



Catherine FULLANA, Nathalie REBMANN, Infirmières
Service d'Hémodialyse – CALYDIAL - VIENNE

Évaluation de la douleur quotidienne en hémodialyse

Nous rappelons la loi : la lutte contre la douleur est un droit fondamental de la personne, inscrit dans la loi du 4 mars 2002.

Le soulagement de la douleur est un objectif à atteindre (loi relative à la santé publique du 9 août 2004).

Dans la prise en charge globale du patient hémodialysé, il est indispensable de prendre en charge sa douleur.

Afin d'y parvenir il est nécessaire que l'équipe médicale et paramédicale soit formée et sensibilisée à soulager.

Il faut aussi une équipe motivée pour évaluer, soulager, réévaluer et tracer tout ce qui concerne la douleur d'un patient.

L'utilisation d'antalgique n'est pas toujours facile en dialyse. Certains médicaments, étant éliminés par les reins, peuvent provoquer des surdosages voire des intoxications. Autant les éviter.

La qualité de vie des patients ne peut que s'améliorer si leur douleur est soulagée.

La nécessité d'évaluer la douleur fait partie intégrante de l'acte infirmier (décret infirmier n°2004-802 du 29 juillet 2004).

Méthode

Nous avons entrepris d'évaluer systématiquement la douleur du patient hémodialysé dès son arrivée puis en cours de séance.

Nous avons choisis l'échelle numérique (0 à 10) qui ne nécessite aucun matériel (pas de contamination manu portée et toujours à notre disposition) et permet de comparer d'une séance sur l'autre et d'une infirmière à l'autre l'évolution du patient douloureux.

A chaque signalement de douleur un traitement médicamenteux, (selon des protocoles établis par les médecins) ou non médicamenteux : changement de posture, massage (à l'alcool, aux huiles ou au Rescue) fleurs de Bach, écoute active, coussin thermogel, kinésithérapie peuvent être proposés en fonction de la douleur et du patient.

Bien sûr il s'en suivra une trace dans le résumé de séance et une transmission ciblée. On n'oubliera pas de réévaluer la douleur du patient avant son départ.

Evaluations de la prise en charge de la douleur

Elles ont été réalisées tous les 6 mois depuis juin 2009. Nous avons croisé le résumé de séance où un D comme « douleur » suivi du chiffre de l'échelle numérique correspondant à la douleur du patient, est noté avec les transmissions ciblées retrouvées pour ce même patient.

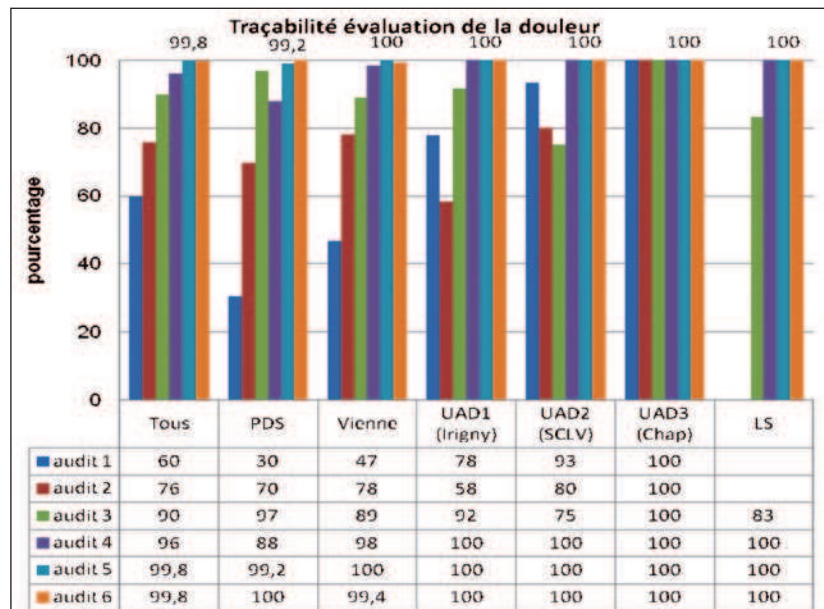
40 patients de centre, UDM ou autodialyse ont été tirés au hasard. Les patients à domicile, en hémodialyse ou en dialyse péritonéale ne peuvent pas être évalués de la même façon et cela reste un souci pour le CLUD.

Un audit a été réalisé tous les 6 mois, en juin 2009, janvier 2010, et juin 2010, pour ces 40 patients soit 120 ou 129 séances.

A partir de décembre 2010, nous avons préféré, pour une meilleure représentativité prendre les séances de 40 patients sur le dernier mois du semestre soit 480 séances.

Graphique traçabilité évaluation de la douleur

Sur ce graphique où sont représentées toutes les unités de Caly dial, on peut s'arrêter sur la première colonne qui résume l'ensemble.



Au premier audit, on ne trouvait que 60% des douleurs évaluées et tracées en transmissions ciblées.

6 Mois plus tard on était à 75% et actuellement on arrive à 99,8%. Pour ainsi dire, la totalité des douleurs évaluées. Un gros effort de motivation est à noter de la part des infirmières pour arriver à ce résultat.

L'évaluation nous a permis de constater qu'environ 95% sont des D zéro (454 sur 480 séances) et donc que la douleur ne concernait que peu de patients.

Commentaires

On a constaté une forte adhésion des infirmiers et une amélioration des résultats depuis 2009.

On a pu faire évoluer le logiciel de traçage pour faciliter les transmissions ciblées.

Nous savons que les établissements de dialyse ne sont pas soumis au recueil obligatoire de l'évaluation de la douleur (comme défini par l'HAS pour les établissements médico-chirurgico-obstétricaux), vu que les patients ont une date d'entrée identique à la date de sortie.

Cependant, la certification V 2010 demande de façon prioritaire à ce que soient évaluées la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients.

L'évaluation que nous avons faite répond bien aux exigences de la certification.

Si on regarde les critères de l'HAS et qu'on les applique à la dialyse, il faut que la traçabilité soit complète : du signalement de la douleur ou de l'absence de douleur jusqu'à la réévaluation de celle-ci.

Traçabilité douleur selon l'HAS

Sur ce tableau on peut voir notre évolution sur le suivi entre juin 2009 où il manquait la moitié des évaluations douleur. 65 séances retrouvées avec D sur 129.

6 mois plus tard, 82 étaient retrouvées sur 120 soit 68,3%.

88,3% en juin 2010 de transmissions ciblées complètes pour arriver en décembre dernier à 97,5%; Il nous reste encore des efforts à fournir.

Pour améliorer la prise en charge de la douleur, cela a nécessité de se former. En priorité, les médecins (si besoin en

demandant l'aide des équipes mobiles de la douleur), puis le personnel soignant.

Il a fallu des audits pour évaluer notre pratique et améliorer nos faiblesses.

Nous nous sommes enrichis des expériences de chacun, membres du CLUD ou non.

De plus, en mai 2011, les CLUD de 4 associations de Rhône-Alpes (AGDUC, ARTIC42, AURAL, CALYDIAL), partageant déjà le même outil informatique, se sont rencontrés.

Ensemble, dans un désir de soulager nos patients, nous avons exprimé nos difficultés avec le logiciel, échangé sur nos pratiques (petites recettes pour soulager les crampes, à n'utiliser que si la pommade Emla n'est pas bien supportée...).

Conclusion

La prise en charge de la douleur est une nécessité pour les patients hémodyalisés.

La réalisation quotidienne de cette évaluation est possible.

La prise en charge médicamenteuse ou non ne concerne qu'un petit nombre de patients.

Vérifier l'efficacité de nos soins est impératif.

Le rôle de l'infirmière est primordial dans le dépistage, la prise en charge et la traçabilité de la douleur.

Grâce aux médecins des traitements personnalisés peuvent être mis en place.

Le partage des expériences ne peut être qu'un enrichissement.

Ainsi, les patients sont mieux soulagés et la traçabilité de cette prise en charge répond à la certification. La qualité de vie du patient ainsi que celle de l'équipe en est améliorée.

Traçabilité de la douleur selon l'HAS						
	juin-09	janv-10	juin-10	déc-10	juin-11	déc-11
	audit 1	audit 2	audit 3	audit 4	audit 5	audit 6
Nombre de séance	129	120	120	480	480	480
Nombre D0 (patient identifié comme non algique)	61	79	104	418	461	454
Nombre D>=D1 avec suivi (réévaluation) soit transmission ciblée quand D>=D1	4	3	2	20	7	14
Total (nombre)	65	82	106	438	468	468
Total (pourcentage)	50,4	68,3	88,3	91,3	97,5	97,5
Cotation HAS (PEP)	C	C	B	A	A	A
Echelle HAS	A	B	C	D		
	≥90	≥80	≥45	<45		