

Poursuivons sur la route d'un hôpital sans douleur

Mr Gaëtan de Valensart,

Infirmier Gradué Pédiatrique

Infirmier ressource douleur aiguë

Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles

Poursuivons sur la route d'un hôpital sans douleur

AIGP 18 NOVEMBRE 2011



G DE VALENSART
INFIRMIER RESSOURCE DOULEUR AIGUË
CLINIKES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC



PLAN

- Introduction
- Evaluation
- Résistances aux changements
- Prévention

Historique : dans les années 80 ...

- Prise de conscience que l'enfant, y compris le prématuré, a mal
- Il faut dès lors trouver des moyens d'évaluer la douleur de l'enfant qui s'exprime différemment que l'adulte
- Création et validation d'échelles d'hétéro et d'auto-évaluation en fonction de l'âge et des circonstances provoquant la douleur
- Nouveaux médicaments, développement des méthodes non médicamenteuses, ...

EVALUATION

Évaluer

- Paramètre à part entière
- Systématisation
- Rapidité

Caractéristiques des moyens d'évaluation

- Simples
- Rapides
- Fiables
- Validés
- Objectifs
- Reproductibles



Utilisation d'échelles validées

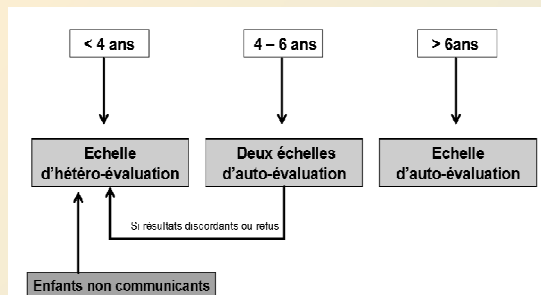
- Pour établir ou confirmer l'existence d'une douleur
- Pour apprécier son intensité
- Pour déterminer les moyens antalgiques
- Pour réaliser les adaptations ultérieures

Choix de l'outil d'évaluation

En fonction :

- Du type de situation douloureuse
- De l'âge de l'enfant
- Des capacités de communication de l'enfant

Choix de l'outil d'évaluation



Hétéro-évaluation

- Par un observateur (infirmière ou médecin, parents)
- Basée uniquement sur des manifestations comportementales

Les échelles d'hétéro-évaluation

Le tableau suivant propose un choix d'échelles validées qui couvre la plupart des situations:

1. Douleurs procédurales		4. Autres douleurs aiguës	
DAN	0-3mois	AMIEL-TISON	0-3ans
NFCS	0-6mois	CHEOPS	1-7ans
CHEOPS	1-7ans	OPS	1-13ans
2. Douleurs post-opératoires		5. Douleurs prolongées	
AMIEL-TISON	0-3ans	EDIN	0-9mois
CHEOPS	1-7ans	DEGR	9mois -10ans
OPS	1-13ans	6. Enfants intubés	
PPMP (parents)	2-12 ans	COMFORT-B	0-13ans
3. Douleurs aux urgences		7. Enfants polyhandicapés	
EVENDOL	0-7ans	SAN SALVADOR	tout âge

Auto-évaluation

- Ce sont les enfants eux-mêmes qui évaluent leur douleur
- Enfants concernés :
 - Enfants de plus de 4/6 ans
 - Entre 4 et 6 ans avec deux échelles pour vérifier concordance

Echelles d'auto-évaluation

- Unidimensionnelles
- En choisir une que l'enfant comprend et apprécie
- Garder le même outil pour les évaluations ultérieures
- Les échelles existantes :
 - EVA , EVS, EN
 - Échelle des visages modifiée
 - Échelle des 4 jetons

Difficultés de l'auto-évaluation

- Difficultés chez l'enfant :
 - quand l'enfant est trop douloureux
 - si l'enfant risque de volontairement sous-estimer sa douleur, par exemple, pour quitter plus rapidement l'hôpital ou pour éviter un soin
 - Difficultés par rapport aux professionnels :
 - choisir une échelle
- « La bonne échelle, c'est celle qu'on connaît bien »

L'évaluation de la douleur

- L'évaluation de la douleur fait partie intégrante des soins infirmiers au même titre que les autres paramètres vitaux (5ème paramètre)
- De nombreuses études convergent : la déficience de la prise en charge correcte de la douleur est le plus souvent liée à une évaluation incomplète, voire manquante

Pourquoi il n'y a pas d'évaluation ?

- « Pas le temps !? »
- « Trop d'échelles, je ne sais pas laquelle utilisée »
- Des résistances aux changements qui freinent l'implémentation des échelles d'évaluation

Oui mais ...

- Evaluation pas toujours systématique
- **Freins, résistances aux changements**
- Prise en charge inégale et/ou toujours pas toujours adéquate

Comment expliquer les résistances persistantes?

- Résistance = préfixe « re » et mot latin « sistere » qui veut dire s'opposer =>
la résistance est l'action de s'opposer à une force physique, morale ou envahissante
- Modèles théoriques :
 - **LEWIN** : *résistances dans la dynamique des groupes*
 - **FREUD** : *théorie de la résistance dans le concept psychanalytique*



Selon Lewin : résistances dans la dynamique des groupes

- Le groupe, constitué par les membres des équipes soignantes, ressent les modifications dans ses pratiques de travail par rapport à la douleur comme une *menace pour l'équilibre du système de santé* dans lequel il se trouve et auquel il est habitué
- *Les changements* qui mettent en cause de façon trop sensible *les attitudes usuelles* ne peuvent pas être assimilés

Origine des résistances en rapport

- **Avec la collectivité** : résistances *dépendent* de la façon dont sont *imposés* les changements
- **Avec l'individu** : c'est l'*anxiété* engendrée par la perspective du changement qui entraîne une *réaction d'opposition*
- **Avec l'interaction dans le groupe** : pression qui pousse à l'uniformisation des performances individuelles

Selon Freud

- Résistances = *défenses habituelles*, aux stratégies utilisées par l'inconscient dans les situations difficiles de la vie pour lutter contre l'angoisse (douleur de l'enfant)
- *Phénomène de contre-transfert* = soignant trop préoccupé par ses propres perceptions internes pour être capable de prendre en compte les besoins réels de l'enfant
- Changement = *blessure narcissique*

La résistance apparaît comme étant à la fois utile puisqu'elle sert à rééquilibrer le fonctionnement des individus et des groupes mais aussi gênante dans la mesure où elle entrave l'évolution et la progression

Dans la pratique, pourquoi ces résistances ?

- Les déficiences ou le manque de connaissances des autres (infirmiers/medecins)
- Manque de matériel, de temps
- Le poids des habitudes

Les difficultés rencontrées

- Découragement : pas de réponse aux demandes suite à l'évaluation de la douleur
- L'inégalité des investissements
- La mise en route des « bonnes pratiques »

Les solutions selon Lewin

- L'importance de *l'information permanente* dans toute collectivité et l'importance de la *participation aux décisions*
- Les contraintes dues au changement *débattues librement puis acceptées* par une équipe de travail en vue de réaliser un projet qui leur tient à cœur, sont moins frustrantes que celles imposées sans possibilité de discussion préalable
- C'est *la décision du groupe* qui aboutit à la suppression de son inertie naturelle ; celui-ci est alors capable de mobiliser ses énergies pour entreprendre de nouvelles tâches

Quelles solutions peut-on envisager pour aider les équipes à combattre ces résistances?

- Réduire les forces d'opposition au changement et la tension interne des équipes, en les faisant participer à la préparation et à la mise en oeuvre des modifications à apporter
- Montrer que *les bénéfices* concernent aussi les *soignants*
- Répétition des messages : « *douleur = 5ème paramètre* »
- Prescription/protocole pour l'évaluation et place pour noter l'évaluation dans le *dossier infirmier*

Quelles solutions peut-on envisager pour aider les équipes à combattre ces résistances?

- Identifier les vrais opposants (20%), et *travailler d'abord avec les personnes positives* (20%) pour ensuite s'occuper des 60% de passifs
- Eviter l'agressivité

« Le plus exigeant lors d'une période de changement est de prendre conscience des avantages de ce changement pour soi-même et pour les autres, et ce, malgré les doutes possibles quant à la validité et à la faisabilité du changement »

Tremblay

Les 10 commandements pour réduire la résistance au changement

- Identifier les raisons du changement
- Prévoir les réactions individuelles et collectives
- Viser un objectif précis
- Accepter le changement comme un phénomène continu
- Former les soignants afin qu'ils s'adaptent aux modifications
- Discuter de la collaboration et de la collaboration nécessaire
- Faire participer les soignants au changement
- Faire en sorte que le changement devienne une source de motivation
- Déléguer des responsabilités aux soignants affectés par le changement
- Evaluer le changement avec objectivité

Oui mais ...

- Evaluation pas toujours systématique
- Freins, résistances aux changements
- **Prise en charge inégale et/ou toujours pas toujours adéquate**

PREVENTION

Prévention

- Organisation de l'environnement
- Qualité de l'accueil
- Présence permanente des parents
- Information des enfants et des parents

Prévention

- **Moyens médicamenteux**
 - MEOPA
 - EMLA
- **Moyens non médicamenteux**
 - GLUCOSE
 - Distraction
 - Massage
 - Hypnose
 - ...

Moyens non médicamenteux

- Le confort pendant le soin
- La distraction pendant le soin
- La présence des parents :
 - utile pour limiter l'anxiété de l'enfant, quand le parent le peut
 - ne nuit pas à la performance du geste médical
 - les parents doivent être informés de ce qu'ils peuvent faire (contact avec l'enfant, distraction...) et ne doivent pas faire (maintien trop ferme de l'enfant, menaces...)
- La présence de l'objet transitionnel (doudou)

Prévention

- Regrouper les soins/examens
- Diminuer le nombre d'examens
- Respecter le délai d'action des antalgiques
- Prise en charge multimodale
- Matériel adapté
- Si contention nécessaire, la plus douce/légère possible

Perspectives d'avenir

- Legislatif : infirmier douleur pédiatrique
 - Suite du Projet National Douleur Aiguë de l'Enfant
 - Profil de fonction
 - Cadre légal
- Nouvelles molécules ou forme galénique
 - Fentanyl : sucette, comprimé sublingual, spray
- Idée de lecture :
 - Livre « L'enfant et sa douleur » Léora Kuttner Editions Dunod

Conclusion

- Traiter et prévenir la douleur liée aux soins sont des *priorités et des obligations légales*
- *Evaluation* systématique
- Large panoplie de moyens à disposition
- « *Culture* » et engagement de l'équipe
- Mise en place de protocoles
- *Conviction individuelle et prise en charge pluridisciplinaire*