

Combattre la douleur : de l'admission à la maison

Expérience d'une unité de chirurgie ambulatoire

**Josiane Taels, Patricia Giunti, Marie-Noëlle France,
Sophie Vanderheyden, Véronique Trouveroy**

Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles

Les cliniques universitaires Saint-Luc, dont la capacité avoisine les 1 000 lits, constituent le plus grand hôpital de la région bruxelloise. Son service de chirurgie ambulatoire, appelé « Hospiday », a vu le jour en 2005. Il accueille actuellement près de 6 000 patients par an dont 40 % d'enfants. Ce chiffre est en augmentation constante.

Peu de temps après l'ouverture, en décembre 2005, les infirmières ressources douleur aiguë, l'infirmière-chef de service et l'infirmière relais douleur du service ont débuté conjointement le projet « Amélioration de la gestion de la douleur en chirurgie ambulatoire ».

Les deux objectifs principaux poursuivis étaient :

- l'optimisation de la gestion de la douleur de la phase préopératoire à la phase postopératoire jusqu'au domicile du patient par l'élaboration de protocoles de traitements et la rédaction de documents d'informations destinés aux parents et aux médecins de famille ;
- la réduction de l'anxiété de l'enfant en péri et postopératoire par l'accompagnement d'un parent

Méthodologie

Création de protocoles

Un état des lieux de la gestion de la douleur à domicile après une chirurgie ambulatoire a été réalisé par enquête téléphonique auprès des patients. Deux disciplines pilotes de pédiatrie (urologie et ORL) et deux disciplines pilotes adultes (orthopédie et gynécologie) ont été ciblées.

Sur base des résultats et des objectifs d'amélioration du processus patient, diverses actions ont été menées :

- élaboration de protocoles d'analgésie pouvant être appliqués en salle de réveil (SSPI), dans l'unité ambulatoire et au domicile. Les traitements devaient tenir compte de l'efficacité, de la sécurité et du coût des diverses molécules. Ces protocoles ont été élaborés avec les divers intervenants (chirurgien, anesthésiste, infirmier) de chaque discipline chirurgicale et le pharmacien ;
- introduction d'outils d'évaluation de la douleur adaptés à la pratique de la chirurgie ambulatoire ;
- adaptation des documents existants de prescriptions médicales et de suivi infirmier.
- création de kits d'analgésie (sachet contenant les analgésiques prescrits) destinés au domicile et couvrant les 3 premiers jours de traitement ;

- rédaction de documents d'informations destinés aux parents des enfants et aux médecins traitants.

Ces démarches ont été présentées aux équipes médicales et infirmières. Une formation à l'évaluation, au traitement et au suivi de la douleur a été organisée au sein de l'équipe infirmière.

La mise en œuvre sur le terrain a nécessité le tutorat des infirmières de l'Hospiday par les infirmières ressources douleur pour les aiguiller et les conseiller durant quelques jours.

Une nouvelle enquête, identique à la première, a été menée 3 mois après l'implémentation des protocoles pour évaluer la plus-value acquise.

L'amélioration de la démarche permettra une extension du projet à toutes les disciplines concernées par la chirurgie ambulatoire.

Accompagnement des parents

Le concept de l'accompagnement d'un parent existait pour les enfants hospitalisés bien avant la création de l'Hospiday. Cependant, dans un souci d'amélioration de la gestion de la douleur de l'enfant par la diminution de son anxiété (notamment de séparation), ce principe a été mis en application pour tous les enfants admis en chirurgie ambulatoire.

Un poster illustrant les diverses étapes du passage au bloc opératoire a été réalisé et placé dans les salles d'attente de chirurgie. L'information orale a été renforcée lors de l'admission en chirurgie ambulatoire.

Un questionnaire de satisfaction des différents intervenants soignants et des parents a été rédigé pour objectiver le bien-fondé et les éventuels inconvénients de la démarche pour les enfants de l'Hospiday.

Résultats des enquêtes

Amélioration de la gestion de la douleur

Deux enquêtes téléphoniques ont été menées : l'enquête Temps 0 (T0), avant les démarches d'amélioration de la prise en charge de la douleur, et l'enquête Temps 1 (T1), après mise en application des différents changements, soit après 3 mois

Nous avons questionné respectivement 154 (T0) et 149 (T1) patients dont 71 (T0) et 59 (T1) parents d'enfants. Les caractéristiques de ces enquêtes se retrouvent dans le tableau 1. Nous ne développerons que les résultats des patients de pédiatrie.

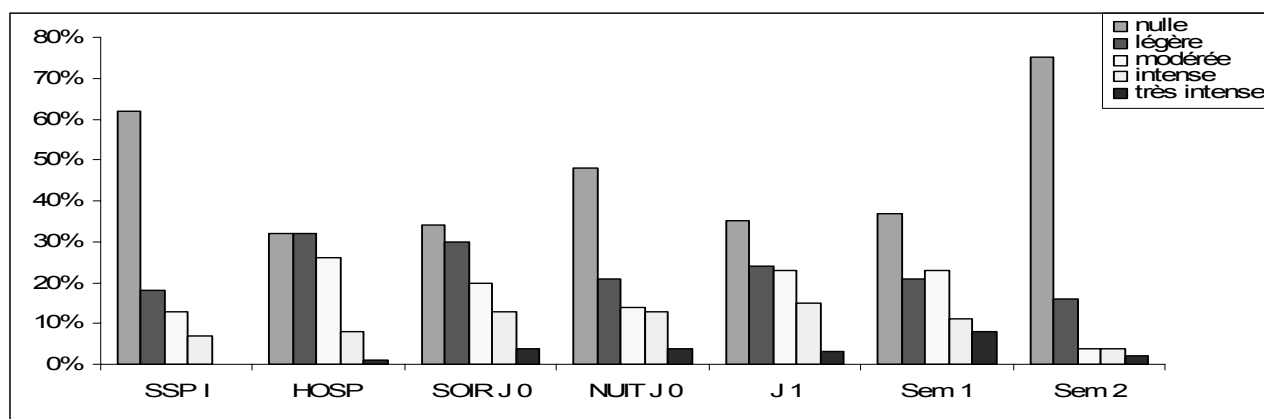
Tableau 1 : Caractéristiques des enquêtes

Enquêtes pédiatriques	Temps 0 – n = 71	Temps 1 – n = 59
♂ – ♀ (%)	61 – 39	76 – 24
ASA (%)		
I	75	78
II	25	20
III	0	2
Interventions (%)		
ORL	59	56
Uro	41	37
Autres (ortho-stomato)	0	9
Âge (années)	1 à 12	1 à 14

Nous avons demandé aux parents des enfants d'évaluer l'intensité de la douleur à différents moments : en salle de réveil (SSPI), en chambre d'hospitalisation (HOSP), le soir du jour opératoire (SOIR J0), la première nuit (NUIT J0), le Jour 1 (J1), durant la première semaine (Sem 1) et durant la seconde semaine (Sem 2) (fig. 1).

L'enquête Temps 1 auprès des parents et des enfants a pu mettre en évidence une diminution de l'intensité de la douleur suite aux différentes démarches entreprises.

Temps 0



Temps 1

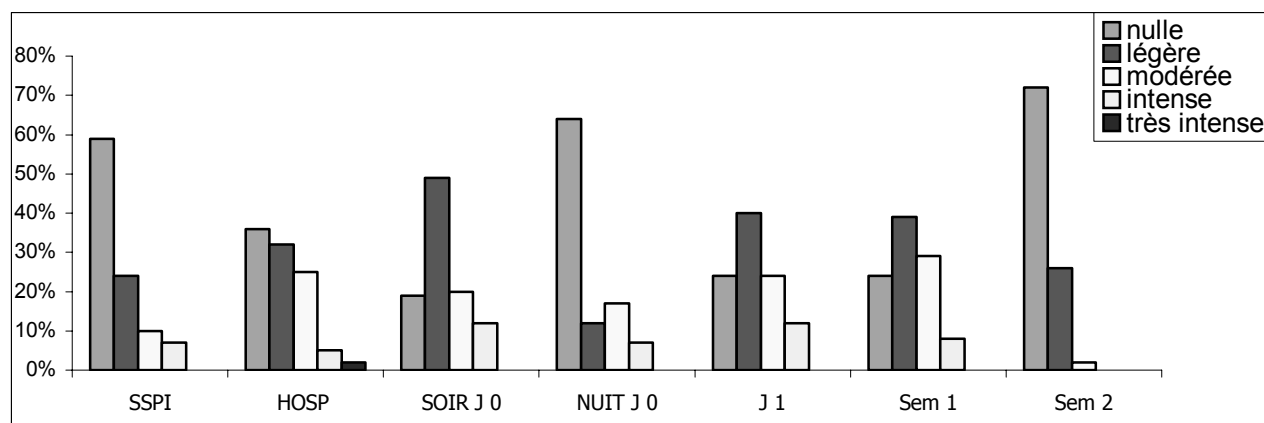


Fig. 1 : Évolution de l'intensité de la douleur dans le temps

L'amélioration la plus importante est une réduction de 40 % (en moyenne) du nombre d'enfants pour lesquels des douleurs intenses/très intenses ont été relatées entre l'enquête T0 et T1 (fig. 2).

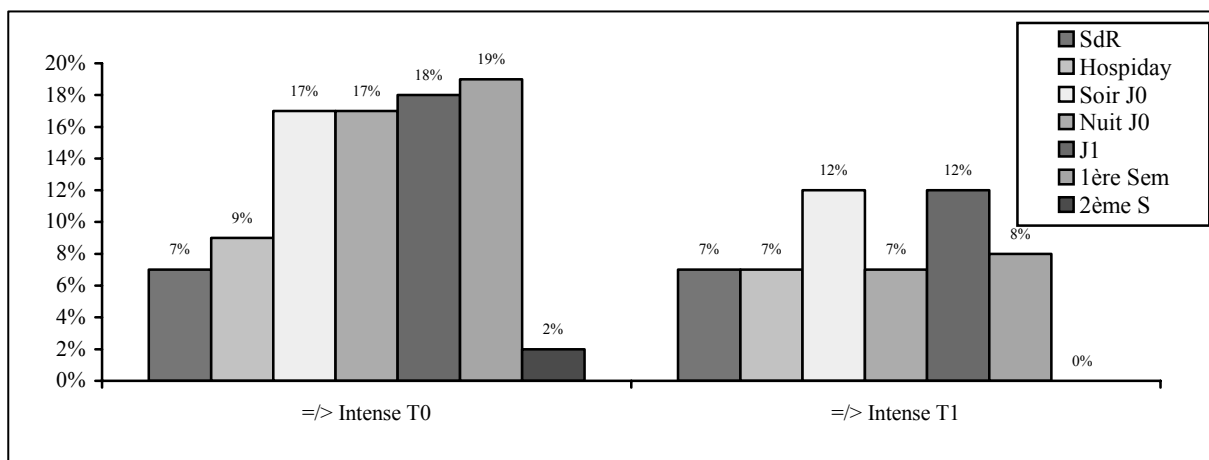


Fig. 2 : Comparaison des douleurs \geq intenses aux Temps 0 (T0) et Temps 1 (T1)

Outre l'intensité de la douleur, le questionnaire abordait la prescription et l'administration des analgésiques. La prise d'antalgiques « tels que prescrits » a été en nette augmentation entre les deux temps de l'enquête. La proportion d'enfants à qui les parents ont effectivement administré les analgésiques du palier 1 « comme prescrits » est passée de 40 % (T0) à 80 % (T1) au Jour 1. Elle a évolué de 35 à 70 % au cours de la première semaine (fig. 3).

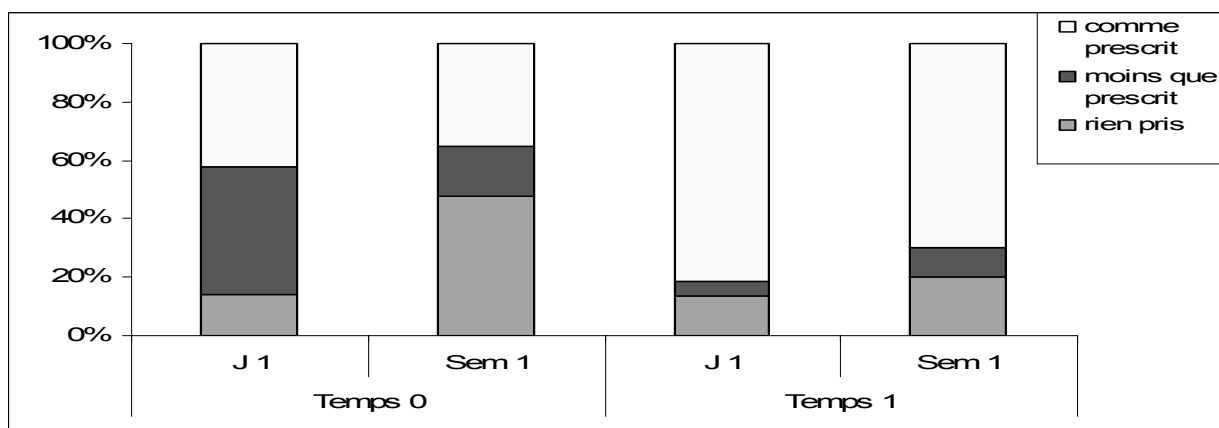


Fig. 3 : Comparaison de la prise d'antalgiques de palier I au Jour 1 (J 1) et au cours de la 1^{re} semaine (Sem 1)

En ce qui concerne les analgésiques de palier II, le taux passe respectivement de 1 à 10 % (Jour 1) et de 4 à 15 % (première semaine).

La nécessité d'un avis médical au jour 1, au cours de la 1^{re} et de la 2^e semaine a aussi été analysée. Nous pouvons remarquer qu'il n'y a pas eu d'appel ou visite au médecin traitant/pédiatre au Jour 1 et durant la deuxième semaine lors de l'enquête Temps 1 contrairement à l'enquête Temps 0. Au cours de la première semaine, le pourcentage est similaire dans les deux enquêtes (fig. 4).

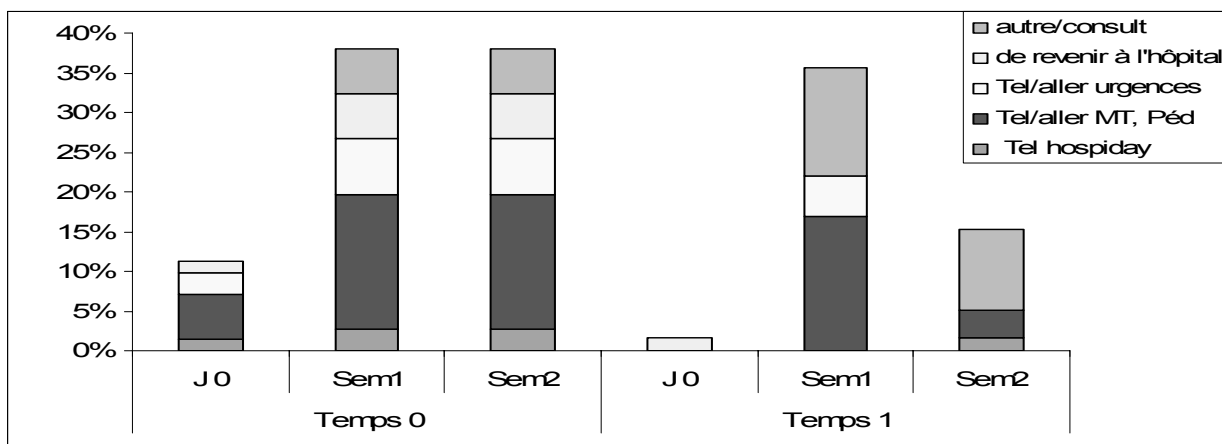


Fig. 4 : Comparaison entre l'enquête Temps 0 (T0) et Temps 1 (T1) de la nécessité d'un avis médical au Jour 1 (J1), au cours de la première semaine (Sem 1) et de la deuxième semaine (Sem 2)

Dans le document d'information donné aux parents, nous recommandons de consulter le généraliste/pédiatre en cas de nausées ou vomissements, douleurs importantes ou tout autre problème rencontré.

Les informations pour gérer la douleur postopératoire, données oralement et renforcées par un feuillet écrit lors du séjour à l'Hospiday, ont également été plus satisfaisantes lors de l'enquête Temps 1. La satisfaction face à l'information reçue a été majorée de 14 % (fig. 5) et il n'y a plus de parent insatisfait !

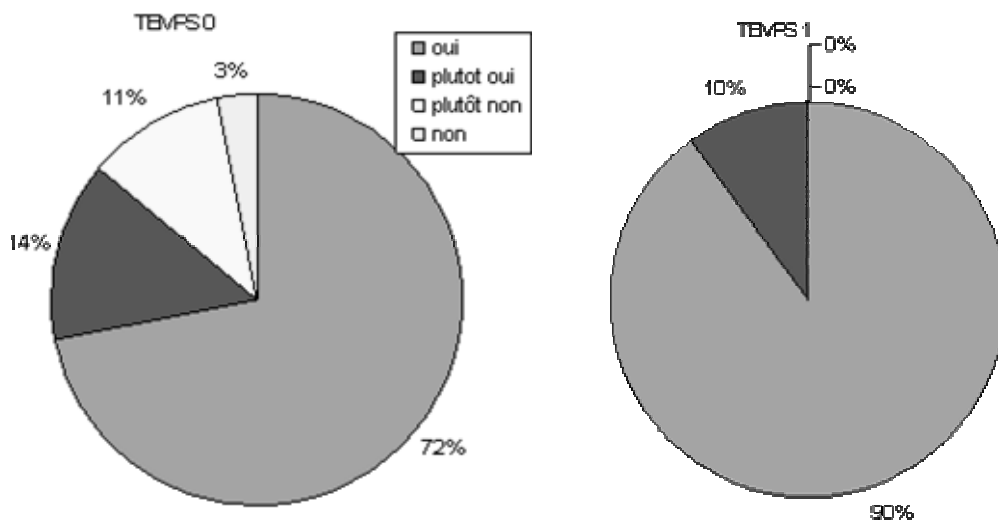


Fig. 5 : « L'information reçue à l'Hospiday a été suffisante pour gérer la douleur postopératoire à domicile ? » – Comparaison des deux enquêtes

Réduction de l'anxiété chez l'enfant par l'accompagnement d'un parent

Le regard des parents (fig. 6)

Nous sommes tous conscients que l'anxiété, la peur, le stress, la séparation sont des facteurs qui vont influencer la perception de la douleur. À l'Hospiday, un parent accompagne son enfant du début à la fin de son parcours. Beaucoup de parents et d'enfants nous en sont très reconnaissants.

Après 2 ans et demi de fonctionnement, nous avons fait une enquête pour nous permettre d'évaluer cet accompagnement.

L'enquête écrite a duré 1 mois : 140 questionnaires ont été distribués aux parents, 85 nous sont revenus complétés, soit une participation de 60 %.

Seize pour cent concernent les enfants de 0 à 23 mois, 60 % de 2 à 6 ans et 20 % de 7 à 12 ans.

La totalité des parents disent avoir reçu une information d'un ou plusieurs intervenants : l'anesthésiste (64 %), l'infirmière (50 %) ou le chirurgien (40 %).

Malgré le fait d'avoir été impressionnés par leur passage dans le quartier opératoire, 95 % ont été rassurés de pouvoir accompagner leur enfant et affirment que la démarche était positive. Ils se disent satisfaits.

De plus, 95 % des parents considèrent que leur enfant a été réconforté par leur présence en salle de réveil (SSPI).

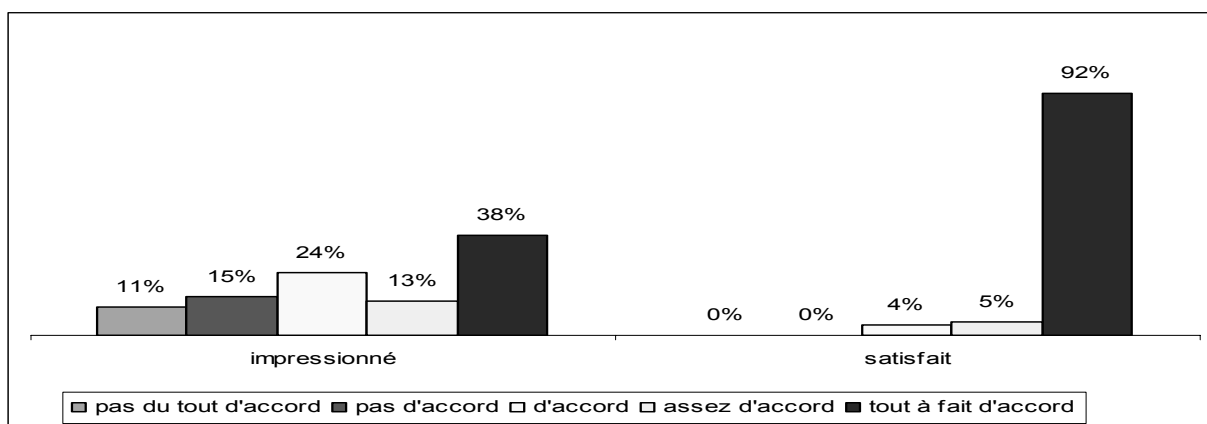


Fig. 6 : Perception des parents face à l'accompagnement des enfants

Le regard des médecins et des infirmier(ère)s

Une enquête parallèle a été menée auprès du personnel soignant. Elle a duré 1 mois.

Nous avons recueilli 78 questionnaires sur 195 distribués, soit une participation de 40 %. Ils se répartissent de la façon suivante : 19 chirurgiens, 24 anesthésistes et 35 infirmières :

- 94 % des personnes interrogées estiment que, pour avoir un comportement adéquat face à l'enfant, le parent doit avoir été préalablement informé ;
- 73 % des praticiens affirment que les enfants sont apaisés par la présence d'un parent lors de l'induction et 89 % que l'enfant est plus paisible en salle de réveil lorsqu'une personne qu'il aime est près de lui ;
- 45 % des soignants disent rencontrer souvent de l'angoisse chez les parents mais seulement 7 % sont gênés par leur présence ;
- 67 % des infirmières et des médecins du quartier opératoire estiment que le fait d'accompagner son enfant est une épreuve impressionnante pour les parents ;
- 71 % sont satisfaits de l'accompagnement parental et 96 % souhaitent le poursuivre.

Outils réalisés

La formation théorique et pratique du personnel soignant, l'information auprès des anesthésistes et des chirurgiens quant à l'usage de ces différents outils a permis la mise en route d'une sorte de

fil rouge auquel chacun peut se raccrocher dans la prise en charge et le soulagement de la douleur de l'enfant.

Choix des échelles d'évaluation de la douleur

Le choix de plusieurs échelles d'évaluation adaptées aux enfants accueillis en chirurgie ambulatoire a dû être réalisé. Ces outils assurent un suivi optimal de l'intensité de la douleur (OPS, échelle visage, EVA, échelle verbale) et permettent une adaptation constante du traitement.

Protocoles d'analgésie

Ils ont été élaborés avec les divers intervenants (chirurgien, anesthésiste, infirmier) de chaque discipline et un pharmacien. Ils assurent la continuité entre la salle de réveil (SSPI), l'Hospiday et le domicile du patient. Ces protocoles permettent une prise en charge efficace de la douleur grâce à une démarche systématique basée sur l'évaluation. La douleur est rapidement décelée voire anticipée et traitée. L'acquisition d'une démarche réfléchie sur base d'un document validé renforce le sentiment de sécurité pour les utilisateurs et permet d'acquérir des comportements standardisés tout en gardant l'enfant au centre des préoccupations. Le soulagement de la douleur dès l'arrivée de l'enfant en salle de réveil et jusqu'à son départ a également pour objectif de le sécuriser puisque du début à la fin, il est un partenaire de soins. De plus, un soulagement efficace permet à l'enfant de retourner rapidement à domicile.

D'autre part, le choix des antalgiques, c'est-à-dire la combinaison du paracétamol, d'AINS et de tramadol par voie orale facilite la gestion des antidouleurs à domicile. Ce type de médicaments est également peu coûteux et génère peu d'effets secondaires majeurs.

Kits antalgiques

Ils ont tous été constitués dans la même logique et comprennent l'association des mêmes antidouleurs oraux, ce qui facilite la continuité et améliore l'information donnée et ciblée sur la douleur. En lien avec le kit, un tableau reprenant les doses pédiatriques en fonction du poids de l'enfant est disponible dans le bureau infirmier.

Documents d'information

Les documents destinés aux parents et à l'enfant (par discipline ou par type d'intervention) et le document d'information destiné au médecin de famille ont tous été conçus en ciblant la prise en charge de la douleur liée directement au type d'intervention. Ils reprennent également des conseils postopératoires (soins de plaie, réalimentation) et les effets secondaires qui peuvent se produire à domicile suite à l'anesthésie ou l'intervention elle-même. Le fait que chaque soignant conseille le patient ou le parent dans le même sens renforce le message thérapeutique et facilite sans doute l'application à domicile.

Affiche décrivant le « chemin patient »

Les objectifs de l'affiche sont multiples :

- d'une part, réduire la peur de l'enfant face à la séparation : l'accompagnant est présent en salle d'attente, en salle d'opération jusqu'à l'endormissement et en salle de réveil. L'enfant est toujours en compagnie de quelqu'un qu'il connaît bien et se sent rassuré ;
- d'autre part, diminuer la peur de l'inconnu : des photos du quartier opératoire permettent à l'enfant de se familiariser avec les lieux et le matériel pour la sédation. L'affiche est placée en salle d'attente des consultations de chirurgie et à l'Hospiday.

Contraintes et limites du projet : l'information des parents

D'une part, nous aimerions renforcer l'information en lien direct avec l'accompagnement de l'enfant pour optimiser la préparation du parent à son rôle d'acteur de soins. Une vidéo conçue à cet effet est depuis peu disponible sur le réseau télévisuel de l'hôpital.

D'autre part, l'échelle d'évaluation de la douleur postopératoire devrait être présentée aux parents et à leur enfant en consultation d'anesthésie afin de les familiariser à cet outil.

Nous voudrions aussi introduire une traduction validée de l'échelle PPMP (*Postoperative Pain Measure for Parents*) pour les enfants de 2 à 12 ans dans notre future prise en charge de la douleur afin d'opter pour un même choix depuis la consultation d'anesthésie jusqu'au domicile et initier le parent à une évaluation plus objective de la douleur de son enfant.

Conclusion

Soucieux d'améliorer la gestion de la douleur des patients admis en chirurgie ambulatoire, des démarches ont été pilotées par un groupe multidisciplinaire. Au départ, la réflexion devait tenir compte du « chemin patient » de l'admission dans le service jusqu'à sa convalescence à domicile. Les actions menées consistaient en la création d'outils de référence, la rédaction de documents d'information, la fabrication de « kit » d'antalgie de sortie et la formation théorique et pratique de l'équipe soignante. Celles-ci ont permis une diminution de l'intensité de la douleur ressentie à domicile.

Parallèlement au traitement antalgique, nous avons voulu agir sur l'anxiété car la diminuer contribue à améliorer la gestion de la douleur. Dans le cadre de notre recherche, nous avons pu mettre en évidence que soignants, soignés et accompagnants désirent poursuivre cette expérience bénéfique.

Lors du séjour à l'hôpital, l'enfant et le parent perçoivent l'attention que porte l'infirmière à sa situation présente et future. La communication et la relation de confiance en sont renforcées.

L'engagement et le professionnalisme de chacun représentent un gage de réussite pour une prise en charge personnalisée de l'enfant et lui permettre un retour à domicile sécurisé. Les soignants, encouragés par ces changements, sont motivés à poursuivre et étendre la démarche.