

Bonnin-Koang HY, Froger J, Pellas F, Laffont I, Pélissier J.  
 Département de Médecine Physique et de Réadaptation, CHRU de Nîmes  
 Centre médical du Grau Du Roi - huei.yune.bonnin@chu-nimes.fr

## Objectif contexte

L'expression de la douleur est souvent complexe chez les patients victimes de lésion cérébrale en présence de troubles de la communication verbale. La présence de la douleur est récurrente, de pronostic défavorable à la récupération fonctionnelle (1), liée aux complications neuro-orthopédiques (spasticité, rétractions, ostéomes, etc.) et à celles de l'immobilité (escarres). Ce programme a cherché à mesurer la qualité de la prise en charge de la douleur de patients cérébro-lésés avec pour objectif principal d'identifier les outils d'évaluation utilisés. L'amélioration de l'aspect multidisciplinaire de la prise en charge entre les différents acteurs de soin et l'amélioration de la transmission de l'information faisaient partie des objectifs secondaires.

## Programme

Réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le cadre de la certification V2 du CHU de Nîmes (France), dans la référence 41 "Evaluation des risques liés aux soins", dans l'unité de rééducation et de réadaptation neurologique. Le modèle choisi du patient dyscommunicant s'est porté sur l'aphasie. L'évaluation des patients non aphasiques était primordiale pour connaître l'état basal d'une prise en charge conventionnelle par des outils d'auto-évaluation. Une grille de recueil (Tableau 1) a été élaborée par un groupe de travail interdisciplinaire (médecins, cadre de soin, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes et ergothérapeutes).

Tableau 1: Résumé de la grille de recueil

<b>1. Le patient est-il aphasique?</b>	
<b>2. Douleur à l'entrée</b> Recueil de la plainte douloureuse : Par qui ? Quelle échelle? ♦ EVA ♦ Echelle numérique (EN) ♦ Echelle verbale simple (EVS) ♦ Faces Pain Scale (FPS) ♦ Observation comportementale L'absence de plainte douloureuse est-elle notée?	<b>3. Douleur pendant les 4 premières semaines du séjour</b>  Mêmes questions
<b>4. Traitement antalgique à l'entrée</b> <b>Médicamenteux</b> ♦ Antalgiques: Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 ♦ Traitement spécifique de la douleur neurologique centrale <b>Non médicamenteux</b> <b>Douleur liée aux soins</b> oui / non	<b>4Bis. Modification du traitement</b>
	<b>5. Prescription de médication à la demande</b>

### Méthodologie:

Audit clinique ciblé  
Analyse rétrospective  
80 dossiers au total

### Calendrier:

**Audit 1: Novembre 2008**  
Actions correctrices: 7 mois  
**Audit 2: Juin 2009**

### Référentiel principal:

Plan douleur 2006-2010  
Améliorer la prise en charge des populations les plus vulnérables dont les personnes polyhandicapées

## Résultats

Le premier audit réalisé en Novembre 2008 a montré que la douleur était largement sous-évaluée, s'agissant non seulement des patients aphasiques mais également des non aphasiques (Tableau 2). L'évaluation, lorsqu'elle était réalisée, n'était quantifiée par aucune échelle d'auto-évaluation et encore moins complétée par une hétéro-évaluation (Tableau 3). La fréquence de réévaluation de la douleur diminuait au cours du séjour (Tableau 2). Les résultats étaient meilleurs parmi les kinésithérapeutes et ergothérapeutes qui réalisent des bilans systématiques réguliers. Les patients aphasiques ont été moins souvent évalués que les patients non aphasiques, mettant en avant les limites de l'auto-évaluation (2). La douleur liée aux soins est moins bien rapportée en cas d'aphasie (Tableau 4).

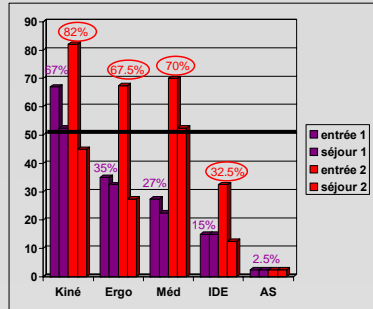


Tableau 2: Retranscription de la douleur

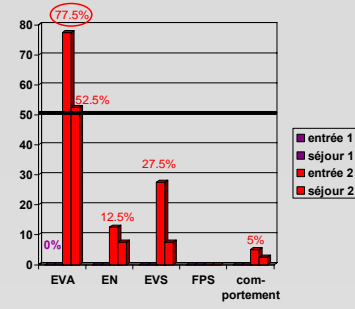


Tableau 3: Retranscription par une échelle quantifiée

Tableau 4: Résultats des audits

	Audit 1 (NOV 2008)	Audit 2 (JUIN 2009)
Dossiers	40	40
Patients aphasiques	45% (n=18)	30% (n=12)
Douleur à l'entrée	62.5% (25/40)	70% (28/40)
<b>Parmi patients aphasiques</b>	<b>72.2% (13/18)</b>	<b>41.7% (5/12)</b>
Douleur pendant le séjour	62.5% (25/40)	55% (22/40)
<b>Parmi patients aphasiques</b>	<b>54.6% (12/18)</b>	<b>33.3% (4/12)</b>
Absence de douleur à l'entrée	Noté dans 4/15	11/12
sejour	2/15	10/12
Douleur liée aux soins	64% (16/25)	50% (22/40)
<b>Parmi patients aphasiques</b>	<b>66.7% (12/18)</b>	<b>33.3% (4/12)</b>
Nombre d'évaluations quantifiées (sur 4 semaines)	0	3 fois
<b>Parmi patients aphasiques</b>	<b>0</b>	<b>2.1 fois</b>
Traitement antalgique à l'entrée	50% (20/40) 80% des patients douloureux	60% (24/40) <b>100% des patients douloureux</b>
Médication à la demande effective?	52% (13/25) 10/13	59% (13/22) 8/13

Sous-évaluation probable en présence d'aphasie

## Actions correctrices

La mise en œuvre d'actions d'amélioration a eu un impact très significatif sur les résultats du deuxième audit réalisé en Juin 2009. Des réunions de sensibilisation à l'ensemble des équipes ont été menées ainsi que des formations internes sur le maniement des échelles, avec distribution exhaustive de réglettes EVA adaptées aux patients (Figure 1). L'évaluation de la douleur à chaque visite médicale est devenue systématique. Les bilans de rééducation ont été corrigés en intégrant des données plus exhaustives sur la douleur (Figure 2), et la réalisation de macro-cibles par les infirmiers et également par les aides-soignants est devenue obligatoire. Ainsi, l'évaluation quantifiée de la douleur dès l'admission par chaque acteur de soin était plus exhaustive. L'absence de douleur était également mieux rapportée (11 fois sur 12) (Tableau 4). La couverture antalgique était optimale (Tableau 4). La médication à la demande n'était pas systématique, mais était effective dans plus de la moitié des cas. Parmi les aphasiques, la médication à la demande était possible et adaptée dans 3 cas sur 4 (Tableau 4).

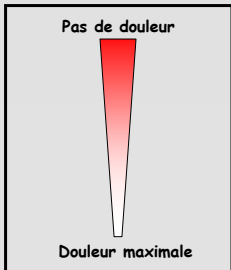


Figure 1: Echelle visuelle analogique en version verticale colorée

Figure 2: Amélioration des bilans d'évaluation en kinésithérapie et en ergothérapie

## Discussion

La prédominance des douleurs liées aux soins implique une participation transversale des soignants à l'évaluation de la douleur, constante et régulière, d'autant plus attentive que le patient est dyscommunicant. Les méthodes d'auto-évaluation de la douleur sont insuffisamment employées, elles doivent être systématiquement proposées même en cas d'aphasie peu sévère. En cas d'échec, notamment par troubles de la communication verbale, l'hétéro-évaluation complètera l'auto-évaluation, impliquant la réalisation de travaux de recherche spécifiques au patient cérébro-lésé.

## Conclusion

Seule l'utilisation d'outils communs d'évaluation permet d'améliorer les pratiques dans la prise en charge de la douleur. La transmission écrite des informations en constitue un élément-clé.

## Références:

- Benaim, C., J. Froger, et al. (2007). "Use of the Faces Pain Scale by left and right hemispheric stroke patients." Pain 128(1-2): 52-8.
- Price, C. I. and A. D. Pandyan (2000). "Electrical stimulation for preventing and treating post-stroke shoulder pain." Cochrane Database Syst Rev(4): CD001698.