La douleur des uns, la souffrance des autres

Dr Barbara Plehiers
Médecin responsable des Soins palliatifs

Hôpital Ambrois Paré, Mons
Barbara.plehiers@hap.be

A propos des douleurs induites

- hension de la douleur.
- vention entreprises
- es. »

Les douleurs induites, Institut UPSA de la Douleur, 2005

Douleurs induites: importance du problème

Première étude La pitié Slpétrière Paris 2002:

998 patients hospitaliés

55 % déclarent avoir été douloureux durant les 24 dernières heures

Douleurs induites: importance du problème

Première étude La pitié Slpétrière Paris 2002:

Parmi les patients douloureux les 24 dernières heures

64% pour l'une des causes suivantes

45% soins quotidiens

30% examens au lit

26% transports

28% examens hors service

Douleurs induites: importance du problème

ELSEVIER

ScienceDirect

European Journal of Pain 12 (2008) 3–8

www.EuropeanJournalPain.com

Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study

Anne Coutaux [a,*], Laurence Salomon [b], Michel Rosenheim [b], Anne-Sophie Baccard [c], Catherine Quiertant [c,d], Emmanuelle Papy [b], Thierry Blanchon [b], Elisabeth Collin [a], François Cesselin [e], Michèle Binhas [d,f], Pierre Bourgeois [g],
The Pain Committee, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France

[a] *Unit of Pain Assessment and Treatment, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, Paris 75005, France*
[b] *Public Health Department, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, Paris 75005, France*
[c] *Pharmacy Department, Hôpital H. Mondor, (AP-HP), Université Paris XII, Créteil, France*
[d] *Pain Committee, Hôpital H. Mondor, AP-HP, Créteil, France*
[e] *Biochemistry Department, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, (AP-HP), Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, Paris 75005, France*
[f] *Department of Anesthesiology and Intensive Care Treatment, Hôpital H. Mondor (AP-HP), Université Paris XII, AP-HP, Créteil, France*
[g] *Rheumatology Department, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, (AP-HP), Université Pierre et Marie Curie – Paris VI, Paris 75005, France*

Received 10 May 2006; received in revised form 21 March 2007; accepted 13 May 2007
Available online 2 July 2007

Douleurs induites: importance du problème.

Table 1
Sociodemographic characteristics of the patients and reports of pain

Total number of patients		684
Age: (years)	Median	58 y
	1st–3rd quartiles	46–71 y
Sex ratio (male/female)		0.9
Length of admission (days)	Median	6
	1st–3rd quartiles	3–14

Table 2
Characteristics of the procedures causing pain

Number of patients reporting procedure-related pain	378/684 (55%)
Number of painful procedures reported	671
Number of painful procedures per patient	1.8
Painful procedure performed by (660 responses)	
Nonmedical staff	346 (52%)
Medical staff	195 (30%)
Other situations (waiting period, transportation, etc.)	96 (14%)
Unidentified staff	23 (4%)
Painful procedure held in: (628 responses)	
Medical department of hospitalization	431 (69%)
Other medical department	197 (31%)

Douleurs induites: importance du problème.

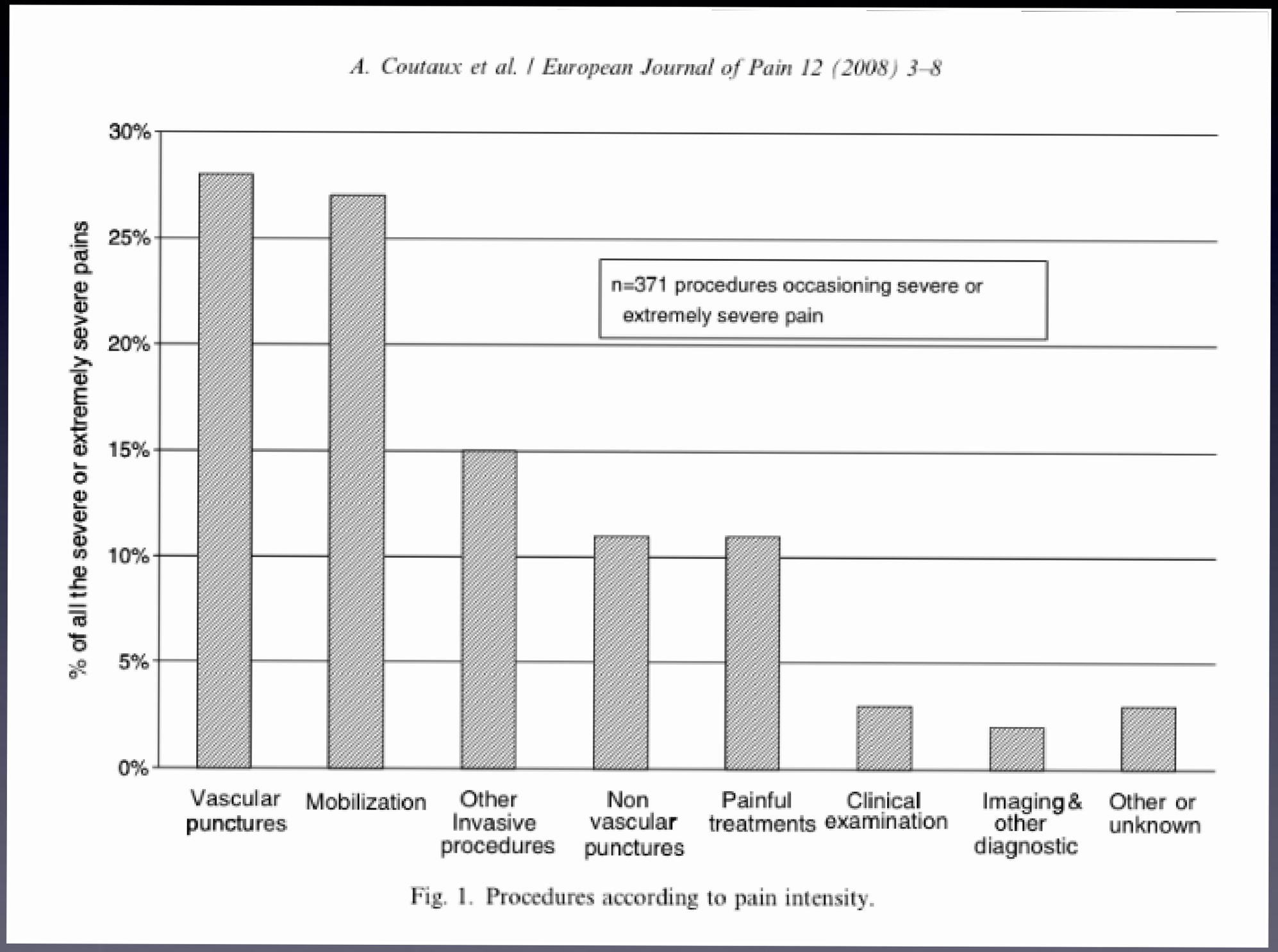
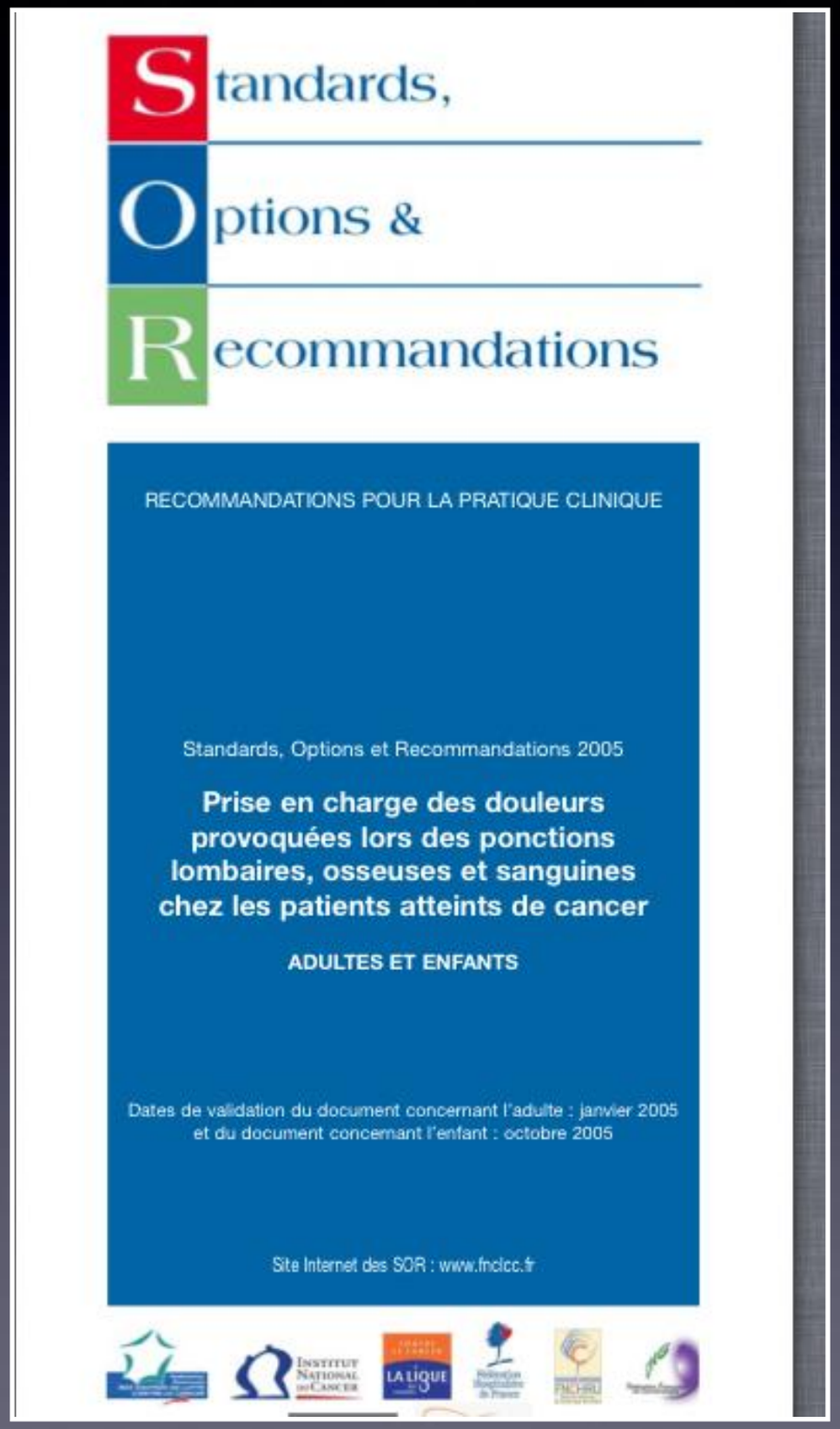


Fig. 1. Procedures according to pain intensity.

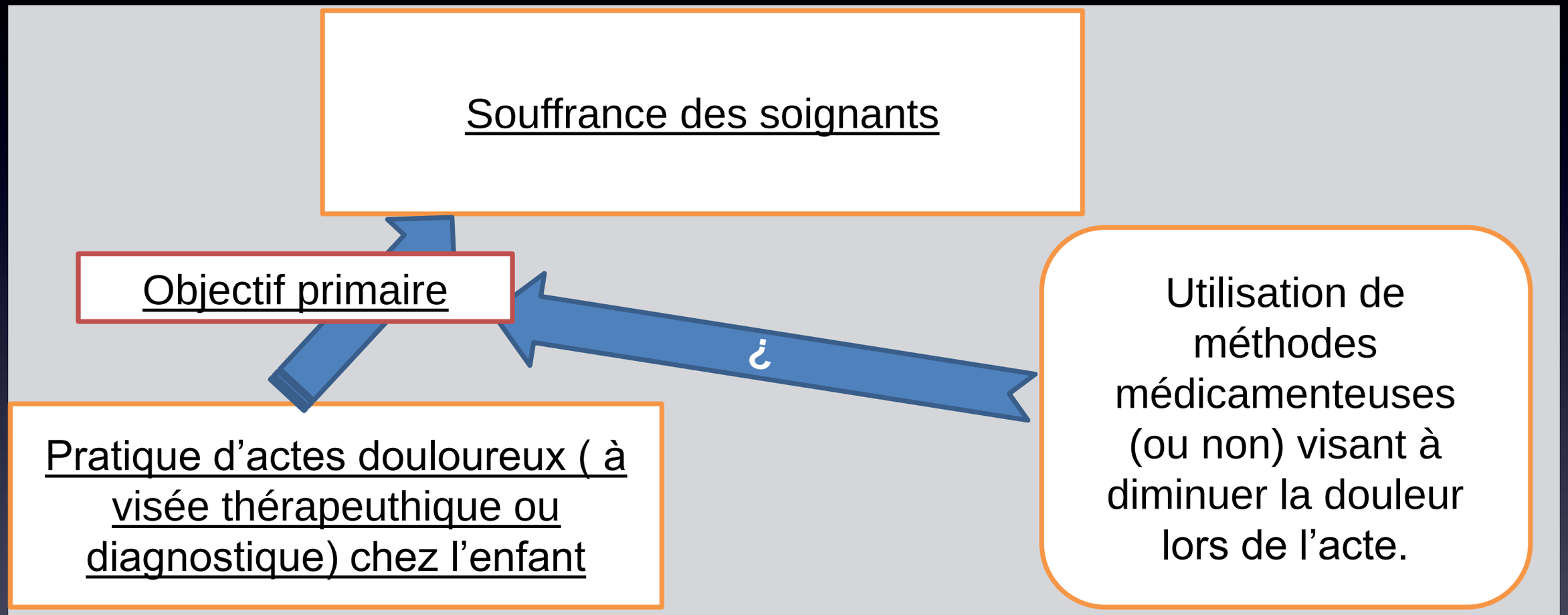
Douleurs induites: recommandations



Etude prospective observationnelle ayant pour but d'évaluer l'impact de la réalisation d'actes douloureux (à visée thérapeutique ou diagnostique) chez l'enfant sur la souffrance des soignants, avec et sans protocole antalgique.

Dr Plehiers Barbara
CHU Ambroise Paré
Mons
Belgique

questions



Objectifs secondaires:

- identifier la nécessité de modifier nos pratiques lors des actes douloureux
- mise en place d'un groupe de travail pour réaliser une EPP
- mise en place de protocoles antalgiques pour accompagnant les actes douloureux.

Méthode

Du 5 avril 2012 au 16 avril 2012

Soignants:
Hospit pédia
Consult pédia
Urgences
Prélèvements

+

Actes:
Kt (art/veine)
Pds (art/veine
Sonde urinaire

+

Patient entre 6 et 15 ans.

Questionnaire en 2 parties (1e: j0, 2e: J7)

Analyse purement descriptive
Respect loi 7 mai 2004
Accord institutionnel
Consentement et information des participants.
Respecte anonymat
Passages dans les services quotidien (motivation, réponses aux questions)

Résultats (1)

Généralités:

- **Réponses: N= ?**
  - 24 (partie 1),
  - 6/24 (partie 2)
- **Actes :**
  - **Actes:**
    - Ps (veineux): 87%,
    - KT (veineux): 13%
    - Sonde urinaire: aucune
  - **Nombre d'actes réalisés:**
    - 33%: >15 actes,
    - 38%: <5 actes
  - **Lieux:**
    - Consultation: 58,3%,
    - hospit: 33,3%,
    - prélèvements: 8,3%,
    - urgences: 0%
- **Soignants**
  - **Niveau d'étude:**
    - 46% IDE,
    - 12,5% pédiatre
  - **Expérience:**
    - 17% entre o et 5 ans,
    - 83% plus de 10 ans
  - **Formation spécifique à la douleur:**
    - 20% formés à la douleur, principalement dans le groupe des plus de 10 ans d'expérience

Résultats (2)

- Pratique habituelle:
  - **Protocole:**
    - 70% déclarent son existence
    - 30% disent l'appliquer.
  - **Utilisation d'une méthode à visée antalgique:**
    - 46% en utilisent toujours
    - 4% jamais.
- L'acte technique actuel: (87% réussis du premier coup)
  - **EVA:**
    - 3 enfants non évalués,
    - 33% EVA>ou=5
    - 54% de corrélation EVA enfant/EVA soignant
  - **Ressenti du soignant:**
    - inconfort perçu pour 54% des actes
    - anxiété répartie entre faible et moyenne pour 33% des actes
    - pas de sentiment d'impuissance.
  - **Méthodes antalgiques**:
    - protocole 50
    - distraction 50%,
    - MEOPA 17%,
    - EMLA 37,5%, hypnose 0%
  - **Résultats ressenti**:
    - antalgie totale pour 50%
    - rares propositions de modification de la méthode
    - pas de projet de changement de manière de procéder.
- Après 1 semaine
    - 1/6 a repensé à l'acte, tous sont sereins, aucune souffrance exprimée.

Conclusions à ce travail:

- Pas de réponse à notre question initiale:
  - Est-ce-que pratiquer un acte douloureux chez l'enfant induit une souffrance chez le soignant?
- **Mais une hypothèse:**
  - **Les soignants interrogés ne sont-ils pas en burn out? (Dépersonnalisation)**
- Pistes pour compléter ce travail:
  - Envisager une EPP couplée à un dépistage du burn out chez les soignants.

- NB: en 2014, des audits douleur se feront dans les hôpitaux belges: peut-être une opportunité pour instaurer des protocoles antalgiques?

Stress spécifique au secteur médico-social
souffrance, douleur, mort des patients

Stress pofessionnel:

souffrance

Burn out

La souffrance des soignants

L'étude de S. Fanello "souffrance psychique en lien avec le travail: enquête auprès du personnel soignant d'un hôpital universitaire" a mis en évidence que 30,2% des soignants interrogés présentaient une souffrance psychique

Chez les médecins généralistes belges le taux de burn out est évalué à 45% et 43 % des médecins de famille européens. (ref: le burn out du médecin généraliste: hypothèses étiologiques H.Dagrada et al. Rev med brux 2011).

Le burn out

Le « burn out » est défini comme une complication du stress professionnel.

La définition du burn out de Maslach et Jackson clarifie trois symptômes cardinaux susceptibles d'affecter les soignants:

1/ épuisement émotionnel marqué par un manque de motivation et d'entrain au travail, et une sensation que tout est difficile, voire insurmontable.

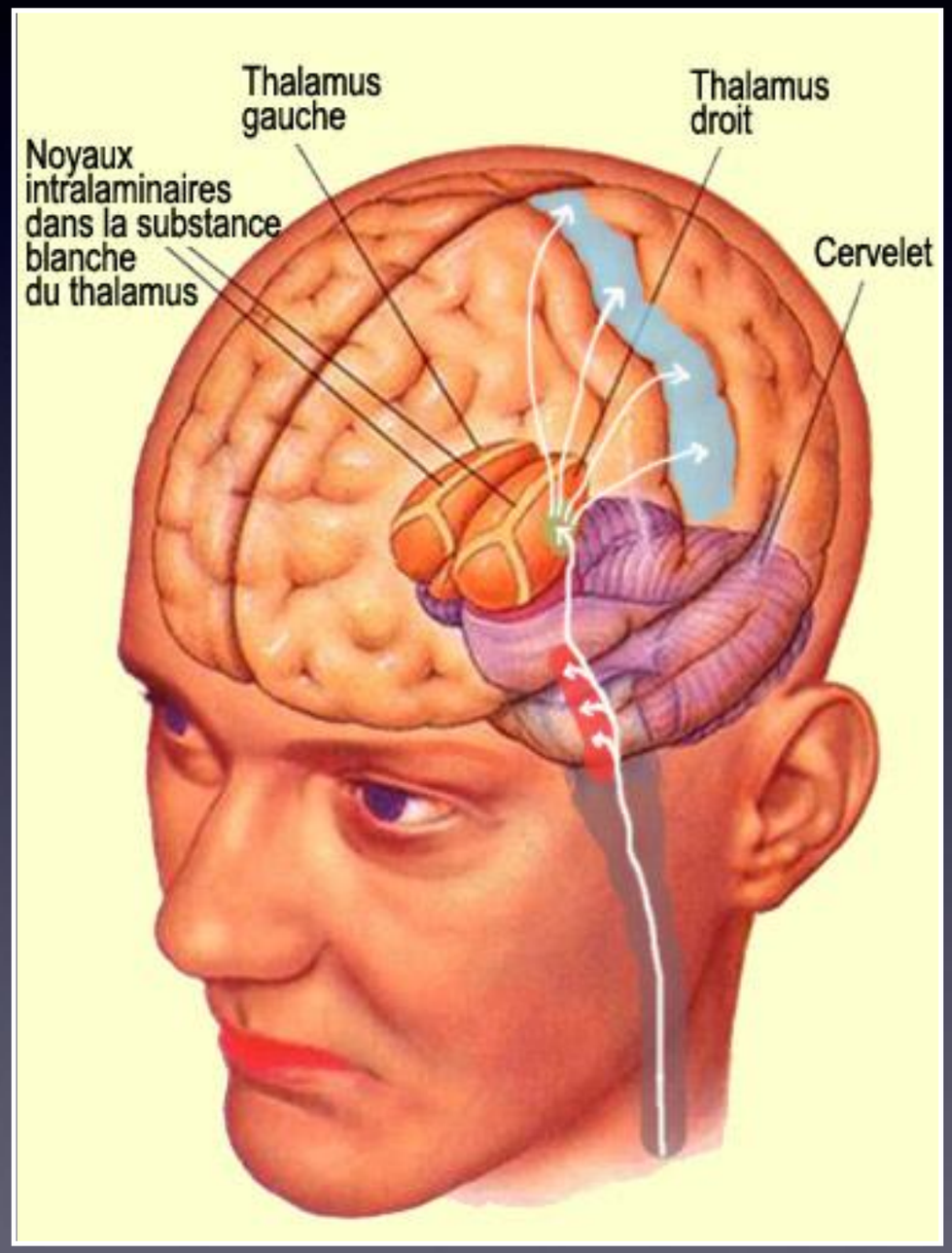
2/ tendance à dépersonnaliser ses patients (ou clients pour les psychologues) qui sont vus de manière impersonnelle, négative, détachée, voire cynique.

3/réduction de l'accomplissement personnel: le soignant s'évalue négativement, se trouve incompétent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel et supportant donc moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter son épuisement

ref: Maslach C, Jackson SE: the measurement of experienced burn out. J occupational behav1981; 2:99-113).

Quand on a mal

Généralités
La transmission du message douloureux



Généralités
La transmission du message douloureux

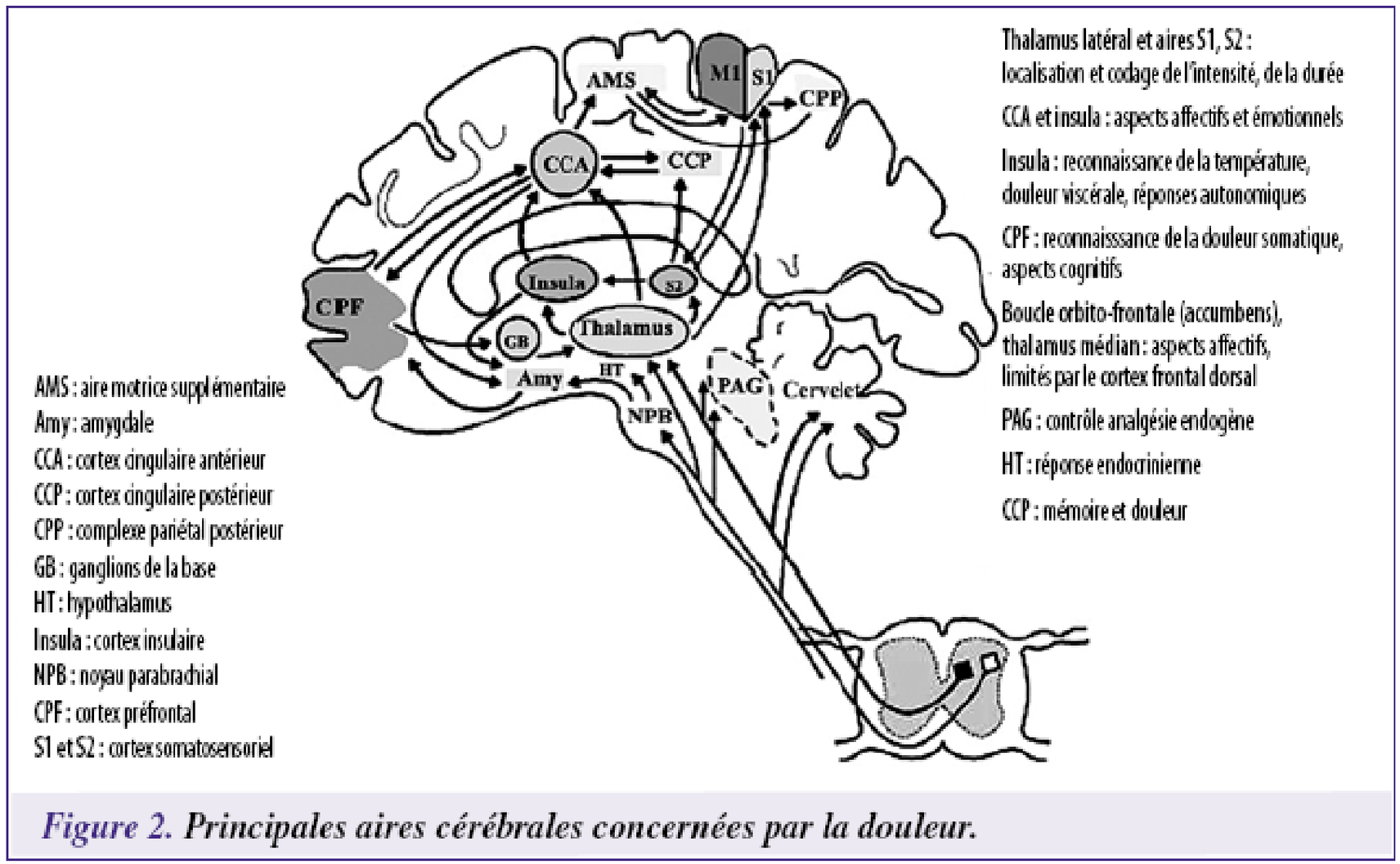


Figure 2. Principales aires cérébrales concernées par la douleur.

L'imagerie médicale

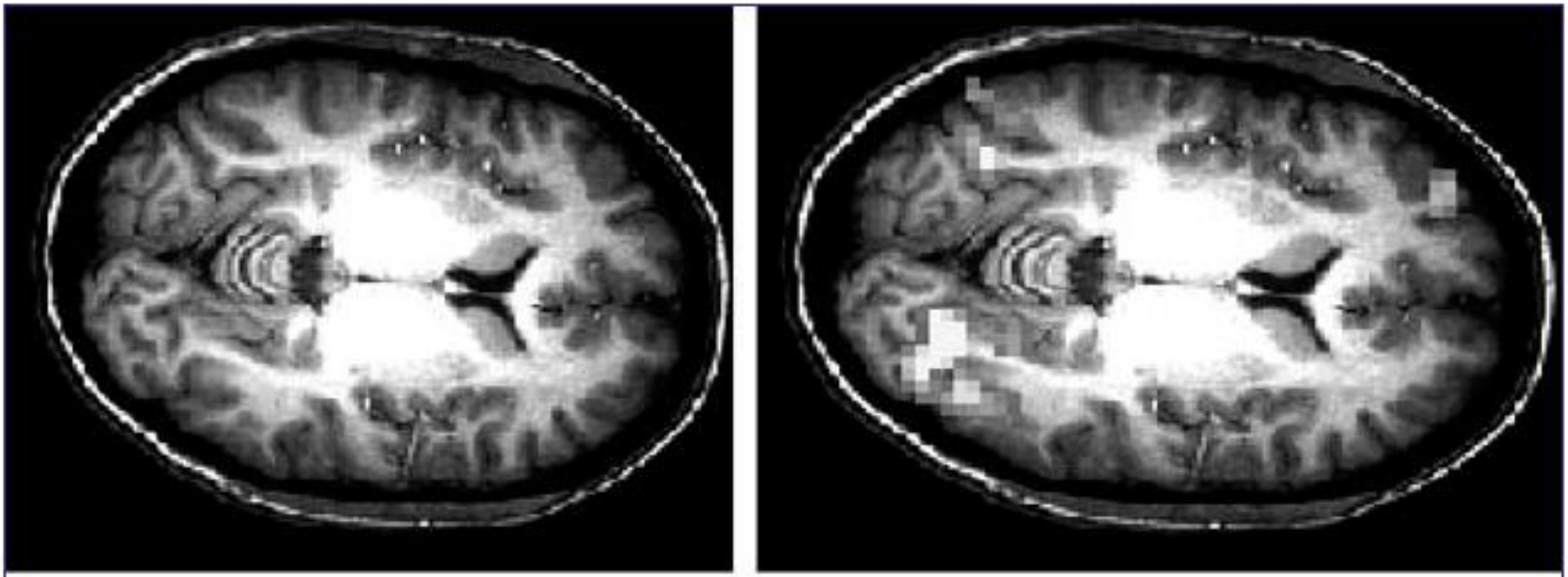
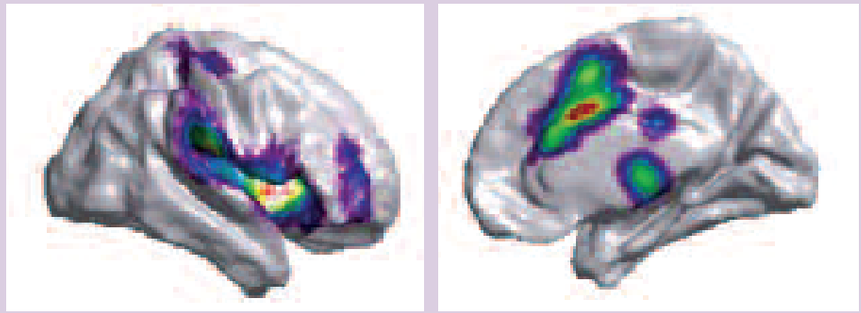


Figure 1. IRM classique (à gauche) et "surimpression" des zones à activité modifiée (à droite).

Figure 2 : Résultats d'une méta-analyse quantitative des activations cérébrales évoquées par la douleur[16]



Les couleurs indiquent les régions qui présentent les plus hautes probabilités d'observer une activation dans des études de douleur aiguë chez des participants en santé. L'image de gauche montre des foyers maximum dans l'insula et sur la face latérale de l'hémisphère droit (cortex préfrontal et région sensori-motrice centrale). L'image de droite montre des pics de probabilité dans le thalamus et dans le cortex cingulé (maximum en rouge dans le CCA) ainsi que dans les cortex adjacents qui incluent l'aire motrice supplémentaire. Études compilées jusqu'en 2008 avec la méthode « coordinate-based activation likelihood estimation »;
voir http://brainmap.org/ale/

Duerden et al. (IASP 2008)

La douleur des autres

Expériences :

1/ Chez le singe dans les annèes 90: existence de zones qui réagissent autant à l'EXECUTION d' un mouvement qu'à l'OBSERVATION du mouvement par un autre
2/ chez l'homme: individu 1 exprime le dégout par une mimique, individu 2 observe la mimique de l'autre et active les mêmes zones cérébrales.

La douleur des autres

Expériences (suite):

3/ 15 volontaires sains observent des actions neutres (fermeture d'une porte), et des actions avec images de douleur(doigts coincés dans une porte), pour les images avec vision de douleur, à IRM, activation des zones de la douleur dans le cerveau (zones reliées à la composante émotionnelle de la douleur)
4/ 12 personnes ont visionné des images de mimiques douloureuses et ont eu des stimulations douloureuses, l'imagerie a montré trois zones principalement activées dans les deux cas

La douleur des autres

- On a mal pour les autres mais il existe un système modulateur qui nous différencie de l'autre (ex: couteau dans la main et réflexe de retrait)
- Le système modulateur tient compte de notre affectivité pour le douloureux observé (ex: image de douleur chez sujet + ou - sympathique

Le burn out

Goldenberg E. dans " aider les soignants en souffrance" Jalmalv 1989, exprime: plus le soignant est physiquement proche du malade, moins il se sent décisionnaire et plus il exprime sa souffrance.

Réflexions

- Face à la douleur des patients, le soignant peut être en souffrance
- Le burn out des soignants pourrait entrainer une distance par rapport au patient et une moins bonne évaluation des symptômes
- Bien gérer la douleur des patients pourrait diminuer la souffrance des soignants
- Bien gérer la souffrance des soignants pourrait diminuer la douleur des patients