urgence, mais transposable (non validé) chez l'adulte non communicant. Les items sont le visage, le regard, les plaintes, le corps, le comportement ; la réponse oui est cotée 1, ou non est cotée 0. Si le score est $> 2/5$, le patient est douloureux et il faut instaurer ou modifier le traitement antalgique (<http://www.youtube.com/watch?v=ppHdjRi6p7s>).

- L'échelle FLACC modifiée (<http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/FLACC-R.pdf>) reprend les même 5 items que l'échelle FLACC d'origine, mais quelques précisions sont apportées pour repérer les attitudes, mimiques pouvant être signe de douleur chez les enfants handicapés. Cette échelle initialement prévue pour évaluer la douleur (de la naissance à 18 ans) est utilisable, d'après le diagramme ci-dessous élaboré par le CLUD de l'hôpital R. Poincaré, en pédiatrie (à partir de la naissance), mais également chez les adultes. Les 5 items sont le visage (expressions), les jambes (positions et mouvements), l'activité (repos, mouvements), les cris (fréquence, et dans quelles situations), et la consolabilité (selon les situations).

Le CLUD de l'hôpital Raymond Poincaré a élaboré et diffusé un diagramme d'échelles d'évaluation. Ce diagramme aide les équipes à choisir une échelle adaptée aux besoins du patient dans une situation donnée.



Intérêts de l'évaluation de la douleur :

- Identifier les patients douloureux, surtout pendant les soins, même en l'absence de plaintes douloureuses, cela est vrai pour tous, mais il faut en être beaucoup « conscient », lorsque l'on a en charge des patients porteurs de handicaps, car ils ne peuvent peut être tout simplement pas l'exprimer, ou le faire différemment .

- Etablir une relation de confiance entre le soignant et le patient, en tentant de prendre en compte la globalité de ce que le patient ressent tout au long du soin. Les explications sur le déroulement du soin, sa nécessité, la prise en compte du ressenti douloureux, permettent de limiter voire de supprimer les sensations douloureuses.
- Permettre la mise en œuvre d'un projet thérapeutique, grâce à des protocoles de prise en charge de ces douleurs induites par les soins, ou le réajustement des traitements antalgiques.

Les différents aspects de la prise en charge des soins douloureux :

Le relationnel :

Cet aspect de la prise en charge est essentiel, et relève directement du rôle propre infirmier.

Le contact est primordial, il faut rassurer, et installer confortablement le patient, ce qui permet de diminuer le ressenti de la douleur (position antalgique, caler le dos, par exemple).

Des soins douloureux répétés peuvent générer une appréhension du soin, de l'anxiété, et une majoration du vécu douloureux ; c'est pourquoi le soignant doit bien informer et expliquer le soin, son objectif et son déroulement, et éventuellement solliciter la participation du patient. Les soins courants de nursing reviennent très fréquemment et sont parfois difficiles pour des patients handicapés, notamment lorsqu'ils ont d'importantes contractures, rendant difficile le moindre changement de position ; car même si les douleurs sont ressenties différemment, il faut tout le savoir-faire des soignants et la confiance des patients pour que ces gestes se déroulent dans les meilleures conditions possibles.

La loi du 4 mars 2002, oblige tout soignant à délivrer au patient une information complète du geste qui va être réalisé, y compris les soins dits de base (toilette, soins de bouche...) L'information doit être adaptée aux capacités cognitives du patient, et délivrée à un moment suffisamment proche du geste. C'est un moyen d'entrer en relation avec lui, de faire le point sur son état douloureux. Il faut s'adresser au patient, à un moment où les deux sont disponibles : le patient pour comprendre le soin et le soignant pour pouvoir répondre aux questions.

Dans la prévention de la douleur induite, le soignant a un rôle éducatif en conseillant au patient toutes les possibilités d'être plus confortable en accord avec son handicap (meilleure position, détournement de l'attention, présence d'une personne ressource...) Informer comporte des limites et des difficultés. Il faut prendre en compte la maîtrise de la langue, la

nature du handicap. Le fait de choisir des personnes référentes pour un patient permet de limiter l'impact des difficultés et améliore la qualité de l'échange.

Plusieurs outils existent, favorisant la connaissance de l'autre. Ainsi, la **Mission Handicap AP-HP** a mis en ligne une **fiche de liaison** quotidienne des adultes et enfants handicapés dépendants. Cette fiche permet de mettre en place tous les moyens nécessaires à une bonne prise en charge. L'item 12 de cette grille est consacré à la douleur et facilite grandement ce travail (<http://www.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/20/files/2012/04/Fiche-d%C3%A9valuation-dossier-de-liaison-handicap-AP-HP.pdf>).

S'interroger sur la pertinence et sur l'organisation du soin, respecter son rythme, favoriser sa récupération. Certains soins sont fait par « habitude » des soignants, à des heures régulières, et pourraient dans certains cas (notamment si le patient est fatigué par la rééducation ou par une autre cause), être différés, ou reportés, quand cela est possible.

La technique :

Le **choix du matériel** est primordial, par exemple, le choix d'un pansement adapté à la plaie, mais qui ne collera pas à celle-ci, et donc fera beaucoup moins mal lors de son ablation au pansement suivant. Il ne faut pas hésiter à utiliser toutes les ressources locales, et demander l'avis d'experts sur certains soins (matériel de manutention, techniques psycho-corporelles, pansements adaptés...). Lors des mobilisations et brancardages, très fréquents chez les personnes handicapés, une utilisation optimale du matériel de transfert, ou les bonnes techniques de manutention, peuvent permettre que ces gestes se déroulent dans de meilleures conditions (pour le patient, mais également pour les soignants), et bien souvent avec des douleurs moindres.

La formation accrue et continue du soignant réalisant le soin est d'un point de vue technique important, mais aura également un impact au niveau relationnel avec le patient.

Il est parfois possible, en concertation avec l'équipe médicale, de modifier la fréquence d'un soin difficile, malgré les précautions et traitements instaurés.

Les antalgiques :

La plupart du temps, les patients handicapés, ont des traitements antalgiques systématiques, pour traiter différents types de douleurs, selon les cas.

Il peut s'agir de douleurs par excès de nociception, souvent de douleurs neuropathiques (d'origines périphériques ou centrales), et parfois de douleurs mixtes.

D'autres antalgiques peuvent être ajoutés pour les soins douloureux, sur prescription, ou selon des protocoles validés localement. Généralement, si cela est possible, la voie orale est préférée (en tout cas dans un premier temps). Dans le cas de soins répétés et douloureux, l'utilisation de pompes PCA (Patient Controlled Analgesia) se révèle utile. Mais son utilisation est subordonnée à une compréhension de son utilisation et d'une adhésion du patient.

Il faut absolument tenir compte des délais d'action des produits, en fonction de leur nature et de leur voie d'administration, pour que leur efficacité soit maximale pendant le soin. Des formations répétées sont souvent nécessaires pour rappeler les modalités d'administration optimales des antalgiques. Des supports sous forme de mémo peuvent être mis à disposition des soignants.

Les anesthésies locales :

Faites en général par un anesthésiste, la plupart du temps, pour des analgésies locorégionales. Reprenons par exemple, le cas de la ponction lombaire, très peu de médecins font une injection d'anesthésique local au point de ponction et pourtant, cela apporte un réel confort au patient.

L'EMLA®, anesthésique local, (sous forme de crème ou de patch), sur prescription médicale ou protocole de soins, est probablement sous-utilisé chez l'adulte en France. Il est utilisé régulièrement pour les ponctions de sites implantables, mais trop rarement pour des ponctions artérielles, et encore moins pour de « simples » ponctions veineuses.

En revanche, son utilisation est beaucoup plus systématisée en pédiatrie. En pratique il faut anticiper, son efficacité est liée à son temps de pose, qui est au minimum d'une heure. Sa sous utilisation est souvent due à un problème organisationnel, puisque ces soins sont rarement à réaliser en urgence.

Le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) :

Il est aussi beaucoup plus largement utilisé en pédiatrie. Mais son utilisation se développe chez l'adulte. Il peut s'avérer dans bien des cas, très utile, puisque son utilisation est simple et rapide (seulement 3 minutes d'administration avant de commencer le soin). Nous en disposons dans les services de soins ou dans les consultations, sous forme de bouteille. Son administration la plus fréquente se fait via un masque facial, relié à un kit de ventilation.

Il comporte peu de contre-indications (hypertension intracrânienne, pneumothorax). Il a une action antalgique, mais également anxiolytique.

Chez de nombreux patients handicapés, les problèmes de spasticité sont fréquents, et peuvent être aggravés par des stimuli nociceptifs sous-lésionnels (appelés « épines irritatives »), même en cas de déficit sensitivo-moteur complet.[8] C'est pourquoi il est important de les traiter grâce aux antalgiques, voire même avoir recours à l'analgésie loco-régionale, pour limiter ces phénomènes de spasticité. [9]

Les moyens non médicamenteux :

Différents moyens physiques et psychologiques sont efficaces pour diminuer l'intensité des douleurs induites. Pour les personnes présentant des handicaps, il est fréquent d'utiliser des contentions (orthèses, corsets, attelles...). Elles doivent être faites sur mesure, correctement mises afin de permettre un relâchement musculaire.

Un bon moyen d'éviter les douleurs induites, est de prévenir l'apparition de certaines causes, notamment grâce à l'étape essentielle qu'est la prévention de lésions du revêtement cutané aux points d'appui. La mobilisation douce et régulière est primordiale. La prévention relève du rôle propre infirmier.

Les mobilisations se font en tenant compte des capacités locomotrices du patient. Il ne faut pas hésiter à être plusieurs, afin de ne pas majorer les douleurs. Solliciter l'expertise du kinésithérapeute ou de l'ergothérapeute permet d'aménager l'environnement immédiat du patient, rendant la réalisation du soin plus aisé.

Depuis plusieurs années, les méthodes psycho-corporelles : hypnose, relaxation, toucher ont enrichi considérablement l'arsenal thérapeutique de la prise en charge de la douleur. Elles permettent à des degrés divers, de soulager la souffrance morale et de diminuer les troubles psychologiques tels que l'anxiété, l'angoisse, le stress. Autant il existe très peu de limitations d'utilisation de ces techniques, si ce n'est la compréhension du patient, autant leur application dans une stratégie thérapeutique demande une réflexion, des formations, et un investissement personnel.

Conclusion

C'est un droit de ne pas souffrir inutilement. Les progrès indéniables dans le domaine éthique, technique de la prise en charge de la douleur ne doivent pas faire oublier, que trop souvent les « petites » douleurs du quotidien sont banalisées, minorées, et sous estimées. Chez les patients

handicapés, très exposés aux douleurs, et ayant parfois des difficultés à les exprimer, il apparaît que la formation des soignants et leur connaissance de pathologies spécifiques, peut aider à mieux reconnaître et donc traiter les douleurs induites par les soins. Il appartient à chaque professionnel de santé de refuser de faire mal. C'est au travers de l'analyse quotidienne de sa pratique, qu'il donnera le meilleur soin tout au long de sa carrière. De même, c'est en s'informant, en faisant valoir ses droits que le patient pourra être pleinement acteur de son projet de soin et surtout de sa qualité. Comme souvent la personne handicapée voit ses droits rognés, sa condition humaine dégradée, c'est à nous donneurs de soins de faire en sorte qu'ils reçoivent le meilleur avec le minimum de douleurs possibles.

Références

- [1] Brasseur L., Chast F., Lassaunière J-M., et al. Caractéristiques et prise en charge médicale des accès douloureux transitoires, Douleurs 2001;2(5): 226-227.
- [2] Gourdin E., Pernes P . Présentation du film « Prévention de la douleur lors de la toilette et des mobilisations chez l'enfant et le jeune adulte polyhandicapés ».
- [3] Haut Conseil de la Santé Publique Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Mars 2011.
Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?ae=avisrapportsdomaine&clefr=211&menu=09>
- [4] Ministère de l'emploi et de la solidarité. Programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf]
- [5] Recommandations pour la pratique clinique 2005 : standards, options et recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez l'adulte atteint de cancer. Mise à jour janvier 2005.
- [6] Prkachin KM, Solomon PE, Ross J. Underestimation of pain by health-care providers: towards a model of the process of inferring pain in others. Can J Nurs Res 2007;39(2):88-106.
- [7] IASP Subcommittee on taxonomy. Pain terms : a list with definition and notes on usage pain 1979;6:242-52.
- [8] Even-Schneider A., Chartier-Kastler E., Ruffion A.- Spécificités cliniques du blessé médullaire (escarres, HRA, spasticité)- Progrès en urologie 2007;17(3)454-456.
- [9] Conférence d'experts de la SFAR : Prise en charge d'un adulte présentant un traumatisme vertébro-médullaire. Texte court. 2003.
Disponible sur : <http://www.sfar.org/article/252/prise-en-charge-d-rsquo-un-blesse-adulte-presentant-un-traumatisme-vertebro-medullaire-ce-2003> [consulté le 6/09/2012]