

**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  
CLINIQUES 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
- 
- A cartoon by Perleud showing two men in suits. The man on the left has a very long nose and says, "J'AI MA PROPRE METHODE D'EVALUATION". The man on the right asks, "A VUE DE NEZ?".

---

---

---

---

---

---

---

---

## 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

---

---

---

---

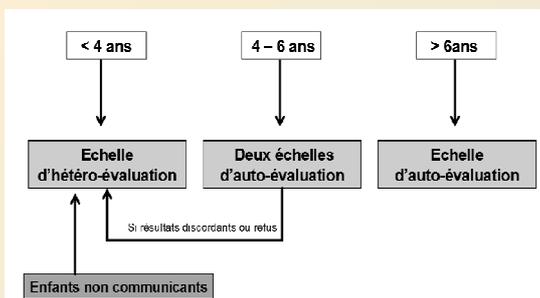
---

---

---

---

## 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:

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

---

---

---

---

---

---

---

---