Université Paris Descartes

MÉMOIRE

Evaluation de l'Utilisation du MEOPA en EHPAD

Par Docteur Hachem TABBAH

DIU Formation à la fonction de

Médecin Coordonnateur en EHPAD

Année Universitaire 2014

Directeurs de mémoire :

Docteur Serge Reingewirtz

et Docteur Jean-Claude Malbec

Remerciements

Docteur Clémence BOULLY pour son aide si précieuse

Tous les consœurs et confrères qui ont bien voulu participer à cette étude

A mon père … parti trop vite …

A ma femme, ma lumière, pour toutes ces années passées et celles à venir…

« Il faut passer d'un regard qui dévisage à un regard qui envisage » Jean Cocteau

SOMMAIRE :

I Introduction **p04**

II Méthode **p05**

III Résultats **p05**

IV Discussion **p09**

1) Réponse à l'objectif **p09**

2) Avantages et Désavantages de l'étude **p09**

3) Comparaison avec d'autres études : *commentaires et critiques en italique* **p10**

4) Hypothèse et interprétation **p12**

5) Ouverture **p13**

V. Résumé **p14**

Références Bibliographiques **p15**

Annexe 1 **p17**

I Introduction

« Sois sage, ô ma douleur, et tiens-toi plus tranquille. » BAUDELAIRE - Nouvelles fleurs du mal - VII. Recueillement.

La douleur est une *"expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage".* International Association for the Study of Pain.

La personne âgée en gériatrie ou en EHPAD présente fréquemment des pathologies multiples et la douleur physique se rajoute à la douleur psychique.

Quelques chiffres : 60 % des personnes âgées ont des douleurs chroniques, 80 % des personnes âgées ont des douleurs en fin de vie selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).

La prévalence de la douleur en institution serait de 45 à 80 % selon l'AGS (American Geriatrics Society) 2002.

Selon le Code de la Santé Publique « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Celle -ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée et traitée » (Article L.1110-5, alinéa 3).

Dans cette perspective l'évaluation de l'utilisation du MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote) me semble une démarche intéressante d'autant plus que peu d'études d'évaluation ont été faites et que l'utilisation du MEOPA est plutôt rare et semble compliquée à première vue .

J'ai trouvé dans la littérature deux études qui traitent de ce sujet : une thèse et un article (voir Bibliographie) :

Thèse de Doctorat en Médecine : Évaluation du recours au MEOPA en médecine de ville, par Anne VERRAT , 2012

Article : MEOPA et sujet âgé : faisabilité et freins à son utilisation en institution, Françoise CAPRIZ et all. , 2012

Le but de cette étude est de recueillir des données descriptives concernant l'utilisation du MEOPA en EHPAD en 2014.

Je me propose dans cette étude de mettre en commun l'expérience de l'utilisation du MEOPA de plusieurs établissements dans la prise en charge de la douleur liées aux soins en EHPAD pour une évaluation globale et un apport à l'amélioration des bonnes pratiques.

II Méthode

Un questionnaire (Annexe 1) comportant 18 questions a été envoyé aux médecins coordonnateurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publiques et privées de la région Centre. Les EHPAD ont été sélectionnées en utilisant les listings présents sur internet, les listes établies par le numéro FINESS ainsi que les listes fournies par l'ARS – ROR Centre. Le questionnaire a également été distribué aux étudiants et enseignants participant au DIU « Formation à la fonction de médecin coordonnateur », de l'Université Paris Descartes.

Les questionnaires ont été adressés par courrier électronique et retournés par courrier électronique, courrier postal ou fax.

Les médecins coordonnateurs devaient renseigner dans un premier temps les données démographiques concernant leur institution. Dans un second temps, des questions visant à comprendre l'utilisation du MEOPA en EHPAD étaient posées. Je me suis également intéressé à la présence ou non d'un personnel formé, aux indications du MEOPA, aux conditions d'administration du MEOPA, au coût engendré par un tel traitement, à la satisfaction présumée du patient et des soignants, aux réticences d'utiliser un tel traitement.

Les données ont été recueillies sous forme d'un tableau Excel.

L'analyse statistique :
Les caractéristiques des patients ont été étudiées à l'aide de statistiques descriptives simples : moyenne et écart-type pour les variables continues, nombre et pourcentage pour les variables catégorielles.

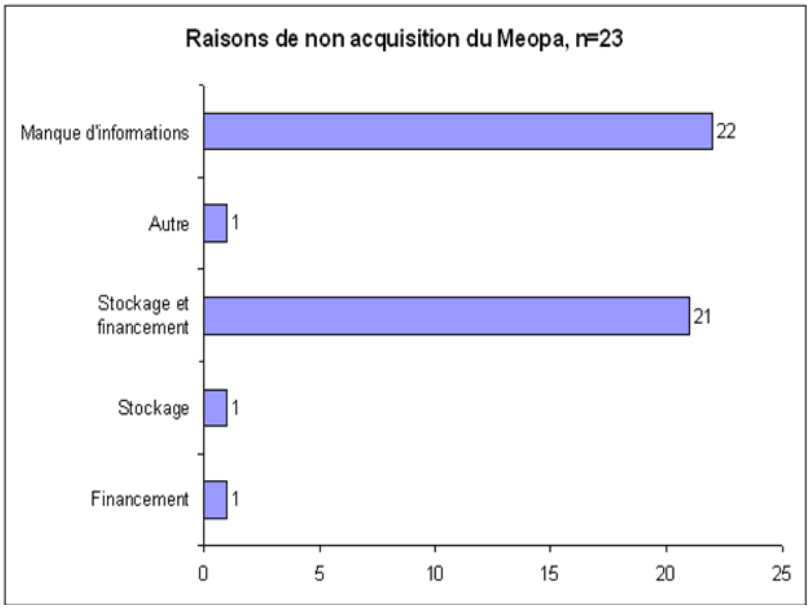
III Résultats

Le questionnaire a été envoyé à 400 EHPAD.

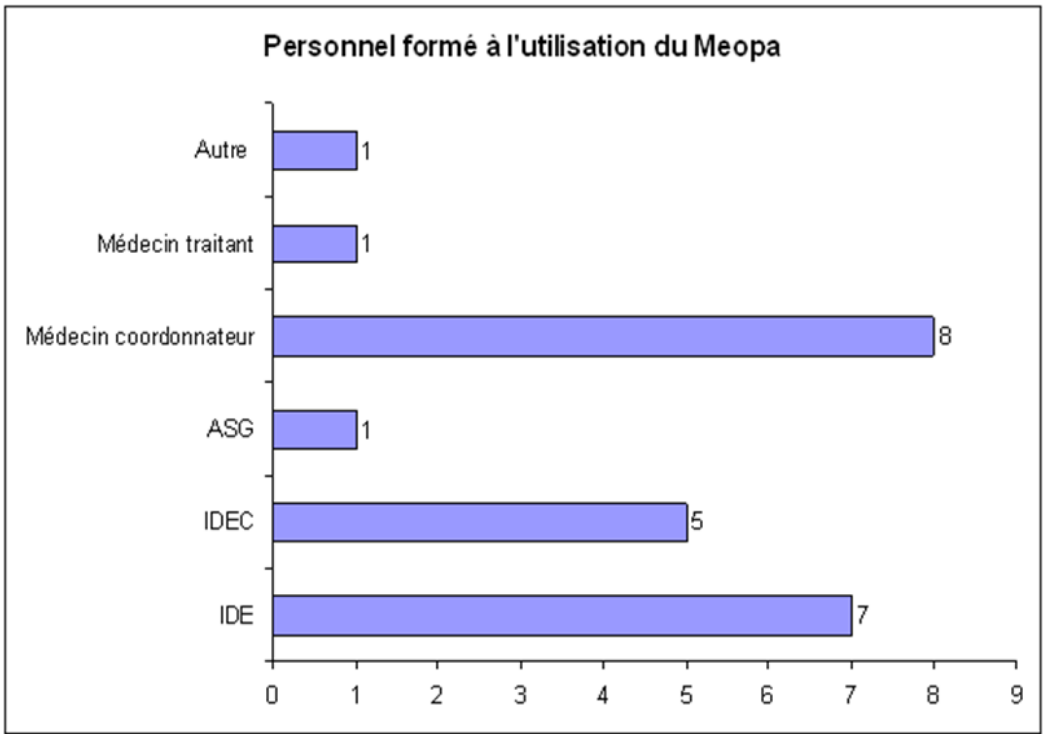
Quarante EHPAD, soit 10%, ont répondus mais seulement 37 questionnaires étaient exploitables : les 3 dossiers rejetés ne comprenaient pas l'identité de l'établissement ni les données requises

Sur ces 37 EHPAD, soit 42% d'EHPAD publiques et 58% d'EHPAD privées, 14 utilisaient le MEOPA, soit 37.8%.

Les motifs de non utilisation du MEOPA sont représentés dans le graphique ci-dessous :

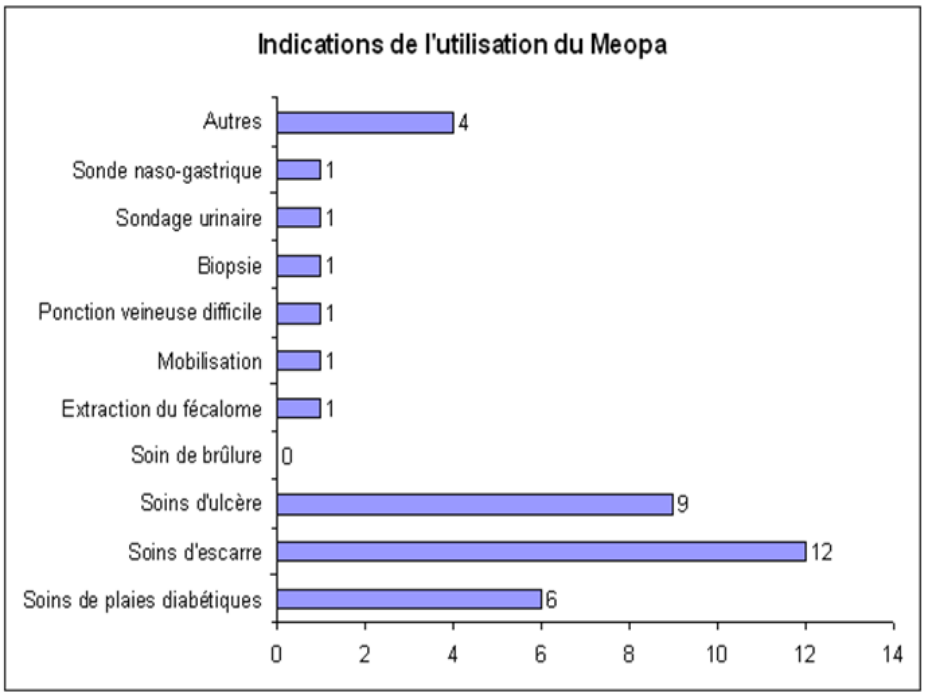


L'histogramme suivant représente les corps de métier formés à l'utilisation du MEOPA dans les EHPAD :



Le MEOPA était délivré dans 85.7% (12) sur prescription médicale. Il existait un protocole d'administration du traitement dans 50%(7) des cas, une feuille de traçabilité était présente dans 57.1% (8) des EHPAD.
Le MEOPA était utilisé dans 71.4%(10) au lit du malade et dans 7.1% (1) des cas dans un local spécifique. Il était administré par le soignant seul dans 35.7% (5) des EHPAD, et par le patient accompagné par le soignant dans 42.8% (6) des EPHAD.

Les différentes indications relevées pour l'utilisation du MEOPA sont synthétisées dans l'histogramme 3.



Histogramme 3 : Indications de l'utilisation du MEOPA

Sur les 14 EHPAD utilisant le MEOPA, 10 (71.4%) des EHPAD jugent que le patient est satisfait de l'utilisation de ce traitement, et 10 (71.4%) EHPAD jugent que les soignants sont satisfaits de l'utilisation d'un tel traitement.

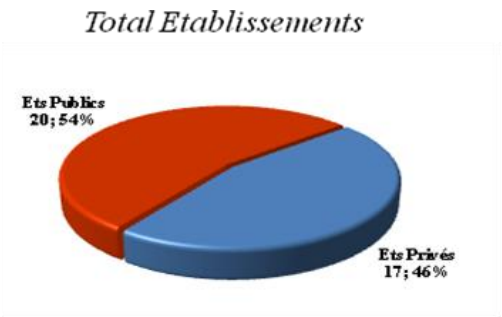
Cinq EHPAD déclarent avoir des réticences quant à l'utilisation du MEOPA, 11 EHPAD déclarent ne pas en avoir.

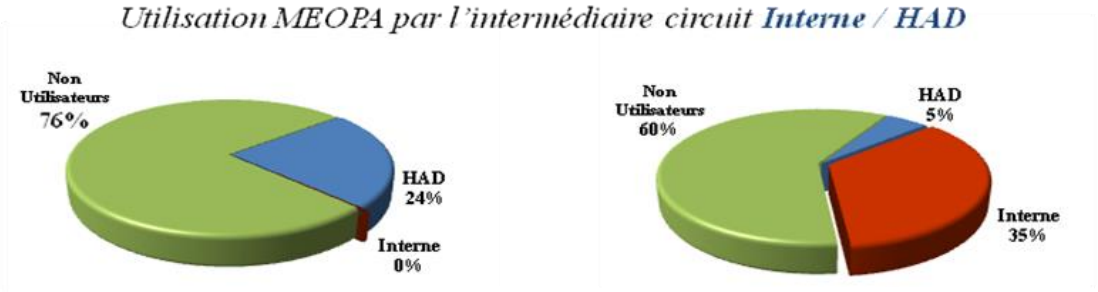
Deux EHPAD ont manifesté leur désintérêt et même leur agressivité vis-à-vis du MEOPA :

Un directeur d'établissement a répondu : « je n'en veux pas dans mon établissement ».

Un médecin coordonnateur a répondu : « je n'utiliserai jamais dans mon EHPAD ».

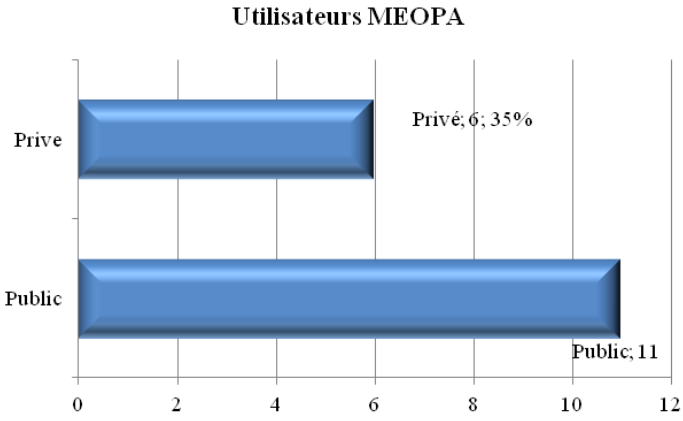
Tous les EHPAD qui ont répondu à l'étude ont manifesté leur intérêt pour les résultats de cette étude.

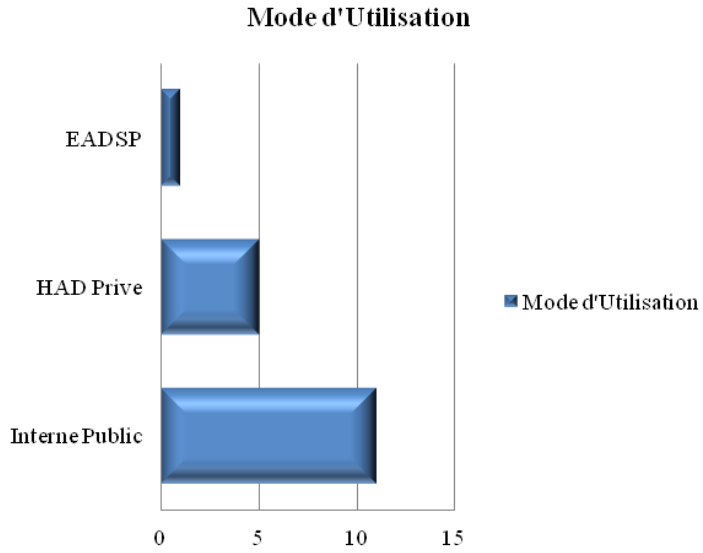




Etablissements Privés

Etablissements Publics





IV Discussion

1) Réponse à l'objectif

Evaluation sur l'utilisation du MEOPA :

- Le MEOPA est utilisé aussi bien dans les EHPAD privés que les EHPAD publics.
- Les EHPAD privés utilisent le MEOPA en faisant appel à l'HAD et les EHPAD publics avec le circuit interne.
- Les formations ont été faites par ordre croissant aux :

  1 Médecins coordonnateurs

  2 IDE

  3 IDEC

- Les raisons de non acquisition sont par importance :

  1 Manque d'information

  2 Stockage et Financement

- Les indications principales ont été par importance :

  1 Soins d'escarres

  2 Soins d'ulcère

  3 Soins de plaies diabétiques

2) Avantages et Désavantages de l'étude:

Points positifs

Cette étude permet d'apporter de nouveaux éléments sur l'utilisation du MEOPA en EHPAD, un sujet peu traité dans la littérature. Et pourtant, le MEOPA permet une amélioration du confort des patients douloureux. L'utilisation du MEOPA est une technique simple qui améliore la qualité des soins en gériatrie.

C'est un outil thérapeutique dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins et qui ne dispense pas d'un traitement antalgique de fond.

Il permet de réaliser des soins douloureux avec un effet antalgique rapide, ne présentant pas d'effets secondaires et peu d'effets indésirables.

Il améliore la qualité du soin et la relation de soin.

Il participe au soulagement des patients lors des soins et permet par voie de conséquence une satisfaction des soignés et des soignants.

La formation du personnel soignant concerné sur site facilite la mise en place de la technique.

Le soignant s'approprie assez rapidement la technique.

C'est une prescription médicale individuelle, mais la présence du médecin n'est pas indispensable, si un protocole a été rédigé et si les AS et IDE ont toutes été formés

Il contribue à limiter le recours aux morphiniques

L'étude est assez facilement menée avec des objectifs fixés et des résultats bien clairs.

Points faibles

Faible taux de réponses au questionnaire malgré 3 relances par emails et malgré le nombre d'EHPAD sollicités

Limitation de l'étude principalement aux EHPAD de la Région Centre.

A la question « à votre avis qu'est ce qui empêche l'acquisition du MEOPA » la réponse la plus importante a été :

Le manque d'information

Obligation de Formation

Technique mal connue sinon inconnue

Utilisation assimilée à de l'anesthésie

N'est pas utilisé en première intention

Obligation de mobiliser 2 agents

Nombreux EHPAD ne sont pas équipés et certains y sont même hostiles

L'utilisation du MEOPA a un coût non négligeable:

Si l'on chiffre le prix de la location des bouteilles et le coût des consommables, on peut estimer le coût global du soin à environ 1 euro /mn.

3) Comparaison avec d'autres études : *commentaires et critiques en italique*

L'utilisation du MEOPA dans les soins douloureux en EHPAD est peu connue et par conséquent le peu d'études faites sur le sujet sont plutôt descriptives de la méthode (ce qui n'enlève en rien à la qualité de ces travaux) mais il n'y a pas d'études d'évaluation globale et comparative de cette utilisation.

Les deux études (voir bibliographie) trouvées dans la littérature sont

- **Thèse de Doctorat en Médecine : Évaluation du recours au MEOPA en médecine de ville, par Anne VERRAT, 2012**

- Cette thèse traite surtout de l'utilisation du MEOPA en ville avec un petit chapitre consacré à l'utilisation en EHPAD dont il ressort :
- L'étude Regards 2010 recense les gestes et intensité de la douleur : nombreux gestes douloureux sont pratiqués en EHPAD dont 96% sont faits en une tentative et seulement 0,9 % des cas sont fait avec une analgésie spécifique.
- Les principaux gestes dont l'intensité douloureuse est quottée ENP ≥ 4 sont : soins de plaies *(en accord avec mon étude),* mobilisation *(geste peu cité dans mon étude probablement en rapport avec le peu de réponses obtenues)*
- Les échecs des soins concernent les patients atteints de démence évoluée par Refus du masque ou / et Agitation *(en accord avec mon étude mais critère peu significatif vu le peu de cas reportés).*
- Echecs aussi par l'arrêt des soins par le soignant qui estime la technique trop longue et difficile à mettre en place : matériel, préparation du patient et présence de 2 soignants *(élément simplement mentionné dans mon étude).*
- Confirmation de l'obligation de formation du personnel et de prescription médicale *(en accord avec mon étude).*
- Confirmation de l'efficacité et sureté de la technique mais problème souvent sous-évalué *(en accord avec mon étude).*
- Le cout de l'utilisation du MEOPA (intégré dans forfait soin et dotation globale) est estimé par Réseau Résonnance à 2 Euros / mn *(en désaccord avec l'étude dans l'EHPAD de Brou ou je travaille et ou le cout a été estimé à 1 Euro / mn mais critère peu significatif vu le peu de cas)*

- **Article : MEOPA et sujet âgé : faisabilité et freins à son utilisation en institution, Françoise CAPRIZ et all. , 2012**

- Grand pourcentage de non réponses *(en accord avec mon étude)*
- Etude Regards pilotée par Centre National de Ressource de Lutte contre la Douleur (CNRD) en 2008 précise :

  -La prise en charge de la douleur concerne les soins techniques et les soins de base.

  -Le Contrôle des douleurs induites nécessite une prise en charge adaptées et un bon contrôle du fond douloureux.

- Les patients vulnérables, avec des poly pathologies et des poly médicaments rendent le praticien frileux à l'introduction de traitements antalgiques nouveaux *(notion très intéressante pour la non utilisation et même le rejet de la méthode)*
- La grande sécurité du produit rend son utilisation possible par le personnel médical et paramédical formé avec non obligation de présence de 2 soignants et oxygénothérapie mais toujours sur prescription médicale et nécessité de traçabilité. (changement d'AMM).
- Temps moyen d'utilisation est de 15 à 20 mn *(en accord avec mes constatations)*
- Dans 2 cas sur 3 association avec un antalgique de fond *(bonne constatation mais question non abordée dans mon questionnaire)*

- Eléments de surveillance pendant l'utilisation : conscience, saturation en O^2, contact verbal et pouls *(la surveillance n'a pas été abordée dans mon questionnaire).*
- Du fait des carences en Vit B12 des populations âgées et des risques hémorragiques et neurologiques lors d'utilisation prolongées et répétées l'auteur conseille une supplémentation préventive en Vit B12 *(mesure discutable)*
- Nécessité de participation des patients et acceptation spontanée de l'inhalation *(en accord avec mon étude)*
- Bonne participation des patients présentant des démences *(le démence n'est pas une contre-indication de la technique contrairement aux conclusions de la thèse citée plus haut)*
- Grande satisfaction des patients et soignants après une première utilisation *(en accord avec mon étude)*
- Retard à l'utilisation et non utilisation en première intention *(en accord avec mon étude)*
- 4 professionnels sur 11 formés utilisent le MEOPA
- Les principales indications par ordre d'importance sont : pansements *(en accord avec mon étude)* , mobilisation, nursing et ponctions. Mention aussi dans les actes de rééducation.
- Les soins sont pratiqués au lit du patient *(en accord avec mon étude)*
- Les Freins à l'utilisation par ordre d'importance sont: besoins de formation pratique, absence d'indication au sein de la structure *(curieuse constatation vu le nombre d'actes induits douloureux pratiqués en EHPAD),* absence de médecin formé sur place et indisponibilité du produit dans l'unité et crainte du personnel à son utilisation.
- La crainte à l'utilisation tient au fait à l'assimilation de la méthode à l'anesthésie *(ancienne dénomination pharmaceutique qui peut expliquer à elle seule les réticences et la non mise à jour des pratiques)*
- HAD et Equipe soins palliatifs permettent l'accès dans certaines régions au MEOPA pour les établissements qui n'en bénéficient pas *(en accord avec mon étude).*

4) Hypothèse et interprétation

Cette étude a permis de dégager plusieurs aspects intéressants:

L'utilité du MEOPA est indéniable en respectant certains critères de bonnes pratiques indispensables de sélection des patients, sélection des indications, respect de quelques contre-indications, formation, sécurité, traçabilité et protocoles validés.

Le MEOPA n'est pas nécessairement connu et parfois non accepté avec 54 % de non utilisateurs.

Il apparait selon cette étude que les petites structures, soit publiques soit privées qui se sont engagées dans cette démarche qualité en vue de l'amélioration de la prise en charge de la douleur en institution, ont réussi a contourné les difficultés liées au cout, au stockage et au financement en favorisant le recours à l'HAD.

Les grandes structures essentiellement intégrées dans des centres hospitaliers devraient pouvoir utiliser plus facilement mais pas nécessairement le MEOPA et ce grâce à leur circuit interne et à l'existence de pharmacie à usage interne ce qui facilite le stockage. Mais le MEOPA même présent dans ces grandes structures, le stockage restant souvent éloigné de la structure et du site de

l'utilisation et les équipes soignantes n'y recourent pas en première intention par manque de temps essentiellement et manque de personnel.

Le cout des soins est généralement non connu du personnel soignant.

Le personnel formé en majorité sont les médecins coordonnateurs et IDE ce qui devrait théoriquement faciliter et aider à l'utilisation du MEOPA avec des protocoles validés mais l'obstacle étant toujours le manque de temps et de personnel. Il faudrait favoriser la formation de personnel paramédical.

Les formations peuvent être conduites in situ par les équipes des HAD ou des anesthésistes hospitaliers ou par les distributeurs du MEOPA.

Les soins par ordre de fréquence sont: Soins d'Escarre, Soins d'Ulcère et Soins de plaie diabétique

5) Ouverture :

- Afin de continuer à améliorer la démarche qualité de la prise en charge de la douleur en EHPAD :

-Il faut lever le frein de la difficulté liée à la technique de l'utilisation du MEOPA assimilée à une technique d'anesthésie par la formation pratique et l'encadrement systématique par un médecin , IDEC , ou infirmière référente douleur formés.

-Il faut lever le frein de la difficulté des réticences, retard à l'utilisation du MEOPA et le non recours en première intention même quand le MEOPA est disponible par la formation, l'information et l'encadrement des soignants aussi bien que la dédramatisation de la technique.

-Il faut favoriser le contact et recours à l'HAD et / ou EADSP (soins palliatifs) des différentes régions et au conventionnement

- On pourrait peut-être avoir recours aux équipes mobiles gériatriques externes ou EMGE qui pourraient en intervenant sur site procéder à la formation, à l'expertise du matériel et la dispensation des soins et ainsi éviter le stress et incidents liés aux soins douloureux pouvant mener à des hospitalisations inadaptées et inutiles. Le problème étant également la disponibilité des EMGE.
- Il faut combattre les idées reçues pour que cette technique soit mieux connue et diffusée au niveau des personnels soignants des EHPAD pour susciter moins de crainte à l'utilisation .
- Quand au manque de temps et de personnel c'est malheureusement un problème chronique lié aussi bien à l'organisation des soins, à la désertification médicale (surtout en province) qu'au financement des EHPAD.

V. Résumé

L'objectif de cette étude est la mise en commun de l'expérience de plusieurs établissements EHPAD ou services de gériatrie dans l'utilisation du MEOPA pour la prise en charge de la douleur et l'anxiété liées aux soins pour tirer une évaluation globale de l'utilisation de cette technique et essayer d'apporter des réponses et des lignes directrices pour l'amélioration des bonnes pratiques.

Méthode

Des questionnaires ont été envoyés aux médecins coordonnateurs d'EHPAD, et ont été retournés par emails, courrier ou fax. Les données recueillies ont été colligées dans une base Excell. L'analyse statistique descriptive a été réalisée en termes de moyenne et écart type pour les variables continues et pourcentage et nombre pour les variables catégorielles.

Résultats

Le questionnaire a été envoyé à 400 EHPAD.

Quarante EHPAD, soit 10%, ont répondus mais seulement 37 questionnaires étaient exploitables : les 3 dossiers rejetés ne comprenaient pas l'identité de l'établissement ni les données requises

Sur ces 37 EHPAD, soit 42% d'EHPAD publiques et 58% d'EHPAD privées, 14 utilisaient le MEOPA, soit 37.8%. le MEOPA était délivré dans 85.7% des cas sur prescription médicale, il existait un protocole d'administration dans 50% des cas et une feuille de traçabilité dans 57.1% des cas. Il était utilisé au lit du malade sans 71.4% des cas et dans 71% des cas dans un local spécifique. Il était administré pas le soignant dans 35.7% des cas et pas le patient accompagné du soignant dans 42.8% des cas. Sur les 14 EHPAD utilisant le MEOPA, 10 (71.4%) des EHPAD jugent que le patient est satisfait de l'utilisation de ce traitement, et 10 (71.4%) EHPAD jugent que les soignants sont satisfaits de l'utilisation d'un tel traitement.

Conclusion

Le Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 constate que

« L'utilisation des antalgiques progresse et que la France a rattrapé son retard dans ce domaine.

Les antalgiques sont les médicaments les plus prescrits, progressant de plus de 7 à 10% pour certains d'entre eux contre 1,8% pour l'ensemble des produits prescrits. Cette évolution peut être considérée comme un des indicateurs de la prise en compte de la douleur notamment par les médecins. Pour autant, elle ne reflète pas la qualité de la prise en charge de la douleur ».

Le MEOPA est un moyen d'analgésie connu par 69 % de médecins généralistes et 68 % des IDE mais utilisé par seulement 29 % des médecins généralistes et 26 % des IDE (C/O thèse Anne VERRAT).

Le MEOPA améliore nettement la qualité de la prise en charge de la douleur induite et l'anxiété liées aux soins et par conséquent le confort du résident. Et pourtant cette technique est peu utilisée.

Plan d'amélioration :

- Une sensibilisation des médecins généralistes pour une meilleure diffusion de cette méthode antalgique et lever les craintes à l'utilisation
- Apporter l'information et la formation aux personnels soignants et lever ainsi le frein des réticences et améliorer le recours au MEOPA en première intention
- Améliorer l'organisation des soins pour dégager du temps de travail et obtenir une meilleure disponibilité du personnel
- La présence médicale, plus difficile à mettre en œuvre en EHPAD, peut aussi limiter son utilisation. Les médecins traitant sont seuls prescripteurs pour leur patient hormis en cas d'urgence et ne facilitent pas l'accès à ce type de soin par méconnaissance de la technique. Le MEOPA, inscrit sur la liste I des médicaments, est effectivement utilisé, sur prescription médicale. Le médecin coordonnateur peut induire cette prescription s'il est convaincu, formé, et s'il parvient à motiver ses confrères après avoir engagé son établissement dans cette démarche.
- Lever la crainte de l'utilisation par l'information et la formation : Ce produit n'est pas un gaz anesthésique et ne nécessite pas le jeûne. Sa procédure d'utilisation a récemment été allégée : l'oxygénothérapie et une aspiration opérationnelle ne sont plus obligatoires. L'administration du MEOPA peut se faire par tous les soignants ayant été formés à la technique, mais les connaissances doivent être régulièrement réactualisée.

Références Bibliographiques

- Abrahm JLACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel, Management of pain and spinal cord compression in patients with advanced cancer. Ann Intern Med. 1999;13137- 46
- American Pain Society Quality of Care Committee, Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA. 1995;2741874- 1880
- ANNEQUIN D, THIBAULT P, TOURNIAIRE B, GALINSKI M. L'utilisation du mélange équimoléculaire de protoxyde d'azote et d'oxygène (MEOPA) chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée [DVD]. PARIS: CNRD; 2009.
- **Anne Verrat,Evaluation du recours au Meopa en médecine de ville,Thèse de Doctorat en Médeciune,2012,Faculté de médecine Paris Descartes**
- Bernabei RGambassi GLapane K et al. Management of pain in elderly cancer patients. JAMA. 1998;2791877- 1882
- C.Darras-Leclerc Effets de la kétamine dans la douleur totale 2013 - dumas.ccsd.cnrs.fr
- CAILLAUD, A. L'utilisation du MEOPA chez la personne âgée in : 1ère journée du CNRD; 2006. accessible sur http://www.cnrd.fr/L-utilisation-du-MEOPA-chez-la,636.html
- **Capriz F. et Al., Meopa et sujet agé :faisabilité et freins à son utilisation en institution , www.sciencedirect.com,doi:10.1016/j.douleur.2012.01.003 - Elsevier Masson France**
- Chauffour-Ader, C., & Daydé, M. C. (2008). Comprendre et soulager la douleur. Wolters Kluwer France.
- CIMERMAN P, GALINSKI M, THIBAULT P, Boudier C, ANNEQUIN D, CARBAJAL R, et al. Résultats préliminaires : Etude REGARDS – Recueil épidémiologique des actes ressentis comme douloureux et stressants. In: 5è journée du CNRD; 2010. p. 1-7.
- Cleeland CSGonin RBeaz LLoehrer PPandya KJ Pain and treatment of pain in minority patients with cancer: the Eastern Cooperative Oncology Group Minority Outpatient Pain Study. Ann Intern Med. 1997;127813- 816
- Cleeland CSGonin RHatfield AK et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med. 1994;330592- 596
- CNRD.fr Dr Pierre Basset - Chambéry (73) «Douleur provoquée par les soins: 1 ère journée du CNRD» 17 octobre 2006
- CNRD.fr Michel Galinski Certification : effet vitrine ou levier de changement? CNRD – Hôpital Trousseau - Paris
- Donovan MDillon PMcGuire L Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. Pain. 1987;3069- 87

- DUQUESNOY, D. A. Université René Descartes-Paris V Faculté Cochin–Port Royal.du vieillissement d'une population qui n'a pas bénéficié de mesures préventives telles quel'utilisation de dentifrice fluoré. ... coordonateur de l'EHPAD, en lien avec l'infirmière coordinatrice, peut être ... générale ou MEOPA
- ENTING RH – 2002 [154] Nitrous oxide is not beneficial for breakthrough cancer pain
- Entretien de Bichat 30 Sep 2010 P. Brocker, F. Mignolet Escarres du sujet âgé : du pansement à la nutrition
- Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006–2010
- Ferrell BA Pain in the nursing home. J Am Geriatr Soc. 1990;38409- 414
- Foley KM Pain relief into practice: rhetoric without reform. J Clin Oncol. 1995;132149- 2151
- FOSBURG MT – 1983 [155] Nitrous oxide analgesia for refractory pain in terminally ill
- François Bourdillon, François Cesselin<img alt="Corresponding author contact information" src="http://origin-cdn.els-cdn.com/sd/entities/REcor.gif">et coll,
- Gambassi GLapane KSgadari A et al. Prevalence, clinical correlates and treatment of hypertension in elderly nursing home patients. Arch Intern Med. 1999;13137- 46
- Gaston-Johansson FJohansson FJohansson C Pain in the elderly: prevalence, attitudes, and assessment. Nurs Home Med. 1996;4325- 331
- Guérin, A., Robillard, R., Codis, P., Charru, P., Del Missier, N., & Callanquin, M. (2012). Traitement des plaies chroniques non évolutives par électrostimulation chez la personne âgée hospitalisée: retour d'expérience de trois cas cliniques. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, 47(4), 244-250.
- Hawes CMorris JNPhillips CD et al. Reliability estimates of the Minimum Data Set (MDS) for nursing home resident assessment and care screening. Gerontologist. 1995;35172- 178

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Pain Assessment and Management: An Organizational Approach. Washington, DC Joint Commission Resources Inc2000;
- KEATING HJ – 1996 [156] Patient-controlled analgesia with nitrous oxide in cancer pain
- Landi FLattanzio FGambassi G et al. A model for integrated home care of frail older patients: the Silver Network Project. Aging Clin Exp Res. 1999;11262- 272
- Landi FTua EOnder G et al. The Minimum Data Set for Home Care: a valid instrument to assess frail older people living in community. Med Care. 2000;381184- 1190
- LAUVIN R – 2007 [151] Expérience d'un établissement de soins de suite dans l'usage du MEOPA pour la prévention des douleurs provoquées par des soins répétés chez un même patient 2 ans d'utilisation dans un service de SSR.
- Levy MH Pharmacological treatment of cancer pain. N Engl J Med. 1996;3351124- 1132
- Marilène Filbet et Christiane Jomain « 3e Colloque Alpin de Soins Palliatifs », Revue internationale de soins palliatifs 1/ 2006 (Vol. 21) , p. 3-4 . URL : www.cairn.info/revue-infokara-2006-1-page-3.htmDOI : 10.3917/inka.061.0003
- Morris JNFries BEBernabei R et al. RAI–Home Care Assessment Manual. Washington, DC InterRAI Corp1996;
- Morris JNFries BESteel KIkegami NBernabei RCarpenter GI Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. J Am Geriatr Soc. 1997;451017- 1024
- Pain Management in Frail, Community-Living Elderly Patients Francesco Landi, MD, PhD; Graziano Onder, MD; Matteo Cesari, MD; Giovanni Gambassi, MD; Knight Steel, MD; Andrea Russo, MD; Fabrizia Lattanzio, MD, PhD; Roberto Bernabei, MD; for the SILVERNET-HC Study Group Arch Intern Med. 2001;161(22):2721-2724. doi:10.1001/archinte.161.22.2721.
- PARLOW JL–2005 [152] Self-administered nitrous oxide for the management of incident pain in terminally ill patients : a blinded case series
- Phillips DM JCAHO pain management standards are unveiled. JAMA. 2000;284428- 429
- RCMP Thibault-Paris, PD Fletcher-Garches… - 2006 - Résistances à l'utilisation du MEOPA chez la personne âgée et en soins palliatifs
- Recommandations AFSSAPS juin 2010 : RBP_palliatifs_argumentaire
- Recommandations HAS « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé » Novembre 2001: Prise en charge en HAD en EHPAD selon le décret n°2007-241 du 22 février 2007 Soins d'escarres et d'ulcères douloureux
- Roy RTM A survey of chronic pain in an elderly population. Can Fam Physician. 1986;32513- 516
- Stjernsward J WHO cancer pain relief programme. Cancer Surv. 1988;7195- 208
- Yeager KAMiaskowski CDibble SWallhagan M Differences in pain knowledge in cancer patients with and without pain. Cancer Pract. 1997;539- 45
- Zech DFJGrond SLynch JHertel DLehmann K Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain. 1995;6367

ANNEXE 1

Questionnaire « Evaluation de l'Utilisation du MEOPA en EHPAD »

Chère Consœur, Cher Confrère,

Je réalise une étude sur l'utilisation du MEOPA en EHPAD dans le cadre du DIU « Formation à la fonction de médecin coordonnateur » de l'Université Paris-Descartes sous la responsabilité du Pr Anne-Sophie Rigaud.
Je me permets de vous adresser ce questionnaire concernant l'utilisation du MEOPA.
Merci de le compléter et de me le renvoyer par mail ou par courrier, si vous le voulez bien.

Rappel

Principes de L'Utilisation du MEOPA = Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote.

Le MEOPA est un médicament gazeux inodore et incolore, composé de 50% de N2O ET 50% d'O2 agissant par inhalation. C'est un gaz qui permet une sédation consciente pour les gestes invasifs.
L'administration de MEOPA ne rentre pas dans le cadre de l'anesthésie générale car il ne possède pas à lui seul la puissance pour atteindre une sédation chirurgicale. Par conséquent les contraintes de l'anesthésie générale ne s'appliquent pas à son administration.
D'où son intérêt :

- Pas de consultation pré anesthésie
- Pas d'hypoxie à 50% d'Oxygène.
- Pas d'effet anesthésique du Protoxyde d'azote à la concentration inhalée (50%).
- Pas de risque de dépression respiratoire.
- Pas de monitoring.
- Maintien du réflexe de déglutition = pas de jeûne
- Son absorption et son élimination sont exclusivement pulmonaires avec un délai d'action et d'élimination de 3 min sans effet rémanent
- Pas de salle de réveil

Indications du MEOPA en EHPAD

- Pansements : escarres, ulcères, brûlures, plaies du diabétique, plaies d'amputation
- Ponctions et biopsies, ponctions veineuses difficiles,
- Extraction de fécalome
- Mobilisations: toilettes, soins de nursing, rééducation , kiné
- Sondage vésical difficile
- Petite chirurgie superficielle
- Soins dentaires (masque spécial soins peu utilisable en EHPAD)

En vous remerciant chaleureusement de votre participation

Réponse SVP par mail, courrier ou fax.

Docteur Hachem TABBAH
Médecin coordonnateur
EHPAD de Brou - Résidence les Orélies
1, Rue Marcel Bordet - BP n° 90010
28160 Brou
Téléphone 02 37 47 03 39
Fax 02 37 47 85 17
Email medco.hlbrou@gmail.com

1) Présentation de votre Établissement et Nom du Médecin Coordonnateur
Nom du médecin coordonnateur : .....
Nom de l'établissement :.....
□ Privé
□ Public

2) Avez-vous du MEOPA au sein de votre établissement ?
□ NON,
□ OUI, si oui, merci de compléter le reste du questionnaire.

Si non :
A votre avis qu'est ce qui empêche l'acquisition du MEOPA au sein de votre établissement ?
□ Le financement
□ Le stockage
□ Les deux
□ Autre : merci de préciser .....

3) Nombre total de résidents:.....
Hommes:.....
Femmes:.....
Age moyen:.....
GMP:.....
PMP:.....

4) Personnels formés à l'utilisation du MEOPA
□ IDE
□ IDEC
□ ASG
□ Médecin coordonnateur
□ Médecin traitant
□ Autre ? Qui ? .....

5) Locaux où vous utilisez le MEOPA
□ Au lit du résident
□ Local spécifique : lequel ? .....

6) Protocole validé d'utilisation du MEOPA
□ Oui
□ Non

7) Nombre de cas d'utilisation du MEOPA en 1 an :.....

8) Dans quels-cas utilisez-vous le MEOPA ?
□ Soin de plaies diabétique
□ Soin d'escarres
□ Soin d'ulcères
□ Soin de brûlure
□ Extraction fécalome
□ Mobilisations
□ Ponction veineuse difficile
□ Biopsies
□ Sondage urinaire
□ Sondage naso-gastrique
□ Autres : .....

A votre avis, l'utilisation du MEOPA est
la plus fréquente dans laquelle de ces indications ? .....

9) Avez-vous déjà été empêché de prescrire du MEOPA à cause d'une contre-indication ?
□ Oui
□ Non
Si oui, à cause de quelle contre-indication ? .....

10) Avez-vous déjà été confronté à des effets secondaires du MEOPA ?
□ Oui
□ Non
Si oui, lesquels ? .....

11) Existe-t-il une fiche de traçabilité de l'utilisation du MEOPA dans votre établissement ?
□ Oui
□ Non

12) Le MEOPA est-il obligatoirement/uniquement délivré sur prescription médicale dans votre établissement ?
□ Oui
□ Non

13) Comment est administré le MEOPA ?
□ Administration par soignant
□ Auto administration au masque
□ Les deux

14) Durée du soin en moyenne en minutes : .....

15) Avez-vous déjà recensé des échecs à l'utilisation du MEOPA ?
□ Oui
□ Non

16) Connaissez-vous le coût de :
La location de la bouteille :
□ Oui □ coût : .....
□ Non

Le remplissage de la bouteille :
□ Oui □ coût : .....
□ Non

Le coût total par an :
□ Oui □ coût : .....
□ Non

17) A votre avis comment estimez-vous la satisfaction de l'utilisation du MEOPA par :
Le résident :
□ Très satisfait
□ Satisfait
□ Peu satisfait
□ Pas satisfait
□ Indifférent
□ Vous trouvez difficile de répondre à cette question

Du soignant :
□ Très satisfait
□ Satisfait
□ Peu satisfait
□ Pas satisfait
□ Indifférent
□ Vous trouvez difficile de répondre à cette question

18) Avez-vous des réticences à utiliser le MEOPA ?
□ Oui
□ Non
Si oui, pourquoi ?
□ Manque de temps
□ Retard de l'Utilisation en première intention
□ Technique difficile