

8ème journée du CLUD



8ème journée du CLUD

Les douleurs induites par les actes de soins



8ème journée du CLUD



LA DOULEUR INDUITE... C'EST PAS SOIGNANT !

Michel OLIVIER

Martine QUINTARD



8ème journée du CLUD



La douleur induite...
et pourquoi pas un DVD ?



8ème journée du CLUD



C'est pas sorcier!



Fred

Devient...



Jamy

C'est pas soignant!



8ème journée du CLUD



Un rappel :
la douleur c'est pas bon !

Des règlements qui incitent !



Des conseils
techniques

Quelques idées ?



8ème journée du CLUD



La douleur...
C'est pas bon!



8ème journée du CLUD



Stress et douleur...Une relation étroite



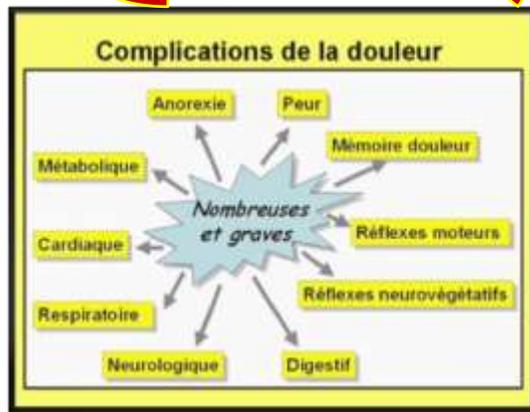
8ème journée du CLUD



Tachycardie



Mémorisation



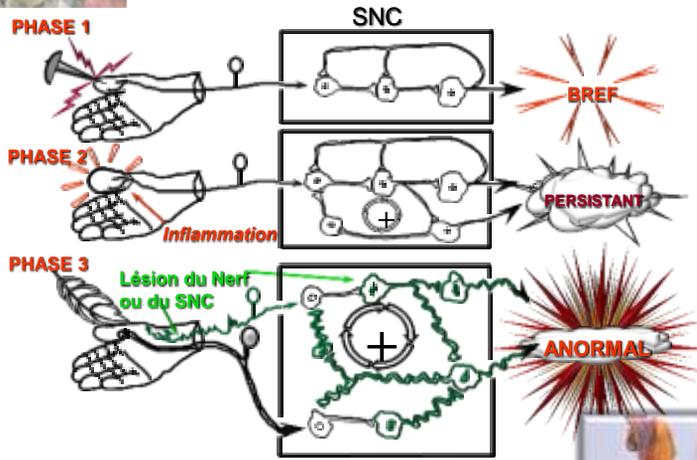
Σd vagal



8ème journée du CLUD



La douleur évolue...



... et peut devenir chronique!



8ème journée du CLUD

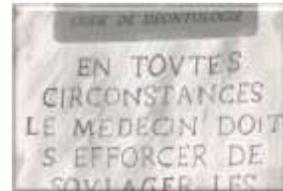


8ème journée du CLUD



Des règlements qui incitent !

8ème journée du CLUD



**Prévenir
Évaluer
Soulager la douleur**



8ème journée du CLUD



Des moyens !



8ème journée du CLUD



Composantes de la prévention



8ème journée du CLUD



Quelques conseils techniques



8ème journée du CLUD



Voie veineuse périphérique Ponction



Lidocaïne + Prilocaine



Film alimentaire



Vasoconstriction
à 1 heure



AL persiste 2 heures

Anticiper...
... on a le temps !



8ème journée du CLUD



Sonde nasogastrique

**Lidocaïne 5%®
nébuliseur doseur**

9 mg / Pulvérisation
Délai d'action 3 min
Durée 1h30



10 à 25 pulvérisations maximum
Répartis entre nez et gorge

Choix du matériel
adapté



Flexion de la nuque en avant



Choix de la narine



8ème journée du CLUD



Pansement d'escarre

MEOPA

Délai 3 minutes
Éliminé en 5 minutes

**+
Antalgiques de
niveau 3**



Antalgique
Sédatif
anxiolytique



Circuit « Bain »
Avec évacuation des gaz



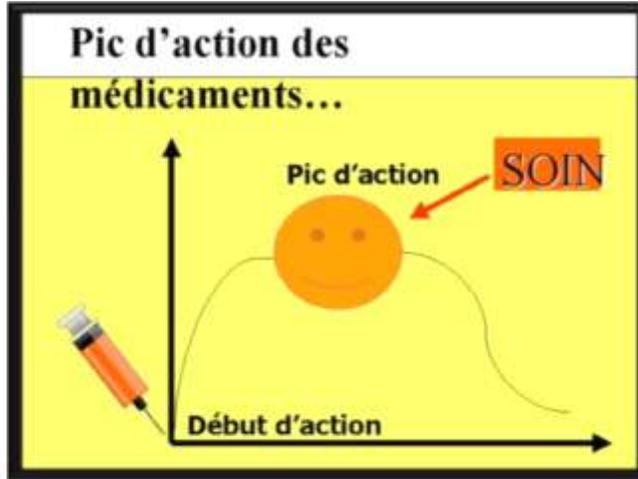
Valve pour
Auto-administration



8ème journée du CLUD



Faire le soin au pic d'action du médicament



8ème journée du CLUD



FRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS

CLUD - Comité de Lutte contre la Douleur

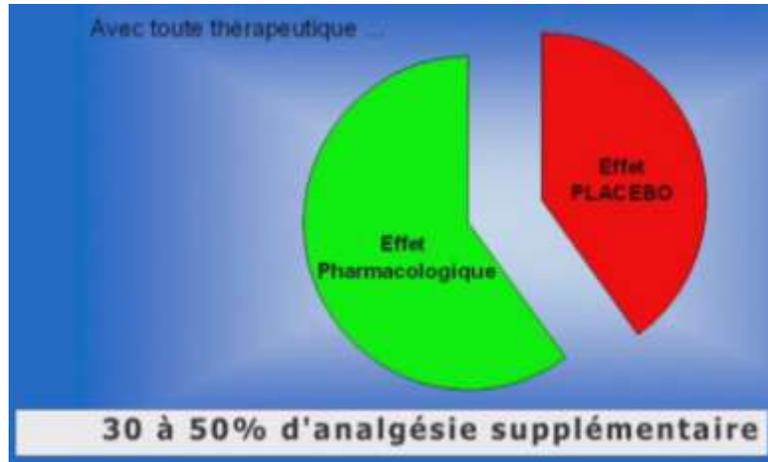
Soins	Spécialités	Prise en charge de la douleur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Soins dentaires	Stomatologie	Soins dentaires												
Soins infirmiers	Soins infirmiers	Soins infirmiers												
Soins médicaux	Soins médicaux	Soins médicaux												
Soins pharmaciens	Pharmacie	Soins pharmaciens												
Soins anesthésistes	Anesthésie	Soins anesthésistes												
Soins chirurgiens	Chirurgie	Soins chirurgiens												
Soins radiologues	Radiologie	Soins radiologues												
Soins kinésithérapeutes	Kinésithérapie	Soins kinésithérapeutes												
Soins psychologues	Psychiatrie	Soins psychologues												
Soins infirmiers	Soins infirmiers	Soins infirmiers												
Soins pharmaciens	Pharmacie	Soins pharmaciens												
Soins anesthésistes	Anesthésie	Soins anesthésistes												
Soins chirurgiens	Chirurgie	Soins chirurgiens												



8ème journée du CLUD



Utiliser l'effet placebo



Bien « vendre » le médicament

Bien « vendre » la technique

Bien se « vendre » !



8ème journée du CLUD



Un protocole

**BASÉ SUR DES
DONNÉES
SCIENTIFIQUES
SOLIDES**



**Un protocole
RESPECTANT LA
LÉGISLATION EN
VIGUEUR**



**Un protocole
ÉLABORÉ ET VALIDÉ
PAR UNE ÉQUIPE
PLURIDISCIPLINAIRE**



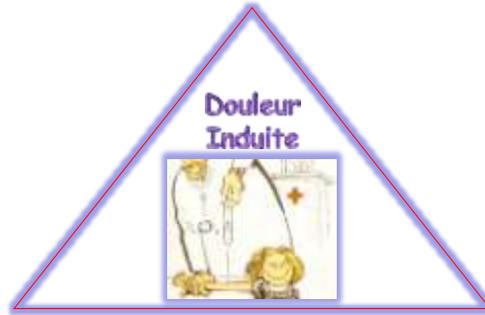
**PROTOCOLE
=
PRESCRIPTION**



8ème journée du CLUD



Composantes de la prévention



Des moyens non médicamenteux



8ème journée du CLUD



UN SOIN N'EST PAS QU'UN GESTE !!!



8ème journée du CLUD



Renforcement positif



Montrer le geste sur une poupée



Ne pas faire le soin au doudou
Objet personnel transitionnel

Encourager les attitudes positives



Certificat de bravoure



Gant décoré cadeau



8ème journée du CLUD



Distraction, détournement d'attention



Imagination...



8ème journée du CLUD



Froid
Imagerie dirigée
Détournement d'attention!



8ème journée du CLUD



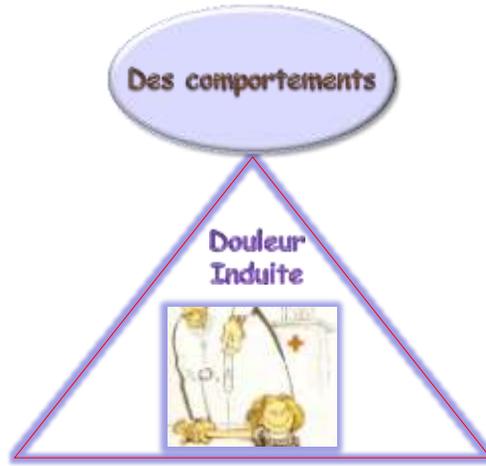
Le cerveau ne sait pas faire 2 choses à la fois!



8ème journée du CLUD



Composantes de la prévention



8ème journée du CLUD



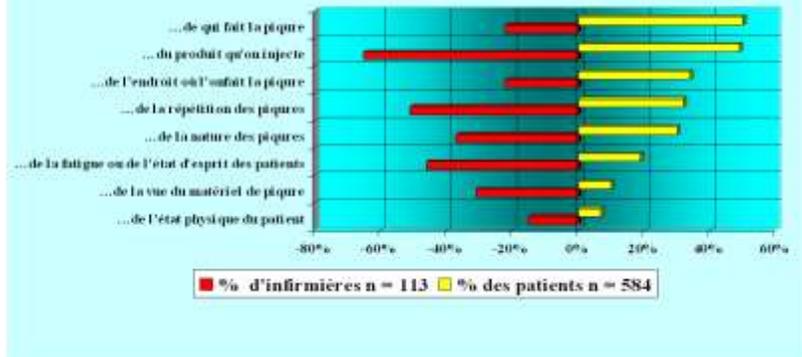
Nous interroger sur nos certitudes





OUI... nous faisons mal !

Si vous avez mal lors d'une piqûre, cela dépend de quoi ?



Des comportements soignés trompeurs

Seulement **1/3** patient déclare que subir des gestes invasifs est « extrêmement, très ou assez gênant »

Ceux qui disent avoir mal	Ceux qui disent ne pas avoir mal
« La piqûre est une atteinte à l'intégrité de mon corps... »	« Chaque nouvelle piqûre est un pas vers la guérison et cette idée m'aide à relativiser la gêne de la douleur. »
« Un peu, ça va, beaucoup c'est trop. Arrivé à un certain seuil de souffrance, il y en a assez ! »	« Ayant un cancer, je fais abstraction des gênes minimales que je subis. La vie a un prix, il faut le payer ! »



Enquête ASTRA / SOFRES, 1998



8ème journée du CLUD



Quelques idées?



8ème journée du CLUD



Synchroniser les montres



Organiser la chaîne du soin

Planifier les soins en fonction des moyens de prévention mis en œuvre

Un opiacé de palier 3 per os agit en 1h... mais dure 4h !

Collaboration étroite entre soignants

IDE maillon fort!



8^{ème} journée du CLUD

Imagerie dirigée

Pour la pose d'une sonde nasogastrique chez l'enfant

8^{ème} journée du CLUD

Laisser le patient dans ses pensées imaginaires

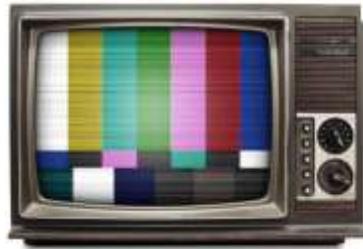
Ne pas le ramener dans le soin!



8ème journée du CLUD



Détournement d'attention



Ne pas éteindre la télévision pendant les soins

Ne pas faire sortir la famille Si le patient et son entourage Sont d'accord



8ème journée du CLUD



Les parents et le doudou

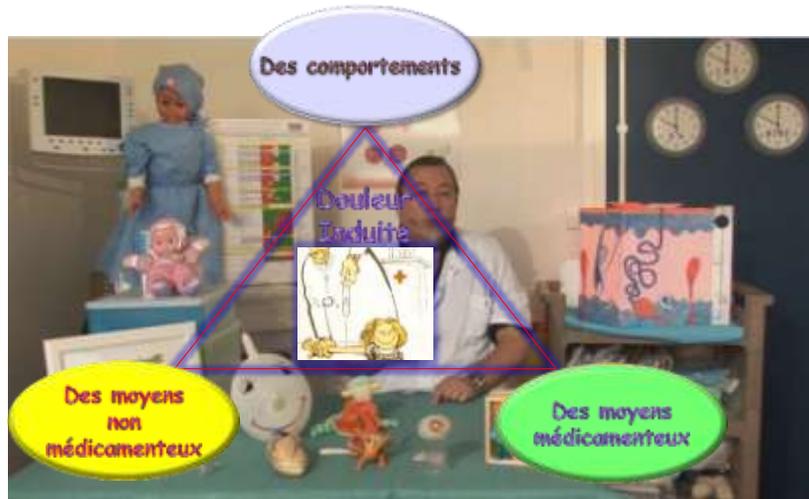


ça rassure...
un câlin...
une présence active...
ça console...



8^{ème} journée du CLUD

Et voilà !

8^{ème} journée du CLUD

Il y a encore plein de choses faisables...





Il y a encore plein de choses faisables...

Techniques comportementales

- Respiration contrôlée
- Diversion
- Imagerie dirigée
- Renforcement
- Relaxation
- Sophrologie
- Hypnose
- Arthérapie, Musicothérapie
- Saccharose



Il y a encore plein de choses faisables...

Comportements

- Améliorer l'attention et la relation au patient
- Mobiliser l'effet placebo
- Développer et perfectionner les compétences techniques
- Réfléchir sur opportunité, utilité et systématisation des soins et habitudes de services
- Affirmer le rôle infirmier :
 - évaluation douleur
 - utilisation de protocoles
 - organisation et planification des soins autour d'une même prévention



8ème journée du CLUD



Alors...



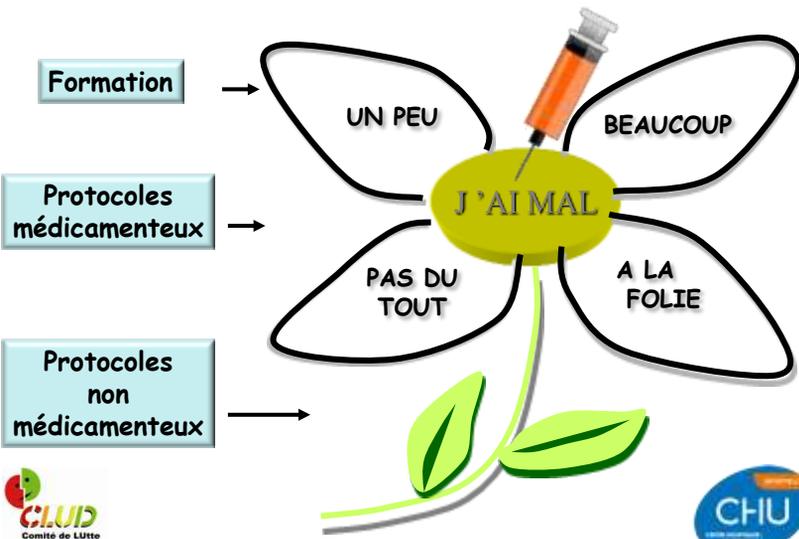
Et remplissez votre boîte à outils...



8ème journée du CLUD



Lutter contre la douleur induite...



8ème journée du CLUD



*Merci à tous ce qui ont permis la réalisation du film et en particulier :
Les partenaires : SFETD, la Fondation de France, Astra Zeneca, Air
Product*

L'auteur : Martine QUINTARD

L'actrice principale : Sandrine RIGAU

... et tous les amis et membres actifs du



Je vous remercie...



Et si nous en parlions!



DOULEUR DANS LE SOIN DIAGNOSTIC ET SYNOPSIS

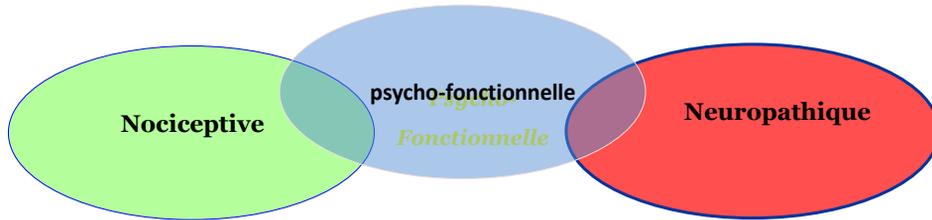
Dr Patrick GINIES
Clud 2016

Par le patient

**LA PERCEPTION
DOULOUREUSE
EST UN *PROCESSUS ACTIF***

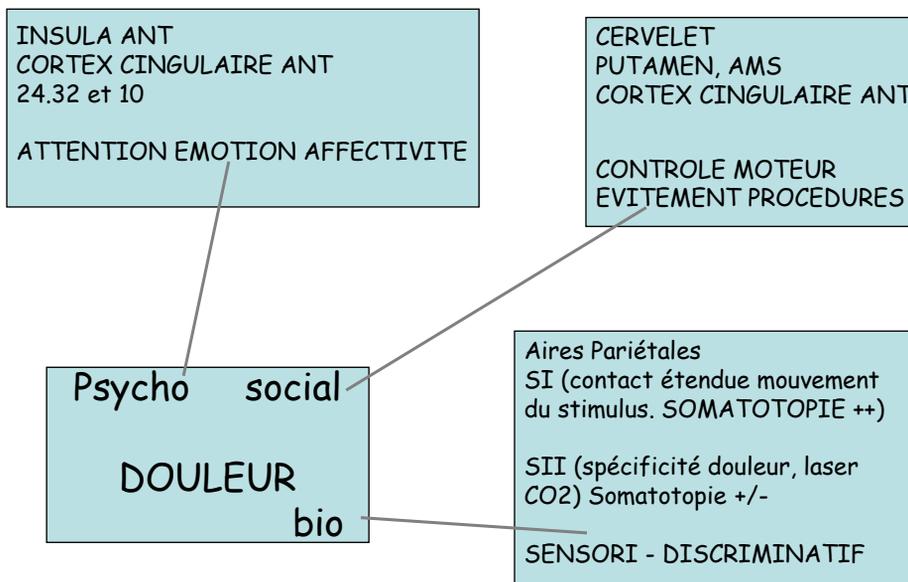
**VOTRE RECEPTION DE SA DOULEUR
DOIT DONC ETRE REACTIVE**

Douleur causée par une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel



Treede et al, 2008

Haanpaa et al, 2011





Jeanne CALMENT 122 ans

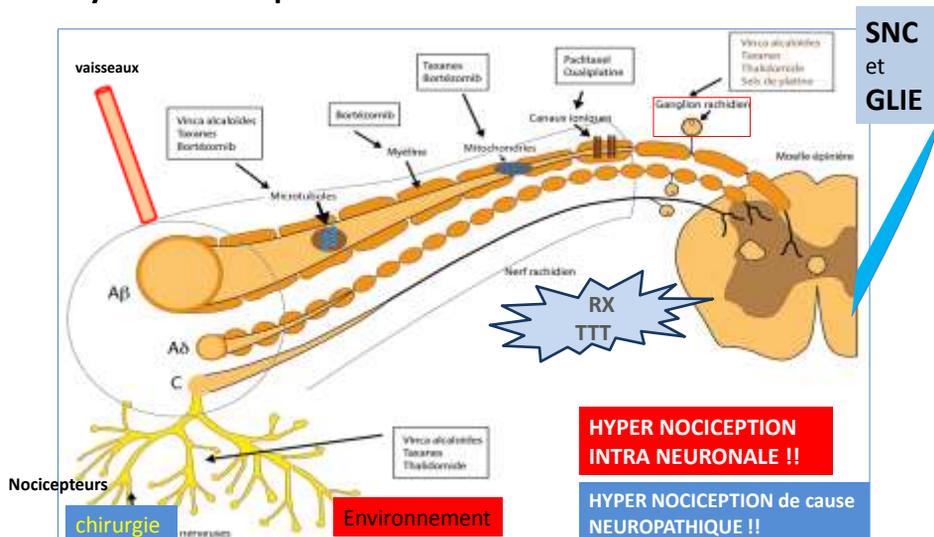
Donc 3 pièges d'interprétations

- **Piège somatique** : - incongru : j Calment, sonde bouchée , aiguille à nourrice.
 - congruence : une étiologie d'aggravation de la douleur, par infection locale ou générale (morph résistant), actes «torturants» itératifs => Hyper algésie => dépressiogène immédiat (TS), ou retardé (névrose d'accouchement)
- **Piège neuro psychique** :
- **Piège sociologique** du soignant et du soigné:

Piège neuro psychique

- Après l'adolescence : sportif, tabac, cannabinoïde et OH (les actes douloureux se font sous sevrage et manque) => Anesth locorégionale douloureuse en piquant, en rééduquant.
CAT échanger et pharmacopée !
- Après la réanimation : hyper sensibilité neuropathique et centrale (CIDN perturbé)
- À l'inverse des diabétiques parfois insensibles
- Mais les escarres des paraplégiques bien qu'insensibles génèrent des sensibilisations profondes générales par les voies du SN SYMPATHIQUE = douleur à la toilette

Agressions externe et interne y a-t-il 2 processus inflammatoires?



Argyriou AA et al. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity (CIPN): an update. Crit Rev Oncol Hematol. 2012;82(1):51-77.



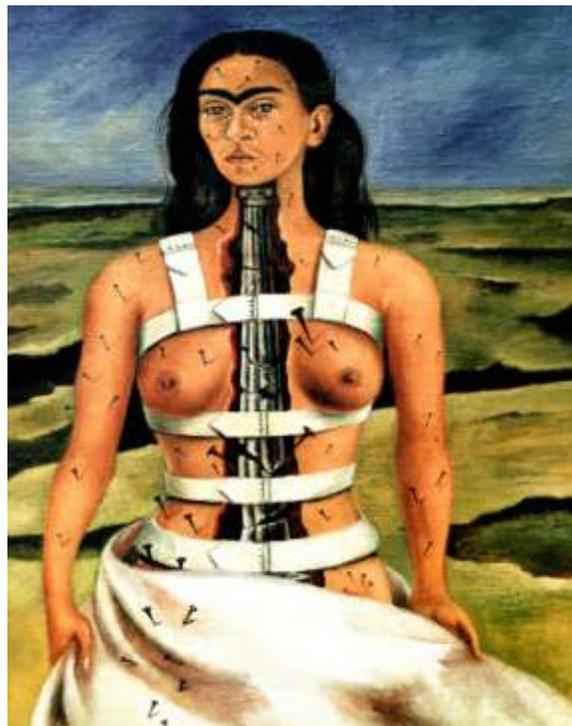
Infirmière de Sébastien

Mère de Sébastien

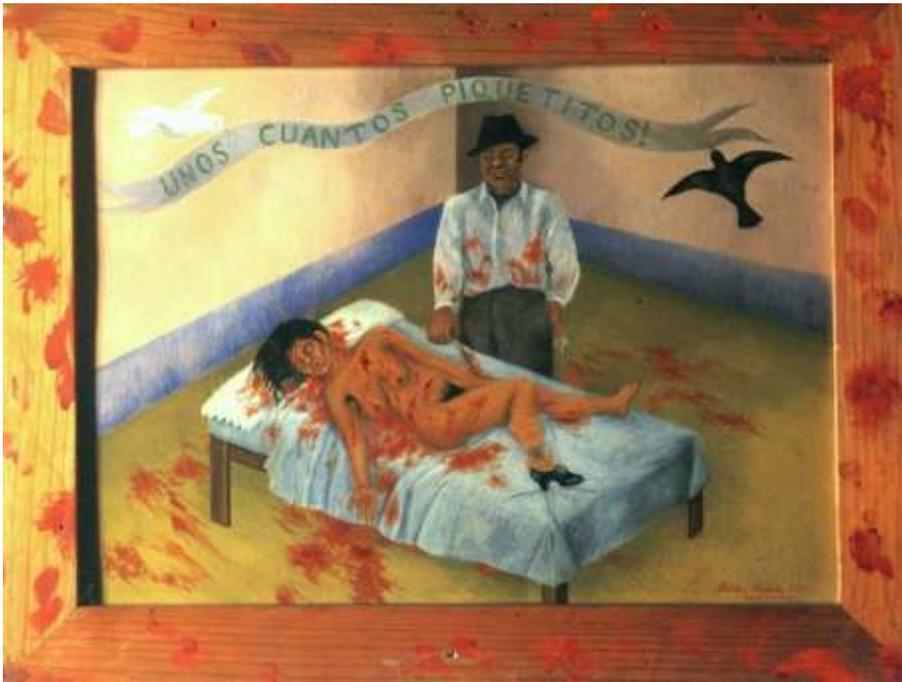
Sébastien 20 ans

Complexe d' Oedipe
Syndrome de Münchhausen

Travaux dirigés



Complexe d'Electre



L'exubérance douloureuse !

on a tous
quelque chose de
Mme BOVARY

**C'est dans Votre
CŒUR !
C'EST DANS VOTRE
CORPS
C'EST DANS VOTRE
CORTEX**



PIEGE SOCIAL

- RITES INITIATIQUES
suspension, tatouage
- La douleur ressentie
est la même sur terre
mais l'expression
diffère
(Cleeland 1992)



1984 ERYTHREE

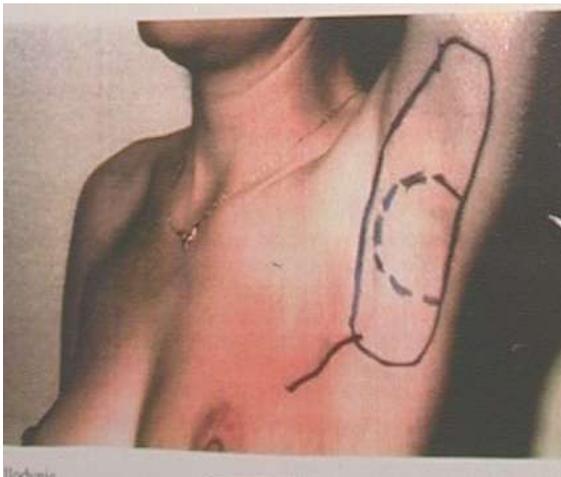
**Pas de proportionnalité
agression / expression**

(Alep - Neuilly)

USA versus MSA



La douleur est tue par l'angoisse d'être moins bien traité du cancer quand on traite la douleur



En 2016, reconstruction esthétique et tatouage

EXEMPLE AUJOUR'HUI
D'AUTO-CENSURE de la DOULEUR :

- plastie mammaire
- reconstruction esthétique abdominale
- lifting et rhinoplastie



- Choix esthétique
- Prix
- Zone érogène
- pudeur



QUI EST IL? QUI ES TU ? LE PATIENT QUE CROIT- IL QUE TU ES?



3 protagonistes

LE PATIENT

informé

LE PROFESSIONNEL

impliqué

LE SOIGNANT

engagé

(hypnoanalésiste)





Saint Eloi



NurseDO, NurseDOUX, là où l'observance permet l'intentionnalité

Sylvie de Lattre, Gérald Chanques

*Département d'Anesthésie-Réanimation
Hôpital Saint Eloi; CHRU-MONTPELLIER*



**8^{ème} Journée du CLUD
6 octobre 2016**

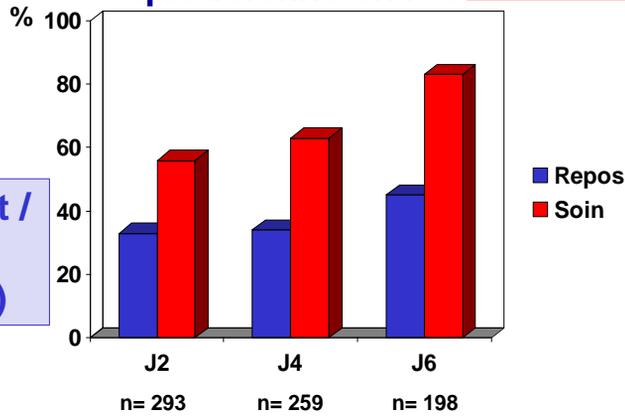
Etat des lieux Douleur en réanimation



Incidence de la douleur quotidienne en réa

2 patients / 3 (soins)
soins répétés plusieurs fois / jour

1 patient / 3 (repos)



Payen, Chanques et al, Anesthesiology 2007

Douleur au cours d'un soin

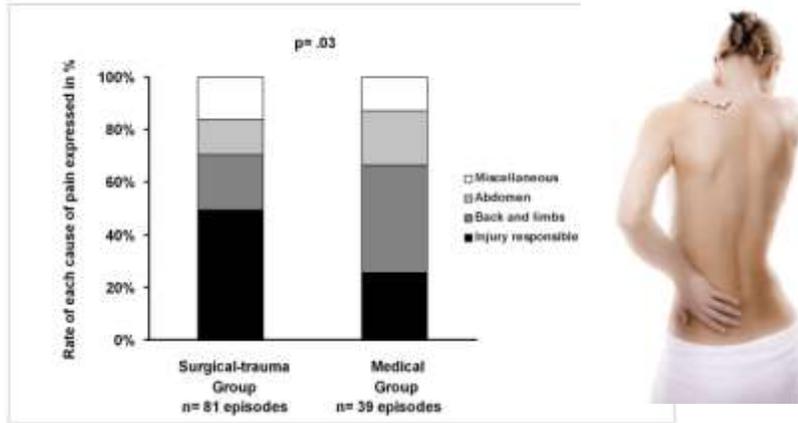
THUNDER PROJECT II n= 6000 patients
Puntillo et al, Crit Care Med 04



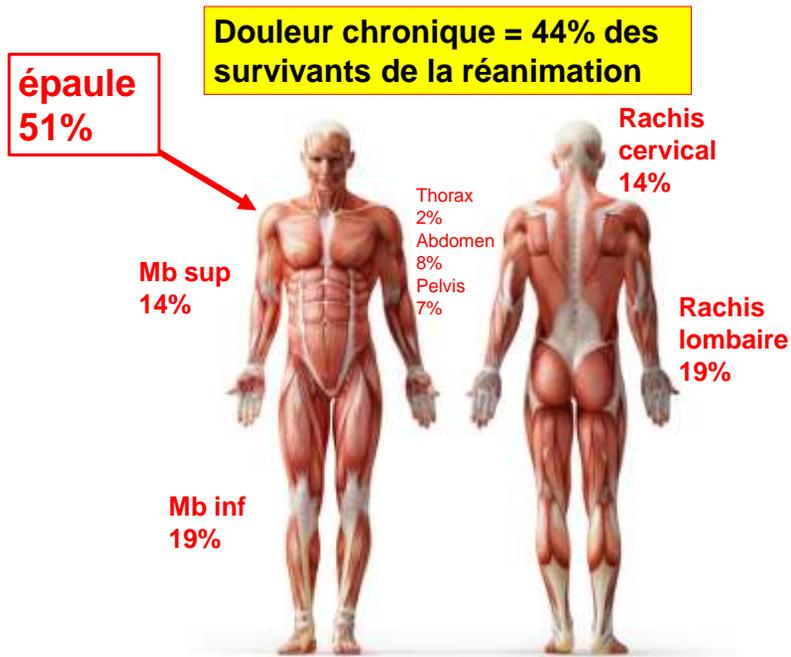
Femoral sheath removal	2.65 ± 2.95
Central venous catheter placement	2.72 ± 2.95
Tracheal suctioning	3.94 ± 3.32
Wound care	4.42 ± 3.20
Wound drain removal	4.67 ± 3.24
Turning	4.93 ± 3.09



Douleur de fond (au repos)



Chanques et al, Anesthesiology 2007



Battle et al. Crit Care 2013

Douleur aiguë = morbidité aiguë



REPONSE DE STRESS

Cathécolamines, Cortisol...

Hémodynamique (HTA, tachycardie...)

↑ Consommation O₂

Hypercatabolisme

Hyperglycémie

Hypercoagulabilité

Ulcères de stress

Immunosuppression

INADAPTATION AU VENTILATEUR

Baro-traumatisme

DYSFONCTION DIAPHRAGMATIQUE

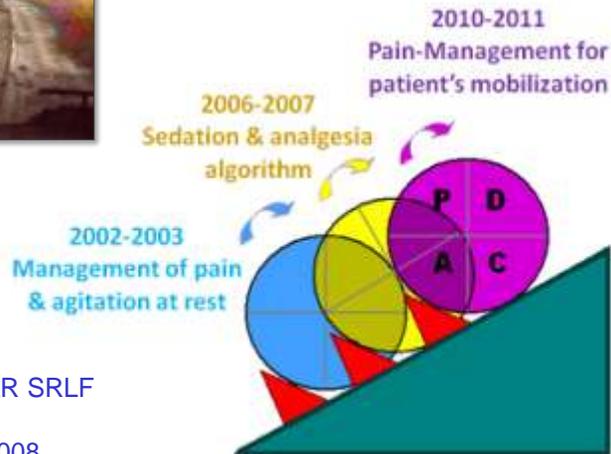
Atélectasies, Hypoxie

Projet

NURSE-DO

« ↓ Douleur sévère et ↓ réponse de stress au cours du grand nursing du matin en réanimation ! »

Projets d'amélioration de la prise en charge de la douleur en réa



**PATIENTS
COMMUNIQUEMENT
= auto-évaluation**



L'EVN = Echelle Visuelle Numérique

PATIENTS NON COMMUNICANT



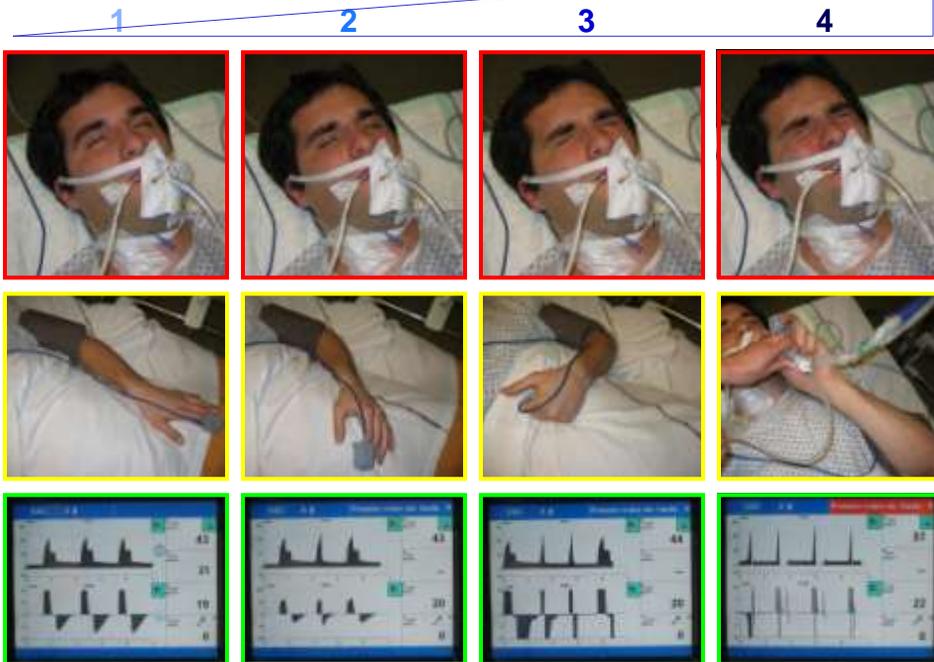
Sédatis



**Confus
Hypovigilants**

Le BPS = Behavioral Pain Scale

BPS 3 domains, 4 levels / domain (total score 3→12)



Les solutions analgésiques pour les soins en réa.

➤ Analgésie multimodale

Paracétamol, nefopam, tramadol : primordial pour la douleur de fond, bien anticiper avant un soin(1 heure)

➤ ALR : à anticiper en préopératoire

➤ AL : ablation drain thoracique (intrapleural + emla), pansement: spray

➤ Morphiniques d'action rapide :

alfentanil : pic d'action 1-2 min, durée 15 min

1 mg dans 10 ml : 3 ml = 3 mg de morphine

sufentanil : pic d'action 6-7 min, durée 45 min

remifentanil : si protocole sédation (débit x2-3 avant le soin)

➤ N2O : à balancer avec risque delirium en réa ? = problème majeur

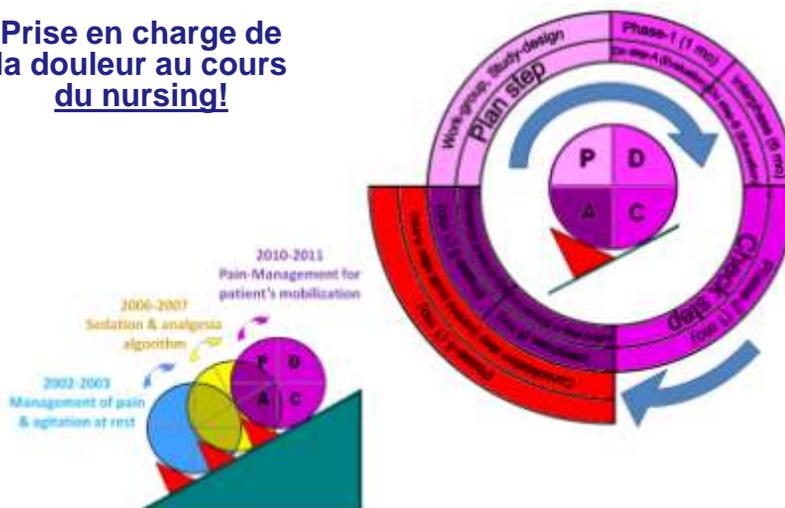
➤ Kétamine : idem ? Co-analgésique intéressant...

➤ Techniques non médicamenteuses :

devraient être la norme mais peut prendre du temps...

Projet « Nurse-Do » 20 mois

Prise en charge de la douleur au cours du nursing!



▪ **Plan-Do-Check-Adjust (PDCA):**

- 4 phases d'un mois
- Séparées par des interphases de 4 à 6 mois

1. Plan
1 CDS - 3 IDE - 3 AS - 3 médecins

- Phase 1= phase de référence (baseline)
- Phase 2= évaluation de l'intervention 1
- Phase 3= évaluation de l'ajustement
- Phase 4= audit de contrôle externe à 6 mois

▪ **Plan-Do-Check-Adjust (PDCA):**

- 4 phases d'un mois
- Séparées par des interphases de 4 à 6 mois

1. Plan
1 CDS - 3 IDE - 3 AS - 3 médecins

- **Phase 1= phase de référence (baseline)**
- Phase 2= évaluation de l'intervention 1
- Phase 3= évaluation de l'ajustement
- Phase 4= audit de contrôle externe à 6 mois

■ **Plan-Do-Check-Adjust (PDCA):**

- 4 phases d'un mois
- Séparées par des interphases de 4 à 6 mois

2. Do
Education
 Procédure de PEC de la douleur lors des soins
 Création onglet dédié à la douleur (traçabilité actions)
 Création d'un memento

1. Plan
1 CDS - 3 IDE - 3 AS - 3 médecins

- Phase 1= phase de référence (baseline)
- Phase 2= évaluation de l'intervention 1
- Phase 3= évaluation de l'ajustement
- Phase 4= audit de contrôle externe à 6 mois

DOULEUR, VIGILANCE ET AGITATION EN REANIMATION

DOULEUR

Patient non communiquant
 Echelle comportementale de la douleur
 Patient intubé ou non-intubé

Catégorie	Signes	Score
1 Expressions de visage	Particulièrement tendu (surtout au front)	2
	Tenue tendue (surtout au visage)	3
	Sourcil (surtout au visage)	4
	Aucun mouvement	1
2 Mouvement des membres supérieurs	Particulièrement plus	2
	Tenue plus avec flexion des doigts	3
	Mouvement complet (supérieur ou inférieur)	4
	Aucun mouvement	1
3 Abrasions ou irritations des lèvres	Particulièrement plus	2
	Tenue plus avec flexion des doigts	3
	Mouvement complet (supérieur ou inférieur)	4
	Aucun mouvement	1

DOULEUR EXTREME
 7 8 9 10

Auto-évaluation
 EVN ou EVA
 ↓ Si échec
 EVS
 ↓ Si échec
 Questions simples

Patient avec peu ou pas de problème de communication

VIGILANCE ET AGITATION

Score	Description	Définition
-4	Comatose	Comatose, danger immédiat envers l'appareil
-3	Etat végétal	Fixe, strabisme, pupilles dilatées, réflexes de succion absents
-2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désorganisés ou répétitifs
-1	Ne tient pas sa place	Mouvements ou cris sans intentionnalité, pas fréquents, non répétitifs, non agités
0	Tranquille et calme	
+1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais réagit avec contact visuel à l'appel + 0/4
+2	Distraction légère de la vigilance	Reagit à l'appel, mais pas de contact visuel
+3	Distraction modérée de la vigilance	Échappe tout mouvement à l'appel (ex : fermeture des yeux), mais pas de contact visuel
+4	Distraction profonde de la vigilance	Ne réagit pas à l'appel, échappe tout mouvement à l'appel (ex : fermeture des yeux), mais pas de contact visuel
+5	Non réactif	Ne réagit pas à l'appel, échappe tout mouvement à l'appel (ex : fermeture des yeux), mais pas de contact visuel

Echelle de Richmond ou RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)

CHRU CLUD de CHRU

Règle d'OR

Avant de débuter un soin
toujours vérifier que :

EVN < 4

BPS < 5

BPS-NI < 5



AU REPOS

Les thérapies non médicamenteuses spécifiques



le toucher massage®



la musicothérapie

PROCEDURE D'ANALGESIE LORS DES SOINS

SOIN (nursing, ablation drain...) = RISQUE = PATIENT SCOPE-MONITORE

PROTOCOLE SEDATION CONTINUE PRESCRIT

Sufentanil ou uliviv prescrit

PATIENT ALGIQUE AU REPOS ?

OUI → Selon Protocole sédation
 Sur le BPS titrer le Sufentanil ou uliviv en fonction de douleur
 Jusqu'à BPS «S au repos
ATTENDRE BPS «S avant de réaliser le soin

NON → Cf procédure analgésique mise en place lors du soin précédent (ICP) suite de surveillance continue
Si était insuffisante
 Selon Protocole sédation + bouillotte chaude de 50g ou *3 au lieu de 2 le débit d'uliviv selon protocole

PROTOCOLE ANALGESIQUE « UNIVERSEL »

PATIENT ALGIQUE AU REPOS ?

OUI → DOULEUR CONNUE ET DIAGNOSTIQUEE

OUI → 1) Rôle propre IDE/AS (relaxation, distraction, TENS, radio-CD)
 2) Thérapeutiques non médicamenteuses spécifiques (massage, acupuncture)
 3) Thérapeutiques médicamenteuses prescrites sur condition de douleur
ATTENDRE BPS/BPS-NE repos «S EVN «4 avant de réaliser le soin

NON → Appel Médecin
 Diagnostic systématique

Cf procédure analgésique mise en place lors du soin précédent (ICP) suite de surveillance continue

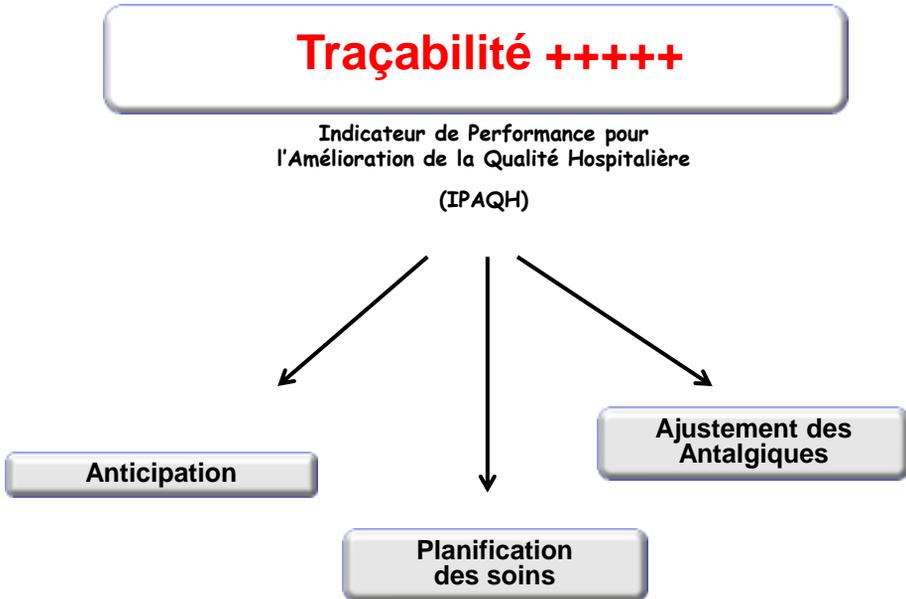
Si était insuffisante

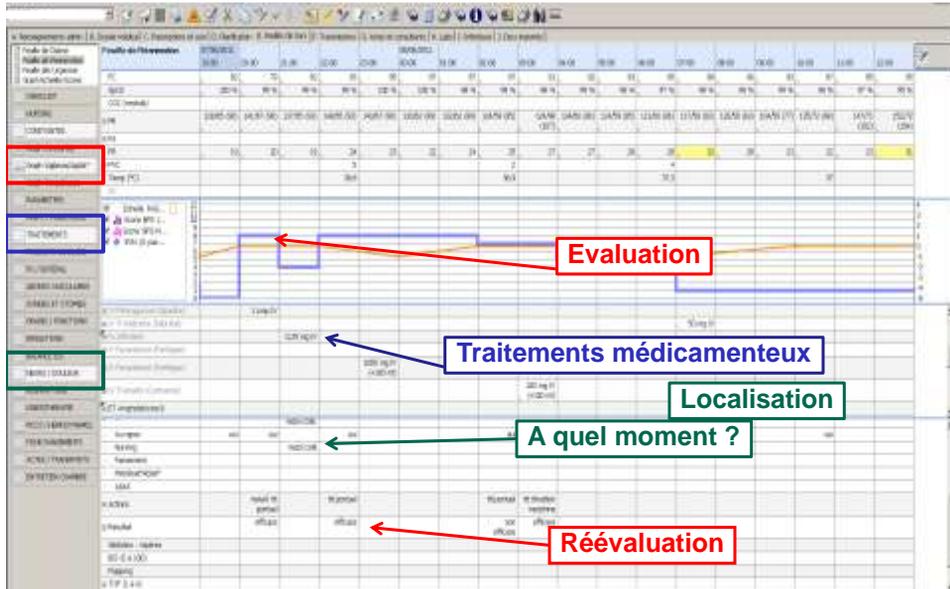
1. Renforcer l'opioïde non médicamenteux
 2. Escalader
 Thérapeutiques médicamenteuses + sur condition de douleur
 *Paracétamol 1g/30 min et/ou
 *Acaruan 20 mg/30min et/ou
 *Cimétacrid 50-100 mg/30 min et/ou
Si inefficace
 *Rapifen 1mg dans 10ml
 Boite de 1mg/20ml mg/2ml; renouveler jusqu'à 1mg/10ml (pic action 1-2 min)

RENSEIGNER

1) Repos et Soins RASS, EVN ou BPS/BPS-NE sur ICP
 2) Transmission ciblée douleur nursing et autres soles
 D : type de soin + EVN/BPS/BPS-NE
 A : actions réalisées
 E : efficacité /EVN BPS/BPS-NE, incidents

Dr. Gerit CHANGALIER
 MF 1108/ELLES
 Groupe Travail Sédativologie
 CHU de Montpellier - Section de la Cardiologie et des Maladies Pulmonaires - 81 07 31 93 23 - G. Sauger - 06/16





■ Plan-Do-Check-Adjust (PDCA):

- 4 phases d'un mois
- Séparées par des interphases de 4 à 6 mois

2. Do

Education +
Procédure de
la douleur lors
des soins +
modif. icip

1. Plan 3 IDE - 3 AS - 3 médecins

- Phase 1= phase de référence (baseline)
- Phase 2= évaluation de l'intervention 1
- Phase 3= évaluation de l'ajustement
- Phase 4= audit de contrôle externe à 6 mois



3. Check

Evaluation des Actions

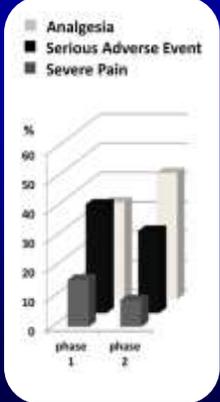






Efforts à poursuivre...
Doit persévérer...





■ Plan-Do-Check-Adjust (PDCA):

- 4 phases d'un mois
- Séparées par des interphases de 4 à 6 mois

2. Do

Education + Procédure de la douleur lors des soins + modif. icip

4. Adjust

Binôme IDE Médecin

*Douleur au nursing « checkée » le matin (visites, staffs)
*Antalgiques prescrits systématiquement

Binôme IDE/AS

Planification de soin

1. Plan

3 IDE - 3 AS - 3 médecins

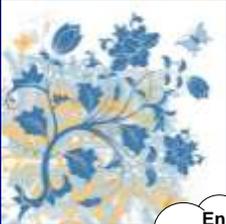
- Phase 1= phase de référence (baseline)
- Phase 2= évaluation de l'intervention 1
- Phase 3= évaluation de l'ajustement
- Phase 4= audit de contrôle externe à 6 mois



3. Check

5. Check

Phase 3 Evaluation de l'ajustement

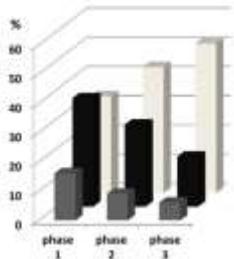







En nette progression...
Ne pas relâcher son attention...

■ Analgesia
■ Serious Adverse Event
■ Severe Pain



Phase	Analgesia (%)	Serious Adverse Event (%)	Severe Pain (%)
phase 1	15	45	10
phase 2	25	35	10
phase 3	55	25	10

Plan-Do-Check-Adjust (PDCA):

- 4 phases d'un mois
- Séparées par des interphases de 4 à 6 mois

2. Do

Education + Procédure de la douleur lors des soins + modification

4. Adjust

Binôme IDE Médecin

*Douleur au nursing « checkée » le matin (visites, staffs)
*Antalgiques prescrits systématiquement

Binôme IDE/AS
Planification de soin

1. Plan

3 IDE - 3 AS - 3 médecins

- Phase 1= phase de référence (baseline)
- Phase 2= évaluation de l'intervention 1
- Phase 3= évaluation de l'ajustement
- Phase 4= audit de contrôle externe à 6 mois

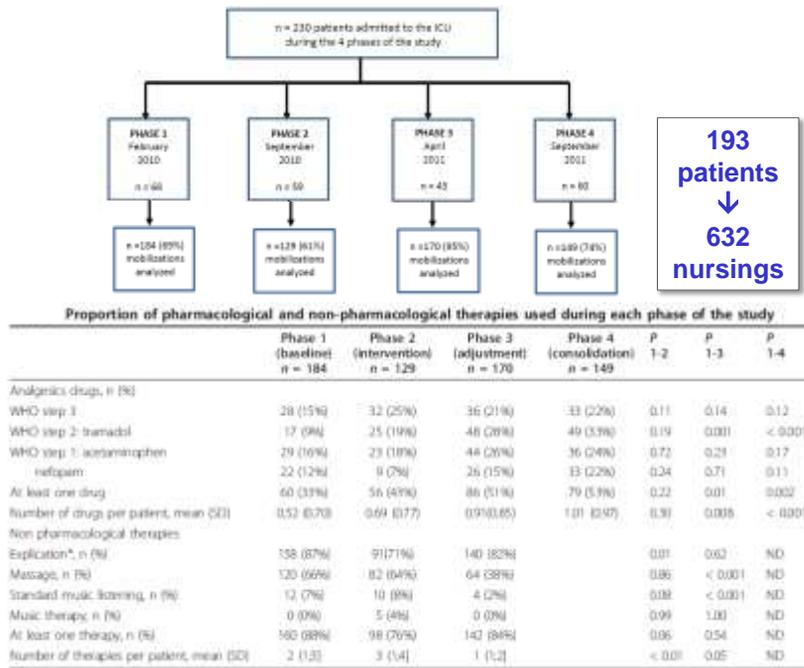
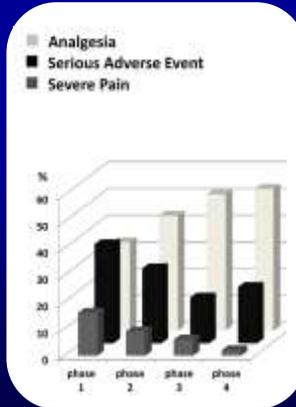


3. Check

5. Check

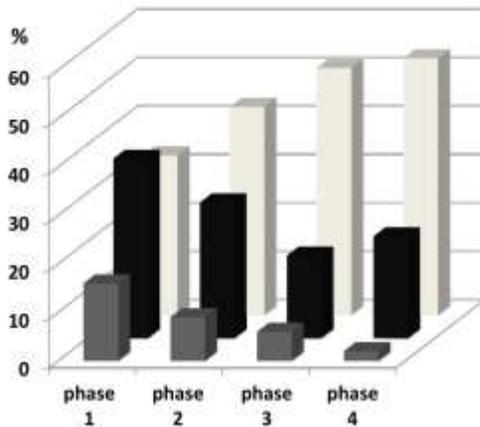
6. Check

Phase 4
Audit de contrôle externe à 6 mois



↗ morphiniques utilisés ; ↘ techniques non médicamenteuses ??...

Incidence de la douleur sévère, des incidents et de l'analgésie



Analyse statistique ajustée (modèle mixte)

Association statistiques des incidents avec

- douleur sévère (x3)
- intubation (x2)

- Analgesia
- Serious Adverse Event
- Severe Pain

> Incidents

Tachycardie (FC>110) ou bradycardie (FC<60),
Hypertension (PAM>110) ou hypotension (PAM<65),
SpO2<90%, bradypnée, détresse respiratoire, ACR

De Jong et al. Crit Care 2013

EPP 2014 (3 ans après)

Juin

Audit clinique de 20 dossiers
1^{er} patient pour chaque lettre de l'alphabet
Nursing du matin J1-J3

- Douleur au repos évaluée dans 100%
- Douleur au cours du nursing évaluée dans 20%...

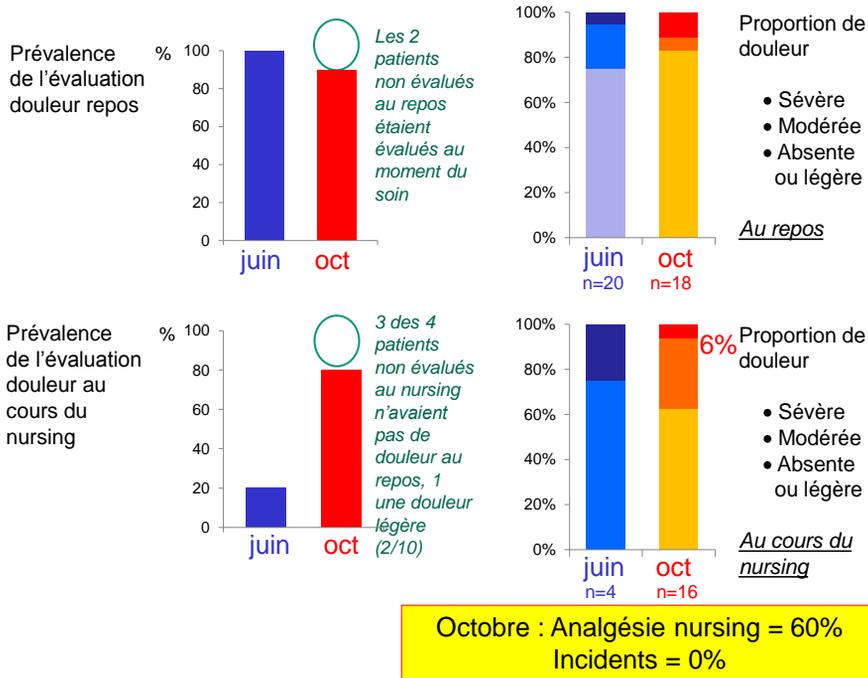
= 100% des IDE n'ayant pas évalué la douleur au cours du nursing n'étaient pas dans l'unité au moment de Nursed-do!



Actions/Formations avec les référents IDE
Minimum bi-hebdomadaire
Septembre 2014

Octobre

Audit clinique de 20 dossiers
1^{er} patient pour chaque lettre de l'alphabet
Nursing du matin J1-J3



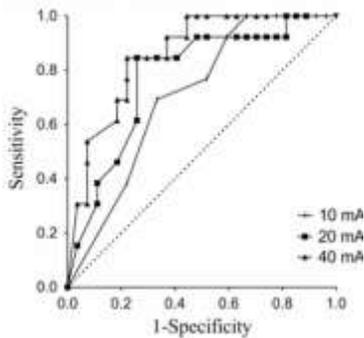
L'avenir : prédire la douleur au soin?

Mesure AVANT le soin



BPS pendant broncho-aspiration

Behavioral Pain Scale



Une stimulation tétanique de 20 mA (seuil dilatation pupille 5%) est bien supportée et prédit la douleur lors de la bronchoaspiration chez le patient sédaté profondément

Paulus et al. Crit Care 2013

DOULEUR ET REANIMATION

- Dépistage **SYSTÉMATIQUE ET TRACÉ**
avec des outils validés (EVN, BPS)
 - **PRISE EN CHARGE AU COURS DES SOINS**
 - = Moins de douleur sévère
 - = Moins d'incidents liés à la réponse de stress
 - = INDICATEUR QUALITE EN REANIMATION**
 - **Projet fragile dépendant du turn over de l'équipe++++**
 - ➔ Actions/formations répétées
 - ➔ **STABILISER** les équipes:
- Professionnaliser et/ou Fédérer les IDE de réa ?

Merci aux IDE AS Cadres et médecins de l'unité Réa Saint Eloi

Belafia F.
Carr J.
Chanques G.
Cisse M.
Clavieras N.
Coisel Y.
Conseil M.
De Jong A.
De Lattre S.
Delay J.M.
Deverdun K.

Faugier G.
Fesselier E.
Gniadek C.
Jaber S.
Jung B.
Labrousse C.
Limouzin D.
Mahul M.
Molinari N.
Monnin M.
Reversat F.

Souche B.
Susbielles M.P.
Schlupkothen A.
Tondut Bonnet G.
Boyer J.
Robert F.
Verzilli D.



L'HYPNOSE POUR UNE CHIRURGIE MINEURE EN PEDIATRIE C'EST POSSIBLE ???



Bernard REDOULES
IADE - Bloc Lapeyronie - Montpellier



Le constat

Sas d'accueil commun Adultes / Enfants

Difficultés majeures à personnaliser
l'accueil

Travaux majeurs de restructuration

Réflexion autour de l'Anxiété Péri-
opératoire



L'idée

Opportunité : profiter de l'élan lié à la restructuration

L'anxiété péri opératoire chez l'enfant
n'est pas une fatalité

Intégration de l'enfant dans un parcours clinique
à travers d'un film lui permettant de s'identifier

Possibilité d'accès à une formation sur l'Hypnose



Première Etape : La Consultation

Quels sont les dispositifs déjà en place pour améliorer
l'Accueil de l'enfant à la consultation ?



8ème journée du CLUD

Consultation avec le Chirurgien



8ème journée du CLUD

Consultation avec l'Anesthésiste



Le Film**« L'Accueil de l'Enfant en chirurgie pédiatrique »***Un film de Laurent Four*

57 500 visionnages sur « You Tube »

Objectif : Information, Découverte du parcours de soin, Amélioration du vécu

Réduction de l'Anxiété de l'Enfant ET des Parents

Retour positif +++

Évaluation en cours

Impact du film sur

Anxiété et Douleur

**La visite de l'unité de chirurgie ambulatoire**

Remise du « Passeport pour le bloc » et du « Livret Hypnose »



Colorie ! Tu verras ça va te détendre !



Première prise de contact

Seule 15 % à 20 % de la communication est Verbale
 Importance de la communication non verbale

Posture,
 Sourire,
 Voix,
 Ton,
 Parler lentement,
 calmement

ATTITUDE
 POSITIVE
 +++



Le Chemin jusqu'au Bloc...



L'Accueil au Bloc Opératoire

Anxiété maximale

Les « astuces »

Séparation d'avec les parents

Un seul interlocuteur

Nous : Experts en soins
(Position haute)



Se mettre en POSITION BASSE

Eux : Subissent la situation
(Position basse)

L'enfant devient ACTEUR



FOCALISER l'attention de l'enfant sur le thème choisi en chambre.



Retour d'expérience (1) Etude de Faisabilité réalisée sur 2 ans

Etude préliminaire observationnelle de faisabilité.

Recueil prospectif : 2012-2014

Enfants de **plus de 5 ans** programmés en ambulatoire pour un chirurgie superficielle mineure de courte durée (< 90mn)

Emla sur le site opératoire et pour une éventuelle pose de VVP (nécessité de sédation ou conversion en AG)

Pas de pose de VVP (sauf ALR)

Protoxyde d'azote, sédation ou conversion AG
Laisée à l'appréciation de l' équipe d'anesthésie

Pas de passage en SSPI sauf sédation ou conversion AG



Retour d'expérience (1) Etude de Faisabilité réalisée sur 2 ans

41 enfants âgés de 5 à 18 ans ont bénéficié d'une prise en Charge sous hypno-analgésie

- Durée de la chirurgie: entre **5 et 60 minutes**
- Site majoritaire : **extrémité céphalique (59%)**
- Ajout de protoxyde d'azote dans 17 % des cas

AUCUNE conversion en AG

➡ Douleur cotée à **2,4 (+/- 4,3)** en Auto évaluation très majoritairement lors de l'anesthésie locale

➡ **Satisfaction parent/enfant/chirurgien**
Excellente dans + 90% des cas



Retour d'expérience (2)

Etude Comparative AG versus Hypno-analgésie

Etude prospective - randomisée/contrôlée – monocentrique

Recrutement + information faits par chirurgien

Randomisation lors de la consultation de pré anesthésie

Objectif :

Evaluer et comparer l'impact de
2 stratégies de prise en charge anesthésiques
(Anesthésie générale versus hypnose)
sur le devenir et le vécu post opératoire de l'enfant



Retour d'expérience (2)

Etude Comparative AG versus Hypno-analgésie

Méthodologie:

Enfants de **7 à 16 ans** programmés en ambulatoire
pour un chirurgie superficielle mineure de courte durée (< 90mn)

Prévention de l'anxiété préopératoire

- Groupe AG = PM sédatif par Hypnovel®
- Groupe Hypnose = Rencontre avec IADE responsable de la PEC

AG standardisée : Pose VVP sous EMLA + Proto
Propofol/Sufenta/Sévo

AL standardisée pour les 2 groupes :

Xylocaïne adrénalinée 1% tamponnée à 20 % de Bicar de sodium 4,2%

Analgésie standardisée : paracétamol 15 mg/kg + kétoprofène 1mg/kg



Retour d'expérience (2)

Etude Comparative AG versus Hypno-analgésie

Méthodologie:

Critères de conversion en AG

mouvements de l'enfant non compatibles avec la poursuite du geste

apparition de signes d'inconforts (anxiété/agitation/douleur)

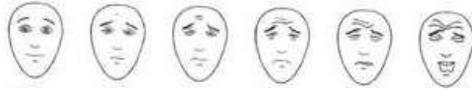
malgré l'approfondissement de la transe

Recueil des données / Evaluation :

- Anxiété : mYPAS

- Douleur : EVA, FPS-R

- Sédation : EDS



- Délais Arrivée SSPI - Sortie à domicile

- Troubles du comportements post opératoire : PHBQ



Retour d'expérience (2)

Etude Comparative AG versus Hypno-analgésie

Analyse intermédiaire : 23 patients : AG = 11 (48 %) / Hypno = 12 (52 %)

Caractéristiques	Patients n = 23	Caractéristiques	AG n = 11	HYPNO n = 12	p
Démographie		Anxiété (m YPAS)			
Age: années	9,4 ± 2	Séparation	4,8 ± 1,1	4,3 ± 1,2	0,079
Sexe F / M : n (%)	14 (61) / 9 (39)	Douleur			
Type de chirurgie n (%)		EVA	1,1 ± 2	0,5 ± 1	0,565
Tumeurs cutanées	19 (82,7)	FPS-R	1,6 ± 2	0,2 ± 0,6	0,046*
Otoplasties	1 (4,3)	Sédation	1,2 ± 1,3	0 ± 0	0,005*
Reprises de cicatrice	2 (8,7)	Délais SSPI - Sortie Domicile (min)	115 ± 64	50,5 ± 19	0,001*
AMOS	1 (4,3)	Tbles Comportements (PHBQ J 15)	0,55 ± 2,3	0,25 ± 0,6	0,773

Groupe Hypnose :
Moins de douleur, Moins de sédation, Sortie plus rapide

AUCUNE
Conversion en AG

8^{ème} journée du CLUD

Le retour dans la chambre et enfin le repas



8^{ème} journée du CLUD

Un petit cadeau en Bonus



L'Hypno Analgésie en quelques mots

Le problème dans la douleur ce n'est pas la **DOULEUR** mais le **VECU EMOTIONNEL** qui est véhiculé autour de cette douleur.

Ce vécu provient de l'intégration du message douloureux par le **lobe frontal** du cerveau qui est responsable de l'**Anticipation** qui va être responsable de l'**Anxiété**

Il faut donc **projeter les patients plus loin....** dans l'Après
« vous verrez comme vous allez être fiers de ce que vous avez fait »

« vous allez réaliser comme il est agréable de faire l'expérience du bien être »

Il faut utiliser au maximum les **Suggestions post hypnotiques**
L'ensemble de ces conseils va les guider vers l'**Auto Hypnose**



Remerciements

- Aux Professeurs Captier et Dadure pour la confiance qu'ils nous ont apportée
- A l'ensemble des équipes de la consultation et de la chir. ambulatoire pour leur investissement
- A l'ensemble du personnel du bloc opératoire pour leur participation active dans cette prise en charge un peu particulière



8ème journée du CLUD

Et maintenant à vous !



Soigner ici et être ailleurs

Comment allier le temps de soin et la qualité de la prise en charge de la douleur et de l'anxiété par l'hypno-analgésie en consultation chirurgicale pédiatrique?



Christine Grellier, puéricultrice
Aude Aranès, auxiliaire puéricultrice

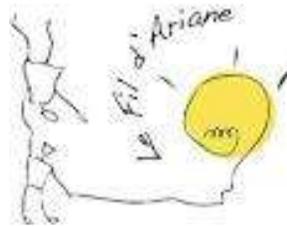


La consultation de chirurgie et d'anesthésie pédiatrique



Genèse du projet: De quoi est-il parti?

Notre fil conducteur



- Equipe d'anesthésie= induction/impulsion
- Equipe d'algologie=neurone miroir/modèle



Définition de l'hypno analgésie

« L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique, dans lequel le sujet grâce à l'intervention d'une autre personne parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur »
J. Godin



C'est



- Une relation de **confiance** (consentement de l'enfant et de ses parents)
- Une **rencontre**, une **interaction** dans laquelle le praticien joue un rôle d'accompagnateur, **un accordage**
- Notion de



Pilote



copilote

- Un puissant analgésique naturel, un état de conscience modifié
- Une **façon positive de travailler**
- Un **outil dans notre rôle propre de soignant**

Ce n'est pas

- une hypnose de spectacle
- une **baguette magique**
- un don
- un pouvoir



Deux objectifs

Toujours se fixer un objectif qui va nous guider pendant toute la séance

Antalgique:

diminuer la douleur de l'enfant induite par les soins

Anxiolytique:

diminuer son niveau d'inquiétude, son anxiété

- Point de départ** : l'écoute de l'enfant et analyse de situation
- > les mots exprimés, son ressenti, ses attentes
- > Pour quel type de soins?

Nos axes de travail



6 temps

- Prise de contact = la rencontre
- Induction=Départ du voyage...
- Suggestion = imaginaire autour des 5 sens (VAKOG), autour du lieu de sécurité choisi par l'enfant.....
- Suggestion post hypnotique
- Retour
- Evaluation de la douleur et du ressenti de l'enfant = échelles de douleur

Prise de contact

- -Veiller au choix des mots
- -Observer , s'ajuster, s'adapter.
- -Hypno/ pas hypno?
- -Consentement de l'enfant et de sa famille

8ème journée du CLUD

Induction = départ du voyage



Suggestion = imaginaire



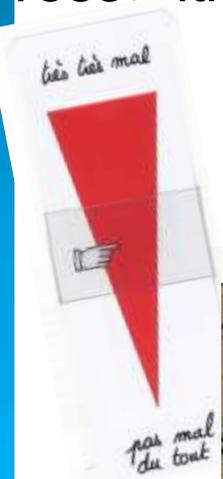
8^{ème} journée du CLUD

Retour = revenir progressivement au réel



8^{ème} journée du CLUD

Evaluation de la douleur et du ressenti de l'enfant = échelles de douleur



Et sur le terrain? Oser se lancer Faire face aux difficultés

- Se donner les moyens
- Se positionner
- Faire de la pédagogie
- Créer un environnement favorable
- Utiliser une technique innovante dans le service



=

Faire bouger les représentations

Et comment accepter de prendre le temps quand on ne l'a pas?



Des résultats positifs



Pour que l'hypno analgésie se mette en place et perdure....

- Des motivations professionnelles bien ancrées
- Soutien du cadre de santé et de l'équipe médicale
- Adhésion de l'équipe soignante
- Accès à la formation et formation continue à poursuivre, supervision



8^{ème} journée du CLUD

Se former à l'hypno analgésie:
une ouverture vers un autre ailleurs



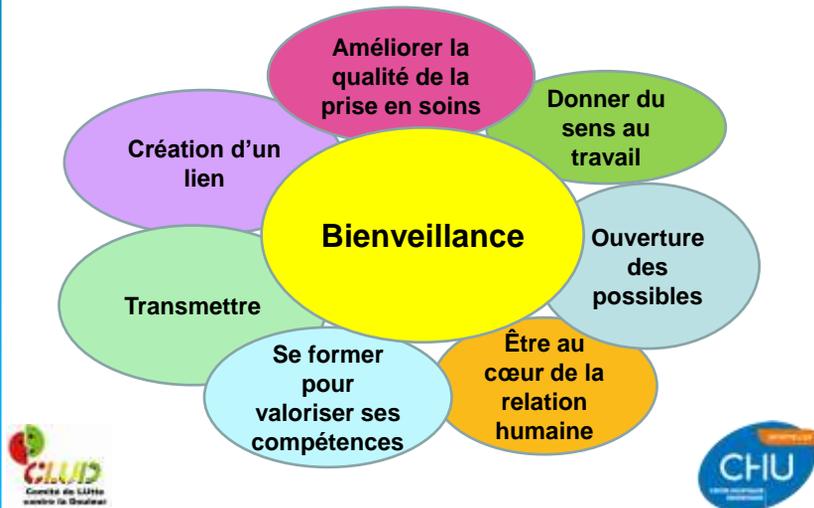
8^{ème} journée du CLUD

Témoignages de Sandra et
Célia et Julie



Conclusion

Instaurer de l'innovant dans une organisation de travail complexe



Remerciements

- A notre équipe de formatrices Caterina Régis et Christine Berlemont
 - A Charlotte Bevis
 - A Frédérique Michel notre cadre de santé
 - A l'équipe médicale et paramédicale de la consultation
 - A Julie, Célia, Florian,
 - Milie, Thomas, Léon, Lisa
- A tous les enfants
et à leurs familles





Prise en charge de la douleur chez la personne âgée

Équipe gériatrique:

Laure Courtaillac, Djamila Banmouha, Marine Vauthier,
Sophie Maraine, Marie-Suzanne Léglise



PROJET DOULEUR dans le pôle de gériatologie

- Groupe douleur pluri professionnel en gériatrie
- Participation EPP Prescription morphiniques et utilisation PCA en gériatrie en cours
- EPP douleur induite en SSR en 2012
- En court séjour:
 - Formation de tous les membres de l'équipe à l'utilisation des échelles de la douleur.
 - Identification de référents douleurs (IDE et AS).
 - Formation action aux IDE à l'utilisation des PCA.
 - Audit dossier de soins.
 - Présentation du projet de l'unité à chaque nouveau recruté.





CAS CONCRET

- Présentation de Mme R. âgée de 88 ans.
- Vit au domicile de sa fille.
- Entre pour décompensation cardiaque sur pneumopathie gauche.
- Alimentation : Aide totale aux repas
- Respiration : Oxygène
- Mobilisation : alitée
- Elimination : sondée
- Hygiène corporelle : Aide totale
- Risque de chute : oui
- Communication : difficultés
- Relations : bonnes



Spécificités de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée

- La douleur est sous-évaluée chez la PA car elle ne se plaint pas forcément. Il y a un déficit d'évaluation (*Liu et al 2014*)
- Chez la PA démente est encore plus sous évaluée (*Sieber et al 2011; Tan et al. 2015*)
- L'observation du comportement est donc capitale : repérer l'agitation, gémissements, mal être, tout changement de comportement.
- Ainsi sont utilisées les échelles comportementales: Algoplus pour la douleur aiguë et ECPA pour la douleur chronique (*Rat et al. 2011*).





EVALUATION DE LA DOULEUR

- Les outils utilisés en court séjour
 - Echelle auto évaluation (si possible) : EVS, toujours en première intention
 - Echelle hétéro évaluation : AlgoPlus de façon systématique

ECHELLE VERBALE SIMPLE A 5 CATEGORIES

0 - Douleur nulle
 1 - Douleur modérée
 2 - Douleur forte
 3 - Douleur très forte
 4 - Douleur insupportable

L'écchelle verbale simple donne une estimation globale de la douleur.

Le module choisi le décrivant correspondait le mieux à l'état de la douleur.



ECHELLE ALGOPLUS

Evolution de la douleur
 Echelle d'évaluation comportementale de la douleur adaptée à la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur

Heure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 - Visage											
2 - Regard											
3 - Phrases											
4 - Corps											
5 - Comportement											
total OUI											
total NON											



Mme R... L'ÉVALUATION DU 1^{ER} JOUR

patient: Transmissions Prescription Soins Prescription Médicales Soins Transmissions

Tableau: Douleur

Libellé: EVA (échelle de 0 à 100) (Echelle verbale simple) Evaluation de la douleur ALGOPLUS Evaluation de la douleur ALGOPLUS Résultat EVA (avant soins) Résultat EVA (après les soins)

04/ - Scores Evaluation - Echelle douleur AlgoPlus

Visage	Présentation des sourcils, froncés, crispés, rideaux tendus, visage figé	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Regard	Instable, fixe, lent ou saccadé, globe, yeux fermés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Phrases	"AIE", "Ouille", "T'ai mal", gémissements, etc	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Corps	Réactif ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comportement	Appel à l'aide, agitations	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Evaluation de la douleur ALGOPLUS		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Photo of an elderly woman's face showing facial expressions of pain.

Photo of the elderly woman lying in a hospital bed.





TRANSMISSIONS

TRANSMISSIONS CIBLEES

- Transmissions :
« patiente algique »
 - D : Patiente algique
 - Positionnement antalgique
 - A : médecin prévenu

TRANSMISSIONS DIRECTES AU MEDECIN

- Pour prise en charge rapide
- Mise en place du traitement :
 - Antalgique Pallier 1



LES CHOIX THERAPEUTIQUES

- Antalgique palier 1 en première intention.
- Le lendemain : réévaluation.
 - Algoplus entre 2 et 3.
 - Antalgique palier 3.
 - Mise en place pousse seringue de morphine





AVANTAGES DE LA P.C.A.



- Possibilité de faire des bolus en fonction des échelles évaluées à chaque équipe et changement de comportement
- Anticipation des douleurs induites, avec la possibilité de bolus médecin
- Gain de temps sur la prise en charge des pics douloureux (appuyer sur un bouton immédiatement) et éviter les injections supplémentaires
- Facilités de réajustement des doses.



Amélioration du confort de la patiente par une meilleure PEC.

- La mise en place de la PCA s'est révélée efficace



Mais....

- La PEC avec la PCA en gériatrie doit s'inscrire dans une PEC pluri modale intégrant la PEC des douleurs induites :
 - MEOPA
 - Soins à deux en binômes (priorité faite)
 - Approche corporelle avec le toucher-massage dans les soins
 - Approche avec les lits-douche
 - Relaxation
 - Distraction
 - Parfois hypnose
 - Surtout dans les douleurs induites lors des soins





Cartographie du risque faite en équipe pluri-professionnelle

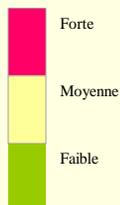
(EPP en SSR chez les PA qui ont eu une chirurgie orthopédique)

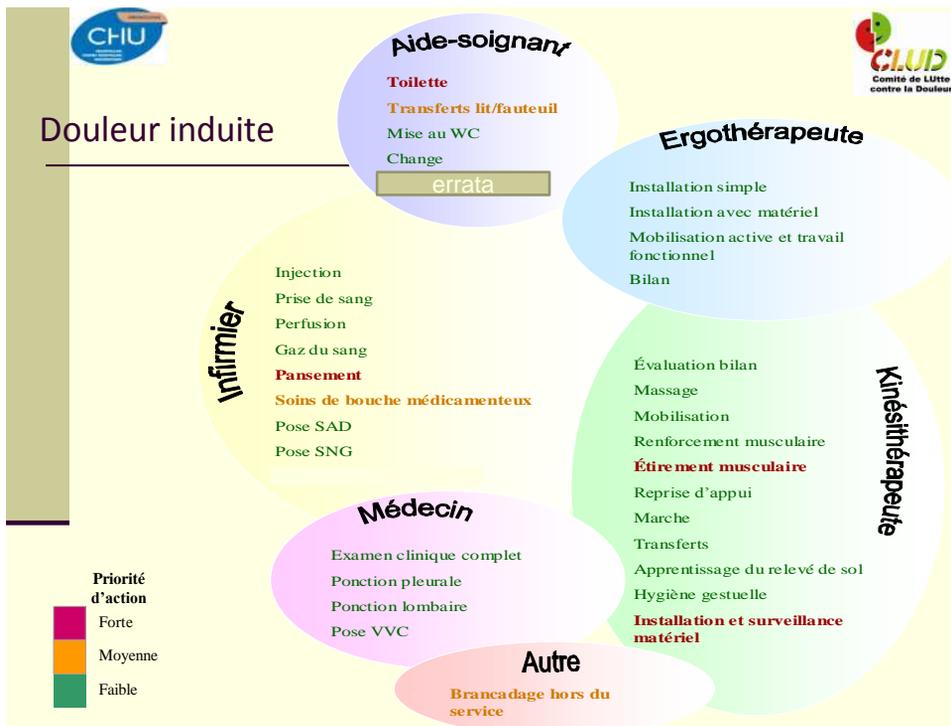
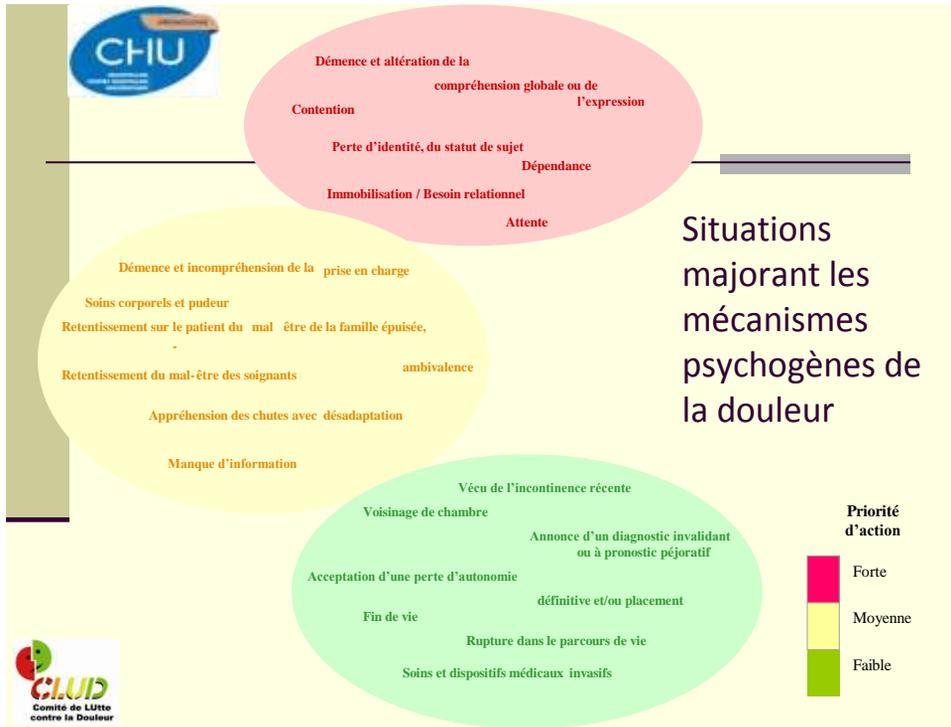
- Trois grandes catégories de douleurs
 - Physique/ pathologie
 - Physique/ Liée aux soins
 - Psychologique
- Inventaire des situations et des gestes douloureux
 - 66 facteurs de risque
- Classification comme prioritaire en tenant compte de la fréquence ,la gravité et les possibilités d'action



Pathologies
potentiellement
responsables de
douleurs

Priorité
d'action







CONCLUSION: la prise en charge de la douleur âgée DOIT tenir compte des douleurs induites

- Traiter la douleur de fond
- Tenir compte des douleurs induites
 - Prévenir: informer, écouter et observer, mise en place d'un plan de soin individualisé pluri modal
 - Préparer, anticiper et organiser le soin afin qu'il soit rapide et efficace
 - Continuer à évaluer, écouter et réajuster pendant le soin
 - RE EVALUATION par tout le personnel soignant
- Réajustement des traitements avec efficacité d'action La patiente est soulagée : Algoplus à 0 à chaque évaluation
- Meilleure qualité de vie



8^{ème} journée du CLUD

MERCI POUR VOTRE ATTENTION





EPP : Prise en compte de la douleur induite par les soins

Isabelle VAILLANT - CDS - Coordinatrice du CLUD
Michèle BONNIN – Chargée de projets EPP - DQGR



Contexte et Motivation



Continuité de la démarche d'EPP transversale pilotée par le CLUD et la DQGR depuis 2010 sur la prise en compte de la douleur

Objectifs

- OBJECTIF GENERAL : améliorer la prévention et la prise en charge de la douleur induite par les soins
- OBJECTIFS CONTRIBUTIFS :
 - sensibiliser les professionnels
 - cartographier les risques douloureux liés aux soins
 - mettre en œuvre des procédures pour améliorer les pratiques
 - adapter les moyens thérapeutiques médicamenteux et non médicamenteux
 - Adapter la formation des professionnels aux besoins





Méthodes et modalités



- Secteurs concernés : MCO, SSR, SLD, PSY
- Population : IDE, IDE spé, Sages-Femmes, AS, AP, MER, MK, ergothérapeutes, médecins
- Deux phases d'enquête sont prévues :
 - 2015-2016 : Unités d'hospitalisation complète et de semaine, Réanimations, Soins Intensifs et Soins Continus
 - 2017-2018 : Consultations, HDJ, UCA, Urgences, HAD, Imagerie médicale



Méthodes et modalités



1. ENQUETE DE PRATIQUES :

- Questionnaire portant sur : perception du problème, connaissances, pratiques déclarées
- Recueil, traitement et analyse sur logiciel SPHINX
 - Questions fermées : analyse de fréquence et tests de significativité
 - Questions ouvertes : recodage et analyse lexicale (thèmes)





RESULTATS

662 questionnaires analysés
53% d'IDE

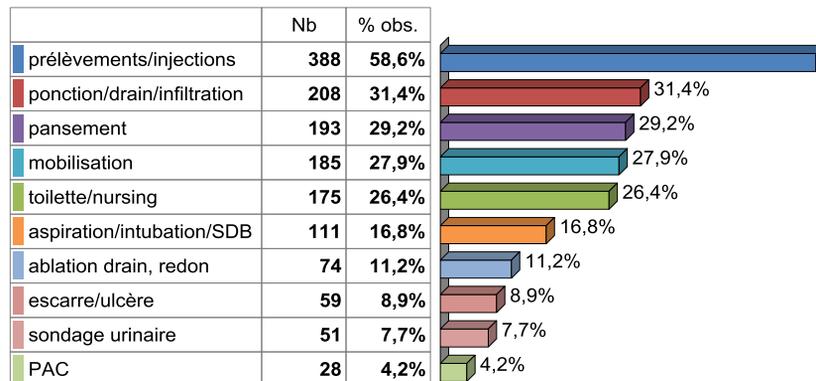


- **95%** des professionnels sont conscients qu'ils peuvent provoquer de la douleur en réalisant un soin
- **89%** pensent que cette douleur induite peut être évitée
- **100%** estiment nécessaire de la prendre en charge
- **87%** connaissent des moyens de prévention de la douleur pour les soins qu'ils citent
- **Les professionnels sont conscients des facteurs majorant ou diminuant la douleur induite par les soins :**
 - ↗ • Caractère répétitif des soins = **91%**
 - Emploi de matériel invasif = **97%**
 - Polypathologie = **98%**
 - Douleur chronique = **97%**
 - ↘ • Regroupement des soins (en fonction du patient) = **75%**
 - Bienveillance = **98%**
 - Compréhension du soin = **94%**
 - Dextérité du soignant = **95%**
 - Attention portée à l'environnement = **97%**



RESULTATS

Les 10 soins douloureux les plus cités :



8ème journée du CLUD



RESULTATS



Les 10 moyens de prévention les plus cités :



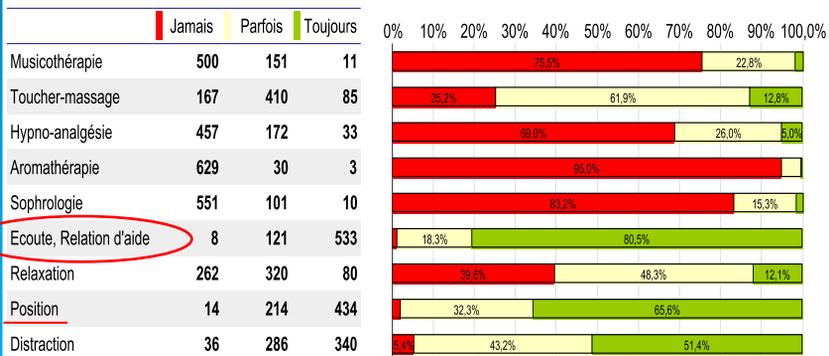
8ème journée du CLUD



RESULTATS



Les moyens non médicamenteux utilisés :

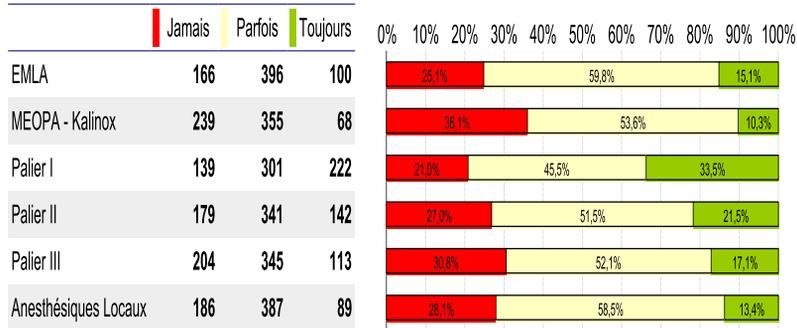




RESULTATS



Les moyens médicamenteux utilisés :



RESULTATS



- Des protocoles de prise en charge de la douleur induite existent dans une partie des Unités (**37%**)
- Des prescriptions d'ATG à la demande sont réalisées (**79%**)
- Les situations complexes font l'objet d'une discussion pluridisciplinaire (**68%**)
- En cas de difficulté, c'est le médecin de l'unité qui est sollicité en priorité (**88%**), ainsi que l'équipe d'algologie (**31%**)
- **60%** des professionnels estiment la prise en charge de la douleur induite dans leur Unité satisfaisante (note = 7-8) ou très satisfaisante (note = 9-10)

Ergothérapeute	7,33
Médecin	7,22
AS	7,12
Aux- Puéricultrice	7,00
Puéricultrice	6,82
Sage-femme	6,80
Kinésithérapeute	6,76
CDS	6,48
IDE	6,34
MER	5,13





PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES

- Défaut ou retard de prise en charge de la douleur induite par les soins
- Besoin de formation, en particulier sur les moyens non médicamenteux
- Besoin de structurer la prise en charge (protocoles, projet d'unité)
- Besoin de renforcer la collaboration avec les partenaires (Algologie, CLUD)



Méthodes et modalités



2. CARTOGRAPHIE DES SOINS DOULOUREUX :

- Liste des soins communs + spécifiques
- Classement des soins douloureux en fonction de leur fréquence et de l'intensité de la douleur induite

Echelle de <u>Criticité = Gravité x Fréquence</u>		GRAVITE la douleur occasionnée par ce geste est :			
Matrice de criticité		Faible	Modérée	Forte	Très forte
FREQUENCE ce geste est :	Fréquent				
	Occasionnel				
	Rare				
	Improbable				



8ème journée du CLUD



ORGANISATION



- IDE, AS, AP, PDE, SF, CDS, MER, Ergo volontaires
- 9 groupes transversaux (tous Pôles) sur les thématiques de soins identifiées par l'enquête de pratiques :
 - Prélèvements-Injections
 - Pansements simples
 - Pansements complexes
 - Toilettes-Nursing
 - Mobilisations
 - Aspirations-Soins de bouche-Trachéo
 - Ponction-Drains-Infiltrations
 - Ablations drains-redons
 - Sondages urinaires et gastriques
- 2 groupes spécifiques :
 - Pédiatrie
 - Psychiatrie



8ème journée du CLUD



ORGANISATION



MODALITES	CALENDRIER
Réunion plénière, organisation du travail, diffusion des supports	Janvier 2016
Réflexion en équipe dans les Unités Réunions thématiques de synthèse <ul style="list-style-type: none"> • Identification des soins douloureux • Qualification des soins en fréquence et en intensité douloureuse 	Février à mai 2016
Traitement des données, cartographie par criticité	Mai-juin 2016

Score de criticité :
 ≥ 10 : inacceptable
 ≥ 5 et < 10 : limite
 < 5 : acceptable

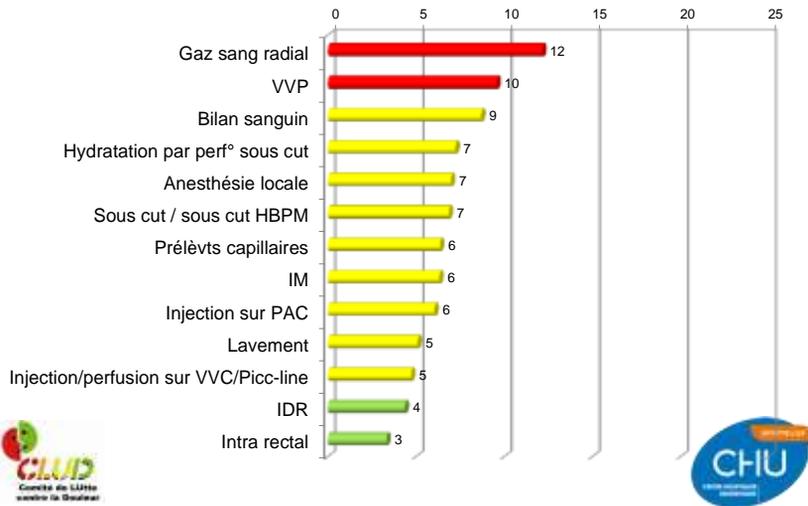




Exemple de traitement des résultats => cartographie par criticité



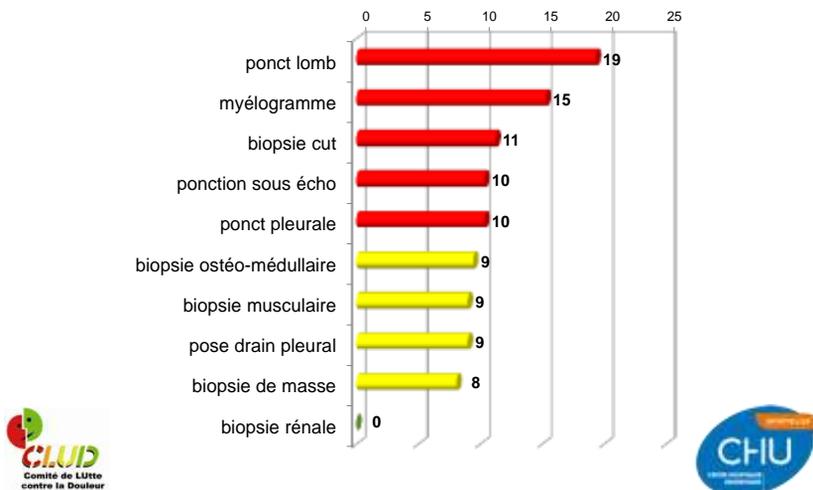
PRELEVEMENTS - INJECTIONS : soins communs CHU



Exemple de traitement des résultats => cartographie par criticité



PONCTIONS – DRAINS – INFILTRATIONS : Pédiatrie



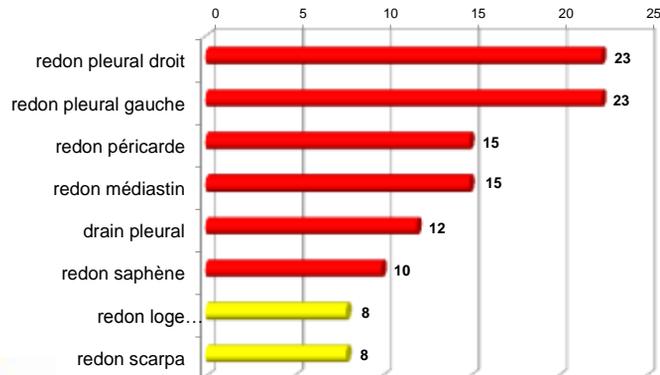


Exemple de traitement des résultats => cartographie par criticité



ABLATION DRAINS-REDONS : Soins spécifiques

Chirurgie Cardiovasculaire



Méthodes et modalités



3. ANALYSE CROISEE : cartographie X pratiques en place

- Objectif : évaluer l'état de maîtrise des principaux risques douloureux identifiés
- Traitement des résultats : soins communs et spécifiques

Echelle de niveau de maîtrise du risque

Niveau de maîtrise	Critères	Réponse pour l'Unité :
Insuffisant	Aucune action en place ou actions inefficaces	
Moyen	Quelques actions mais insuffisantes ou non systématiques	
Bon	Les actions sont en place et utilisées systématiquement	

⇒ Au regard des résultats, établir les priorités d'action



8ème journée du CLUD



ORGANISATION



MODALITES	CALENDRIER
Réunion plénière, discussion des résultats, organisation du travail	Septembre 2016
Réflexion en équipe dans les Unités : état des lieux des moyens en place Réunions thématiques de synthèse <ul style="list-style-type: none"> • Repérage des « bonnes pratiques » • Identification du niveau de maîtrise du risque Traitement des données, cartographie par niveaux de risque ⇒ liste des soins à prioriser	Oct-Nov 2016
Réunion plénière, discussion des résultats Définition de plans d'actions prioritaires par thématiques	Décembre 2016



8ème journée du CLUD



POURSUITE DU TRAVAIL



- À compter de Janvier 2017 :
 - Mise en place des actions
 - Rédaction d'un référentiel « Douleur Induite » en groupe de travail
 - Suivi des actions : points d'étapes, réunions
- **Décembre 2017** : réévaluation des actions et de la cartographie, réajustement des plans d'actions
- En parallèle... démarrage de la phase 2



8^{ème} journée du CLUD



MERCI DE VOTRE ATTENTION

