

URGENCES

BIOLOGIE  
PATHOLOGIE

PSYCHIATRIE

CLINIQUES  
MEDICALES

## Comité de Validation de l'EPP

Date : 01/04/2021

PHARMACIE

COEUR &  
POUMONS

### TITRE DU PROGRAMME d'EPP :

**Prise en compte de la Douleur induite par les Soins**

OS &  
ARTICULATIONS

Pilotes : I. VAILLANT – CDS Coordinatrice CLUD  
Dr F. BERNARD – Président CLUD

DIGESTIF

NEUROSCIENCES  
TÊTE & COU

EMMBRUN

GÉRONTOLOGIE

FEMME, MÈRE,  
ENFANT

# 1/ Rappel du projet :

- **Motivation** : Ce projet s'inscrit dans la continuité de la démarche d'EPP transversale pilotée par le CLUD et la DACQSS sur la prise en compte de la douleur. Sur la base de ces résultats, le CLUD souhaite poursuivre la démarche d'amélioration de la qualité en la centrant sur la douleur induite par les soins
- **Référentiel** :
  - Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010) : évaluation par le HCSP, mars 2011
  - Référentiel Douleur, CHRU Montpellier, Document n° CHRU/ 12.a/062/v1, 13/10/2014
  - Les douleurs induites, J.Wrobel, Institut UPSA de la douleur,
  - Manuel de Certification des ES
- **OBJECTIF GENERAL** :
  - améliorer la prise en compte de la douleur induite par les soins
- **OBJECTIFS CONTRIBUTIFS** :
  - sensibiliser les professionnels
  - cartographier les risques douloureux liés aux soins
  - mettre en oeuvre des procédures pour améliorer les pratiques d'évaluation et de prise en charge de la douleur induite par les soins
  - adapter les moyens (matériel, DMS, TTT médicamenteux et non médicamenteux, formation)

# 1/ Rappel du projet :

- Méthodes et modalités :

1. ENQUETE DE PRATIQUES : - Questionnaire aux professionnels (médecins + paramédicaux) portant sur : perception du problème, connaissances, pratiques déclarées - Socle commun + parties spécifiques selon métier - Recueil via SPHINX-online
2. CARTOGRAPHIE DES GESTES A RISQUE DOULOUREUX : - carto des gestes communs + carto des gestes spécifiques par filière ou spécialité - Objectif : identifier et lister les gestes douloureux, les classer en fonction de la gravité et de la fréquence
3. ANALYSE CROISEE : cartographie X résultats enquête de pratiques - Objectif : évaluer l'état de maîtrise des différents risques douloureux identifiés - Traitement des résultats par filière/spécialité + en global CHRU

- Calendrier

Etapes	Dates
<b>Engagement de la démarche</b>	Février 2015
<b>Evaluation initiale :</b> - enquête de pratiques : - cartographie du risque douleur induite :	février à septembre 2015 février 2016 à février 2017
<b>Mise en oeuvre et suivi du plan d'actions</b>	À partir de mai 2017
<b>Réévaluation</b>	À partir de janvier 2020

## 2/Evaluation initiale :

- Principaux résultats / Problèmes identifiés
- Enquête de pratiques :  
662 questionnaires, 63% d'IDE.
  - 95% des professionnels estiment que les soins qu'ils délivrent peuvent provoquer de la douleur
  - 100% considèrent nécessaire de prendre en charge cette douleur.

### **Les soins douloureux les + cités :**

- 59% prélèvements injections;
- 31.5% ponctions drains infiltrations;
- 29% pansements;
- 28% mobilisations et
- 26.5% toilettes nursing.

### **Les moyens de prévention les plus cités :**

- traitements non médicamenteux à 24.3%;
- antalgiques à 23.5%
- EMLA à 21%.

### **Les facteurs majorant la douleur induite :**

91% le caractère répétitif des soins;  
97% emploi de matériel invasif; 98% poly pathologie;  
96% douleur chronique.

### **Les facteurs qui diminuent la douleur induite :**

95% dextérité du soignant;  
98% la bienveillance  
97.5% l'attention portée à l'environnement.

## 2/Evaluation initiale :

- Principaux résultats / Problèmes identifiés
- Enquête de pratiques :

**Les soignants évaluent la douleur avec une échelle à 83%**

**Les principaux moyens antalgiques non médicamenteux** cités sont :

- 80% écoute relation d'aide;
- 65,5% position
- 51.5% distraction.

**Les principaux moyens antalgiques médicamenteux :**

MEOPA et EMLA davantage chez les puéricultrices

**Les antalgiques sont prescrits à la demande** dans 79% des cas

**Autres :**

**La prise en charge de la douleur induite par les soins fait l'objet d'une discussion pluridisciplinaire** dans les situations complexes (68%)

Seuls 37% déclarent **utiliser des protocoles**.

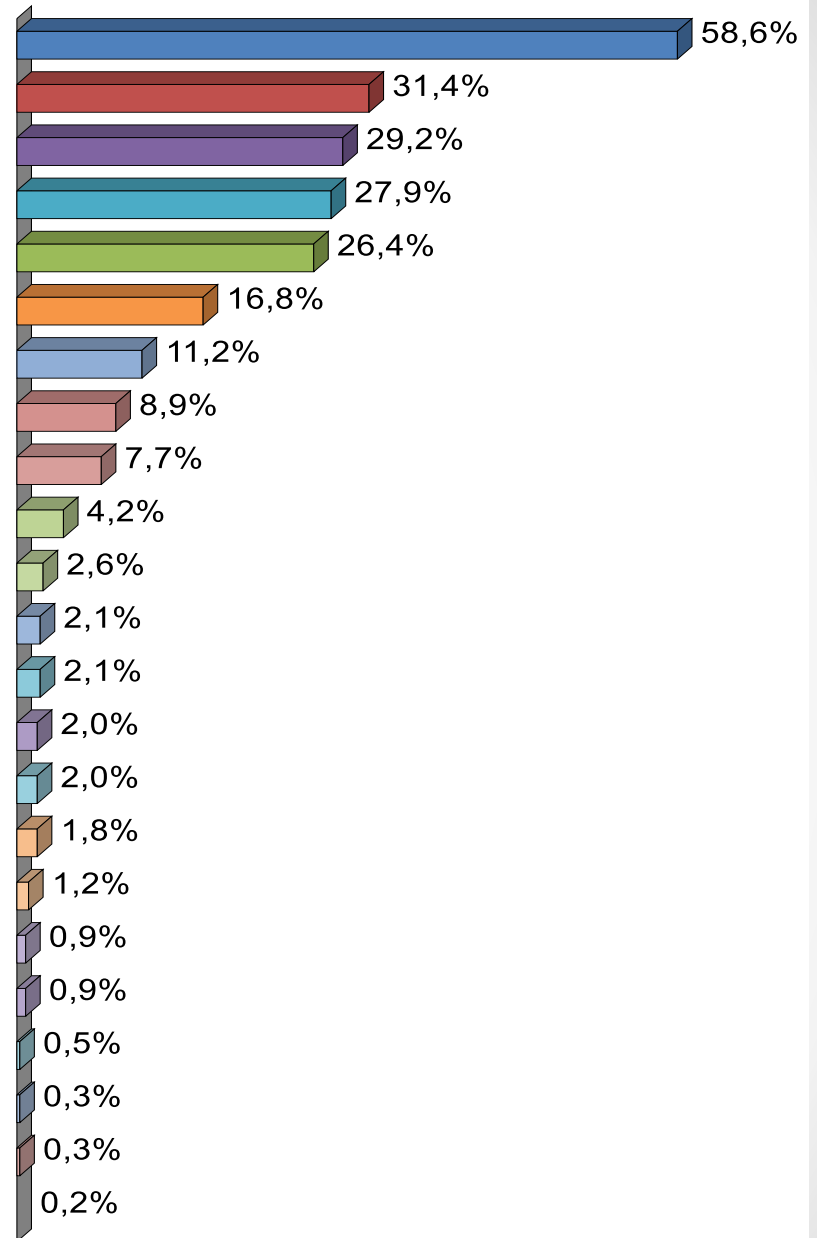
**Satisfaction sur la prise en charge de la douleur induite :** le score moyen est de 6,6/10.

Les MER (5/10) et les IDE (6,4/10) sont les moins satisfaits.

- Cartographie du risque douleur induite :

- 11 groupes de travail thématiques sur chacun des principaux soins inducteurs de douleur (criticité >10)
- identification des pratiques de prévention et de prise en charge
- identification du niveau de maîtrise du risque douloureux
- définition des axes d'amélioration des pratiques pour chaque soin

	Nb	% obs.
prélèvements/injections	388	58,6%
ponction/drain/infiltration	208	31,4%
pansement	193	29,2%
mobilisation	185	27,9%
toilette/nursing	175	26,4%
aspiration/intubation/SDB	111	16,8%
ablation drain, redon	74	11,2%
escarre/ulcère	59	8,9%
sondage urinaire	51	7,7%
PAC	28	4,2%
contention/immobilisation	17	2,6%
Rééducation	14	2,1%
réduction orthopedique	14	2,1%
gyneco-obst	13	2,0%
suture	13	2,0%
psychiatrie	12	1,8%
prise paramètres vitaux	8	1,2%
souffrance psycho	6	0,9%
méchage épistaxis	6	0,9%
post-chir	3	0,5%
bienveillance/maltraitance	2	0,3%
imagerie	2	0,3%
soins dentaires	1	0,2%
<b>Total</b>	<b>662</b>	



# 1. SECTEURS ADULTE

ANNEXE 1 (EPP douleur induite par les soins, CHU Montpellier, 2018) :

## LISTE DES SOINS DOULOUREUX

Résultats de la cartographie des soins et gestes les plus inducteurs de douleur réalisée au CHU avec le concours de neuf groupes de travail pluri-professionnels dans le cadre d'une démarche d'EP  
La **criticité** est le produit de la fréquence du soin ou du geste par l'intensité de la douleur induite (F x I)

Elle est exprimée ici par la moyenne des scores attribués par les différents secteurs de soins.

FREQUENCE du soin ou geste	INTENSITE de la douleur induite			
	1 faible	2 modérée	3 forte	4,5 très forte
Fréquent	5	10	15	22,5
Occasionnel	4	8	12	18
Rare	3	6	9	14
Improbable	1,5	3	4,5	7

■ Risque acceptable      ■ Risque à surveiller      ■ Risque critique

Soins et Gestes communs CHU	Criticité
Ablation de Redon	23
Hypersensibilité / Toilette au lit	17
Soins Plaie cancéreuse	14
Soins Escarre / stade 4	14
Ponction pleurale par "non expert"	14
Soins Escarre / stade 3	13
Pose et retrait du bassin	13
Transfert lit brancard lit	13
Pansement mains/doigts	13
Soins Ulcère (selon stade)	13
Pose de SNG	13
Gaz sang radial	12
Soins Plaie infectée	12
Retrait de Lame	12
Soins Site prélèvement greffe	12
Fibroscopie patient non intubé	12
Ponction lombaire par "non expert"	12
Soins sur VAC	12
Transfert sans appui	11
Soins Escarre / stade 2	11
Transfert lit fauteuil	10
Soins de bouche	10
Toilette avec appareillage (PCA, SE, JEP...)	10
Pose de VVP	10
Mise à plat escarre 3/4	10
Réfection de pansement	9
Ablation points / agrafes	9

## 2/Evaluation initiale :

- ANALYSE DE L'ECART :

- Manque de protocolisation des soins
- Défaut de formation
- Pratiques hétérogènes en fonction des secteurs de soins
- Connaissances hétérogènes sur la disponibilité des matériels ou dispositifs
- Absence de référentiel de bonnes pratiques transversal à l'établissement

- Plan d'actions mis en place : maintien des 11 groupes de travail Adulte et Enfant

Actions (quoi, comment ?)	Modalités	Calendrier
Harmoniser les pratiques : <b>Mise en place de fiches réflexes</b>	Elaboration en groupes de travail pluri-professionnels Validation par médecins référents	Mai 2017 à mars 2019
Diffuser les Bonnes Pratiques : <b>Publication d'un <a href="#">Référentiel CHU</a></b> <b>« Prévention de la Douleur Induite par les Soins » - 12.a/079</b>	Rédaction en groupes de travail avec paramédicaux et médecins référents	Mai 2017 à juin 2019



## Transversal CHU

Criticité Niveau de maîtrise

Escarre / stade 3	13	INSUFFISANT	* Protocole transversal "Pansement complexe (escarre 3/4, ulcère, plaie cancéreuse, plaie infectée) " (formalisation Qualidoc) à formaliser avec le groupe Médecins
Plaie infectée	12	INSUFFISANT	* Protocole transversal "Pansement complexe (escarre 3/4, ulcère, plaie cancéreuse, plaie infectée) " (formalisation Qualidoc) à formaliser avec le groupe Médecins * renforcer les formations au MEOPA : Uro, UMPCPC, Endocrino, Méd Interne, USLD, Neuro SI, Chir CV * Elargir l'information par le CLUD sur l'existence de l'embout buccal pour le MEOPA (+ réf. à commander)

## Spécifique / secteurs

Criticité Niveau de maîtrise

Pose de JEP (IM DIG)	13	INSUFFISANT	
Bloc coeliaque (IM DIG)	14	INSUFFISANT	<b>Plan d'actions Imagerie Médicale Digestive :</b>
Chimio-embolisation sous AL (IM DIG)	10	INSUFFISANT	* Protocole transversal "douleur induite en imagerie médicale"
Redon pleural droit (CHIR CV)	23	INSUFFISANT	
Redon pleural gauche (CHIR CV)	23	INSUFFISANT	<b>Plan d'actions Chir Cardio-Vasculaire :</b>
Redon péricarde (CHIR CV)	15	INSUFFISANT	* Formation aux moyens non médicamenteux (hypno-analgésie, sophrologie) et au MEOPA
Redon médiastin (CHIR CV)	15	INSUFFISANT	* CDS : Revoir la dotation MEOPA
Drain pleural (CHIR CV)	12	INSUFFISANT	* Diffusion du protocole MEOPA CHU + fiche critères
Redon saphène (CHIR CV)	10	INSUFFISANT	* Prescription médicale du MEOPA à systématiser
Lifting de la face (ORL CMF)	15	INSUFFISANT	<b>Plan d'actions ORL CMF :</b> * Procédure ou fiche réflexe à formaliser spécifiquement sur la CS ORL CMF A pour Lifting de la face
Mèche bartholinite (CHIR GYN)	18	INSUFFISANT	<b>Plan d'actions CHIR GYNECO :</b>
1er lever chirurgie périnée (CHIR GYN)	23	INSUFFISANT	* formaliser un protocole spécifique Hypnovel+Xylo (mèche bartholinite) * développer l'utilisation du MEOPA en accompagnant à la demande la réalisation des soins * voir avec le kinésithérapeute pour prioriser si possible l'accompagnement et la formation à l'équipe pour les "premier lever" et pour la prévention du lymphoedème
1er lever chirurgie abdominale (laparo, coelio, césarienne) (CHIR GYN)	15	INSUFFISANT	* voir possibilité d'autogestion médicamenteuse par la patiente (Actiskenan à disposition) ? * formaliser un protocole d'antalgie commun sur la chir gynéco
1er lever chirurgie du sein (CHIR GYN)	10	INSUFFISANT	* formation à l'hypno-analgésie pour l'équipe
Prévention du lymphoedème (CHIR GYN)	10	INSUFFISANT	* faire appel à l'ergothérapeute pour le conseil sur le matériel spécifique à mettre en place sur la
Vulvectomie (CHIR GYN, USLD)	12	INSUFFISANT	vulvectomie

Sous cut	17	INSATISFAISANT	musculaires"
Prélèvements capillaires	11	INSATISFAISANT	* Formaliser et généraliser une procédure d'antalgie pour l'ensemble des prélèvements et injections, à intégrer dans les recommandations générales
Ponct° lombaire médecin non expert	19	INSATISFAISANT	* Sécuriser le geste Ponction lombaire : - procédure formalisée validée par les responsables médicaux - geste réalisable uniquement par senior ou par interne sous guidance d'un senior - mise en place d'une formation par simulation pour les nouveaux internes - référencement CHU d'aiguilles a-traumatiques
Plaie ouverte : pansement abcès marge anale	10	INSATISFAISANT	* formaliser et généraliser des recommandations pour l'ensemble des pansements (càt selon l'intensité douloureuse), en intégrant les spécificités liées à l'antalgie / prémédication
Pansement de brûlure (selon stade)	12	INSATISFAISANT	* Formaliser et généraliser un protocole Xylo 1% tamponnée 20 ml, retirer 4cc, ajouter 4 cc de bicarbonate (42/1000). Attendre 3 mn
Pansement plaie de la face : fente labiale	11	INSATISFAISANT	
Pansement sur mèches (abcès anal)	10	INSATISFAISANT	* cf. recommandations générales incluant la préparation du patient et l'anticipation de l'analgésie * formaliser un protocole pour la prémédication systématique PO et IV * fiche réflexe "réfection pansement stomies" * faire référencer le Spray Niltac * formation à l'hypno-analgésie
Pansement sur lame	12	INSATISFAISANT	* référencement du Spray Niltac * voir avec le groupe Médecins : bénéfice/risque de la pose de lame pour formaliser des recommandations
Toilette avec hypersensibilité	14	INSATISFAISANT	* à intégrer dans les recommandations générales * + test MEOPA
Pansement sur VVC	13	INSATISFAISANT	* formaliser une fiche réflexe " pansement sur VVC" incluant les recommandations du document CHRU/ 8.g.2/017/v1 * systématiser l'analgésie pour la réfection des points sur VVC * réflexion sur l'adaptation du positionnement avant le soin (à intégrer dans les recommandations générales)
Diffusion sur PAC	11	INSATISFAISANT	* formaliser un protocole (décision d'arrêt de la perfusion + antalgie)
Aspiration naso-pharyngée	11	INSATISFAISANT	* fiche réflexe sur l'aspiration naso-pharyngée incluant les recommandations : - temps de pause entre les 2 narines - position demi-assise systématique - sur les genoux quand possible - adapter le matériel (hors urgences)
Soins de bouche	11	INSATISFAISANT	* fiche réflexe sur les soins de bouche incluant les recommandations : - Soin non fait si enfant douloureux - Distraction, participation des parents - Xylo en application locale - MEOPA avant soin + inhalation pendant le soin - si possible laisser l'enfant faire le soin - réfléchir à la pertinence du soin de bouche - 15 mn entre 2 applications de xylo - adapter le matériel (tester film protecteur buccal)
Pose de SNG	16	INSATISFAISANT	* sensibiliser à l'utilisation du MEOPA et informer sur le matériel spécifique disponible * sensibiliser à l'utilisation des fiches d'information par le jeu disponibles sur intranet

# 3/ Réévaluation

- Bilan et résultats des actions

- Référentiel et fiches réflexe publiés le 22 mai 2019
- Nouvelle enquête de pratiques prévue initialement en avril 2020
- Reportée (COVID) → réalisée en novembre 2020
- Questionnaire envoyé aux Référents Douleur paramédicaux des Unités de soins → 209 destinataires
- Taux de réponse : 55% (115 réponses dont 68% d'IDE)

## CONNAISSANCE DU REFERENTIEL :

- 45% ne connaissent pas le Référentiel CHU « Douleur induite »
- 60% de ceux qui le connaissent ne l'ont pas présenté à leurs collègues
- 23% d'entre eux indiquent le chemin d'accès au référentiel sur QUALIDOC
- 59% ne connaissent pas l'existence des fiches réflexe
- 46% de ceux qui les connaissent ne les ont pas présentées à leurs collègues
- 18% des référents disent utiliser les fiches réflexe
- Pour autant, seuls 27% considèrent qu'il leur manque des fiches réflexe...
- Lorsqu'ils disent qu'il leur manque des fiches réflexe, les thèmes qu'ils énoncent correspondent à des fiches réflexe déjà publiées et disponibles sur QUALIDOC
- Seuls 16,5% du total des répondants disent que ces outils ont permis d'améliorer les pratiques dans leur unité

# 3/ Réévaluation

## • Bilan et résultats des actions

### PRATIQUES DE PREVENTION DE LA DOULEUR INDUITE :

- 52% disent prévenir systématiquement la douleur induite pour tous les soins ; 29% pour certains soins seulement (prélèvements, injections, pansements, nursing-toilette)
- Ils sont 69% à dire évaluer la douleur induite par les soins (avant, pendant et après le soin), et 90% l'évaluent avec une échelle
- 90% disent transmettre cette évaluation (pancarte ou diagramme de soins 83%, transmissions ciblées 48%)
- Seuls 23% des référents indiquent qu'un protocole sur la douleur induite par les soins existe dans leur unité

### SOUHAITS – PROPOSITIONS :

- Mise en place de protocoles
- Non évaluable pour le reste (réponses uniques ou sans rapport avec le sujet)

### SATISFACTION SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR INDUITE :

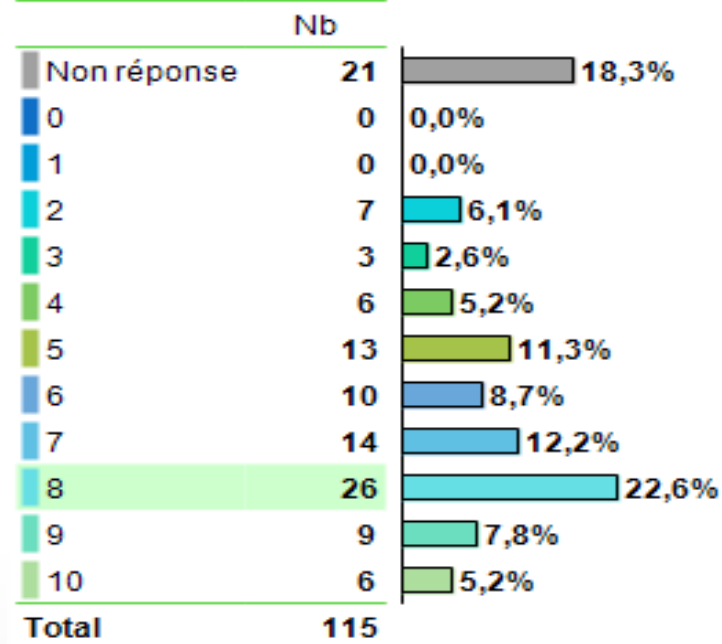
#### 9. Considérez-vous la prise en charge de la douleur induite par les soins comme satisfaisante dans votre Unité ?

Taux de réponse : **81,7%**

Effectif moyen : **9,58**

Moyenne = **6,59** Médiane = **7,00** Ecart-type = **2,17**

Min = **2,00** Max = **10,00**



# 3/ Réévaluation

- Améliorations obtenues / Atteinte des objectifs
  - Résultats surprenants, décevants au regard du travail collectif réalisé et du nombre élevé de professionnels impliqués dans la démarche
  - Absence de relais effectif au terrain par les référents Douleur : référentiel et fiches non présentés et non partagés en équipe
  - OBJECTIFS NON ATTEINTS
- Perspectives : poursuite / extension
  - Diffusion du référentiel à chaque Unité accompagné du livret des fiches réflexe ?
  - Resensibilisation de tous les référents lors des réunions ?
  - Incitation à renseigner la grille d'audit du critère « Douleur » pour la Certification ?
  - Renouveler un audit en 2022 en ciblant sur la connaissance et l'utilisation du référentiel, des fiches réflexe et des protocoles douleur ?