

Campagne «Vers un lieu de vie sans douleur»

Un EMS valaisan se mobilise

Face à la grande prévalence de la douleur chez les personnes âgées qui vivent dans les établissements médico-sociaux (EMS), une équipe valaisanne se mobilise. Elle réussit à combattre efficacement la douleur des résidents en se basant sur les signes cliniques et des échelles d'hétéro-évaluation.

ALAIN MÉTRAILLER ET AL.

LE Foyer le Christ-Roi, à Lens, est un établissement médico-social (EMS) pour personnes âgées, situé à 1200 m. d'altitude sur la rive droite du Rhône dans le Valais central, où résident 79 pensionnaires. Durant trois ans, les soignants ont mené une campagne de lutte contre la douleur dont souffrent les résidents en se basant sur la clinique.

La douleur, oui mais...

D'une manière générale, la prévalence de la douleur chez la personne âgée vivant à domicile ou en EMS est très grande et ceci malgré les moyens médicaux efficaces. Le monde médical est régulièrement alerté par différentes études qui révèlent la grande prévalence de la douleur chez la personne âgée. A domicile, celle-ci varie de 25 à 83%, dans les établissements médico-sociaux (EMS) elle est de 49 à 83%. De plus, même si les moyens médicaux pour soulager la douleur sont bien connus et leur efficacité prouvée, la re-

Un traitement antalgique adapté permet d'améliorer notablement la qualité de vie des patients.

Photo: Werner Krueper

connaissance de la douleur chez la personne âgée collaborante ou non est largement déficiente.

Actuellement, de plus en plus d'intervenants s'intéressent à la douleur. Des revues spécialisées sont régulièrement publiées à ce sujet. Des centres de consultation spécialisée contre la douleur s'ouvrent dans les hôpitaux, des équipes se spécialisent pour les soins à domicile et des réseaux de la douleur voient le jour. Et même les médias publient des articles sur la douleur. Pourtant, cela fait plus de vingt ans que des équipes s'occupent déjà de la douleur, seules ou presque dans leur coin et que les études ont été publiées [1,2]. Tout ou presque était déjà dit, or cela reste encore parfaitement d'actualité.

Un lieu de vie où l'on n'a pas mal

L'association internationale: «Ensemble contre la douleur» (<http://www.sans-douleur.ch>) a été créée en 1997 pour alarmer, informer et combattre la douleur. Depuis lors, cette association mène plusieurs campagnes, dont une, «Vers un milieu de vie sans douleur», qui porte sur la prise en considération



et le soulagement de toutes les formes de douleur dans les EMS. Son objectif est de modifier aussi bien le comportement des professionnels de la santé que celui des résidents face à la douleur.

C'est en suivant le protocole de cette association, que notre EMS, le Foyer le Christ-Roi, s'est mobilisé de mars 2003 à mars 2006. Ce protocole porte d'une part sur une approche clinique de la douleur (voir encadré ci-contre) et d'autre part sur la mesure de la consommation d'antalgiques et de neuroleptiques (voir encadré page 52). Durant ces trois ans, 173 résidents ont séjourné au Foyer le Christ-Roi, 119 femmes (69%) et 54 hommes (31%). La moyenne d'âge étant de 83 ans. Durant cette période, 98 résidents sont décédés. Entre 2003 et mars 2006, 102 nouveaux résidents ont été accueillis dans l'EMS, 69 (68%) provenaient d'institutions (hôpitaux) et 33 (32%) du domicile. A leur entrée, entre 16 et 41% des résidents, selon les années, sont déjà sous un traitement de neuroleptiques; 76% de tous les nouveaux résidents sous neuroleptiques viennent des hôpitaux et 24% de leur domicile.

Traitement adapté

L'évaluation de la douleur a été réalisée grâce aux questionnaires d'hétéro-évaluation par le personnel soignant chaque fois que des modifications du comportement d'un résident ont été observées. Puis le score de l'évaluation a été analysé avec les médecins traitants et le traitement antalgique adapté en conséquence. Chaque semaine, la consommation des antalgiques de tous les résidents a été relevée. En fin d'année, nous avons établi la consommation annuelle des neuroleptiques.

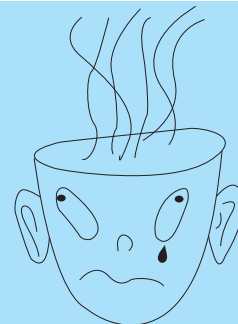
Le dynamisme du personnel soignant, engendré par cette campagne contre la douleur, donne des résultats tangibles. La consommation des antalgiques a nettement augmenté. Le nombre de résidents traités efficace-

ment contre la douleur a passé de 32% à près de 70%. La consommation des neuroleptiques a diminué de 27 à 37%, selon les années. La prise en compte des signes cliniques de la douleur rend possible une meilleure prise en charge de la douleur.

Tous les intervenants concernés

Dans les EMS, différents intervenants s'occupent des résidents de manière très variée. Le personnel des soins, les familles, les animatrices et les médecins traitants sont les plus proches et les connaissent le mieux. L'équipe de la cuisine, l'administration et le service technique maintiennent une bonne qualité de vie dans l'établissement. D'autres viennent de l'extérieur, comme les visiteurs et les prêtres, apportant leur soutien. D'autres encore influencent la prise en charge des résidents sans jamais les rencontrer: les assureurs, l'Etat, les politiciens et les experts, avec leurs directives, recommandations et «guidelines». Malgré toute l'attention mise en place pour rendre agréable les séjours en EMS des résidents, la prévalence de la douleur reste grande, selon les études.

Les infirmières et les aides infirmières, qui travaillent au contact direct des résidents pour les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, aide aux déplacements et pour manger) les connaissent le mieux et sont les plus à même de les comprendre et aussi d'évaluer leurs douleurs. D'une manière générale, le personnel soignant au contact direct, quotidien et répété avec les résidents détient donc des informations essentielles sur la douleur des résidents qui sont peu ou pas transmises et donc sous-utilisées. C'est en privilégiant leurs observations basées sur les signes cliniques et en rendant la transmission des informations plus efficace, que nous avons réussi à mieux prendre en compte la douleur des résidents et à mieux la traiter.



Clinique et questionnaire

L'utilité de l'observation directe

Par définition, la clinique est une méthode qui consiste à faire un diagnostic par l'observation directe des malades. L'évaluation de la douleur a été réalisée grâce au questionnaire d'hétéro-évaluation Doloplus 2 et ECPA (Echelle comportementale chez la personne âgée) [3-4]. Ces deux questionnaires portent sur des items qui nécessitent une grande observation des résidents de la part du personnel soignant et qui donnent un score qui permet de mettre en évidence la présence de la douleur.

L'emploi du Doloplus 2 s'est révélé difficile, même pour le personnel soignant entraîné et expérimenté. Dès lors, le personnel soignant a préféré l'ECPA, mieux adapté à ses besoins. Lors des modifications du comportement d'un résident, l'emploi du Doloplus 2 puis de l'ECPA est utilisé systématiquement. Cet outil prend la même importance que n'importe quel autre paramètre mesurable.

Bien qu'essayée, l'Echelle visuelle analogique (EVA) de la douleur sous forme de réglette a été rapidement abandonnée, son rendement n'étant pas jugé suffisant et fiable par le personnel soignant.

Les signes cliniques suivants sont donc pris en compte dans les échelles d'hétéro-évaluation:

les plaintes somatiques; les positions antalgiques au repos; la protection des zones douloureuses; la mimique; le sommeil; la toilette; l'habillage; les mouvements; la communication; la vie sociale; les troubles du comportement.

Les résultats sont frappants: le nombre des résidents traités efficacement contre la douleur a passé de 32% à près de 70%.



Une évolution de la consommation

Des neuroleptiques aux antalgiques

Au début de la campagne, 25 résidents sur 79 (32%) avaient un traitement antalgique efficace. Après trois ans de campagne, entre 50 et 60 (63 à 70%) des résidents sont soulagés efficacement de leur douleur par un traitement antalgique. L'utilisation de la morphine comme antalgique des troubles dégénératifs est beaucoup plus courante et régulière qu'auparavant.

La consommation annuelle des neuroleptiques de tous les résidents a passé de 20 156 journées en 2002 (100%) à 13 980 en 2003 (69%), 12 857 en 2004 (63%), 14 848 en 2005 (73%) et 3848 en 2006 (21.3.06) soit une diminution de 27 à 37% selon les années.

Entre 70 et 80% des résidents sous des traitements de neuroleptiques les conservent durant tout leur séjour dans l'EMS, sans possibilité de les arrêter en raison des pathologies psycho-gériatriques qu'ils présentent.

La diminution de la consommation des neuroleptiques portent surtout sur les résidents qui manifestent des douleurs, évaluées par la clinique et l'ECPA, et pour lesquels un traitement antalgique efficace est mis en place, évitant ainsi la prescription de neuroleptiques.

L'augmentation de la consommation des neuroleptiques en 2005 est le résultat de l'arrivée massive dans l'EMS des nouveaux résidents (41%) avec déjà un traitement de neuroleptique et qu'il est impossible ou difficile d'interrompre. En outre, l'état général des nouveaux résidents est de plus en plus mauvais. Une comparaison de l'état nutritionnel à leur arrivée, selon le Mini nutritional assessment (MNA) montre que les nouveaux résidents en mauvais état nutritionnel augmentent d'année en année.

Procédure systématique

Une première évaluation de tous les résidents a été faite en mars 2003 par les infirmières de l'EMS. En fonction des scores obtenus, les traitements contre la douleur ont été rediscutés avec les médecins traitants de chaque résident. Puis, chaque fois qu'un changement de comportement d'un résident a été observé par le personnel soignant, ou qu'un des signes cliniques précités s'est modifié, une nouvelle évaluation de la douleur a été systématiquement faite par deux membres du personnel soignant, discutée en équipe et analysée avec le médecin traitant qui, en fonction du score, a adapté ou non le traitement antalgique. Cette procédure se répète jusqu'à la normalisation des signes cliniques.

Chaque semaine, la consommation des antalgiques de tous les résidents est relevée et notée en tenant compte des nouveaux traitements prescrits, de leur abandon soit pour cause de décès soit en raison des modifications du traitement, permettant ainsi de suivre l'évolution de la courbe de consommation semaine après semaine. La classification des antalgiques en trois paliers est celle préconisée par l'OMS.

A la fin de chaque année, nous avons établi la consommation annuelle de neuroleptiques de tous les résidents, en la comparant à celle de 2002, année de référence avant le début de notre campagne contre la douleur en mars 2003.

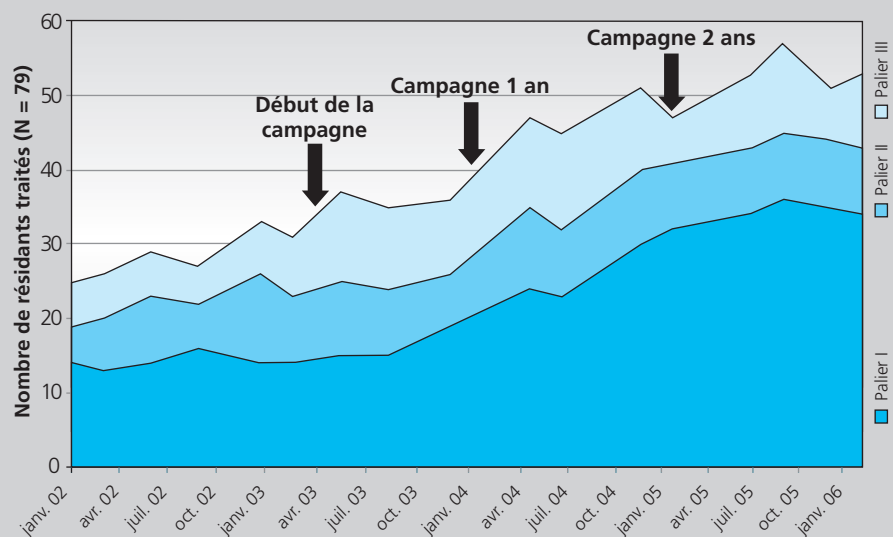
Lors des formations, l'ensemble du personnel soignant a répondu favorablement à notre campagne et a manifesté une écoute nouvelle de la douleur des résidents grâce à l'utilisation des signes cliniques et des échelles d'hétéro-évaluation. Ces outils ont été bien acceptés par le personnel soignant et ont permis d'instaurer une belle collaboration entre le personnel soignant et les médecins traitants, lesquels ont bien reçu les informations et ce nouveau mode de travail.

Large adhésion

La dynamique de cette campagne n'a pas seulement touché le personnel soignant, mais également toutes les autres catégories de personnel qui ont apporté, en fonction de leur compétence, leur contribution à la campagne. L'information aux familles et aux visiteurs de notre campagne contre la douleur a été réalisée par des panneaux informateurs installés dans le hall d'entrée de l'EMS et par une brochure largement distribuée. Ce travail a été effectué par l'ensemble du personnel y compris l'administration et l'animation, ce qui a renforcé l'élan dans tout le Foyer pour mener cette campagne.

Cela a suscité des échanges fructueux entre les familles et le personnel soignant. La parole fut également donnée aux résidents eux-mêmes qui, en at-

Figure 1: La consommation cumulée des traitements antalgiques en 2002, 2003, 2004, 2005 et 2006 (21.3.06)



lier, ont confectionné des tableaux, sous la forme d'une sorte de mémoire de leurs douleurs et qui furent également exposés.

Traces gardées

La transmission des informations ayant souvent tendance à se cantonner dans la tradition orale, l'incorporation de l'ECPA comme élément du dossier infirmier du résidant a permis de ne plus perdre les informations, de garder des traces des observations et de mettre la douleur au même niveau que les autres paramètres mesurés.

Les membres du personnel soignant, «nos experts», supportent tout le poids de notre campagne contre la douleur puisqu'ils sont au contact direct et quotidien des résidants. La prise en compte des signes cliniques, dans le cadre de leurs activités auprès des résidants, n'augmentent en rien leur charge de travail.

Les informations recueillies sont essentielles pour que le traitement antalgique puisse être adapté par les médecins traitants. L'échelle d'hétéro-évaluation, ECPA, est bien adaptée à nos besoins et est un bon moyen de communication entre professionnels. Cette dynamique fonctionne et donne des résultats tangibles.

Le résultat est frappant: la consommation des antalgiques augmente, signe que la douleur est de mieux en mieux maîtri-



Le personnel du Foyer le Christ-Roi s'est mobilisé largement pour combattre la douleur de ses résidants.

Photo: Foyer le Christ-Roi

sée avec une antalgie mieux adaptée. Enfin, à mesure que la douleur est mieux prise en compte – grâce aux signes cliniques – la consommation des neuroleptiques a diminué de 27 à 37% et ceci malgré le fait que les nouveaux résidants sont de plus en plus en très mauvais état général et de plus en plus souvent sous neuroleptiques à leur entrée au Foyer. □

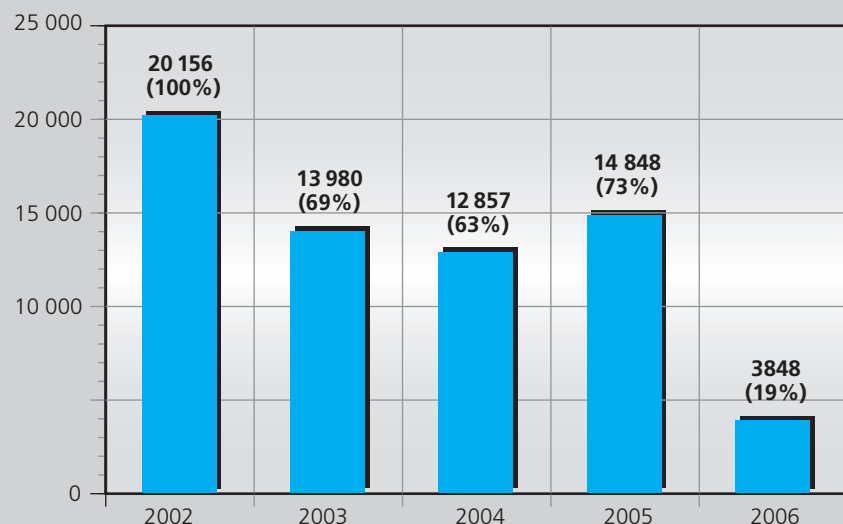
Alain Métrailler est spécialiste FMH en médecin interne, médecin répondant du Foyer le Christ-Roi, 1978 Lens (VS). Contact: Rue du Pontet 11, 3971 Chermignon d'en Haut, tél. 027 783 24 86, fax 027 483 26 01, e-mail: alain.metrailler@netplus.ch

Ont collaboré à la rédaction de cet article: A. Vocat, A. Epiney, F. Mabillard, R. Pache, L. Rey, infirmières; J.-P. Günter, directeur du Foyer le Christ-Roi; A. Kunz, S. Bettler, L. Bonvin, médecins traitants.; C.-H. Rapin, professeur, médecin-chef, responsable du programme transversal «Bien Vieillir»-HUG, Hôpital de Loëx, 1233 Bernex/Genève.

Références

- [1] Ch.-H. Rapin, O. Ciaroni-Rappaz, J. Fabre et J. P. Michel: Les douleurs du vieillard. Médecine et Hygiène 1991; 49: 3117-3129.
 - [2] O. Rappaz, J. Tripiana, Ch.-H. Rapin, J. Stjernswärd, J.-P. Junod: Soins palliatifs et traitement de la douleur cancéreuse en gériatrie. Therapeutische Umschau, Band 42, 1985, Heft 12.
 - [3] Michel M. et al.: Doloplus 2, une échelle comportementale de la douleur en long séjour gériatrique. Revue de gériatrie 1995; 20: 363-68.
 - [4] R. Morello, A. Jean, M. Alix et Groupe Regates: L'ECPA: une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes. InfoKara N° 51-3/1998.
- Une bibliographie complète peut être commandée à l'auteur

Figure 2: Evolution de la consommation annuelle des neuroleptiques de 2002 à 2006 (21.3.06)



www.sbk-asi.ch

- Psychogériatrie
- Douleur
- Clinique