

La prise en charge de la douleur liée au prélèvement sanguin en consultation multidisciplinaire : vers une amélioration continue...

P. de Dreuzy, A. Legouée, Équipe infirmière des consultations multidisciplinaires de pédiatrie

Hôpital Necker – Enfants malades, Paris

Toute douleur dès lors qu'elle est prévisible doit être prévenue.

Des protocoles de sédation-analgésie encadrant les gestes invasifs ont par conséquent été rédigés et largement diffusés aux équipes hospitalières.

En pédiatrie, la ponction veineuse est la douleur induite la plus fréquente et souvent la plus redoutée des enfants.

La crème EMLA®, anesthésique local associant lidocaïne et prilocaïne, est indiquée sur la peau saine avant les ponctions veineuses. Ce produit est bien connu des professionnels, des patients et de leurs familles ; sa tolérance est bonne si les indications, les précautions d'emploi, les contre-indications sont respectées et surtout si la posologie est adaptée à l'âge de l'enfant.

Malgré son coût non négligeable qui doit être pris en compte dans les dépenses de santé, son efficacité permet de soulager la douleur liée aux prélèvements sanguins (cause ou conséquence), d'apaiser l'anxiété associée et de limiter ainsi « la phobie des piqûres » ; celle-ci peut s'installer progressivement par saturation de la mémoire-douleur.

Afin d'apprécier l'amélioration de la prise en charge de la douleur à la consultation multidisciplinaire de pédiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades (Paris), l'équipe infirmière, le cadre infirmier et le pédiatre coordinateur de l'EMDSP (Équipe mobile douleur soins palliatifs) ont évalué le taux d'application d'EMLA® lors des ponctions veineuses, estimant dans un premier temps qu'il s'agissait d'un bon indicateur d'évaluation des pratiques.

Le **contexte** de la consultation multidisciplinaire de pédiatrie à l'hôpital Necker-Enfants malades :

- les patients représentent une population hétérogène par leur âge (naissance à jeune adulte, voire parents d'enfants malades), leur pathologie (17 spécialités de la pédiatrie sont représentées) et leur niveau socioculturel ;
- les prescripteurs sont multiples (120) et appartiennent à des services qui diffèrent par leur organisation et leur culture-douleur ;
- les prélèvements réalisés peuvent être programmés, urgents, itératifs, imprévisibles, mal répartis dans la journée... ;
- enfin, en regard des autres actes invasifs, le prélèvement sanguin peut être banalisé par les familles voire les équipes soignantes.

Méthodologie

Pendant trois années consécutives, une enquête d'une semaine portant sur la douleur liée aux prélèvements veineux (153 gestes évalués en moyenne par année) a inclus tous les patients se présentant à la consultation pluridisciplinaire de pédiatrie.

Au cours de la semaine précédente, les modalités de l'enquête étaient exposées à l'équipe infirmière. L'anxiété avant le geste et la douleur après le geste ont été évaluées par EVA ou Poker-Chip, échelles retenues dans cette enquête pour leur simplicité d'utilisation et leur faisabilité. Pour

chaque enfant prélevé, l'infirmière devait remplir le document indiqué fig. 1 (cf. feuille de recueil de données annexe 1).

Les questionnaires étaient relevés chaque soir par le médecin coordinateur puis analysés par celui-ci au terme de l'enquête.

Première enquête

Réalisée du 4 au 8 avril 2005, elle a concerné 167 prélèvements chez des enfants d'âge moyen de 6 ans. Les résultats sont illustrés fig. 1.

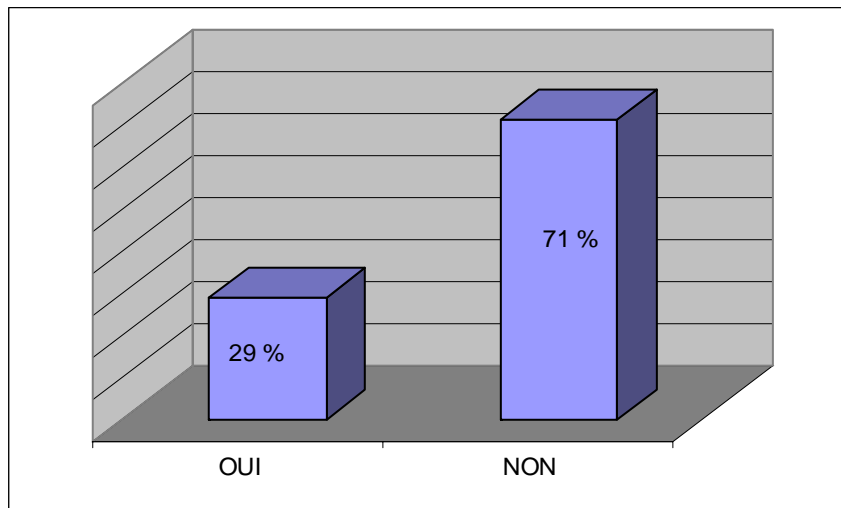


Fig. 1 : Taux d'application d'EMLA® en 2005.

Cette première enquête, ou état des lieux, a été hautement contributive :

- elle a fait prendre conscience du faible taux d'application d'EMLA® (29 % des enfants seulement) et révélé l'insuffisance de prise en charge de la douleur lors des prélèvements veineux ;
- l'analyse détaillée des résultats a fourni des pistes de réflexion pour tenter d'améliorer ces scores insuffisants : méconnaissance ou refus de l'anesthésique local par certains parents, soignants insuffisamment convaincus ou convaincants de son efficacité, prescripteurs négligeants, enfants non coopératifs.

Chacun justifiant son attitude en invoquant les difficultés d'organisation pour appliquer l'EMLA® dans une population si hétérogène, par des prescripteurs si nombreux et si différents.

Pour remédier à ces insuffisances, des propositions d'amélioration ont été élaborées au décours de plusieurs réunions d'équipe :

- diffusion aux médecins d'une ordonnance d'EMLA® préimprimée, personnalisée (nom, âge, poids, posologie) et signée par le prescripteur (fig. 2) ;
- confection d'un tampon-encreur mis à disposition des médecins dans l'éventualité de prescriptions en urgence (fig. 3) ;
- information orale, complète, adaptée à l'enfant et à sa famille sur l'EMLA® (caractéristiques, conditions d'application, efficacité attendue) et le déroulement du soin ;
- implication accrue des infirmières auprès de l'enfant et de sa famille.

ORDONNANCE	
Date	
NOM	PRENOM
Age	
EMLA 5 % à appliquer sur peau Saine au moins une heure avant la ponction veineuse, sous pansement occlusif.	
Posologie en fonction de l'âge :	
0 à 12 mois	un patch _____ ou 1/5 tube réparti en deux endroits distincts _____
12 mois à 12 ans	un à deux patchs _____
au-delà 12 ans	deux à trois patchs _____
un patch = 1g = 1/5 tube	
Nom du médecin	
Signature	

Fig. 2 : Document à remplir par l'infirmière.



Fig. 3 : Tempon-encreur pour les prescriptions en urgence.

Deuxième enquête

Ces modifications de pratiques ayant été validées, assimilées et diffusées, une **deuxième enquête** identique à la précédente a été réalisée chez tous les patients se présentant pour une ponction veineuse en consultations multidisciplinaires de pédiatrie, entre le 24 et le 28 avril 2006.

Elle a porté sur 133 prélèvements ; le taux d'application d'EMLA® est passé de 29 à 40 % et le taux de prélèvements indolores (EVA < 3) de 24 à 76 %.

Dynamisée par ces résultats et motivée pour poursuivre cette amélioration, l'équipe s'est réunie à plusieurs reprises : analyse des dysfonctionnements puis élaboration de nouvelles recommandations :

- réalisation d'un support écrit d'information : il s'agissait d'un poster de 1 m sur 1,5 m affiché dans la salle d'attente des consultations et repris en format A3 dans chaque box de consultation et dans le poste de prélèvements des infirmières (annexe 2) ;

- mobilisation des bénévoles pour compléter si nécessaire cette information et préparer et favoriser la présence parentale pendant le soin ;
- les infirmières ayant de leur côté suivi une formation pour proposer aux parents qui le souhaitent d'être présents pendant le soin et dans l'affirmative de les accompagner tout au long du soin.

Troisième enquête

Après acceptation de ces nouvelles recommandations, une enquête similaire aux deux précédentes a été réalisée selon la même méthodologie du 26 au 30 mars 2007.

Les résultats ont été inattendus, vécus dans un premier temps comme décevants puis très encourageants après une analyse détaillée. Ils portaient sur 161 prélèvements réalisés chez des enfants d'âge moyen 7 ans 5 mois.

En effet, le taux d'EMLA® avait considérablement chuté descendant même en dessous du taux initial : 25 % tandis que le taux de prélèvements indolores faisait un véritable bond : 24 % en 2005 et 83 % en 2007 (annexe 3).

La raison de cette amélioration a été rapidement identifiée : l'introduction progressive des techniques antalgiques non médicamenteuses et le développement au sein de l'équipe médico-infirmière d'une culture douleur favorisant sa mobilisation à toutes les étapes du soin.

Ces techniques se sont ici révélées aussi, voire plus efficaces que l'anesthésique local ; elles ont été clairement identifiées en 2007 alors que leur impact n'avait pas été suffisamment pris en compte au cours des années précédentes. Il s'agit :

- de la présence parentale non évaluable en 2005 et 2006 pour des raisons d'ordre méthodologique. En 2007 l'un des parents est présent au cours de 2 prélèvements sur 3 ;
- des techniques de distraction par le jeu, la musique, le chant, les mimes voire le dialogue qui ont accru la mise en confiance de l'enfant et l'ont rendu partenaire actif du soin. Soixante pour cent des enfants n'étaient pas anxieux lors de la dernière enquête ;
- de la succion nutritive (mise au sein ou G30) chez le nourrisson < 3 mois.

Conclusion

La prise en charge de la douleur liée au prélèvement veineux en ambulatoire est la démarche collective de toute une équipe tournée vers l'enfant et sa famille . Elle doit associer techniques médicamenteuses et non médicamenteuses ; ces dernières étant souvent qualifiées à tort de « petits moyens ». L'accueil, une écoute attentive et une information claire et adaptée sont indissociables de ces bonnes pratiques.

Leur évaluation nécessite le choix d'un bon indicateur ; dans ce travail le taux d'application d'EMLA® n'est pas un bon indicateur de soulagement de la douleur ; le pourcentage de prélèvements indolores tenant compte des techniques médicamenteuses et non médicamenteuses est un meilleur indicateur. Il a permis le développement de la culture douleur et la mobilisation de toute une équipe.

Le suivi annuel de cet indicateur est indispensable au maintien de bons résultats, le taux d'EMLA® devant être maintenu au dessus de 25 % dans ce type de population (prélèvements non programmés, urgents, etc.). Chaque enquête a duré 5 jours consécutifs et s'est déroulée à la même période de l'année tout en tenant compte des vacances scolaires.

Dix pour cent des enfants ont une EVA très élevée (≥ 6) ; il s'agit quasi exclusivement d'enfants peu ou pas communicants (maladies neurologiques ou métaboliques) pour lesquels seule l'hétéroévaluation est possible et l'équipe insuffisamment formée.

Le MEOPA peut être discuté dans certaines situations. Quelques très rares enfants, connus de tous, ont une mémoire douleur « saturée » et refusent tout prélèvement. Le MEOPA est chez eux une bonne alternative lors des prélèvements sanguins.

Annexes

Annexe 1 : Enquête sur l'application d'EMLA® au cours des prélèvements périphériques

En consultation de pédiatrie. Hôpital Necker-Enfants malades

Semaine du 26 au 30 mars 2007

Date

Étiquette du patient

Service

Merci de répondre aux trois questions pour chaque enfant prélevé

1) **Application EMLA** **oui**

non

Si oui, présence de prescription médicale ?

oui

non

Si non pourquoi ?

Absence de prescription

Refus de l'enfant

Refus des parents

Méconnaissance des parents

Refus de l'infirmière

2) Avec ou sans application d'EMLA, **confort** lors du prélèvement pour l'infirmière

oui

non

3) Hetero-evaluation ou Auto-Evaluation de l'anxiété et de la douleur :

Avant 5 ans (échelle de 4 jetons)

est-ce qu'il a eu mal ?

oui SCORE

non

est-ce qu'il a eu peur ?

oui SCORE

non

Après 5 ans (EVA)

as-tu eu mal ?

oui SCORE

non

as-tu eu peur ?

oui SCORE

non

Annexe 2

La piqûre... MEME PAS MAL! DIS-MOI COMMENT TU AS FAIT



Mon médecin m'a prescrit la crème anesthésiante...



L'infirmière m'a expliqué ce qu'elle allait faire, avec mes parents auprès de moi



J'ai attendu 1h30 pour que la crème endorme ma peau, et j'ai pu jouer pendant ce temps



Grâce à cette crème, la prochaine fois je n'aurai pas mal et j'aurai moins peur. Tu sais, les médecins de la douleur disent : «Les jeunes enfants ont une mémoire exceptionnellement négative de la douleur lors d'une expérience précoce pouvant entraîner une forte peur des traitements médicaux»
C. Von Bayer, Mémoire et douleur de l'enfant - SETD 2003



Equipe d'infirmières, A. Le Gouée, Consultations de pédiatrie Dr. P. de Dreuzy

Annexe 3

Amélioration du pourcentage de prélèvements sanguins indolores

