

Recommandations en soins infirmiers

Prévenir la douleur induite par les soins

Livret réalisé par les infirmiers référents du RRDBN

ALLAVENA S., ANDRE S., BAZIL A., BAZIN M., BISSON C., BOURBAN C., BRISSIER V., CIROU S., DEMAREST C., DENOLLE V., DRUGEOT V., DUBOURG C., FREMY S., FREMONT D., GEHANNE S., GOGO E., HAVET B., JARDIN S., JENVRIN J., NEIRINCK Y., LAMI M., LAIR F., LEBOIS MH., LE CHEVALIER A., LE CORDIER M., LE GARREC J., LEPELLETIER V., LEPLEUX I., LOUISA A., MARGUERIE C., MILLET-FICHET AL., ONFRAY N., POTTIER C., ROUX N., TESSIER V., TEISSÉDRE B., THIBERGE C., TRANCHANT S., VEILLARD C., avec la participation de JOUSSET E. kinésithérapeute pour la partie rééducation



SOMMAIRE

1. Généralités communes à l'ensemble des chapitres...p.3 à 4

- 1.1 Introduction.....p.3
- 1.2 Recommandations communes pour tous les soins potentiellement douloureux.....p.3
- 1.3 Rappels sur l'évaluation de la douleur.....p.4

2. Prise en charge de la douleur liée nursing.....p.5 à 9

- 2.1 Information du patient.....p.5
- 2.2 Organisation des soins.....p.5
- 2.3 Quatre soins de nursing.....p.6 à 9
 - 2.3.1 La toilette.....p.6
 - 2.3.2 Le soin de bouche.....p.7
 - 2.3.3 La prévention des escarres.....p.8
 - 2.3.4 L'installation et la mobilisation dans le lit.....p.9

3.Prise en charge de la douleur lors d'actes invasifs...p.10 à 13

- Les ponctions.....p.11
- Les sondages.....p.12
- Interventions sur la trachée.....p.13
- Irrigations.....p.13
- Autres soins.....p.13

4.Prise en charge de la douleur lors de la réfection de pansements.....p.14 à 16

- 4.1 Définition.....p.14
- 4.2 Les actes.....p.15 à 16
 - Retrait d'adhésifs collants.....p.15
 - Ablation de fils.....p.15
 - Ablation d'agrafes.....p.15
 - Soins de plaies.....p.15
 - Système VAC.....p.16

5. Prise en charge de la douleur lors de la rééducation..p.17 à 22

- 5.1 Définition.....p.17
- 5.2 Les installations.....p.18
- 5.3 Les transferts et mobilisations.....p.18
- 5.4 Les appareillages et orthèses.....p.19
- 5.5 Les gestes techniques invasifs spécifiques à la rééducation.....p.20
- 5.6 Les apprentissages des gestes de la vie quotidienne.....p.20
- 5.7 Les actes de rééducation, kinésithérapie, ergothérapie.....p.21
- 5.8 Les techniques antalgiques utilisées en centre de rééducation.....p.22

6. Conclusion

7. Annexes.....p.24

- 7.1 Tableau des molécules antalgiques «Prévention liée aux soins : comment faire?».....p.24
- 7.2 DOLOPLUS : échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée.....p.25
- 7.3 ECPA : échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante (observation avant et pendant le soin).....p.26
- 7.4 ALGOPLUS : échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (douleur aiguë/aux urgences).....p.27

8. Bibliographie.....p.28



1. GENERALITES

1.1 INTRODUCTION

La douleur provoquée par les soins est une réalité aujourd'hui connue, reconnue, prévisible. Considérer le potentiel douleur d'un acte de soin permet d'appréhender positivement les suivants.

La douleur induite par les soins se prévient.

*« La douleur provoquée par les soins est le résultat de nombreuses petites «agressions» du corps, qui prises de façon isolée, ne constituent pas une douleur insurmontable. Mais l'accumulation quotidienne de ces sensations désagréables peut, si on n'y prend pas garde être source d'une douleur que le patient ne peut plus supporter. »*¹

Les moyens actuels résident en l'association et la mise en place de différentes techniques antalgiques:

- . Traitements médicamenteux (rôle prescrit). Cf. Annexe p.24
- . Moyens relevant du rôle propre de l'infirmière, facilement accessibles aux soignants (distraction, massages, visualisation...).

En toute circonstance, se questionner sur sa pratique et solliciter le corps médical autant que nécessaire, c'est à dire tant que la douleur perdure.

L'information du patient sur le déroulement du soin est indispensable et le soignant doit tenir compte de son état physique, de ses possibilités et du contexte lié à la maladie.

1.2 RECOMMANDATIONS COMMUNES POUR TOUS LES SOINS POTENTIELLEMENT DOULOUREUX

- . S'interroger sur les habitudes du service et la systématisation des soins (=analyse des pratiques)
- . S'interroger sur les indications du geste potentiellement douloureux
- . Informer la personne soignée et l'entourage familial
- . Regrouper les soins pour mettre en place une antalgie préventive, suffisante et adaptée
- . Etre à l'écoute de la personne soignée = rechercher sa coopération, respecter ses choix, favoriser la récupération si plusieurs gestes associés
- . Penser (anticiper) la réalisation du geste
 - . Matériel adapté (au patient et à l'indication)
 - . Environnement organisé (ergonomie, ambiance sereine...)
 - . Installation confortable du patient et du soignant
- . Maitriser ce geste (savoir passer la main)
- . Evaluer le geste (évaluer la douleur, transmettre et réajuster)

¹ soins infirmiers et douleur-évaluation de la douleur, modalités de traitement, psychologie du patient-Masson-Juin 2004-
Plaquette réalisée par le Réseau Régional Douleur en Basse Normandie «Prévention de la douleur liée aux soins : comment faire?»

La douleur est **subjective** rendons-la **visible-objective** pour mieux la traiter.

La douleur est une **expérience sensorielle et émotionnelle** désagréable associée à une **lésion réelle, potentielle** ou décrite en termes d'une **telle lésion**. Pour la **connaître, la reconnaître, la comprendre** il faut **la chercher, la rechercher** donc **l'évaluer**.

QUAND EVALUER ?

- . L'évaluation de la douleur est à réaliser au même titre que la surveillance du pouls, de la tension artérielle, de la température.
- . Au moins une fois par jour.
- . Chaque fois que cela est nécessaire : plainte du patient, changement de comportement.
- . Après chaque changement de traitement antalgique ou à la mise en place de celui-ci pour vérifier son efficacité.
- . **Avant le soin, pendant le soin, après le soin.**
- . **Au cours des différentes mobilisations...**

LES DIFFERENTS ITEMS A RECHERCHER POUR UNE EVALUATION

L'EVALUATION DE LA DOULEUR NE SE RESUME PAS A UN CHIFFRE

- . **Localisation** de la douleur
- . **Qualité de la douleur** : brûlure, piqûre, serrement, décharges électriques, allodynie.
- . **Quand** :
 - . au repos,
 - . lors de la mobilisation,
 - . le jour,
 - . la nuit
- . **Périodicité** : permanente, intermittente (combien de fois par jour)
- . **Durée** de la douleur
- . **Intensité**
- . **Retentissement sur le quotidien** : répercussion sur le sommeil, l'alimentation, l'activité journalière...

4

OUTILS D'EVALUATION

Outils d'auto-évaluation (personne communicante)

- . Echelle **Visuelle Analogique - EVA**
- . Echelle **Numérique - EN** (de 0 à 10)
- . Echelle **Verbale Simple - EVS** (pas de douleur/douleur faible/douleur modérée/douleur forte/douleur très forte)

Outils d'hétéro-évaluation (personne non communicante)

- . **DOLOPLUS** - Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée
- . **ECPA** - Echelle **Comportementale** de la douleur chez la **Personne Agée** non communicante (observation avant et pendant le soin)
- . **ALGOPLUS** - (douleur aiguë chez la personne âgée/aux urgences)

UTILISER TOUJOURS LE MEME OUTIL POUR LE MEME PATIENT

SE RAPPELER

- . **Observer**
- . **Faire confiance**
- . **Poser et se poser les bonnes questions**

PAS D'APPRIORI

- . Croire le patient dans ce qu'il dit ou nous montre
- . Croire les collègues dans leur évaluation
- . Mettre les évaluations en synergie plutôt qu'en opposition.

Elaboré à partir du document «L'aprise en charge de la douleur : parlons-en/Cécile BISSON/IDE référente UMD/maj/04/Etablissements Hospitaliers du Bessin



2. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR LIEE AU NURSING

2-1 INFORMATION DU PATIENT

Objectifs :

- . Entrer en relation et identifier ses besoins
- . Diminuer le stress et l'inquiétude liés à l'inconnu
- . Rassurer par un discours adapté et personnalisé
- . Développer un climat de confiance et obtenir sa coopération

Quand donner l'information ?

- . En choisissant un moment privilégié (personne soignée disponible physiquement et psychologiquement)
- . Avant chaque soin
- . A chaque sollicitation du patient

Comment donner l'information ?

- . Avec un discours clair, utilisant des termes simples, sans infantilisation
- . Avec un discours personnalisé
- . En accueillant les réactions, questions et demandes
- . En respectant les principes de discrétion

La qualité de l'information donnée au patient (exhaustive, simple) en accordant du temps pour la compréhension et la coopération est déjà thérapeutique et permet d'augmenter l'efficacité globale du soin.

2-2 ORGANISATION DES SOINS

L'objectif est de réaliser un compromis entre les besoins de la personne, la nécessité du soin et le fonctionnement du service.

Essayer le plus souvent possible de s'interroger sur :

1. Le bénéfice du soin pour la personne soignée,
2. Le respect des délais d'action des traitements antalgiques donnés en prévention (attendre minimum une heure après administration d'un antalgique per os),
3. La planification pour anticiper le travail en binôme autant que possible,
4. La systématisation du soin, tenir compte des autres impératifs de la journée (kinésithérapie, examens radiologiques, visites, loisirs personnels, organisation globale de la journée pour la personne soignée),
5. L'ambiance de l'endroit où se font les soins (lumière tamisée, musique apaisante).



2-3 QUATRE SOINS DE NURSING

2.3.1 LA TOILETTE

La toilette se définit comme l'ensemble de moyens qui concourent à l'hygiène corporelle et à la prévention des infections.

Elle est source de bien être mais peut devenir un réel moment désagréable pour la personne algique.

Elle s'attachera à respecter les habitudes et les capacités de la personne.

Facteurs améliorant le nursing :

- . S'assurer d'avoir tout le matériel nécessaire avant de débiter le soin,
- . Respecter la pudeur,
- . Proposer le bassin ou l'urinal avant le début de la toilette (utiliser un bassin adapté, propre et sec, possibilité d'y poser une serviette éponge pour le rendre plus confortable),
- . Se réchauffer les mains et entrer progressivement en contact par le toucher,
- . Choisir la température de l'eau en suivant les souhaits de la personne,
- . Laver, rincer, sécher et recouvrir la personne par étape (pour éviter son refroidissement),
- . Vérifier l'état cutané (mycoses, allergies),
- . Veiller à la propreté des narines,
- . Limiter les mobilisations successives (non justifiées) en regroupant les gestes (réfection du lit, toilette du dos, prévention des escarres)
- . Penser à tourner la personne du côté le moins douloureux
- . Aller au rythme de la personne,
- . Démêler les cheveux précautionneusement (éviter la mise en place de barrette au niveau des appuis),
- . Raser dans le sens de l'implantation du poil (pour diminuer l'irritation),
- . Terminer par la zone la plus douloureuse afin de profiter du bien être que la toilette procure,
- . Savoir écouter ou reporter ce soin s'il s'avère trop douloureux,
- . Réchauffer si possible les vêtements.



2-3-2 LE SOIN DE BOUCHE

Il fait partie intégrante de la toilette et doit être systématiquement proposé à toute personne dans l'incapacité de se brosser les dents.

« Il favorise le maintien d'une cavité buccale propre et saine et assure au patient bien-être et dignité. Il est réalisé pour prévenir la formation de plaques bactériennes sur les dents et la langue. Il contribue à la prévention de l'infection, des troubles de la nutrition, du dessèchement des lèvres et de la cavité buccale, ainsi qu'au maintien de l'intégrité des muqueuses »².

Une hygiène buccale satisfaisante comprend le brossage mécanique des dents et des gencives. Lorsque ce brossage n'est pas possible (pathologie infectieuse, muqueuses irritées, muqueuses lésées dans le cadre de radiothérapie et chimiothérapie, tissus fragilisés chez la personne âgée) le bain de bouche permet de maintenir une hydratation, restaurer l'haleine et débarrasser des débris alimentaires. En tout état de cause, le rythme de réalisation de ce soin est fonction de l'état de la bouche du patient. Ce soin est réalisé sur rôle propre ou prescrit (avec produits médicamenteux).

Matériel conseillé à adapter à la personne soignée :

- Brosse à dents en nylon, à poils doux et à bouts arrondis,
- Bâtonnets natures,
- Bâtonnets glycinés,
- Doigts gantés avec des compresses,
- Dentifrice classique ou produits prescrits,
- Des boissons à base de cola ou d'ananas aident au nettoyage d'une bouche sale,
- Corps gras à appliquer sur les lèvres sèches ou fissurées (glycérine),

Astuces pour préserver la muqueuse buccale :

- Nettoyer toutes les facettes des dents, le palais, les joues, la langue,
- Penser à nettoyer la prothèse dentaire s'il y en a, car la plaque qui se forme également dessus est irritante pour la muqueuse,
- Faire rincer la bouche après chaque ingestion d'aliment « agressif » (crème enrichie en protéines notamment),
- Réaliser un soin de bouche après chaque repas (brossage ou bain de bouche),
- Permettre une hydratation régulière en laissant à disposition verre et carafe et/ou brumisateur (si aucune contre-indication),
- Si présence de sonde nasogastrique, humidifier régulièrement la muqueuse buccale,

² Le soin de la bouche - Direction du service Central de Soins Infirmiers, Directeur : Marinette Olivier - Assistance Publique - Hôpitaux de Paris - 1997 - p.6



Cas particuliers :

- . Le patient inconscient, intubé et ventilé : cf. le projet P.H.A.R.E³
- . En présence d'une canule de GUEDEL, la nettoyer et la changer à chaque soin de bouche,
- . Dans le cadre de l'héματο-oncologie, les mucites sont fréquentes et génèrent d'importantes douleurs. Pour prévenir leur apparition, l'hygiène bucco-dentaire est essentielle ainsi qu'une salivation suffisante (donner des gommés à mâcher sans sucre, donner des glaçons à sucer),
- . En chirurgie maxillo-faciale, le nettoyage de la bouche se fera à l'aide d'un hydropulseur, des brossettes inter dentaires pourront être adjointes.

2-3-3 PRÉVENTION DES ESCARRES

- . La prévention de la survenue d'escarres intervient lors des différents soins liés au confort de la personne.

Elle consiste en ⁴ :

- . Une toilette corporelle quotidienne au savon neutre, sans frotter, peau bien rincée et séchée : cf. chapitre toilette,
- . Une toilette du siège réalisée le plus tôt possible après émission de selles, effectuée après avoir changé les couches ou les alèses souillées,
- . Un effleurage, à mains nues avec une onction grasse hydratante (pas de solutions alcooliques ni de talc), sur toutes les zones à risque (épaules, coudes, fesses, talons), toutes les 24 h si le patient se lève, toutes les 8 h si le patient est alité mais se redresse seul, toutes les 6 h s'il ne se mobilise pas, toutes les 3 h s'il est inconscient,
- . Un change régulier des draps et alèses afin que le patient repose sur du linge propre, sec, sans plis ni présence de miettes (repas pris au lit) ni gêne occasionnée par divers objets laissés en contact (sondes, tubulures, bouchons divers...), penser au pli d'aisance aux pieds,
- . Une gestion de l'incontinence (étui pénien, protections changées régulièrement, proposer souvent le plat bassin ou accompagner aux toilettes si possible, sondage urinaire = cas particuliers sur prescription médicale),
- . Une gestion des postures : éviter les appuis prolongés, en favorisant les changements de position⁵, décubitus latéral droit et gauche en alternance (sauf si contre indication médicale),
- . Des mobilisations : cf. chapitre rééducation,
- . Utiliser des matelas adaptés à la situation clinique de la personne soignée (et des moyens du service de soins) : si le patient ne peut se relever seul dans son lit → matelas à eau sous le bassin, s'il est intubé, sédaté, comateux → matelas à eau sous la tête, sous le bassin, sous les talons, têtère à enlever et remettre toutes les 3 h, positionner des petits polochons dans les mains⁶,
- . Utiliser des systèmes de décharge (cerceaux, bottes de décharges pour les talons), d'aide au positionnement (coussin en mousse ou rempli de gel), de mousses aux points d'appui.

³ Projet PHARE mené par le RRDEN - Dr MEROUANI A. and groupe de travail - Année 2003

⁴ www.oncolor.org/referentiels/Prevention-des-escarres-Hygiene-corporelle - Ocolor, réseau de soins en cancérologie - 2003 - consulté le 09/06/08

⁵ L'utilisation du matelas à air pulsé ne nécessite pas les changements de position

⁶ www.infirmiers.com V Guyot-Rigaud, JC Farkas, B Renaud JB Martin - Service de réanimation chirurgicale - Clinique de la Défense, 92 Nanterre - mise à jour : 28/04/04 - consulté le 09/06/08



2-3-4 INSTALLATION ET MOBILISATION DANS LE LIT⁷

Installation et mobilisation d'une personne soignée découlent d'une réflexion soignante prenant en considération :

- . L'état cutané initial,
- . Les possibilités ostéo-articulaires de la personne,
- . L'état cardio-respiratoire,
- . L'évaluation de la douleur,
- . L'état de conscience,
- . L'évaluation de l'environnement : techniques médicales (sondes diverses, redons, intubation, appareillage).

Une vigilance particulière est donnée à la sécurité (barrières relevées lors du décubitus latéral, ceinture de maintien en position assise si nécessaire sur prescription médicale).

Décubitus dorsal	Dossier à 30° de surélévation, hanches fléchies à 30°, genoux fléchis à 10 - 20°, et légère déclive du lit. Coussin sous la nuque Oreiller au pied du lit et sac de sables latéraux pour éviter l'équinisme et/ou la rotation externe de hanche
Décubitus latéraux D et G	Avec inclinaison du corps en arrière d'environ 30° pour dégager l'épaule d'appui, oreiller sous la tête, calage lombaire avec un coussin, membre inférieur d'appui en flexion plus importante, coussin entre les genoux.
Décubitus ventral	Très peu utilisé car mal toléré.
Position assise	Pieds au sol ou sur marchepied, utiliser l'inclinaison du dossier en se rapprochant le plus possible de la verticalité.

Cas particulier de l'hémiplégie flasque :

Placer un coussin sous la tête, l'épaule et l'omoplate, côté atteint, pour diminuer le risque d'algodystrophie de l'épaule, Surélever le membre supérieur pour éviter l'œdème, la main à plat pour éviter la rétraction des doigts, Positionner un oreiller sous la hanche et la cuisse pour éviter la rotation externe, Eviter toute traction sur le membre concerné.

⁷ www.oncolor.org/referentiels/Prevention-des-escarres-Postures-et-mobilisations, Ocolor, réseau de soins en cancérologie - 2003 - consulté le 09/06/08



3. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR LORS D'ACTES INVASIFS

3-1 LISTING DE DIFFERENTS SOINS INVASIFS (exceptés ceux déjà traités par le projet PHARE)

Les soins sur rôle propre

- . aspiration naso-pharyngée

Les actes infirmiers sur prescription

- . ponction : veineuse, capillaire, artérielle, dans site implanté,
- . injection : S/C, IV, IM, pose de voie veineuse
- . pose et retrait de sonde (urinaire, gastrique, rectale⁸, à oxygène)
- . soins de trachéotomie
- . irrigations, instillations
- . extraction de fécalome



CE QUI PEUT GÉNÉRER LA DOULEUR

SONDAGES

Naso gastrique ••••••••••

Douceur et patience sont les maîtres mots.
Si sonde trop souple, la réfrigérer avant et la lubrifier.
Choix de narine : la plus perméable + gel anesthésique*.
Fixer à la narine (hygiène renforcée à ce niveau) + 2ème fixation (joue, épaule) pour éviter les tractions.
Si irritation : Plaque hydrocolloïde type DUODERM® ou pose de tulle gras.

Oxygénothérapie lunettes •••••

Pas de tension sur narines.
Pas de striction cou et oreilles + possibilité de mettre du DUODERM® sur les zones d'appui.
Humidification de l'oxygène si utilisation prolongée.

Oxygénothérapie sonde ••••••

Préférer l'usage des lunettes ou du masque
Idem que précédemment + DUODERM® si zones irritées
Choix de narine la plus perméable.

Vésical ••••••••••••••

Lubrification sonde ± urètre avec gel anesthésique* (5minutes avant).
Fixer la sonde sur la cuisse pour éviter la traction.
Ne pas forcer et recalotter.

Rectal ••••••••••••••

Lubrification de la sonde et l'introduire lentement.
S'il s'agit d'un lavement type NORMACOL®, le réchauffer à température corporelle (dans les mains), utiliser de l'eau tiède en cas de préparation d'un lavement à l'eau.

*selon prescription médicale ou protocole

CE QUI PEUT GÉNÉRER LA DOULEUR

CE QUI PERMET DE GÉRER LA DOULEUR

INTERVENTIONS SUR TRACHEE

Aspiration nasopharyngée

Gel anesthésique* possible si passage par le nez.
Utiliser une aspiration douce (< 150 cm H₂O).
Aspirer en retirant la sonde.

Soins sur trachéotomie

Maintenir la canule lors du changement des lanières de fixation.
Utiliser des systèmes de maintien confortables, non blessants et adaptés.
Utiliser des plaques hydrocolloïdes en prévention des escarres.

IRRIGATIONS

Auriculaire

Oculaire

Lavage de sinus

Utiliser des solutions tiédies ou à température ambiante.
Éviter les surpressions (utilisation de seringue adaptée).

AUTRES SOINS

Extraction de fécalome

Lubrifier les gants.
Fractionner les selles.
Mettre en place un lavement rectal doux.
Extraire les selles en plusieurs fois.

*selon prescription médicale ou protocole



4. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR LORS DE LA RÉFECTION DE PANSEMENTS

4-1 DÉFINITION

La réfection d'un pansement est un acte qui consiste à nettoyer une plaie et à la protéger pour favoriser sa guérison.

« Le déroulement d'un pansement permet de voir à quel point les manipulations sont génératrices de douleur :

- Le **retrait du pansement**, celui-ci peut adhérer à la plaie et à sa périphérie. Son retrait est souvent délicat.
- Le **nettoyage de la plaie**, le douchage de la plaie à l'eau et au sérum physiologique, bien qu'efficace et primordial, exerce des pressions sur une zone déjà sensibilisée.
- La **détersion mécanique**, l'utilisation des curettes, bistouris et pinces afin de retirer la fibrine et les tissus nécrosés provoque des douleurs difficilement supportables si le patient n'est pas soulagé.
- La **réfection du pansement**, selon le type de produit utilisé, un frottement, une sensation d'appui, de compression peut apparaître. Un pansement inadapté, peu ou trop absorbant peut occasionner des douleurs »⁹.

Cette définition s'applique à tout type de plaie dans le cadre de soins curatifs ou palliatifs :

- . Retraits d'adhésifs collants
- . Ablation de fils, d'agrafes
- . Réfection de pansement simple (nettoyage, ...)
- . Réfection de pansement complexe (mobilisations de matériel, ablations de système de drainage : lames, mèches, redons, drains, à l'exception de drains pleuraux et médiastinaux)
- . Soins de plaies (escarres, ulcères, brûlures, fistules,...)
- . Système VAC* (mise en aspiration, retrait)

4-2 LES ACTES

CE QUI PEUT GÉNÉRER LA DOULEUR

Retrait d'adhésifs collants ●●●●●●●●

Utiliser des produits antiadhésifs et tirer dans le sens de l'implantation du poil
Tendre la peau et assurer son geste
Proposer à la personne soignée de se centrer sur sa respiration et de coopérer selon ses possibilités
La faire participer au maximum

Ablation de fils ●●●●●●●●●●

Utilisation possible d'un topique analgésique local type EMLA®
Bien décoller le fil, lame vers le haut, et le couper d'un geste sûr

Ablation d'agrafes¹⁰ ●●●●●●●●●●

Inciter le patient à se centrer sur sa respiration
Maintenir l'agrafe avec la pince spécifique et l'ôter d'un geste franc

Réfection de pansement simple ●●●●

Décoller doucement le pansement à changer
Tirer délicatement en maintenant la peau afin d'éviter d'arracher l'épiderme
Si nécessaire humidifier le pansement
Préférer le tamponnement pour nettoyer la plaie
N'utiliser qu'une gamme d'antiseptique pour un même pansement
Bien rincer pour éviter la sensibilisation de la peau aux produits

Réfection de pansement complexe
(Mobilisations de matériel, ablations
de système de drainage : lames, ●●●●
mèches, redons, drains, à l'exception
de drains pleuraux et médiastinaux)

Requérir la prescription anticipée d'antalgique (cf. annexe)
Décoller délicatement le pansement à changer
Effectuer un trempage préalable au sérum physiologique si nécessaire
Utiliser des solutions tiédies, non alcoolisées pour les irrigations ou rinçages
Fixer le pansement à l'aide de bandages non serrés sur les membres (confort)
Utiliser un sparadrap anti allergique si fixation à la peau
Limiter la taille de l'adhésif à ce qui est nécessaire
Astuce : Pour les redons et drains, faire un rappel d'adhésif à la peau pour éviter toutes tractions malencontreuses

Soins de plaies¹¹ ●●●●●●●●●●
(escarres, ulcères, brûlures, fistules,...)

Requérir la prescription anticipée d'antalgique voie générale et./ou locale (cf. annexe)
Anesthésie générale lorsque les lésions sont très étendues ou situées sur des zones très sensibles
Effectuer un trempage au sérum physiologique de l'ancien pansement avant de le décoller.
Utiliser des solutions tiédies, non alcoolisées pour les irrigations ou rinçages
Se référer strictement au protocole pour le pansement (pas de valse des pansements)
Veiller à respecter les délais d'application du pansement

Astuce : Les pansements à disposition doivent dépasser les bords de la lésion de 3 à 4 cm pour conserver leurs propriétés spécifiques

¹⁰ Douleur et inconfort liés aux soins en pédiatrie - moyens et astuces à l'initiative des infirmières et puéricultrices - groupe de travail pédiatrique du FRDBN 2007 - p.6

¹¹ Hôpitaux Universitaires de Genève - Groupe de Référence en Soins Infirmiers (GRESI) - Principes pour les soins de plaies - mars 2005 - p.6

CE QUI PEUT GÉNÉRER LA DOULEUR

Système V.A.C.[®]

CE QUI PERMET DE GÉRER LA DOULEUR

Requérir la prescription anticipée d'antalgique voie générale et /ou locale (cf. annexe).
Anesthésie générale lorsque les lésions sont importantes ou situées en des zones très sensibles
Evaluer la douleur à toutes les étapes du soin afin d'adapter la prise en charge.
Une augmentation subite de la douleur ou une modification du caractère de celle-ci nécessite une diminution de la pression et la réfection immédiate du pansement¹².

1. Pose

Nettoyer la plaie par tamponnement et irrigation.
Mettre en place la mousse et l'adhésif de la taille requise (éviter de déborder sur les zones saines).
Mettre en place l'aspiration de manière progressive en dépression et en durée.
(Cf. la prescription médicale) → adapter l'aspiration à la tolérance du patient.

2. Renouvellement et retrait

Arrêter l'aspiration au moins une heure avant la réfection du pansement.
Effectuer un trempage au sérum physiologique de l'ancienne mousse avant de la décoller.
Utiliser des solutions tiédies, non alcoolisées.
Procéder au nettoyage de la plaie selon le protocole.

Astuce : Créer une brèche sur le dessus de l'ancien pansement, arroser abondamment la mousse pour qu'elle soit saturée, attendre pour ôter l'ensemble qu'il se décolle parfaitement. (attention aux bourgeons qui risquent d'être arrachés pendant le retrait).

Système VAC: Vacuum Assisted ClosureTM

[* *] La V.A.C.[®] est le seul système non-invasif, actif facilitant la cicatrisation des plaies. L'unité de V.A.C.[®] TherapyTM applique une pression négative (sous-atmosphérique) au site de la plaie, celle-ci décompresse un pansement en mousse de façon continue ou intermittente (par exemple cinq minutes d'activité, deux minutes d'arrêt), en fonction du type de plaie à traiter et des objectifs cliniques.

5. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR LORS DE LA REEDUCATION

5-1 DÉFINITION

La douleur est présente à toutes les étapes de la rééducation. Elle dépend de nombreux facteurs plus ou moins intriqués et nécessite une prise en charge spécifique. Cette prise en charge doit donc être adaptée, individualisée en tenant compte:

- . des capacités physiques,
- . des possibilités de récupération,
- . du contexte de survenue, du caractère transitoire ou définitif de l'incapacité nécessitant cette rééducation,
- . de la progression neuropsychologique du patient, des différentes phases psychologiques, ...

La prise en charge de la douleur doit alors passer par :

- . l'information et l'éducation du patient et/ou de son entourage,
- . l'information et la formation du personnel soignant,
- . la connaissance des pathologies, le respect des consignes, des suites, du programme de rééducation, du projet de soins pour et par le patient, acteur de sa prise en charge.

Il existe un contrat ou alliance thérapeutique entre la personne soignée, l'objectif de sa rééducation, la progression à respecter et les soins prodigués par les soignants.

La douleur reste l'indicateur et signe le plus souvent la limite du soin en rééducation, c'est ce qui fait le paradoxe du soin dans ce secteur.

Le symptôme douleur doit bénéficier d'une évaluation régulière permettant une prise en charge médicamenteuse et/ou non médicamenteuse adaptée.

5-2 LES INSTALLATIONS

CE QUI PEUT GÉNÉRER LA DOULEUR

Recherche des postures physiologiques à visée fonctionnelle

Lutte contre les attitudes vicieuses

Compression prolongée de zones d'appui par contractures, spasticité, surtout si troubles de sensibilité (hémiplégie, tétraplégie)

Stimulations de zones douloureuses par le poids des couvertures, frottement et tiraillement des vêtements (ex : allodynie)

CE QUI PERMET DE GÉRER LA DOULEUR

Adaptation du temps en fonction de la tolérance du patient.

Education du patient.
Correction progressive des attitudes vicieuses.

Maintien souple et confortable (coussins, matelas,...).
Surveillance des points d'appui et changement de position.

Utilisation de matériel adapté, vêtements adaptés, cerceaux.

5-3 LES TRANSFERTS ET MOBILISATIONS

Manipulations traumatisantes
Traction sur un membre douloureux
Installation dans un hamac de transfert

Mobilisation d'un membre avec fixateur externe

Techniques de transfert

Multiplication des transferts dans une même journée ou difficulté d'anticipation dans l'enchaînement des soins

Connaissance de la pathologie du patient.
Formation du personnel soignant à la manutention.
Information du patient sur le déroulement du soin (coopération).
Faire participer et rassurer le patient.
Utiliser des techniques adaptées pour les transferts.
Protection de la zone ou membre douloureux (bras maintenu par une écharpe chez une personne hémiplegique).

Prendre par le fixateur lui même et non par le membre.

Cohérence et pratique commune des techniques de transfert adaptées au patient.
Respect des étapes.

Coordination des soins entre tous les intervenants



5-8 LES TECHNIQUES ANTALGIQUES UTILISÉES EN CENTRE DE RÉÉDUCATION

[par les kinésithérapeutes et les infirmiers suivant leurs décrets de compétences]

- Massages
- Drainages manuels
- Presso thérapie
- hydrobalnéothérapie
- Bain écossais indiqué dans l'algodystrophie
- Physiothérapie
 - . Electrothérapie TENS*
 - . Ultrasons
- Chaleur
- Cryothérapie
- Mobilisations actives et passives
- Relaxation
- Ré harmonisation ostéoarticulaire
- Attelles de repos et de confort



6. CONCLUSION

Les douleurs liées aux soins, comme le souligne le Dr DONADIEU, « sont des douleurs indues, causées par la réalisation d'actes à visées thérapeutiques ou diagnostiques. Ces actes étant toujours prescrits et réalisés par des soignants (chirurgien, dentiste, infirmière, médecin), l'implication de ceux-ci est évidente dans leur prévention et leur soulagement.» Ce sont des douleurs à part entière qui ne doivent être ni négligées, ni considérées comme fatales.

L'ensemble des soignants doit donc les repérer, les évaluer et les prévenir, les soulager dans la mesure du possible. Les moyens de les prévenir pouvant être mis en œuvre sont médicamenteux et non médicamenteux souvent en association. La place de la relation soignant-soigné est tout aussi importante. Une prévention satisfaisante ne peut se résumer à l'un ou l'autre de ces aspects. Prévenir les douleurs liées aux soins amènera une meilleure coopération du patient et sera le gage de la réalisation de soins de meilleure qualité.

Par ce livret le groupe de travail a voulu montrer que des réponses existent, plus ou moins simples à mettre en œuvre. Chaque situation doit amener le soignant à penser et repenser le soin en tenant compte de la douleur susceptible d'être générée pendant et après.

MERCI

A l'ensemble du groupe infirmier du Réseau Régional Douleur en Basse Normandie,
A Mmes Lepelletier, Le Chevalier (coordinatrices du livret),
Aux membres du comité opérationnel,
A l'ensemble des relecteurs du document .

Prévention de la douleur liée aux soins : Comment faire ?



Toutes les molécules citées cidessous sont classées en fonction de leur délai de mise en action

7. ANNEXE

7-1 TABLEAU DES MOLECULES ANTALGIQUES (soumis à prescription médicale)

Délai de mise en action	Mode d'administration	Molécule antalgique / DQ	Durée maximale pour le soin	Fin d'action	Molécule préconisée pour le soin	Molécule préconisée pour les douleurs résiduelles	Spécificités
1 à 3 min	Spray	LIDOCAINE	15 min	15 min	☀	☾	Muqueuses
2 min	Voie orale associée à la succion	SOLUTION SUCREE	5 min	5 à 7 min	☀	☾	Nourisson // A renouveler au-delà de 5 minutes
3 min	Inhalation	Mélange Equimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote (MÉOPA)	Temps de l'inhalation	Temps de l'inhalation	☀	☾	Durée maximale d'utilisation 1 heure
3 min	IV à perfuser en 10 mn	NALBUPHINE	3 heures	4 heures	☀	☾	
3 à 5 min	Injectable	LIDOCAINE	60 à 120 min	60 à 120 min	☀	☾	En infiltration (hors techniques loco-régionales) Pharmacodynamie, dose, technique et terrain dépendent
5 à 10 min	IV	MORPHINE	3 heures	4 heures	☀	☾	Antidote : NALOXONE
5 à 10 min	IV	OXYCODONE	3 heures	4 heures	☀	☾	Antidote : NALOXONE
30 à 60 min	IV à perfuser en 1 h	NEFOPAM	3 à 3h30	4 heures	☾	☾	
5 min	Gel	LIDOCAINE	20 à 30 min	20 à 30 min	☀	☾	Pose de sonde
10 min	IV à perfuser en 15 mn	PARACÉTAMOL	3 heures	4 heures	☾	☾	Antidote : ACETYLCYSTEINE
10 min	IV à perfuser en 20 mn	TRAMADOL	3 heures	4 heures	☀	☾	
20 à 45 min	S / C	MORPHINE	3 heures	4 heures	☀	☾	Antidote : NALOXONE
30 min	IR	NALBUPHINE	3 heures	4 heures	☀	☾	Utilisation chez l'enfant
30 à 45 min	IV	KETOPROFENE	3 heures	4 heures	☾	☾	
45 à 60 min	Per os	PARACÉTAMOL	3 heures	4 heures	☾	☾	Antidote : ACETYLCYSTEINE
45 à 60 min	Per os (LI)	KETOPROFENE	3 heures	4 heures	☾	☾	
45 à 60 min	Per os (LI)	CODÉINE	3 heures	4 heures	☀	☾	
45 à 60 min	Per os (LI)	TRAMADOL	3 heures	4 heures	☀	☾	
45 à 60 min	Per os (LI)	MORPHINE	3 heures	4 heures	☀	☾	Antidote : NALOXONE
45 à 60 min	Per os (LI)	OXYCODONE	3 heures	4 heures	☀	☾	Antidote : NALOXONE
62 à 120 min/ peau saine	Percutanée	LIDOCAINE-PRILOCAINE	NB: 30 min/ulcère	4 heures	☀	☾	Enfant : maxi 5 gr/jour Adulte : maxi 50 gr/jour

Glossaire : - LI = libération immédiate
min = minutes

- IV = intraveineux - S/C = sous cutanée
non = ☾

References : VIDAL 2008 / délai action traitement antalgique AP-HP Dr LANGLADE / plaquette «agir contre la douleur aiguë» / PEDIADOL / DMS

IR = intra rectal

Echelle DOLOPLUS-2

Evaluation comportementale de la douleur chez une personne non communicante
(collectif DOLOPLUS)

7-2 DOLOPLUS

Observation comportementale

Score

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> pas de plainte..... plaintes uniquement à la sollicitation..... plaintes spontanées occasionnelles..... plaintes spontanées continues..... 	0 1 2 3
2. Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> pas de position antalgique..... le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle..... position antalgique permanente et efficace..... position antalgique permanente inefficace..... 	0 1 2 3
3. Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> pas de protection..... protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins..... protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins..... protection au repos, en l'absence de toute sollicitation..... 	0 1 2 3
4. Mimique	<ul style="list-style-type: none"> mimique habituelle..... mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation..... mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation..... mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)..... 	0 1 2 3
5. Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> sommeil habituel..... difficultés d'endormissement..... réveils fréquents (agitation motrice)..... insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil..... 	0 1 2 3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6. Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées..... possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)..... possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels..... toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative..... 	0 1 2 3
7. Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> possibilités habituelles inchangées..... possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche, ..)..... possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)..... mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition..... 	0 1 2 3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8. Communication	<ul style="list-style-type: none"> inchangée..... intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)..... diminuée (la personne s'isole)..... absence ou refus de toute communication..... 	0 1 2 3
9. Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques)..... participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation..... refus partiel de participation aux différentes activités..... refus de toute vie sociale..... 	0 1 2 3
10. Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> comportement habituel..... troubles du comportement à la sollicitation et itératif..... troubles du comportement à la sollicitation et permanent..... troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)..... 	0 1 2 3

SCORE/

Copyright

Un score supérieur à 5 affirme la présence d'une DOULEUR

/

Echelle Comportementale de la Personne Agée (ECPA) Pour la prise en charge de la DOULEUR AIGUË (douleurs liées aux soins)

7-3 ECPA

I OBSERVATION AVANT LES SOINS		Score
1 ¹ Expression du visage : REGARD et MIMIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Visage détendu..... • Visage soucieux..... • Le sujet grimace de temps en temps..... • Regard effrayé et/ou visage crispé..... • Expression complètement figée..... 	0 1 2 3 4
2. POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune position..... • Le sujet évite une position..... • Le sujet choisit une position antalgique..... • Le sujet recherche sans succès une position antalgique..... • Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur..... 	0 1 2 3 4
3. MOUVEMENTS (ou mobilité) du patient (hors et/ou dans le lit)	<ul style="list-style-type: none"> • Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*..... • Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements..... • Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*..... • Immobilité contrairement à son habitude*..... • Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*..... 	0 1 2 3 4
4. RELATION A AUTRUI Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression....	<ul style="list-style-type: none"> • Même type de contact que d'habitude*..... • Contact plus difficile à établir que d'habitude*..... • Evite la relation contrairement à l'habitude*..... • Absence de tout contact contrairement à l'habitude*..... • Indifférence totale contrairement à l'habitude*..... 	0 1 2 3 4
* : se référer aux jours précédents ** : ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle		
II OBSERVATION PENDANT LES SOINS		
5. Anticipation ANXIEUSE aux soins	<ul style="list-style-type: none"> • Le sujet ne montre pas d'anxiété..... • Angoisse du regard, impression de peur..... • Sujet agité..... • Sujet agressif..... • Cris, soupirs, gémissements..... 	0 1 2 3 4
6. Réactions pendant la MOBILISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière..... • Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins..... • Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins..... • Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins..... • Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins..... 	0 1 2 3 4
7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune réaction pendant les soins..... • Réaction pendant les soins, sans plus..... • Réaction au TOUCHER des zones douloureuses..... • Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones..... • L'approche des zones est impossible..... 	0 1 2 3 4
8. PLAINTES exprimées PENDANT les soins	<ul style="list-style-type: none"> • Le sujet ne se plaint pas..... • Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui..... • Le sujet se plaint en présence du soignant..... • Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne..... • Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne..... 	0 1 2 3 4
SCORE/32		
Tout score positif affirme la présence d'une douleur		

7-4 ALGOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur : / /
[JJ/MM/AAAA]

Heure : :
(hh : mm)

Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation

Médecin ₁ IDE ₂ AS ₃ Etudiant ₄

Paraphe :

ALGOPLUS

	Oui	Non
1 - Visage: Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Regard: Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Plaintes orales: « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Corps: Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Comportements: Agitation ou agressivité, agrippement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total Oui / 5

Seuil de positivité : score > à 2 / 5

8. BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs

- **Décret no 93-221 du 16 février 1993** relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières
- **Circulaire DGS/DH n° 94/3 du 7 janvier 1994** relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.
- **Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 24 septembre 1998** relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
- **Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999** relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.
- **Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.
- **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L.1110-5
- **Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002** relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé
- **Circulaire DHOS/DGS n°451 du 11 juillet 2004** relative aux droits des personnes hospitalisées
- **Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004** relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier
- **Circulaire du 2 mars 2006** relative aux droits des personnes hospitalisées : charte des patients hospitalisés
- **Code de déontologie médical** figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (mise à jour du 14 déc. 2006)
- **Décret n° 2007-963 du 15 mai 2007** relatif aux conditions d'exercice des professions d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture

Recommandations

- **Haute Autorité de Santé** – Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation – édition 2007 - réf. 26 a, b, c.
- **Haute Autorité de Santé** – Manuel de certification des établissements de santé - v 2010 - novembre 2008 - critère 12 a

Sites électroniques

- www.oncolor.org/referentiels - réseau de santé en cancérologie de la Région Lorraine – consulté le 09/06/08
- www.infirmiers.com V Guyot-Rigaud, JC Farkas, B Renaud, JB Martin – Service de réanimation chirurgicale – Clinique de la Défense, 92 Nanterre – mise à jour : 28/04/04 – consulté le 09/06/08
- www.sffpc.org Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations – consulté le 02/07/08

Documents

- Le soin de bouche – Direction du service Central de Soins Infirmiers, Directeur : Marinette Olivier – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – janvier 1997 – 32 pages
- Soins infirmiers et douleur – évaluation de la douleur, modalités de traitement, psychologie du patient – Masson – Juin 2000 – 2004 – 297 pages
- Hôpitaux Universitaires de Genève - Groupe de Référence en Soins Infirmiers (GRESI) - Principes pour les soins de plaies – mars 2005 – 7 pages
- Douleur et inconfort liés aux soins en pédiatrie – moyens et astuces à l'initiative des infirmières et puéricultrices - groupe de travail pédiatrique du RRDBN 2007 - 23 pages
- Isabelle GAILLARD Infirmière Libérale - DU plaies et cicatrisation – Promotion 2006-2007 – 35 pages

Ouvrages

- **Soins infirmiers et douleur – évaluation de la douleur, modalités de traitement, psychologie du patient – Masson – Juin 2004 – 297 pages**
- **Les douleurs induites - Institut UPSA de la douleur – janvier 2007 – 192 pages**



www.douleur-rrdbn.org

contact : secrétariat du réseau

sec.douleur@sih-bessin.fr

02 31 51 54 94

