

Anticiper le geste douloureux

Il revient aux équipes de soins de se coordonner afin d'identifier les gestes douloureux et de les anticiper : soins d'hygiène, mobilisation / physiothérapie, pose de voie veineuse, de sonde urinaire ou de drain, mobilisation de cathéters, thérapie respiratoire, révision de plaies et réfection de pansements, ponctions, biopsies, examens endoscopiques, imagerie et radiologie interventionnelle, etc.

Tenir compte de l'anxiété du patient (évaluer les craintes et les représentations du geste) ainsi que de sa fatigue.

Avant le geste

- S'assurer que l'antalgique prescrit a été administré avant le geste, ni trop tôt, ni trop tard.
- En cas de douleur «de fond», évaluer l'efficacité du traitement en cours.
- Vérifier que le patient a compris ce qui va être fait et dans quel but.
- Décrire la durée et les étapes du geste afin de renforcer la collaboration du patient.
- S'assurer de l'installation confortable du patient.

Pendant le geste

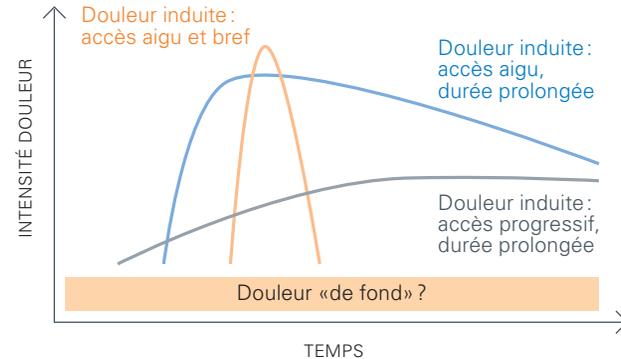
- Être calme, agir sans précipitation.
- Parler au patient : «Comment vous sentez-vous?», «Dites-moi quand vous êtes prêt», etc.
- Renforcer l'écoute et l'observation afin d'évaluer l'antalgie.
- Tenir compte des suggestions du patient (demande de pause, changement de position).
- Oser s'arrêter !

Pendant le geste, la diversion (parler au patient, le toucher, etc.) constitue un moyen additionnel très utile. Des approches

telles que la relaxation, la sophrologie ou l'hypnose peuvent être proposées.

Après le geste

- Évaluer la douleur et l'inconfort liés au geste.
- Adapter l'antalgie (voir document *Prise en charge de la douleur aiguë nociceptive* sur <http://reseaudouleur.hug-ge.ch>).
- Si nécessaire, revoir avec le patient et les collègues la prescription d'antalgique avant tout nouveau geste douloureux.
- Documenter dans le dossier patient pour assurer la continuité des soins.



Le choix du traitement dépend de la durée du geste, de l'intensité de la douleur attendue, de la présence éventuelle d'une douleur «de fond» ainsi que des antalgiques/anxiolytiques déjà prescrits.

Plus d'information sur <http://reseaudouleur.hug-ge.ch>

Le bon antalgique au bon moment

Adultes

Ce dépliant traite de la douleur induite qui est une problématique sous-estimée dans les soins ambulatoires et hospitaliers. Il s'agit d'une douleur, souvent de courte durée, causée par un soignant ou une thérapeutique, dont la survenue est prévisible et susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées.

Avant de prescrire un antalgique

- 1) faire un bilan étiologique; 2) évaluer le traitement en cours (efficacité, interactions, etc.);
- 3) évaluer l'intensité de la douleur attendue et les co-morbidités; 4) privilégier les prescriptions en cours.

Le bon antalgique au bon moment

■ Ne pas faire le soin
■ On peut commencer
■ Faire les soins (efficacité max.)

| Molécules | Spécialités | Voies d'administration | 15mn | 30min | 45min | 1h00 | 1h15 | 1h30 | 1h45 | 2h00 | 2h15 | 2h30 | 2h45 | 3h00 | |
|---------------------|--|---------------------------------------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Paracétamol | Dafalgan® cp efferv à 0.5 et 1g | per os | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| | Perfalgan® amp 1g | iv | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Anti-inflammatoires | Brufen® cp 400-600mg | per os | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| | Toradol® amp 30mg | iv | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Topiques | Xylocaïne® gel 2% : 10ml = 200mg (max 800mg/24 heures); sur plaie ouverte/fermée, à éviter en cas de nécrose sèche, en 1 ^{ère} intention, avant le spray | topique (mettre un Opsite®) | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| | Xylocaïne® spray 10% : chaque pression de la soupape libère 10mg (max 200-600mg); à privilégier en cas de nécrose sèche | topique (mettre une compresse humide) | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| | EMLA® crème 5% : 1g soit 3.5cm de ruban d'un tube de 30g sur 10cm ² sur plaie ouverte (max 1.5-2g/10cm ² , jusqu'à 10g); sur plaie ouverte/fermée et sur le pourtour d'une nécrose sèche; la crème sous Opsite peut être laissée jusqu'à 5 heures au maximum | topique (mettre un Opsite®) | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| | EMLA® patch 1g: max 20 patches à la fois sur peau saine; le patch peut être laissé 5 heures au maximum | topique | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Tramadol | Tramal® cp à 50mg, gttes (20gttes=50mg) | per os | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| | Tramal® amp 100mg (perfusion courte ou iv lent) | iv | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Opiacés de choix | Temgesic® cp s/ling sécables à 0.2 et 0.4mg (si insuffisance rénale, pas d'autres opiacés) | s/lingual | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| | Temgesic® amp 0.3mg (si insuffisance rénale, pas d'autres opiacés) | iv, im | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| | Morphine sirop à 0.1%, 1% et 2% ou Sevredol® cp sécables à 10 et 20mg | per os | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| | Morphine amp 10mg | sc, iv | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |

L'hydromorphone (po, sc, iv) et l'oxycodone (po) possèdent une cinétique d'effet antalgique comparable à celle de la morphine. Le MEOPA est une alternative selon les sites.