

La douleur chez les patients en fin de vie incapables de communiquer

Diane Tapp, inf. PhD, ICSP(C)



UNIVERSITÉ
LAVAL



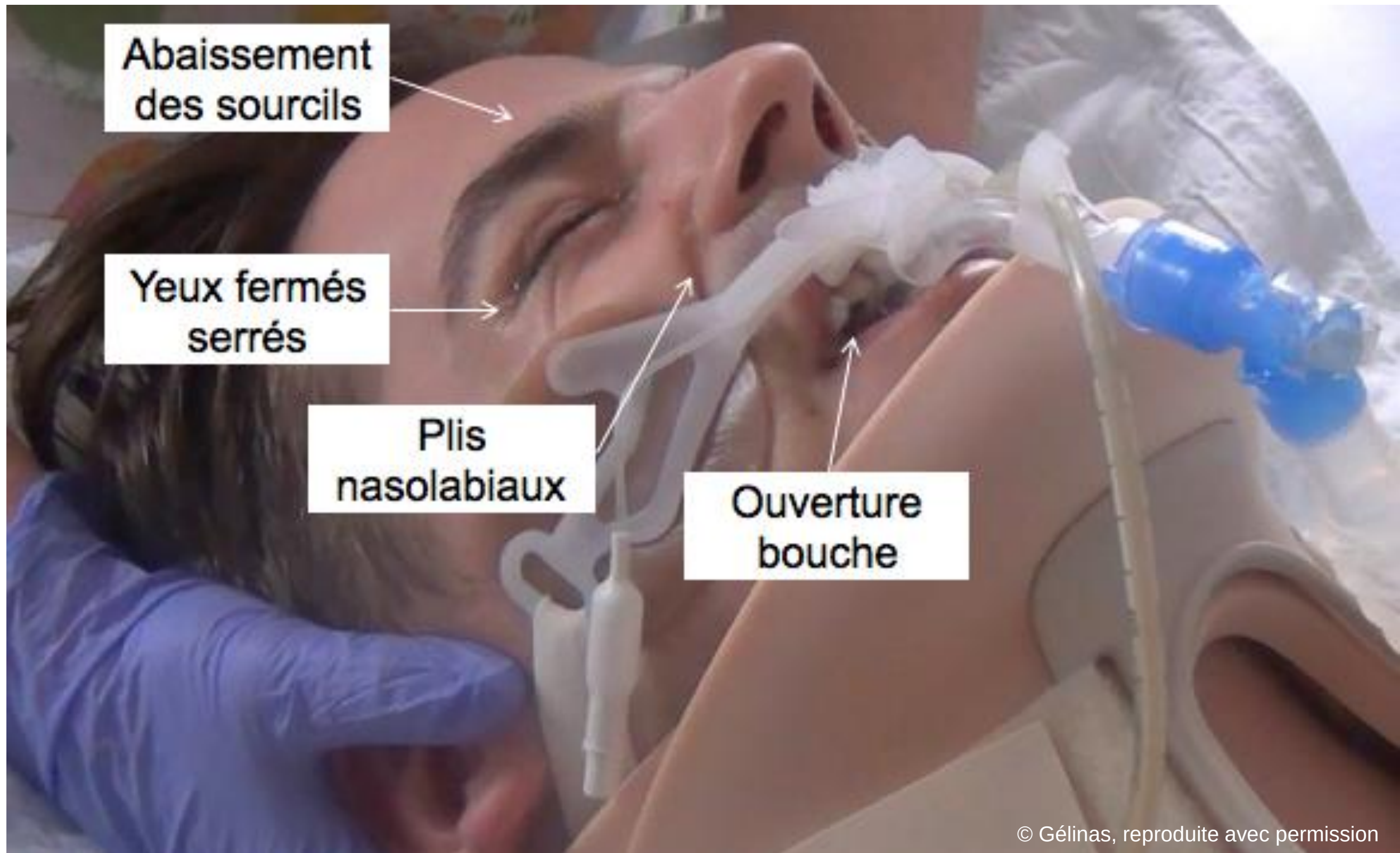
Douleur et fin de vie terminale

- Outils de dépistage de la douleur chez les patients en soins palliatifs incapables de communiquer (ODPTIC): Une revue systématique
- Projet SOS: Surveillance optimale de la sédation:

Douleur et fin de vie terminale

- ▶ Lorsque la personne en fin de vie n'est plus en mesure de s'exprimer et que les fonctions cognitives déclinent, il devient plus difficile d'estimer la présence et l'intensité de la douleur.
 - ▶ On s'attarde donc aux signes comportementaux laissant présumer de la présence de douleur

Signes comportementaux de la douleur



Signes comportementaux généraux de la douleur

- * Grimaces, plis nasolabiaux, froncement des sourcils
- * Cris, gémissements et sons
- * Rigidité musculaire, tension dans les membres
- * Mouvements ou agitation
 - ▶ Les outils pour les patients inconscients aux soins intensifs se basent généralement sur ces critères

Signes comportementaux généraux de la douleur

- ▶ Plus ou moins applicables en contexte de démence où plus d'éléments doivent être pris en considération:
 - ▶ Expression faciale
 - ▶ Verbalisations, vocalisations
 - ▶ Mouvements corporels
 - ▶ Changements dans les interactions sociales
 - ▶ Changements dans les patterns d'activités ou les routines
 - ▶ Changements au niveau de l'état mental

Des outils pour les patients en fin de vie?

- › Un seul outil d'évaluation des signes comportementaux de la douleur a été développé spécifiquement pour la population en fin de vie (McGuire et al., 2011). Il est disponible seulement en anglais.
- › Les outils pour les patients atteints de démence sont utilisés même en contexte de fin de vie terminale. Est-ce que l'échelle demeure suffisamment fiable lorsque la personne n'interagit plus et est alitée?
- › Certains cliniciens en soins palliatifs s'inspirent des outils aux soins intensifs. Est-ce que ces outils (items) sont transférables? Avec les mêmes seuils de douleur?

LA SÉDATION PALLIATIVE EN FIN DE VIE



MISE À JOUR
08/2016
GUIDE
D'EXERCICE

Société québécoise
des médecins
de soins palliatifs


COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

LA SÉDATION PALLIATIVE EN FIN DE VIE



Importance de l'évaluation rigoureuse et systématique de la douleur et de la sédation, notamment par l'utilisation d'un outil.

GUIDE
D'EXERCICE

Société québécoise
des médecins
de soins palliatifs


COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Date (jour)	Heure	Niveau de sédation Légende 1*	Soulagement de la douleur (Nociception Coma Scale adapté par Vinay, 2011)								Intensité des symptômes respiratoires Légende 2*	Autres observations à rechercher Légende 3*
			Visage Détendu = 1 Tendu = 2 Crispé = 3 Grimaçant = 4	Larmes Absentes = 1 Présentes = 2	Geignements Absents = 1 Présents = 2	Membres Souples = 1 Raides = 2 Rigides = 3	Mouvements Calme = 1 Remuant = 2 Agité = 3 Très agité = 4 Combatif = 5	Respiration < 19 = 1 ≥ 19 = 2	Pouls N < 110 = 1 ≥ 110 = 2	Total		

- ▶ Quelles sont les qualités psychométriques de cet outil?
- ▶ Traduction validée?
- ▶ Validation en fin de vie? (items respiration et pouls?)
- ▶ Signification du score?

Pourquoi un outil d'évaluation?

- › Sur le plan scientifique: Une mesure standardisée
 - › Pour étudier et documenter les meilleurs moyens (selon les connaissances actuelles) d'évaluer la douleur pour les patients en fin de vie de même que de tester des interventions visant le confort.
- › Sur le plan clinique: Un aide-mémoire
 - › Soutenir l'évaluation de la douleur, notamment chez les infirmières peu expérimentées en soins palliatifs

Le projet ODPTIC (RRISIQ-FRQS 2015-2017)

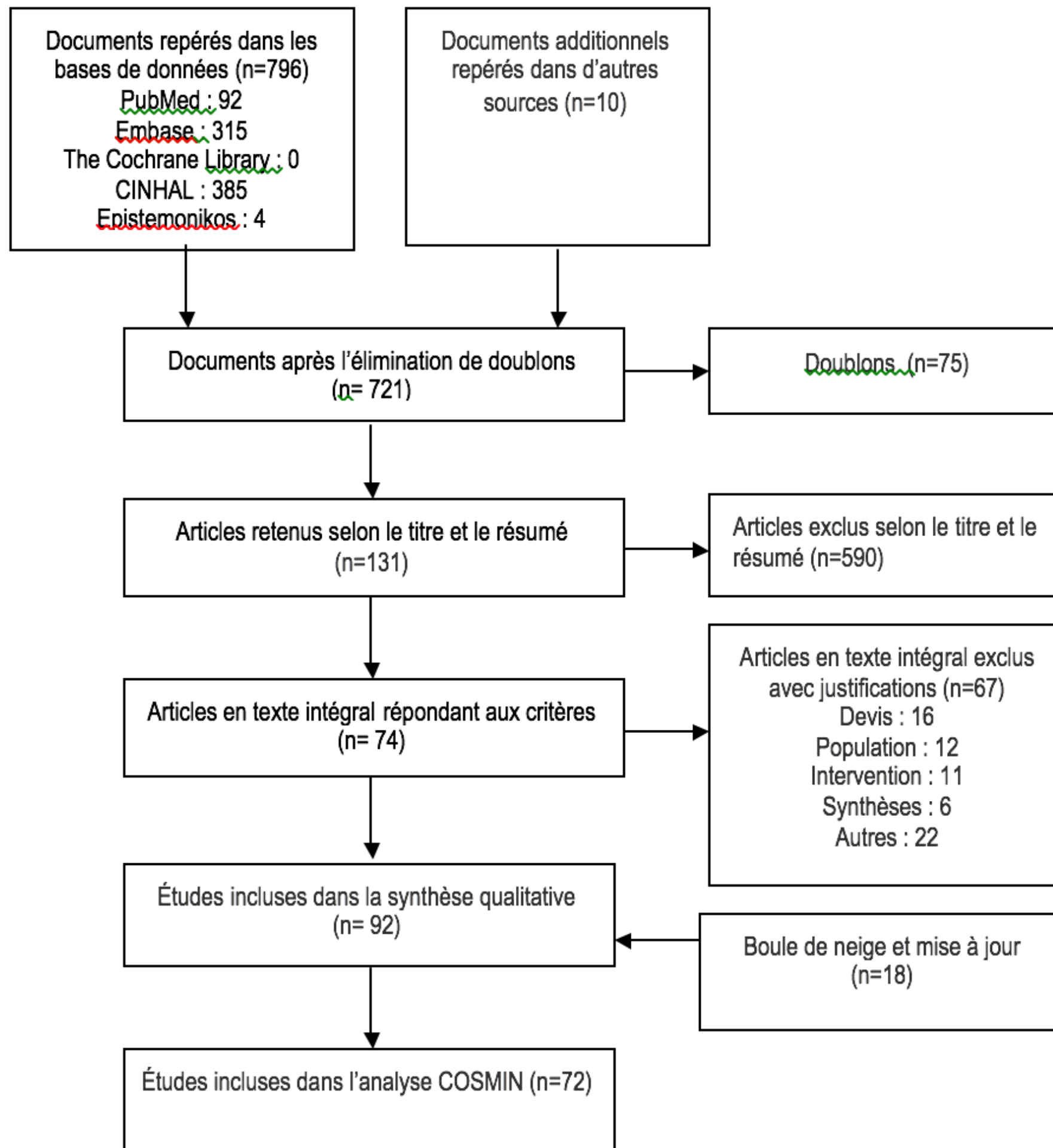
- ▶ Question: Quelles sont les qualités psychométriques des Outils de dépistage de la douleur chez les patients incapables de communiquer?
 - ▶ Démence-Soins intensifs-Soins palliatifs
- ▶ Quelles sont les validations réalisées en contexte de fin de vie?
- ▶ But: Identifier le/les outil(s) d'évaluation de la douleur le(s) plus « approprié(s) » pour la clientèle incapable de communiquer en fin de vie

Le projet ODPTIC: Méthodologie

- ▶ Recension dans 5 bases de données le 21 février 2016
- ▶ Validation des stratégies de recherche par deux experts)
- ▶ Intégration dans une base de données (EndNote)

Le projet ODPTIC: Méthodologie

- ▶ Critères d'inclusion: toute étude faisant l'évaluation des qualités psychométriques et de l'utilité clinique des outils d'évaluation de la douleur chez les patients incapables de communiquer.
- ▶ Critères d'exclusion: Études ou outils...
 - ▶ développés pour les bébés et les enfants
 - ▶ utilisés à des fins autres que celles mentionnées jusqu'à maintenant (études randomisées);
 - ▶ impliquant une clientèle partiellement capable de s'exprimer (atteinte légère) ou encore liée à un handicap physique (ex. sourd-muet).



Le projet ODPTIC: Méthodologie

- ▶ Extraction et analyse de la qualité
 - ▶ par deux chercheurs indépendants avec obtention d'un consensus au terme du processus
 - ▶ selon les standards COSMIN: « COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments »
 - ▶ Consensus d'experts; Terminologie englobante et définitions, État de l'art (>2014)

Exemple d'une boîte Cosmin (consistance interne)

Box A. Internal consistency

	excellent	good	fair	poor
1 Does the scale consist of effect indicators, i.e. is it based on a reflective model? <i>Design requirements</i>				
2 Was the percentage of missing items given?	Percentage of missing items described	Percentage of missing items NOT described		
3 Was there a description of how missing items were handled?	Described how missing items were handled	Not described but it can be deduced how missing items were handled	Not clear how missing items were handled	
4 Was the sample size included in the internal consistency analysis adequate?	Adequate sample size (≥ 100)	Good sample size (50-99)	Moderate sample size (30-49)	Small sample size (< 30)
5 Was the unidimensionality of the scale checked? i.e. was factor analysis or IRT model applied?	Factor analysis performed in the study population	Authors refer to another study in which factor analysis was performed in a similar study population	Authors refer to another study in which factor analysis was performed, but not in a similar study population	Factor analysis NOT performed and no reference to another study
6 Was the sample size included in the unidimensionality analysis adequate?	7* #items and ≥ 100	5* #items and ≥ 100 OR 6-7* #items but < 100	5* #items but < 100	< 5 * #items

Exemple d'une boîte Cosmin (consistance interne)

Box A. Internal consistency					
		excellent	good	fair	poor
1	Does the scale consist of effect indicators, i.e. is it based on a reflective model?				

- ▶ 9 boîtes (consistance interne, fidélité, erreur de mesure, validité de contenu, validité structurelle, test d'hypothèses (validité de construit), validité transculturelle, validité de critère, Responsiveness (validation discriminante)).
- ▶ Pour coter: On considère la cote la plus faible par boîte et puis pour le score total (selon boîtes remplies).

Résultats

- › 92 études analysées
- › 18 outils recensés développés entre 2001 et 2016
 - › 9 outils pour les patients atteints de démence (pas tous un score cosmin)
 - › 8 outils pour les patients sédationnés aux soins intensifs (pas tous un score cosmin)

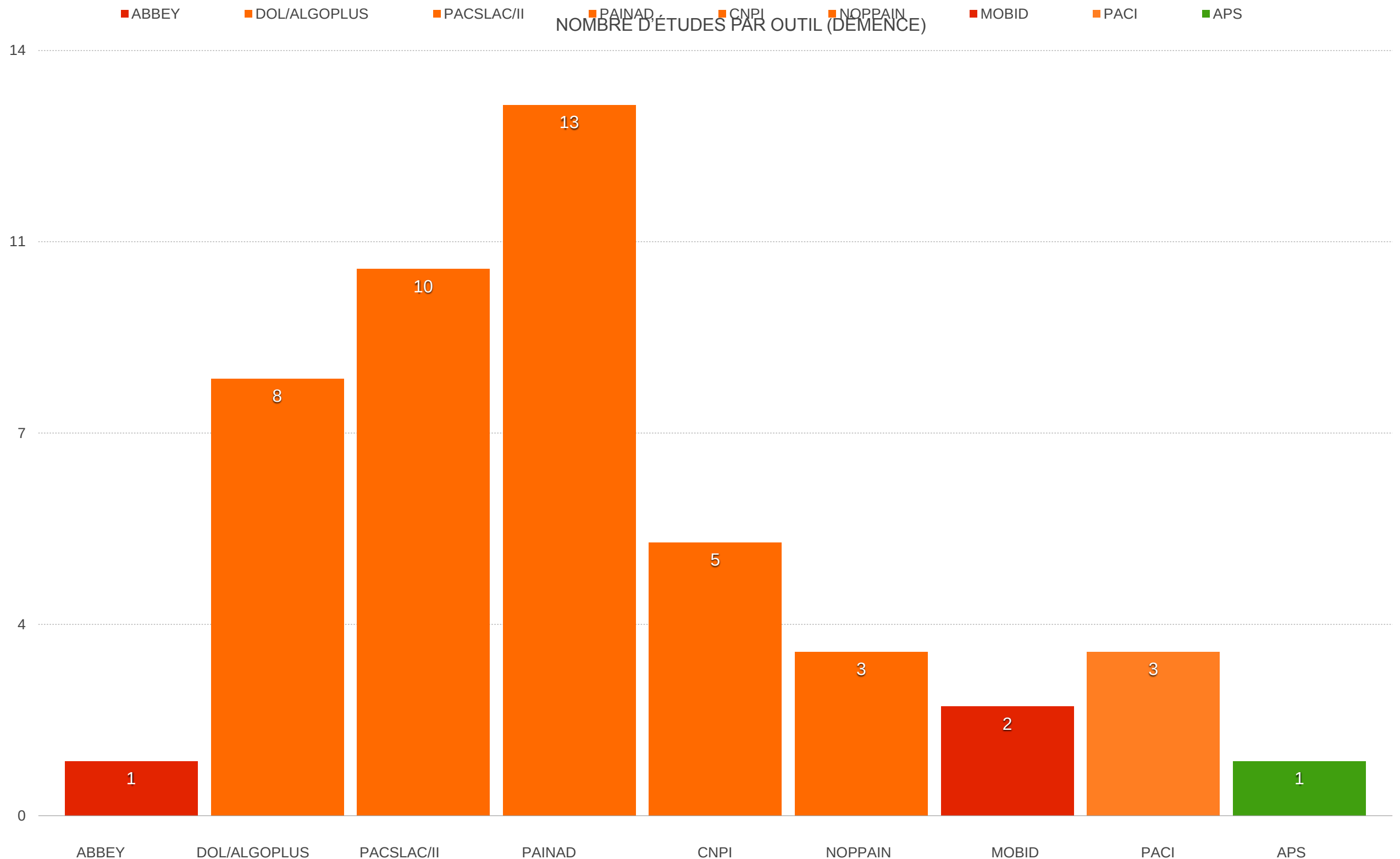
Résultats

- › Fin de vie?
- › 1 outil pour les patients en soins palliatifs (MOPAT)
- › 1 outil validé (préliminaire) en fin de vie aux USI (CPOT)
- › Parmi les études avec les patients atteints de démence sévère, difficile de déterminer lesquels étaient en fin de vie

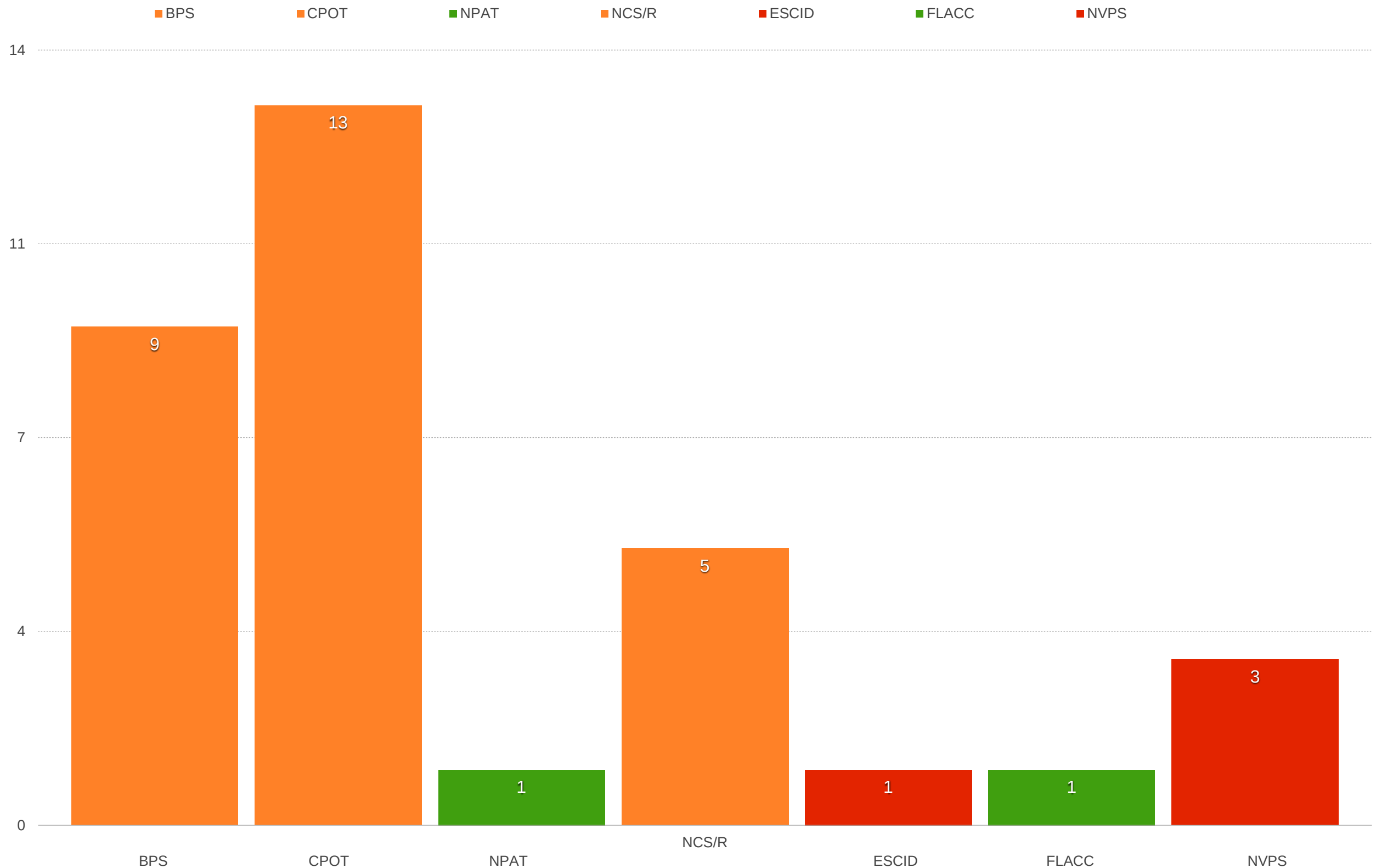
Résultats

- Grande hétérogénéité des outils et des études. Comparaisons possibles avec la consistance interne et la fidélité « inter-juges ».
- Moyenne des résultats de consistance interne pour chaque outil puis pondéré en fonction de la qualité des études (qui tient compte notamment de la taille de l'échantillon).
 - Poor (1): 50%
 - Fair (2): 75%
 - Good (3) et Excellent (4): 100%

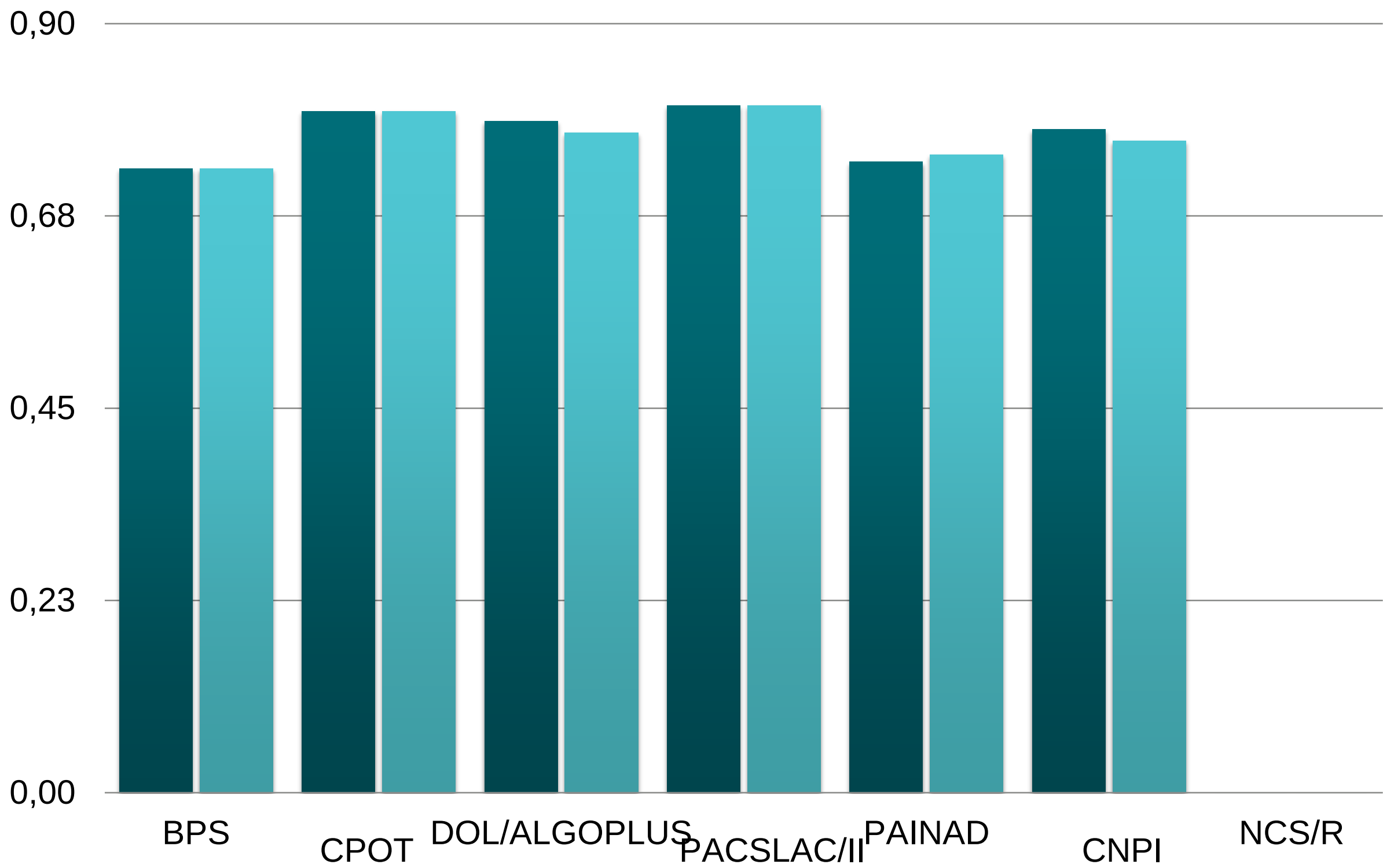
Nombre et qualité moyenne des études selon les outils -Démence



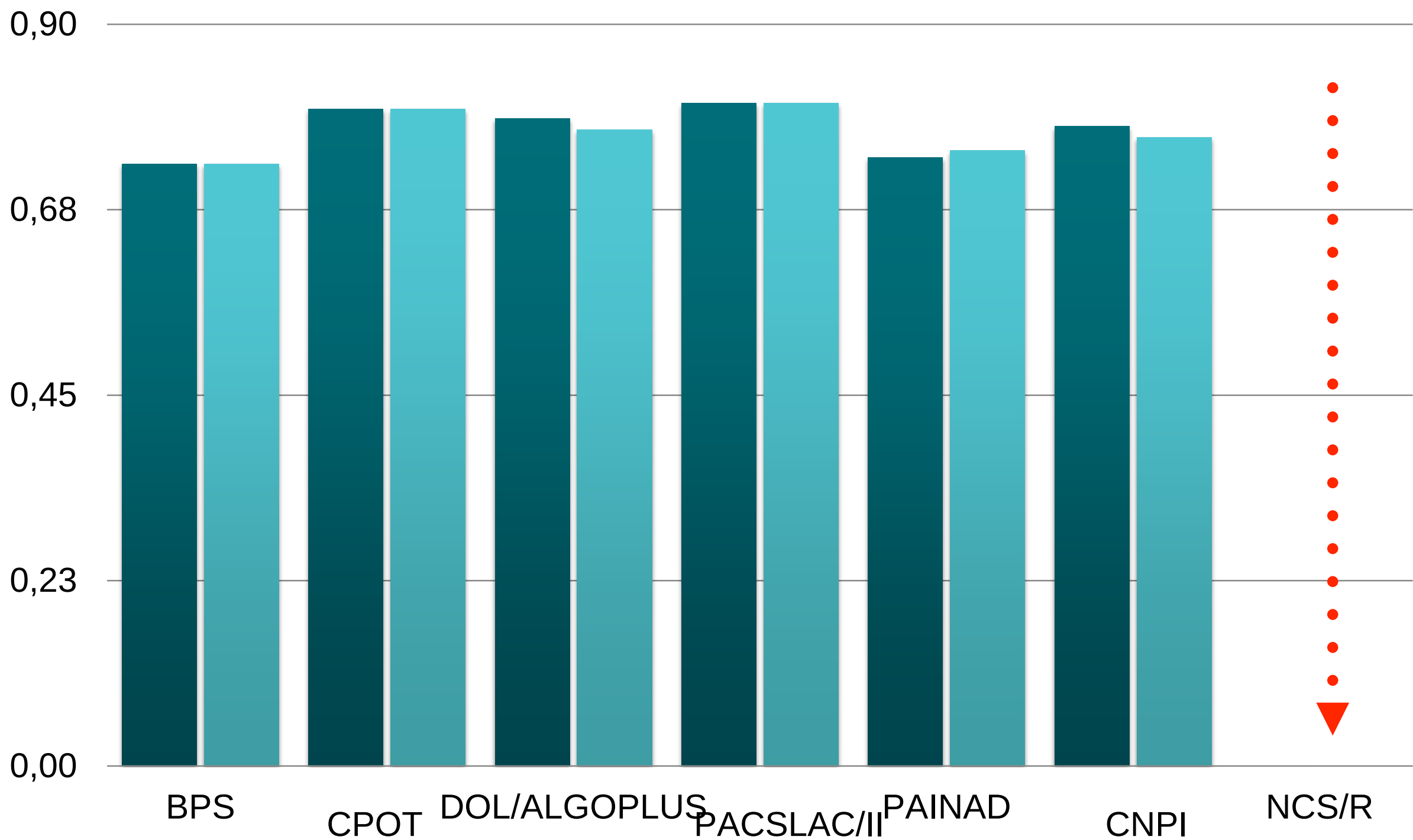
Nombre et qualité moyenne des études selon les outils -Soins intensifs



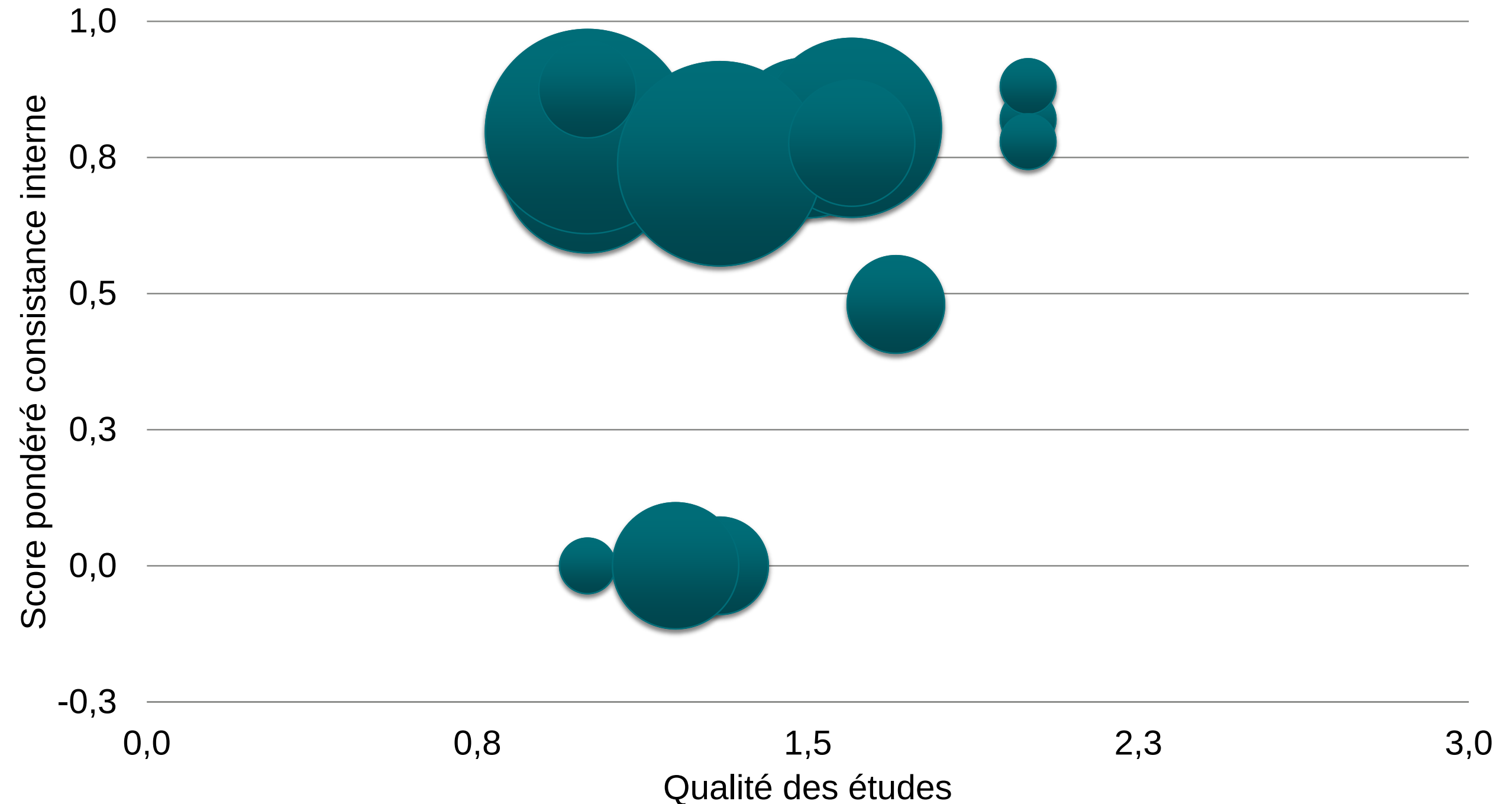
Consistance interne Comparaison Score total et Score po



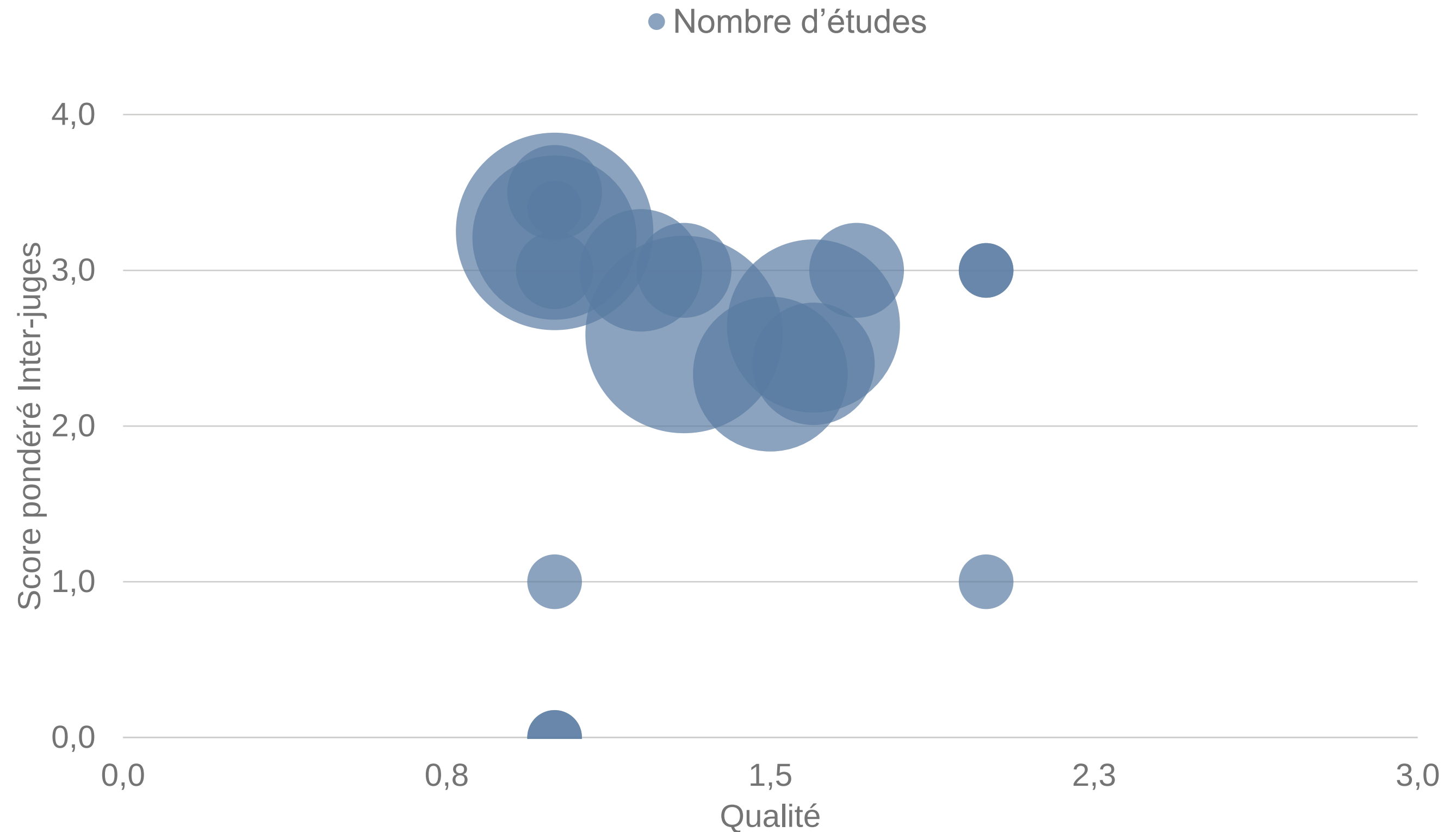
Consistance interne Comparaison Score total et Score po



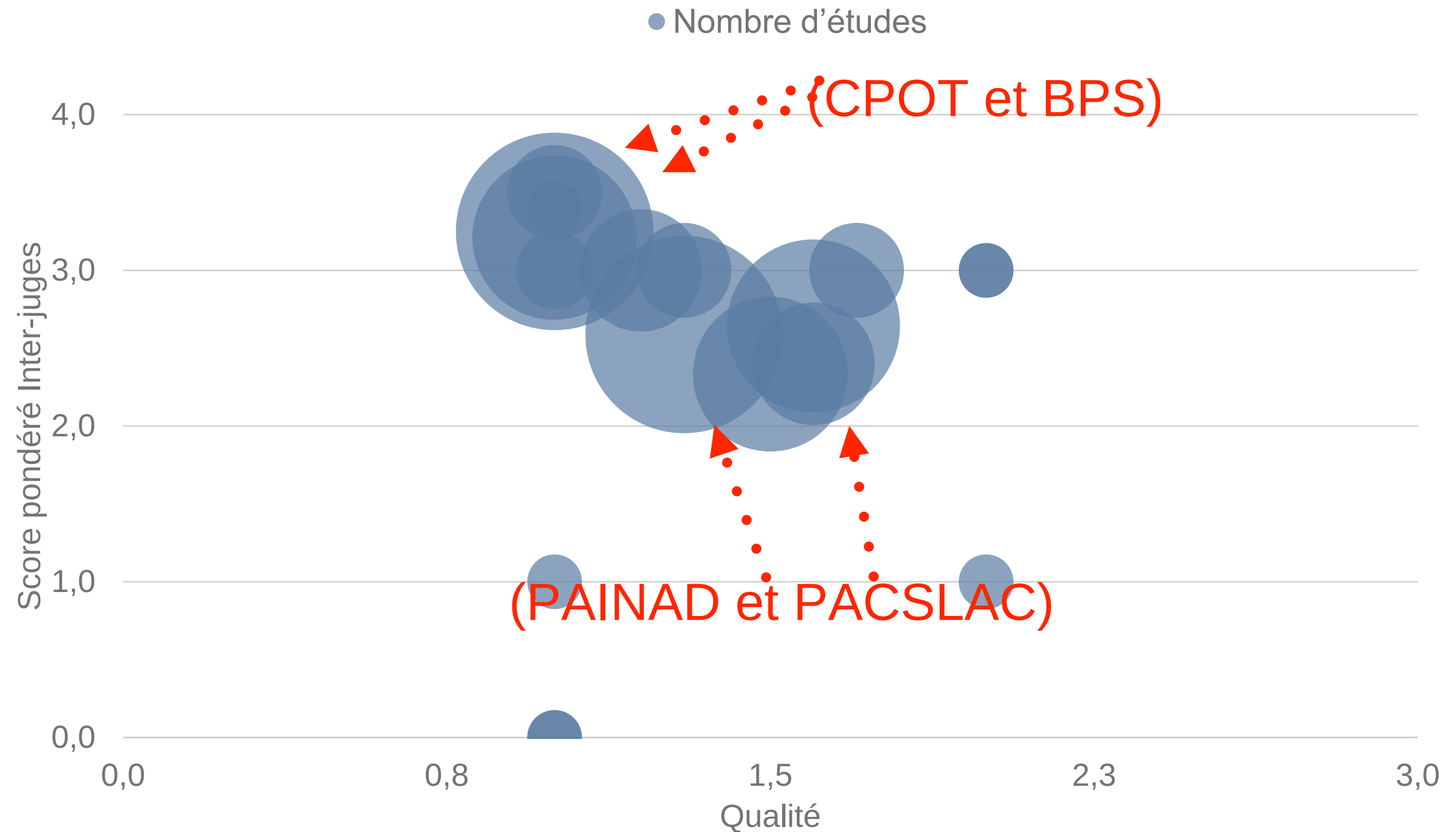
Score pondéré de consistance interne en fonction de la qualité et du nombre d'études



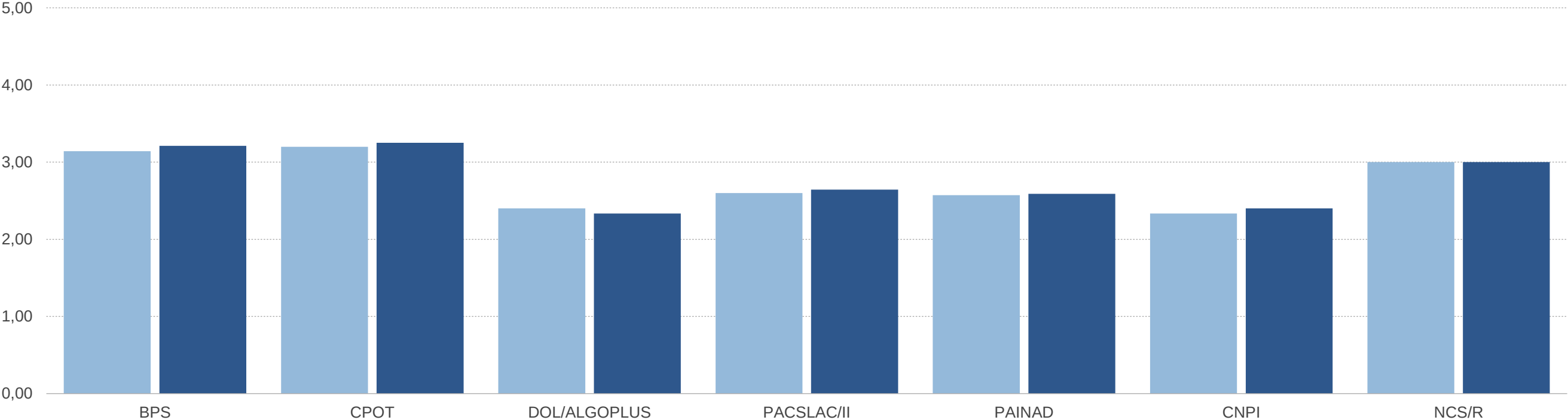
Score pondéré de fidélité inter-juges en fonction de la qualité et du nombre d'études



Score pondéré de fidélité inter-juges en fonction de la qualité et du nombre d'études



Fidélité inter-juges (score moyen et score moyen pondéré)



RÉSULTATS TOUS (> 5 études)

Outil/ÉTUDE	SCORE PONDÉRÉ CI	SCORE PONDÉRÉ IJ	SCORE TOTAL
CPOT	0,80	3,25	2,60
BPS	0,73	3,21	2,34
PACSLAC/II	0,80	2,64	2,11
PAINAD	0,74	2,59	1,92
CNPI	0,78	2,40	1,87
DOL/ALGOPLUS	0,79	2,33	1,84
NCS/R	0,00	3,00	0,00

Autres tests

- ▶ Autres analyses à venir pour le « responsiveness » et la faisabilité clinique.
- ▶ La très grande majorité des outils étaient en mesure de détecter des changements à des stimuli douloureux (mobilisation, changement de pansement, etc.).
- ▶ Les informations liées à la pertinence et faisabilité cliniques sont hétérogènes et parfois peu concluantes.

Forces et Limites

- ▶ Grille « indépendante du contexte » et rigueur (sévérité?) du processus
- ▶ Analyse réalisée uniquement sur les articles et les données disponibles (auteurs non-contactés).
 - ▶ Données manquantes (intervalles de confiance)
- ▶ Stratégie de recherche très (trop?) spécifique

Pistes de recherche

- ▶ Validation et comparaison de différents outils en fin de vie dans différents contextes
- ▶ Implantation et évaluation d'un outil de surveillance de la douleur et de la sédation

Le projet SOS

Surveillance optimale de la sédation palliative:

- › Décembre 2015: Équipe de l'IUCPQ
 - › À la recherche d'un outil plus solide et plus adapté à la clientèle en fin de vie (norme sédation palliative)
 - › Démence et fin de vie: Délaissement des outils par les cliniciens.

Le projet SOS

Surveillance optimale de la sédation palliative:

- > CPOT
 - > Accessible car développé par une québécoise et expertise locale d'implantation (IUCPQ)
 - > Reconnu pour ses propriétés psychométriques aux soins intensifs

ÉVALUATION DOULEUR ET SÉDATION

ÉCHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR (CPOT)

Indicateur / Score (0 à 8)			Description			
Expression faciale	Détendue, neutre	0	• Aucune tension musculaire observable au niveau du visage			
	Tendue (haut <u>ou</u> bas du visage)	1	a. Front plissé et sourcils abaissés b. Yeux serrés c. Tout autre changement (ex. : ouvre soudainement les yeux, présence de larmes lors de la mobilisation)			
	Grimace (haut <u>et</u> bas du visage)	2	• Yeux fermés, serrés avec front plissé, sourcils abaissés et plis nasolabiaux			
Mouvements corporels	Absence de mouvements ou position normale	0	a. Immobile, ne bouge pas (ne signifie pas nécessairement une absence de douleur) b. Position normale (mouvements non dirigés vers la douleur ou non réalisés dans le but de se protéger de la douleur)			
	Mouvements de protection	1	a. Mouvements lents, prudents b. Touche ou frotte le site de douleur c. Se dirige vers le site de douleur, les tubes d. Attire l'attention en tapant du pied ou des mains e. Tout autre mouvement : noter dans les notes			
	Agitation	2	a. Tire sur ses tubes b. Essaie de s'asseoir dans son lit c. Bouge constamment d. Ne collabore pas e. Repousse le personnel f. Tente de passer par dessus les barreaux du lit			
Vocalisation	S'exprime normalement ou demeure silencieux	0	Tension musculaire	Détendu	0	• Absence de résistance aux mouvements, tonus normal
	Gémit, soupire	1		Tendu, rigide ou crispé	1	• Résistance aux mouvements
	Crie, pleure	2		Très tendu, rigide ou crispé	2	a. Difficulté ou incapacité à exercer les mouvements b. Serre les poings

ÉCHELLE DE RASS

+ 4 Combatif (danger pour équipe)	1. Sécrétions bronchiques très abondantes réfractaires
+ 3 Très agité (arrache le matériel ou agressif envers l'équipe)	2. Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
+ 2 Agité (mouvements fréquents sans but précis)	3. Détresse psychologique ou existentielle réfractaire
+ 1 Ne tient pas en place (anxieux ou craintif, mouvements orientés)	4. Détresse respiratoire majeure récidivante
0 Éveillé et calme	5. Douleur intraitable et intolérable
- 1 Somnolent (pas complètement éveillé, reste éveillé avec contact visuel à l'appel plus de 10 sec.)	6. Dyspnée progressive et incontrôlable
- 2 Diminution légère de la vigilance (reste éveillé brièvement avec visuel à l'appel moins de 10 sec.)	7. Convulsions réfractaires
- 3 Diminution modérée de la vigilance (n'importe quel mouvement à l'appel ex : ouverture des yeux sans contact visuel)	8. Nausée et vomissements incoercibles
- 4 Diminution profonde de la vigilance (aucun mouvement à l'appel mais tous les mouvements à la stimulation physique)	9. Détresse hémorragique
- 5 Non réveillable (absence de mouvement)	10. Autre état réfractaire :

Effets secondaires :

- | | | |
|-----------------------|-------------------|------------------|
| 1. Confusion | 2. Étourdissement | 3. Hallucination |
| 4. Nausée | 5. Vomissements | 6. Constipation |
| 7. Rétention urinaire | 8. Myoclonie | |

État respiratoire :

- Fréquence
- Rythme : **R** : Régulier **I** : Irrégulier
- Amplitude : **N** : Normale **P** : Profonde **S** : Superficielle

Travail réalisé par
Diane Francoeur

Travail réalisé par
Diane Francoeur

Facteurs de risque de dépression respiratoire ☒															Détresse respiratoire critères selon INESSS																						
☐ Obésité IMC supérieur à 35 kg/m ² ☐ Apnée du sommeil ☐ Traumatisme crânien ☐ Insuffisance rénale ou hépatique ☐ Personne âgée de plus de 70 ans ☐ Atteinte pulmonaire ☐ Prise d'autres médicaments déprimeurs du SNC ☐ Prise d'un nouvel opioïde depuis moins d'une semaine ☐ Toxicomanie/polypharmacie (plus de 5 médicaments) ☐ Douleur intense qui cesse subitement															Les 3 critères doivent être présents pour appliquer le protocole, sinon aviser le médecin. Critères : 1. Présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques : détresse respiratoire majeure ou d'une douleur intolérable ou d'une hémorragie massive. 2. État de panique - anxiété intense avec un regard effrayé. 3. Agitation presque constante, mouvements fréquents non intentionnels, combatif.																						
Évaluation pré-administration															Évaluation post-administration																						
Année Date		Heure		Symptômes réfractaires		Expression faciale		Mouvements corporels		Vocalisation		Tension musculaire		SCORE TOTAL CPOT		Intensité /10		O = Oui N = Non		Détresse respiratoire		RASS		Respiratoire		*Saturation % (SpO ₂)		i.v., s.c., p.o., T. (transdermique) s.l.		Opioïdes		Sédations		Initiales			

Le projet SOS

Surveillance optimale de la sédation palliative (2017-2019):

- Phase 1: Pré-test puis implantation et validation du CPOT et du RASS en soins palliatifs au 3e ND de l'IUCPQ (patients sous sédation palliative continue). Évaluation post à venir, extraction des dossiers pour validation des outils sous peu.
- Phase 2: Poursuite de la validation et implantation du CPOT-RASS pour les patients en fin de vie sous sédation palliative continue à la Maison Michel-Sarrazin (MMS) et au 6e soin intensif de l'IUCPQ (début sous peu).

Le projet SOS

Surveillance optimale de la sédation palliative:

- Phase 3: Étude de besoin provinciale (stratégie intégrée de transfert des connaissances) des milieux en soins palliatifs. Hiver-Printemps 2018.
 - Différentes régions du Québec?
 - Différents contextes? (CH, soutien à domicile, CHSLD, etc.).
 - Où en sont-ils avec leur outil de surveillance de la sédation palliative?

Conclusion

- Les outils d'évaluation de la douleur pour les patients incapables de communiquer doivent être validés pour les différents contextes des soins palliatifs
 - Besoin scientifique et clinique
 - Vers une ou des solutions cliniques basées sur les meilleures connaissances actuelles disponibles.

Merci aux collaborateurs et aux co-chercheurs!

ODPTIC: Tapp, D., Douville, F., Mbourou Azizah, G., Wright, D. K., Desbiens, J. F., Gélinas, C., Desbiens, J.-F., Verreault, R. & Misson, L.

SOS: Tapp, D., Gélinas, C., Douville, F., Desbiens, J-F, Aubin, M., Gauthier, L. & Francoeur, D.

Références sélectionnées

Aubin, M., et al. “L’Évaluation Systématique Des Instruments Pour Mesurer La Douleur Chez Les Personnes Âgées Ayant Des Capacités Réduites à Communiquer.” *Pain Res Manag.* 2007 Autumn; 12(3): 195–203, 2007.

Boitor, Madalina, et al. “Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and Vital Signs in Relation to the Sensory and Affective Components of Pain During Mediastinal Tube Removal in Postoperative Cardiac Surgery Intensive Care Unit Adults.” *The Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 31, no. 5, 2016, pp. 425–432., doi:10.1097/jcn.0000000000000250.

Chatelle, C., et al. “The Nociception Coma Scale: A New Tool to Assess Nociception in Disorders of Consciousness.” *PAIN*, 24 Oct. 2009, www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395909005648.

Collège des médecins du Québec. *La Sédation Palliative En Fin De Vie*. Collège Des Médecins Du Québec, June 2016, www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-fr-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf.

Gelinas, C., and C. Johnston. “Pain Assessment in the Critically Ill Ventilated Adult: Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and Physiologic Indicators.” *Acute Pain*, vol. 9, no. 3, 2007, p. 175., doi:10.1016/j.acpain.2007.08.016.

Mokkink, Lidwine B., et al. “The COSMIN Checklist for Assessing the Methodological Quality of Studies on Measurement Properties of Health Status Measurement Instruments: an International Delphi Study.” *Quality of Life Research*, Springer Netherlands, May 2010, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852520/.

Fond d’écran. CCO <https://pxhere.com/fr/photo/1071749>