

# Évaluation de la douleur : audits répétés, des efforts récompensés<sup>1</sup>

**Donatienne Dujardin<sup>1</sup>, Ophélie Lamy<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> IPDE, Formatrice en réanimation néonatale et pédiatrique,

<sup>2</sup> IPDE au SMUR pédiatrique et réanimation pédiatrique, CHU de Dijon  
Avec le soutien du cadre de santé, Sylvie Philippe,  
et du médecin référent douleur Anne-Cécile Chary-Tardy

La Haute autorité de santé (HAS) rend obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé. L'indicateur IPAQSS (pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) « Traçabilité de la douleur » est le critère 12a.

Selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité des soins (Code de la santé publique), article L. 1110.5 « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée* ».

Au CHU de Dijon, le service de pédiatrie 2 regroupe 4 unités distinctes : le SMUR pédiatrique, la réanimation néonatale, la réanimation pédiatrique et la médecine néonatale avec des lits de soins intensifs répartis sur plusieurs étages.

Le personnel des services de pédiatrie 2 se compose de 140 soignants, 15 médecins, 3 cadres de santé et 1 chef de service, 2 psychologues.

L'éloignement géographique induit des pratiques de soins différentes.

Le travail de l'équipe paramédicale est en poste de 12 h.

Depuis 2011, les équipes soignantes éprouvent le besoin de travailler de la même manière, particulièrement, concernant la prise en charge de la douleur.

Un groupe de travail se crée, formé de soignants motivés IDE et IPDE issus des différentes unités « dits référents » et est soutenu par un médecin référent douleur.

La priorité du groupe est de s'interroger sur « comment valoriser le rôle infirmier dans la prise en charge des enfants hospitalisés, pour lutter contre la douleur, et comment harmoniser nos pratiques dans tous les services ».

Devant le constat de plusieurs éléments à améliorer, un « état des lieux », par le biais d'une EPP (Évaluation des pratiques professionnelles) sur la cotation de la douleur, de l'inconfort de l'enfant et la prise en charge de la douleur est programmé.

Cette EPP se déroule à une période de transformation des prises en charge, en lien avec l'implantation des techniques dites du soin de développement, et un projet de mutualisation des équipes en 2012.

---

<sup>1</sup> Un grand merci à Antoine Burguet pour sa collaboration à l'interprétation des résultats.

## Objectif

Cette EPP est mise en place dans un triple objectif :

- améliorer la prise en charge de la douleur chez l'enfant en ciblant les points à améliorer ;
- développer une culture de la mesure de la qualité des soins ;
- disposer de mesures factuelles pour évaluer notre prise en charge.

## Méthodologie

Les enfants, inclus dans cette EPP, sont âgés de 0 à 28 jours de vie. Ils peuvent être pris en charge dans les 4 unités du service (certains enfants naviguent entre elles).

Cette EPP débute fin 2011. Elle est poursuivie en 2012 et 2013 avec les mêmes exigences en ciblant les unités et les domaines plus en difficultés afin d'améliorer les prises en charge.

Elle est menée durant une semaine par an, afin d'inclure un nombre suffisant de patients et d'obtenir une certaine représentativité des patients du service.

Une fiche de recueil de données permet le recueil a posteriori dans les dossiers patients. Les équipes ne connaissent pas la semaine qui sera évaluée.

### ***Données recueillies***

- La population : date de naissance, terme, sexe, poids de naissance, diagnostic d'entrée, chirurgie ou non, service où a été faite l'évaluation.
- Un tableau de recueil par 12 h d'hospitalisation de l'enfant avec :
  - son état respiratoire (ventilé ou non),
  - le traitement ou non par antalgiques et si oui lequel,
  - la présence ou non d'évaluation de douleur,
  - l'indication ou non de l'échelle de cotation de la douleur,
  - le nombre d'évaluations pendant les soins et/ou hors des soins.
- Le tableau est rempli pour le poste de jour et pour le poste de nuit. Ainsi, un enfant peut avoir plusieurs lignes de recueil.

### ***Exigences de validation d'une cotation de douleur***

- Les soignants doivent indiquer l'échelle utilisée pour leur évaluation, afin qu'il soit possible de préciser si cette échelle est adaptée au type de soin. Les échelles de soins sont considérées comme adaptées au type de soins dans les situations suivantes : les échelles DAN pendant les soins pour un nouveau-né ou prématuré, EDIN en dehors des soins pour tous les enfants jusqu'à 3 mois, Behavior pour les enfants ventilés et sédatisés.
- Nous avons construit l'organigramme (figure 1) afin de conclure sur la qualité de l'évaluation de la douleur.

N.B. : Un enfant douloureux ou sous traitement antalgique devait être évalué au moins 2 fois/12 h sinon chaque enfant devait l'être au moins 1 fois/12 h.

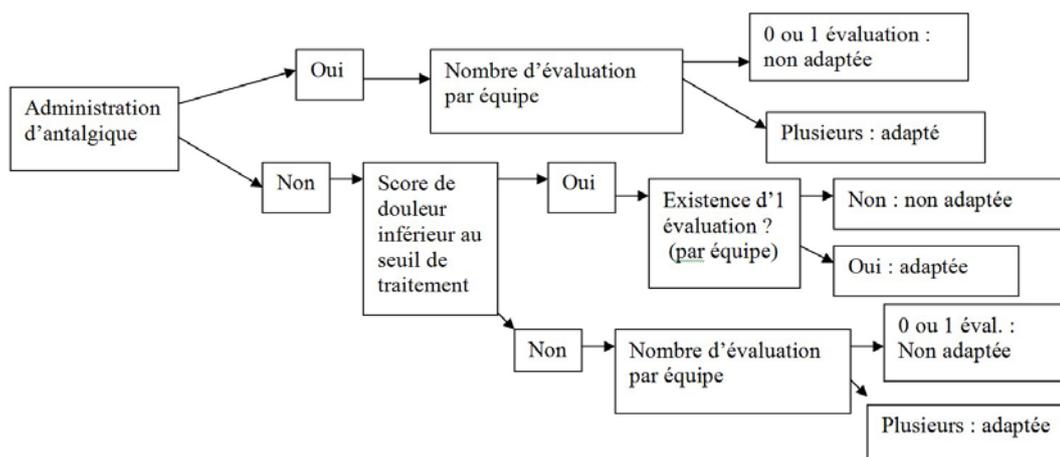


Figure 1. Organigramme du jugement de l'adéquation de l'évaluation adaptée.

## Résultats

De 2011 à 2013, 118 enfants ont été inclus soit 1 268 observations (tableau 1). Tous les enfants sont **observés** pendant et hors des soins, le jour comme la nuit. En revanche, tous ne sont pas **évalués** pendant et hors des soins.

Tableau 1. Nombre d'observations dans les différentes unités selon l'année (%).

Lieu d'observation	2011 (N = 429)	2012 (N = 421)	2013 (N = 418)
SMUR	5,4	1,7	1,7
Réanimation néonatale	30,1	34,7	38,3
Réanimation pédiatrique	9,3	7,4	4,6
Néonatalogie	55,2	56,2	55,5

- Le nombre d'enfants accueillis dans les 4 services de pédiatrie 2 est semblable sur les 3 années. La moitié des observations a été réalisée en néonatalogie, et un tiers environ en réanimation néonatale.
- Les données démographiques sont statistiquement comparables au cours des 3 périodes (tableau 2).

Tableau 2. Caractéristiques des patients inclus (%).

	2011 (N = 42)	2012 (N = 38)	2013 (N = 38)	p
<b>Garçons</b>	52,4	60,5	52,6	0,72
<b>Poids moyen, g (DS)</b>	2 029 (781)	2 042 (978)	2 098 (1001)	0,94
<b>Terme moyen, SA (DS)</b>	33,5 (4,0)	33,1 (4,5)	33,0 (4,9)	0,41
<b>Motif d'hospitalisation</b>				
Prématurité	69,1	71,1	68,4	0,45
Chirurgie	2,4	10,5	2,6	
Autres	28,5	18,4	29,0	

- Le type de prise en charge est présenté tableau 3. On observe une modification globale de la prise en charge (recours moins systématique à la ventilation assistée, sevrage plus rapide du respirateur ; type de traitement antalgique utilisé évoluant vers une limitation des prescriptions de sufentanil et de Nubain®, remplacés par de la morphine et du paracétamol). On note une faible utilisation du saccharose.
- La proportion d'enfants ayant bénéficié d'une évaluation de la douleur et l'utilisation d'une échelle de cotation adaptée s'améliorent au cours des 3 années sur les 4 services. Ces progrès n'ont pas été observés en même temps dans chaque unité. (tableaux 4 et 5).
- En revanche, après une franche période d'amélioration, l'utilisation d'une échelle adaptée pour l'évaluation de la douleur pendant les soins n'est plus constante.

**Tableau 3.** Prise en charge au moment des évaluations (%).

	2011 (N = 429)	2012 (N = 421)	2013 (N = 418)	p
Support ventilatoire				
Ventilation invasive	63,4	44,4	54,8	0,001
Ventilation non invasive	20,8	14,3	10,0	
Air ambiant	15,8	41,3	35,2	
Sufentanil	16,9	11,9	3,6	0,001
Morphine	0,2	0,0	6,9	0,001
Nubain®	5,8	3,1	0,7	0,001
Paracétamol	1,6	9,3	17,0	0,001
Saccharose	8,4	10,9	11,7	0,25
Emla®	0,0	0,7	0,7	1,0

**Tableau 4.** Taux d'enfants ayant eu une évaluation de la douleur pendant les observations (%).

	2011 (N = 429)	2012 (N = 421)	2013 (N = 417)	p
<b>Pendant les soins</b>				
<b>Services confondus</b>	6,8	17,6	34,5	0,001
SMUR	0,0	14,3	42,9	
Réanimation néonatale	11,1	32,2	31,9	
Réanimation pédiatrique	30,0	32,3	21,0	
Néonatalogie	1,3	6,8	37,2	
<b>En dehors des soins</b>				
<b>Services confondus</b>	3,7	29,0	57,1	0,001
SMUR	4,3	14,3	42,9	
Réanimation néonatale	3,1	63,0	55,7	
Réanimation pédiatrique	27,5	38,7	57,9	
Néonatalogie	0,0	7,2	58,5	

**Tableau 5.** Les évaluations de la douleur sont-elles faites avec une échelle adaptée (%) ?

	2011	2012	2013	p
<b>Pendant les soins</b>				
<b>Services confondus</b>	10,3 (n = 29)	97,3 (n = 74)	62,5 (n = 144)	0,001
SMUR	0,0	1,0	66,7	
Réanimation néonatale	0,0	97,9	86,3	
Réanimation pédiatrique	25,0	100,0	100,0	
Néonatalogie	0,0	93,8	46,5	
<b>En dehors des soins</b>				
<b>Services confondus</b>	50,0 (n = 16)	96,7 (n = 122)	97,1 (n = 237)	0,001
SMUR	0,0	100,0	100,0	
Réanimation néonatale	75,0	96,7	97,8	
Réanimation pédiatrique	45,5	100,0	100,0	
Néonatalogie	0,0	94,1	96,3	

## Discussion

Notre EPP retrouve une amélioration de la cotation de la douleur avec des outils adaptés sur une période de 3 ans dans un service de pédiatrie universitaire.

Il est probable que cette amélioration ait été possible grâce à deux composantes :

- une modification dans la démarche de soins au niveau des équipes pluridisciplinaires ;
- un désir d'amélioration de la prise en charge de la douleur elle-même.

L'effet de l'EPP elle-même a permis des actions ciblées.

La mise en place progressive des soins de développement dans les 4 unités a s'en doute permis une véritable implication et sensibilisation des équipes soignantes à évaluer la douleur, et d'ouvrir le dialogue entre professionnels entraînant un changement sur nos thérapeutiques.

Nous relevons une faible utilisation du saccharose et de la pommade Emla® :

- le saccharose est selon notre avis utilisé de plus en plus et à bon escient mais pas tracé sur la feuille de surveillance ;
- en revanche, la pommade Emla® est encore peu utilisée en réanimation pédiatrique pour des contraintes d'attente entre la pose et le geste.

L'utilisation et la traçabilité de ces deux derniers produits sont à améliorer au vu de nos derniers résultats.

L'évaluation pendant les soins, reste plus difficile, car l'observation est plus longue et nécessite idéalement une tierce personne. Les gestes entraînent une douleur variable selon leur type. Cette évaluation semble encore soignant-dépendante.

L'absence de progression constante s'explique par le besoin d'accompagnement permanent des équipes. Notre étude montre combien il est nécessaire de répéter les évaluations et cibler les points qui semblent devoir être approfondis. Ainsi on peut améliorer en permanence les prises en charge. Notre étude montre à quel point il est nécessaire de répéter les évaluations et de cibler les points qui semblent devoir être approfondis.

L'étude ne montre pas de différence entre les équipes de jour et celles de nuit, expliquée, sans doute, par l'alternance jour/nuit de toute l'équipe.

## **Actions menées par le groupe après chaque EPP**

### **Actions de 2011 à 2012**

Le groupe de travail a choisi de cibler deux actions :

- **la formation du personnel.** Le médecin et une infirmière référents douleur forment tout le personnel médical et paramédical présent à cette période (soit 155 personnes). Ces formations d'une heure par petits groupes ou individuellement contiennent un apport théorique (législation, comment et pourquoi coter la douleur, etc.) et des films ;
- **la modification des feuilles de surveillance de réanimation.** Cotation et échelle d'évaluation de la douleur, les plus utilisées, sont désormais intégrées à la feuille de surveillance. DAN, EDIN, BEHAVIOR apparaissent au recto de chaque feuille de surveillance.

### **Actions de 2012 à 2013**

- **La médecine néonatale** bénéficie d'un changement de feuille de surveillance avec les mêmes modifications qu'en réanimation.
- **Le personnel SMUR** pédiatrique reçoit une formation de lutte contre la douleur, lors des transports, spécifique à leur prise en charge.

Dans le même temps, l'institution souhaite une mutualisation du personnel de réanimation néonatale et pédiatrique, de médecine néonatale, et du SMUR pédiatrique. Dorénavant, les soignants travaillent, de jour comme de nuit, dans toutes les unités.

Ces changements ont permis un échange de pratiques et d'expériences.

### **Actions de 2013 à 2014**

Une diminution des évaluations de la douleur en réanimation, montre qu'il est important que le groupe de travail soit présent dans toutes les unités.

- **Une infirmière référente** de chaque service est détachée des soins, un jour par mois, pour sensibiliser les équipes. Ce nouveau poste est sur 12 h. L'infirmière se rend disponible auprès des soignants pour les aider dans l'observation et l'évaluation de la douleur, réexplique l'importance de la cotation et filme des actes douloureux afin de prouver l'efficacité de tel ou tel moyen infirmier de lutte contre cette douleur.
- **Des sessions de formations**, identiques à celles dispensées en 2011, sont proposées aux nouveaux soignants de pédiatrie 2 (médical et paramédical) et/ou ceux qui souhaitent un rappel.
- **Les protocoles d'utilisation de la pommade Emla® et de la solution sucrée** sont réadaptés aux pratiques des différents services. Leur mise en place s'accompagne d'informations.
- **Une formation sur le mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote**, avec le Dr Vollot, anesthésiste, débute en septembre 2014 pour tout le personnel qui l'utilise. Un réajustement du protocole est en cours de rédaction.
- **5 membres du groupe sont formés à l'hypnoalgésie** et retransmettent ces nouvelles compétences aux différentes équipes soignantes de pédiatrie 2.

Parallèlement, tout le personnel de pédiatrie 2 est formé aux soins de développement (objectif de service), ce qui permet une meilleure observation de l'enfant et une approche des gestes infirmiers pouvant diminuer la douleur.

## Conclusion

Les 400 observations conduites chaque année sur une quarantaine d'enfants montrent une augmentation régulière et adaptée du nombre d'évaluations de la douleur.

Cette amélioration de la prise en compte de la douleur intéresse aussi bien :

- l'observation pendant et hors des soins ;
- la réanimation (néonatale et pédiatrique), la néonatalogie et le SMUR ;
- les équipes de jour et de nuit.

Ces observations se font dans une ambiance médicale et paramédicale d'allègement global des soins (moins de ventilation assistée mais plus de VNI, moins de sufentanil mais plus de morphine, etc.) et de nos prises en charge thérapeutiques.

Dans l'année à venir, le groupe de travail va :

- encore diffuser les résultats des EPP, à tout le personnel, ce qui nous permettra de les valoriser et de proposer des pistes d'amélioration ;
- individualiser les nouvelles actions à mener en fonction des besoins de chaque équipe comme l'a démontrée l'EPP de 2013 ;
- viser notre premier objectif en travaillant avec les équipes soignantes sur les moyens infirmiers pour lutter contre la douleur en pédiatrie 2, grâce aux soins de développement, l'installation confortable, soins à 4 mains, l'hypnoalgésie, l'utilisation d'Emla® et du saccharose, harmonisation de la participation des parents aux soins douloureux, et toutes autres idées proposées par les équipes... ;
- faire une EPP sur le rôle propre infirmier dans la lutte contre la douleur ;
- poursuivre le suivi de l'évaluation de la douleur dans notre service.