Federale Raad voor de Kwaliteit
van de Verpleegkundige Activiteit

Conseil Fédéral pour la Qualité
de l'Activité Infirmière

De la prise en charge des patients algiques à l'amélioration des pratiques de soins :

Expériences des Infirmières Ressources Douleur Aigue

Marie Van den Eynde

Ramona Moor

Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

Complexité de la prise en charge de la douleur

Types de douleurs

Contexte

Intensité de la douleur

Autres traitements

Antécédents

Attentes

Personnalités

Pas de recette standard de prise en charge!

Durée de la douleur

Molécules

Alliance thérapeutique

Historique du patient

Stratégie médicale

CI, EI, Tolérance

Pathologies

Complexité de la prise en charge de la douleur: un vécu individuel

Localisation/ description / intensité avec échelle d'auto évaluation

Composante sensorielle:
Il sent, perçoit quelque chose dans son corps

Composante cognitive
Il pense, son attention est modifiée.

Il dit:
« J'ai MAL! »

Composante comportementale
Il réagit à la douleur : se tord, crie, se fige, …

Composante affectivo-émotionnelle
Il ressent quelque chose (c'est agressif, désagréable, pénible)

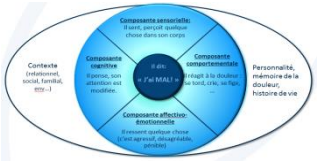
Contexte (relationnel, social, familial, env…)

Personnalité, mémoire de la douleur, histoire de vie

Échelle comportementale (FLACC/Algo +…)

Complexité de la prise en charge douleur: le vécu des soignants

L'expérience de douleur personnelle

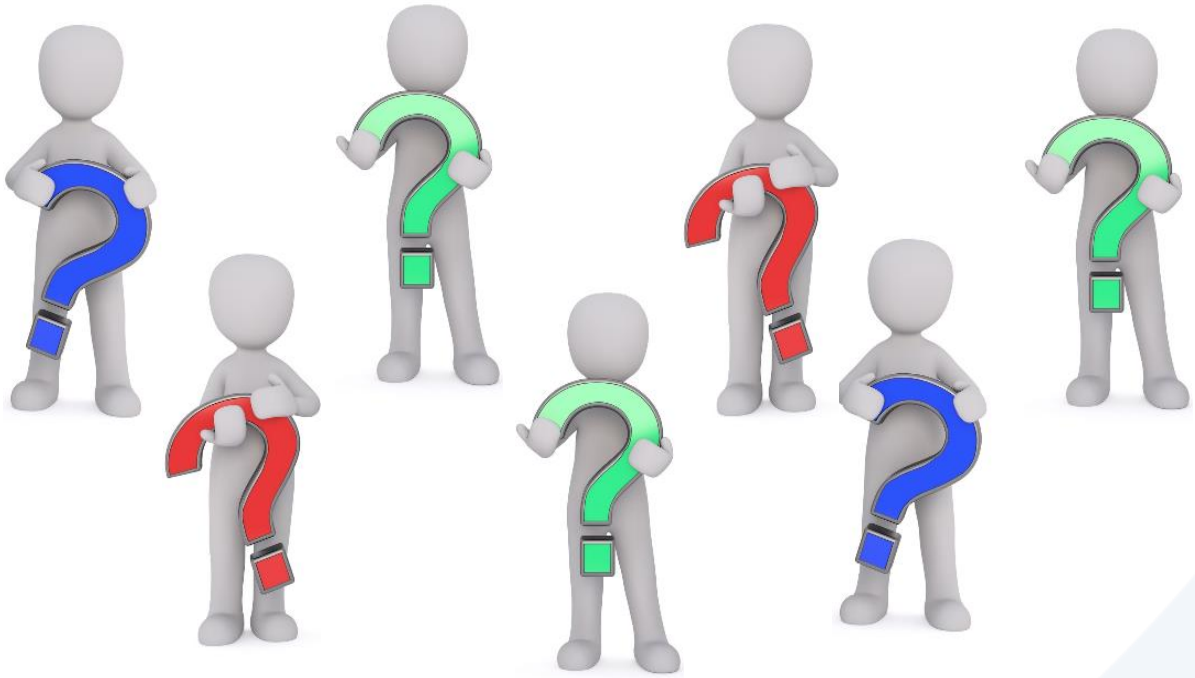


La formation

Le contexte

La culture

Complexité de la prise en charge douleur: le vécu d'une équipe de soins



Mixité de croyances, de représentations et de vécus individuels concernant la douleur et son traitement

L'évaluation de la douleur: une rencontre

Entre **une plainte** (verbale et/ou comportementale) d'un patient qui souffre et **d'une réaction/interprétation** d'un soignant

➔ Peu d'objectivité

➔ Importance de l'écoute

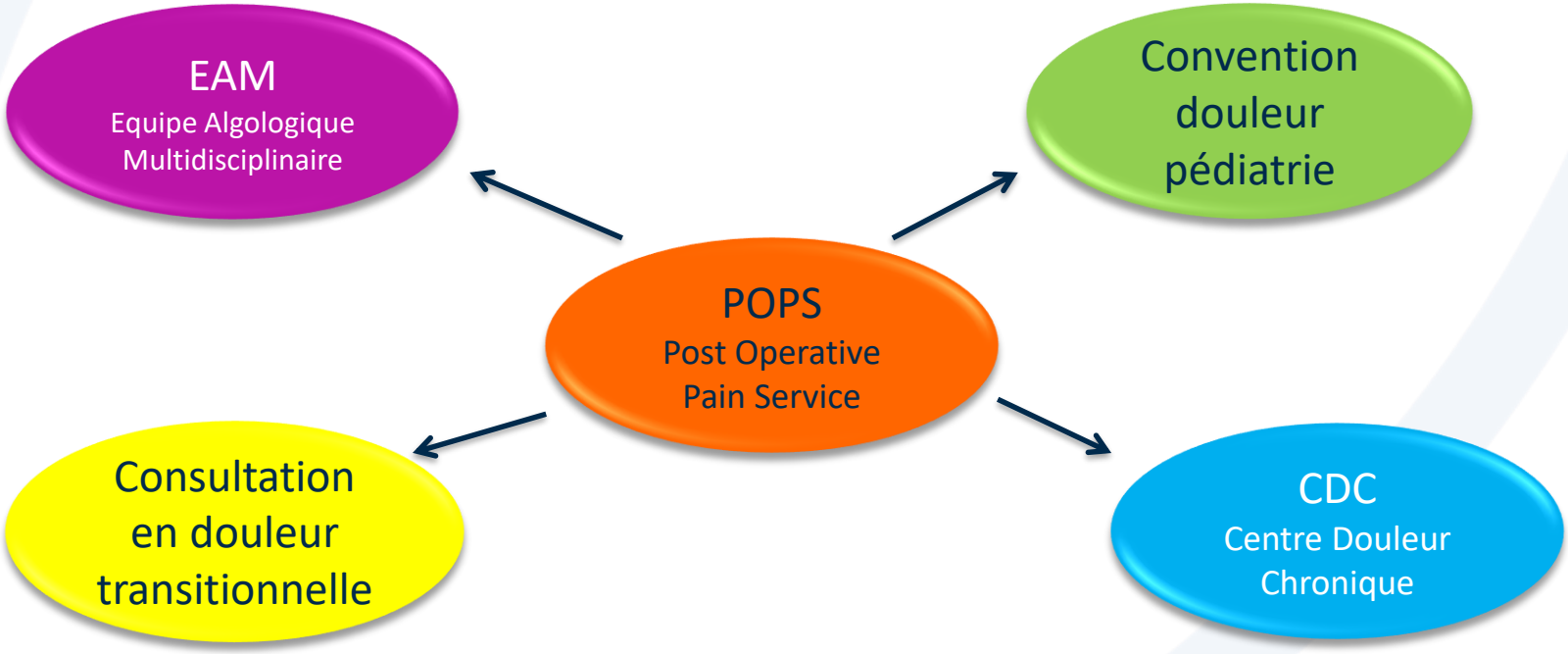
➔ Intérêt de l'utilisation **d'outils validés pour « standardiser / objectiver»** au mieux la sensation douloureuse, son évolution et son soulagement

➔ Importance du **jugement clinique infirmier**

Gestion de la douleur post opératoire complexe

Le patient est hospitalisé

Le patient a moins de 16 ans



Le patient est ambulatoire

Le patient a des antécédents de douleur chronique

Equipe Algologique Multidisciplinaire

Sensibiliser et organiser la formation des soignants

Participer à la prise en charge de patients complexes

Equipe et fonctionnement

- Multidisciplinaire (anesthésistes, psychologue, infirmières)
- 1 réunion / semaine

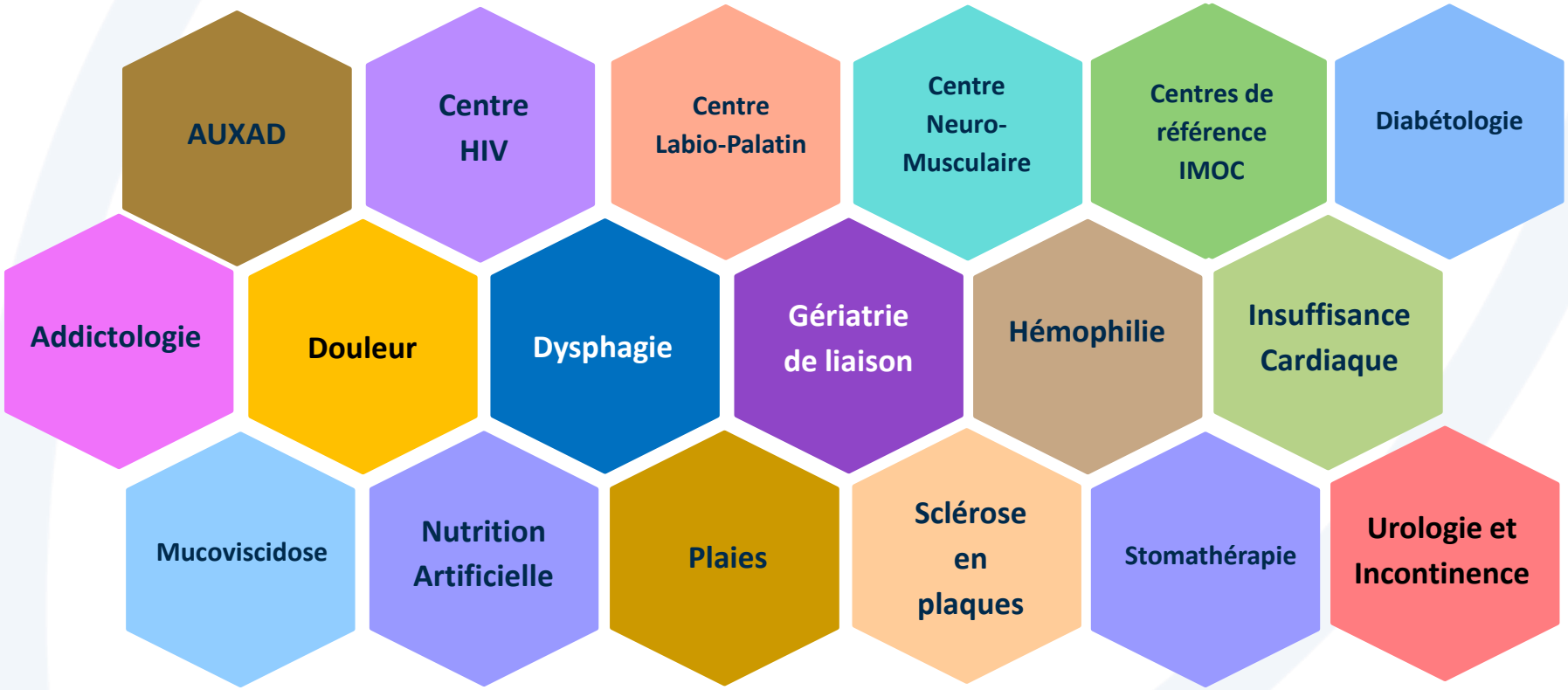
Etre personne-ressource pour répondre aux difficultés

Participer à l'éducation des patients souffrant de douleur

Faciliter l'implémentation de guidelines

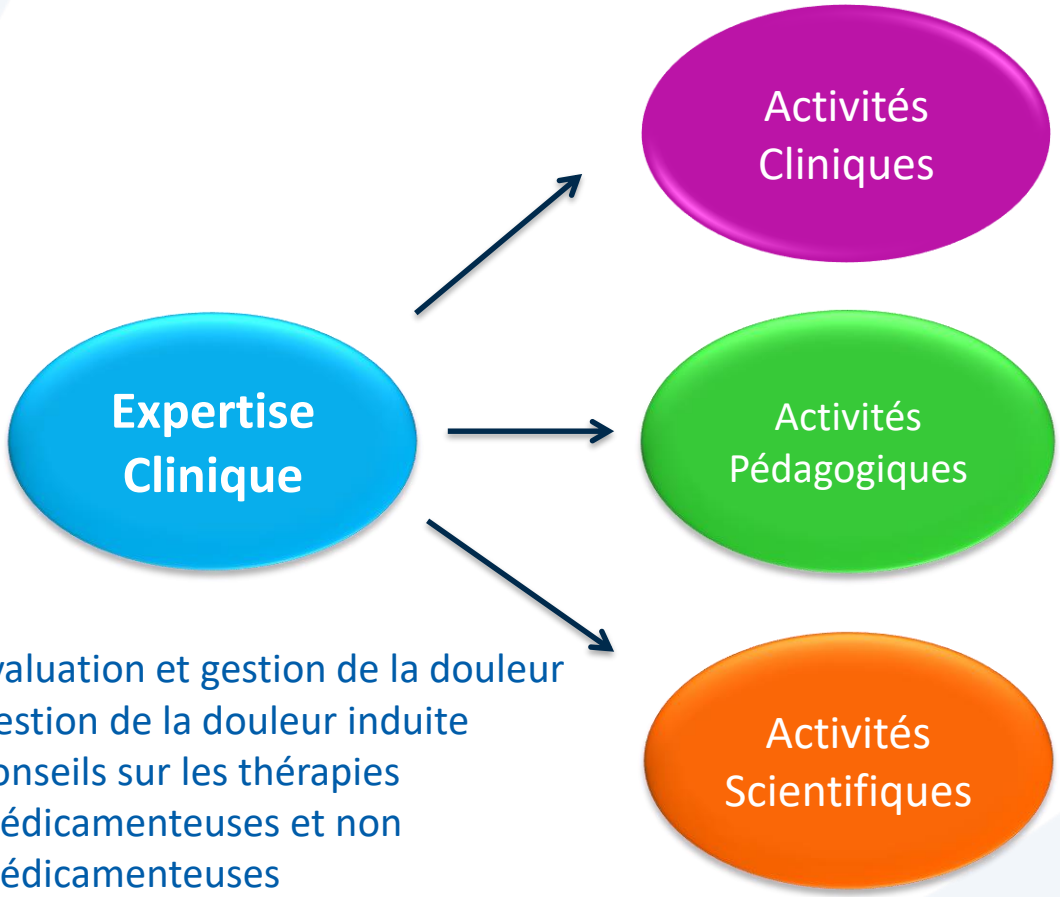
Assurer la continuité des soins

Equipe des Infirmiers Ressources



Partage d'expérience pour améliorer les pratiques de soins au niveau institutionnel

Domaines d'expertise de l'Infirmière Ressource Douleur



- Évaluation et gestion de la douleur
- Gestion de la douleur induite
- Conseils sur les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses

Activités Cliniques

Patient

- Evaluation bio psycho sociale (anamnèse complète)
- Ajustement de traitement après avis anesthésistes
- Accompagnement (soins douloureux, techniques non médicamenteuse…)
- Éducation (traitement, gestion…)
- Suivi complexe

Équipes de soin

- Sensibilisation systématique
- Explication et transmission des bonnes pratiques

- Tâtonnement dans la PEC
- « Electron libre »
- Difficulté de mesurer l'impact de la formation informelle
- Turn-over des équipes
- Diminution de la durée de séjour

- Communication pour avoir l'adhésion du patient/équipe à la PEC
- Travail sur la communication et stratégie d'intégration
- Quid des consultations IRD?

Douleur post opératoire complexe: introduction des techniques non médicamenteuses

Patient

Homme, 30 ans, J3 post amp fémorale

ostéosarcome, + complications post op,

Rotation post PCA mal tolérée,

Douleur complexe/ fantôme

Sophrologie

- Technique psychocorporelle
- Vécu douleur
- Schéma corporel
- 2-3 séances par semaine durant 4 mois

Apport de la sophrologie

- Gestion médicamenteuse plus simple
- Sentiment de maitrise dans la gestion/vécu de la douleur

Perspectives

- Suivis individuels
- Création d'un groupe dans l'US (questionnaire douleur avant et après)

Activités Pédagogiques

Intra hospitalier

- Sensibilisation/ Information /Formation
- Ponctuel ou programme continu

Extra hospitalier

- Formation continue
- TFE
- Congrès

- Hétérogénéité de la formation initiale
- Manque de législation sur les infirmiers relais douleur
- Temps de préparation et d'organisation
- Manque de formation pédagogique
- Autres priorités institutionnelles
- Difficulté de libérer les soignants
- Saturation d'information

- Collaboration avec la « cellule formation »
- Réflexion en EAM
- Formation sur la pédagogie/ informatique
- Innovation et créativité

Activités pédagogiques: amélioration des pratiques

Type de formations:

- Formations « traditionnelles » en collaboration avec les médecins et la psychologue
- Formations brèves lors de « stand up »
- Formations interactives: ex: en pédiatrie
- Création d'une newsletter pour l'ensemble des soignants

Thèmes:

- Évaluation de la douleur
- Gestion du traitement: ex: l'analgésie multimodale
- Traçabilité/ transmission
- Douleurs spécifiques (induite, plaie, post op, gériatrique, pédiatrique…)
- Autres: ex : le syndrome sérotoninergique

Actions:

- Recueil des attentes
- Création de formations suivant l'évolution de l'EBP
- Organisation / logistique
- Evaluation de l'impact

Activités pédagogiques: Uniformatisation du discours institutionnel

Cadre
- AR 2012
- CSS 2016
- ARM 2018
- BePPA

Formation
- Administrateur
- Prescripteur
- ARCA

Sécurité
- Locaux
- Matériel

Création et coordination d'un groupe multidisciplinaire MEOPA

Hétérogénéité
- Discours
- Pratiques

Projets institutionnels
- Accréditation
- TPI²
- DIRHM

Activités pédagogiques: Uniformatisation du discours institutionnel

Sécurisation de la prescription (CI, PE, indications)

- Document de suivi
- Réflexion PM informatisée

Sécurisation des locaux: réunion, chariot

Concrétisation du travail de groupe

Uniformatisation du discours pour expliquer aux patients

Formation préalable en cours (ARCA)

Procédure

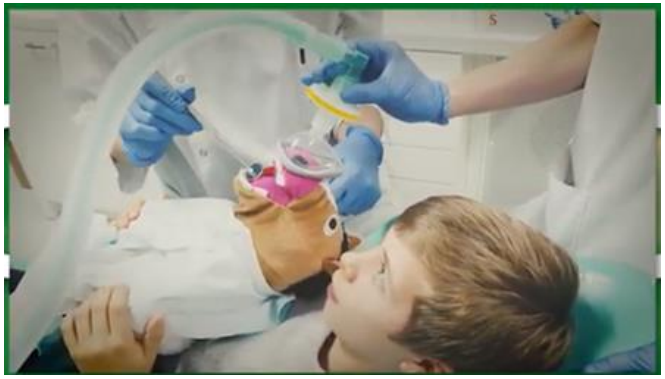
Intérêt du MEOPA dans la gestion de la douleur post opératoire

Les **gestes** ayant le plus souvent causé des douleurs 24h post op:

Soins au lit (pansement, toilette)	**(31.3%)**
Rééducation	**(28.1%)**
Actes infirmiers (prise de sang, injection, sondage…)	**(10.1%)**
Actes médicaux (endoscopie, infiltration, biopsie, radiographie…)	**(6.4%)**
Transport (brancard, ambulance)	**(4.6%)**

Audit sur la prise en charge de la douleur dans les unités de chirurgie aux Cliniques Universitaires Saint Luc, 2012 – Service d'anesthésiologie, Pr Lavand'homme, Dr Steyaert

MEOPA expliqué aux enfants
MEOPA expliqué aux adultes



YouTube FR

Activités Scientifiques

- Surveillance de la littérature scientifique
- Implémentation des bonnes pratiques
- Coordination de projets multidisciplinaires
- Abstracts, posters, publications

- Autres priorités institutionnelles
- Manque de temps
- Peu de moyens financiers
- Manque de formation continuée au niveau scientifique

- Bonne organisation intra-équipe EAM
- Demande de bourse
- Formation sur l'EBP
- Présentation en commission de recherche

Activités Scientifiques:
Projet d'amélioration de la gestion de la douleur aux soins intensifs

Le projet a été initié **à la demande des infirmières** travaillant aux soins intensifs adultes.

Il est devenu une **collaboration de l'équipe des soins intensifs avec l'EAM.**

Création d'un **groupe de travail multidisciplinaire**: infirmières, aide-soignant, kinésithérapeute, pharmacienne, psychologue et médecins.

Projet d'amélioration de la gestion de la douleur aux soins intensifs: les différentes étapes

Création d'un groupe de travail multidisciplinaire

Publication des résultats?

Revue de la littérature

Coordination par IRD

Etat des lieux après améliorations

Etat des lieux avant améliorations

Implémentation des améliorations

Préparation des améliorations

Projet d'amélioration de la gestion de la douleur aux soins intensifs: la revue de la littérature (1)

Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU

John W. Devlin, PharmD, FCCM (Chair)[1,2]; Yoanna Skrobik, MD, FRCP(c), MSc, FCCM (Vice-Chair)[3,4]; Céline Gélinas, RN, PhD[5]; Dale M. Needham, MD, PhD[6]; Arjen J. C. Slooter, MD, PhD[7]; Pratik P. Pandharipande, MD, MSCI, FCCM[8]; Paula L. Watson, MD[9]; Gerald L. Weinhouse, MD[10]; Mark E. Nunnally, MD, FCCM[11,12,13,14]; Bram Rochwerg, MD, MSc[15,16]; Michele C. Balas, RN, PhD, FCCM, FAAN[17,18]; Mark van den Boogaard, RN, PhD[19]; Karen J. Bosma, MD[20,21]; Nathaniel E. Brummel, MD, MSCI[22,23]; Gerald Chanques, MD, PhD[24,25]; Linda Denehy, PT, PhD[26]; Xavier Drouot, MD, PhD[27,28]; Gilles L. Fraser, PharmD, MCCM[29]; Jocelyn E. Harris, OT, PhD[30]; Aaron M. Joffe, DO, FCCM[31]; Michelle E. Kho, PT, PhD[30]; John P. Kress, MD[32]; Julie A. Lanphere, DO[33]; Sharon McKinley, RN, PhD[34]; Karin J. Neufeld, MD, MPH[35]; Margaret A. Pisani, MD, MPH[36]; Jean-Francois Payen, MD, PhD[37]; Brenda T. Pun, RN, DNP[23]; Kathleen A. Puntillo, RN, PhD, FCCM[38]; Richard R. Riker, MD, FCCM[29]; Bryce R. H. Robinson, MD, MS, FACS, FCCM[39]; Yahya Shehabi, MD, PhD, FCICM[40]; Paul M. Szumita, PharmD, FCCM[41]; Chris Winkelman, RN, PhD, FCCM[42]; John E. Centofanti, MD, MSc[43]; Carrie Price, MLS[44]; Sina Nikayin, MD[45]; Cheryl J. Misak, PhD[46]; Pamela D. Flood, MD[47]; Ken Kiedrowski, MA[48]; Waleed Alhazzani, MD, MSc (Methodology Chair)[16,49]

Critical Care Medicine www.ccmjournal.org e825

Copyright © 2018 by the Society of Critical Care Medicine and Wolters Kluwer Health, Inc. All Rights Reserved.

September 2018 • Volume 46 • Number 9 • pp 825-873

Projet d'amélioration de la gestion de la douleur aux soins intensifs: la revue de la littérature (2)

Cette étape a, entre autres, permis de mettre en lumière :

Les recommandations cliniques pour la gestion de la douleur aux soins intensifs en lien avec l'Evidence based Medecine et Nursing.

Ces recommandations préconisent notamment d':

- Utiliser **une approche par étapes, pilotée par l'évaluation et basée sur un protocole**, pour gérer la douleur chez les patients adultes hospitalisés aux soins intensifs
- Utiliser **une approche multimodale de l'analgésie péri opératoire** pour diminuer l'utilisation des morphiniques et pour optimaliser l'efficacité des antidouleurs en post-opératoire
- Utiliser **des thérapies non médicamenteuses** pour distraire de la douleur

Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU.
Devlin JW et al. Crit Care Med. 2018 Sep;46(9):e825-e873. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299. PMID: 30113379

Projet d'amélioration de la gestion de la douleur aux soins intensifs: la revue de la littérature (3)

Journal of Critical Care 49 (2019) 136–142

ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Critical Care

journal homepage: www.journals.elsevier.com/journal-of-critical-care

Quality of Care

Measuring quality indicators to improve pain management in critically ill patients

Marie-José Roos-Blom [a,b,*], Wouter T. Gude [a], Jan Jaap Spijkstra [b,c], Evert de Jonge [b,d], Dave Dongelmans [b,e], Nicolette F. de Keizer [a,b]

[a] Amsterdam UMC, University of Amsterdam, Department of Medical Informatics, Amsterdam Public Health research institute, The Netherlands
[b] National Intensive Care Evaluation (NICE) foundation, Amsterdam, The Netherlands
[c] Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Intensive Care Medicine, Amsterdam, The Netherlands
[d] Department of Intensive Care Medicine, Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands
[e] Amsterdam UMC, University of Amsterdam, Department of Intensive Care Medicine, Amsterdam, The Netherlands

Projet d'amélioration de la gestion de la douleur aux soins intensifs: la revue de la littérature (4)

Les indicateurs de qualité en lien avec la gestion de la douleur aux soins intensifs.

Notamment:

- Proportion d'évaluations où aucun score de douleur inacceptable n'a été observé
- Proportion d'évaluations où un score de douleur inacceptable a été observé
- Proportion d'évaluations où un score de douleur inacceptable a été observé et la douleur a été réévaluée dans l'heure.
- Proportion d'évaluations où un score inacceptable de douleur a été mesuré et la douleur a été réévaluée dans l'heure montrant que le score s'est normalisé

Measuring quality indicators to improve pain management in critically ill patients.

Roos-Blom MJ et al. J Crit Care. 2019 Feb;49:136-142. doi: 10.1016/j.jcrc.2018.10.027. Epub 2018 Oct 30. PMID: 30419547

Autres indicateurs:

- Nature des antalgiques prescrits
- Consommation des différents antalgiques prescrits
- Proportion de techniques non médicamenteuses utilisées

Projet d'amélioration de la gestion de la douleur aux soins intensifs: l'état des lieux avant et après améliorations

Données extraites du dossier patient

Enquête soignants

Enquête patients

Compétences des soignants

Matériel disponible

Projet d'amélioration de la gestion de la douleur aux soins intensifs: la préparation et l'implémentation des améliorations

Elle se fera via des sous-groupes de travail impliquant les différents acteurs du terrain et via des formateurs internes et externes.

Améliorations

Formations

Connaissances générales, évaluation, thérapies, spécificités, …

Protocoles

Ex: protocole douleur post-op simple

Nouveautés

Techniques non médicamenteuses

MEOPA

Autres

En fonction des résultats encore à venir

MERCI

marie.vandeneynde@uclouvain.be
ramona.moor@uclouvain.be