

Fiche d'information relative aux indicateurs de qualité pour les soins stationnaires de longue durée – Douleur : autoévaluation et évaluation par des tiers

Comment sont définis les indicateurs de qualité pour la douleur ?

Deux indicateurs sont mesurés en ce qui concerne la douleur : l'autoévaluation et l'évaluation par des tiers.

Autoévaluation : pourcentage de résident-es ayant fait part de douleurs quotidiennes modérées ou fortes ou de douleurs très fortes non quotidiennes au cours des sept derniers jours.

Critère d'exclusion : des résident-es sont comptabilisé-es dans l'indicateur de qualité autoévaluation lorsque les informations données pour l'autoévaluation sont complètes et disponibles (c.-à-d. que les résident-es donnent des réponses valides sur la fréquence et l'intensité de la douleur). Les résident-es sans réponses valides sont exclus.

Évaluation par des tiers : pourcentage de résident-es chez qui des douleurs quotidiennes modérées ou fortes ou des douleurs très fortes non quotidiennes ont été observées au cours des sept derniers jours.

Critère d'exclusion : des résident-es sont comptabilisé-es dans l'indicateur de qualité évaluation par des tiers lorsque les informations recueillies lors de l'évaluation par des tiers sont complètes et disponibles (c.-à-d. qu'il y a des informations valides sur la fréquence et l'intensité de la douleur). Sont également inclus dans cet indicateur les résident-es pour lesquels il existe aussi bien une autoévaluation valable qu'une évaluation par des tiers.

Ajustement des risques : un ajustement des risques est appliqué pour les deux indicateurs en fonction des quatre caractéristiques suivantes des résident-es :

- degré de soins requis
- déficiences cognitives (mesurées au moyen de la Cognitive Performance Scale CPS)
- sexe et
- état dépressif (mesuré au moyen de la Depression Rating Scale DRS)

Pourquoi la douleur est-elle mesurée comme indicateur de qualité ?

Les résident-es des EMS sont souvent multi-morbides et vivent avec des pluripathologies qui peuvent conduire à l'apparition de douleurs. Les douleurs musculosquelettiques chroniques sont particulièrement fréquentes, notamment au niveau des genoux, des hanches, de la colonne vertébrale ou des mains. Les tumeurs et/ou leurs traitements peuvent également souvent être la cause de douleurs.

Pour traiter efficacement la douleur, il est tout d'abord nécessaire de l'identifier et de l'appréhender. Cela peut être particulièrement difficile pour les résident-es ayant des troubles cognitifs car certains de ces résident-es ne peuvent plus fournir sans soutien les informations nécessaires à une bonne prise en charge de la douleur.

Une douleur qui n'est pas traitée ou insuffisamment traitée sur le long terme peut réduire considérablement la qualité de vie des résident-es (voir encadré).

À quelle fréquence les résident-es des EMS ressentent-ils ou elles de la douleur ?

Environ 60% des résident-es des EMS suisses souffrent de douleurs.

Quelles sont les conséquences possibles d'une douleur insuffisamment traitée ?

- Diminution de la qualité de vie
- Restriction de la mobilité et de l'autonomie
- Augmentation des syndromes dépressifs ou des comportements difficiles, retrait social, perte d'appétit

Quels sont les facteurs liés à la douleur ?

Au niveau des résident-es :

- Maladies physiques existantes
- État physique après une chute ou une blessure
- État physique après une intervention chirurgicale
- Maladies psychiques existantes (par ex. la dépression ou les troubles anxieux peuvent aggraver les douleurs)
- Troubles cognitifs (la détection et la classification de douleurs peuvent être rendues plus difficiles)
- Attitude négative des résident-es à l'égard des traitements médicamenteux et à l'égard du thème de la douleur chez les personnes âgées
- « Souffrance totale » : outre les facteurs physiques, des facteurs psychologiques, sociaux ou spirituels peuvent avoir une influence sur le traitement et la perception de la douleur

Au niveau du personnel :

- Manque de connaissances sur la douleur et méconnaissance des attitudes à adopter face à la douleur chez les personnes âgées
- Manque d'expertise en gestion de la douleur au sein de l'établissement

- Manque d'application consciente de mesures non médicamenteuses

Au niveau de l'établissement :

- Absence d'un concept de la douleur, de protocoles ou de directives pour la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement
- Manque d'offres non médicamenteuses au sein de l'établissement (par ex. coussins chauffants, soins aromatiques, fango, ultrasons thérapeutiques)
- Difficultés dans la coopération interprofessionnelle avec les médecins traitants

De quoi faut-il tenir compte lors de la mesure des indicateurs de qualité ?

En principe, la collecte de données est réglementée dans les manuels des instruments de collecte de données. Ci-dessous quelques remarques sur la mesure des indicateurs.

Autoévaluation

- Les informations sur la fréquence et l'intensité de la douleur doivent être fournies par les résident-es. On documente sans changement ce que les résident-es répondent aux deux questions.
- Les questions sont posées à la fin d'une période d'observation. Au calme, allez voir les résident-es et posez-leur directement les questions sur la fréquence et l'intensité de la douleur. En tant que spécialiste, vérifiez si les résident-es comprennent les questions et sont capables de se souvenir des sept derniers jours.
- Veuillez travailler ici avec une échelle verbale (EV), c'est-à-dire avec les options de réponse données par l'instrument (légère, modérée, forte, très forte/insupportable), même si habituellement un autre type d'échelle est utilisé avec les résident-es. Il n'est pas permis de convertir des valeurs numériques d'une échelle visuelle analogique (EVA) ou d'une échelle numérique (EN) allant de 0 à 10, par exemple, en mots car ces valeurs ne peuvent pas être comparées.
- Si les résident-es ne peuvent ou ne veulent pas répondre aux questions, passez à l'évaluation par les tiers.

Évaluation par des tiers

- L'évaluation devrait être faite par une personne qui connaît les résident-es depuis longtemps. Demandez également à l'équipe (y compris des personnes qui ne font pas partie du personnel soignant et d'accompagnement, comme l'équipe hôtelière) et aux proches des résident-es s'il y a eu des observations pouvant indiquer des douleurs.
- Divers instruments existent pour soutenir l'évaluation de la douleur par des tiers, tels que l'échelle ECPA (Évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante) ou PAINAID (Pain Assessment in Advanced Dementia).
- Les points suivants peuvent indiquer une douleur (d'après les descriptions dans l'instrument d'évaluation PAINAID) :
 - expressions vocales : par ex. gémissements, râles, grognements, soupirs, cris répétés
 - expressions faciales, mimiques : des changements dans l'expression du visage, par ex. une déformation du visage, une expression faciale crispée ou craintive, un regard soucieux

- Posture corporelle et mouvements : posture tendue, rigide ou crispée, résident-es faisant des va-et-vient avec inquiétude, résident-es ayant une posture de ménagement, résident-es qui tapent ou repoussent
- Respiration : respiration bruyante et laborieuse, hyperventilation occasionnelle
- autres signes : rythme de sommeil modifié, perte d'appétit, impossibilité de distraire, conforter ou rassurer les résident-es
- L'observation des résident-es ne peut pas toujours être interprétée clairement. Les signes observés peuvent aussi être des signes de peur, par exemple, et non de douleurs. Discutez dans l'équipe interprofessionnelle des observations qui pourraient être des signes de douleurs. Discutez en équipe de l'intensité de la douleur : passez en revue les épisodes où vous soupçonnez une douleur, par exemple lors d'un transfert ou lors d'autres mouvements, et évaluez ensemble l'intensité des douleurs les plus fortes.

Mesures possibles pour réduire la douleur

En principe, l'équipe interprofessionnelle gère le traitement de la douleur. L'amélioration de la prise en charge de la douleur nécessite des interventions à plusieurs niveaux : au niveau des résident-es et de leurs proches, du personnel impliqué et au niveau de l'établissement.

Facteurs d'influence

Résident-es

- Maladies physiques ou psychiques existantes
- État après une chute, une blessure ou une opération
- Troubles cognitifs
- Attitude négative des résident-es à l'égard des traitements médicaux ou à l'égard du thème de la douleur chez les personnes âgées
- « Souffrance totale » : influences de facteurs psychologiques, sociales ou spirituels



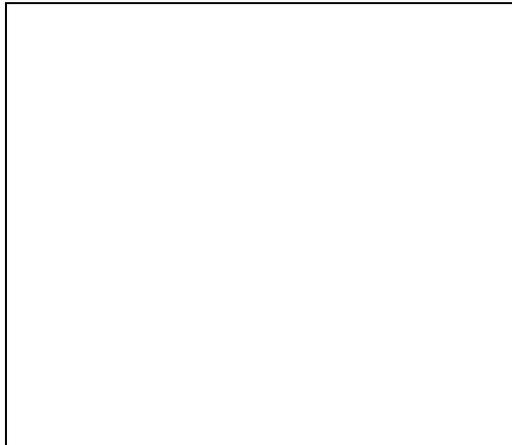
Mesures

Test de dépistage de la douleur au moment de l'entrée des résident-es, lors d'un transfert ou d'un retour de l'hôpital

- Se renseigner sur l'existence de douleurs, consulter les proches des résident-es souffrant de troubles cognitifs
- Examen des documents d'admission et identification de diagnostics ou traitements connus pour être potentiellement douloureux
- En cas de douleur existante : réalisation d'une évaluation détaillée de la douleur avec clarification des facteurs d'influence bio-psycho-sociaux et spirituels, consulter les proches des résident-es souffrant de troubles cognitifs

Enregistrement standardisé et continu de la douleur

- Enregistrement régulier de la douleur à l'aide d'instruments appropriés (par ex. EN, EV, EVA ou ECPA, PAINAID pour l'évaluation par des tiers : la fréquence d'évaluation dépend de la stabilité de la situation douloureuse et des besoins des résident-es



ainsi que de l'enregistrement de l'évolution de la médication) et enregistrement de notes d'évolution

- Vérifier régulièrement les effets des mesures appliquées pour soulager la douleur (à chaque fois qu'une mesure est mise en place)

Organisation de colloques

- Dans les situations douloureuses complexes : implication de l'équipe interprofessionnelle et des proches si nécessaire

Personnel de soins et d'accompagnement

- Connaissances et attitudes face à la douleur chez les personnes âgées
- Expertise en gestion de la douleur
- Attitudes face aux traitements médicamenteux de la douleur
- Application consciente de mesures non médicamenteuses



Formation de l'ensemble du personnel soignant et d'accompagnement

- Connaissance des principes de base concernant la douleur chez les personnes âgées, particulièrement chez les personnes atteintes de démence
- Identification et évaluation de la douleur
- Traitement de la douleur (mesures médicamenteuses et non médicamenteuses, principes de bases de la pharmacologie, Serial Trial Intervention (STI) chez les résident-es atteint-es de démence)
- Renforcement de l'application de soins centrés sur la personne

Établissement

- Concept de la douleur, protocoles ou directives pour l'identification et le traitement de la douleur
- Offres de mesures non médicamenteuses
- Collaboration interprofessionnelle

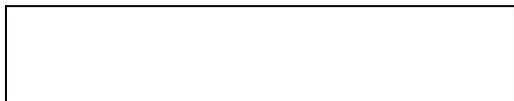


Introduction d'un concept de douleur

- Guide ou directives pour l'enregistrement et le traitement de la douleur (mesures médicamenteuses et non médicamenteuses)
- Instruments d'enregistrement standardisés pour l'autoévaluation et l'évaluation par des tiers de la douleur
- Documentation uniforme
- Réglementation de la coopération interprofessionnelle

Mesures non médicamenteuses

- Extension de l'offre de mesures non médicamenteuses



- Concept pour l'utilisation de mesures non médicamenteuses

Ressources supplémentaires

- CURAVIVA www.curaviva.ch > informations spécialisées > palliative care (en allemand)
- Manuels d'utilisation BESA, Q-Sys, Plaisir/Plex
- Robert, A. (2014). Procédure du dépistage, de l'évaluation et du suivi de la douleur. Groupe FMC Gériatrie et Med Co 31
- Pautex, S., & Vogt-Ferrier, N. (2006). Prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée. *Revue Médicale Suisse*, 2(71), 1629–1630, 1632–1633
- Site internet HUG: Réseau douleur
- Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Programme MobiQual

Bibliographie

- Kaasalainen, S., Brazil, K., Coker, E., Ploeg, J., Martin-Misener, R., Donald, F., DiCenso, A., Hadjistavropoulos, T., Dolovich, L., Papaioannou, A., Emili, A., Burns, T. (2010). An action-based approach to improving pain management in long-term care. *Canadian Journal on Aging* 29 (4), 503–517.
- Métraiiller, A., Vocat, A., Epiney, A., Mabillard, F., Pasche, R., Rey, L., Günter, J.-P., Kunz, A., Bettler, S., Bonvin, L., Rapin, C.-H. (2007). Vers un milieu de vie sans douleur : une équipe se mobilise et se donne les moyens de la clinique pour soulager et combattre la douleur des personnes âgées en EMS. Infokara : *Revue Internationale Francophone de Soins Palliatifs*, 22(3), 63–67.
doi:10.3917/inka.073.0063
- Sommerhalder, K., Gugler, E., Conca, A., Bernet, M., Bernet, N., Serdaly, C., Hahn, S. (2015). *Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS)*. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit.
- Wulff, I., Könnner, F., Kölzsch, M., Budnick, A., Dräger, D., Kreutz, R. (2012). Interdisciplinary guidance for pain management in nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (6), 505–544.

Éditeur

CURAVIVA, Association de branche d'ARTISET,
Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien, Berne

Autrices

D^r Thekla Brunkert, Prof. D^r Franziska Zúñiga : Institut für Pflegewissenschaft, Department of Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel

Renseignements/Informations

info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2^e éd., janvier 2024