



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre de troisième cycle de Médecine générale
Par

Maud GEORGE

Le 19 décembre 2002

**LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DES GESTES INVASIFS
REPETITIFS EN CANCEROLOGIE ADULTE :
ENQUETE DANS UN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE
READAPTATION CHEZ LA FEMME AGEE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur G. THIBAUT	Professeur		Président
Monsieur F. PAILLE	Professeur	}	
Monsieur T. CONROY	Professeur	}	Juges
Monsieur I. KRAKOWSKI	Docteur	}	
Madame A.M. PEDUZZI	Docteur	}	



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre de troisième cycle de Médecine générale
Par

Maud GEORGE

Le 19 décembre 2002

**LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DES GESTES INVASIFS
REPETITIFS EN CANCEROLOGIE ADULTE :
ENQUETE DANS UN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE
READAPTATION CHEZ LA FEMME AGE**

Examineurs de la thèse :

Monsieur G. THIBAUT	Professeur		Président
Monsieur F. PAILLE	Professeur	}	
Monsieur T. CONROY	Professeur	}	Juges
Monsieur I. KRAKOWSKI	Docteur	}	
Madame A.M. PEDUZZI	Docteur	}	

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

André PIERQUIN – Etienne LEGATT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFTEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLIET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ – Professeur Paul-Michel MERTEZ

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD – Professeur Bruno LÉVY

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDALHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

29

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POURTEL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU – Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY – Professeur Athanase BENETOS

Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWETZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDELIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GÉRARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGÉ – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

4^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BLAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHIERS

➔

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC

Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER

Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Université de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Health University, Nashville (U.S.A)

Professeur Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Université d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. THIBAUT

Professeur de Médecine Interne

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Vous avez su nous transmettre votre expérience tout au long de notre cursus universitaire.

Par votre intérêt et l'attention que vous savez apporter aux étudiants en médecine, vous nous avez permis de faire un choix décisif quant à notre avenir.

Nous vous adressons notre profond respect et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur F. PAILLE

Professeur de Thérapeutique (option clinique)

Vous nous faites l'honneur de prendre part à notre jury de thèse.

Vous nous avez apporté vos compétences en thérapeutique.

Nous vous adressons notre profonde considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur T. CONROY

Professeur de Cancérologie Clinique

Vous nous faites l'honneur de prendre part à notre jury de thèse.

Vous nous avez fait découvrir la cancérologie et transmis une partie de votre savoir.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur I. KRAKOWSKI

Docteur en médecine

Oncologue médical

Vous nous avez confié le sujet de ce travail et nous avez apporté une aide précieuse pour sa réalisation.

Vous avez su nous faire bénéficier de votre expérience et de vos connaissances.

Vous nous avez accordé votre patience et votre gentillesse.

Veillez être assuré de notre profonde reconnaissance et considération.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur A.M. PEDUZZI

Docteur en médecine

Vous nous avez fait la gentillesse de prendre part à notre jury de thèse.

Vous avez su nous encourager vivement lorsque nous vous avons présenté notre projet et vous nous avez apporté votre précieuse expérience.

Votre expérience professionnelle et vos connaissances sur la prise en charge de la douleur mises en application quotidiennement font notre admiration.

Pour nous accueillir dans votre service et pour l'ambiance chaleureuse de travail que vous apportez, veuillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître, Monsieur le Docteur Claude PETIT

Lors de notre stage chez le praticien, vous nous avez fait profiter de votre grande expérience professionnelle et de vos larges connaissances sur la nature humaine en général, et féminine en particulier. Vous nous avez soutenu dans des moments difficiles.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre grande reconnaissance.

A Monsieur le Docteur P. DOLDI

Vous nous avez apporté une aide précieuse pour la réalisation de ce travail.

Votre disponibilité et votre gentillesse nous ont été d'un grand soutien.

Recevez nos sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur P. POREE

Pour nous avoir aidé dans ce travail, pour votre soutien et vos conseils.

A l'ensemble de l'équipe soignante et du personnel du service de soins de suite de l'OHS de Flavigny-sur-Moselle

Pour votre professionnalisme, pour les moments agréables passés ensemble de jour comme de nuit ; Pour votre patience et votre humeur toujours égale... un grand merci.

A Léon Komman. Des statistiques et de la salsa... un mélange vertigineux !

A Mathieu pour ton aide logistique ô combien précieuse !

Remerciements au Laboratoire ASTRA France pour nous avoir permis d'utiliser les questionnaires de leur enquête.

A mes parents, à qui je dédie ce travail. Avec tout mon amour.

A mon frère, Laurent. Je sais ton soulagement de voir ce travail enfin s'achever... mais il y en aura d'autres... Bon courage !

A toute ma famille. A ma grand-mère Elda.

A Fabien, tendrement.

A Christiane. Sous le soleil exactement...

A Eric. "Sacré stage !"

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Sommaire

introduction	21
Partie 1 : la prise en charge de la douleur des gestes invasifs en cancérologie adulte	25
I.1) historique et législation de la lutte contre la douleur en France	26
<u>I.1.1) historique</u>	26
1) la douleur symptôme	26
2) la douleur, une "maladie en soi"	27
<u>I.1.2) législation des 10 dernières années</u>	28
1) organiser	29
2) libéraliser	31
3) former	31
4) informer	33
<u>I.1.3) le programme de lutte contre la douleur 2002 - 2005</u>	34
I.2) la douleur et le cancer	36
<u>I.2.1) causes des douleurs cancéreuses</u>	36
<u>I.2.2) mécanismes des douleurs cancéreuses</u>	37
<u>I.2.3) retentissement de la douleur cancéreuse</u>	39
1) chez le patient	39
2) chez la famille du patient	41
3) chez l'équipe soignante	41
<u>I.2.4) la douleur cancéreuse est sous-traitée</u>	43
<u>I.2.5) la prise en charge de la douleur à toutes les phases de la maladie</u>	47
I.3) la douleur des gestes invasifs	50
<u>I.3.1) la douleur des gestes invasifs dans la littérature</u>	51
<u>I.3.2) modèle multidimensionnel de la douleur des gestes invasifs</u>	53
1) les différentes composantes de la douleur	53
2) les différents facteurs influant sur cette douleur	55
<u>I.3.3) physiopathologie de la douleur liée aux gestes invasifs</u>	57
1) organisation générale des voies de la nociception	57
2) les systèmes inhibiteurs physiologiques	58
3) les systèmes facilitateurs	59
4) la plasticité neuronale	59
<u>I.3.4) la prise en compte globale de la douleur des gestes invasifs</u>	61
1) évaluation	61
2) les principes généraux de la prise en charge	64
a) lors de la prescription du geste	64
b) lors de la préparation du malade	65
c) lors de la réalisation du geste	65
d) après le geste	66

<i>1.3.5) les moyens préventifs de la douleur des gestes invasifs</i>	66
1) <u>les moyens médicamenteux</u>	66
a) <i>les anesthésiques locaux</i>	67
b) <i>le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens</i>	68
c) <i>les opioïdes</i>	69
d) <i>les benzodiazépines</i>	70
e) <i>le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote</i>	72
2) <u>les moyens non médicamenteux</u>	73
a) <i>le TENS</i>	73
b) <i>les techniques comportementales</i>	73

Partie 2 : le service de soins de suite et de réadaptation de Flavigny-sur-Moselle 75

II.1) historique et évolution 76

II.2) l'équipe médicale et paramédicale 77

II.3) les activités du service 78

II.3.1) caractéristiques des malades accueillis en 2001 78

1) une population exclusivement féminine et majoritairement âgée 78

2) l'origine géographique des patientes : des accueils de proximité 78

3) l'origine médicale des patientes : des transferts de proximité 78

II.3.2) un service à vocation de soins de suite polyvalents 79

1) nature des soins apportés aux patientes 79

2) les pathologies prises en charge 81

a) *les pathologies non cancéreuses* 81

b) *les pathologies cancéreuses* 81

II.4) l'organisation de la lutte contre la douleur dans le service 83

II.4.1) l'intégration de l'établissement dans un réseau de soins cancérologiques 83

II.4.2) les compétences spécifiques et formations de l'équipe soignante 83

1) les compétences 83

2) les formations externes 83

3) les formations internes 84

II.4.3) moyens et procédures de lutte contre la douleur 84

1) les moyens 84

2) les procédures 85

a) *l'évaluation de la douleur* 85

b) *la prescription d'antalgiques* 86

II.4.4) la mobilisation des personnels pour l'accréditation de l'établissement 86

Partie 3 : méthodologie 88

III.1) description de l'enquête 89

III.1.1) les questionnaires 89

III.1.2) déroulement de l'enquête 90

III.1.3) méthode 90

III.2) les critères d'inclusion	90
<i>III.2.1) les patientes admises en intercure de chimiothérapie et en soins palliatifs</i>	90
<i>III.2.2) les patientes présentes depuis plus de 1 mois</i>	92
III.3) les critères de non-inclusion	92
III.4) description de l'échantillon	92
<i>III.4.1) les médecins</i>	92
<i>III.4.2) les infirmières</i>	92
<i>III.4.3) les aide-soignants</i>	93
<i>III.4.4) les patientes</i>	93
Partie 4 : résultats	95
IV.1) le ressenti de la douleur liée aux gestes invasifs	96
<i>IV.1.1) importance de la gêne liée aux gestes invasifs</i>	96
1) <u>les réponses des patientes</u>	97
2) <u>les réponses des soignants</u>	97
a) <i>les médecins</i>	
b) <i>les infirmières</i>	
c) <i>les aide-soignants</i>	
3) <u>comparaison entre les réponses des patientes et des soignants</u>	99
a) <i>comparaison entre les réponses des patientes et des médecins</i>	
b) <i>comparaison entre les réponses des patientes et des infirmières</i>	
c) <i>comparaison entre les réponses des patientes et des aide-soignants</i>	
4) <u>comparaison des réponses à l'intérieur de l'équipe soignante</u>	100
<i>IV.1.2) les facteurs influant sur la douleur des gestes</i>	101
1) <u>les réponses des patientes</u>	102
2) <u>les réponses des soignants</u>	102
a) <i>les médecins</i>	
b) <i>les infirmières</i>	
c) <i>les aide-soignants</i>	
3) <u>comparaison entre les réponses des patientes et des soignants</u>	103
a) <i>comparaison entre les réponses des patientes et des médecins</i>	
b) <i>comparaison entre les réponses des patientes et des infirmières</i>	
c) <i>comparaison entre les réponses des patientes et des aide-soignants</i>	
4) <u>comparaison des réponses à l'intérieur de l'équipe soignante</u>	104
<i>IV.1.3) influence de la nature des gestes sur la douleur ressentie</i>	105
1) <u>les réponses des patientes</u>	106
2) <u>les réponses des soignants</u>	107
a) <i>les médecins</i>	
b) <i>les infirmières</i>	
c) <i>les aide-soignants</i>	

3) comparaison entre les réponses des patientes et des soignants	108
a) comparaison entre les réponses des patientes et des médecins	
b) comparaison entre les réponses des patientes et des infirmières	
c) comparaison entre les réponses des patientes et des aide-soignants	
<u>IV.1.4) le retentissement de cette douleur</u>	108
<u>IV.1.5) l'expression de cette douleur</u>	109
1) les réponses des patientes	109
2) comparaison avec les réponses des soignants	110
<u>IV.1.6) connaissance des moyens antalgiques et satisfaction globale</u>	110
IV.2) la prise en charge de la douleur liée aux gestes invasifs	111
<u>IV.2.1) la place accordée à cette douleur</u>	111
<u>IV.2.2) le retentissement de cette douleur chez les soignants</u>	112
<u>IV.2.3) la prise en charge médicale de cette douleur</u>	112
<u>IV.2.4) les moyens antalgiques utilisés</u>	113
1) les voies veineuses centrales	113
2) les autres moyens	114
Partie 5 : discussion et propositions	116
V.1) le faible échantillon des patientes	117
V.2) la différence entre la gêne ressentie par les patientes et celle perçue par les soignants	118
<u>V.2.1) la sous-cotation des patientes</u>	118
<u>V.2.2) la sur-cotation des soignants</u>	119
V.3) la prise en charge de la douleur liée à la répétition des gestes dans le service	121
<u>V.3.1) la prise en charge globale</u>	121
1) l'interdisciplinarité	121
2) la formation continue	122
3) la création d'un comité pilote de lutte contre la douleur dans l'établissement	122
4) l'évaluation de la satisfaction des patientes sur les soins pratiqués dans le service	123
<u>V.3.2) les moyens préventifs proposés</u>	123
1) l'évaluation de la douleur provoquée	123
2) la voie veineuse centrale	125
3) la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur	126
conclusion	129
bibliographie	132
annexes	147
Annexe 1 : grille d'évaluation de la douleur du service	148
Annexe 2 : résultats de l'enquête et comparaisons statistiques	151
Annexe 3 : les questionnaires	163
Annexe 4: le contrat engagement douleur	182

INTRODUCTION

La maladie cancéreuse est un véritable problème de santé publique par sa fréquence et l'importance croissante du nombre de cas chaque année ; Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la prévision est de 9 millions de nouveaux cas par an. En France, chaque année, 200 000 nouveaux cas sont diagnostiqués. Le taux global des cancers est de 346 pour 100 000 hommes et de 260 pour 100 000 femmes.

Les équipes cancérologiques disposent aujourd'hui de connaissances scientifiques et d'outils technologiques considérables. Les progrès ont été plus importants en un demi siècle qu'ils ne l'ont été dans le millénaire précédent. Les taux de survie relative – survie réelle – à 5 ans sont passés chez l'adulte de 40 % environ dans les années 60, à 50 % dans les années 80 [1].

Le traitement de la douleur est un volet important des soins en cancérologie car la maladie cancéreuse est douloureuse.

Il est estimé qu'un tiers environ des patients aux stades précoces en cours de traitement spécifique ont une douleur modérée sur les échelles d'évaluation. Aux stades avancés et terminaux, plus de deux tiers des patients sont concernés par la douleur somatique [2].

Parmi les patients algiques, 40 à 50 % ont une douleur d'intensité moyenne ou forte. 25 à 30 % décrivent une douleur très forte.

Les soignants sont accompagnés par les pouvoirs publics pour améliorer les soins par les traitements spécifiques et antalgiques (« plans cancer », « plans douleur », « plans soins palliatifs »).

En effet, lors de son intervention télévisée du 14 juillet 2002, le Président de la République a déclaré la lutte contre le cancer priorité nationale.

Les textes législatifs sont de plus en plus nombreux pour améliorer la qualité des soins, et spécifiquement la lutte contre la douleur. Le plan gouvernemental 2002-2005 de lutte contre la douleur doit permettre d'accentuer les progrès déjà réalisés dans ce domaine (plan gouvernemental triennal 1998-2001) [3] et met l'accent sur la douleur provoquée par les soins [4].

Or, les patients atteints de cancer ont aujourd'hui des investigations et des soins de plus en plus prolongés, car l'allongement de la survie des patients a entraîné une chronicité de la maladie cancéreuse pour les patients incurables.

Des préoccupations nouvelles émergent également pour préserver la qualité de vie des patients.

Le concept de qualité de vie est récent. Il date du début des années 80. Pour les experts de l'OMS, la qualité de vie est définie ainsi : « c'est la perception qu'a un individu de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son état de dépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

Cette qualité de vie peut être mesurée par des questionnaires qui ont pour but d'apprécier l'état de santé global d'un individu [5].

Dans la littérature, la prise en charge de la douleur liée aux soins concerne essentiellement les enfants et les soins dentaires [6,7]. Les avancées dans le domaine de la prise en charge de la douleur des gestes invasifs chez les enfants ont été plus importantes que chez les adultes.

En 1992, la Société Française d'Oncologie Pédiatrique a créé un groupe « douleur », dont l'objectif premier était de contribuer à une prise de conscience de la part de l'ensemble des services des progrès à réaliser dans ce domaine [8].

En 1987, 1992 et 1996, des recommandations ont été publiées par l'AAP (American Academy of Pediatrics) relatives à la prise en charge de la douleur et de la détresse liées aux gestes ; certaines recommandations ont été faites sur des stratégies psychologiques ou d'analgésie spécifique [9].

Les nombreuses recherches dans ce domaine chez l'enfant ont permis la mise en place de protocoles de traitements préventifs.

Les données de la littérature concernant la douleur provoquée chez l'adulte sont surtout en relation avec les soins des patients brûlés ou les explorations invasives radiologiques.

En cancérologie adulte, une étude américaine concerne la sédation pour des patients cancéreux subissant des gestes de radiologie interventionnelle [10]. En France une seule étude de 1998 s'intéresse à l'impact de la douleur des gestes invasifs répétitifs sur la qualité de vie en cancérologie adulte [11,12].

C'est dans ce contexte qu'a été proposée une étude sur la douleur liée à la répétition des gestes invasifs en cancérologie adulte.

Cette étude s'intéresse au ressenti de cette douleur par la personne âgée car cette population est particulièrement touchée par la maladie cancéreuse.

L'âge est le facteur de risque le plus important de la survenue d'un cancer ; ce risque est multiplié par 20 chez une personne de 70 ans par rapport à un sujet de 40 ans [13]. Or, il existe un vieillissement de la population dans les pays industrialisés [14].

Ainsi, il y a une augmentation du nombre de personnes âgées victimes d'un cancer.

Cette étude a été réalisée dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui admet une population à dominante gériatrique, et dont l'activité cancérologique est importante.

Il s'agit du service de SSR de Flavigny-sur-Moselle, qui n'admet que des femmes (la mixité est prévue pour le début de l'année 2003).

Cette étude est réalisée sous forme d'enquête visant les patientes mais aussi les médecins et l'équipe soignante qui réalisent les gestes invasifs et gèrent la prise en charge de la douleur chez les patientes admises.

Elle a pour objectifs de faire un état des lieux sur :

- l'appréciation de la douleur liée à la répétition des gestes invasifs par les patientes,
- le ressenti de cette douleur par l'équipe soignante,
- la prise en charge globale de cette douleur par les soignants.

Cet état des lieux permettra, dans un deuxième temps, de faire des propositions pour améliorer la prise en charge de cette douleur. Il doit permettre d'ouvrir la réflexion, au sein d'une équipe soignante sur la gêne engendrée par leurs soins et sur les solutions à mettre en œuvre, afin d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie de ces patientes.

Partie 1

La prise en charge de la douleur des gestes invasifs en cancérologie adulte

I.1) Historique et législation de la lutte contre la douleur en France

I.1.1) Historique [15, 16]

L'histoire de la médecine est associée à la notion même de soulagement de la douleur ; c'est un engagement du serment d'Hippocrate ; mais il faut attendre la fin du XXème siècle pour voir la lutte contre la douleur définie comme une priorité.

L'histoire du traitement de la douleur n'est pas celle d'un progrès continu. Elle implique des ruptures, des avancées, des oublis avant que le XIXème siècle ne donne enfin les premiers signes de l'une des conquêtes décisives de la médecine occidentale.

1) La douleur-symptôme

Longtemps, le médecin, face à la douleur, formulait un diagnostic, un pronostic et accompagnait le malade en lui apportant un soulagement de nature essentiellement symptomatique :

La médecine de l'antiquité use des vertus analgésiques de l'opium, de la mandragore, de la jusquiame, de l'hellebore à travers diverses préparations. Certains de ces remèdes se perdent lors du Moyen-Age qui connaît cependant, sous des recettes très diverses, l'inhalation d'éponges soporifiques.

Ambroise Paré préconise des préparations à base de jusquiame, d'opium, mais aussi des techniques comme la ligature ou la compression pour limiter la douleur.

L'endurance morale est le plus souvent le seul remède. La douleur a également une valeur de rédemption (influence importante du clergé à l'époque). Des conditions de vie difficiles amènent à considérer comme inéluctables maintes douleurs ; et les médications courantes, si elles soulagent parfois, donnent elles aussi leur ration de douleurs : *« En effet, pour soigner, il ne faut pas craindre de faire souffrir le malade par les remèdes. La plaie, la maladie ne peuvent guérir que si l'humeur malade en est expulsée, ce qui ne peut se faire sans mal. Cette recommandation est d'autant plus nécessaire en milieu rural que les conditions de vie, le fait d'appeler tard le médecin, parfois à un moment où la plaie est difficile à nettoyer en raisons des croûtes et suppurations qui s'y sont formées, rendent souvent nécessaire un curetage profond et douloureux. » (F.Loux [17])*

Quand la chirurgie était nécessaire (il fallait la menace tangible de périr ou une intolérable douleur pour que le malade se résolve à une telle expérience), la promptitude d'action du chirurgien était le seul antidote à la douleur.

La fin du XVIIIème siècle voit l'élaboration de substances aux effets anesthésiques : protoxyde d'azote, éther, morphine, chloroforme. Pourtant, en 1870, beaucoup de chirurgiens opèrent encore sans anesthésie, car de nombreux accidents mortels marquent l'inhalation du chloroforme (un quart d'accidents mortels vers 1880).

L'anesthésie locale et régionale à la cocaïne se développe à la fin du XIXème siècle.

L'irruption de l'anesthésie dans la pratique médicale marque un changement des mentalités collectives : la douleur n'est plus associée à l'inéluctable.

Avec l'arrivée et le développement des thérapeutiques efficaces tels que les antibiotiques, les progrès de l'imagerie médicale, l'heure n'est plus seulement à la compassion. Il débute une nouvelle étape.

La douleur n'est toujours pas une cible thérapeutique mais acquiert une valeur sémiologique importante. Selon son type (exquise, perforante...), sa localisation, sa projection, son horaire, elle guide la démarche diagnostique vers une juste détermination de la pathologie en cause. C'est cette dernière qui sera traitée, et sa guérison permettra la disparition de la douleur. Le traitement dirigé vers la douleur est donc « répréhensible ». Après avoir livré ses renseignements diagnostiques, la douleur n'a plus d'intérêt clinique.

Dans le même temps, la douleur provoquée apparaissait comme le prix à payer du développement des techniques d'investigations et des soins sans cesse plus performants, que médecins et malades appelaient ensemble de leur vœux.

2) la douleur, une « maladie en soi »

Parallèlement, de rares médecins, comme René Leriche se sont intéressés au traitement de la douleur. Pendant la première guerre mondiale, ce chirurgien a été confronté à la douleur sous sa forme rebelle, persistante. Il a apporté des éléments à la chirurgie du sympathique dans ces cas, et reconnaît la douleur comme une maladie en soi : « *La douleur-maladie est un accident qui évolue à rebours des lois de la sensation normale. Tout en elle est anormal.* » La douleur était donc, dans certains cas, une cible de l'action médicale.

Pourtant, en 1977, aucune consultation de la douleur n'existe encore en France. Aux Etats-Unis, on dénombre la même année 327 « cliniques de la douleur » [16].

C'est à l'américain John Bonica, anesthésiste, que revient l'initiative de créer l'approche pluridisciplinaire du traitement de la douleur. Dans « The management of pain », en 1953, il écrit : « *La douleur est un phénomène pathologique méritant une attention médicale particulière.* ».

Lors du premier symposium international sur la douleur aux Etats-Unis en 1973, il appelle à la création d'une association, qui verra le jour l'année d'après : l'association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for Study of Pain - IASP).

C'est cette dernière qui donne la définition actuelle de la douleur :

« sensation subjective désagréable et expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes. »

En 1967 en Grande-Bretagne se crée le Saint Christopher Hospice, où il existe un programme de gestion de la phase terminale de la vie, associant différents spécialistes pour une prise en charge globale ; le volet de la douleur y est central.

En 1979, se déroulent en France les premières consultations de la douleur à l'Assistance Publique de Paris. Le chapitre français de l'IASP intitulée Société française de la douleur (SFD) tient sa première réunion en 1980. Elle est intitulée aujourd'hui Société d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD) et compte plus de mille membres. Des structures pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur se sont peu à peu mises en place dans les hôpitaux à partir des moyens existants depuis le début des années 80 sous la pression des malades et des progrès thérapeutiques. Leur développement croissant, ainsi que la disparité des structures, incitent les pouvoirs publics à s'intéresser à elles, en 1986 , par le biais d'un groupe de travail, réuni à la demande du ministère de la Santé.

L'année précédente, un groupe de travail intitulé « Aide aux mourants » avait donné lieu à une circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale et à la publication d'une brochure informative : *soigner et accompagner jusqu'au bout. Soulager la souffrance* [18].

I.1.2) Législation des dix dernières années

Dès le début des années 90, le sénateur Lucien Neuwirth mène le premier combat politique pour soutenir les professionnels de santé et pour faire de la douleur une priorité nationale, même si la France a commencé à rattraper son retard dans le domaine sur le monde anglo-saxon.

Avec les professionnels, 4 axes principaux pour progresser dans ce domaine ont été proposés: organiser, libéraliser, former, informer [19]; c'est en 1998 que le premier plan gouvernemental de lutte contre la douleur permet une véritable prise de conscience individuelle et collective par une médiatisation et une sensibilisation importante des professionnels de santé dans ce domaine.

Le Dr Bernard Kouchner, secrétaire d'état à la santé lance ce plan qui est articulé autour de 4 volets :

- La prise en compte de la demande du patient
- Le développement de lutte contre la douleur dans les structures de santé et dans les réseaux de soins
- Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur
- L'information du public

Ce plan a été suivi d'une circulaire [20]. La philosophie de ce programme pouvait se résumer ainsi : La douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé. Une « culture de la lutte contre la douleur » est enfin engagée.

1) Organiser

La loi hospitalière de 1991 [21] fait explicitement référence à la mission d'accompagnement des malades : « *Les services publics hospitaliers dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs que requièrent leur état et veillent à la continuité des soins.* ».

En 1995, la loi hospitalière de 1991 est complétée : elle prévoit la prise en charge globale du patient et impose à tous les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux de mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Pour les établissements de santé publique, ces moyens sont définis par le projet d'établissement [22]. Récemment, une autre loi insère les nouveaux articles suivants [23]:

- Article L1110-5 du code de la santé publique :

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

- Article L1112-4 du code de la santé publique :

Les établissements de santé publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L 6143-2. Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L 6114-1, L 6114-2 et L 6114-3.

En 1997 est créée, avec la SETD, un Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD) et un Collège des Enseignants (CNEUD) ; le premier incite, en juin 1998, à la création de Comité de LUTte contre la Douleur (CLUD) dans les établissements d'hospitalisation publics ou privés, dès lors qu'ils concourent au service public hospitalier [24]. Ses missions sont:

- de proposer, pour améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation locale et qui doivent figurer dans le projet d'établissement.
- de coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient les types, aigu ou chronique, l'origine, maligne ou non, et le contexte (âges extrêmes de la vie, handicap,...), urgences, douleurs provoquées par les gestes invasifs...)
- d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement,
- de susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

L'organisation de la lutte contre la douleur passe également par l'identification des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle selon deux circulaires successives [25, 26], et le rapport du groupe de travail sur les structures traitant la douleur en 1991 [27]. Ces structures sont basées sur la pluridisciplinarité d'au moins deux médecins somaticiens dont un neurologue ou un neurochirurgien et d'un médecin psychiatre. Il peut s'agir de consultations, d'unités avec possibilité d'hospitalisations, de centres assurant l'enseignement de la capacité de prise en charge de la douleur.

En octobre 2001, on dénombre 96 structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle (dont 4 en Lorraine) [28].

2) Libéraliser

La France se situe à un niveau moyen de contraintes réglementaires par rapport à d'autres pays européens en ce qui concerne la prescription des opioïdes.

Des aménagements à la réglementation sur les stupéfiants permettent un accès facilité aux antalgiques majeurs depuis 1992.

Une autorisation de prescription de la morphine orale de 14 jours au lieu de 7 a été donnée en 1992(29). Elle est passée à 28 jours concernant la morphine à libération prolongée en 1995 (30). Les doses maximales de morphine sont supprimées en 1997.

En 1999, le carnet à souches est supprimé et la prescription d'opioïdes s'effectue sur ordonnance sécurisée pour les patients non hospitalisés [31].

3) Former

Les médecins :

La quatrième version du **Code de déontologie médicale** a pris force et vigueur après publication d'un premier décret en 1995 [32], modifié par un deuxième en 1997 [33] : il accentue l'affirmation des droits des malades, la nécessité de les informer et de les protéger. Il insiste : *« 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 »* (article 37)

Le conseil national de l'Ordre des médecins donne de ce texte le commentaire suivant (34) : *« Devant le malade douloureux, l'incurable ou le mourant, le médecin obéit à un double impératif : assurer le contrôle de la douleur et la prise en charge psychologique. L'intervention du médecin ne peut se réduire aux seuls actes techniques qui mettent en jeu sa compétence et son expérience. Il aura une écoute attentive, de la compréhension, de la discrétion et manifestera tout ce que lui dictent sa conscience et son humanité »*.

L'article 38 du code de déontologie médicale est : *« Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés 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. »*

Rappelons ici que l'article L1110-10 du code de la Santé Publique définit les soins palliatifs par : *« 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. ».

En ce qui concerne **l'enseignement des futurs médecins**, une circulaire de 1995 [35] donne le devoir aux facultés de médecine de former à l'évaluation et au traitement de la douleur, et les premières questions sur la douleur apparaissent au concours de l'internat.

Un arrêté de 1997 [36] donne l'obligation pour les facultés de médecine d'assurer un enseignement sur ce sujet au cours de cette partie des études, selon l'article 7, sous forme de séminaires. Il est modifié par un autre arrêté en 2000, qui prévoit un module 6 obligatoire « douleur et soins palliatifs » de 30 heures [37].

En 1992 est créé un diplôme inter-universitaire sur l'évaluation et le traitement de la douleur ; en 1996 est mise en place une capacité nationale.

En 1992, la douleur et les soins palliatifs deviennent prioritaires dans les programmes de formation médicale continue.

Les infirmiers :

En 1992, l'enseignement sur la douleur et les soins palliatifs devient obligatoire dans les écoles d'infirmières.

Le décret de 1993 (38) donnait encore des informations vagues sur le rôle de l'infirmier dans l'évaluation et le traitement de la douleur : « *La réalisation des soins infirmiers a pour objet :*

- *[...] de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement ;*
- *de concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir son diagnostic. » (Article 1)*

Le décret de 2002 [39] nomme directement la douleur : « *La réalisation des soins infirmiers a pour objet [...] de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur, de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie, au moyen de soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »*

(Article 2)

L'article 7 précise également : « *L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmier. »*

La circulaire de 1999 [40] encourage la réalisation de protocoles pour la prise en charge de cette douleur et fait suite à la mise en œuvre du premier plan gouvernemental de lutte contre la douleur [20].

Les aide-soignants :

Pour la profession aide-soignante, les compétences sont orientées vers une « collaboration dans la surveillance (...) des adultes reposant sur des observations réalisées « permettant » d'identifier les modifications de l'état et du comportement des patients et de transmettre à l'infirmier les informations recueillies en vue d'une action de soins adaptée à laquelle les aide-soignants pourront apporter leur concours. » [41]

C'est donc dans le cadre d'une étroite collaboration entre professionnels (médecins, infirmiers, aides-soignants) que l'évaluation, le traitement et la surveillance de la douleur doivent être mis en place.

De plus, depuis la mise en œuvre du plan de lutte contre la douleur, l'offre de formation continue sur le thème de la douleur a été multipliée par trois et a permis la sensibilisation de tous les membres des équipes soignantes.

4) Informers

Les soignants :

Des recommandations « labellisées » ont été publiées ; il s'agit de recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de la douleur chez l'adulte, l'enfant et la personne âgée. Elles ont été publiées par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) [42]. Une conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur post-opératoire a été organisée par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) en partenariat avec l'ANAES. La Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) a élaboré des « standards options recommandations – SOR » avec l'ANDEM (devenue l'ANAES) [43], en cours d'actualisation.

Les patients :

- **La Charte du patient hospitalisé :** L'objectif est de faire connaître concrètement les droits essentiels des patients accueillis dans les établissements de santé, tels qu'ils sont

affirmés par les lois, décrets et circulaires en vigueur. Elle est annexée à une circulaire ministérielle de 1995 relative aux droits des patients hospitalisés [44].

Dans son chapitre II relatif aux soins, on peut lire : « Les établissements de soins (...) dispensent les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert l'état des malades, et veillent à la continuité des soins à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. 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. 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. ». Cette charte est distribuée à chaque patient lors de son admission à l'hôpital et fait partie du livret d'accueil [45] ; il fait également l'objet d'un affichage dans les établissements de santé.

- **le fascicule « la douleur n'est pas une fatalité » ou « carnet douleur »** fait également partie du livret d'accueil ; il invite les patients à s'informer auprès du personnel soignant sur les moyens de soulager la douleur [20].

L'évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur menée par la Société Française de Santé Publique montre que des efforts importants ont été faits dans ce domaine, mais souligne aussi des difficultés et des dysfonctionnements [28].

A partir de ce constat et pour soutenir les efforts engagés, Monsieur Kouchner, ministre délégué à la santé, a décidé de poursuivre les actions entreprises et de proposer un programme quadriennal de lutte contre la douleur 2002-2005.

1.1.3) Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005 [4]

C'est un travail de continuité qui vise à poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur notamment de la douleur chronique rebelle (lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses...) et de la souffrance de fin de vie.

Trois nouvelles priorités sont définies :

- **Prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie**
- Mieux prendre en charge la douleur de l'enfant
- Reconnaître et traiter la migraine

Les cinq objectifs sont les suivants :

1. Associer les usagers par une meilleure information
2. Améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées
3. Améliorer l'information et la formation des personnels de santé
4. Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur
- 5. Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée**

La prise en charge de la douleur des gestes invasifs est donc devenue une priorité dans le programme d'actions de lutte contre la douleur. Dans ce programme, on peut lire à ce sujet :

*« La douleur aiguë provoquée par les soins (piqûres, ponctions diverses, pansements d'escarre...), les traumatismes (sutures...), les explorations invasives (radiologie, endoscopie...), concerne pratiquement toutes les disciplines. Cependant, elle reste encore souvent négligée. L'enfant, **la personne âgée** sont particulièrement concernés par ces retards. La contention physique chez l'enfant et le déni de la douleur constituent encore trop souvent les réponses des soignants vis-à-vis de ce type de douleur. Pourtant, la douleur provoquée par les soins est prévisible et les moyens de prévention et de traitement sont connus. C'est pourquoi, l'amélioration de la prise en charge de la douleur provoquée constitue un levier fort pour asseoir le changement de comportement des Français et des soignants vis-à-vis de la douleur ».*

L'un des objectifs pour améliorer l'association des usagers à une meilleure information est : *« Permettre à tout patient (adulte, enfant et son entourage) d'avoir accès à une information précise et compréhensible sur la prise en charge de la douleur notamment :*

- *avant un acte douloureux*
- *avant une intervention chirurgicale. »*

L'une des mesures proposées est de remplacer le carnet douleur par « le contrat d'engagement douleur », version adulte, qui serait disponible au premier semestre 2002. Ce document intégrera les messages sur la prévention de la douleur provoquée.

L'objectif n°4 du programme incite tous les établissements de santé à la mise en œuvre et au suivi d'un programme cohérent de prise en charge de la douleur des patients, concernant notamment la douleur provoquée par les soins chez l'adulte comme chez l'enfant.

L'une des mesures proposées est l'incitation pour que les réseaux de santé appliqués aux soins palliatifs, au cancer, aux personnes âgées intègrent la dimension douleur.

L'une des mesures proposées pour l'objectif n°5 est la poursuite dans les trois prochaines années d'actions de formation / action dont les principaux thèmes abordés concerneront l'élaboration et la mise en place de protocoles de soins de prise en charge de la douleur provoquée par les soins et la chirurgie. Il est également proposé la création de 125 postes d'infirmiers référents douleur ; il est précisé que ces postes seront attribués aux établissements de santé engagés dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur.

L'évaluation et le traitement de la douleur a connu un intérêt exponentiel des pouvoirs publics depuis ces dix dernières années, ce qui permet aux soignants de mieux et plus rapidement prendre en compte la dimension douloureuse de leur patient (plus de facilités pour utiliser les substances opioïdes, incitation des patients à parler de leur douleur...)

Prévenir la douleur des gestes invasifs, notamment aux âges extrêmes de la vie, s'insère depuis cette année dans la mise en œuvre d'actions visant à améliorer sa prise en charge. Cette dernière intéresse, entre autre, les maladies chroniques douloureuses, comme le cancer.

I.2) La douleur et le cancer

Il n'y a pas une, mais des douleurs dans la maladie cancéreuse.

I.2.1) Causes des douleurs cancéreuses [2, 43, 46, 47]

Les douleurs peuvent être liées :

- à la tumeur cancéreuse elle-même (70 % des cas environ) :
 - o Lésions osseuses, le plus souvent secondaires, avec ou sans fractures

- Compressions et infiltrations des structures nerveuses périphériques ou centrales avec atteinte motrice ou sensitive
 - Lésions viscérales (inflammation et infiltration des séreuses, par exemple
 - Complications liées à l'immunodéficience propre au cancer (douleurs post-zostériennes)
- **au traitement du cancer (autour de 20 % des cas) :**
- Douleurs post-chimiothérapiques (mucites, neuropathies périphériques sensorielles et motrices, douleurs musculaires)
 - Douleurs post-radiothérapiques (dermites, atteintes radiques des viscères, cellulites, chondrites...)
 - Douleurs post-chirurgicales et organes fantômes.
- à une autre cause que le cancer (10 % des cas)
- Douleurs préexistantes, affections rhumatismales...

La prévalence et l'intensité de la douleur dépendent du stade d'avancement de la maladie, du type tumoral et de la nature du traitement proposé [48].

D'après Bonica, certaines tumeurs sont plus associées à une douleur : c'est le cas pour les cancers osseux ou pancréatiques, par rapport à d'autres tumeurs comme les lymphomes ou les leucémies, quelle que soit l'évolution de la maladie [48].

1.2.2) Mécanismes des douleurs cancéreuses [49, 50]

Comme pour les autres douleurs, on distingue en cancérologie deux grands types de douleurs :

- *les douleurs par excès de nociception*, dues à une stimulation excessive des nocicepteurs périphériques, en général secondaire à l'envahissement tumoral, qui peuvent prendre l'aspect d'une douleur inflammatoire réveillant le malade la nuit ou d'une douleur mécanique à la mobilisation. Ces douleurs sont sensibles aux antalgiques, notamment aux opioïdes.
- *Les douleurs neuropathiques*, correspondant à une hyperactivité spontanée des voies de la douleur, sans stimulation nociceptive, consécutive à une lésion des voies de la sensibilité que ce soit au niveau du système nerveux périphérique ou central :

médullaire et supramédullaire. La douleur est décrite comme brûlante, lancinante avec des phénomènes de paroxysmes douloureux. Les douleurs neuropathiques sont classiquement peu ou pas sensibles aux antalgiques et doivent faire appel à d'autres traitements comme les antidépresseurs tricycliques et les anti-épileptiques. Néanmoins, le recours aux opioïdes est une option thérapeutique qui ne doit pas être définitivement écartée dans certains cas rebelles.

Ces douleurs peuvent être aussi:

- *mixtes (par excès de nociception et neurogène)*, comme par exemple les douleurs liées à l'envahissement tumoral d'un tronc ou d'un plexus nerveux
- *psychogènes* : son diagnostic ne se limite pas à un diagnostic de non organicité, mais doit reposer sur une sémiologie psychopathologie positive, évocant les divers tableaux possibles (conversion hystérique, hypochondrie...).
- *idiopathiques*.

Les patients peuvent présenter des douleurs aiguës, intermittentes ou chroniques (au-delà de 3 mois selon l'IASP) à différentes phases de la maladie. On constate couramment que la douleur cancéreuse, aussi bien aiguë que chronique fluctue autour d'une douleur de « base ». Des épisodes caractérisés par une augmentation transitoire de l'intensité de la douleur, appelées « poussées douloureuses » (« breakthrough ») ou « à-coup douloureux », peuvent survenir. Cette poussée douloureuse peut correspondre à la survenue ou à l'intensification de la douleur à la fin d'une période couverte par une prise médicamenteuse prescrite à heures fixes, ou bien être liée à une activité (douleur incidente), comme se déplacer, avaler...[47]

Les douleurs du cancer sont « des douleurs aiguës qui durent », selon E. Pichard-Leandri [51]. Le caractère aiguë conditionne la réponse en termes d'urgence [52] ; son traitement précoce est un facteur essentiel de prévention du passage à la chronicité.

« La douleur chronique détruit physiquement, psychologiquement et socialement », selon Sternbach (1974).

Un même malade peut souffrir de plusieurs types de douleurs simultanément et les douleurs peuvent changer au cours du temps, d'où l'importance d'une réévaluation périodique [43, 46].

1.2.3. Retentissements de la douleur cancéreuse

1. chez le patient :

Les conséquences de la douleur cancéreuse peuvent être multiples [43,53] :

- physiques : diminution des capacités fonctionnelles, diminution de la force et de la résistance, nausées, anorexie, sommeil de mauvaise qualité
- psychologiques : morosité et perte d'intérêt général, augmentation de l'anxiété, de la peur, dépression, sensation de détresse, difficultés de concentration, perte d'autonomie, angoisse de mort
- sociales : diminution des activités relationnelles, baisse de la libido, diminution de l'affectivité, altération de l'image corporelle, dépendance accrue
- spirituelles : augmentation de la souffrance, perte du sens donné à la vie, réévaluation des croyances religieuses.

Ces conséquences peuvent se potentialiser et s'ajouter aux autres conséquences de la maladie pour donner une douleur totale (54):

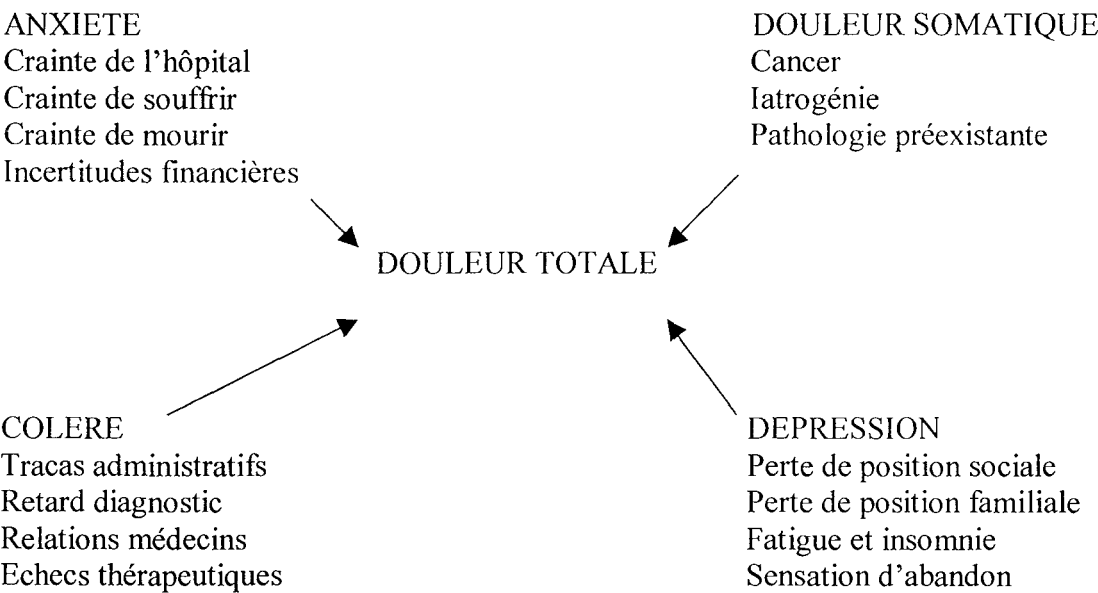


Schéma 1 : La douleur totale du patient cancéreux [54].

La dépression et la douleur sont étroitement liées et peuvent entraîner un cercle vicieux (la douleur entraîne la dépression qui elle-même aggrave la douleur).

Chez la personne âgée, la présence de troubles cognitifs peut encore rendre plus complexe la situation : Interactions entre « les 3 D gériatriques » [55, 56, 57] :

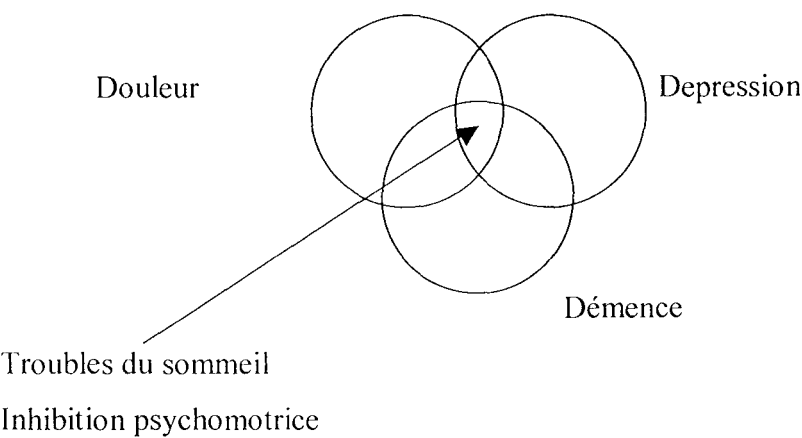


Schéma 2 : Interaction entre douleur, démence et dépression [55].

La douleur est susceptible d’augmenter les taux de morbidité. En effet, par l’activation du système sympathique et par l’augmentation de la sécrétion d’hormones liées au stress (notamment l’adrénaline et la vasopressine), une douleur persistante et intense, en dehors de son impact moral et psychologique, contribue au déclenchement d’un état confusionnel ou de décompensation viscérale et métabolique comme une poussée d’insuffisance cardiaque avec arythmie, une hyponatrémie avec déshydratation extracellulaire ou une fonte musculaire par hypercatabolisme [55]. Une étude récente suggérerait que la douleur aiguë diminuerait la sensibilité à l’insuline [58].

La perte d’autonomie qu’engendre la douleur chez la personne âgée peut devenir rapidement catastrophique, et peut être génératrice « d’un syndrome de glissement » [59]. Le malade aura tendance à s’immobiliser, à ne plus faire les gestes de la vie quotidienne, jusqu’à une complication rapide (maladie thromboembolique, escarres et rétractions tendineuses), en l’absence d’une kinésithérapeute, d’une thérapeutique et d’un nursing préventifs adaptés. Elle peut donc, de surcroît, entraîner un recours plus important et plus coûteux aux services de soins.

Le risque suicidaire doit être présent à l’esprit compte tenu de la fréquence du suicide chez la personne âgée [60].

Cette douleur entraîne donc une souffrance globale et peut altérer la qualité de vie [48].

La qualité de vie des patients atteints de douleurs cancéreuses est significativement moins bonne que celle des malades cancéreux ne souffrant pas [43, 61].

- *Chez la famille du patient :*

L'altération de la qualité de vie peut atteindre également la famille et les proches [43, 62] :

Les familles sont confrontées à la maladie cancéreuse de leur proche. Elle a un impact sur les membres de la famille individuellement et le système familial dans son ensemble [46].

Lors de l'annonce du diagnostic ou d'une rechute, la famille passe aussi par les phases de déni, de révolte, de dépression auxquelles le patient peut être confronté. Les réactions du patient et celles de sa famille interagissent, et peuvent, par exemple, influencer le malade dans ses choix de traitement.

Quand la maladie progresse, les membres de la famille doivent assumer des rôles, des responsabilités nouveaux. Chez la personne âgée malade, les proches sont constitués des enfants ; cette génération « sandwich » des 50-60 ans assument les bouleversements d'ordre matériel, organisationnel de leur parent qui devient dépendant. Ils sont entraînés psychologiquement dans une voie difficile auprès de lui, envahis d'affects difficiles à partager (inversion des relations parent-enfant), épuisants à porter [63].

Ainsi, la progression de la maladie vers la mort du parent est génératrice de souffrance. *« Famille absente, famille envahissante, familles en plaintes, famille en révolte...autant d'attitudes, qu'il est possible de considérer sous un angle psycho-dynamique, permettant au groupe-famille de faire face ; de faire face avec...la chronique de la mort annoncée de leur parent » (Trouilloud [63]).*

La douleur du patient augmente cette souffrance. Elle est source d'angoisse, de sentiments d'impuissance et de culpabilité conduisant à un véritable épuisement émotionnel et physique. Ce qui peut engendrer de l'agressivité à l'égard des soignants et parfois même de demandes d'euthanasie [64].

- *Chez l'équipe soignante :*

Chez les soignants aussi, la douleur notamment cancéreuse peut être source de souffrance, influant négativement sur sa prise en charge :

Les soignants, qui côtoient le patient douloureux des heures et des jours durant, peuvent également éprouver un sentiment d'impuissance et de culpabilité. Ils sont des hommes et des femmes qui ont leurs propres angoisses et vécu face à la douleur, la maladie et la mort ; ce qui peut les amener à mettre en place des mécanismes de défense pour se préserver d'une réalité trop douloureuse [65] :

« Les services de réanimation et de gériatrie, qui travaillent aux limites de la vie, se heurtent donc aux mécanismes psychologiques de protection les plus importants chez les soignants » (Bacque [66])

Perry a émis l'hypothèse, à partir de son expérience de réanimation pour brûlés, que le besoin de voir souffrir le patient correspond, de la part des soignants, à la nécessité de le sentir en vie [67].

Chanceau-Joubert J.(1990) souligne le « pouvoir » de la douleur : *« Par la douleur, le malade conquiert un réel pouvoir sur les affects des soignants, mais dans un certain cas, remet en cause le sentiment de leur compétence. Ils (les soignants) sont atteints sur le plan émotionnel et sur le plan professionnel »* [68].

« Le soignant oscille donc fréquemment entre culpabilité excessive et refus d'identification, par peur de souffrir. » [66].

Le patient en fin de vie, s'il est non communicant, peut amener les soignants à un détachement : *« le ralentissement extrême du temps conduit aussi (...) au détachement des soignants qui parfois se sentent étrangers et ne parviennent pas à utiliser un autre registre de communication quand le patient ne parle plus »* ; ou au contraire à une « maternisation » excessive. Le soignant se sent alors dépouillé de cette identification au soigné : *« Nous ne sommes pas des soignants, mais des tortionnaires ! »*, *« il est victime et je suis bourreau »* [69].

Ces réactions, surajoutées à celles provoquées par la douleur du patient, peuvent mener à un syndrome d'épuisement (burn-out) ; ce syndrome toucherait 5 à 10 % des soignants dans les services hospitaliers à fort taux de mortalité [66]. Elles peuvent également conduire à des conflits dans l'équipe, quand elles ne provoquent pas la fuite dans l'absentéisme ou des demandes d'euthanasie.

« ...la douleur qui dure ravive les anciennes blessures, fragilise l'équilibre précaire du moral autant que du physique, lessive, maltraite, épuise et laisse sans mot. Ce silence peut-être un signe de repli sur soi, mais aussi de désespérance de communiquer, de se faire comprendre, de se faire entendre. La dépression, le suicide et la demande d'euthanasie sont au bord de ce symptôme-silence et témoignent souvent d'une prise en charge défectueuse qui aurait réclamé antalgie et relation de soutien » Brenot P.[70]

1.2.4) La douleur cancéreuse est sous-traitée

L’insuffisance du traitement de la douleur cancéreuse est réelle dans toutes les classes d’âges et dans le monde entier [43]. Une étude menée en 1994 par un groupe réalisant des essais cliniques en cancérologie (l’Eastern Cooperative Oncology Group ou ECOG) montre que plus de 41 % des patients présentant des tumeurs métastatiques solides se plaignent de douleurs en rapport avec la maladie, mais seulement 58 % d’entre eux bénéficient d’un traitement que l’on pourrait considérer comme satisfaisant, en se basant sur les critères reconnus pour ce qui concerne le traitement de la douleur cancéreuse [47, 71]. En 1995, une étude française s’intéresse à l’attitude des médecins généralistes et des oncologues vis-à-vis de la douleur du cancer [72]:

	médecins généralistes n=600	Oncologues n=300
Estiment que les patients souffrent	10%	27%
Estiment la douleur uniquement sur les plaintes des malades	88%	90%
Prescription fréquente ou très fréquente de morphine	48%	42%
Réticences à utiliser de la morphine	76%	53%
Par crainte des effets secondaires	40%	27%
Pensent que la douleur est peu prise en compte en général	60%	50%
Pensent qu'ils prennent bien la douleur en charge	85%	83%

tableau 1 : attitude des médecins généralistes et des oncologues vis-à-vis de la douleur du cancer

Cette enquête montre que les médecins sous-estiment largement la douleur, ne l’évaluent pas systématiquement et ne la reconnaissent que si les malades se plaignent, hésitent à recourir aux opioïdes. Ils reconnaissent que la douleur est généralement sous-estimée, mais juge leur pratique professionnelle satisfaisante.

Les recommandations publiées sur la prise en charge de la douleur cancéreuse (OMS [2], FNCLCC [43], ANAES [42]) sont peut-être méconnues ou sous-utilisées, mais il existe d’autres obstacles à cette prise en charge, comme [24]:

- des problèmes liés aux professionnels de santé (crainte de la dépendance aux opioïdes, effets secondaires des antalgiques, crainte de masquer un signe sémiologique ...)
- des problèmes liés aux malades (crainte de parler de la douleur, de détourner le médecin du traitement carcinologique, crainte d’explorations complémentaires invasives, que la douleur signifie une aggravation de la maladie, crainte de la dépendance ou d’être considéré comme un toxicomane...)

- des problèmes liés aux système de santé (difficultés d'accès à certains moyens thérapeutiques...)

Il existe une différence d'appréciation importante de la douleur entre médecins et malades [48, 73] ; certains facteurs socio-économiques (**personnes âgées, femmes**, appartenance à une minorité ou certains groupes ethniques) sont des facteurs exposant à une moins bonne prise en charge thérapeutique [47, 48] .

La douleur cancéreuse chez la personne âgée est sous-traitée.

Or la douleur chez la personne âgée est fréquente [59].

La douleur cancéreuse s'ajoute aux autres sources possibles de douleurs que connaît cette tranche d'âge [74]:

- Les douleurs ostéo-articulaires seraient deux fois plus fréquentes après 60 ans : 1 patient sur 2 au lieu de 1 sur 4 avant cet âge d'après Crook [75].

Fréquemment, on retrouve plusieurs douleurs d'origine ostéo-articulaire :

- les douleurs rachidiennes
- les rhumatismes articulaires extra-rachidiens (dégénératifs, arthrites microcristallines ou inflammatoires)
- les contusions, les entorses, et les fractures consécutives à des chutes sans intervention chirurgicale (tassements vertébraux, fractures de bassin)
- les douleurs postopératoires, surtout post-fracturaires (col fémoral, poignet, col huméral)
- les rétractions tendineuses et les douleurs d'immobilisation des articulations chez le patient grabataire
- la douleur de l'épaule et du membre supérieur du côté atteint chez l'hémiplégique
- les douleurs des membres inférieurs, multifactorielles, à fréquente participation ostéo-articulaire. Le canal lombaire étroit serait une pathologie sous-estimée [76].

Dans une étude de 1991, portant sur les douleurs des membres inférieurs chez les personnes âgées vivant hors institution dans l'Iowa (USA), seulement une personne âgée sur trois ne souffrait pas des membres inférieurs sur 3097 personnes [77].

- Les douleurs vasculaires:
 - les algo-neurodystrophies (Syndrome Douloureux Régional Complexe – SDRC)
 - la douleur d'origine coronarienne

- les crampes des membres inférieurs d'origine vasculaire, la claudication intermittente et les douleurs nocturnes dans le cadre de l'artériopathie des membres inférieurs
- les oedèmes douloureux
- Les douleurs neurogènes :
 - les douleurs post-zostériennes
 - la névralgie trigéminal
 - les neuropathies périphériques
- Les autres douleurs :
 - les céphalées
 - les escarres, les ulcères de jambes : les ulcères artériels sont particulièrement douloureux, notamment au moment des soins
 - douleurs iatrogène : pansements de plaies traumatiques ou de pression, irritations médicamenteuses en particulier viscérales (gastralgies)...

Ces douleurs sont souvent chroniques ; elles durent fréquemment depuis plus de six mois, voire des années.

Pourtant, la douleur chez la personne âgée a été jusqu'ici peu étudiée. Ainsi, en 1991, Moins de 1 % des 4000 articles publiés sur la douleur dans la presse internationale concerne les sujets âgés [78].

Une recherche sur la banque de données Medline effectuée le 8 août 1998 montrait :

- le mot « pain » (en français : douleur), recherché dans le titre des publications recueille 35 158 items répertoriés dans la base depuis 1966.
- Les deux termes simultanés « pain » et « elderly » (vieillesse, personne âgée) : 175 items seulement [74].

L'intérêt médical va toutefois grandissant car la même recherche effectuée le 25 août 2002 montre :

- 239 460 items répertoriés pour le mot « pain »
- 61 636 items pour les deux termes simultanés « pain » et « elderly », soit 25 %.

La douleur cancéreuse, fréquente et qui se surajoute aux autres douleurs possibles de la pathologie liée à l'âge doit être mieux traitée, notamment pour éviter les retentissements négatifs qu'elle engendre.

La méconnaissance de la douleur chez la personne âgée est corrélée à sa sous-évaluation, car la plainte spontanée est moins fréquente que chez les adultes plus jeunes, malgré la plus grande fréquence des pathologies douloureuses. Il existe un facteur culturel qui fait qu’elles considèrent comme normal de souffrir avec l’âge. Un certain nombre d’entre elles , en particulier les hommes, ont une certaine pudeur à parler de leur douleur, reconnue comme une faiblesse [79]. Le fatalisme, le stoïcisme, ne pas vouloir ennuyer l’entourage ou le médecin, la méconnaissance des thérapeutiques, le peu de contact avec la médecine sont aussi des explications possibles [55].

Quand la plainte existe, son expression peut être diminuée par de nombreux obstacles :

Les personnes âgées peuvent avoir des déficits visuels et auditifs, qui rendent plus difficile l’interrogatoire. La plainte n’utilise pas forcément le mot douleur, mais des synonymes comme lourdeur, étirement [55]. A la question « avez-vous mal ? », le patient peut comprendre : « avez-vous mal **maintenant** ? ». Il est nécessaire de faire préciser le niveau de douleur aux autres moments de la journée et selon l’activité [79]. Or, la mémorisation de la douleur est moins fiable chez la personne âgée ayant un déficit cognitif, même léger. Le déficit cognitif, la confusion des personnes âgées en maladie aiguë et la démence sont présents chez 50 % des malades hospitalisés [43]. La dépression, la perte du désir de s’exprimer allant jusqu’à l’état régressif avec mutisme sont d’autres obstacles possibles [65].

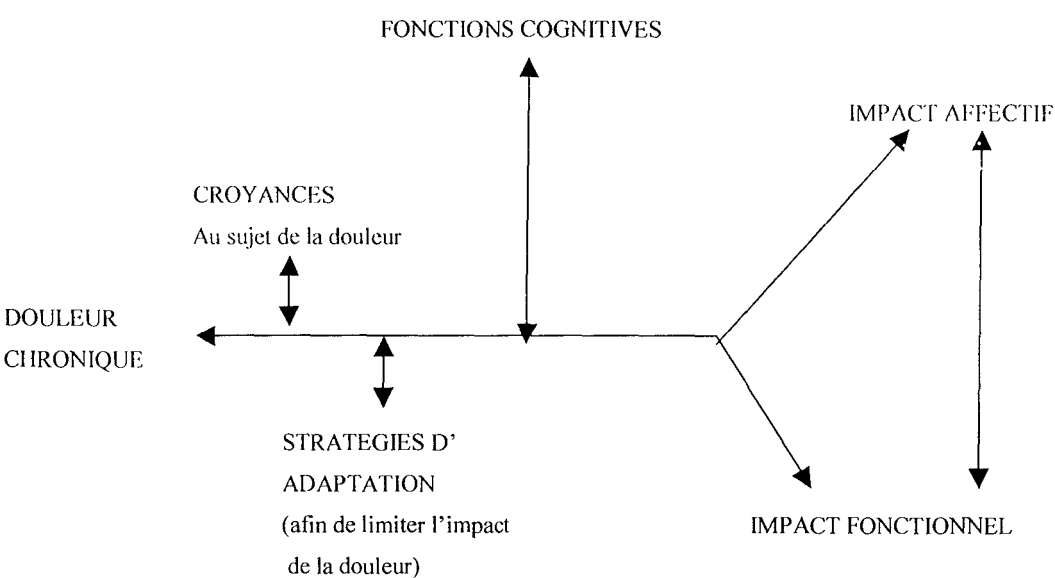


Schéma 3 : modèle de la douleur gériatrique [56]).

L’interrogatoire du médecin doit donc être **patient, attentif, explicite** et **répété** sur la recherche de la douleur et les limitations fonctionnelles de la personne âgée [55]. L’attitude

passive du soignant constituerait un autre obstacle à l'évaluation correcte de la douleur chez cette population.

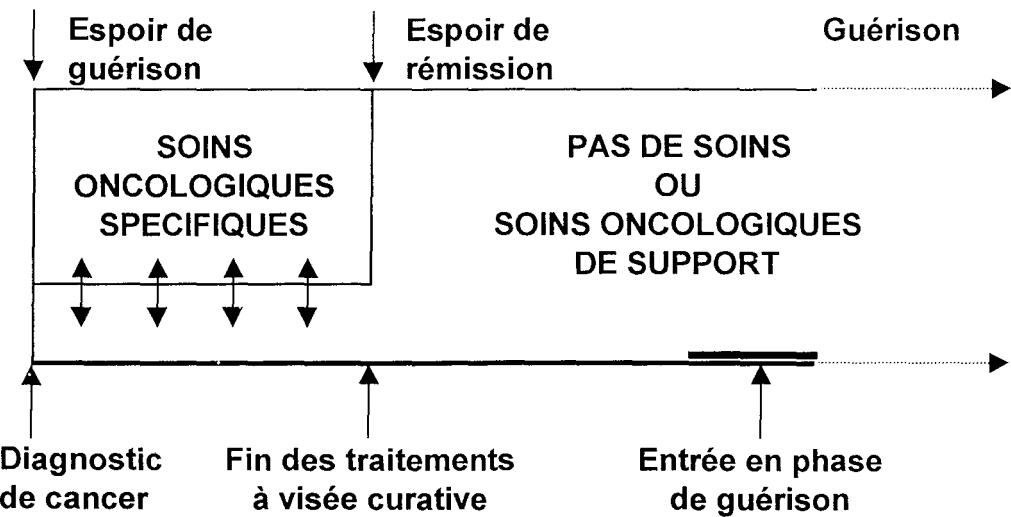
La douleur cancéreuse a donc plusieurs causes et mécanismes et les retentissement peuvent être importants.

« Le « vécu individuel » justifie un abord clinique basé sur une évaluation globale du malade et non uniquement de la maladie. La notion de douleur globale doit toujours être gardée à l'esprit et ceci, à toutes les phases de la maladie »

I.2.5) La prise en charge de la douleur à toutes les phases de la maladie

La douleur est un symptôme prédominant du cancer. Elle peut altérer la qualité de vie. C'est pourquoi sa prise en charge doit être permanente au cours de la maladie. Le traitement permanent des symptômes est appelé soins continus (« continuous care » des anglo-saxons).

Schéma 4 : le traitement permanent des symptômes chez les patients cancéreux qui guériront (les soins continus) [81]

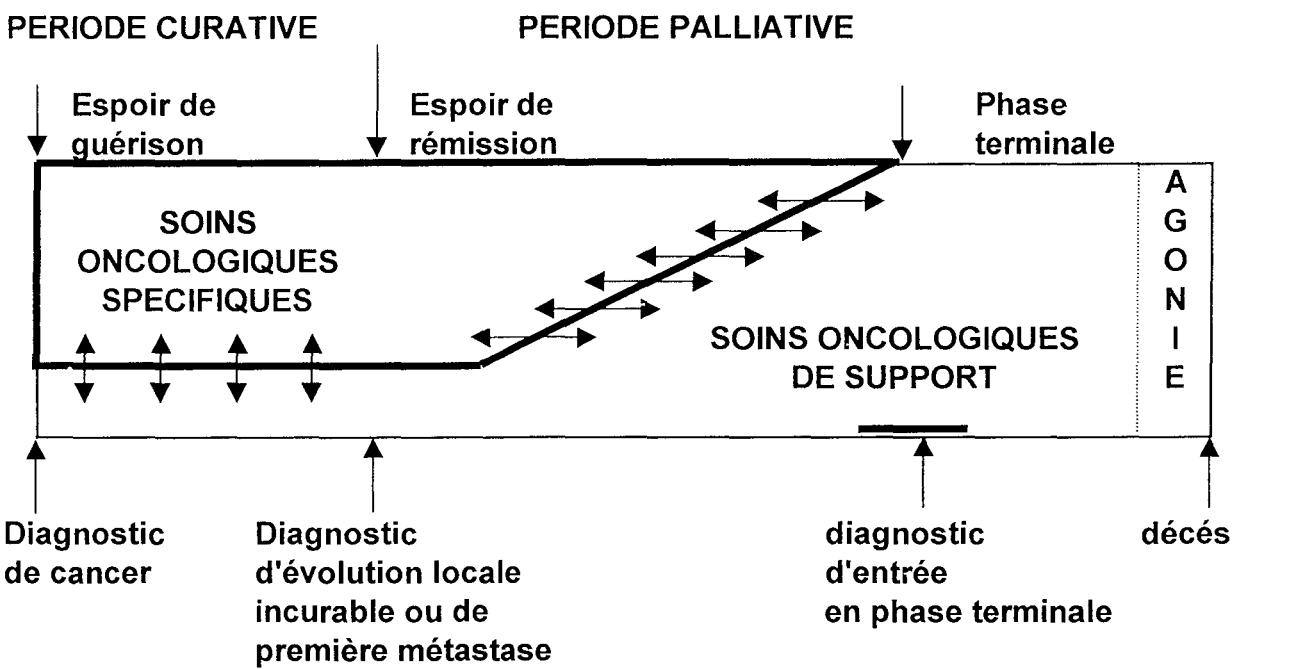


Les cancers se révèlent rarement par des douleurs [1, 46, 52]. L'absence de douleur précoce peut faussement rassurer le malade.

La période curative est la période pendant laquelle la guérison ou une rémission complète et durable représente une attente réaliste grâce aux traitements. Les traitements anticancéreux spécifiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) participent indirectement au traitement antalgique par la régression tumorale qu’ils engendrent. Il est essentiel d’assurer le traitement des symptômes par des traitements non spécifiques : douleur de la maladie, les examens ou les traitements, l’anxiété. Il s’agit de limiter au maximum les séquelles somatiques et psychologiques.

La période de surveillance comprend une phase précoce, plus ou moins longue selon le type de cancer et son extension, durant laquelle on n’ose pas parler de guérison. Le terme de rémission est le plus souvent utilisé. Ce n’est qu’après un temps variable que le terme de guérison sera utilisé. Il existe durant cette période de surveillance certaines séquelles somatiques et/ou psychologiques qui doivent être reconnues et traitées : lymphoedème, douleurs diverses, neuropathies...

Schéma 5 :Le traitement permanent des symptômes chez les patients cancéreux qui ne guériront pas. [1]



La durée de chaque période (curative, palliative) peut être très variable d’un type de malade à l’autre. Pour les malades qui ne seront pas guéris d’emblée par le traitement (environ 50 %, toutes tumeurs et stades confondus), la période dite curative correspond, pour la plupart des cancers, à la période comprise entre la date de diagnostic et celle d’évolution locale incurable ou de métastase. En effet, en dehors de quelques rares tumeurs (séminomes ou carcinomes

embryonnaires, choriocarcinomes, lymphomes malins hodgkiniens ou non...), les tumeurs métastatiques sont encore aujourd'hui incurables. Néanmoins, la période dite palliative, où les traitements ne peuvent stopper la maladie et qui va aller jusqu'au décès, peut durer plusieurs années comme les tumeurs du sein ou de la prostate. Cette période palliative peut se subdiviser elle-même en deux périodes :

1 : Période où l'on espère une rémission voire un prolongement de la vie, qui va de la date de la rechute au moment de l'entrée en phase terminale.

2 : Période où le confort est le seul objectif et qui succède à la précédente . C'est la phase terminale, où le décès est imminent.

Un des écueils possible serait l'absence ou la reconnaissance tardive des passages d'une période à l'autre de la maladie avec la poursuite des traitements spécifiques correspondant de moins en moins aux besoins et aux souhaits du malade. Or ces passages entre les deux périodes sont l'objet d'une intrication des approches curatives et palliatives ; ce qui souligne la complexité de la démarche au sein de l'équipe soignante [82].

Les traitements spécifiques et non spécifiques doivent s'associer en permanence :

Les traitements non spécifiques, appelés aussi « soins de support », représentent la prise en charge globale, médicale, paramédicale et psychosociale dont le patient a besoin en plus du traitement spécifique anticancéreux. Cette terminologie adaptée de l'anglais « supportive care » a été donnée en 1990 par la MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer).

L'insuffisance des traitements non spécifiques pendant la période curative est préjudiciable ; en cas de rechute et même à distance, la mémorisation des troubles ressentis comme pénibles (douleurs de la maladie, troubles digestifs iatrogènes, examens et traitements...) rendra plus difficile la conduite des traitements palliatifs [1].

Les soins palliatifs sont « *des soins **actifs** dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave ou terminale.* » (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs- SFAP.1999). Le traitement de la douleur est un pilier des soins palliatifs (80 % des patients ayant un cancer en évolution présentent une ou plusieurs localisations douloureuses). La douleur doit être traitée **activement**. Les traitements spécifiques cancéreux ont leur place dans ce traitement (chirurgie de réduction tumorale, radiothérapie antalgique...).

Comme nous l'avons déjà vu, les douleurs dues aux traitements du cancer représentent environ 20 % des douleurs cancéreuses. A la période palliative, les traitements spécifiques posent donc des problèmes d'indication.

Les douleurs iatrogènes peuvent être provoquées par un traitement non spécifique.

Par exemple, une néphrostomie percutanée est souvent proposée comme solution au long cours pour traiter l'hydronéphrose provoquée par une tumeur maligne de l'abdomen ou du petit bassin. Un cathéter de néphrostomie peut être par lui même une source de douleur, a fortiori s'il est obstrué ou infecté [47].

La prise en charge des douleurs iatrogènes fait partie des soins de support de la maladie cancéreuse.

1.3) La douleur des gestes invasifs

Les gestes invasifs sont inévitables pour le diagnostic et le traitement de la maladie cancéreuse.

Ces examens ont des visées exploratoires et thérapeutiques [83]:

- Exploration
 - Prise de sang avant une chimiothérapie ou pour un bilan sanguin
 - Ponctions artérielles (gaz du sang)
 - Injection d'un produit opacifiant préalable à un examen radiologique
 - Ponctions lombaires
 - Ponctions diverses : ponctions ganglionnaire (région cervicale, notamment), de nodules , ou cutanées (mélanome)
 - Ponction de moëlle osseuse sternale ou ostéo-médullaire ou d'organe (foie, sein)...
- Thérapeutique
 - injections sous-cutanées répétées (en particulier pour les patients grabataires)
 - injections par voie intraveineuse
 - poses de perfusions
 - poses de cathéter central
 - injections dans un site implantable
 - ponctions pleurales, d'ascite...

Ces gestes augmentent en fréquence avec l'évolution de la maladie. Ils peuvent devenir hebdomadaires, voire pluri-hebdomadaires pour certains, comme les ponctions veineuses ou de sites implantables et les ponctions diverses (ponction d'ascite , par exemple) en phase métastatique [83]. En cas de protocoles de recherche, ces gestes peuvent également se multiplier [43].

1.3.1) La douleur des gestes invasifs dans la littérature

Il y a un décalage entre la réalité de la gêne engendrée par les gestes invasifs chez l'adulte et l'intérêt que le monde médical lui porte, si on en croit le peu de littérature sur le sujet, qui ne date que de quelques années ; les auteurs d'une étude en 1999 [84] sur la prise en charge de la douleur et de l'anxiété liées à l'aspiration de moelle osseuse chez l'adulte n'ont trouvé qu'une seule référence bibliographique relatant de ce sujet sur une recherche depuis 1970 [85]. Dans cette étude, la quasi-totalité des personnes ayant déjà subi cet examen n'ont jamais reçu de prémédication.

Les données sur l'intensité de la douleur que les actes médicaux procurent sont pauvres car elle est très peu souvent évaluée. Dans une étude en 1998 [86], cent patients sont interrogés sur la douleur de seize gestes courants, à l'aide d'une échelle numérique de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale) : Les gestes les plus douloureux pour ces patients sont :

- l'insertion d'un cathéter central (score moyen 6,8+/- 3,5)
- le prélèvement artériel pour l'étude des gaz du sang (score moyen 7,1 +/- 3,6)

Deux études concernant la ponction-biopsie hépatique relatent une douleur ressentie dans 20 à 50 %. Elle peut être intense et même persister un certain temps après le geste [87, 88].

Chez l'adulte, la prise en charge des gestes invasifs en cancérologie est, en grande partie, extrapolée par les données de l'expérience pédiatrique. Des études concernant le traumatisme psychique lié au cancer et à son traitement ont permis de témoigner de l'importance de cette gêne liée aux gestes médicaux dans la mémoire des enfants interrogés à distance. En effet, dans les dix dernières années, comme le taux de survivants des enfants atteints de cancer a augmenté, il y a eu une augmentation parallèle de la connaissance de l'importance de la douleur et de l'anxiété associées à la prise en charge médicale de ces enfants. Ces enfants

rapportent même des symptômes de stress post-traumatique jusqu'à douze ans après la fin de leur traitement, d'après une étude faite en 1996 [8, 9, 89] .

La signification et le bénéfice réel des examens invasifs échappent souvent à l'enfant et parfois même à la famille. L'enfant peut avoir des réactions de résistance physique rendant difficile la réalisation des gestes. Si la contention physique est nécessaire, à la douleur s'ajoute un stress de l'enfant, des parents et des soignants.

La méconnaissance de ce problème chez l'adulte ne prouve pas qu'il n'existe pas.

Une seule étude traitant de la douleur liée aux gestes invasifs en cancérologie adulte date de 1998 [11, 12]. Il s'agit d'une enquête multicentrique que les laboratoires Astra France ont confiée à la Sofrès Médical. Sous le contrôle d'un comité scientifique, cette enquête a sollicité l'appréciation de 584 patients, 113 infirmières et 58 médecins sur la douleur liée à la répétition des gestes invasifs, à l'aide de questionnaires. Les patients ont quinze ans minimum et sont en cours de chimiothérapie adjuvante (plus de trois cycles), ou métastatique 1^{ère} ligne ou post-1^{ère} ligne :

Pour un patient sur trois (32 %), subir des gestes invasifs répétitifs est « extrêmement, très ou assez gênant »

Au cours des trois derniers mois précédant l'enquête, ils disent avoir eu **22,6 gestes** en moyenne (médiane 16 gestes) de **8,7 natures différentes**.

On peut distinguer trois groupes de gestes invasifs :

- douloureux pour plus de 30 % des patients et peu fréquents : ponctions (lombaires, sternales, pleurales) ou biopsies (nodules, osseuses). A noter que les prélèvements osseux sont douloureux pour 50 % des patients.
- douloureux pour plus de 30 % des patients et fréquents : gaz du sang, poses de cathéters périphériques.
- Douloureux pour moins de 20 % des patients mais répétitifs : injections intraveineuses ou ponctions de chambre implantable.

Par le peu de littérature sur ce sujet, on peut penser que la douleur liée aux gestes invasifs chez l'adulte ne constitue pas une cible de l'action médicale. Or, la gêne ressentie est réelle et non reconnue ; elle peut s'ajouter à l'inconfort engendré par les traitements de cette maladie, déjà source de souffrance.

Mieux la connaître permet de l'évaluer et de réaliser une prise en charge adaptée.

I.3.2) Modèle multidimensionnel de la douleur des gestes invasifs

La douleur a de multiples dimensions et est influencée par de nombreux facteurs.
Une étude américaine publiée en 2001 [90] a développé une structure conceptuelle de la multidimensionnalité de la douleur liée aux actes soignants (« procedural pain ») :

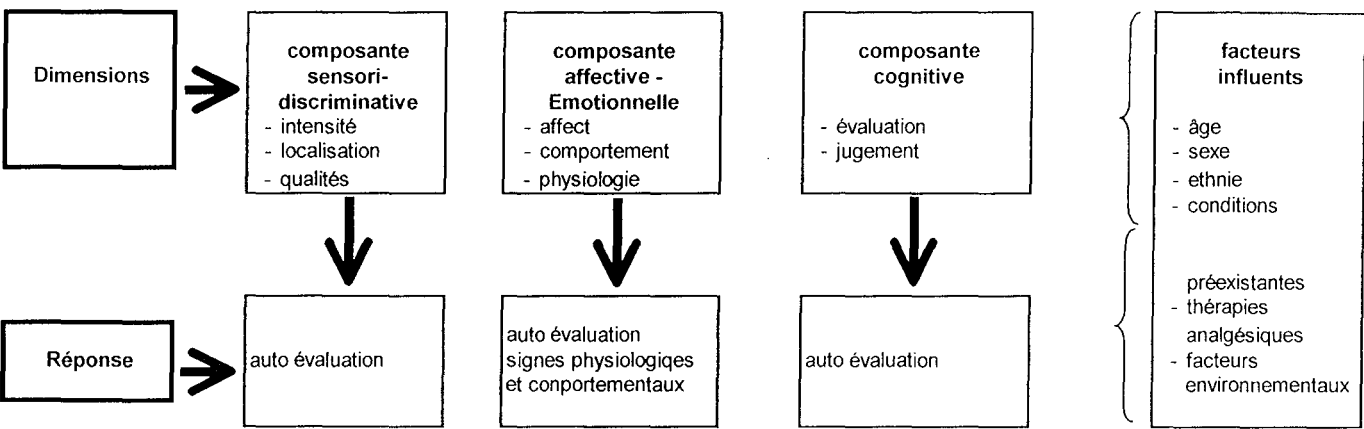


Schéma 6 : modèle multidimensionnel de la douleur provoquée [90]

1) Les différentes composantes de la douleur

La composante sensori-discriminative : Elle correspond aux mécanismes neuro-physiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharges électriques, torsion...), de la durée (brève, continue..), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs [46].

La composante affective et émotionnelle : Elle confère à la douleur sa tonalité (désagréable, pénible, insupportable). Cette composante fait partie intégrante de la perception douloureuse et la répétition de sensations désagréables peut se prolonger vers des états émotionnels comme l'anxiété ou la dépression [46].

« Les procédures invasives ou dégradantes, les agressions iatrogènes, les hospitalisations répétées altèrent l'autonomie et les capacités de contrôle du malade. Cela entraîne une diminution du bien-être psychologique et, de ce fait, une sensation d'abandon et de vulnérabilité » [43]. Elles diminuent la faculté du patient à faire face à sa maladie ; ce qui

peut se répercuter sur la faculté de faire face à ses traitements. Un cercle vicieux s'installe alors, la dépression et l'anxiété diminuent la tolérance à la douleur.

La composante cognitive : Le terme de cognitif désigne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception (ici, la douleur) et les réactions comportementales qu'il détermine : références à des expériences douloureuses antérieures personnelles, observées ou racontées par un tiers, anticipations, processus d'attention ou de diversions de l'attention, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, décisions sur le comportement à adopter [46]:

On sait que l'anticipation anxieuse augmente la douleur pendant les mobilisations et changes chez les patients brûlés [91].

Pour un niveau de stimulation nociceptive identique, l'attention dirigée vers la douleur augmente l'intensité perçue et le niveau de désagrément [92].

La douleur et/ou l'anxiété que procure un geste peuvent, par leur mémorisation, engendrer une appréhension lors de la répétition de ce geste ou un autre ; et ainsi diminuer la compliance aux traitements, allant jusqu'au refus de le subir à nouveau [93, 94, 95].

Les patients expriment plus cette douleur après la première année de traitement lors de la chronicisation, de même lors des premiers mois de la prise en charge médicale :

Les gestes rappellent sans cesse au patient la présence de la maladie, mais aussi l'espoir de sa guérison. Certains gestes très impressionnants peuvent être mal vécus du fait de la taille de l'aiguille, ou parce qu'ils sont vus par le malade, comme la ponction d'ascite, de ganglions cervicaux ou du sein [83].

La relation soignant-malade peut en pâtir : le patient peut avoir le sentiment d'être « trahi » par l'équipe médicale et infirmière. Quand l'espoir de guérison est dépassé (phase métastatique), la signification des examens dans la prise en charge de la maladie peut être différente.

« S'il est vrai que certains malades en cours de traitement ou en rémission sont susceptibles d'accepter plus facilement des douleurs dites modérées (qualificatif très subjectif) pendant de courtes périodes, les malades incurables souffrent souvent d'une forte angoisse et ont une perception croissante de déchéance physique. Cette situation peut conduire à une introversion accentuée ou au contraire à une démarche grandissante d'assistance physique et morale. » [80]

Or, les soins palliatifs peuvent nécessiter plusieurs gestes invasifs : la prise en charge préventive de la maladie thrombo-embolique, curative d'infections, nécessitant des injections fréquentes. La dégradation du capital veineux souvent inéluctable quand le malade n'est pas porteur d'un site implantable rend les perfusions difficiles et douloureuses. Le patient comme le soignant entrent dans un cercle infernal ; le premier ayant la hantise que l'infirmière soit obligée de piquer à plusieurs reprises et le second appréhendant de devoir le faire.

Le retentissement de cette douleur chez les soignants n'est pas négligeable non plus et s'ajoute à celui de la douleur cancéreuse [83].

Aux gestes invasifs s'ajoutent des soins pouvant être douloureux ou source d'anxiété et d'appréhension :

Dans l'étude de 1998 sur la douleur des gestes communs de 100 patients [86], la pose d'une sonde naso-gastrique est cotée à 6,9 (+/- 3,6) sur l'EVA. Les mobilisations (a fortiori chez la personne âgée arthrosique), les soins d'escarres ou autres soins de la personne âgée (pansements d'ulcères artériels et veineux...) peuvent s'ajouter.

Les différentes composantes de la douleur déterminent aussi la douleur cancéreuse ; il y a un phénomène de « cumul exponentiel » de la douleur, celle provoquée par la répétition des gestes se cumulant avec celle du cancer [83].

Les retentissements de ces gestes répétés peuvent donc être importants chez le malade et conditionner la compliance aux traitements de la maladie et la relation soignant-malade

2) Les différents facteurs influant sur cette douleur

Outre les différentes composantes de la douleur, de nombreux facteurs peuvent influencer l'expérience de la douleur liée aux gestes invasifs chez le patient. Il influencent les dimensions de la douleur, mais aussi les réactions verbales et comportementales à cette douleur.

- L'âge :

Les personnes âgées se plaignent moins que les personnes plus jeunes. L'âge est un facteur de diminution d'expression d'une douleur aiguë. Les pathologies comme une appendicite, un infarctus du myocarde ou une cholécystite, habituellement révélés par une douleur aiguë sont plus difficiles à diagnostiquer chez la personne âgée car le tableau est plus atypique.

Cependant, les résultats d'études expérimentales sur la perception de la douleur chez la personne âgée sont ambigus, hétérogènes et ne prouvent pas l'existence d'une « presbyalgésie » [55, 59, 96, 124].

- le sexe :

Traditionnellement, la femme exprime plus la douleur que l'homme [97, 98]. En 2001, une étude de 180 patients concernant la coloscopie montre que la femme tolère moins l'examen [99]. Une autre de 1997 sur 5000 patients concernant la douleur liée aux soins dentaires montrent que la femme rapporte une anxiété liée aux soins supérieure à celle de l'homme. La peur de la douleur est le facteur prédictif le plus important de cette anxiété [100].

- l'origine ethnique :

Il y a une différence de l'expression de la douleur selon l'origine ethnique, qui semble être liée à une différence culturelle de la signification de la douleur et à des différences socio-économiques. Une étude de 1998, concernant 396 patients [6] montre des différences dans la demande d'anesthésie locale avant des soins dentaires : 6 % des patients anglo-américains ne demandaient pas d'anesthésie, contre 90 % des patients chinois et 54 % des patients scandinaves. Des raisons financières peuvent interagir si les soins sont payants. Cependant, les asiatiques montrent très peu leur douleur, comme les africains. La religion peut influencer la signification de la douleur et de la maladie [101].

- Les facteurs préexistants :

La préexistence d'une douleur chronique et/ou d'un traitement au long cours par des opioïdes peut jouer un rôle dans l'adaptativité physiologique et psychologique du patient devant un événement aigu douloureux [90].

- Les facteurs environnementaux :

L'anxiété, l'appréhension avant un geste peut varier en fonction du lieu où il est fait [89].

La personne qui réalise le geste ou les méthodes utilisées pour préparer le patient peuvent influencer la douleur du geste [90]. La présence de la famille peut également être une source de distraction.

Dans l’ Encyclopédie Médico-Chirurgicale, on lit que l’acceptabilité de la ponction-biopsie hépatique semble meilleure lorsqu’elle est réalisée en hôpital de jour [102].

Les dimensions de la douleur liée aux gestes invasifs, ainsi que les nombreux facteurs l’influençant montrent la complexité de la perception et des réactions face à cette douleur.

Elles sont très individuelles, et son évaluation devra déterminer la tolérance générale du geste, sa répétition potentielle, sa multiplicité, afin de tendre vers la prise en charge la plus adéquate.

Comme pour la douleur cancéreuse, il convient également d’en connaître les mécanismes.

1.3.3 Physiopathologie de la douleur liée aux gestes invasifs

La douleur liée à un geste invasif est une douleur aiguë.

La douleur aiguë a un rôle de protection de l’intégrité de l’organisme ; *« La douleur n’est ni plus ni moins qu’un système d’alarme dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle » (Descartes)*

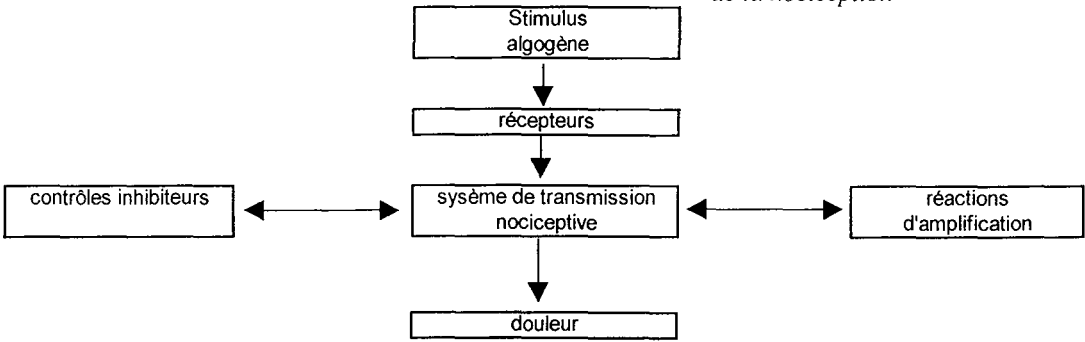
Quelle peut être la raison d’être d’une douleur aiguë provoquée par un geste soignant ?...

Un geste invasif impose une effraction cutanée, qui provoque au moins une douleur par excès de nociception.

1) Organisation générale des voies de la nociception

- Le système de la nociception est un réseau complexe d’éléments qui véhiculent vers le cerveau un message douloureux [49].

Schéma 7 : organisation générale des voies de la nociception



L'effraction cutanée est à l'origine d'une stimulation des nocicepteurs périphériques, au niveau des terminaisons libres des fibres nerveuses .

S'établit un système de codage précis (nature, intensité, localisation) par des récepteurs spécialisés portés par les fibres fines du système nerveux sensitif.

La constitution d'une lésion tissulaire entraîne une réaction secondaire de type inflammatoire avec libération de nombreux facteurs humoraux : bradykinine, histamine, prostaglandines..., à l'origine de l'activation des nocicepteurs et de la neurotransmission du message nociceptif.

Cette dernière est véhiculée par des fibres myélinisées de petit diamètre (A-delta) et des fibres non myélinisées (C).

Les fibres afférentes gagnent la moëlle par les racines dorsales et aboutissent dans la corne postérieure. La première synapse, entre neurones périphériques et neurones spinaux, est le siège de nombreux agents neuro-modulateurs.

Il y a deux types de neurones spinaux :

- les uns spécifiquement dédiés au transfert de l'information nociceptive
- les autres , dits « neurones à convergence », répondent à ces stimuli, mais de façon non exclusive et reçoivent aussi des afférences non nociceptives (tactiles, en particulier).

Les fibres afférentes croisent la ligne médiane pour gagner les centres supérieurs par le faisceau spino-thalamique.

Il n'existe pas de centre anatomiquement défini de la douleur et la projection s'effectue sur différentes zones, principalement situées au niveau du thalamus, du mésencéphale et du bulbe. Sont informés ensuite la région hypothalamo-hypophysaire (stress), la région limbique (mémoire, émotions) et le cortex pariétal (conscience). Les informations échangées par des phénomènes complexes expliquent l'intrication des différentes dimensions de la douleur.

Des mécanismes de contrôle interviennent pour réguler la transmission des influx nociceptifs.

2) Les systèmes inhibiteurs physiologiques

Les mécanismes de régulations agissent à différents niveaux anatomiques.

- Contrôle inhibiteur segmentaire : le « Gate Control »

Il est connu depuis les travaux de Melzack et Wall en 1965 [103].

Au niveau spinal, un effet de balance s'exerce sur les neurones à convergence entre influx excitateurs et inhibiteurs ; ainsi la douleur n'existe que si l'équilibre est rompu en faveur de l'excitation. Cette réaction de contrôle est vérifiée par les effets inhibiteurs des stimulations appliquées sur une zone douloureuse (frottement, massage, chaleur, froid).

- Contrôle inhibiteur morphinique :

La corne postérieure de la moelle héberge de nombreux récepteurs opioïdes et des endomorphines ont été mises en évidence. Ces systèmes opioïdes pourraient constituer un premier système d'inhibition des influx douloureux.

- Contrôles inhibiteurs supra-segmentaires :

Des voies descendantes bulbo-spinales, issues de systèmes de contrôles inhibiteurs impliquant des structures corticales et surtout du tronc cérébral se projettent fortement sur les neurones spinaux. Ces voies sont particulièrement riches en récepteurs noradrénergiques de type alpha 2 et en récepteurs morphiniques ; la sérotonine, la noradrénaline et les endomorphines sont en grande partie leurs médiateurs. Ils se comportent comme un « filtre » permanent vis-à-vis des influx douloureux.

3) Les systèmes facilitateurs

Les contrôles inhibiteurs physiologiques sont à mettre en parallèle avec les systèmes facilitateurs. Ils sont essentiellement représentés par l'interaction entre le système nociceptif et les neurones moteurs de la corne antérieure, assurant des réactions motrices de défenses (retrait) ou de contractions musculaires réflexes. Le système sympathique est également impliqué dans le maintien de certaines douleurs (algodystrophie).

Si les gestes invasifs sont répétés, d'autres mécanismes peuvent intervenir et amplifier la douleur due à l'effraction cutanée, par l'intermédiaire de la plasticité neuronale.

4) La plasticité neuronale [49, 104, 105].

Il est maintenant démontré que « la douleur appelle la douleur ». Toute stimulation nociceptive peut provoquer des remaniements du système nociceptif (plasticité), susceptible d'entraîner une « mémoire de la douleur » :

Les facteurs humoraux libérés après une effraction cutanée (lésion tissulaire) vont activer les récepteurs nociceptifs. Certains (les prostaglandines) peuvent aussi augmenter la réactivité des nocicepteurs. Ces derniers abaissent leur seuil de détection et les rendant plus répondant aux stimuli nociceptifs.

Des données expérimentales mettent en évidence l'existence de fibres nerveuses (20 à 50 % des fibres C) qui ne s'expriment pas dans des conditions normales : ce sont les fibres « silencieuses ». Une sensibilisation par un algogène chimique injecté ou libéré lors d'une inflammation les *réveille* pour plusieurs heures. Ils vont transmettre des informations aux neurones nociceptifs de la moëlle épinière.

Le réveil des nocicepteurs silencieux et la sensibilisation de nocicepteurs polymodaux contribuent à l'**hyperalgie primaire**. L'hyperalgie est une réponse exagérée à un stimulus nociceptif (elle se prolonge dans le temps et s'étend au-delà de la région stimulée) ; elle est qualifiée de primaire lorsque le mécanisme qui le sous-entend est localisé au niveau des récepteurs périphériques (Besson et Chaouch [106]).

Ces événements participent à la genèse de l'**hyperalgie secondaire** en précipitant et entretenant d'importants changements au niveau du système nerveux central (SNC). Ce processus qualifié de *sensibilisation centrale* est l'une des clés du phénomène de « mémorisation de la douleur ».

Une stimulation constante ou répétée des fibres C provoque une sommation d'influx parvenant simultanément au niveau du SNC. Un phénomène de facilitation centrale ou d'amplification qui traduit une forte augmentation de la réponse des neurones se produit alors. Cette amplification est aussi appelé « wind-up » : c'est un accroissement non linéaire de la réponse des neurones nocicepteurs étroitement lié à la fréquence de stimulation (Chapman et coll. [107]).

Lors du wind-up, les neurones à convergence de la moëlle vont subir des modifications membranaires et cytoplasmiques susceptibles d'accroître leur excitabilité et d'étendre leur champs récepteurs. De simples stimulations mécaniques ou thermiques non nociceptives seraient alors amplifiées et à tort interprétées comme douloureuses ou désagréables. Ainsi pourrait-on observer **une allodynie** (douleur provoquée par l'effleurement d'un territoire indemne de toute lésion active).

La douleur des gestes invasifs est une douleur aiguë et peut être très modérée pour certains gestes; mais leur répétition peut, par les phénomènes ci-dessus, entraîner une mémorisation de la douleur et des phénomènes neuropathiques locaux.

Une antalgie efficace et précoce est donc indispensable pour inhiber cette cascade de réactions.

La connaissance de la physiologie de la douleur, surtout de ses systèmes inhibiteurs permet d'entrevoir quels moyens antalgiques (médicamenteux ou physiques) peuvent être proposés. Néanmoins la prise en charge doit être globale, s'intégrer dans l'histoire douloureuse du patient atteint de cancer dont l'impact reste très individuel [1].

I.3.4) La prise en compte globale de la douleur des gestes invasifs

Elle en demande l'évaluation et comporte des principes généraux.

1) Evaluation

L'évaluation de cette douleur est importante pour dépister une mauvaise tolérance aux gestes subis.

Il peut y avoir une sous-expression de la douleur, surtout par la personne âgée. L'enquête ASTRA-SOFRES note que 61 % des personnes qui ont répondu au questionnaire n'ont jamais parlé de cette douleur, pas même à leur entourage ; 13 % en ont parlé au médecin et 32 % à l'infirmière.

Cette sous-expression peut être due à la crainte d'éloigner le médecin du traitement carcinologique ; « les gestes apportent la guérison » [11, 12].

Elle peut être due aussi au fait que 43 % des patients interrogés méconnaissent les moyens analgésiques existants.

Lors de l'évaluation de la douleur cancéreuse, le médecin s'interrogera sur **la tolérance générale** de l'ensemble des soins et de son retentissement sur le patient. Comme la réaction peut être très individuelle, c'est **la satisfaction globale** pour le patient qui est importante [1].

Les attentes du patient vis-à-vis des soins apportés seront écoutées.

Les antécédents des gestes invasifs, leur tolérance, l'appréhension ou l'anxiété qu'ils génèrent seront recherchés.

Le schéma 6 page 53 montre que les réponses de la douleur liée aux gestes peuvent être évaluées par :

- une auto-évaluation pour l'intensité de la douleur ressentie ainsi que pour sa composante cognitive
- une observation comportementale pour la dimension affective et émotionnelle

L'évaluation de cette douleur est sous-tendue par l'utilisation d'outils simples afin de documenter les caractéristiques de la douleur dans ses différentes dimensions :

- les échelles unidimensionnelles :
 - l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) : c'est une ligne horizontale ou verticale de 100 mm orientée de gauche à droite ou de bas en haut avec les termes « douleur absente » et « douleur maximale imaginable » aux extrémités sur laquelle le malade place une barre pour indiquer le niveau de sa douleur.
 - L'EN (Echelle Numérique) : de 0 « douleur absente » à 10 « douleur maximale imaginable »
 - L'EVS (Echelle Verbale Simple), en cinq qualificatifs appréciant l'intensité de la douleur : absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense.
 - Les échelles de soulagement de la douleur, qui peuvent reprendre les trois échelles ci-dessus
- les échelles multidimensionnelles, comme le questionnaire Douleur de Saint-Antoine., adaptation française du MPQ (Mac Gill Pain Questionnaire) établi en 1975 par Melzack, qui propose nombre de qualificatifs pour décrire le type de douleur ressentie
- le questionnaire « Qualité de vie » de l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) : Questionnaire III ; QLQ-C30, validé en français, qui est rempli en moyenne en 11 minutes et spécifique de la maladie cancéreuse ; il permet d'évaluer le retentissement de la douleur globale sur la qualité de vie [5].

Ces échelles sont des outils d'auto-évaluation.

Elles doivent être utilisées en première intention, car le malade est le premier expert de sa douleur et doit être cru [80]. Cependant, elles ne sont pas toujours possibles chez la personne âgée. De plus l'EVA, la description verbale et l'échelle numérique n'ont pas été validées dans cette population [43].

La proportion des personnes âgées relevant d'hétéro-évaluation varie de 30 à 70 % selon la littérature et on peut retenir qu'environ une personne âgée sur deux ne peut s'auto-évaluer [108].

La simple estimation de la douleur chez un malade peu « verbalisant » par l'équipe soignante est insuffisante car elle fait prendre le risque d'une sous-évaluation et donc d'un traitement insuffisant.

Les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur se basent sur l'observation comportementale de la personne âgée par les soignants : « *Tout changement de comportement chez une personne âgée doit faire évoquer la douleur* » [108].

« Chez le malade âgé cancéreux, un comportement psychiatrique jusqu'alors inconnu doit faire évoquer la survenue d'une douleur incontrôlée » (accord d'experts-Recommandations de la FNCLCC et de l'ANDEM [43])

Les trois échelles d'hétéro-évaluation de la douleur les plus utilisées en France sont :

- DOLOPLUS-2, de B. Wary, la première créée, publiée et validée, grille comportant des items sur le retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial. Le score va de 0 à 30, et un score supérieur à 5/30 signe une douleur. L'item n°4 est « la mimique » pendant les soins et l'item n° 6 le retentissement au moment de la toilette.
- L'ECPA (Echelle Comportementale Pour Personne Agée) :elle comporte des items sur l'observation avant et pendant les soins. Le score varie entre 0 et 32
- L'ECS (Echelle Comportementale Simplifiée). Elle comporte 10 items. Les 6 premiers s'observent hors soins et mobilisations ; les items 7 et 8 pendant , les items 9 et 10 une fois par 24 heures. Là aussi, il s'agit de repérer les changements de comportements par rapport à celui habituel.

L'évaluation systématique et régulière de la douleur par ces outils permet de mieux la soulager mais aussi , entre autres :

- d'identifier des malades douloureux qui se plaignent peu
- d'améliorer la qualité de la relation médecin-malade
- de faciliter les prises de décision de traitements symptomatiques adaptés
- de permettre aux différents membres de l'équipe soignante d'utiliser des critères communs, facilitant les prises de décision homogènes au sein de l'équipe

- d'avoir des informations figurant dans le dossier du malade ; la réponse aux thérapeutiques antérieures ne dépendant plus du souvenir du patient ou des soignants [46].

Les différents facteurs influençant les dimensions de la douleur influencent également la réponse à celle-ci.

Dans la littérature, les outils d'évaluation utilisés chez l'adulte sont les suivants [90, 91, 98] :

- Avant la réalisation du geste est souvent utilisé une échelle visuelle analogique de l'anxiété ou du stress : de 0 = pas d'anxiété à 10 anxiété maximale.
- Après la réalisation du geste, l'EVA, l'EN, l'EVS pour la douleur sont utilisées. L'inconfort dû au geste est également recherché par des échelles numériques, comme la satisfaction globale, l'appréciation globale d'un examen (supportable, pénible ou très pénible) ou l'appréhension si le geste devait être renouvelé.

Si la personne ne peut pas verbaliser, les échelles comportementales doivent être utilisées.

2) Les principes généraux de la prise en charge

a) Lors de la prescription du geste :

Un geste considéré comme douloureux ou très inconfortable par le patient peut être repoussé, s'il n'est pas urgent, à un moment où il sera mieux vécu : profiter d'une anesthésie générale programmée pour le réaliser, regrouper les gestes et examens au sein d'un environnement qui rassure le malade...[89]

La bonne connaissance du patient par l'équipe soignante peut aider au choix du moment le plus opportun [83];

Le traitement antalgique en cours est noté ; la prise d'inter-doses d'opioïdes dans la journée peut influencer sur l'horaire du geste [90].

Un traitement anxiolytique est-il indiqué, voire une sédation ?

L'indication du geste en lui-même doit être discutée, en fonction du stade de la maladie, par exemple. Est-il bien nécessaire ? [89]. Quels bénéfices sur le traitement en attend-on ?

Le produit injecté procure-t-il une douleur ? A combien de reprises devra-t-il être injecté ?

Combien de temps doit durer ce traitement ?

La voie d'administration d'un médicament doit également être sujet à réflexion : La voie orale est-elle possible ? Le patient est-il porteur d'une voie veineuse centrale ? N'est-il pas préférable d'utiliser cette voie que de réaliser des injections pluri-journalières ? [83].

Autant de questions que le médecin doit se poser, comme il le fait pour toute prescription médicale : parfois les réponses sont simples, parfois le médecin doit mettre en balance le bénéfice et le risque des différentes possibilités ; les attentes du patient, la satisfaction globale sont des paramètres utiles lors de la prescription [1].

b) Lors de la préparation du malade :

Le patient doit être informé du geste prescrit [89]. L'effet de surprise est mauvais. Si le patient choisit de ne pas être prévenu (encore faut-il s'en être informé), une évaluation après le geste doit s'assurer de ce choix pour un prochain geste.

L'information doit être compréhensible et adéquate : le bénéfice attendu de ce geste, l'inconfort éventuel engendré, la durée et le déroulement du geste doivent être expliqués. Cela peut permettre une meilleure tolérance du patient au geste, sa coopération, ainsi qu'une meilleure communication de sa crainte. La discussion peut mettre en évidence un besoin d'anxiolytique.

Elle permet une relation de confiance entre le prescripteur et le patient [80] et une meilleure faculté de contrôle du patient au regard de son traitement.

L'infirmière est l'interlocutrice privilégiée du patient lors des gestes, même quand le médecin le réalise. Elle peut veiller à l'installation confortable du patient, à l'évaluation de son niveau d'anxiété, celle d'une douleur préexistante, au besoin du patient d'avoir un proche près de lui ou non...[89]

c) Lors de la réalisation du geste :

Il est réel que l'expérience de la personne qui réalise le geste peut être un facteur de confort ou d'inconfort, voire de douleur plus importante pour le patient [98]. L'enquête ASTRA-SOFRES indique qu'il y a une différence importante entre le malade et le soignant en ce qui concerne cette notion :

Les infirmières minoraient l'importance du rôle de la personne « qui fait la piqûre » sur la douleur qu'elle engendre, par rapport aux réponses des patients.

Un réseau veineux périphérique pauvre peut nécessiter un traitement analgésique.

Le choix du matériel utilisé peut également être important. Le médecin ou l'infirmier préférera l'utilisation d'un matériel qu'il connaît bien, dont il a l'habitude et l'expérience ; cependant, un autre matériel peut apporter plus de confort au patient :

Un étude de 1995 sur la réalisation de la ponction lombaire chez 180 patients notent que 90 % des patients ponctionnés par l'aiguille fine (26 G = 0,45 mm) ont trouvé supportable l'examen alors que 60 % des patients ponctionnés par l'aiguille conventionnelle (20 G = 0,9 mm) l'ont considéré comme pénible [109].

Une autre étude de 1998 sur 40 patients note un score à l'EVA inférieur pour les personnes qui subissent une injection intra-dermique avec une aiguille plus fine [110].

d) Après le geste :

Il convient d'évaluer la douleur, la satisfaction globale du geste. Des antalgiques ou des anxiolytiques sont donnés en cas de persistance de la douleur ou de l'anxiété [89].

Certains examens reconnus comme douloureux ou impressionnants nécessitent une prise en charge plus importante, mais n'excluent pas les principes généraux.

1.3.5) les moyens préventifs de la douleur des gestes invasifs

Ils peuvent être utilisés seuls ou s'associer. Les données sur l'antalgie des gestes invasifs chez l'adulte sont extrapolées de l'expérience chez l'enfant [9,111].

Le niveau d'expérience du médecin et son habitude sont aussi ici un facteur important dans le choix du moyen utilisé [43].

1) les moyens médicamenteux

Le médecin ne doit utiliser que des médicaments parfaitement connus de lui : techniques d'administration, posologies, effets secondaires, dépistage des surdosages...[43]

Le médicament idéal pour le contrôle de la douleur liée au geste doit avoir:

- un pic d'efficacité court
- des dosages modulables selon les besoins du patient
- le moins d'effets secondaires possibles [89].

a) Les anesthésiques locaux

Mode d'action [112, 113, 114]:

Ils sont formés de deux familles : les esters (comme la procaïne) et les amides (comme la lidocaïne), selon que la molécule comporte une liaison intermédiaire ester (-HCOO-) ou amide (-NH-CO-). La molécule de base est constituée d'un pôle lipophile, qui permet sa diffusion, sa fixation et d'un pôle hydrophile qui permet son hydrosolubilité et son ionisation.

Ils agissent au niveau des canaux sodiques membranaires en bloquant l'entrée de Na⁺ à l'intérieur de la cellule, influx responsable de la dépolarisation rapide. Ils bloquent alors la conduction des informations douloureuses au niveau des terminations nerveuses.

Modes d'administration :

Les différentes galéniques permettent leur utilisation pour plusieurs gestes :

L'anesthésie de surface :

- Le spray pulvérisant (chlorure d'éthyle, lidocaïne) permet l'abolition du réflexe pharyngien (endoscopie, médecine dentaire..) et la lubrification d'instruments lors des examens endoscopiques. Une étude de 2001 sur 201 patients montrent que cette technique est efficace chez les patients jeunes (< 40 ans) en ce qui concerne le confort pendant une gastroscopie et pour les patients subissant cet examen pour la première fois (115).
- La crème (0,5 à 1 mg) ou le patch (1g), mélange de lidocaïne et de prilocaïne commercialisé sous le nom EMLA® procure une anesthésie cutanée sur une profondeur de 2 à 5 mm après un délai optimal d'application de 90 à 120 minutes (sous un pansement strictement occlusif). Les indications sont nombreuses : ponction artérielle (douloureuse pour 30 % des patients de l'enquête ASTRA), ponction veineuse (pour les patients dont le réseau veineux est médiocre ou pour les personnes phobiques du geste), pose de cathéter périphérique, branchements de perfusions au niveau du site implantable, ponction lombaire, ponction pleurale, myélogramme). Elle a également l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) pour la détersion douloureuse des ulcères de jambe.

Elle est déjà beaucoup utilisée chez l'enfant [8, 117, 118]. Une étude de 1998 sur 180 adultes subissant une ponction lombaire, a montré des scores de douleur plus bas chez les patients ayant eu de l'EMLA® auparavant [116].

L'infiltration locale : L'injection de lidocaïne à 1 % dans le milieu extravasculaire de la zone à anesthésier permet les biopsies et l'excision de tumeurs superficielles, ainsi que certains autres gestes comme la ponction pleurale, couplée à l'EMLA®. Le délai d'action varie de 5 à 15 minutes (posologie 4 mg/kg soit 2 ml/5kg de poids).

Une étude de 1998 sur 100 patients concernant l'anesthésie locale lors de cathétérismes cardiaques montrent l'efficacité et la bonne tolérance de la crème. Couplée à l'injection sous-cutanée de lidocaïne, le confort des patients est encore amélioré [119].

Effets indésirables :

Des complications locales sont représentées par des réactions de type vasculaire lors de l'application cutanée : rougeur, pâleur, œdème, en général de très courte durée et spontanément régressif. Les lésions nerveuses ont une incidence rare, se produisent par un traumatisme direct du nerf par le biseau de l'aiguille en se manifestant par des douleurs au moment de l'injection [112, 113].

L'injection de lidocaïne peut être douloureuse. Deux études de 1998 montrent que l'injection par des aiguilles plus fines et l'addition de bicarbonate à 1,4 % (1 ml de bicarbonate pour 9 ml de lidocaïne) réduisent cette douleur [110, 120].

Les réactions toxiques sont très rares mais peuvent être graves. Elles sont secondaires à une injection accidentelle intravasculaire.

La toxicité peut être neurologique (convulsions, état de mal) ou cardiologique (bradycardie, hypotension, troubles du rythme). Il faut respecter les doses maximales, faire des tests d'aspiration répétés lors des déplacements de l'aiguille et injecter le produit lentement (1 ml/5sec) [121].

b) Le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Ils n'ont pas fait la preuve d'une efficacité en ce qui concerne l'analgésie préventive [122].

c) Les opioïdes

Mode d'action [123] :

Les opioïdes exercent leurs effets en agissant sur des récepteurs spécifiques (mis en évidence en 1971) de trois types : mu, delta, kappa. A chaque type de récepteur correspond une famille d'opioïdes endogènes ou d'endomorphines. Les opioïdes ont une structure stéréo-chimique qui s'adapte à ces récepteurs. L'action prédominante des opioïdes se situe au niveau des membranes des fibres nociceptives où ils modifient les courants ioniques transmembranaires. Ils agissent ainsi directement sur la libération des neuro-transmetteurs et inhibent la transmission synaptique.

Mode d'administration :

Ils sont à utiliser dès que le geste ou le soin est jugé, par le patient, douloureux de façon modérée à intense [43].

Les opioïdes privilégiés sont des agonistes qui se lient aux récepteurs mu et kappa :

La voie orale est toujours préférable (la voie sous-cutanée nécessite une piqûre) : chez les personnes qui ne reçoivent pas de morphine au long cours, **la morphine** buvable à 10 mg ou un comprimé à 10 mg (SEVREDOL®) peut être donné. Chez le patient qui reçoit de la morphine à libération prolongée, une entredose de morphine à libération immédiate de 10 % de la dose quotidienne peut être donnée (SEVREDOL®, ACTISKENAN®), 45 minutes avant les geste.

La voie sous-cutanée est cependant utilisée, en diminuant la dose de moitié. Le geste est réalisé 20 minutes plus tard.

Si une titration rapide est nécessaire, la voie intraveineuse peut être utilisée en milieu hospitalier, sous couvert de conditions de sécurité anesthésiologique ; les bolus sont réalisés à la dose de 0,03 à 0,05 mg/kg/5 à 10 min.

Dans les mêmes conditions, **le fentanyl** permet également une titration par bolus à la dose de 5 µg/kg/5 min. Chez les enfants, la prémédication par l'OTFC (La forme orale transmuqueuse de fentanyl) a déjà été testée avant ponction de moëlle osseuse et ponction lombaire [9]. Ce médicament a reçu l'AMM en France depuis le 14 mars 2002 dans l'indication : « Traitement des accès douloureux paroxystiques chez des patients recevant déjà un traitement de fond

morphinique pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse ». Il se présente sous la forme d'une pastille sucrée et solidifiée, fixée sur une tige plastique. Elle est appliquée contre la muqueuse buccale et se dissout dans la salive ; une partie du médicament va diffuser à travers la muqueuse buccale. L'OTFC est disponible en six dosages : 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 microg de fentanyl base par unité. A la dose de 15-20 ug/kg, et 30 minutes avant le geste, ce médicament a prouvé son efficacité sur la douleur. Cependant, c'est un produit coûteux.

Effets indésirables :

Ce sont ceux des opioïdes en général : nausées, vomissements, constipation, dépression respiratoire, rétention urinaire. Il existe de grandes variations individuelles en ce qui concerne les réactions aux opioïdes. L'insuffisance hépato-cellulaire grave est une contre-indication. Chez la personne âgée, il peut y avoir une sensibilité accrue, due à la modification des récepteurs endogènes, l'hypoprotidémie, les modifications du volume de distribution des médicaments, l'allongement de la clairance. Une confusion, des vertiges, une hypotension orthostatique, une bradycardie peuvent apparaître ; les doses doivent donc être adaptées et les patients surveillés [124].

En cas de surdosage, un traitement par naloxone est efficace.

d) les benzodiazépines

La réduction de l'anxiété est importante pour améliorer le confort des patients pendant les gestes et en réduire les retentissements négatifs. Elles sont à utiliser seules si le geste n'est pas réputé douloureux [43].

Mode d'action :

Elles ont une action dépressive sur le système nerveux central, leur conférant des propriétés myorelaxantes, anxiolytiques, sédatives, hypnotiques, amnésiantes.

Mode d'administration :

Elles peuvent être administrées par voie orale (l'alprazolam (XANAX®) à 0,25 à 1 g par exemple) ; En 1987, les résultats d'une étude sur 60 patients concernant la prémédication avant la ponction de moëlle osseuse ont été les suivants : il n'y avait pas de différence de douleur rapportée immédiatement après l'examen entre des patients ayant reçu 4 mg de lorazepam 90 mn avant l'examen et ceux n'en ayant pas reçu. Cependant, l'évaluation de la douleur 24 heures après donnait des scores de douleur 60 % moindres. 36% des patients ne se souvenaient pas du tout du geste [85].

Le midazolam est le médicament sédatif de référence, car il a un délai et une durée d'action courtes et peut être administré par voie orale, rectale, nasale ou intraveineuse [43, 125].

Par voie intraveineuse, le midazolam (HYPNOVEL®) doit être administré par titration (1 mg chez l'adulte sur 2 minutes pour l'induction) . La dose chez la personne âgée est diminuée de moitié.

Effets secondaires :

Le midazolam peut induire une bradypnée (jusqu'à l'apnée), une hypotension, des modifications du rythme cardiaque. En dépit d'une adaptation posologique soigneuse, les réponses individuelles à la sédation sont imprévisibles et les patients peuvent avoir une fonction ventilatoire compromise.

La flumazénil (ANEXATE®) est l'antidote pour les benzodiazépines.

A chaque fois qu'une sédation par voie parentérale est nécessaire, même chez un patient vigile, la présence de sécurité anesthésique (personnel et équipement) est requise. La surveillance monitorée avec oxymètre de pouls et électrocardioscope est indispensable [10, 70].

Un opioïde ou un anesthésique local est souvent utilisé pour diminuer la douleur. Un anxiolytique ou un sédatif peut être ajouté. Cependant, le risque d'effets secondaires est accru ; la surveillance du patient est nécessaire.

e) Le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

Il est déjà très répandu pour les gestes invasifs chez l'enfant. Il est commercialisé sous le nom KALINOX®, ENTONOX®. C'est dans le début des années 90 qu'est apparu cette méthode dans les services d'onco-hématologie pédiatrique. Il dispose aujourd'hui d'une AMM depuis le 15 novembre 2001 pour les services hospitaliers.

Il est indiqué pour les gestes ou actes invasifs d'une durée inférieure à 30 minutes :

- Analgésie lors de l'aide médicale d'urgence.
- Préparation des actes de courte durée : effractions cutanées (ponction lombaire, myélogramme, ponction veineuse...), petite chirurgie (ablation de drains, pansements...), réduction de fractures, soins douloureux réalisés par l'infirmière, mobilisations douloureuses, recto-sigmoïdoscopie [126].

Les contre-indications sont : des épanchements aériques non drainés, un traumatisme crânien, toute altération de l'état de conscience non expliquée.

En 2000, une étude a été réalisée chez 90 enfants qui devaient subir des gestes invasifs (ponction lombaire et myélogramme). Elle a montré l'efficacité de ce gaz sur la diminution de la douleur et de l'anxiété [127].

Une étude sur l'utilisation de ce gaz a été réalisée en 2001 chez l'adulte. Cent patients présentant des pathologies hépatiques chroniques et devant subir une ponction-biopsie hépatique ont été inclus. Les patients recevant ce gaz avant le geste ont déclaré des scores de douleur significativement moins élevés que le groupe placebo [130].

Mode d'action :

Il s'agit d'un mélange fixe : 50% protoxyde d'azote et 50% oxygène. Il est absorbé par voie pulmonaire. Très volatile, il s'élimine par la même voie ; il n'y a pas de biotransformation dans l'organisme. Il a un effet antalgique de surface avec persistance d'une sensation tactile sans douleur. Il réalise une sédation consciente et une anxiolyse [128].

Mode d'administration :

Le patient respire calmement au masque 3 minutes avant de débiter le geste. Le masque reste en place le temps du geste. Ce gaz est facile d'utilisation, chez la personne agée notamment [129]. Il doit être utilisé par du personnel formé.

Effets secondaires :

Ils sont réversibles à l'arrêt du traitement en une minute. Il peut se produire une modifications des perceptions sensorielles : modifications auditives (sons éloignés, distorsion des sons), modifications visuelles (vision floue), paresthésies, rêves, perte de notion du temps, amnésie, excitation , euphorie. Le lieu du geste doit être aéré, et contenir du matériel de réanimation.

Ils peuvent s'associer aux anesthésiques locaux [118, 126].

2) Les moyens non médicamenteux

a) Le TENS (Electro-neuro-stimulation transcutanée)

Il s'agit d'envoyer des stimulations électriques sur la zone douloureuse par l'application d'électrodes sur la peau. L'antalgie résulte de l'inhibition de la transmission d'influx nociceptifs au niveau de la corne dorsale par le phénomène du « Gate Control ».

L'utilisation du TENS pour la douleur liée aux gestes invasifs est controversée. Il est admis que cette technique n'est efficace que sur les douleurs d'origine neurogène [131, 132]. Or, les conclusions d'une étude canadienne sur 896 enfants, en double aveugle et contre placebo en 1993 tendaient à prouver le TENS efficace pour diminuer la douleur chez des enfants subissant une ponction veineuse [131].

b) Les techniques comportementales

Ces techniques ont montré leur efficacité chez l'enfant sur la diminution du stress et la coopération du malade [9, 43, 132].

- La distraction :

Il s'agit de détourner l'attention de la douleur et d'augmenter la capacité de contrôle du patient par une diversion qui lui est agréable. Ainsi, la musicothérapie (écouter de la musique avant et pendant le geste douloureux) a pour effet d'alléger l'anxiété, réduire l'inconfort, augmenter la satisfaction du patient et sa compliance à des examens ultérieurs.

Dans une étude de 1999 dans laquelle 64 sujets adultes subissaient une sigmoidoscopie, la musicothérapie a montré son efficacité pour diminuer significativement les scores d'anxiété et d'inconfort des patients [95].

Chez l'enfant, une étude de 2001 montre que la méthode de distraction peut éviter l'utilisation d'EMLA® pour les ponctions veineuses chez certains enfants et quand cette méthode est réalisée par du personnel formé [117].

- La relaxation :

Elle inhibe l'anxiété et favorise la détente musculaire. La méthode de Jacobson permet au patient de prendre conscience des différentes sensations fournies par les muscles à l'état de contraction et de repos. La relaxation étant au degré 0 de l'activité nerveuse du muscle. Le training autogène de Schultz est basé sur la perception des sensations de pesanteur (sensation apparaissant au moment du relâchement musculaire dont la tension habituelle assure le maintien du corps) de calme, de chaleur, d'auto-régulation du cœur et du contrôle respiratoire.

- L'hypnose :

C'est un état passager de conscience modifiée, d'hypo-vigilance et de dissociation permettant des suggestions thérapeutiques. Elle induit des modifications sensorielles et affectives qui permettent au sujet de modifier l'information douloureuse. L'amplification de la douleur par l'attention, la mémoire, l'imagination, l'affectivité, etc...est atténuée ou inhibée.

Ces techniques peuvent être proposées, de façon personnalisée et en complémentarité des moyens analgésiques médicamenteux. Cependant, ces techniques sont chronophages et nécessitent du personnel formé et une organisation de l'équipe.

Partie 2

Le Service de Soins de Suite et de Réadaptation de Flavigny- sur- Moselle

II.1) Historique et évolution

Le service de suite de soins et de réadaptation se situe sur le site de l'ancien prieuré bénédictin de Flavigny-sur-Moselle.

C'est sur ce site, que dès le début du XX siècle, sous l'égide du Doyen Jacques Parisot, pionnier de la prévention en Lorraine et en France, qu'était créé un « préventorium », puis en 1942 au lieu dit « Le clos des Hiboux », la « Maison pour femmes et jeunes filles » et en 1952 la « Maison de la mère et de l'enfant ».

L'évolution démographique et la nécessité d'accueillir des femmes de plus en plus âgées ont fait évoluer les deux établissements vers une « Maison de convalescence », qui accueillait des personnes malades et/ou fatiguées.

Depuis la loi Hospitalière de juillet 1991, l'établissement est devenu « un service de soins de suite et de réadaptation » (SSR).

Le SSR est un établissement sanitaire de l'OHS (Office d'Hygiène Sociale), association privée, à but non lucratif, reconnue d'utilité publique (loi de 1901).

Le site de l'OHS à Flavigny-sur-Moselle comprend :

- D'autres établissements sanitaires :
 - o le COCEE (Centre d'Observation et Cure pour Enfants Epileptiques),
 - o le CRE (Centre de Réadaptation de l'Enfant),
- des structures médico-sociales :
 - o IME (Institut Médico-éducatif)
 - o EREA (Ecole Régionale d'Enseignement Adapté)

Deux bâtiments constituent encore le SSR (secteur A et B) ; Ils accueillent 70 patientes (40 pour le secteur A et 30 pour le secteur B) : 62 lits de soins de suite polyvalents et 8 lits intégrés pour des malades en soins palliatifs.

Un nouveau bâtiment est en construction ; il réunira les deux services à partir de début 2003. Il permettra l'admission d'une population mixte, dans 70 chambres seules, chacune pourvue de lits électriques et de prises d'oxygène, de vide et d'air .

II.2) L'équipe médicale et paramédicale

Le SSR dispose d'une équipe composée de :

- Deux médecins responsables d'établissement, dont un ayant une formation de gériatre.
- Un Faisant Fonction d'Interne pour chaque secteur (soit 2 internes), qui travaillent 3 jours par semaine dans le service et effectuent 4 gardes de 24 heures par mois, intervenant dans les 3 établissements sanitaires de l'OHS de Flavigny.
- Un cadre infirmier supérieur, assisté d'une surveillante
- 12 infirmières diplômées d'état (12 Equivalent Temps Plein)
- 17 aides-soignantes diplômées (17 ETP)
- Une kinésithérapeute à temps plein pour les deux secteurs ; ce qui ne permet pas d'accueillir des malades en rééducation « lourde » ou « spécifique », qui sont généralement adressés vers le centre Jacques Parisot de Bainville-sur-Madon.
- Une ergothérapeute (0,5 ETP)
- Une psychologue (0,4 ETP)
- Une assistante sociale à temps plein va prochainement venir renforcer l'équipe.

Par ailleurs, le SSR s'appuie sur des compétences complémentaires :

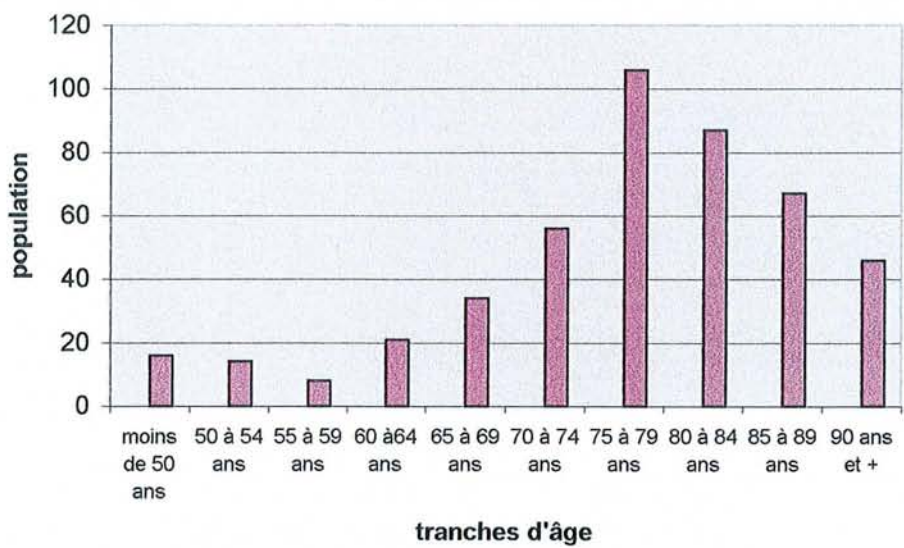
- des médecins salariés à temps partiel (intervenant dans plusieurs établissements de l'OHS) :
 - o Un cardiologue intervient tous les 15 jours, et en urgence si nécessaire
 - o Un gynécologue
 - o Un ORL
 - o vacations d'urologue prévues 2 heures par semaine.
- des bénévoles, grâce à la signature récente d'une convention avec l'association ASP Accompagner, membre de l'UNASP (Union Nationale des Associations pour le développement des Soins Palliatifs).

II.3) Les activités du service

II.3.1) Caractéristiques des malades accueillis en 2001

1) Une population exclusivement féminine et majoritairement âgée.

graphique 1 : structure par âge des patientes du SSR en 2001



Sur les **478 personnes** admises en 2001, la moyenne d'âge s'établit à 75,8 ans, confirmant l'orientation dominante gériatrique du service (la médiane est à 78 ans).

2) l'origine géographique des patientes : des accueils de proximité.

79,4 % des séjours dans le service ont été effectués par des personnes résidant dans le bassin de santé de Nancy, sa couronne, Toul, Pont-à-Mousson (bassin 14 du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire).

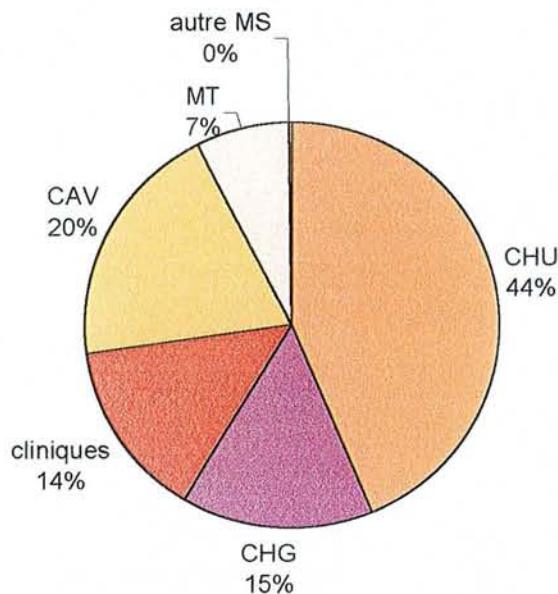
Au total, **97,6 %** des personnes accueillies vivent dans la région Lorraine.

3) l'origine médicale des patientes : des transferts de proximité

63% des malades viennent du CHRU de Nancy et du Centre Alexis Vautrin, hôpitaux les plus proches (11 km) du service.

Au total, 98,6% des patientes sont adressées par un service ou un médecin traitant de la région. Les 1,4% restant sont adressés depuis d'autres régions pour rapprochement familial et/ou suivi des soins et des traitements réalisés dans un service de spécialité du bassin de santé de Nancy.

graphique 2 : origine médicale des patientes du SSR en 2001



Autre MS : Autre service de Moyen Séjour

II.3.2) Un service à vocation de soins de suite polyvalents.

1) Nature des soins apportés aux patientes.

Dans le respect du projet médical, sont accueillies des personnes présentant des pathologies qui nécessitent des **soins de suite** ou de **réadaptation**

Les **soins de réadaptation** sont apportés aux personnes après une hospitalisation pour une pathologie médicale ou chirurgicale (post-opératoire) ; Il s'agit d'une prise en charge globale du patient (médico-psycho-sociale) dont le but est le retour à une autonomie compatible avec la reprise d'une vie ambulatoire normale .

L'orientation gériatrique du service lui confère aussi d'autres missions :

- L'évaluation des déficiences, des incapacités, des handicaps de la personne âgée, mais aussi des potentialités restantes et à développer (dans les domaines médicaux, psychologiques et sociaux). Cette appréciation est souvent difficile à réaliser en service de soins de courte durée spécialisé, en particulier en raison des contraintes fortes de réduction des durées moyennes de séjour.
- L'élaboration d'un projet de vie, avec la personne âgée, les soignants et l'entourage. Pour des malades regagnant leur domicile, la prévention de l'épuisement de cet entourage passe parfois par une réhospitalisation programmée permettant une réévaluation de l'autonomie (sous réserve d'entente préalable du service médical de l'Assurance Maladie.).
- La prise en charge de situations pathologiques aiguës : certaines patientes sont adressées directement du service d'accueil des urgences, quand leur état ne nécessite pas de bilan ou de traitement hospitalier. Elles évitent ainsi une hospitalisation inappropriée.

Ainsi, en 2001, 75,3% des personnes accueillies sont rentrées à domicile, soit **3 patientes sur 4**. 5,9% des patientes sont entrées en hébergement collectif.

Les **soins de suite** s'adressent aux patientes atteintes de pathologies chroniques et/ou d'évolution imprévisible ou défavorable, dont les traitements spécifiques sont assurés par les services hospitaliers. Là aussi, il s'agit d'une prise en charge globale de la patiente, en partenariat et complémentarité avec les médecins et les équipes soignantes des services de courts séjours spécialisés.

Les services concernés sont essentiellement le CHU et le CAV, mais aussi les cliniques privées de Nancy, proches de l'OHS. Les patientes y sont réadressées pour leurs soins , en courte hospitalisation, hôpital de jour, ou quand leur état de santé nécessite un plateau technique hospitalier.

Les patientes en réadaptation peuvent nécessiter en cours de séjour des soins de suite.

Exemple : patiente admise en post-opératoire d'un cancer, dont le bilan d'extension nécessite un traitement complémentaire par plusieurs séances de chimiothérapie.

De même, les soins de suite peuvent devenir des soins de réadaptation.

Exemple : La patiente a terminé la série de cures de chimiothérapie prescrite, poursuit son séjour en réadaptation et rentre à domicile.

Ainsi en 2001, 14,4% des personnes sont transférées en service spécialisé et reviennent dans le service.

Les transferts peuvent être uniques, ou se dénombrer à plus de dix pour un même séjour.

7,5% des patientes sont transférées sans retour dans le service.

Parmi elles :

- 36% décèdent après une courte hospitalisation
- 52,8% regagnent leur domicile
- 11,2% sont adressées dans une autre structure

Les soins de suite permettent donc la prise en charge de soins de support des patientes atteintes de pathologies chroniques et l'intégration de lits de soins palliatifs permet l'accompagnement de fin de vie.

Ainsi, la quasi-totalité des décès qui ont lieu dans le service surviennent dans le cadre des soins palliatifs (10,8% des patientes admises).

Les soins de support et palliatifs s'adressent, dans la très grande majorité des cas, aux patientes atteintes d'une pathologie cancéreuse.

2) Les pathologies prises en charge.

a) *Les pathologies non cancéreuses :*

Les patientes sont admises:

- en post-opératoire, pour d'autre pathologie que carcinologique : 21,5% des patientes admises en 2001
- pour des pathologies cardio-vasculaires et respiratoires : 27,5%
- pour des pathologies rhumatologiques et traumatiques : 16%
- pour d'autres pathologies : infectieuses, neurologiques, endocriniennes, les syndromes dépressifs, les pertes d'autonomie d'origine diverses : 10%

b) *Les pathologies cancéreuses :*

En 2000, 21,6 % des patientes ont été admises pour cette prise en charge, et 25,4% en 2001.

Elles représentent 129 patientes et 224 séjours pour une durée moyenne de séjours de 37,8 jours (1 jour au minimum, 206 jours au maximum pour une médiane de 26 jours)

Le SSR de Flavigny-sur-Moselle prend donc en charge chaque année un pourcentage croissant de ces malades.

De plus, l'orientation vers la mixité, la mise en œuvre de moyens architecturaux nouveaux et de moyens en équipements adaptés devraient inciter à une prise en charge plus importante de ces malades.

Les patientes sont admises :

- en soins de suite post-opératoires
- en soins de suite après un ou plusieurs traitements spécifiques médicaux : chimiothérapie anticancéreuse, radiothérapie, curiethérapie.
- en cours de traitements spécifiques : la prise en charge consiste donc en la surveillance clinique et biologique de la tolérance des traitements spécifiques, à la prévention et/ou au traitements des effets secondaires, mais aussi permet de poursuivre les soins qui ne nécessitent plus une hospitalisation de court séjour (ex : oxygénothérapie en continu, réhydratation et compensation alimentaire par voie veineuse, ponctions d'ascite évacuatrices).

Elle permet de traiter les affections intercurrentes, ou directement liées au traitement, comme par exemple les traitements antibiotiques par voie parentérale en cas d'aplasie fébrile.

- en **soins palliatifs** ; ils représentent 40,5% des entrées pour pathologies néoplasiques. Ces soins permettent la prise en charge des patientes, dont la pathologie est évolutive, incurable et le pronostic défavorable à court terme ; Cette prise en charge comprend les traitements et soins symptomatiques que nécessite l'état de la malade, jusqu'à l'accompagnement de fin de vie.

Ainsi, une patiente sur quatre est admise dans le service pour pathologie cancéreuse, quel que soit le stade évolutif de la maladie. Une proportion importante de patientes nécessitent des soins palliatifs.

C'est pourquoi la prise en charge de la douleur constitue un objectif prioritaire pour le service et amène celui-ci à adapter son organisation en conséquence.

II.4) l'organisation de la lutte contre la douleur dans le service

II.4.1) l'intégration de l'établissement dans un réseau de soins cancérologiques :

Le projet médical du SSR, fixe, entre autres, les 2 objectifs suivants :

- 1) Développer la prise en charge des affections néoplasiques ; prendre en compte la maladie est indissociable de la lutte contre la douleur et les éventuelles complications.
- 2) Développer les filières de soins en cancérologie pour optimiser la complémentarité avec les services hautement spécialisés.

Pour atteindre ces objectifs, le SSR, a établi en 1996 un partenariat conventionnel avec le Centre Alexis Vautrin, puis s'est inscrit en temps que membre associé du réseau **ONCOLOR**, réseau de soin en cancérologie en Lorraine.

Par ailleurs, la psychologue du service fait partie, à titre personnel, du conseil d'administration de la coordination **COLORDSPA** (COordination LORraine Douleur – Soins Palliatifs – Accompagnement), née en 2002.

II.4.2) les compétences spécifiques et formations de l'équipe soignante.

1) Les compétences :

L'un des deux responsables de l'établissement est titulaire d'un Diplôme Universitaire (DU) de cancérologie omnipraticienne, son collègue d'un DU d'étude et de prise en charge de la douleur, ainsi que d'une attestation de soins palliatifs.

2) Les formations externes :

L'auteur s'est rendu au 3ème congrès francophone euro-maghrébin de la Douleur : « douleurs : avancées actuelles », en juin 2002.

Dans le cadre du réseau ONCOLOR, 6 infirmières ont suivi en octobre 2001 une formation en cancérologie, comportant une journée consacrée à la prise en charge de la douleur du patient cancéreux.

En 2000, toute l'équipe soignante a participé à une formation-action intitulée : *"prise en charge de la douleur chez le patient non communiquant"*.

Enfin, deux infirmières de l'équipe participent régulièrement aux réunions du collège infirmier du Grand Est de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs).

3) Les formations internes :

- Projet en cours : formation de l'équipe soignante par le Dr A.M PEDUZZI dès l'automne 2002.
- Les 2 infirmières participant à la SFAP réunissent l'équipe régulièrement et gèrent des groupes de travail et de réflexion.

II.4.3) Moyens et procédures de lutte contre la douleur.

1) les moyens

Le matériel :

- a. Location de sur-matelas électriques à flux préventifs d'escarres pour les personnes alitées (ils évitent ainsi la douleur liée aux escarres et à leurs soins).
- b. 2 pompes à morphine appartenant au service ; le CAV intervient ponctuellement par du prêt de matériel supplémentaire.
- c. Un TENS, dont se sert la kinésithérapeute.

Les médicaments :

la pharmacie de l'OHS délivre des médicaments à usage hospitalier aussi bien que ceux d'une officine de ville.

Ainsi, tous les médicaments antalgiques sont disponibles, y compris ceux sous Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU).

Chaque secteur dispose dans l'infirmerie d'une pharmacie comprenant, entre autres, les antalgiques des 2 paliers de l'OMS ainsi qu'une réserve d'opioïdes ; ils sont donc disponibles 24H/24 aux prescripteurs.

Une **continuité des soins** est assurée 24h/24 par les gardes des internes, les astreintes médicales, une infirmière DE et trois aide-soignants de nuit. Ainsi, il est possible d'intervenir à tout moment sur les situations de douleur.

La kinésithérapeute et l'ergothérapeute participent également à la prise en charge antalgique dans le cadre des soins de support par :

- Mobilisation passive, active aidée
- Changement des points d'appuis, de position
- Massage de confort
- Drainage des membres
- Kinésithérapie respiratoire, aspirations
- Apprentissage des retournements (prévention de la douleur de mobilisation)
- Fabrication d'orthèses
- Positionnement au lit ou au fauteuil personnalisé

2) Les procédures

Conformément aux dispositions nationales en vigueur, chaque patiente se voit remettre lors de son entrée dans le service la Charte du Patient Hospitalisé [44], accompagné du fascicule « la douleur n'est pas une fatalité » [20].

a) L'évaluation de la douleur :

Le service de soins infirmier a intégré au dossier de soins un support écrit de l'évaluation de la douleur ; sa réalisation a fait l'objet de groupes de travail) et se trouve en phase de test (**annexe 1**).

Il permet d'évaluer la douleur à l'aide de l'EVS (Echelle Verbale Simple), ainsi que de décrire son retentissement, au repos comme pendant les soins.

Jusqu'à l'élaboration de ce support, les transmissions d'information sur l'évaluation de la douleur ne s'effectuaient que sur les feuilles d'observation du dossier de soins infirmiers, et oralement entre tous les soignants et médecins de l'équipe. Un temps de transmissions entre les équipes du matin et d'après-midi permet de réunir les informations de chacun.

Toute l'équipe soignante participe à cette évaluation .

En cas de transfert de la patiente en milieu hospitalier, ou départ à domicile, le courrier médical et les transmissions infirmières comprennent une information sur l'état douloureux de la malade et les traitements antalgiques en cours.

b) la prescription d'antalgiques :

Les médecins du service prescrivent les antalgiques dans la journée sur les feuilles de traitement du dossier infirmier de la patiente et sur les ordonnances nominatives pour les stupéfiants conformément à l'arrêté de 1999 relatif à leur prescription [31].

Au cas par cas, une prescription écrite anticipée d'antalgiques est réalisée, notamment pour les opioïdes d'action rapide.

En l'absence des médecins du service et de prescription anticipée, les soignants font appel à l'interne de garde.

II.4.4) la mobilisation des personnels pour l'accréditation de l'établissement.

Conformément aux dispositions de l'ordonnance du 24 avril 1996, l'OHS est engagé depuis Mars 2001 dans la démarche d'**accréditation de L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) [42].**

Cette accréditation passe notamment par une démarche volontaire d'amélioration de la qualité des soins. A cette fin, plusieurs groupes de travail ont été constitués au sein de l'équipe. L'évaluation est prévue pour 2006.

Le service s'engage donc à suivre les recommandations du manuel d'accréditation (établi par l'ANAES), dont l'un des chapitres est consacré à la procédure OPC (Organisation et Prise en Charge des patients).

La référence n°5 de cette procédure OPC stipule :

- *le secteur d'activité est sensibilisé à la reconnaissance des situations nécessitant une prise en charge spécifique.*
- *Les douleurs aiguës ou chroniques et la souffrance psychologique sont recherchées, prévenues et prises en charge.*
- *La prise en charge des besoins spécifiques des patients en fin de vie est assurée.*

Au regard de l'activité cancérologique croissante du service, de sa collaboration en réseau avec les services spécialisés, et des moyens dont il est doté, le SSR est en mesure d'apporter des soins de support aux patientes. **La prise en charge de la douleur est un élément essentiel de ces soins.**

La douleur liée à la répétition des gestes invasifs dans cette pathologie fait partie de cette prise en charge et a fait l'objet de l'étude suivante ; Elle permet d'engager le personnel médical et paramédical à cette réflexion dans le but d'améliorer la prise en charge globale de ces patientes, avec les moyens du service.

Partie 3

Méthodologie

III.1) Description de l'enquête

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique sous forme d'enquête.

Cette enquête s'adresse aux patientes, aux médecins, à l'équipe soignante du service au moyen de questionnaires.

Les thèmes abordés sont :

- le ressenti des patientes concernant la douleur liée à la répétition des gestes invasifs
- le ressenti des soignants qui réalisent ces gestes,
- la connaissance des patientes et l'utilisation par les soignants des moyens antalgiques existants dans le service .

III.1.1) Les questionnaires (annexe 3)

Ils sont issus de l'enquête ASTRA-SOFRES d'avril 1998 [11, 12] ; quelques items ont été supprimés quand ils sont sans rapport avec ce qui existe dans le service.

Il y a trois types de questionnaires :

- un pour les patientes et comporte 12 questions.
- un pour les médecins et comporte 14 questions.
- un pour les soignants et comporte 18 questions:

Les soignants comprennent ici les infirmières et les aide-soignants ; car même si ce sont les infirmières qui pratiquent le plus les gestes techniques, les aide-soignants sont également en première ligne vis-à-vis de la douleur des patientes, par leur importante présence physique, les soins d'hygiène, les mobilisations, et leur travail fréquent en binôme avec l'infirmière [82] ; L'observation et le signalement des situations douloureuses sont de leur rôle propre [41] ; elles établissent donc une relation proche avec les patientes.

Certaines questions sont identiques pour les trois questionnaires, ce qui permet de comparer les réponses des patientes et du corps soignant.

III.1.2) Déroulement de l'enquête

Elle est réalisée sur trois mois de février 2002 à avril 2002 .

Les questionnaires pour les médecins et les soignants (équipe de jour et de nuit) sont remis individuellement et rendus anonymes. Il leur a été demandé d'ajouter à leurs réponses toutes les réflexions que le sujet inspirait.

Les questionnaires pour les patientes sont remplis dans la chambre de la patiente, en l'absence de la famille , avec l'assistance de l'auteur (difficulté de lire, de comprendre certains items...), à distance des soins et ceci pour toutes les patientes.

III.1.3) Méthode

Afin de comparer les réponses des patientes et des soignants, le test statistique de Student et le logiciel EPI INFO 6.0 ont été utilisés.

Microsoft Excel a été utilisé pour la réalisation des tableaux et graphiques.

III.2) Critères d'inclusion

- **patiente admise pour intercures de chimiothérapie ou en soins palliatifs avec antécédents de traitement par chimiothérapie,**
- **présente depuis plus de 1 mois dans le service.**

III.2.1) Les patientes admises en intercures de chimiothérapie et en soins palliatifs

Ces patientes sont exposées à la répétition des gestes invasifs.

En effet, la chimiothérapie anticancéreuse est surtout administrée par voie veineuse par l'intermédiaire d'une chambre implantable sous-cutanée. Ce traitement nécessite donc une piqûre. Les patientes qui bénéficient d'un cathéter veineux central ne subissent pas ce geste invasif. De plus, une surveillance biologique, parfois répétée, est nécessaire.

Du coté des soignants, ils doivent prendre en charge une proportion plus importante chaque année de patientes en soins palliatifs.

En effet, l'étude menée par le médecin DIM (Département de l'Information Médicale) de l'établissement dans le cadre du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) pour le bilan d'activité 2001, relève les données suivantes :

CMC 20(*)	1998	1999	2000	2001
Nb patientes	35	45	36	65
Nb RHS(**)	139	159	198	407
Nb séjours	36	45	40	88

(*) CMC 20: Catégorie Majeure Clinique « soins palliatifs »

(**) RHS : Résumé Hebdomadaire de sortie : définit un ensemble de codes PMSI relatant la finalité principale de prise en charge, la morbidité principale, les diagnostics associés de la semaine en cours.

De plus, ces patientes nécessitent plus de soins : L'étude statistique réalisée montre que la dépendance de cette catégorie de patientes est significativement plus élevée que dans les autres catégories (rhumatologie, orthopédie, post-traumatique...). Cette dépendance augmente au cours du séjour.

Les soins procurés sont le nursing mais également des gestes techniques ; L'étude statistique note une proportion importante des PCL (Prise en charge Clinique Lourde) et PCTL (Prise en charge Clinique Très Lourde) dans cette catégorie.

Ces prises en charge sont essentiellement représentées par :

- Les soins réguliers des voies veineuses centrales
- Les traitements antibiotiques par voie parentérale en cas d'aplasie fébrile ou d'infections aiguës sans nécessité d'hospitalisation en milieu spécialisé.
- Oxygénothérapie en continu
- Les réhydratations et les compensations alimentaires entérales ou parentérales.

C'est pourquoi il a été choisi d'étudier le ressenti de la douleur liée aux gestes invasifs chez ces patientes.

N'ont été retenues que les patientes en soins palliatifs avec antécédents de chimiothérapies car le risque de répétition des gestes invasifs est plus important.

III.2.2) Patientes présentes depuis plus d'un mois

Ce choix a été fait car ces patientes sont plus à l'aise avec l'équipe et les lieux ; ce qui est susceptible d'améliorer la verbalisation de la douleur ; De plus, cela permet d'éliminer le ressenti de cette douleur par rapport aux soins procurés dans le milieu spécialisé, mais permet à la patiente de s'exprimer sur l'ensemble des soins reçus en globalité et de dégager des situations à risque douloureux.

III.3) Critères de non-inclusion

- patiente admise pour tout autre prise en charge
- patiente dont l'état douloureux n'est pas équilibré au moment de l'enquête
- patiente qui nie le diagnostic ou est en phase de révolte
- patiente non communicante.

III.4) Description de l'échantillon

III.4.1) Les médecins :

Tous les médecins ont répondu au questionnaire.

Leur caractéristiques :

- 3 femmes , 1 homme
- 2 chefs de service ; 2 Faisant fonction d'interne
- Ancienneté dans le service :
 - > 10 ans pour les chefs de service
 - entre 1 et 5 ans pour les FFI

III.4.2) Les infirmières :

Dix questionnaires sur onze ont été rendus.

Les surveillantes n’ont pas participé à l’enquête; elles ont lu le questionnaire et ont estimé ne pas être suffisamment impliquées dans les soins pour pouvoir répondre.

Leur caractéristiques :

- des femmes uniquement.
- 37,7 ans en moyenne (5<40 ans et 5 >40 ans)

III.4.3) Les aide-soignantes :

Treize questionnaires sur quatorze ont été rendus.

Leur caractéristiques :

- douze femmes et un homme
- 43.8 ans en moyenne (<40 ans : 3 ; >40 ans : 10)

III.4.4) Les patientes :

Quinze patientes ont accepté de répondre au questionnaire, mais certaines n’ont pas répondu à quelques questions.

Leur caractéristiques :

- Moyenne d’age : 70,6 ans médiane :75 ans

<50 ans	1
50-59 ans	2
60-69 ans	5
70-79 ans	5
>80 ans	2

- Origine médicale :

CAV	13
CHU	2
Autre	0

- Cancer primitif :

Poumons	1
Voies digestives	2
ORL	1
Sein	7
Autre féminins	2
Autres	2

Les hémopathies malignes ne sont pas représentées, alors qu’elles sont la première cause de cancer chez les patientes admises en 2001 (19,8 % des RHS), suivies des organes digestifs (18,9 %) puis le cancer du sein (18,5 %).

- Ancienneté du diagnostic (relevée sur les lettres de transmissions hospitalières)

<3 mois	0
4-11 mois	5
1-5 ans	7
>5 ans	3

- Soins en cours

chimiothérapie adjuvante	4
chimiothérapie palliative	4
soins palliatifs	7

- Port de Voie Veineuse Centrale

oui	11
non	4

Chez les patientes qui portent une voie veineuse centrale, deux personnes bénéficient d’un cathéter veineux central ; les autres portent une chambre implantable.

Quatre patientes ne sont pas porteuses de voies veineuses centrales :

- Pour l’une d’entre elles, la voie a été le siège d’une infection, s’est obstruée. La patiente a exprimé un souvenir douloureux de la pose, et ne souhaite pas renouveler l’expérience. Une meilleure antalgie à la pose de la voie aurait peut-être permis de faire bénéficier à nouveau la patiente de ce dispositif.
- Pour les autres, la voie a été déposée à l’arrêt de la chimiothérapie ; Il n’y a pas eu d’indication à la reposer.

Partie 4

RESULTATS

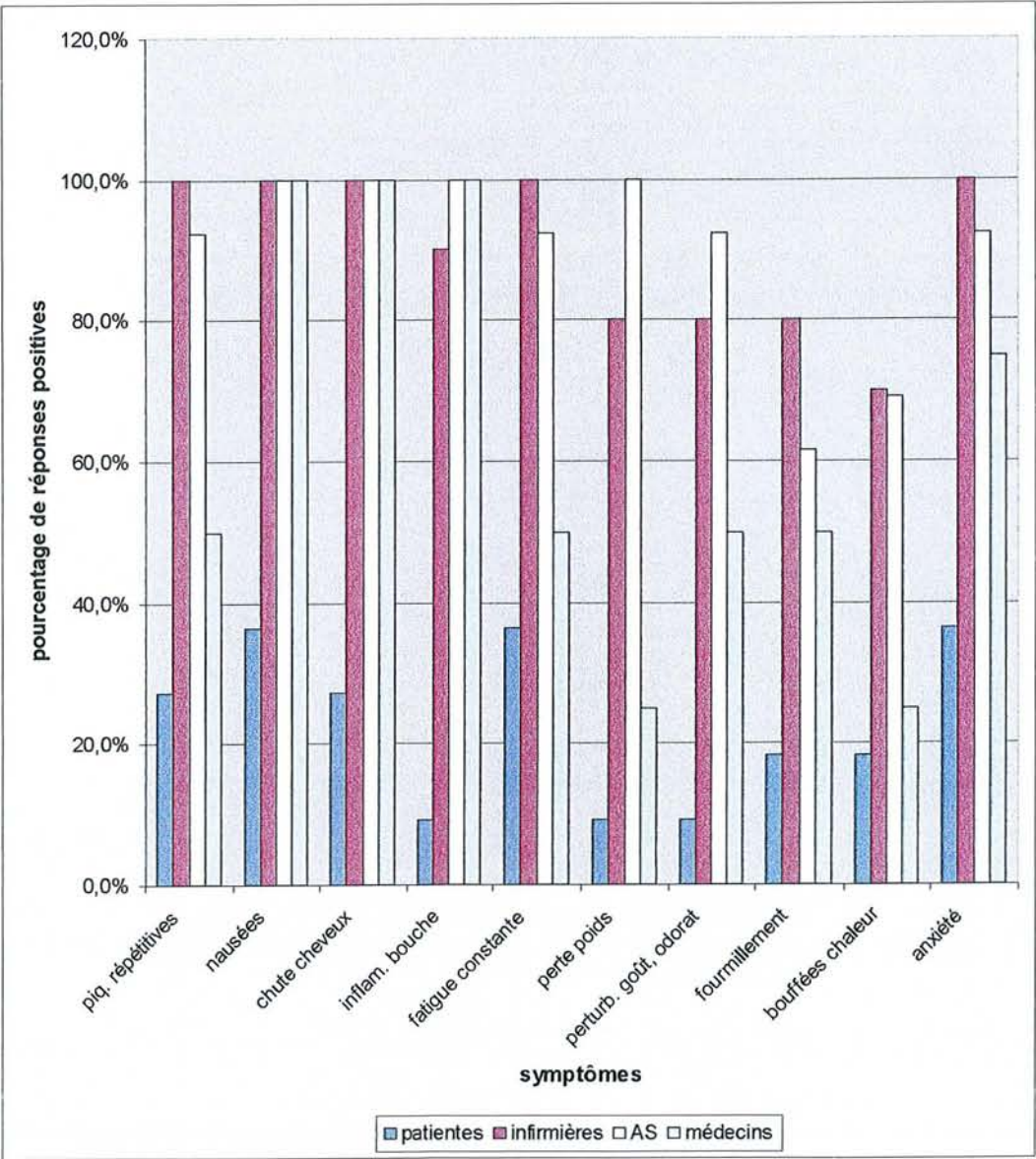
IV.1 Le ressenti de la douleur liée aux gestes invasifs

IV.1.1) Importance de la gêne liée aux gestes invasifs

Tous les résultats chiffrés et les comparaisons statistiques sont en Annexe 2.

A la question : « Trouvez-vous chaque trouble ou gêne engendrée par le traitement extrêmement, très ou assez gênant ? » onze patientes sur quinze ont répondu. La totalité des soignants a répondu.

Graphique 3 : importance de la gêne liée aux effets secondaires du traitement



1) Les réponses des patientes

Une patiente sur quatre trouve la répétition des gestes invasifs extrêmement, très ou assez gênante.

Il s'agit de trois patientes : deux des patientes gênées par la douleur des gestes ont un âge supérieur à 75 ans. La troisième à 49 ans.

Le diagnostic de cancer remonte à plus de douze mois pour deux de ces patientes ; pour la troisième, il remonte à une période entre 4 et 12 mois.

Ces trois patientes sont porteuses d'une voie veineuse centrale.

La répétition des gestes invasifs est cependant moins gênante que :

- Les nausées, vomissements
- La fatigue constante
- L'anxiété

Les patientes ne sont que 36.4 % à trouver ces troubles gênants.

Une patiente a ajouté spontanément à ses réponses : « *Je ne supporte plus le casque glacial* ».

Dans l'enquête ASTRA, sur 584 patients, 32% étaient gênés par les gestes répétitifs.

A noter que quatre patientes n'ont pas répondu à cette question, mais acceptaient de poursuivre le questionnaire.

Pour les patientes n'ayant pas répondu à cette question ou ne trouvant pas gênants les effets secondaires, certaines expliquent :

- « *je n'y pense pas ; ce n'est pas important pour moi.* »
- « *les soignants ne peuvent pas faire autrement ; il faut bien soigner et il n'y a que cette solution là.* »

2) Les réponses des soignants :

a) *Les médecins :*

Pour les médecins, la gêne pour les patientes est la plus importante pour les effets secondaires suivants :

- Les nausées, vomissements
- La chute de cheveux
- L'inflammation de la bouche et les difficultés à avaler

La gêne liée à la répétition des gestes ne vient qu'en troisième position, derrière l'anxiété et au même niveau que :

- la fatigue constante
- la perturbation du goût, de l'odorat, la perte d'appétit
- les fourmillements, les picotements des mains et des pieds

Dans l'enquête ASTRA, plus de la moitié des 58 médecins pensait que la répétition des gestes était gênante pour les patientes.

b) Les infirmières :

Pour les infirmières, la gêne pour les patientes est la plus importante pour les effets secondaires suivants :

- Les piqûres répétitives,
- Les nausées, vomissements
- La chute de cheveux
- La fatigue constante
- L'anxiété

Tous ces symptômes ont été estimés gênants par l'ensemble des infirmières

c) Les aide-soignants :

Pour les aide-soignants, la gêne pour les patientes est la plus importante pour les effets secondaires suivants :

- Les nausées, vomissements
- La chute de cheveux
- L'inflammation de la bouche, les difficultés à avaler
- La perte de poids.

La répétition des piqûres se trouve en deuxième position, au même niveau que :

- la fatigue constante
- la perturbation du goût, de l'odorat, la perte d'appétit
- l'anxiété.

3) Comparaison entre les réponses des patientes et des soignants

a) Comparaison entre les réponses des patientes et des médecins

L'avis des médecins rejoint l'avis des patientes en ce qui concerne la gêne liée aux nausées, vomissements : Les deux placent cette gêne en première position.

Les médecins sur-cotent la gêne liée à certains effets secondaires du traitement ressentie par les patientes.

Le graphique incite à penser que les médecins la sur-cotent pour tous les symptômes proposés.

En fait, cette sur-cotation n'est statistiquement significative que pour :

- inflammation de la bouche, difficultés à avaler.
- Chute de cheveux.

En ce qui concerne la gêne liée aux piqûres répétitives, cette différence n'est pas statistiquement significative.

b) Comparaison entre les réponses des patientes et des infirmières

Les infirmières ont placé plus d'effets secondaires en première position que les patientes ; surtout, elles ont été unanimes.

Elles rejoignent l'avis des patientes pour :

- Les nausées, vomissements
- La fatigue constante
- L'anxiété

Les infirmières sur-cotent la gêne liée aux effets secondaires du traitement ressentie par les patientes.

Cette sur-cotation est statistiquement significative pour tous les symptômes proposés ; y compris la répétition des piqûres.

c) Comparaison entre les réponses des patientes et des aide-soignants

Comme les infirmières, les aide-soignantes placent en tête de la gêne ressentie par les patientes plus de symptômes ; elles sont également unanimes à le faire.

Elles rejoignent l'avis des patientes pour les nausées, vomissements et la majorité d'entre elles pensent également que la fatigue constante et l'anxiété sont des effets secondaires gênants.

Les aide-soignants sur-cotent la gêne liée aux effets secondaires du traitement ressentie par les patientes.

Il n'y a qu'un seul symptôme pour lequel la différence n'est pas statistiquement significative : les fourmillements, picotements des mains et des pieds.

Les aide-soignants sur-cotent donc aussi la gêne liée à la répétition des piqûres.

4) Comparaison des réponses à l'intérieur de l'équipe soignante

L'équipe semble unanime sur la gêne des patientes liée à certains effets secondaires comme :

- les nausées, vomissements
- chute des cheveux
- l'inflammation de la bouche, les difficultés à avaler.

Pour les autres symptômes, le graphique incite à penser que les médecins sur-estiment la gêne des patientes de façon moins importante que les soignants.

La différence entre les réponses des médecins et des aide-soignants, ainsi que celles des médecins et des infirmières n'est pourtant pas statistiquement significative et les échantillons sont souvent non comparables.

Il en est de même pour la différence entre les réponses des infirmières et des aide-soignants.

La comparaison entre les réponses des patientes et des soignants montre qu'il y a une différence entre la gêne ressentie par les patientes et celle perçue par les soignants.

Globalement, les soignants sur-cotent cette gêne ; surtout les infirmières et les aide-soignants. Elles sur-cotent, entre autre, la gêne liée à la répétition des piqûres. C'est également le résultat de l'enquête ASTRA.

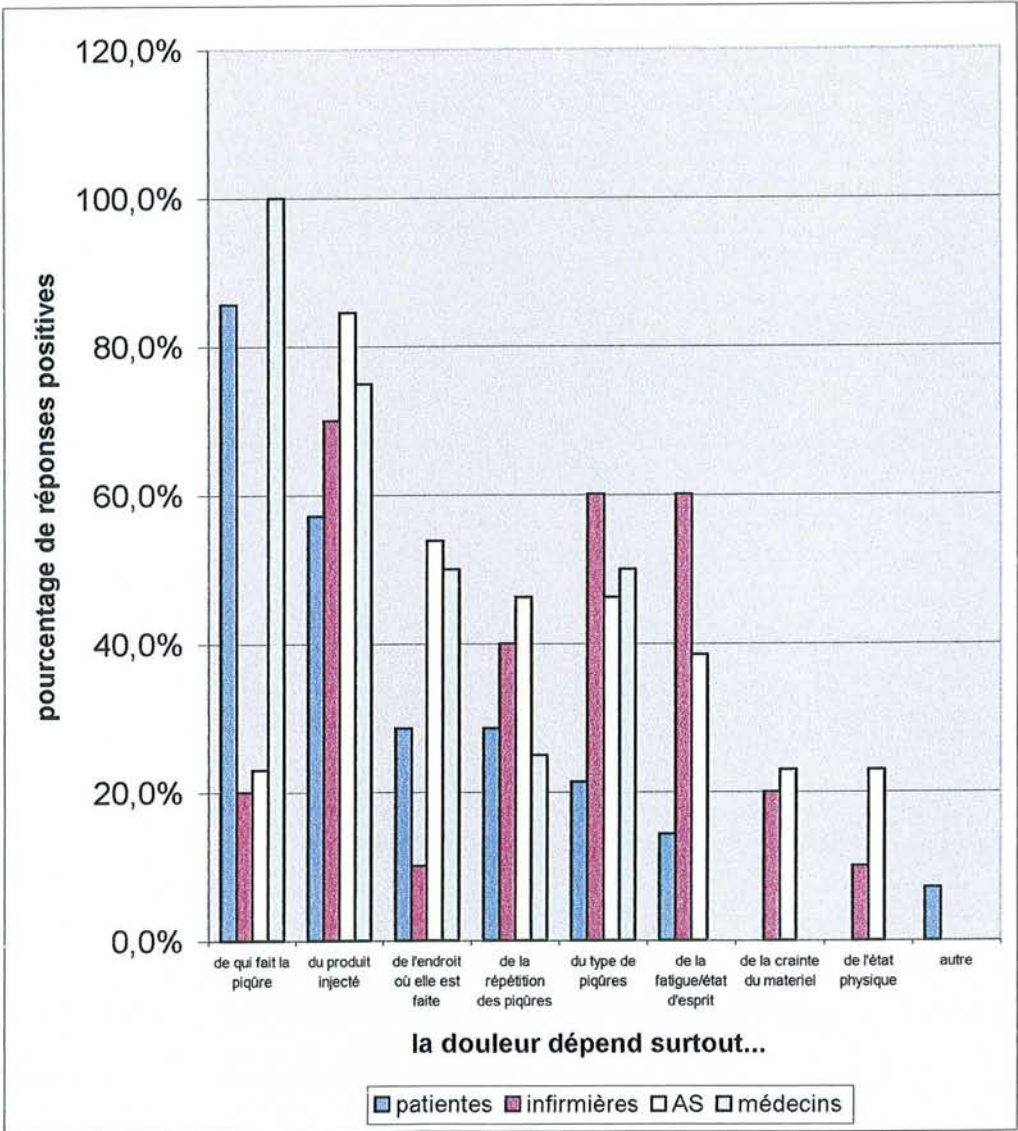
Les avis des patientes et des soignants se rejoignent sur la gêne liée aux nausées et vomissements.

IV.1.2) Les facteurs influant sur la douleur des gestes

Quatorze patientes ont répondu à la question : « Trouvez-vous que chaque facteur proposé influe sur la douleur liée aux gestes invasifs ? ».

La totalité des soignants a répondu.

Graphique 4 : les facteurs influant sur la douleur des gestes



1) Les réponses des patientes

Les trois facteurs qui influent le plus la douleur des gestes invasifs pour les patientes sont :

- la personne qui réalise le geste (85,7 % de réponses positives)

- le produit injecté
- l'endroit où est faite la piqûre
- **la répétition des piqûres (28,6 % de réponses positives)**

La réponse « Autre » a été donnée par une patiente qui explique qu'un geste réalisé la nuit est plus stressant que s'il est fait dans la journée.

Les réponses spontanées des patientes sur ce sujet sont :

- « *Sous-cutanés : trop répétitif, j'en ai marre. »*
- « *Bilan sanguin : assez douloureux quand répétitif »*
- « *j'ai déjà refusé qu'une personne me pique (on n'est pas informé quand ce sont des étudiants ; parfois ils s'acharnent sur le geste »*
- « *Je refuse qu'on me pique 4 fois ! »*
- « *Je ne veux plus de stagiaires pour être piquée »*
- « *je dors moins bien si je sais que je vais avoir une prise de sang le lendemain ;je préfère ne pas être prévenue : pas de hantise du geste »*
- « *stress en plus quand c'est dans l'urgence : encore plus douloureux ».*
- « *ce n'est pas toujours douloureux, ça dépend de mon humeur ; mais quand je serai guérie, ce sera fini ; ça deviendrait gênant si ça durait »*

1) Les réponses des soignants :

a. *Les médecins :*

Selon les médecins, la douleur liée au geste dépend surtout :

- de qui fait la piqûre
- du produit injecté

b. *Les infirmières*

Selon les infirmières, la douleur dépend :

- du produit injecté
- du type de piqûre
- de la fatigue ou de l'état d'esprit de la patiente

c. Les aides - soignants

Selon les aide-soignants, la douleur dépend :

- du produit injecté
- de l'endroit où est faite la piqûre

2) Comparaison entre les réponses des patientes et des soignants

a) Comparaison entre les réponses des patientes et des médecins :

L'avis des médecins semble rejoindre celui des patientes en ce qui concerne l'influence de la personne qui réalise le geste sur la douleur ressentie.

La crainte du matériel et l'état physique de la patiente ne sont pas, pour les médecins, comme pour les patientes, des facteurs influant sur la douleur du geste.

Pour les autres facteurs proposés, la différence entre les réponses des patientes et des médecins n'est pas statistiquement significative.

b) Comparaison entre les réponses des patientes et des infirmières

L'avis des infirmières rejoint celui des patientes pour le facteur : « le produit injecté ».

Les infirmières sur-cotent l'importance de certains facteurs influant sur la douleur du geste, comme :

- la répétition des piqûres
- le type de piqûre
- la fatigue ou l'état d'esprit de la patiente

Il n'y a que sur ce dernier point que la différence est statistiquement significative.

Elles notent même certains facteurs que les patientes ne signalent pas du tout :

- la crainte du matériel
- l'état physique de la patiente

Elles sous-estiment par contre d'autres facteurs :

- l'endroit où est faite la piqûre

- la personne qui réalise le geste

Pour ce dernier point, la sous-cotation des infirmières est statistiquement significative.

c) Comparaison entre les réponses des patientes et des aide-soignants

L'avis des aide-soignants rejoint celui des patientes pour les facteurs :

- le produit injecté
- l'endroit où est faite la piqûre

Les aide-soignants sur-cotent l'importance de certains facteurs :

- la répétition des piqûres
- le type de piqûre
- la fatigue, l'état d'esprit de la patiente

Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative

Elles notent les mêmes facteurs que les infirmières ; alors que les patientes ne les signalent pas.

Les aide-soignants sous-cotent l'influence de la personne qui réalise le geste sur la douleur, de façon significative.

3) Comparaison des réponses à l'intérieur de l'équipe soignante

La crainte du matériel et l'état physique de la patiente ne sont pas, pour les médecins et contrairement aux autres soignants, des facteurs influant sur la douleur du geste.

Les autres soignants sous-cotent, de façon significative, l'influence de la personne qui réalise le geste sur la douleur engendrée par rapport aux médecins.

Les infirmières sous-cotent l'influence de l'endroit où est faite la piqûre par rapport aux aide-soignants.

La répétition des piqûres n'est pas le facteur principal influant sur la douleur des gestes pour les patientes, comme pour les soignants. Cependant certaines patientes en parlent spontanément et un quart (28,6 %) d'entre elles estiment que ce facteur influence la douleur des gestes. Pour les patientes, comme pour les médecins, la douleur dépend

surtout de la personne qui le réalise. Les infirmières et les aide-soignants sous-estiment ce facteur. Ces résultats rejoignent ceux de l'enquête ASTRA.

IV.1.3) Influence de la nature des gestes sur la douleur ressentie

A la question : « au cours des trois derniers mois, avez-vous reçu chacun de ces gestes ? », les quinze patientes ont répondu.

Les gestes proposés sont ceux réalisés dans le service. Ne sont pas réalisés dans le service la ponction pleurale, la ponction lombaire, les biopsies, les poses de voies centrales, les myélogrammes. Ils sont réalisés par les médecins hospitaliers lors des consultations ou hospitalisations programmées.

Les patientes se souviennent de la nature des gestes reçus ; en revanche, au cours des cinq premiers questionnaires, aucune patiente n’a pu donner un ordre de fréquence ; la question a été abandonnée par la suite.

gestes invasifs	patientes	
	15	100%
ponction d'ascite	0	0%
gaz sang	5	33,3%
bilan sanguin	15	100%
injection IV	4	26,7%
pose cathéter	10	66,7%
branchement PAC	10	66,7%
injection sous cut	14	93,3%

Au cours des trois derniers mois, les patientes ont toutes eu au moins 1 bilan sanguin.

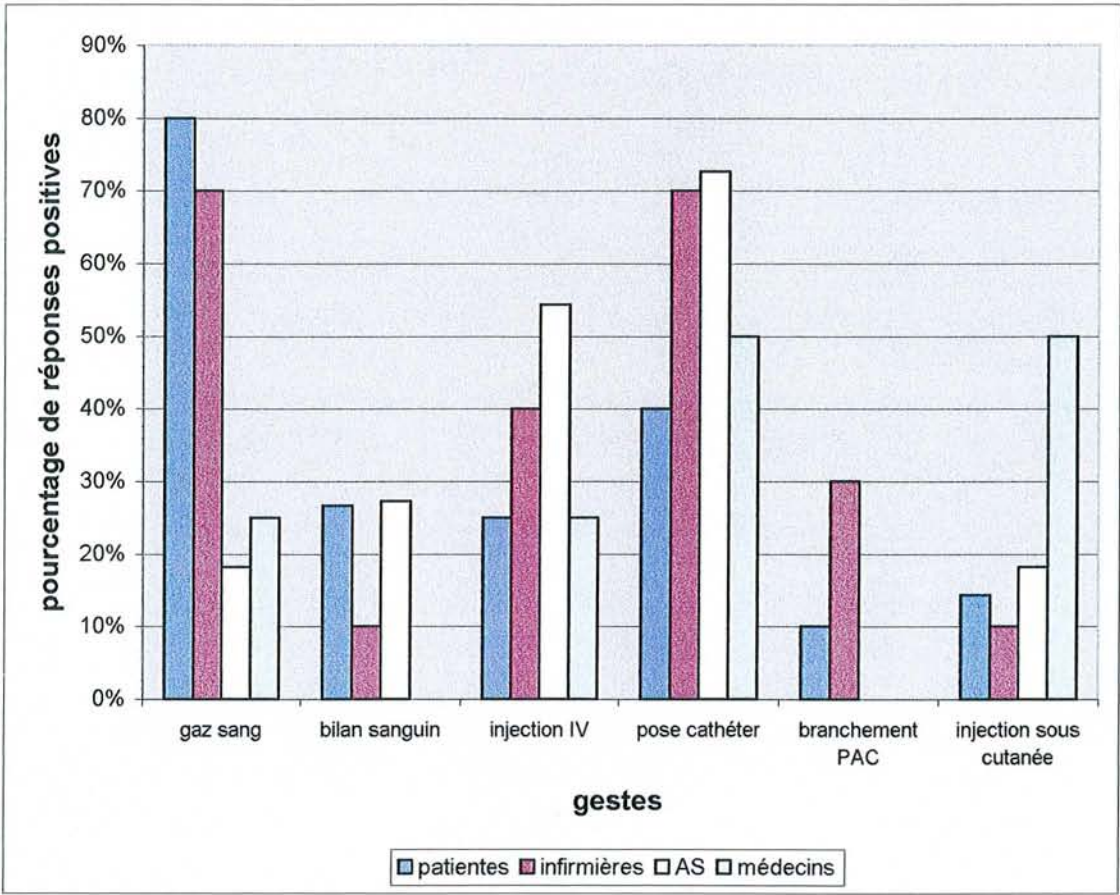
La quasi-totalité a reçu au moins une injection sous-cutanée.

66,7 % d’entre elles ont eula pose d’un cathéter périphérique et un branchement de perfusion au niveau du site implantable.

A la question : « Trouvez-vous chacun de ces gestes extrêmement, très ou assez douloureux ? », chaque patiente qui a déclaré avoir reçu ses gestes a répondu.

Une seule aide-soignante n’a pas répondu à cette question.

Graphique 5 : influence de la nature des gestes sur la douleur



1) Les réponses des patientes

Pour les patientes, c'est la ponction artérielle pour l'étude des gaz du sang qui est la plus douloureuse. La différence est statistiquement significative entre la douleur de la ponction artérielle et celle du branchement de perfusion dans la chambre implantable ainsi que l'injection sous-cutanée. Toutes les autres comparaisons deux à deux n'ont pas montré de différence statistiquement significative.

Arrive en seconde position la pose de cathéter périphérique, suivie des bilans sanguins.

La douleur de la ponction veineuse est surtout attribuée au réseau veineux périphérique précaire.

- « *Veines difficiles* » (à deux reprises) ;
- « *l'infirmière est obligée de chercher.* »
- « *Difficulté de trouver la veine* »

Les patientes relativisent la douleur liée à ces gestes par rapport à ceux réalisés en milieu spécialisé :

- « *J'ai un souvenir très douloureux de la pose du PAC* »
- « *souvenir d'une ponction lombaire douloureuse : anxiété quand on me prévient à l'avance ; je ne pense qu'à ça jusqu'au geste.*
- « *Souvenir douloureux : mise en place d'un drain pleural sans anesthésie* ».
- « *Les prises de sang sont des petites douleurs par rapport aux biopsies* »

Certaines patientes relativisent la douleur liée aux gestes par rapport aux bénéfices attendus :

- « *Ca dure peu de temps et c'est pour soigner* »
- « *Bilan sanguin : j'attends tellement le résultat, qu'importe la douleur ; et j'ai l'habitude* »

2) Les réponses des soignants

a) *Les médecins :*

Selon les médecins, parmi les gestes proposés, les plus douloureux sont :

- la pose de cathéter périphérique
- l'injection sous-cutanée

Ils ne sont cependant que la moitié à les trouver douloureux.

Le branchement de perfusion dans le site implantable et les bilans sanguins sont pour eux des gestes peu ou pas douloureux.

b) *Les infirmières :*

Selon les infirmières, les gestes les plus douloureux sont :

- les gaz du sang
- la pose de cathéter périphérique.

Les infirmières rejoignent l'avis des patientes pour la douleur liée aux ponctions artérielles ; elles sur-cotent la douleur liée :

- à la pose de cathéter périphérique
- aux branchement de perfusion dans le site implantable.
- Aux injections intraveineuses.

c) Les aide-soignants

Selon les aide-soignants, ce sont la pose de cathéter périphérique et l'injection intraveineuse qui sont le plus douloureuses.

3) Comparaison entre les réponses des soignants et des patientes

Les médecins sous-cotent la douleur liée à la ponction artérielle, alors que ce sont eux qui la réalisent (dans le service).

Cette différence n'est pas statistiquement significative.

Ils sur-cotent la douleur liée à l'injection sous-cutanée par rapport aux patientes et au reste de l'équipe soignante.

Les aide-soignantes sous-cotent la douleur liée à la ponction artérielle, rejoignent l'avis des patientes pour les bilans sanguins et les injections sous-cutanées ; elles ne pensent pas que le branchement de perfusion dans la chambre implantable soit un geste douloureux.

Comme les infirmières, elles sur-cotent la douleur liée aux injections intraveineuses et aux poses de cathéter périphérique.

IV.1.4) Le retentissement de cette douleur

A la question : « La douleur liée à la répétition des gestes invasifs a-t-elle une répercussion sur votre moral ? », toutes les patientes ont répondu.

Pour la moitié des patientes, la douleur liée à la répétition des gestes invasifs a une répercussion très ou assez importante sur leur moral.

Elles n'étaient qu'un quart à trouver que la répétition des gestes invasifs était gênante.

Les patientes relativisent cette répercussion sur leur moral :

- *Les gestes sont normaux pour soigner*
- *On s'y habitue ; moi, j'endure et, de toute façon, il faut bien !*
- *j'ai le moral, l'espoir et je fais confiance aux médecins*

La totalité des infirmières et la quasi-totalité des aide-soignants pensent que la répercussion sur le moral des patientes de la douleur liée aux gestes invasifs est extrêmement, très ou assez importante.

Il y a donc une sur-cotation des soignants de la répercussion sur le moral des patientes de la gêne engendrée par les gestes. Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative. Là encore, ces résultats rejoignent ceux de l'enquête ASTRA.

IV.1.5) L'expression de cette douleur

1) Les réponses des patientes :

A la question : « Avez-vous l'occasion de parler de cette douleur avec les soignants ? », les quinze patientes ont répondu.

40 % des patientes disent en avoir déjà parlé (alors que 27,3 % des patientes seulement estiment ce trouble gênant).

L'interlocuteur privilégié des patientes est l'infirmière :

« c'est plus le problème des infirmières ».

40% des patientes disent ne pas vouloir en parler d'avantage.

les patientes expliquent :

- *« ils sont bien obligés de chercher pour faire un diagnostic »*
- *« ils sont obligés de le faire »*
- *« on m'a dit que j'étais douillette »*
- *« non, je n'en parle à personne ; ça changerait quoi ? »*
- *« j'aimerais mieux parler d'autre chose et j'aurais préféré qu'on prenne plus en charge ma douleur (cancéreuse) »*
- *« en sortant de réa, j'en avais marre des piqûres : la répétition fait la saturation, qui peut aller jusqu'au refus. mais j'en parle car je ne suis plus intimidée par les blouses blanches »*
- *« Pas besoin d'en parler, ils le savent . »*

Un quart des patientes souhaitent en parler davantage.

2) Comparaison avec les réponses des soignants

L'équipe soignante rejoint l'avis des patientes en ce qui concerne leur rôle privilégié vis-à-vis de l'expression de cette douleur par les patientes.

En effet, 80 % des infirmières et 92,3 % des aide-soignantes disent que les patientes parlent de cette douleur souvent ou de temps en temps.

Elles sont la moitié à penser que les patientes en parlent au médecin ; la totalité des médecins disent d'ailleurs que les patientes leur en parlent, mais rarement.

IV.1.6) Connaissance des moyens antalgiques et satisfaction globale

A la question : « Indiquez, parmi les solutions ci-dessous proposées pour atténuer la douleur, celles que vous connaissez », sept patientes (soit 46,7 %) ont répondu.

	Celles que vous connaissez.
Regroupement des piqûres	1
Recours à l'anesthésie locale injectable	4
Recours à l'anesthésie locale en crème	7
Recours à l'anesthésie locale en pulvérisation	2
Recrutement d' infirmières habiles à piquer	4
Conversation avec le patient pour relaxation ; aide à la préparation psychologique, mise en confiance	7
Prémédication (anxiolytiques)	5
Choix – adaptation du matériel (aiguilles plus fines, lubrifiées)	1
Autre, précisez : inhalation (MEOPA ?)	0
Aucune	0

tableau 2 : *moyens antalgiques connus des patientes*

La moitié des patientes n'a pas répondu à la question concernant les possibilités de soulagement de la douleur liée à la répétition des gestes invasifs.

- « Les solutions n'y feront rien, il faut trouver la veine et je suis prévenue que j'aurai mal, même si j'en ai marre ».
- « Il n'y a pas assez de personnel pour ces solutions. »

Pour les personnes qui ont répondu, les moyens les plus connus sont la mise en confiance, l'anesthésie par crème ou la prémédication par anxiolytiques.

Arrivent en seconde position :

- L'anesthésie injectable
- le recrutement d'infirmières habiles à piquer

L'habilité à piquer était le facteur le plus important de la douleur liée au geste pour les patientes.

Les autres moyens sont peu ou pas connus.

A la question « Trouvez-vous la prise en charge satisfaisante ? », cinq patientes n'ont pas répondu.

40 % d'entre elles pensent que la prise en charge de cette douleur par les infirmières est satisfaisante (contre 57% des patientes de l'enquête ASTRA).

Par contre, cette même proportion pensent que cette prise en charge par les médecins n'est pas satisfaisante (contre seulement 12 % des patientes de l'enquête ASTRA)

IV.2) La prise en charge de la douleur liée aux gestes invasifs

IV.2.1) La place accordée à cette douleur :

A la question : « Quelle place accordez-vous à la gêne liée aux gestes invasifs ? », une seule infirmière n'a pas répondu.

Pour l'ensemble des soignants ayant répondu, la place accordée à la gêne liée aux gestes invasifs est extrêmement, très ou assez importante.

IV.2.2) Le retentissement de cette douleur chez les soignants :

La majorité de l'équipe soignante (90 % des infirmières et 92,3 % des aide-soignantes) pensent que la douleur liée aux gestes a une répercussion sur leur relation avec les patientes.

Tous les soignants disent en parler, soit entre eux (pour la totalité des infirmières et des aide-soignants), soit avec le médecin (pour la totalité des infirmières et 76,9 % des aide-soignants).

Cependant, 60 % des infirmières souhaitent en parler d'avantage, essentiellement avec le médecin ou le fournisseur de matériel.

84,6 % des aide-soignants aimeraient également en parler d'avantage, essentiellement avec le médecin et les autres soignants.

IV.2.3) La prise en charge médicale de cette douleur

La totalité des médecins dit interroger les patientes sur ce sujet mais de temps en temps.

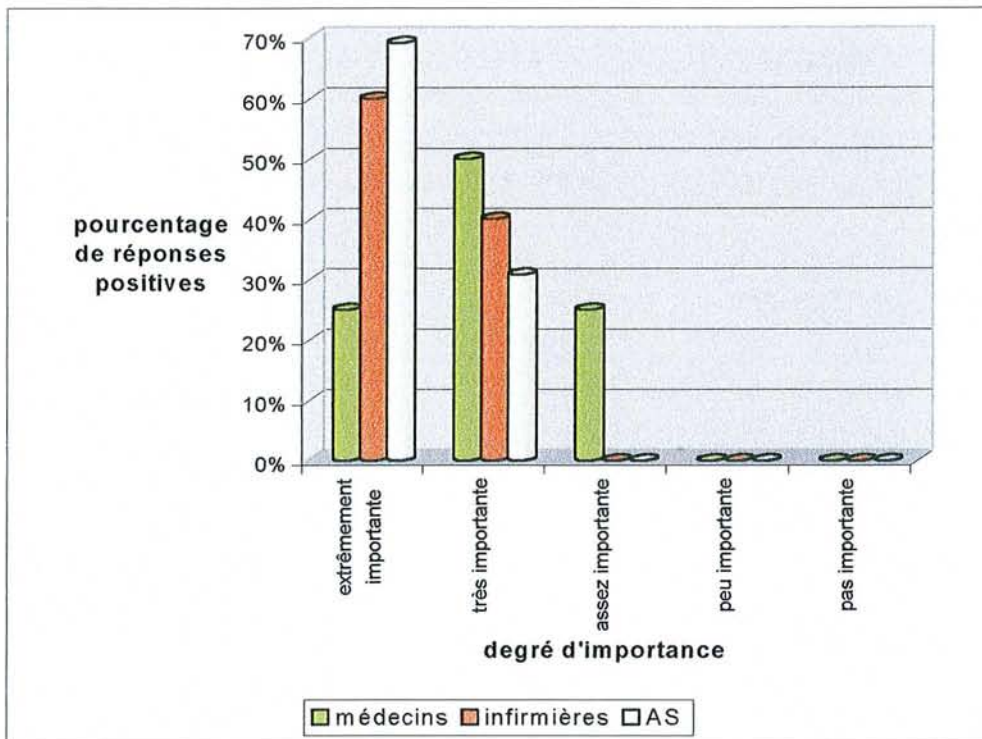
Ils en parlent au moment de la consultation pour 75 % d'entre eux et avant la réalisation du geste pour l'ensemble d'entre eux.

Ils modifient le traitement ou retardent une exploration pour éviter cette gêne ; de temps en temps pour 75 % d'entre eux, et souvent pour les autres.

IV.2.4) Les moyens antalgiques utilisés :

1) Les voies veineuses centrales

Graphique 6 : les voies veineuses centrales ont-elles modifiées la prise en charge de la douleur des gestes invasifs de façon ...



L'ensemble des soignants pense que les voies veineuses centrales (VVC) ont amélioré la prise en charge de la douleur liée aux gestes invasifs de façon importante ; les médecins dans une moindre mesure que l'équipe soignante.

L'équipe soignante est plus sensible à l'importance de cette amélioration.

Les commentaires notés par l'équipe soignante sur ce point expliquent que les VVC améliorent le confort général des patientes.

- « les patientes ne sont pas assez nombreuses à avoir une VVC, surtout en palliatif,
- pas de veinite, possibilité plus facile pour se mobiliser, pas de gêne pour manger car pas de perfusion au bras, pas commode ; pas besoin de repiquer sans arrêt » ;
- « VVC plus confortable car la patiente peut s'habiller, se sent moins malade, a un meilleur moral »;
- « possibilité de mettre en place une pompe à morphine : évite une série de sous-cutanées douloureuses pour la malade (la morphine sous-cutanée fait mal) et marquante (hématome) »
- « VVC : indispensable pour la chimiothérapie et la fin de vie »

- « Les patientes porteuses de VVC ne craignent pas les traitements intraveineux et les acceptent donc mieux »
- « Le cathéter central est un confort pour la patiente »

2) Les autres moyens

A la question posée à l’ensemble de l’équipe soignante: « En dehors de ce qui existe déjà dans le service, quelles sont les mesures ou solutions auxquelles **vous seriez favorable**, en ce qui concerne chacun des gestes suivants ? », les seules réponses apportées sont notées dans le tableau ci-dessous.

	GESTES INVASIFS				
	Ponction d'ascite	Ponction, Injection veineuse ou artérielles	Branche-ment de la perfusion dans la chambre implantable	Injectons sous-cutanées	Injectons Intra-musculaires
Regroupement des piqûres	0	3	5	3	3
Recours à l'anesthésie locale injectable	0	0	0	0	0
Recours à l'anesthésie locale en crème	<u>5</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
Recours à l'anesthésie locale en pulvérisation	0	0	0	0	0
Recrutement d' infirmières habiles à piquer	0	3	2	3	3
Conversation avec le patient pour relaxation ; aide à la préparation psychologique, mise en confiance	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>9</u>	<u>8</u>	<u>8</u>
Prémédication (anxiolytiques)	4	3	1	0	0
Choix – adaptation du matériel (aiguilles plus fines, lubrifiées)	1	4	2	4	3
Autre, précisez	0	0	0	0	0
Aucune	0	0	0	0	0

tableau 3 : propositions des soignants en matière d'amélioration de l'antalgie

Peu de réponses ont été apportées.

Pour l’ensemble des gestes, c’est la préparation psychologique et l’anesthésie en crème qui reviennent le plus souvent.

La prémédication par anxiolytiques, le regroupement des piqûres ou l'adaptation du matériel semblent également des solutions de choix.

Aucune autre proposition comme le protoxyde d'azote n'a été notée.

Partie 5
DISCUSSION
ET PROPOSITIONS

V.1) Le faible échantillon des patientes

Le nombre des patientes interrogées est faible. Plusieurs données expliquent ce petit échantillon. Le bilan d'activité du service de l'année 2001 relève que le nombre de patientes admises pour cancer est de 129, tous motifs de prise en charge confondus : soins de suite post-opératoire, en cours ou à la suite de traitements anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie, curiethérapie) ou soins palliatifs. Il s'agit d'un service de moyen séjour : la durée moyenne de séjour des patientes admises pour cancer est de 37,8 jours (médiane :24 jours). L'enquête s'est déroulée sur trois mois, limitant le nombre de patientes.

Les critères d'inclusion ont également contribué à réduire l'échantillon : seules les patientes en chimiothérapie ou en soins palliatifs avec antécédents de chimiothérapie entraient dans ces critères. Pendant la période de l'enquête, le nombre des patientes répondant aux critères d'inclusion était effectivement faible. Trois patientes répondaient aux critères de non inclusion : Deux d'entre elles étaient en phase terminale de la maladie et la troisième présentait un syndrome démentiel.

Les patientes n'ont pas répondu à toutes les questions. L'échantillon est en grande partie représenté par des personnes âgées. Des troubles des fonctions cognitives ont été à l'origine de difficultés pour comprendre certaines questions.

L'objectif de l'étude était d'ouvrir la réflexion, au sein d'un service, sur une population qui risque de souffrir des gestes invasifs répétitifs. La quasi-totalité des soignants a participé à l'enquête. Malgré le faible échantillon des patientes, l'ensemble des réponses apportées permet une réflexion sur les actions à mettre en place dans le service pour diminuer la douleur iatrogène chez toutes les patientes admises, quel que soit leur motif d'entrée.

V.2) La différence entre la gêne ressentie par les patientes et celle perçue par les soignants

V.2.1) La sous-cotation des patientes

Une patiente sur quatre est gênée par la répétition des gestes invasifs. Environ la même proportion pense que la répétition des gestes influe sur la douleur engendrée.

Plusieurs données permettent de formuler l'hypothèse que les patientes sous-expriment cette gêne.

Bien que 3 patientes seulement expriment cette gêne à l'occasion de cette question, 8 patientes ont déclaré que la douleur liée aux gestes avait une répercussion sur leur moral. 6 patientes déclarent en avoir déjà parlé. Les 15 patientes ont répondu à la question sur l'influence de la nature du geste sur la douleur.

La gêne liée aux gestes répétitifs comme les autres gênes liées à la chimiothérapie est sous-cotée par rapport aux réponses des soignants.

Les commentaires libres que permet le questionnaire laissent entrevoir que les patientes relativisent cette douleur par rapport à la douleur cancéreuse, à leur espoir de guérison, à la nécessité de ces gestes pour une amélioration de leur état de santé.

L'âge des patientes explique aussi en partie cette sous-expression. L'enquête ASTRA révélait que l'âge influençait l'expression de la douleur de façon significative : les patients dont l'âge était supérieur à 61 ans exprimaient beaucoup moins cette douleur. Ce résultat correspond également aux données de la littérature. Les patients ne s'autorisent peut-être pas non plus à porter un jugement sur ceux qui les soignent, par respect (surtout pour les personnes âgées) et reconnaissance pour leur rôle dans la prise en charge de leur maladie et leur guérison. Les personnes âgées participent peut-être moins à leur traitement, par résignation. Elles méconnaissent plus les possibilités de soulagement de la douleur.

Certains effets secondaires de la chimiothérapie sont jugés plus gênants que les piqûres répétitives : les nausées et vomissements, la fatigue constante et l'anxiété.

Ce résultat rappelle que la prise en charge de la patiente doit être globale. Une étude sur les complications des traitements anticancéreux a été réalisée dans le service en 2000 (140). Ils sont en partie responsables d'un allongement de la durée moyenne de séjour, quel que soit l'âge des patientes. Chez les personnes de plus de 70 ans ayant présenté des complications, les modes de sortie diffèrent par rapport aux patientes n'en ayant pas présenté (réhospitalisations

plus fréquentes, diminution des retours à domicile...). Le service de SSR a un rôle important à jouer dans la prise en charge des soins de support que nécessitent les patientes admises pour cancer, et plus encore les personnes âgées.

Si certaines patientes sont gênées par la répétition des gestes invasifs, le service doit prendre en charge cette gêne, comme les autres effets secondaires des traitements, dans le cadre d'une prise en charge globale. D'autant plus que cette gêne peut plus facilement être prévenue que certains effets secondaires (la fatigue, par exemple).

V.2.2) La sur-cotation des soignants

Le deuxième résultat important de l'enquête est celui représenté par la sur-cotation des soignants de la gêne engendrée par les effets secondaires de la chimiothérapie ressentie par les patientes ; y compris la gêne particulière engendrée par les gestes répétitifs. Ce résultat est identique dans l'enquête ASTRA.

Pourtant, les données de la littérature montrent que la douleur est généralement sous-estimée par les soignants (73,139).

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer cette sur-cotation.

L'équipe soignante peut exprimer ici un vécu difficile de la douleur des patientes :

Les infirmières et aide-soignantes sont au contact des difficultés de la vie quotidienne des patientes et sont en première ligne pour dépister rapidement tous les effets secondaires, surtout si ceux-ci entraînent une inappétence, des difficultés à avaler, un handicap physique.

Ce sont les infirmières qui prennent en charge la majorité des gestes réalisés dans le service.

L'équipe soignante a également en charge les soins : les pansements (soins d'escarres, d'ulcères des membres inférieurs), les mobilisations. Elles peuvent être à l'origine de nombreuses causes de douleur iatrogène. Beaucoup de soignantes travaillent dans ce service depuis de nombreuses années. Elles doivent s'adapter à un service qui voit les motifs d'entrée évoluer vers une proportion plus importante de patientes atteintes de cancers ou nécessitant des soins palliatifs. Leurs propres réactions face à la douleur ou à la fin de vie peuvent expliquer leur vécu douloureux des soins prodigués. Plus de la moitié des infirmières souhaite en parler plus souvent ainsi que plus de 80 % des aide-soignants.

Dans l'enquête, la majorité des infirmières et aide-soignants pense que cette douleur a une répercussion sur leur relation avec la patiente. Ce sentiment ne semble pourtant pas refléter la

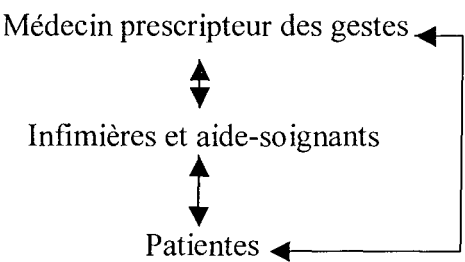
réalité vécue par les patientes ; ces dernières sont plutôt satisfaites de la prise en charge des infirmières, qui restent leurs interlocutrices privilégiées pour exprimer cette gêne ; la « mise en confiance par les soignants » est la réponse la plus fréquente des patientes sur les moyens antalgiques connus.

Par sa grande présence importante auprès des patientes, l'équipe soignante peut être témoin des signes comportementaux de leur douleur pendant les gestes, la toilette ou les mobilisations (faciès douloureux, gémissements, réflexes de retrait), même si les patientes ne la verbalisent pas.

Les soignants estiment peut-être « à la place des patientes » qui reçoivent leurs soins : à la subjectivité de la douleur ressentie par la patiente qui ne la verbalise pas s'ajoute celle perçue par les soignantes.

Par cette sur-cotation, l'équipe peut exprimer la demande d'une prise en charge médicale plus importante de la douleur des patientes. 40 % des patientes estiment que la prise en charge des médecins est insuffisante. Ils sous-estiment la douleur liée à la ponction artérielle alors que ce sont eux qui la réalise dans le service. Les patientes disent parler rarement au médecin de la douleur liée aux gestes. Les aide-soignants rejoignent cet avis. Les résultats de l'enquête indiquent aussi que l'équipe soignante souhaite davantage parler de cette gêne avec les médecins.

Pourtant, 3 médecins accordent une place assez importante à la gêne liée aux gestes invasifs. Les quatre médecins interrogent les patientes de temps en temps sur ce sujet et disent modifier le traitement ou retarder une exploration pour éviter cette gêne. Pour les soignants, il peut s'agir d'une demande de meilleure communication entre les différents intervenants auprès des patientes.



Les infirmières et aide-soignants sont ceux qui réalisent la quasi-totalité des gestes et soins prescrits. Si ces soins engendrent des douleurs, ce sont eux, préférentiellement, qui vont recevoir l'information par les patientes. Par cette position « d'émetteurs » et de « récepteurs »

de la douleur, les soignants ne peuvent respecter les prescriptions « aveuglement » ; ils se posent des questions sur la nécessité de ces actes et veulent en parler avec le médecin et entre eux, afin d'en apprécier le désagrément pour la patiente par rapport aux bénéfices attendus. Ces questions sont d'autant plus importantes quand la patiente est en soins palliatifs ou quand elle présente déjà des effets secondaires mal supportés.

Un manque de communication entre les médecins et les soignants est donc peut-être en partie responsable de cette sur-cotation de la douleur des patientes par les soignants : les premiers ne partageant pas assez le bénéfice attendu des gestes prescrits et les seconds ne partageant pas assez les renseignements sur la douleur provoquée par leurs actes. Se produit alors un isolement accru des patientes, comme des soignants. La prise en charge médicale de la douleur en est donc affectée.

V.3) La prise en charge de la douleur liée à la répétition des gestes dans le service

V.3.1) La prise en charge globale

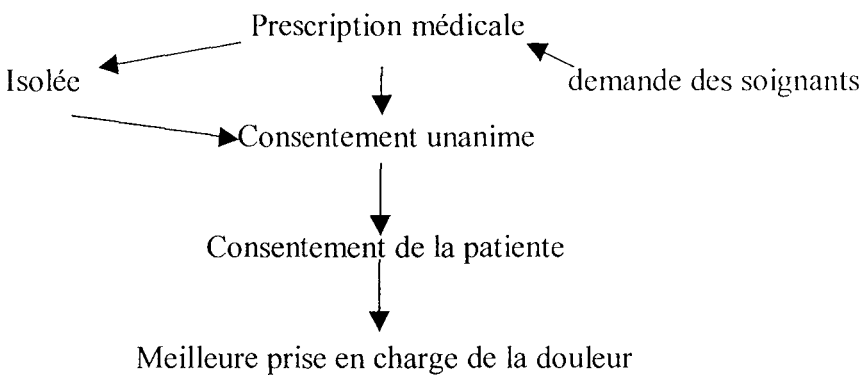
Les données de la littérature, les résultats de l'enquête ainsi que la discussion ci-dessus permettent de projeter des pistes pour une meilleure prise en charge de cette douleur dans le service :

1) L'interdisciplinarité

Comme il a été vu au chapitre précédent, la prise en charge des gestes invasifs est pluridisciplinaire. Un manque de communication au sein de l'équipe peut être source d'une mauvaise écoute de la patiente. Le concept d'interdisciplinarité ouvre la possibilité d'atteindre un équilibre entre directivité, délégation et soutien.

« Le fonctionnement de l'équipe repose sur un partenariat où chaque membre s'engage à être responsable dans les compétences qui lui sont propres. Il participe activement aux projets et aux décisions concernant les activités de soins choisis pour ce patient. Les maîtres-mots sont : la souplesse, l'adaptivité, la confiance, la parole qui produit l'harmonie vivante d'une équipe et permet de franchir ses limites. » [82]

Bien qu'il y ait un temps de transmissions entre les équipes du matin et du soir où tous les membres de l'équipe participent, ce temps n'est peut-être pas suffisant pour faire une synthèse des informations recueillies sur chaque patiente et discuter la prise en charge nécessaire. Cependant, un temps plus long disponible est difficile au regard de la charge de travail. Des discussions informelles plus longues permettraient tout de même, outre une meilleure mise en commun des informations, d'adopter un langage et des comportements communs, dont le bénéfice irait à la patiente.



2) La formation continue

La formation médicale continue doit être encouragée, permettant une remise à jour des bonnes pratiques de lutte contre la douleur, par le biais d'ONCOLOR par exemple. L' équipe soignante doit également continuer à profiter d'une formation continue, en partenariat avec les équipes spécialisées. Des connaissances plus pointues permettraient, en plus, une meilleure adaptation à un service où les motifs d'admission pour cancer et soins palliatifs augmentent. Ces formations seraient l'occasion d'une mise en commun des connaissances du matériel qui permettant une réduction de la douleur provoquée ou un espacement de la fréquence des pansements. Les formations internes sont à poursuivre : Une formation pour les infirmières à la manipulation du protoxyde d'azote sera nécessaire.

3) La création d'un comité pilote de lutte contre la douleur dans l'établissement

Un projet de mise en place d'un Comité de Lutte Contre la Douleur (CLUD) est en cours dans l'établissement. Associé à la direction de l'établissement, ses missions sont multiples et permettent une meilleure organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé [24].

La participation des membres de ce comité est basée sur le volontariat et la motivation. Les réponses de l'enquête montrent que les soignants sont motivés par la réduction de la douleur provoquée. En effet, une très grande majorité des soignants accorde une place très importante à la gêne liée aux gestes invasifs. La totalité des médecins lui accorde une place au moins assez importante

Le CLUD sera donc l'outil moteur de l'amélioration des pratiques soignantes dans ce domaine.

4) L'évaluation de la satisfaction des patientes sur les soins pratiqués dans le service

Un nouveau livret d'accueil et un questionnaire de satisfaction à la sortie du service sont en cours de réalisation. Pour ce dernier, seront insérés des items sur la satisfaction de la prise en charge de la douleur dans le service, en particulier sur la douleur provoquée par les gestes invasifs et les soins. Les questions de l'enquête ASTRA sur la satisfaction des soins pourraient être reprises. Ce qui permettrait au CLUD d'avoir des réponses sur un échantillon plus important que celui de cette étude : Le « bilan de l'existant » serait donc plus représentatif.

En ce qui concerne le livret d'accueil, il devra intégrer le nouveau **contrat d'engagement contre la douleur** (annexe 4). Il comportera une information sur la politique menée au sein du service sur la prévention de la douleur provoquée.

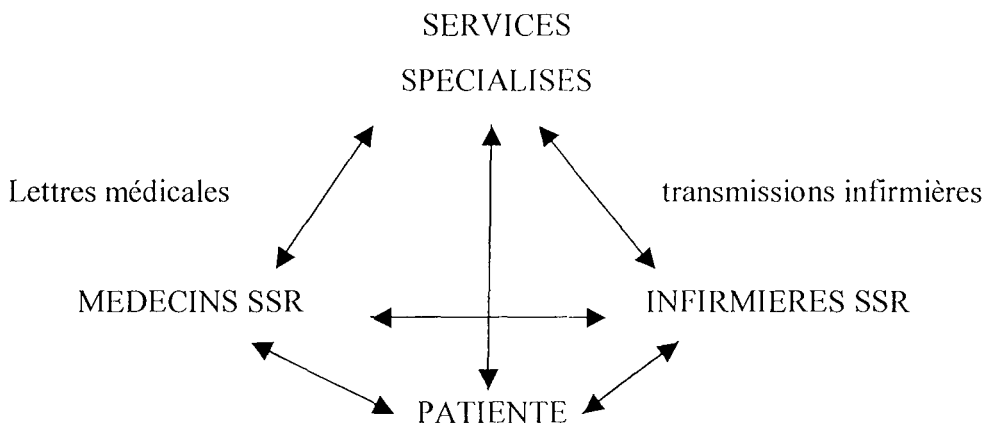
V.3.2) Les moyens préventifs proposés

1) L'évaluation de la douleur provoquée

La patiente est la seule experte de sa douleur et doit être crue. C'est pourquoi l'EVA doit être le premier moyen utilisé pour évaluer la douleur. Les infirmières et aide-soignants doivent être en possession de cette échelle, après avoir été formés à son utilisation. Les scores peuvent être consignés sur la grille d'évaluation déjà proposée. Cette grille, qui permet aussi une hétéro-évaluation et une évaluation pendant les soins devra faire l'objet d'une approbation et

d'une validation par le CLUD. Une évaluation périodique de son efficacité et de son utilisation par les personnels permettra, le cas échéant, sa modification.

Les résultats de l'enquête montrent que les patientes notent parfois et spontanément le souvenir douloureux d'un geste réalisé dans un service spécialisé. En effet, la plupart des gestes médicaux comme les biopsies, les ponctions pleurales ou lombaires est réalisée en milieu spécialisé. La transmission de l'information sur la douleur provoquée entre les services est importante.



Il n'est pas rare que les patientes hospitalisées dans le SSR pour soins de suite de pathologie cancéreuse se rendent dans différents services spécialisés pour la poursuite de leur prise en charge ; ces services ne sont pas forcément le service d'origine : Radiologie, Chirurgie, Service de chimiothérapie ou curiethérapie. La multiplicité des intervenants réalisant des gestes invasifs est un facteur de risque d'anxiété accrue de la patiente.

C'est pourquoi le service de SSR a un rôle à jouer dans la réduction de la douleur provoquée chez ces patientes.

Par les lettres médicales, les médecins SSR sont informés des prochains rendez-vous en milieu spécialisé et de leurs motifs. Si le motif comporte la réalisation d'un geste invasif, des informations concernant les gestes déjà reçus et l'éventuelle anxiété de la patiente peuvent être recueillies. Le temps passé dans le service entre deux hospitalisations ou examens ou consultations spécialisées peut permettre d'engager la discussion avec la patiente à ce sujet, en lui laissant le temps de poser des questions.

Les transmissions au service spécialisé pourra donc comporter ces informations. Les transmissions infirmières se font sur un support écrit comportant différentes rubriques : motif

d'admission, soins réalisés, traitements...Un chapitre supplémentaire « Soins douloureux » peut le compléter, où seront consignées ces informations.

La prévention antalgique peut également être initiée dans le service. Les infirmières posent déjà un patch d'EMLA® sur le site implantable quand une chimiothérapie est prévue dans la matinée en hospitalisation de jour.

Les multiples transports de la patiente en milieu spécialisé doivent faire l'objet d'une réflexion sur la douleur qu'ils peuvent provoquer.

2) La voie veineuse centrale

Pour l'ensemble des soignants, la voie veineuse centrale a amélioré la prise en charge de la douleur des gestes invasifs de façon importante (voire très ou extrêmement importante pour l'ensemble des infirmières et aide-soignantes). Elle permet en effet la diminution de la répétition des injections sous-cutanées, intramusculaires, de la pose de cathéter périphérique douloureuse car d'accès difficile sur un réseau veineux périphérique précaire [137]. Elle permet une prise en charge antalgique confortable (quand la voie orale n'est plus possible), par la mise en place de pompe à morphine ou de seringue électrique (cependant moins efficace car la patiente ne peut pas faire des bolus spontanément et doit le demander aux soignants). Les soins ou les mobilisations douloureux peuvent être prévenus peu de temps à l'avance.

Les nombreux commentaires des soignants à ce sujet précisent que les patientes bénéficient d'un meilleur confort général grâce à ce dispositif et regrettent que les patientes admises pour soins palliatifs et fin de vie n'en soient pas porteuses systématiquement. Il est vrai qu'il n'y a pas systématiquement d'indication en cas d'absence de traitement au long cours comme la chimiothérapie (également veinotoxique) ou l'alimentation parentérale. De plus, les résultats de l'enquête ne permettent pas de conclure sur ce point : la répétition des gestes n'est pas le principal facteur influant sur la douleur pour les patientes ; les trois patientes ayant déclaré que la répétition des piqûres était gênante étaient pourtant porteuses de voie centrale. Les infirmières pensent que la douleur engendrée par la pose de perfusion dans le site implantable est plus importante que celle engendrée par un bilan sanguin ou une injection sous-cutanée. La répétition du geste peut être un facteur de risque d'apparition de douleur neuropathique locale. Cependant la voie veineuse centrale serait une possible solution au problème de l'influence de la personne qui réalise le geste, pour les gestes infirmiers, gestes majoritairement réalisés dans le service. En effet, pour les patientes, la douleur dépend surtout

de la personne qui le réalise ; les infirmières admettent que la pose de cathéter périphérique est le geste le plus délicat à faire à douleur minimale ; ce qui est également l'avis des aides-soignants.

Une étude serait à réaliser sur le bénéfice réel de la chambre implantable sur la diminution du nombre des gestes invasifs et sur son impact en terme de la qualité de vie des patientes. La douleur provoquée en soins palliatifs serait également à étudier pour mettre en évidence le bénéfice que pourrait apporter la pose de voie centrale dans cette indication.

3) La mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur

Les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin. Ils peuvent aller jusqu'à des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir.

La mise en place de ces protocoles nécessite une réflexion d'équipe. Pour la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur, le CLUD va participer à cette réflexion et approuver les protocoles. Après validation par la direction, il convient de veiller à sa bonne diffusion dans le service afin que tous les personnels soignants en soient informés. Une évaluation périodique devra être effectuée afin d'en améliorer l'efficacité. Ces protocoles permettent une harmonisation des pratiques et sont un gage d'assurance qualité. Il serait opportun que la réflexion engagée pour mettre en place des protocoles de lutte contre la douleur provoquée soit faite en collaboration avec le réseau ONCOLOR ou la coordination COLORDSPA.

Les protocoles peuvent être mis en place à destination des médecins. Le dossier médical contient déjà des rubriques spécifiques à certains soins : la présence de voie veineuse centrale ou non, informations sur les patientes admises en soins palliatifs. Ces informations permettent d'attirer l'attention sur certains points qui permettent une meilleure approche de la situation clinique et de la conduite à tenir. En ce qui concerne la prise en charge de la douleur des gestes invasifs, la visualisation rapide, dans le dossier, de la présence de la voie veineuse centrale peut donc augmenter la fréquence de prescription par cette voie (si la voie orale n'est pas possible) : Le médecin évitera alors à la patiente des injections répétées. Pour les personnes en soins palliatifs, les gestes invasifs ne doivent être prescrits que pour des soins susceptibles d'apporter à la patiente un meilleur confort [73].

Les quatre médecins du service ne sont pas les seuls à intervenir auprès des patientes : les gardes de week-ends ou de nuit sont assurées par des Faisant Fonction d'Internes de tout l'OHS ou par des médecins extérieurs. C'est pourquoi, des procédures de prise en charge de la douleur doivent être rédigées.

Les gestes médicaux réalisés dans le service sont les ponctions d'ascite et les ponctions artérielles pour l'étude des gaz du sang. Une prévention par patch d'EMLA® doit être proposée à la patiente systématiquement. Une adaptation du matériel par l'acquisition d'aiguilles plus fines doit être recherchée.

Les protocoles peuvent être mis en place à destination de l'équipe soignante.

La place accordée à la douleur liée aux gestes est très importante pour l'ensemble des soignants ; cependant, à part la question posée sur la voie veineuse centrale, peu de soignants ont répondu sur les moyens analgésiques auxquels ils seraient favorables.

Peut-être estiment-ils que ce choix est d'ordre médical ; cette question intervient en dernière position d'un questionnaire peut-être un peu trop long...

Le plus grand nombre de moyens cités sont la mise en confiance et l'anesthésie de surface par crème EMLA®. Il semble que ce sont les moyens les plus connus des patientes.

Les patientes se rendent compte de la mise en confiance, de la préparation psychologique réalisées par les soignants. Les patientes, comme les soignants reconnaissent que la charge de travail est tout de même un frein à ce moyen.

Les médecins prescripteurs, avec l'aide du CLUD et de l'équipe soignante peuvent mettre en place des protocoles infirmiers permettant de réduire la douleur des gestes invasifs quand ceux-ci ne peuvent être évités. Il est notamment proposé de rédiger des protocoles pour :

- ***Les ponctions veineuses répétitives et les poses de cathéter veineux lorsque le réseau périphérique est pauvre.***

La crème EMLA® doit être proposée et posée sur deux sites simultanément. En cas d'échec du geste, mieux vaut passer la main à un collègue que de s'acharner.

Une anxiété du geste par la patiente sera l'objet d'un traitement anxiolytique.

Les gestes en général seront préférentiellement proposés quand une antalgie préventive a déjà été mise en place pour autre chose (un soin douloureux, par exemple) ou après la prise d'interdose de morphine à libération immédiate.

- ***Les poses de perfusions dans une chambre implantable***

Là aussi, la crème EMLA® doit être proposée systématiquement.

- ***La prévention d'un geste invasif ou d'un soin douloureux réalisé en milieu hospitalier***

- ***La prévention de la douleur liée à la répétition d'un soin douloureux.***

Dans les réponses des soignants sur les moyens analgésiques, aucun n'a répondu le protoxyde d'azote. Il n'est disponible dans le service que depuis juin dernier ; les questionnaires étaient déjà rendus. Ce gaz a été utilisé en gériatrie chez 17 patients pour des soins d'escarres, de plaies variqueuses, des mobilisations douloureuses (129). Il a été très bien toléré, y compris les patients présentant des troubles des fonctions supérieures et a rendu les soins plus supportables.

Ce gaz a déjà été utilisé dans le service à plusieurs reprises pour des soins gynécologiques douloureux après curiethérapie et soins d'ulcères artériels des membres inférieurs. Il n'y a eu aucun incident ou effets secondaires.

Pour l'instant, seuls les médecins l'utilisent. Les infirmières vont être prochainement formées. L'utilisation de ce gaz par les infirmières formées peut donc faire l'objet d'un protocole concernant tous les soins douloureux répétitifs. Il sera également noté que pour les mobilisations douloureuses, le travail en binôme est fortement recommandé (138).

Les protocoles doivent également intégrer la participation de la kinésithérapeute et de l'ergothérapeute dans les mobilisations douloureuses.

- ***La prévention de la douleur des soins ou gestes douloureux chez les patientes porteuses de pompes à morphine ou de seringues électriques.***

Cette douleur peut être prévenue par la réalisation de bolus avant le geste ou le soin. La réalisation de ce protocole pourrait s'inspirer de protocoles déjà essayés par d'autres services [136].

- ***Prévention de la douleur liée au transport de la patiente dans un autre service.***

CONCLUSION

La prise en charge de la maladie cancéreuse nécessite souvent une répétition des gestes invasifs, à visée diagnostique ou thérapeutique, ou des soins potentiellement douloureux, surtout chez les malades incurables. La douleur provoquée peut contribuer à la douleur globale que peut ressentir un patient atteint de cancer et doit être prévenue dans le cadre des soins de support de la maladie.

Le service de SSR de Flavigny-sur-Moselle admet de plus en plus des patientes atteintes de cancer et des patientes en soins palliatifs et en fin de vie. En partenariat et complémentarité avec les services hospitaliers de cancérologie proches, les médecins et équipe soignante du service adaptent donc progressivement leurs pratiques vers la prise en charge des soins de support et l'amélioration de sa qualité. La prise en charge de la douleur est d'autant plus importante dans le service que, par sa vocation, il reçoit une majorité de personne âgée. L'âge est un facteur de risque de multiples douleurs.

L'enquête montre qu' **une patiente sur quatre est gênée par la répétition des gestes invasifs. Pour la moitié des patientes interrogées, cette douleur liée à la répétition des gestes invasifs a une répercussion assez ou très importante sur leur moral.** Il s'agit des réponses des quinze patientes en chimiothérapie ou en soins palliatifs avec antécédents de chimiothérapie. L'analyse des résultats montre que cette gêne est sous-cotée par les patientes. Elles relativisent cette gêne par rapport à la maladie cancéreuse, à la douleur qu'elle engendre, aux autres effets secondaires. L'âge des patientes peut être une explication de la sous-expression de la douleur. La cotation de la douleur peut être moindre pour ne pas culpabiliser le soignant « agressif ». En effet, les soignants sur-cotent la gêne ressentie par les patientes. Elles en reconnaissent donc l'existence et expriment leur mal être face à la douleur générée par leurs soins. La subjectivité de la perception douloureuse des patientes comme chez les soignants tend à imposer l'évaluation systématique de cette douleur par des supports identiques pour tous. Le dialogue entre les différents membres de l'équipe, la mise en place de protocoles et la formation continue vont concourir à l'amélioration de la prise en charge de la douleur provoquée. La création prochaine d'un CLUD au sein de l'établissement sera l'outil moteur pour élaborer le programme de lutte contre la douleur et diffuser le fruit des réflexions des équipes soignantes dans les différents services du site. L'enquête montre la motivation de l'équipe pour réaliser cette prise en charge. Malgré le peu de réponses des patientes, l'enquête sur la douleur liée aux gestes invasifs a généré une réflexion au sein de l'équipe soignante sur la prise en charge globale de la douleur provoquée. En effet, par l'intermédiaire

des questionnaires, cette équipe a mis l'accent sur la douleur provoquée en soins palliatifs : les mobilisations et les soins douloureux.

La sédation totale de la douleur des patients est illusoire, mais les protocoles de lutte contre la douleur, évalués périodiquement, permettent une démarche continue de toute l'équipe soignante pour l'amélioration de ses pratiques. Cette démarche de lutte contre la douleur place le malade au centre des soins et de la relation thérapeutique.

En se donnant ces moyens, l'établissement entérine la politique très récente de lutte contre la douleur, et en particulier celle de la douleur provoquée. Il pourra mieux répondre à l'attente légitime des personnes malades et de leur famille : ainsi la prise en charge de la douleur deviendra partie intégrante du soin [4].

La lutte contre la douleur n'est qu'un élément de la prise en charge de la souffrance : c'est l'ensemble des intervenants qui doit alors se mobiliser pour tenter de l'apaiser et apporter aux patients une fin de vie digne et décente, en assurant une qualité de vie cohérente avec les aspirations de la personne malade, celles de son entourage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. KRAKOWSKI I, CONROY T, BEY P.

Place des traitements anticancéreux dans la prise en charge de la douleur cancéreuse : chirurgie, radiothérapie et traitements médicaux spécifiques.

In : Douleurs : bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques

BRASSEUR L, GUILBAULD G, CHAUVIN M.

Paris, édition Maloine, 1997, 650 p

2. Organisation Mondiale de la Santé

Traitement de la douleur cancéreuse.

Genève, deuxième édition, 1997, 78 p

3. **Circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du plan national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.**

www.sante.gouv.fr

4. **Programme de lutte contre la douleur 2002-2005**

www.sante.gouv.fr

5. PETIT-LAURENT F.

Carcinome hépatocellulaire et qualité de vie.

Th : Méd : Nancy I: 2001, 74 p.

6. MOORE R, BRODSGAARD I, MAO TK, MILLER ML, DWORKIN SF.

Perceived need for local anesthesia in tooth drilling among Anglo-Americans, Chinese, and Scandinavians.

Anesth Prog 1998 Winter; 45(1): 22-8

7. LIDDELL A, LOCKER D.

Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control.

Community Dent Oral Epidemiol 1997 Aug;25(4): 314-8

8. BOUFFET E, DOUARD MC, ANNEQUIN D, CASTAING MC, PICHARD-LEANDRI E.

Douleur de la ponction lombaire. Résultats de 2 ans de discussion à la société française d'oncologie pédiatrique.

Arch Pediatr 1996 Jan;3(1):22-7

9. CONTE PM, WALCO GA, STERLING CM, ENGEL RG, KUPPENHEIMER WG.

Procedural pain management in pediatric oncology: a review of the literature.

Cancer Invest 1999;17(6):448-59

10. POLOMANO RC, SOULEN MC, MCDANIEL CE.

Sedation and analgesia for oncological patients undergoing interventional radiologic procedures.

Crit Care Nurs Clin North Am 1997 Sep ;9(3) : 335-53

11. Enquête multicentrique ASTRA-SOFRES : Evaluation de la douleur des gestes invasifs répétitifs en cancérologie adulte. Quels retentissements sur la qualité de vie des patients ?

1998. Laboratoires Astra France. Département Anesthésie. 1, Place Renault. 92844 Rueil Malmaison Cedex.

12. KRAKOWSKI I, MONIN S, DAHAN R, CHEVALIER H, KHAYAT D, SCHRAUB S, SERIN D.

Impact of repeated invasive procedures in oncology : confrontation of physician, nurse and patient opinions.

Ann Oncol 1998; 9 (suppl. 4): 21 (abst. 100 p)

13. AQUINO J.P.

Epidémiologie des cancers chez les sujets âgés.

In : Prise en charge des cancers mammaires et gynécologiques chez les personnes âgées. Les éditions de l'école européenne d'oncologie, 1998, p2312.

14. BASTUJI-GARIN S.

Importance socio-économique du sujet âgé dans la société française.

In : Prise en charge des cancers mammaires et gynécologiques chez les personnes âgées. Les éditions de l'école européenne d'oncologie, 1998, p17

15. LE BRETON D.

Histoire de la douleur et de son traitement.

ANTALGIE. Laboratoires UPSA.

16. BASZANGER I.

Douleur et médecine : la fin d'un oubli.

Paris, édition du Seuil, 1995.

17. LOUX F, RICHARD P.

Sagesses du corps. La santé et la maladie dans les proverbes français

Maisonneuve et Larose, 1978, p.145

18. Fascicule spécial : Soigner et accompagner jusqu'au bout.

Circulaire du 26 Août 1986, relatif à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

Bulletin Officiel N° 86-32 bis « La douleur chronique », 1991.

19. NEUWIRTH L.

Prendre en charge la douleur.

Paris, Les rapports du Sénat, 1994.

20. Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 Septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan de lutte d'action triennal contre la douleur dans les établissements de santé.

www.sante.gouv.fr

21. Loi portant réforme hospitalière : Décision n° 91-297 DC du 29 juillet 1991

www.legifrance.gouv.fr

22. Loi n°95-116 du 4 février 1995 du 4 février 1995.

www.legifrance.gouv.fr

23. Loi 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Journal Officiel du 5 Mars 2002

24. COLLEGE NATIONAL DES MEDECINS DE LA DOULEUR

Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (CLUD) dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier.

Juin 1998

Doulstress. Consulté le 30 novembre 2002

www.pediadol.org/actualites/clud.htm

25. Circulaire DGS.DH N° 98/47 du 4 février 1998, relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

www.legifrance.gouv.fr

26. Circulaire DGS.DH N° 3 du 7 janvier 1994, relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

www.legifrance.gouv.fr

27. Bulletin Officiel N° 9113 bis « La douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement », 1991

28. Société Française de Santé Publique

Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur.

Octobre 2001.

29. Journal Officiel 13039-13040 du 20 septembre 1992

30. Journal Officiel 13519 du 13 septembre 1995

31. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur.

Journal Officiel du 1^{er} avril 1999.

32. décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

www.legifrance.gouv.fr

33. décret du 21 mai 1997

www.legifrance.gouv.fr

34. Conseil National de l'Ordre

Code de déontologie médicale

www.conseil-national.medecin.fr

35. circulaire DGES-DGS n° 15 du 9 mai 1995

www.legifrance.gouv.fr

36. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

Journal officiel du 26 mars 1997

37. Arrêté du 10 octobre 2000

Journal officiel du 17 octobre 2000

38. décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Journal officiel du 16 mars 1993

39. décret n° 2002-194 du 11 février 2002 de compétence infirmière

Journal officiel du 16 février 2002

40. 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

www.sante.gouv.fr

41. circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers)

www.sante.gouv.fr

42. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire. Octobre 1995

www.anaes.fr

ANAES, 159, rue Nationale, 75640 Paris Cedex 13

43. KRAKOWKI I, GESTIN Y, JAULMES F, LAKDJA F, MEYNADIER J, POULAIN P, POZZO DI BORGO C, REBATTU P, SCHACH R, GOLDBERG J, BOUREAU F, FALCOFF H, GUILLAIN H, LARUE F, MAGNET M, SALAMAGNE M, TRECHOT P, VERDIE JC.

Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge du cancer chez l'adulte et l'enfant.

Bull Cancer, 1996 ; 83, Suppl 1 :1S-84S.

44. circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

www.sante.gouv.fr

45. Arrêté ministériel du 7 janvier 1997

www.legifrance.gouv.fr

46. BOUREAU F.

Evaluation des différentes composantes de la douleur.

In : Douleur et cancer. Les éditions de l'école européenne d'oncologie, expression française, 1998 : 29-37

47. CARACENI A, FOLEY KM.

La douleur du cancer et les syndromes douloureux du cancer.

In : Douleurs : bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques

BRASSEUR L, GUILBAULD G, CHAUVIN M.

Paris, édition Maloine, 1997, 650 p

48. BRASSEUR L.

Douleur du cancer. Aspects épidémiologiques.

In : Douleur et cancer. Les éditions de l'école européenne d'oncologie, expression française, 1998 : 9-13

49. Groupe Algolor.

Cahier pédagogique de la douleur.

Edition « Annales Médicales de Nancy et de Lorraine », 2001.

50. BOUREAU F.

Physiopathologie de la douleur.

In : Douleur et cancer. Les éditions de l'école européenne d'oncologie, expression française, 1998 : 17-27

51. PICHARD-LEANDRI E, POULAIN P.

Surveillance d'un patient cancéreux sous traitement antalgique au long cours.

In : Lehman-Couturier eds. Protocoles-Surveillance. Paris, 1991 : 23-27

52. HACPILLE L.

La douleur cancéreuse et son traitement. Approche globale en soins palliatifs.

Editions Frison-Roche (Paris), 1994, 230 p.

53. FERRELL BR, RHINER M, COHEN MZ, GRANT M.

Pain as a metaphor for illness.

Oncol Nurs Forum, 1991; 18: 1303-9

54. KRAKOWSKI I.

Traitement des douleurs cancéreuses chez le vieillard

In : Les cancers au-delà de 70 ans

A.G.E – Actualités Gériatriques de l'Est, Réunion de Strasbourg, 22 novembre 1990, 85 p

Sous le patronage de la Société de Gériatrie de l'Est.

55. GONTHIER R, VASSAL P, DIANA MC, RICHARD A, NAVEZ ML.

Sémiologie et évaluation de la douleur chez le sujet dément ou non communicant.

InfoKara, 1999 ; 53 (1) :12-23

56. LUSSIER D.
Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques.
La Revue de Gériatrie, 2000 ; 25 (9) : 673-682
57. PORTER FL, MALHOTRA KM, WOLF CM, MORRIS JC, MILLER JP, SMITH MC.
Dementia and response to pain in the elderly.
Pain 1996 Dec; 68(2-3): 413-21
58. GREISEN J, JUHL CB, GROFTE T, VILSTRUP H, JENSEN TS, SCHMITZ O.
Acute pain induces insulin resistance in humans.
Anesthesiology, 2001; 95 (3): 578 – 584.
59. MEMRAN-POURCHER N, PRAS P, CAPRIZ BUVAT F.
La douleur du sujet âgé.
Doul. et Analg., 1991 ; 4 : 57-68
60. SEBAG – LANOE.
Traitement de la douleur chez les personnes âgées.
Service de gériatrie et de soins palliatifs, Hôpital Paul Brousse, VILLEJUIF, 1992.
61. FINLAY IG, DUNLOP R.
Quality of life assessment in palliative care.
Ann Oncol, 1994; 9: 13-8.
62. MYSTAKIDOU K, PARPA E, TSILIKA E, KALAIPOPOULOU O, VLAHOS L.
The families evaluation and management, care and disclosure for terminal stage cancer patients.
BMC Palliative Care, 2002; 1.
63. TROUILLOUD M.
Souffrance et épuisement psychique des familles.
La revue de gériatrie, 1998 ; 23(2) :115-118
64. SEBAG – LANOE R, GOMAS JM, LAULAN V, LEGRAIN S, SALAMAGNE MH.
Les soins palliatifs dans les services de gériatrie en France. Enquête nationale.
Actes du 1^{er} congrès de l'Association Européenne de soins palliatifs.
Paris, octobre 1990.
65. DANTO F.
La douleur chez la personne âgée en difficulté de communication : retentissements sur l'équipe soignante.
Licence de Sciences Sanitaires et Sociales et diplôme de cadre de santé. 1999
Université PARIS XIII, 57p.
66. BACQUE MF.
Le deuil à vivre
Paris, Editions Odile Jacob, 1992, 281p.

67. PERRY S, HEIDRICH G.
Management of Pain during Debridement: a Survey of U.S. Burn Units.
Pain, 1982; 13: 267-280
68. CHANCEAU-JOUBERT J.
Mourir, ultime tendresse
Paris, Editions Pierre Mardaga, 1990, 156p.
69. ELLIEN F.
Du côté des soignants...
Souffrances autour du temps pris à mourir.
La Revue de Gériatrie, 1998 ; 23 :113-4
70. BRENOT P.
Les Mots de la Douleur
Paris, Editions L'Esprit du Temps, 1992, 102p
71. CLEELAND CS, GONIN R, HATFIELD AK, EDMONSON JH, BLUM RH, STEWART JA, PANDYA KJ.
Pain and its traitement in outpatients with metastatic cancer.
N. Engl.J.Med., 1994, 330: 592-6
72. LARUE F, COLLEAU SM, FONTAINE A, BRASSEUR L.
Oncologists and primary care physician's attitudes towards pain control and morphine prescribing in France.
Cancer, 1995; 76 (11) : 2375-2382
73. SALAMAGNE M, POURCHET S.
Douleur en fin de vie : évaluation et prise en charge.
La Revue du Praticien, 1999 ;49 :1044-1048.
74. PRADINES B.
Expérience personnelle et recherches bibliographiques sur les douleurs chez la personne âgée en pratique gériatrique institutionnelle.
users.aol.com/Dgeriatrie/DGDOULEURexpose.html
Mise à jour du 16 mai 2002.
75. CROOK J, RIDEOUT E, BROWNE G.
The prevalence of pain complaints among a general population.
Pain, 1984; 18: 299-314
76. ALVAREZ JA, HARDY RH Jr.
Lumbar spine stenosis: a common cause of and leg pain.
Am Fam Physician, 1998; 105: 1825-34
77. HERR KA, MOBILY PR, WALLACE RB, CHUNG Y.
Leg pain in rural Iowa population. Prevalence, related factors, and association with fonctionnal status.
Clin J Pain, 1991; 7 (2): 114-21

78. MELDING PS.

Is there such a thing as geriatric pain ?

Pain, 1991; 46: 119-121.

79. GONZALEZ L.

Prise en charge de la douleur et soins palliatifs en gériatrie.

Perspectives sanitaires et sociales, 1999 ; 146 :18-23

80. KRAKOWKI I, GEOFFROIS L, TOUSSAINT S.

Traitement de la douleur en cancérologie adulte.

Centre Alexis Vautrin. Nancy.

81. KRAKOWSKI I, CHARDOT C, BEY P, GUILLEMIN F, PHILIP T.

Organisation coordonnée de la prise en charge des symptômes et du soutien à toutes les phases de la maladie cancéreuse : vers la mise en place de structures pluridisciplinaires de soins oncologiques de support.

Bull Cancer, 2001 : 88 (3) : 321-8

82. NALLET G, BRUNET I.

Le soignant entre curatif et palliatif. Rôle de l'équipe en hémato-cancérologie.

INFOKara, 2002 ; 17 (1) :11-15

83. SCHRAUB S, KHAYAT D, KRAKOWSKI I, SERIN D, MONIN S.

Interventions lors des conférences de presse d'octobre 1997 et avril 1998, organisées par les laboratoires ASTRA France.

Douleur et qualité de vie.

La revue de l'infirmière, mai 1998 ; numéro hors série.

84. DUNLOP TJ, DEEN C, LIND S, VOYLE RJ, PRICHARD JG.

Use of combined oral narcotic and benzodiazepine for control of pain associated with bone marrow examination.

South Med J 1999 May;92(5):477-80

85. MILLIGAN DW, HOWARD MR, JUDD A.

Premedication with lorazepam before bone marrow biopsy.

J Clin Pathol 1987 Jun; 40(6):696-8

86. MORRISON RS, AHRONHEIM JC, MORRISON GR et al.

Pain and discomfort associated with common hospital procedures and experiences.

J Pain Symptom Manage, 1998; 15:91-101

87. CASTERA L, NEGRE I, BUFFET C.

Pain experienced during percutaneous biopsy.

Hepatology, 1999; 30: 529-30

88. CADRANEL JF, RUFAT P, DEGOS f.

Pratique de la ponction-biopsie hépatique (PBH) en France: résultats d'une étude d'évaluation prospective multicentrique nationale.[résumé]

Gastroentérol Clin Biol, 1998 ; 22: A80

89. HEAFIELD RH.

The management of procedural pain.

Prof Nurse 1999 Nov;15(2): 127-9 and 73 (treatment of procedural pain)

90. PUNTILLO KA, WHITE C, MORRIS AB, PERDUE ST, STANIK-HUTT J,
THOMPSON CL, WILD LR

Patients' perceptions and responses to procedural pain : results from Thunder Project II.

Am J Crit Care 2001 Jul; 10(4): 238-51

91. BYERS JF ,BRIDGES S, KIJEK J, LABORDE P

Burn patients' pain and anxiety experiences.

J Burn Care Rehabil 2001 Mar-Apr; 22(2): 144-9

92. LARREA G, LAURENT B, CONVERS P, PEYRON R.

Douleur, attention et émotions.

Adresse URL : <http://www.univ-st-etienne.fr>

Dernière mise à jour le 05.02.02

93. CHAPMAN CR.

Chapitre 20: Emotions et douleur.

In : Douleurs :bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques

BRASSEUR L, GUILBAULD G, CHAUVIN M.

Paris, édition Maloine, 1997, 650 p

94.TERRUZZI V, MEUCCI G, RADAELLI F, TERRENI N, MINOLI G.

Routine versus "on demand" sedation and analgesia for colonoscopy: a prospective randomised controlled trial.

Gastrointest Endosc 2001 Aug ;54(2) :169-74

95. CHLAN L, EVANS D, GREENLEAF M, WALKER J.

Effects of a single music therapy intervention on anxiety, discomfort, satisfaction, and compliance with screening guidelines in outpatients undergoing flexible sigmoidoscopy.

Gastroenterol Nurs 2000 Jul-Aug;23(4): 148-56

96. HARKINS SW, BUSH FM, PRICE DD.

Chapitre 51 : La douleur chronique et son évaluation chez le sujet âgé.

In : Douleurs :bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques

BRASSEUR L, GUILBAULD G, CHAUVIN M.

Paris, édition Maloine, 1997, 650 p

97. MIASKOWSKI C.

Women and pain.

Crit Care Nurs Clin North Am 1997 Dec;9(4): 453-8

98. KIM LS, KOCH J, YEE J, HALVORSEN R, CELLO JP, ROCKEY DC.

Comparison of patients' experiences during imaging tests of the colon.

Gastrointest Endosc, 2001 ; 53 (1): 67-74

99. RISTIKANKARE M, HARTIKAINEN J, HEIKKINEN M, JANATUINEN E, JULKUNEN R.

The effects of gender and age on the colonoscopic examination.

J Clin Gastroenterol 2001 Jan;32(1):69-75

100. LIDDELL A, LOCKER D.

Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control.

Community Dent Oral Epidemiol 1997 Aug;25(4): 314-8

101. LEVY I.

Soins et croyances: guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et acteurs sociaux.

Estern, 1999, 222 p.

102. RICHECOEUR M, KLOTZ F, GRIPPARI J, REY P.

Ponction-biopsie hépatique : technique, incidents, accidents.

Encycl Méd Chir, Hépatologie, 2000 ; 7-010-A-10 : 8 p.

103. MELZACK R, WALL P.

Pain mechanisms a new theory.

Science, 1965; 150: 971-979

104. DESMEULES J, DELUZE CH, ARROYO J, PIGUET V, VISCHER TL, DAYER P.

« Mémoire » de la douleur et neuroplasticité : implications pratiques.

Méd et Hyg, 1996 ; 54 : 591-7.

105. DUBNER R, BASBAUM A.

Chapitre 9: Plasticité de la corne dorsale de la moëlle provoquée par une lésion tissulaire ou nerveuse.

In : Douleurs :bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques

BRASSEUR L, GUILBAULD G, CHAUVIN M.

Paris, édition Maloine, 1997, 650 p

106. BESSON JM, CHAOUCH A.

Peripheral and spinal mechanisms of nociception.

Physiol – Rev, 1987; 67: 67-186.

107. CHAPMAN V, HALEY JE, DICKENSON AH.

Electrophysiologic analysis of preemptive effects of spinal opioids on N-methyl-D-aspartate receptor-mediated events.

Anesthesiology, 1994; 81: 1429-35.

108. WARY B et collectif DOLOPLUS 2
L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs.
Service régional de Soins Palliatifs – CHR Metz-Thonville .
109. WYBIER M, HAMZE B, CHAMSAUR P.
Ponction lombaire à l'aiguille fine.
Ann Radiol (Paris) 1995 ;38(4) : 201-3
110. PALMON SC, LLOYD AT, KIRSCH JR.
The effect of needle gauge and lidocaine pH on pain during intradermal injection.
Anesth Analg 1998 Feb; 86(2): 379-8
111. KAZAK AE, PENATI B, BROPHY P, HIMELSTEIN B.
Pharmacologic and psychologic interventions for procedural pain.
Pediatrics 1998 Jul;102(1 Pt 1):59-66
112. SAXE N, BLAMOUTIER J, SAUVAGET J, ZAEGEL R.
Réactions allergiques aux anesthésiques locaux.
Réan. Soins intens. MED. URG., 1995 ; 11 (1) : 26-29.
113. DE TORRENTE G, KAESER P, DI CARLANTINO D, KEHTARI R.
Anesthésiques locaux : indications et complications.
Revue Médicale de la Suisse Romande, 1996 ; 116 : 463-471.
114. VIEL E, BRUELLE P, DE LA COUSSAYE JE, ELEDJAM JJ.
Chapitre 16 : Pharmacologie des anesthésiques locaux.
In : Douleurs :bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques
BRASSEUR L, GUILBAULD G, CHAUVIN M.
Paris, édition Maloine, 1997, 650 p
115. SOMA Y, SAITO H, KISHIBE T, TANAKA H, TAKAHASHI T, MUNAKATA A.
Evaluation of topical pharyngeal anesthesia for upper endoscopy including factors associated with patient tolerance.
Gastrointest Endosc 2001 Jan ;53(1) :14-8
116. KOSCIELNIAK-NIELSEN Z, HESSELBJERG L, BRUSHJ J, JENSEN MB, PEDERSEN HS.
EMLA patch for spinal puncture. A comparison of EMLA patch with lignocaine infiltration and placebo patch.
Anaesthesia 1998 Dec; 53(12): 1218-22
117. LAL MK, MCCLELLAND J, TAUB NA, BEATTIE RM.
Comparison of EMLA cream versus placebo in children receiving distraction therapy for venepuncture.
Acta Paediatr 2001 Feb;90(2):154-9
118. PAUT O, CALMEJANE C, DELORME J, LACROIX F, CAMBOULIVES J.
EMLA versus nitrous oxide for venous cannulation in children.
Anesth Analg 2001 Sep ;93(3) : 590-3

119. PAGANELLI F, AMIRAT V, RICARD P, TRIGANO JA, BUES-CHARBIT M, BALANSARD G, LEVY S.

Utilisation des anesthésiques transcutanés au cours des cathétérismes cardiaques.
La Presse Médicale, 1998 ; 27 (30) : 1516-8

120. SCARFONE RJ, JASANI M, GRACEY EJ.

Pain of local anesthetics: rate of administration and buffering.
Ann Emerg Med 1998 Jan;31(1):36-40

121. FAVAREL-GARRIGUES JF, FAVAREL-GARRIGUES JC.

Toxicité générale des anesthésiques locaux.
Le Concours Médical, 1994 ; 116 (5) : 349-354.

122. MCQUAY HJ.

Chapitre 26: Analgésie préventive.

In : Douleurs :bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques

BRASSEUR L, GUILBAULD G, CHAUVIN M.
Paris, édition Maloine, 1997, 650 p

123. DICKENSON AH.

Chapitre 21: Mécanismes et sites d'action des opioïdes.

In : Douleurs :bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques

BRASSEUR L, GUILBAULD G, CHAUVIN M.
Paris, édition Maloine, 1997, 650 p

124. PICKERING G, JOURDAN D, ESCHALIER A, DUBRAY C.

Impact de l'âge sur la perception de la douleur et pharmacologie des analgésiques.
Presse Med 2001 Apr 21 ; 30(15) :754-8

125. LJUNGMAN G, KREUGER A, ANDREASSON S, GORDH T, SORENSEN S.

Midazolam nasal spray reduces procedural anxiety in children.
Pediatrics, 2000; 105: 73-8

126. ANNEQUIN D, FIEZ N.

L'utilisation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxide d'azote en pédiatrie.
Rev Infirm 2000 Nov ;(65) :28-33

127. KANAGASUNDARAM SA, LANE LJ, CAVALLETTO BP, KENEALLY JP, COOPER MG.

Efficacy and safety of nitrous oxide in alleviating pain and anxiety during painful procedures.

Arch Dis Child 2001 Jun;84(6):492-5

128. CRECELIUS C, ROUHFAR L, BEIRNE OR.

Venous cannulation and topical ethyl chloride in patients receiving nitrous oxide.
Anesth Prog 1999 Summer;46(3): 100-3

129. DOUILLARD V, D'AVIGEAU J, CLEDAT Y.
Le MEOPA, nouvelle technique antalgique en gériatrie.
Soins Gériatrie, 2002 ; 33 : 39-41

130. CASTERA L, NEGRE I, SAMII K, BUFFET C.
Patient-administered nitrous oxide/oxygen inhalation provides safe and effective analgesia for percutaneous liver biopsy: a randomised placebo-controlled trial.
Am J Gastroenterol 2001 May; 96(5): 1553-7

131. CHARLTON JE.
Chapitre 75 : Stimulation nerveuse électrique transcutanée (« TENS ») et acupuncture.
In : Douleurs : bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques
BRASSEUR L, GUILBAULD G, CHAUVIN M.
Paris, édition Maloine, 1997, 650 p

132. LIMOGES A.
L'électricité pour le traitement de la douleur.
La Presse Médicale, 1999 ; 28 (39) : 2197-2203.

133. LANDER J, FOWLER-KERRY S.
TENS for children's procedural pain.
Pain 1993 Feb;52(2):209-1614.

134. MCCARHY AM, COOL VA, PETERSEN M, BRUENE DA.
Cognitive behavioral pain and anxiety interventions in pediatric oncology centers and bone marrow transplant units.
J Pediatr Oncol Nurs 1996 Jan;13(1): 3-12

135. GAUTIER I. ; GEROFFROY B. ; MALAQUIN-PAVAN E et al
Améliorer les soins infirmiers potentiellement douloureux.
Soins Gériatrie 2000 ;26 :29-31

136. HARRISON A.
Comparing nurses' and patients' pain evaluations: a study of hospitalised patients in Kuwait.
Soc Sci Med 1993 Mar;36(5):683-92

137. ANSQUIER C, MAROT JP.
Les infirmier(e)s et la morphine: évaluation d'un protocole en gériatrie.
La revue de gériatrie, 2002 ; 27 (6) : 427-432

138. **Intérêt des chambres à cathéter implantables pour les traitements intraveineux au long cours.**
La revue Prescrire, 1996 ;16 (158) :55-60

139. NATALI F.
Prendre en charge la douleur liée à la réfection des pansements.
SOINS, 2000 ;645

140. FESQUET MP.

Effets secondaires des traitements chez des femmes cancéreuses âgées. Incidence sur le devenir en service de soins de suite et de réadaptation.

Th : Med. : Nancy I : 2000 ; 114p

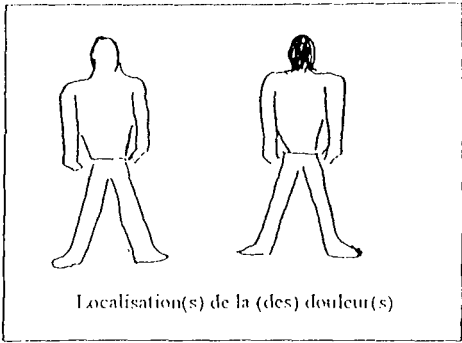
ANNEXES

ANNEXE 1

EVALUATION DE LA DOULEUR / SSR, FLAVIGNY/MOSELLE

Etiquette
malade

Evaluation à l'entrée
Douleur(s) cancéreuse(s) OUI / NON
Soins palliatifs : OUI / NON



Traitement à l'entrée :

Intensité de la douleur à l'entrée : 0 = aucune, 1 = légère, 2 =modérée, 3 = intense, 4 = insupportable

Evaluation

	Date (entrée) Heure					Date Heure					Date Heure				
REPOS	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
SOINS	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Retentissement (cf verso du document)															
Adaptation du traitement															

	Date Heure					Date Heure					Date Heure				
REPOS	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
SOINS	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Retentissement (cf verso du document)															
Adaptation du traitement															

	Date Heure					Date Heure					Date Heure				
REPOS	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
SOINS	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Retentissement (cf verso du document)															
Adaptation du traitement															

Guide d'utilisation de l'échelle d'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur et son traitement sont généralement antérieurs à l'entrée dans le service, tout particulièrement en cas de douleurs cancéreuses.

Le suivi régulier des malades douloureux nécessite des réévaluations systématiques et éventuellement des ajustements thérapeutiques.

L'échelle verbale simple (EVS) est d'utilisation rapide permettant de classer la douleur en 5 niveaux :

- ✓ 0 = aucune douleur
- ✓ 1 = douleur faible
- ✓ 2 = douleur modérée
- ✓ 3 = douleur intense
- ✓ 4 = douleur très intense

Sur la grille d'évaluation proposée :

- Date et heure permettent de noter l'évolution, de jour comme de nuit.
- Le retentissement de la douleur est décrit :
 1. Retentissement sur la mimique : angoissée, grimaçante, figée, inexpressive...
 2. Retentissement sur la mobilité : opposition aux soins, immobilité, positions antalgiques
 3. Retentissement sur la communication : plaintes, anxiété, pleurs, agressivité...
 4. Retentissement sur l'appétit : stimulation, aides, refus d'alimentation
 5. Retentissement sur le sommeil : réveils fréquents, plaintes, insomnie totale
 6. Retentissement sur le comportement : envers les soignants, les familles...
- Les modifications de traitements doivent être notées et réévaluées au bout de 24 h.

ANNEXE 2

IV.1.1) Importance de la gêne liée aux gestes invasifs

Nombre de patientes qui ont ressenti les troubles suivants comme assez, très ou extrêmement gênant :

	% gênant pour	
	11	100%
piqûres répétitives	3	27,3%
nausées, vomissements	4	36,4%
chute de cheveux	3	27,3%
inflammation bouche	1	9,0%
fatigue constante	4	36,4%
perte de poids	1	9,0%
perturbation du goût, odorat perte d'appétit	1	9.0%
fourmillement, picotements des mains et des pieds	2	18.2%
bouffées de chaleur	2	18,2%
anxiété	4	36,4%

Nombre d'infirmières qui pensent que les troubles suivants sont assez, très ou extrêmement gênants:

	% gênant pour	
	10	100%
piqûres répétitives	10	100%
nausées, vomissements	10	100%
chute de cheveux	10	100%
inflammation bouche	9	90%
fatigue constante	10	100%
perte de poids	8	80%
perturbation du goût, odorat perte d'appétit	8	80%
fourmillement, picotements des mains et des pieds	8	80%
bouffées de chaleur	7	70%
anxiété	10	100%

Nombre d'aide-soignants qui pensent que les troubles suivants sont assez, très ou extrêmement gênants:

	% gênant pour	
	13	100%
piqûres répétitives	12	92.3%
nausées, vomissements	13	100%
chute de cheveux	13	100%
inflammation bouche	13	100%
fatigue constante	12	92.3%
perte de poids	13	100%
perturbation du goût, odorat, perte d'appétit	12	92.3%
fourmillement, picotements des mains et pieds	8	61.5%
bouffées de chaleur	9	69.2%
anxiété	12	92.3%

Nombre de médecins qui pensent que les troubles suivants sont assez, très ou extrêmement gênants:

	% gênant pour	
	4	100%
piqûres répétitives	2	50%
nausées, vomissements	4	100%
chute de cheveux	4	100%
inflammation bouche	4	100%
fatigue constante	2	50%
perte de poids	1	25%
perturbation du goût, odorat, perte d'appétit	2	50%
fourmillement, picotements des mains et pieds	2	50%
bouffées de chaleur	1	25%
anxiété	3	75%

Comparaisons statistiques de la gêne liée aux effets secondaires de la chimiothérapie entre les patientes et l'équipe soignante :

	Piqû. Rép.	Fatigue constante	Nausées vomissts	anxiété	Bouf. de chaleur	Fourm Picotm	Perte odorat appétit	Inflam. bouche	Perte de poids	Chute de cheveux
Médecins/ Patientes	NS	NS	NS	NS	NC	NS	NC	P<0,05	NC	P<0,05
Médecins/ Infirmières	NC	NC	NC	NC	NS	NS	NS	NC	NS	NC
Médecins/ AS	NC	NC	NC	NC	NS	NS	NC	NC	NC	NC
Patientes/ Infirmières	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05
Patientes/ AS	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	NS	NS	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05
Infirmières / AS	NC	NC	NC	NC	NS	NS	NC	NC	NC	NC

IV.1.2) Les facteurs influant sur la douleur des gestes

Nombres de réponses positives en ce qui concerne les facteurs possibles influant sur la douleur des gestes invasifs pour les patientes :

	patientes	
de qui fait la piqûre	14	100%
du produit injecté	12	85,7%
de l'endroit où elle est faite	8	57,1%
de la répétition des piqûres	4	28,6%
du type de piqûres	4	28,6%
de la fatigue/état d'esprit	3	21,4%
de la crainte du matériel	2	14,3%
de l'état physique	0	0,0%
autre	0	0,0%
	1	7,1%

Nombres de réponses positives en ce qui concerne les facteurs possibles influant sur la douleur des gestes invasifs pour les membres de l'équipe soignante:

	infirmières		AS		médecins	
	10	100%	13	100%	4	100%
de qui fait la piqûre	2	20%	3	23%	4	100%
du produit injecté	7	70%	11	84,6%	3	75%
de l'endroit où elle est faite	1	10%	7	53,8%	2	50%
de la répétition des piqûres	4	40%	6	46,2%	1	25%
du type de piqûres	6	60%	6	46,2%	2	50%
de la fatigue/état d'esprit	6	60%	5	38,5%	0	0%
de la crainte du matériel	2	20%	3	23%	0	0%
de l'état physique	1	10%	3	23%	0	0%

Comparaisons statistiques des facteurs influant sur la douleur des gestes entre les patientes et l'équipe soignante :

	De qui fait la piqûre	Du produit injecté	De l'endroit où elle est faite	De la répét. des piqûres	Du type de piqûre	De la fatigue	De la crainte du matériel
Médecins/ Patientes	NC	NS	NS	NS	NS	NC	NC
Médecins/ Infirmières	P<0,05	NC	NC	NS	NS	NS	NC
Médecins/ AS	P<0,05	NC	NS	NS	NS	NS	NC
Patientes/ Infirmières	P<0,05	NS	NS	NS	NS	P<0,05	NC
Patientes/ AS	P<0,05	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Infirmières / AS	NS	NS	P<0,05	NS	NS	NS	NS

IV.1.3) Influence de la nature des gestes sur la douleur ressentie

Nombre de patientes qui ont déjà subi chacun des gestes suivants.

gestes invasifs	patientes	
	15	100%
ponction d'acite	0	0%
gaz sang	5	33,3%
bilan sanguin	15	100%
injection IV	4	26,7%
pose cathéter	10	66,7%
branchement PAC	10	66,7%
injection sous cut	14	93,3%

Nombre de patientes trouvant les gestes suivants au moins assez douloureux parmi les patients qui les ont déjà subi.

gestes invasifs	% les trouvant douloureux	
ponction d'ascite	0	0%
gaz sang	4	80%
bilan sanguin	4	26,7%
injection IV	1	25%
pose cathéter	4	40%
branchement PAC	1	10%
injection sous cut.	2	14,3%

Comparaisons statistiques de la douleur engendrée entre les différents gestes.

	Gaz du sang	Bilan sanguin	Injection IV	Pose de cathéter	Branch. PAC
Gaz du sang					
Bilan sanguin	NS				
Injection IV	NS	NS			
Pose de cathéter	NS	NS	NS		
Brancht PAC	P<0,05	NS	NC	NS	
Injection SC	P<0,05	NS	NC	NS	NS

Nombre de soignants qui trouvent les gestes suivants au moins assez douloureux.

gestes invasifs	% les trouvant douloureux					
	infirmières		AS		médecins	
	10	100%	12	100%	4	100%
ponction d'ascite	5	50%	1	8,3%	2	50%
gaz sang	7	70%	2	16,7%	4	100%
bilan sanguin	4	40%	6	50%	-	0%
injection IV	7	70%	6	50%	1	25%
pose cathéter	9	90%	8	66,7%	2	50%
branchement PAC	5	50%	0	0	1	25%
injection sous cut.	3	30%	1	8,3%	3	75%

Nombre de soignants qui trouvent les gestes suivants les plus délicats à réaliser pour éviter la gêne douloureuse.

gestes invasifs	quels sont les gestes les plus délicats à faire pour éviter la douleur :					
	infirmières		AS		médecins	
	10	100%	13	100%	4	100%
ponction d'ascite	2	20%	2	18,2%	0	0%
gaz sang	7	70%	2	18,2%	1	25%
bilan sanguin	1	10%	3	27,3%	0	0%
injection IV	4	40%	6	54,4%	1	25%
pose cathéter	7	70%	8	72,7%	2	50%
branchement PAC	3	30%	0	0%	0	0%
injection sous cut.	1	10%	2	18,2%	2	50%

Comparaisons statistiques en ce qui concerne le ressenti de la douleur des gestes entre les patientes et l'équipe soignante.

	Gaz du sang	Bilan sanguin	Injection IV	Pose de cathéter	Branch. PAC	Injection SC
Médecins/ Patientes	NC	NC	NS	NS	NC	NS
Médecins/ Infirmières	NC	NS	NS	NS	NS	NS
Médecins/ AS	P<0,05	NS	NS	NS	NC	P<0,05
Patientes/ Infirmières	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Patientes/ AS	P<0,05	NS	NS	NS	NC	NS
Infirmières / AS	P<0,05	NS	NS	NS	P<0,05	NS

IV.1.4) Le retentissement de cette douleur

La répercussion de la douleur sur le moral des patientes est...

	patientes		infirmières		AS	
	15	100%	10	100%	13	100%
extrêm, imp	0	0%	5	50%	2	15,4%
très imp,	2	13,3%	4	40%	9	69,2%
assez imp,	6	40%	1	10%	1	7,7%
peu imp	4	26,7%	0	0%	1	7,7%
pas imp	3	20%	0	0%	0	0%

IV.1.5) L'expression de cette douleur

- Par les patientes

Avez-vous l'occasion d'en parler ?

	patientes	15	100%
oui		6	40%
oui, avec les médecins		2	13,3%
oui, avec les infirmières		5	33,3%
oui, avec l'aide-soignante		0	0%
oui, avec d'autre		1	6,7%
non		5	33,3%
pas de réponse		4	26,7%

Aimeriez-vous en parler plus souvent ?

	patientes	15	100%
oui		4	26,7%
non		6	40%
pas de réponse		5	33,3%

- L'expression des patientes vue par les soignants :

	médecins		AS		infirmière	
la patiente en parle :	4	100%	13	100%	10	100%
oui, souvent	0	0%	4	30,8%	4	40%
oui, de temps en temps	0	0%	8	61,5%	4	40%
oui, rarement	4	100%	1	7,7%	1	10%
non, jamais	0	0%	0	0%	0	0%
pas de réponses					1	10%
en parle -elle au médecin	4	100%	13	100%	10	100%
oui, souvent	0	0%	2	15,4%	0	0%
oui, de temps en temps	0	0%	5	38,5%	5	50%
oui, rarement	4	100%	5	38,5%	2	20%
non, jamais	0	0%	0	0,0%	0	0%
pas de réponses	0	0%	1	7,7%	3	30%

La satisfaction des patientes de la prise en charge des médecins et des infirmières :

	patientes 15=100%			
	médecins		infirmières	
suffisante	4	26,7%	6	40%
pas suffisante	6	40%	4	26,7%
pas de réponse	5	33,3%	5	33,3%

IV.2) La prise en charge de la douleur liée aux gestes invasifs

IV.2.1) La place accordée à cette douleur :

Quelle place accordez-vous à la gêne liée aux gestes invasifs ?

	infs		AS		médecins	
	10	100%	13	100%	4	100%
extrem imp	6	90%	4	30,8%	0	0%
très imp	3	0%	6	46,2%	1	25%
assez imp	0	0%	2	15,4%	3	75%
peu imp	0	0%	1	8%	0	0%
pas imp	0	0%	0	0%	0	0%
pas de réponse	1	10%	0	0%	0	0%

IV.2.2) Le retentissement de cette douleur chez les soignants :

cette douleur a-t-elle une répercussion sur votre relation avec la patiente?				
	infs 10	100%	AS 13	100%
extrem imp	4	40%	2	15,4%
très imp	5	50%	8	61,5%
assez imp	0	0%	2	15,4%
peu imp	1	10%	1	7,7%
pas imp	0	0%	0	0%

parlez-vous de ces perturbations liées à la répétition des gestes invasifs?						
	infirmières		AS		médecins	
	10	100%	13	100%	4	100%
oui, avec la surveillante	1	10%	1	7,7%	0	0%
oui, aux autres soignants	10	100%	13	100%	4	100%
oui, aux médecins	10	100%	10	76,9%		
oui, à l'entourage de la patiente	1	10%	1	7,7%	0	0%
oui, aux fournisseurs du materiel	0	0%	0	0%	0	0%
oui, avec d'autres	0	0%	0	0%	2	50%
non	0	0%	0	0%	0	0%

avec qui aimeriez-vous en parler plus souvent?				
	infs		AS	
	10	100%	13	100%
oui, avec la surveillante	1	10%	1	7,7%
oui, aux autres soignants	1	10%	3	23%
oui, aux médecins	3	30%	9	69,2%
oui, à l'entourage de la patiente	1	10%	0	0%
oui, aux fournisseurs du materiel	2	20%	2	15,4%
oui, avec d'autres	0	0%	1	7,7%
non	1	10%	2	15,4%
pas de réponses	3	30%		

IV.2.3) L'évaluation de cette douleur

interrogez-vous les patientes sur ce sujet?		
	médecins	
	4	100%
oui, souvent	0	0%
oui, de temps en temps	4	100%
oui, rarement	0	0%
non, jamais	0	0%

à quel moment?		
médecins		
	4	100%
en consultation	3	75%
avant la réalisation du geste	4	100%
autres moments	0	0%

IV.2.4) Les moyens analgésiques utilisés :

modifiez-vous le traitement ou retardez-vous une exploration pour éviter cette gêne?		
	4	100%
oui, souvent	1	25%
oui, de temps en temps	3	75%
oui, rarement	0	0%
non, jamais	0	0%

les Voies Veineuses Centrales ont-elles améliorées cette prise en charge de façon :						
	médecins		infs		AS	
	4	100%	10	100%	13	100%
extrem imp	1	25%	6	60%	9	69,2%
très imp	2	50%	4	40%	4	30,8%
assez imp	1	25%	0	0%	0	0%
peu imp	0	0%	0	0%	0	0%
pas imp	0	0%	0	0%	0	0%

ANNEXE 3



QUESTIONNAIRE PATIENTE

Parmi les troubles ou les gênes engendrés par le traitement, pouvez-vous indiquer ceux que vous avez ressentis depuis le début du traitement ?

Indiquez en colonne A) _____

	A Troubles Ressentis actuellement	B Intensité de la gêne				
		Extrêmement gênante	Très gênante	Assez gênante	Pas très ou peu gênante	Pas du tout gênante
Chute de cheveux.....	☐ 01	1	2	3	4	5
Nausées, vomissements.....	☐ 02	1	2	3	4	5
Inflammation de la bouche, difficultés à avaler....	☐ 03	1	2	3	4	5
Fatigue constante.....	☐ 04	1	2	3	4	5
Perte de poids.....	☐ 05	1	2	3	4	5
Perturbations du goût, de l'odorat, perte d'appétit	☐ 06	1	2	3	4	5
Murmurements, picotements, engourdissement des pieds et des mains.....	☐ 07	1	2	3	4	5
Sourffées de chaleur.....	☐ 08	1	2	3	4	5
Gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs *	☐ 09	1	2	3	4	5
Anxiété.....	☐ 10	1	2	3	4	5
Autres(précisez).....	☐ 11	1	2	3	4	5
.....						
.....						
.....						
.....						

Pouvez-vous indiquer pour chacun des troubles

comment vous ressentez l'intensité de la gêne :

Extrêmement gênante, très gênante, assez gênante, pas du tout gênante ?

Indiquez en colonne B) _____

Si vous avez coché en Q2 « **gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs**** », pouvez-vous dire quelles raisons vous avez évalué ainsi l'intensité de la gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs ?

entend par geste invasif :prélèvement sanguin, mise en place d'une perfusion, injection médicamenteuse, ponction...

SEQUENCE ET NATURE DES PIQURES

Parmi les différents types de piqûres, indiquez tous les types de piqûres que vous avez reçus au cours des 3 derniers mois.(cochez en colonne A)

	A Type de piqûre	B Nombre de piqûres
Injection :		
Injection d'ascite.....	01	.....
Ponction veineuse ou artérielle		
Ponction du sang.....	02	.....
Ponction sanguine.....	03	.....
Ponction capillaire.....	04	.....
Prélevement :		
Prélevement veineux.....	05	.....
Prélevement de perfusion.....	06	.....
Prélevement de cathéter périphérique.....	07	.....
Prélevement de la perfusion dans la chambre	08	.....
Implantable.....	09	.....
Prélevements sous -cutanés.....	10	.....
Prélevements intra-musculaires.....		.....

Pour chacun des types de piqûres que vous avez eus, indiquez bien avez-vous reçu de piqûres au cours des 3 derniers mois ? (cochez en colonne B)

Parmi les différents types de piqûres que vous avez déjà reçus, dites-nous si vous les trouvez :

	Extrêmement douloureux	Très douloureux	Assez douloureux	Peu douloureux	Pas du tout douloureux
Injection :					
Injection d'ascite.....	1	2	3	4	5
Ponction veineuse ou artérielle					
Ponction du sang.....	1	2	3	4	5
Ponction sanguine.....	1	2	3	4	5
Ponction capillaire.....	1	2	3	4	5
Prélevement :	1	2	3	4	5
Prélevement veineux.....	1	2	3	4	5
Prélevement de perfusion.....	1	2	3	4	5
Prélevement de cathéter périphérique.....					
Prélevement de la perfusion dans la	1	2	3	4	5
chambre implantable.....	1	2	3	4	5
Prélevements sous -cutanés *	1	2	3	4	5
Prélevements intra-musculaires					

agit de la douleur liée à la piqûre et non pas à l'injection du produit

Pour vous, la douleur de la piqûre dépend-elle surtout :

3 REPONSES MAXIMUM

- du type de piqûre.....	☐ 01
- de qui fait la piqûre.....	☐ 02
- du produit que l'on vous injecte.....	☐ 03
- de la répétition des piqûres.....	☐ 04
- de l'endroit ou est faite la piqûre.....	☐ 05
- de votre crainte à la vue du matériel de piqûre.....	☐ 06
- de votre fatigue ou de votre état d'esprit.....	☐ 07
- de votre état physique.....	☐ 08
- autre, précisez.....	☐ 09

Cette gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs* a-t-elle une incidence sur votre moral ?

... extrêmement importante	☐ 01
... très importante.....	☐ 02
... assez importante.....	☐ 03
... peu importante.....	☐ 04
... pas importante.....	☐ 05

n entend par geste invasif :prélèvement sanguin, mise en place d'une perfusion, injection médicamenteuse, ponction...

PRISE EN CHARGE DE CETTE GENE LIEE AUX PIQURES A L'HOPITAL

Avez-vous eu l'occasion de parler de cette gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs* avec l'équipe soignante ?

oui, avec les infirmières.....	☐ 1
oui, avec les médecins	☐ 2
oui, avec l'aide soignante.....	☐ 3
oui, avec d'autres personnes.....	☐ 4
Précisez avec qui	
non, avec personne.....	☐ 5

n entend par geste invasif :prélèvement sanguin, mise en place d'une perfusion, injection médicamenteuse, ponction...

Aimeriez-vous pouvoir le faire davantage ?

oui.....	☐ 1
non.....	☐ 2

4. Pensez-vous que ce problème de gêne douloureuse est suffisamment pris en compte ?

	OUI	NON	NE SAIT PAS
- Par les infirmières	☐ 1	☐ 1	☐ 1
- Par les médecins	☐ 2	☐ 2	☐ 2
- Par d'autres personnes	☐ 3	☐ 3	☐ 3
Précisez par qui.....			

5. Parmi les différentes solutions suivantes qui permettent de mieux surmonter la gêne douloureuse liée à la répétition de gestes invasifs*, quelles sont celles que vous connaissez ?

	Celles que vous connaissez
Recoupement des piqûres.....	☐ 01
Pours à l'anesthésie locale injectable	☐ 02
Pours à l'anesthésie locale en crème	☐ 03
Pours à l'anesthésie locale en pulvérisation	☐ 04
Recrutement d'infirmières habiles à piquer	☐ 05
Conversation avec le patient pour relaxation : aide à la relaxation psychologique, mise en confiance	☐ 06
Médication (anxiolytiques)	☐ 07
Choix – adaptation du matériel (aiguilles plus fines, chauffées)	☐ 08
Autre, précisez	☐ 09
Autre	☐ 10

* On entend par geste invasif :prélèvement sanguin, mise en place d'une perfusion, administration médicamenteuse, ponction...

QUESTIONNAIRE MEDECIN

LES PERTURBATIONS LIEES A LA REPETITION DES GESTES INVASIFS
CHEZ LES PATIENTES ATTEINTES DE CANCER

caractéristiques personnelles :

Etes-vous :

Un homme..... ☐ 1

Une femme..... ☐ 2

Votre fonction dans l'établissement :

Chef de service..... ☐ 1

Faisant fonction d'interne..... ☐ 2

Ancienneté dans le service :

Moins de 1 an..... ☐ 1

De 1 à 5 ans..... ☐ 2

De 6 à 10 ans ☐ 3

Plus de 10 ans..... ☐ 4

importance et place de la gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs (ex :prélèvement veineux, mise en place d'une perfusion, injection médicamenteuse, ponctions...)

4. Parmi les problèmes de la qualité de vie liés à la chimiothérapie qui se posent aux patientes cancéreuses hospitalisées, cochez les perturbations que vous pensez être importantes pour la patiente :

	Perturbations importantes pour la Patiente
• Chute de cheveux.....	1
•Nausées, vomissements.....	1
•Inflammation de la bouche, difficultés à avaler....	1
•Fatigue constante.....	1
•Perte de poids.....	1
•Perturbations du goût, de l'odorat, perte d'appétit	1
•Fourmillements, picotements, engourdissement des pieds et des mains.....	1
•Bouffées de chaleur.....	1
•Gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs	1
•Anxiété.....	1
•Autres(précisez).....	1
.....	
.....	
.....	
.....	

Quelle place accordez vous à la gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs ?

très importante..... ☐ 1

importante..... ☐ 2

peu importante..... ☐ 3

pas importante..... ☐ 4

du tout importante..... ☐ 5

Avez-vous l'impression que les dispositifs tels que la chambre implantable ou le cathéter central ont allégé la gêne douloureuse de la patiente liée à la répétition des gestes invasifs de manière ? :

- extrêmement importante..... ☐ 1
- très importante..... ☐ 2
- assez importante..... ☐ 3
- peu importante..... ☐ 4
- pas du tout importante..... ☐ 5

Commentaires

Les patientes vous parlent-elles spontanément de cette gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs ?

- oui, souvent..... ☐ 1
- oui, de temps en temps..... ☐ 2
- oui, rarement..... ☐ 3
- non, jamais..... ☐ 4

Vous-même, les interrogez-vous sur ce sujet ?

- oui, souvent..... ☐ 1
- oui, de temps en temps..... ☐ 2
- oui, rarement..... ☐ 3
- non, jamais..... ☐ 4

A quel moment est-ce ?

- en consultation..... ☐ 1
- avant la réalisation du geste invasif... ☐ 2

Parlez-vous de cette gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs avec certaines personnes ?
Avec lesquelles ?

- oui, avec la surveillante..... ☐ 1
- oui, avec les infirmières..... ☐ 2
- oui, avec l'entourage de la patiente..... ☐ 3
- oui, au fournisseur du matériel (seringue, aiguilles)..... ☐ 4
- oui, avec une autre personne..... ☐ 5

Précisez laquelle.....

- non..... ☐ 6

La gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs peut-elle vous amener à modifier le traitement de la patiente ou à retarder une exploration ?

- oui, souvent..... 1
oui, de temps en temps..... 2
oui, rarement..... 3
non, jamais..... 4

Chacun des gestes invasifs suivants vous posent-ils problème à cause de la douleur ou du refus du patient ?

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Ponction :			
-ponction d'ascite.....	1	2	3
Prélèvement veineux ou artériel			
-gaz du sang.....	1	2	3
-bilan sanguin.....	1	2	3
-glycémie capillaire.....	1	2	3
Traitement :			
-intraveineux.....	1	2	3
-pose de perfusion.....	1	2	3
-pose de cathéter périphérique.....	1	2	3
Branchement de la perfusion dans la chambre implantable.....	1	2	3
Injectons sous –cutanées *	1	2	3
Injectons intra-musculaires	1	2	3

* Il s'agit de la douleur liée à la piqûre et non à l'injection du produit

En général, pour chaque type de piqûre, indiquez le niveau habituel de la gêne douloureuse de la patiente ?

	Extrêmement douloureux	Très douloureux	Assez douloureux	Peu douloureux	Pas du tout douloureux
Ponction :					
-ponction d'ascite.....	1	2	3	4	5
Prélèvement veineux ou artériel					
-gaz du sang.....	1	2	3	4	5
-bilan sanguin.....	1	2	3	4	5
-glycémie capillaire.....	1	2	3	4	5
Traitement :					
-intraveineux.....	1	2	3	4	5
-pose de perfusion.....	1	2	3	4	5
-pose de cathéter périphérique.....	1	2	3	4	5
Branchement de la perfusion dans la chambre implantable.....	1	2	3	4	5
Injectons sous –cutanées *	1	2	3	4	5
Injectons intra-musculaires	1	2	3	4	5

* Il s'agit de la douleur liée à la piqûre et non à l'injection du produit

Q14. Pour vous, la douleur de la piqûre dépend surtout ?

3 REPONSES MAXIMUM

- du type de piqûre.....	|| 01
- de qui fait la piqûre.....	|| 02
- du produit que l'on injecte.....	|| 03
- de la répétition des piqûres.....	|| 04
- de l'endroit ou est faite la piqûre.....	|| 05
- de la crainte de la patiente à la vue du matériel de piqûre.....	|| 06
- de la fatigue de la patiente ou de son état d'esprit...	|| 07
- de son état physique.....	|| 08
- autre, précisez.....	|| 09

QUESTIONNAIRE SOIGNANT

de la gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs (ex : prélèvements sanguins, mise en
e d'une perfusion, injection médicamenteuse, ponction...)

En pensant à votre pratique quotidienne, pouvez-vous indiquer pour chacun des troubles liés à la
iothérapie vécus par les patientes hospitalisées, s'il est extrêmement gênant, très gênant, assez gênant, peu
nt, pas du tout gênant :

	Intensité de la gêne				
	Extrêmement gênante	Très gênante	Assez gênante	Pas très ou peu gênante	Pas du tout gênante
• Chute de cheveux.....	1	2	3	4	5
•Nausées, vomissements.....	1	2	3	4	5
•Inflammation de la bouche, difficultés à avaler....	1	2	3	4	5
•Fatigue constante.....	1	2	3	4	5
•Perte de poids.....	1	2	3	4	5
•Perturbations du goût, de l'odorat, perte d' appétit	1	2	3	4	5
•Fourmillements, picotements, engourdissement des pieds et des mains.....	1	2	3	4	5
•Bouffées de chaleur.....	1	2	3	4	5
•Gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs	1	2	3	4	5
•Anxiété.....	1	2	3	4	5
•Autres(précisez).....	1	2	3	4	5
.....					
.....					
.....					
.....					

Justifier éventuellement votre choix :

Quelle place accordez vous à la gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs ?

- extrêmement importante..... ☐ 1
- très importante..... ☐ 2
- assez importante..... ☐ 3
- peu importante..... ☐ 4
- pas du tout importante..... ☐ 5

Avez-vous l'impression que les dispositifs tels que la chambre implantable ou le cathéter central ont allégé la gêne douloureuse de la patiente liée à la répétition des gestes invasifs de manière ? :

- extrêmement importante..... ☐ 1
- très importante..... ☐ 2
- assez importante..... ☐ 3
- peu importante..... ☐ 4
- pas du tout importante..... ☐ 5

Commentaire

Cette gêne douloureuse, liée à la répétition des gestes invasifs a-t-elle sur le moral des patientes une incidence...

- extrêmement importante..... ☐ 1
- très importante..... ☐ 2
- assez importante..... ☐ 3
- peu importante..... ☐ 4
- pas du tout importante..... ☐ 5

Ces perturbations, liée à la répétitions des gestes invasifs, ont-elles une incidence sur vos relations avec la patiente ?

- extrêmement importante..... ☐ 1
- très importante..... ☐ 2
- assez importante..... ☐ 3
- peu importante..... ☐ 4
- pas du tout importante..... ☐ 5

La patiente vous parle-elle de la gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs ?

- oui, souvent..... ☐ 1
 - oui, de temps en temps..... ☐ 2
 - oui, rarement..... ☐ 3
 - non, jamais..... ☐ 4
- } *passez à la Q12*
- passez à la Q15*

Et en parle-t-elle spontanément au médecin qui la suit dans le service ?

- oui, souvent..... ☐ 1
- oui, de temps en temps..... ☐ 2
- oui, rarement..... ☐ 3
- non, jamais..... ☐ 4
- ne sait pas..... ☐ 5

Vous même, parlez-vous de ces perturbations liées à la répétition des gestes invasifs, avec certaines personnes de votre service ? **(cochez en colonne A)**

	A	B
- oui, à la surveillante	☐ 1	☐ 1
- oui, aux autres soignants	☐ 2	☐ 2
- oui, au(x) médecin(s)	☐ 3	☐ 3
- oui, à l'entourage de la patiente	☐ 4	☐ 4
- oui, au fournisseur du matériel(seringue, aiguilles)	☐ 5	☐ 5
- oui, avec une autre personne	☐ 6	☐ 6
- précisez qui.....		
- non.....	☐ 7	☐ 7

Avec qui aimeriez-vous en parler plus souvent ? **(cochez en colonne B)**

actéristiques personnelles

Quel est votre âge :ans

- Votre fonction dans le service :
- surveillante..... ☐ 1
 - aide-soignante..... ☐ 2
 - infirmière..... ☐ 3
 - autres..... ☐ 4

Précisez :

. Parmi tous les actes nécessitant une effraction cutanée à visée diagnostique ou thérapeutique, **indiquez** **colonne A**, ceux que vous effectuez vous-même ou auxquels vous assistez :

↓

	A	B
ction :		
ction d' ascite.....	☐ 01	☐ 01
èvement veineux ou artériel		
du sang.....	☐ 02	☐ 02
n sanguin.....	☐ 03	☐ 03
émie capillaire	☐ 04	☐ 04
ement :		
veineux.....	☐ 05	☐ 05
de perfusion.....	☐ 06	☐ 06
de cathéter périphérique.....	☐ 07	☐ 07
chement de la perfusion dans la chambre	☐ 08	☐ 08
antable.....	☐ 09	☐ 09
ctions sous –cutanées.....	☐ 10	☐ 10
ctions intra-musculaires.....		

Parmi ces gestes invasifs, indiquez ceux que vous trouvez les délicats à faire pour éviter la gêne douloureuse de la patiente : **indiquez en colonne B)**

. **En général**, pour chaque type de piqûre, indiquez le niveau habituel de gêne douloureuse de la patiente :

	Extrêmement douloureux	Très douloureux	Assez douloureux	Peu douloureux	Pas du tout douloureux
ction :					
ction d'ascite.....	1	2	3	4	5
èvement veineux ou artériel					
du sang.....	1	2	3	4	5
n sanguin.....	1	2	3	4	5
émie capillaire.....	1	2	3	4	5
ement :	1	2	3	4	5
veineux.....	1	2	3	4	5
de perfusion.....	1	2	3	4	5
de cathéter périphérique.....					
chement de la perfusion dans la	1	2	3	4	5
bre implantable.....	1	2	3	4	5
ctions sous –cutanées *	1	2	3	4	5
ctions intra-musculaires					

agit de la douleur liée à la piqûre et non pas à l'injection du produit

5. Pour vous, la douleur de la piqûre dépend surtout :

3 REPONSES MAXIMUM

- du type de piqûre.....	|| 01
- de qui fait la piqûre.....	|| 02
- du produit que l'on injecte.....	|| 03
- de la répétition des piqûres.....	|| 04
- de l'endroit où est faite la piqûre.....	|| 05
- de la crainte de la patiente à la vue du matériel de piqûre.....	|| 06
- de la fatigue de la patiente ou de son état d'esprit...	|| 07
- de son état physique.....	|| 08
- autre, précisez.....	|| 09

mesures ou solutions permettant de réduire ou de minimiser cette gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs :

Quelles sont les mesures ou solutions auxquelles vous seriez favorable, en ce qui concerne chacun des gestes suivants :

	GESTES INVASIFS				
	Ponction d'ascite	Ponction, Injection veineuse ou artérielles	Branche-ment de la perfusion dans la chambre implantable	Injecti- ons sous- cutanées	Injecti- ons Intra- musculaires
Groupement des piqûres.....	1	1	1	1	1
Recours à l'anesthésie locale injectable	2	2	2	2	2
Recours à l'anesthésie locale en crème	3	3	3	3	3
Recours à l'anesthésie locale en pulvérisation	4	4	4	4	4
Recrutement d'infirmières habiles à piquer	5	5	5	5	5
Conversa- tion avec le patient pour relaxation ; aide à la gestion psychologique, mise en confiance	6	6	6	6	6
Pré- médication (anxiolytiques)	7	7	7	7	7
Choix – adaptation du matériel (aiguilles plus fines, techniques)	8	8	8	8	8
Précision	9	9	9	9	9
Autre	10	10	10	10	10

Notez ci dessous vos commentaires sur la gêne douloureuse liée à la répétition des gestes invasifs :

ANNEXE 4

Article L.1110-5 du code de la santé publique "...toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée..."

contrat d'engagement

Dans cet établissement,
nous nous engageons à
prendre en charge
votre douleur

avoir moins mal
ne plus avoir mal
c'est **possible.**



vous avez peur d'avoir mal...
prévenir, traiter ou soulager
votre douleur c'est **possible**

Prévenir Les douleurs provoquées par certains soins ou examens :
piqûres, pansements, pose de sondes, de perfusion, retrait de drains... Les douleurs parfois liées à un geste quotidien comme une toilette ou un simple déplacement...

**traiter
ou
soulager** Les douleurs aiguës comme les coliques néphrétiques, celles de fractures...
les douleurs après une intervention chirurgicale.

les douleurs chroniques comme le mal de dos, la migraine, et également les douleurs du cancer, qui nécessitent une prise en charge spécifique.

vous avez mal...
votre douleur, **parlons-en**

Tout le monde ne réagit pas de la même manière devant la douleur ; il est possible d'en mesurer l'intensité.

Pour nous aider à mieux adapter votre traitement, vous pouvez nous indiquer "combien" vous avez mal en notant votre douleur de 0 à 10 ou en vous aidant d'une règlette



nous allons vous **aider**
à ne plus avoir mal
ou à avoir moins mal

Les antalgiques sont des médicaments qui soulagent la douleur. Il en existe de différentes puissances. La morphine est l'un des plus puissants. Mais certaines douleurs, mêmes sévères, nécessitent un autre traitement.

en répondant à vos questions ;
en vous expliquant les soins que nous allons vous faire et leur déroulement ;
en utilisant le ou les moyens les mieux adaptés.

D'autres méthodes non médicamenteuses sont efficaces et peuvent vous être proposées comme par exemple la relaxation, les massages, le soutien psychologique, la physiothérapie...

vous participation est **essentielle**
nous sommes là pour vous **écouter**, vous **soutenir**, vous **aider**

VU

NANCY, le 13 novembre 2002

Le Président de Thèse

NANCY, le 21 NOVEMBRE 2002

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur G. THIBAUT

Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 25 novembre 2002

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RESUME DE LA THESE :

La maladie cancéreuse est douloureuse. La douleur fait partie de la maladie, mais elle est aussi la conséquence des traitements anticancéreux (20 % des causes de la douleur cancéreuse). La douleur est de mieux en mieux prise en charge par les soignants, qui sont accompagnés dans cette lutte par les pouvoirs publics. Le plan gouvernemental 2002-2005 de lutte contre la douleur met l'accent sur la prise en charge de la douleur provoquée, essentiellement aux âges extrêmes de la vie. La prise de conscience de la douleur provoquée en cancérologie pédiatrique a devancé celle chez l'adulte : peu de données dans la littérature la concerne. Seule une enquête nationale a été réalisée en 1998 étudiant l'impact de la douleur des gestes répétitifs en cancérologie adulte sur la qualité de vie.

L'enquête réalisée par l'auteur reprend les questionnaires de l'étude nationale dans un service de soins de suite et de réadaptation qui n'admet que des femmes et majoritairement âgées. Quinze patientes en chimiothérapie ou en soins palliatifs avec antécédents de chimiothérapie et la quasi-totalité de l'équipe soignante ont participé à l'enquête. L'ensemble des opinions recueillies permet de faire un état des lieux sur la gêne engendrée par les gestes invasifs répétitifs chez les patientes admises, dont l'âge est un facteur de risque de douleurs comme de leur sous-expression. L'intérêt est de proposer des solutions à mettre en place dans le service afin d'améliorer les pratiques soignantes et la qualité de vie de ces patientes.

TITRE EN ANGLAIS

Management of repeated invasive procedures' pain in adult oncology : Survey among elderly female patients in a continuing care and rehabilitation service.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2002

MOTS CLES : Tumeurs, douleur - sujet âgé, pathologie iatrogène, qualité vie
qualité soins

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex