

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR D'ÉPAULE DU PATIENT HÉMIPLÉGIQUE DANS UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Thiebaut Myriam, Remy-Neris Olivier, Kermarrec Solange. CHU, Brest, France

VERSION FRANCAISE :

La prise en charge de la douleur est un enjeu de santé publique, elle s'inscrit dans le projet institutionnel de soins du Centre Hospitalo- Universitaire (CHU) de Brest. La douleur d'épaule affecte selon les études 15 à 70% des hémiplegiques après accident vasculaire cérébral admis dans les services de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Elle a alors un impact négatif sur le programme de MPR du patient et sur les résultats fonctionnels du membre supérieur. En l'absence de consensus thérapeutique, la prévention prime sur la prise en charge.

Les hémiplegiques représentent 70% du recrutement du service de MPR neurologique du CHU. Une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a été menée (selon la méthode de résolution de problèmes) en 2006 avec un objectif d'analyser d'améliorer l'incidence et la prise en charge des douleurs d'épaule. Les dysfonctionnements dans l'ensemble des étapes de la prise en charge ont été constatés (prévention, information, diagnostic, traitement.) et ont conduit à définir diverses actions d'amélioration :

- actions de prévention : formation du personnel (programme de formation dispensé en 2007), éducation du patient et de ses proches (formation pratique sur les mobilisations, l'installation, les transferts, rédaction d'une plaquette d'éducation), achat des équipements nécessaires après recensement, formation des équipes soignantes des services d'amont (programme de formation dispensé en 2007 et début 2008) et information des intervenants extérieurs (diffusion de la plaquette d'éducation)
- actions d'évaluation : dépistage systématique de cette douleur et des facteurs de risque à l'admission des patients (macrocible- entrée), évaluation régulière en groupe de synthèse
- actions de traçabilité des traitements : suivi des actions thérapeutiques dans un dossier de soin informatisé en réseau
- action de coordination des soins : rédaction d'un protocole 'prévention et prise en charge d'une douleur d'épaule du patient hémiplegique'

Des indicateurs de suivi ont été définis :

- évaluation des dossiers de soins (renseignement de la macrocible entrée, ouverture du dossier informatisé dès le diagnostic posé, ouverture d'une cible dans les transmissions ciblées)
 - évaluation des connaissances du personnel (niveau de connaissance avant/après formation)
 - évolution du nombre de patients hémiplegiques souffrant de douleurs d'épaule avant, pendant, 1 an et 3 ans après l'EPP. Avec un nombre d'hémiplegique relativement stable sur 4 ans (entre 93 et 101 par an), l'analyse des résultats montre :
 - en 2005 et 2006 (avant et pendant la démarche), respectivement 13% et 14% des patients ont présenté une douleur d'épaule, dont 66 et 57% étaient acquises dans le service.
 - En 2007 une réduction de 57% du nombre de douleurs d'épaule a été observée (soit 8% du nombre total de patients hémiplegiques hospitalisés) dont 26% étaient acquises durant leur séjour.
 - En 2009, 14% de patients présentaient une douleur d'épaule dont 50% acquises dans le service.
- Initialement, au delà d'une amélioration des connaissances portant notamment sur l'importance de la prévention, de la coordination des soins et d'une formalisation des pratiques de soins (protocole), cette démarche d'amélioration de la qualité a permis de réduire de façon significative le nombre de patients souffrant de l'épaule durant leur séjour dans le service de MPR. Le dépistage précoce, renseigné de manière exhaustive permet, outre une prise en charge immédiate du patient en cas de diagnostic positif, de dépister les patients à risque de développer une telle douleur et de mettre en oeuvre de manière ciblée et rigoureuse les moyens de prévention nécessaires.

Cette EPP, fortement orientée vers la prévention par l'éducation des équipes de soins, des patients et leur entourage et par la formalisation des pratiques dans un protocole a donc eu un impact initial positif. Les actions de formation, le dépistage à l'admission et le suivi du protocole, ont été maintenus. Les résultats à 3 ans sont décevants. 40% des équipes de soins et de rééducation ont

été renouvelées, en 2008 et 2009. La formation a été ciblée sur le personnel nouveau et aucune action n'a été menée avec l'ensemble de l'équipe après la phase initiale. Ces résultats semblent montrer que l'action d'éducation et la formalisation des prises en charge de prévention nécessitent le maintien d'une politique éducative active auprès d'un personnel hospitalier qui évolue et qui est en permanence sollicité sur des actions multiples.

ENGLISH VERSION:

MANAGEMENT OF SHOULDER PAIN IN HEMIPLEGIC PATIENTS IN A MULTIDISCIPLINARY TEAM

The management of pain is a public health issue. It's a part of the institutional project of care of the University Hospital of Brest. Shoulder pain affects 15 to 70% of hemiplegic patients after stroke admitted to Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) units. It has a negative impact on the PRM programs and on the functional results after upper limb rehabilitation. In the absence of consensus treatment, prevention outweighs support. Hemiplegic stroke patients represent 70% of recruitment of the PRM neurological unit. A program of quality enhancement of clinical practice was conducted (using the resolution of problems) in 2006. The objective was the assessment of the incidence and the improvement of the management of shoulder pain. Malfunctions in all stages of care have been identified (prevention, information, diagnosis, treatment.) and led to define different actions for improvement: < Preventive measures: staff training (the training program was held in 2007), education of patients and their relatives (practical training of upper limb mobilisation, positioning, transfers, writing of a booklet of education), purchasing equipment after identification, training healthcare teams upstream services (training provided in 2007 and early 2008) and information of external speakers (disseminate the brochure of education) < Assessment or risk factors: screening of the pain and risk factors at enrolment (target entry sheet for nurses), regular assessment group summary < Traceability or the treatment: monitoring therapeutic actions in a computerised medical record network < Coordination of care: development of a protocol 'prevention and management of shoulder pain of hemiplegic patients' Monitoring indicators have been defined:

- Care records (entry sheet for nurses, opening the specific computer file after diagnosis, initiation of a target in targeted transmission of care)
- Assessment of staff knowledge (knowledge level before and after training)
- Changing the number of patients suffering from hemiplegic shoulder pain before, during, 1 and 3 years after the program. With a number of hemiplegic relatively stable over 4 years (between 93 and 101 per year), results show:
- In 2005 and 2006 (before and during the process), respectively 13% and 14% of patients had shoulder pain, 66 and 57% were acquired during their stay.
- In 2007 a 57% reduction in the number of shoulder pain was observed (ie 8% of the total number of hemiplegic patients hospitalised in the unit) of which 26% were acquired during their stay.
- In 2009, 14% of patients had shoulder pain and 50% were acquired during their stay.

Initially, apart from improved knowledge in particular on the importance of prevention, care coordination and formalisation of practice, this program of quality improvement has significantly reduced the number of patients suffering from shoulder pain during their stay in the PRM unit. Early detection, recorded comprehensively, enables besides an immediate management of the patient in case of positive diagnosis, detects patients at risk of developing such a pain and helps to implement a focused and rigorous preventing program.

The quality improvement program was strongly oriented towards prevention through education of health care teams, patients and their relatives. Formalisation of a protocol of practice has had a positive initial impact. Training of the new care givers, screening at the admission, and monitoring protocol, were maintained. Results at 3 years are disappointing. 40% of the team of carers were renewed in 2008 and 2009. The training was focused on new staff and no action has been conducted with the entire team after the initial phase. These results suggest that education and formalisation of supporting programs requires maintain an active educational policy for the staff that evolves and is continuously sought on multiple actions.

