

CLUB DOULEUR ENFANT ÎLE DE FRANCE
COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU 9 DECEMBRE 2003

**Comment mesurer la qualité de la prise en charge
de la douleur dans votre service ?**

Exemples d'audits

L'évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur est un élément clé de la lutte anti-douleur : la prise de conscience des dysfonctionnements est un préalable indispensable à toute démarche d'amélioration.

Les actions d'évaluation sont en règle générale menées sous l'égide du CLUD ou de l'Unité Douleur.

► TECHNIQUE GENERALE DE L'AUDIT

(Dr E Fournier Charrière, hôpital Bicêtre)

Trois méthodes sont possibles, qui peuvent être combinées :

- l'autoquestionnaire, à remplir par les soignants du service audité,
- le relevé de l'existant par un observateur extérieur,
- l'évaluation directe des patients par un observateur « expert » extérieur.

Auto-questionnaire

Il est bâti à partir de quelques thèmes principaux.

- Quels sont les moyens disponibles dans votre service (EMLA[®], sirop de sucre pour les nouveau-nés, morphine, pompes PCA, protoxyde d'azote ...) ?
- Existe-t-il des protocoles (pour certains soins, certaines maladies, pour les urgences, pour le postopératoire...) ?
- Les outils d'évaluation de la douleur sont-ils employés ? Si oui, lesquels ?
- Des formations sur la prise en charge de la douleur ont-elles été suivies, par qui, avec quel contenu ?

- Questionnaire de connaissances (des exemples sont donnés au cours de la séance : enquête auprès des médecins de l'hôpital Trousseau, questionnaire sur les caractéristiques de la crème EMLA[®] à Bicêtre).

- Quelle est la consommation d'antalgique, quelle a été son évolution ces dernières années (à demander à la pharmacie) ?

- Comment la prise en charge de la douleur est-elle organisée dans le service, y a-t-il une personne référente ?

L'autoquestionnaire a ses limites... mais il semble que dans la plupart des cas, les personnes interrogées disent la vérité. Cette méthode a été utilisée pour l'enquête nationale sur la prise en charge de la douleur de l'enfant en France en 1998, en combinant avec la visite d'un expert (résultats sur le site [pediadol](#))

Relevé de l'existant par un observateur extérieur

Il est intéressant de compléter et vérifier les données de l'autoquestionnaire par cette méthode.

L'observateur reprend les différents points de l'autoquestionnaire : moyens disponibles, protocoles, outils d'évaluation choisis et disponibles, ainsi que leur utilisation effective (dans certains cas, les infirmières évaluent effectivement la douleur, mais le médecin n'utilise pas ces données), connaissances des infirmières et des médecins.

L'observateur étudie ensuite les dossiers de soins sur les dernières 24 heures : la douleur a-t-elle été évaluée, avec quel outil, cet outil était-il adapté à la situation et à l'âge de

l'enfant, combien de fois cette évaluation a-t-elle été faite en 24 heures ? Des prescriptions ont-elle été faites, étaient-elles basées sur le niveau de douleur ? En cas de soins douloureux, quels moyens antalgiques ont été utilisés ?

Des exemples (Urgences de Bicêtre, Réa Pédiatrique de Bicêtre) sont donnés plus loin.

Evaluation directe des patients par un observateur « expert » extérieur

Cette technique est beaucoup plus longue.

L'expert évalue lui-même la douleur de l'enfant (EVA ou échelle des visages), demande à l'infirmière et aux médecins d'attribuer une EVA (EVA au repos et à la mobilisation), compare avec l'EVA de l'enfant, puis, si $EVA > 3$, enquête pour savoir si une prescription antalgique a été effectuée, et laquelle. Chez le petit enfant, l'expert évalue la douleur à l'aide d'une échelle comportementale appropriée. Il effectue éventuellement une enquête de satisfaction auprès des parents.

Démarche générale

Les résultats d'un premier audit sont analysés (avec l'aide du service d'épidémiologie ou de statistiques de l'hôpital si possible) et les résultats sont communiqués au service audité.

Habituellement, des actions sont proposées à l'issue de ce travail : formations, rédaction de protocoles, changement de prescriptions, exigence d'évaluation... Les changements obtenus font l'objet, ultérieurement, d'un nouvel audit.

Ces actions demandent beaucoup de tact, au niveau de la première étape, proposer et faire accepter la démarche d'évaluation dans un service donné, puis lors de la restitution, moment parfois délicat.

► AUDIT DOULEUR POSTOPERATOIRE CHEZ L'ENFANT

(B Lombart, cadre infirmier, P Martret, infirmière anesthésiste, Unité d'analgésie de l'hôpital Trousseau)

La mise en place de cet audit a été facilitée par le fait que, depuis 1996, les 4 services de chirurgie de l'hôpital Trousseau sont habitués à voir réaliser périodiquement cette enquête, toujours par un membre de l'Unité Douleur.

Pourquoi un audit ?

Le but ultime est d'assurer à tous les enfants hospitalisés une prise en charge efficace de leur douleur. Toutes les équipes, a priori et en toute honnêteté, ont l'impression de « bien faire ». Une observation plus fine permettra d'identifier des dysfonctionnements : moment délicat, mais véritable tremplin pour la mise en œuvre de solutions adaptées, afin d'améliorer les pratiques.

Textes de recommandations

Il existe des textes stipulant les droits des patients en postopératoire, notamment :

- charte du patient hospitalisé,
- circulaire relative au plan de lutte contre la douleur 2002-2005,
- décret relatif aux actes professionnels infirmiers (février 2002, art. 2, 5, 7),
- conférence de consensus de la SFAR « Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et l'enfant », reprise par l'ANAES en 1999,
- manuel d'accréditation, qui préconise certaines recommandations de bonne pratique.

Améliorer la qualité

Les audits, pour être efficaces en termes de démarche qualité, doivent être le point de départ d'un processus « circulaire » continu : bilan (enquête) → identification de dysfonctionnements → plan d'action → réalisation des objectifs → nouveau bilan etc. Il faut dépenser une énergie soutenue pour activer et entretenir ce « cercle vertueux » de la lutte anti-douleur.

Méthodologie

Cet audit s'est déroulé sur 3-4 semaines (environ une semaine par service).

Une cohorte de 150 patients a été déterminée (dont 1/3 de patients ambulatoires), répartie sur les 4 services de chirurgie (ORL, maxillofaciale, viscérale, orthopédique).

Une *enquête sur dossier* a été effectuée chez ces patients.

1) L'évaluation de la douleur chez les enfants opérés a été effectuée par l'enquêteur juste avant la sortie de la salle de réveil et à H 24 (par téléphone chez les patients ambulatoires).

2) Différents indicateurs ont été recueillis à l'aide du dossier :

• *indicateurs de « structures et de procédures » :*

- information préopératoire (trace écrite sur la douleur,
- évaluation de la douleur,
- moyens thérapeutiques mis en œuvre.

Pour les évaluations et les prescriptions effectuées en SSPI: seules les données objectives ont été conservées :

- évaluation à l'aide d'une échelle correspondant à l'âge de l'enfant, trace écrite ;
- quel type de prescription, prescription systématique ou non pour tous les enfants en postopératoire, prévision d'une prescription supplémentaire si besoin, corrélée ou non à un score douloureux ?

• *indicateurs de résultats :*

- combien de patients ont-ils été correctement soulagés ?
- les patients qui ont présenté des douleurs sévères (EVA > 4/10, OPS > 3/10, EDIN >5/15) ont été recherchés par les enquêteurs et leur cas a été analysé.

Résultats

Evaluation de la douleur

• Pendant la surveillance en SSPI, les scores de douleur étaient notés correctement par

l'infirmière ; en revanche, l'évaluation n'était pas toujours faite avant la sortie de salle de réveil. Or, l'évaluation effectuée par l'enquêteur a retrouvé des scores élevés de douleur chez certains enfants juste avant cette sortie.

• Des erreurs portant sur les outils utilisés (ex. EVA chez des enfants de 2 ans) ont été relevées.

Prescription d'antalgiques

• L'enquête a relevé les modes d'administration (PCA, ALR...), les paliers utilisés, les doses de médicaments reçues. Paradoxalement, les enfants sous PCA n'étaient pas nécessairement les mieux soulagés. La présence d'une PCA inciterait-elle les soignants à estimer que l'enfant ne peut pas avoir mal, et donc à relâcher leur vigilance ?

• Prescription systématique et prescription supplémentaire : beaucoup d'enfants n'ont pas reçu les antalgiques prescrits. Il est apparu que les prescriptions systématiques, bien plus couramment écrites aujourd'hui par le médecin, n'étaient pas nécessairement appliquées par l'infirmière.

Conclusion - discussion

• Lors de la restitution des résultats, il faut toujours commencer par mettre en évidence les bonnes pratiques ! Une réflexion doit ensuite être menée en équipe sur les dysfonctionnements ; elle est basée sur les résultats restitués, tant au niveau de la salle de réveil que des services. Pour cela, la collaboration avec un médecin (ici: un anesthésiste) est indispensable... A noter qu'il paraît intéressant de présenter les résultats au maximum sous forme visuelle.

Cette réflexion débouche sur un choix des priorités de réajustement (souvent, la formation continue) et aussi sur un engagement ferme de l'équipe d'encadrement et du chef de service. La restitution de ces résultats (qui est généralisée à tout l'établissement par l'intermédiaire de la

réunion du CLUD) a en règle générale un effet d'émulation et de « coup de fouet ».

- Des points positifs généraux peuvent être dégagés :

- à la suite de cette démarche d'évaluation répétée, les antalgiques systématiques en postopératoire sont prescrits aujourd'hui à plus de 98 % ;
- un important succès de ces enquêtes à Trousseau a été d'obtenir l'augmentation de la présence des parents en salle de réveil (qui est passée de 0 % à 70 % en un an).

► ENQUETE SUR LA PERCEPTION DE L'EVALUATION DE LA DOULEUR PAR LES MEDECINS DE L'HOPITAL TROUSSEAU

(Patricia Cimerman, infirmière, Pascale Thibault, cadre infirmier, CNRD -Centre National de Ressources contre la Douleur-, hôpital Trousseau)

Il a été rapporté par des soignants au cours d'une réunion du CLUD que les scores d'évaluation de la douleur étaient peu utilisés par les médecins pour une prise de décision thérapeutique. Ce constat de départ a été à l'origine de l'organisation de cette enquête, qui avait pour but de faire un état des lieux des connaissances des médecins et de leur perception des évaluations de la douleur chez l'enfant.

Méthodologie

- Au sein d'une population de 307 médecins temps plein, répartis sur les 18 services de l'hôpital Trousseau, excluant les médecins de l'Unité Douleur, ceux du service d'Anesthésie Pédiatrique et des laboratoires, un tirage au sort a permis de désigner 3 médecins par service en moyenne (51 questionnaires).

- Le questionnaire comportait 3 rubriques :
 - connaissance des outils (auto- et hétéroévaluation),
 - utilisation ou raison de la non-utilisation,
 - lien avec la décision thérapeutique.

Ce questionnaire était envoyé par courrier avec une enveloppe retour.

Résultats

Taux de réponse : 55 %. Tous les services étaient représentés.

Les questions étaient les suivantes :

- Quels sont les 3 critères principaux (sur une liste de 27) qui permettent d'identifier un enfant douloureux ?
- À partir de quel âge peut-on réaliser une autoévaluation de façon fiable ?
- Dans votre pratique, utilisez-vous des outils d'autoévaluation ? Jamais, parfois, souvent, toujours
- Le cas échéant, quel type d'outil utilisez-vous ?
- « Dans votre pratique, utilisez-vous des outils d'hétéroévaluation ? Jamais, parfois, souvent, toujours
- Le cas échéant, quel type d'outil utilisez-vous ?
- Pourquoi n'utilisez-vous pas les outils d'évaluation ?
- À partir de quel chiffre doit-on débiter un traitement antalgique ?

Les résultats montrent globalement un manque de connaissances sur les méthodes d'évaluation de la douleur et leur intérêt. Les échelles d'hétéro évaluation sont relativement peu connues. Les seuils des scores nécessitant un traitement sont peu connus.

Conclusion - discussion

A l'issue d'une présentation de ces résultats au CLUD, une discussion s'est engagée qui a conclu à une implication médicale sur ce thème, mais avec un défaut de connaissances manifeste...

L'intérêt de la démarche est de cibler le contenu des formations à proposer. En effet les infirmières connaissent mieux les outils d'évaluation que les médecins.

L'autoquestionnaire, plus simple à mettre en œuvre que l'entretien semi-directif, a permis d'effectuer rapidement un état des lieux ; mais les non-réponses ont été nombreuses, ce qui pose un problème d'interprétation.

Ces résultats doivent être diffusés également au CCM afin que ce manque de connaissances soit connu de tous et que se mettent en place des systèmes de formation pour les médecins (ce qui est plus difficile à organiser pour les médecins que les infirmières).

► AUDIT SUR L'EMPLOI DE LA CREME EMLA®

(Dr E Fournier-Charrière, hôpital Bicêtre)

Cette enquête a été effectuée à l'hôpital d'enfants de Bicêtre, qui comprend des services d'urgences, de consultation, de pédiatrie générale, de neuropédiatrie, de chirurgie viscérale, d'hépatologie pédiatrique et de réanimation pédiatrique et de radiologie pédiatrique (150 lits).

Méthodologie générale

Afin de faire le point sur l'utilisation de la crème EMLA® au cours des soins infirmiers dans l'hôpital d'enfants, après réflexion menée avec la direction des soins infirmiers et l'ensemble des cadres infirmiers, il a été décidé

- de commencer par une démarche d'évaluation des connaissances par autoquestionnaire,
- puis de diffuser un protocole sur les règles d'emploi d'EMLA®,
- enfin d'effectuer un audit des pratiques sur 48 h, avec pour principal indicateur de qualité le taux d'utilisation d'EMLA® =

$$\frac{\text{N de ponctions avec EMLA}^{\circledast}}{\text{N total de ponction}}$$

en distinguant les ponctions programmées des non programmées.

Autoquestionnaire

Il comportait 6 questions à choix multiples :

- Utilisez-vous la crème EMLA® systématiquement pour les ponctions veineuses ou artérielles ?
- Quelle est la durée minimum d'application, pour les ponctions veineuses et artérielles ? *Les délais*

d'actions étaient correctement cités pour les ponctions veineuses (1 heure) ; en revanche, pour les ponctions artérielles, les soignants sous-estimaient cette durée (bonne réponse = 2 heures, afin d'anesthésier jusqu'à 5 mm de profondeur)

- Quelle est la dose à appliquer sur un site, selon l'âge ? *Globalement, la dose unitaire était connue*
- Quelle est la dose maximale et le nombre de sites possibles par jour ? *Les réponses ont montré ici une sous-utilisation franche (surtout pour le nouveau-né et le nourrisson, mais aussi chez l'enfant plus grand)*
- Quelles sont les contre-indications ? *Correctement citées*
- Quelles sont les difficultés rencontrées ? *Les deux points les plus cités étaient « veines collabées, disparues », et « problèmes de délai et d'organisation »*

Donc : EMLA® était largement utilisée, mais avec

- une nette méconnaissance du nombre de sites possibles, qui était sous-estimé,
- un problème d'utilisation dans le contexte d' « urgence ».

Protocole

Les différentes indications et contre-indications d'EMLA® (précisant que ce produit a l'AMM dès la naissance), ainsi que les posologies, ont été consignées sur une feuille qui a été largement diffusée.

Audit sur 48 heures

Quelques mois plus tard, une évaluation de l'emploi d'EMLA pour toutes les effractions cutanées chez l'enfant a été réalisée sur 48 heures.

- Une feuille a été distribuée par le cadre de chaque service à chaque infirmière, qui y consignait chaque effraction cutanée réalisée, en précisant le type de geste, le nom d'enfant, l'emploi ou non d'EMLA® (avec la raison

d'une éventuelle non utilisation), la durée d'application, l'efficacité.

- Sur 48 heures, 111 «accès sanguins» ont été enregistrés (qui incluaient ponction veineuse, pose de perfusion, ponction artérielle, ponction de site implantable).

Les résultats de l'analyse de ces 111 gestes montraient :

- l'utilisation d'EMLA® dans 74 % des cas pour les ponctions programmées, dans 42 % pour les ponctions non programmées ;
- pas de différence significative de ce taux d'utilisation selon l'âge ;
- une durée d'application correcte (100 minutes en moyenne) ;
- les raisons pour ne pas utiliser EMLA® : le contexte d'urgence (souvent cité), les difficultés liées au capital veineux ;
- des difficultés d'emploi d'EMLA® au niveau de la consultation externe, du fait du médecin prescripteur ou de celui des parents (dans le cas du prélèvement demandé au cours de la consultation : beaucoup de parents ne veulent pas ou ne peuvent pas attendre le temps supplémentaire requis pour l'emploi d'EMLA®) ;
- un très fort taux d'utilisation d'EMLA® aux urgences (EMLA® est posée dès l'accueil dans un certain nombre de situations bien définies où un prélèvement est prévisible).

Conclusion - discussion

- Cette méthodologie assez simple, légère à mettre en œuvre, paraît facilement exportable ; ce sont les restitutions des données (effectuées service par service) qui ont pris le plus de temps.

L'audit a montré que des progrès étaient encore possibles, notamment dans le cadre des ponctions non programmées, et mis le doigt sur des difficultés organisationnelles spécifiques au secteur de consultation externe (malgré la forte implication des infirmières).

• La pose d'EMLA® avant un prélèvement, avec son corollaire de délai, pose parfois des problèmes diplomatiques lorsque la pose et le prélèvement sont effectués par deux équipes différentes (l'équipe qui prélève ayant l'impression que l'autre se décharge, dans une certaine mesure, de son travail...). Ce genre de problème doit pouvoir se résoudre grâce au dialogue, au cours de réunions organisées par les cadres des deux équipes.

► AUDIT SUR LA PRATIQUE DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR AUX URGENCES PÉDIATRIQUES (Dr E Fournier-Charrière, hôpital Bicêtre)

Cette enquête, réalisée en 2000, a analysé 900 dossiers d'enfants (dont 61 % de moins de 5 ans) le lendemain de leur passage aux urgences de Bicêtre. Ces enfants présentaient, dans plus de 50 % des cas, une maladie suspecte d'être douloureuse.

Les critères étaient :

- y a-t-il eu évaluation de la douleur ?
- le terme « douleur » apparaît-il quelque part, noté par l'infirmière ou par le médecin ?
- l'enfant a-t-il reçu un antalgique ? avec quel délai, a-t-il été évalué ensuite ?
- quels antalgiques a-t-il reçu pour des soins éventuels (sutures, prélèvements...) ?
- quels antalgiques ont-ils été prescrits à la sortie ?

Conclusion

Cet audit prend du temps. Les résultats étaient médiocres, alors que toute l'équipe était sincèrement persuadée de bien prendre en charge la douleur : enfants non évalués ou évalués avec outil inadapté (EVA avant 5 ans...), sous-emploi des moyens antalgiques. Cet audit, très mal vécu par l'équipe, puis la mise en place d'un accueil infirmier systématique (IAO : infirmière d'accueil et d'orientation) et l'implantation d'un dossier informatisé –qui « demande » dans tous les cas le niveau de douleur-, ont entraîné une amélioration radicale.

► **DEUX AUDITS A UN AN D'INTERVALLE EN REANIMATION PEDIATRIQUE POLYVALENTE (Dr E Fournier-Charrière, hôpital Bicêtre)**

Cet audit a été effectué à Bicêtre à la demande du chef de service.

L'objectif était de connaître :

- le % d'enfants dont la douleur était évaluée,
- le % de prévention antalgique lors des soins,
- le % d'enfants ayant une EVA ≤ 30 .

Une cohorte d'une cinquantaine d'enfants a été étudiée, en 2000 puis en 2001.

Les résultats étaient globalement les suivants :

- une feuille d'évaluation était retrouvée au chevet de l'enfant dans 90 % des cas ;
- l'évaluation n'était jamais prescrite en 2000, alors que des « cases douleur » étaient apparues dans les feuilles de surveillance en 2001 ; les échelles – principalement EDIN et OPS – étaient adaptées dans la très grande majorité des cas; l'échelle était remplie au moins une fois dans les 24 heures chez 95 % des enfants ; mais l'analyse des évaluations en fonction des équipes montrait que beaucoup d'enfants n'avaient qu'une évaluation sur 24 heures ;
- lors du 2^e audit, on a vu apparaître une prescription basée sur l'évaluation, qui n'existait pas en 2000 ;
- en 2000, l'infirmière et l'interne n'avaient parlé de la douleur, avant que l'interne ne prescrive, que dans peu de cas ; les internes connaissaient peu les échelles en 2000, mais après un effort de formation dans le service une nette amélioration était notée en 2001 ;
- en 2001, l'EVA attribuée par l'interne, l'infirmière, le chef de clinique (au repos et à la mobilisation), montrait qu'un nombre non négligeable d'enfants restaient douloureux essentiellement à la mobilisation ;
- la comparaison des résultats entre 2000 et 2001 montrait une progression nette de la

prévention de la douleur des soins un an après le premier audit.

Conclusion

Il ne suffit pas que l'évaluation soit faite ; il faut également que le prescripteur en tienne compte. Pour que l'évaluation ne reste pas lettre morte, une bonne collaboration entre les infirmières et les médecins est indispensable.

- il faut que l'interne intègre dans sa prescription les informations données par l'infirmière ;
- il faut également que l'infirmière respecte les prescriptions : dans le domaine de l'antalgie, on a pu observer que les infirmières peuvent ne donner que « si besoin » des prescriptions « systématiques ».

► **CONCLUSION**

Les exemples d'audits donnés ici ont pour but d'aider les équipes à mener leur propre démarche d'évaluation de la qualité dans leurs services. Certains sont simples à réaliser, d'autres plus complexes. Si vous souhaitez que les questionnaires vous soient communiqués, n'hésitez pas à nous contacter.

Contact : E Fournier-Charrière, Unité douleur,
département de pédiatrie, CHU Bicêtre,
94270 le Kremlin Bicêtre
elisabeth.fournier-charriere@bct.ap-hop-paris.fr