



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2024

N°

**LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS
ETAT DES LIEUX AUPRES DES PATIENTS AU CENTRE GEORGE FRANCOIS-LECLERC DE DIJON**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 2 Mai 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par HERNANDEZ Niels

Né le 3 Avril 1995

À Bron (69)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2024

N°

**LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS
ETAT DES LIEUX AUPRES DES PATIENTS AU CENTRE GEORGE FRANCOIS-LECLERC DE DIJON**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 2 Mai 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par HERNANDEZ Niels

Né le 3 Avril 1995

À Bron (69)

Année Universitaire 2023-2024
au 1^{er} **Septembre 2023**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
(Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)			
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	DUMAS	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction-gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologue
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
M.	Jean-David	FUMET	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Maxime	NGUYEN	Anesthésie-réanimation
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX-WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Pr. COUTANT Charles

Membres : Pr. LADOIRE Sylvain
Dr. PIOT Adrien (directeur de thèse)
Dr. RAPENNE Thierry
Dr. MARTIN Nils

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A mon *directeur de thèse*, Dr. Piot Adrien, pour avoir accepté de m'encadrer pour ce travail et tes encouragements tout au long de celui-ci.

Aux *membres du jury*, Pr. Coutant Charles, Pr. Ladoire Sylvain, Dr. Rapenne Thierry et Dr. Martin Nils, pour avoir accepté de faire partie de ce projet, de le juger et vos conseils précieux.

A l'ensemble de *l'équipe du CGFL* pour m'avoir accueilli avec bienveillance.

A mes *amis*, pour tous les bons moments partagés.

A ma *famille*, merci d'être là pour moi.

A ma *maman*, merci d'être présente et de m'inspirer depuis toujours.

A *Amandine*, merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces années et encore aujourd'hui.

A *Léo*, merci de m'apporter joie et bonheur depuis ta venue au monde.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES	11
LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION	13
METHODES	15
1. Caractéristiques de l'étude.....	15
2. Questionnaire	16
RESULTATS ET ANALYSE	17
1. Caractéristiques de la population	17
1.1 Selon le sexe	17
1.2 Selon l'âge.....	17
1.3 Selon le type de cancer et son évolution	18
1.4 Selon le secteur d'hospitalisation	19
1.5 Traitements antalgiques préexistants pendant le soin	20
2. Résultats du questionnaire.....	21
2.1 Avez-vous reçu un soin douloureux ou potentiellement douloureux durant les trois derniers jours d'hospitalisation ? Si oui, lequel ?	21
2.2.1 Avant d'effectuer le soin, vous a-t-on proposé un traitement antalgique préventif ?	22
2.2.2 Avant d'effectuer le soin, vous a-t-on proposé un traitement antalgique préventif ? Si oui, lequel ?	25
2.2.3 Avant d'effectuer le soin, vous a-t-on proposé un traitement antalgique préventif ? Si oui, lequel ? Est-il prescrit dans le logiciel médical (revue de dossier informatique) ?	27
2.3 Avez-vous trouvé le traitement proposé comme : Inefficace ? Peu efficace ? Efficace ? Très efficace ?	29
2.4 Avant de vous administrer le soin, vous a-t-il été expliqué par le soignant ?	30
2.5 Avons-nous évalué votre douleur (à l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur par exemple) : Avant ? Pendant ? Après le soin ?	31
2.6 Pendant le soin, une personne de l'équipe soignante était-elle présente pour vous accompagner pendant qu'une autre réalisait le soin ?.....	33
2.7 Sur une échelle de satisfaction, comment évalueriez-vous la prise en charge de la douleur induite par les soins durant votre hospitalisation : Insatisfaisante ? Peu satisfaisante ? Satisfaisante ? Très satisfaisante ?	35
2.8 Selon vous, que vous a-t-il manqué dans la prise en charge de la douleur induite par les soins ?.....	36
DISCUSSION	37
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE.....	41

ANNEXES	44
Annexe 1 : Questionnaire de thèse sur les douleurs induites par les soins destiné aux patients hospitalisés du CGFL	44
Annexe 2 : Protocole de prise en charge des douleurs induites par les soins du CGFL	48

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition selon le sexe dans la population	17
Figure 2 : Répartition selon l'âge dans la population	17
Figure 3 : Répartition des types de cancer et leur évolution dans la population.....	18
Figure 4 : Répartition des patients de l'étude dans les secteurs d'hospitalisation	19
Figure 5 : Présence d'un traitement antalgique préexistant au moment du soin	20
Figure 6 : Fréquence d'utilisation des différents traitements antalgiques préexistants	20
Figure 7 : Répartition des soins potentiellement douloureux selon leur type.....	21
Figure 8 : Proposition de traitement préventif de la douleur induite par les soins rapportée par le patient.....	22
Figure 9 : Soins réalisés lorsque le traitement préventif est rapporté comme proposé	23
Figure 10 : Soins réalisés lorsque le traitement préventif est rapporté comme non proposé	24
Figure 11 : Répartition des différents traitements préventifs de la douleur induite proposés	25
Figure 12 : Répartition des formes d'administration des traitements préventifs de la douleur induite	26
Figure 13 : Pourcentage de prescription et non prescription dans le logiciel médical des traitements préventifs proposés	27
Figure 14 : Pourcentage de prescription dans le logiciel médical et forme d'administration du traitement	27
Figure 15 : Evaluation de l'efficacité du traitement préventif de la douleur induite par les patients ..	29
Figure 16 : Part des patients rapportant que le soin leur a été expliqué ou non avant d'être réalisé..	30
Figure 17 : Evaluation de la douleur par le soignant, rapportée par le patient avant, pendant et/ou après le soin potentiellement douloureux.....	31
Figure 18 : Types de soins chez les patients rapportant une douleur non évaluée par le soignant pendant le soin	32
Figure 19 : Types de soins chez les patients rapportant une douleur non évaluée par le soignant après le soin	32
Figure 20 : Présence d'un ou plusieurs soignants durant le soin potentiellement douloureux.....	33
Figure 21 : Types de soins pour lesquels plusieurs soignants étaient présents	34
Figure 22 : Types de soins pour lesquels un seul soignant était présent.....	34
Figure 23 : Evaluation de la satisfaction des patients concernant la prise en charge de la douleur induite par les soins	35

LISTE DES ABREVIATIONS

CGFL : Centre George-François Leclerc

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

CSO : Continuité des Soins en Oncologie

EMLA : Eutectic Mixture of Local Anesthetics

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

HJ : Hospitalisation de Jour

IV : Intra-Veineux

LP : Libération Prolongée

MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote

O2 : Oxygène

PO : Per Os

SC : Sous-Cutané

UPP : Unité de Phase Précoce

INTRODUCTION

La douleur, en tant que phénomène complexe et multidimensionnel, constitue une préoccupation majeure en médecine contemporaine⁽¹⁾.

Au fil de notre pratique de professionnel de santé, nous faisons le constat clinique que la douleur du patient peut parfois être associée aux soins que nous lui procurons⁽²⁾.

La définition de la douleur induite par les soins la caractérise comme une douleur, de courte durée, en lien avec un acte médical ou de soin, dans des circonstances de survenues prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées⁽³⁾.

Nous pouvons la différencier d'une douleur provoquée, intentionnellement par le soignant afin d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur ; et d'une douleur iatrogène, non intentionnelle, liée aux soignants ou aux traitements malgré des mesures de prévention.

Une prise de conscience récente de l'importance de la prise en charge des douleurs induites chez l'adulte a mené à de nombreux travaux de recherches⁽⁴⁾.

Notamment à l'international, en 2020 une étude multicentrique réalisée sur les patients hospitalisés en soins intensifs durant la pandémie à la COVID-19 a montré que 50 à 80% des patients ressentaient de la douleur pour la majorité induite par les soins⁽⁵⁾.

Ces travaux ont aussi démontré que cette douleur était multifactorielle. Elle varie en fonction du soin, du patient, de son état psychologique et du comportement du soignant. Une réponse thérapeutique, médicamenteuse ou non-médicamenteuse, préventive ou curative, peut être proposée et adaptée à chaque situation provoquant une douleur induite^(6,7).

En France de nombreux établissements de soins ont pris conscience de cet enjeu. Dès 2004 au CHU d'Île-De-France, 55% des patients adultes décrivaient une douleur induite par les soins^(8,9).

Toutefois, cette douleur reste souvent sous-estimée, minimisée ou insuffisamment prise en compte dans la pratique clinique quotidienne^(10,11).

De nombreux travaux de recherches sur les douleurs induites en pédiatrie ont déjà été effectués⁽¹²⁾. En 2008 dans une étude multicentrique réalisée sur des nouveau-nés admis en réanimation, 42 413 gestes douloureux ont été pratiqués, un traitement antalgique préventif a été administré dans seulement 20,8% des cas⁽¹³⁾.

Différents travaux soulèvent également l'importance d'une évaluation précise de la douleur induite par les soins et de la prévention de celle-ci⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

L'établissement d'outils d'évaluation adaptés et la sensibilisation des professionnels de la santé à la nature spécifique de cette douleur semblent être des éléments fondamentaux pour une prise en charge globale efficace⁽¹⁸⁾.

Plus localement, au sein du Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) de Dijon, le Centre Georges François Leclerc (CGFL), un protocole de prise en charge des douleurs induites par les soins a été effectué par le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) lors de l'automne 2023.

Réalisé à la suite de ce protocole, ce travail de recherche vise à effectuer un état des lieux de la prise en charge des douleurs induites par les soins au sein du CGFL chez les patients hospitalisés dans les services d'oncologie et chirurgie.

METHODES

1. Caractéristiques de l'étude

Cette étude est rétrospective descriptive sous forme d'entretiens auprès des patients, standardisés par un questionnaire⁽¹⁹⁾.

L'enquête a été menée par un évaluateur unique à travers des entretiens individuels au lit du patient au sein du CGFL de Dijon pendant la période du 7 novembre 2023 au 1^{er} février 2024.

Dix sessions journalières de 20 entretiens ont été réalisées durant cette période, ce qui a conduit à la réalisation de 200 entretiens au total.

Cette méthode a permis de recentrer le sujet abordé par le patient sur la douleur liée aux soins lorsque celui-ci s'en écartait. Ainsi que de réexpliquer au cas par cas les notions du questionnaire qui n'étaient pas claires.

Une revue du dossier informatique de chaque patient a été effectuée afin de relever la traçabilité informatique des prescriptions de traitement préventif (logiciel Clinicom©) et corroborer ou préciser les dires du patient lorsqu'il existait une incertitude.

Cette revue de dossier était aussi l'occasion d'inclure d'éventuels traitements antalgiques préexistants que le patient se voyait administrer durant la période du soin.

Ce travail de recherche faisait suite à l'élaboration d'un protocole de prise en charge des douleurs induites par le CLUD du CGFL (Annexe 2).

Les patients interrogés étaient hospitalisés dans les services de chirurgie ou d'oncologie indépendamment dans les secteurs suivants :

- 2^{ème} étage EST : Secteur d'hospitalisation de Continuité des Soins en Oncologie (CSO) ;
- 2^{ème} étage OUEST : Secteur d'hospitalisation de chirurgie oncologique ;
- 3^{ème} étage EST : Secteur d'hospitalisation de semaine où sont réalisées la plupart des chimiothérapies et immunothérapies ;
- 3^{ème} étage OUEST : Secteur d'hospitalisation complète ;
- 4^{ème} étage EST/OUEST : Secteur d'hospitalisation de Continuité des Soins en Oncologie (CSO) ;

Au total 200 entretiens ont été réalisés auprès de 169 patients puis inclus dans l'étude. Il existe 31 doublons patients qui ont été interrogés plusieurs fois lors de séjours d'hospitalisation différents, ils ont donc évoqué des soins potentiellement douloureux différents à chaque entretien.

Les patients qui n'ont pas été inclus dans l'étude étaient :

- Les patients ne pouvant répondre au questionnaire (présentant une sédation profonde ; une/plusieurs lésion(s) cérébrale(s) entraînant des troubles neurocognitifs majeurs...).
- Les patients hospitalisés en Hospitalisation de Jour (HJ) ou en Unité de Phase Précoce (UPP).

Les douleurs faisant suite à la chirurgie en elle-même, les interventions de radiothérapie et de radiologie interventionnelle n'ont pas été évaluées durant l'enquête.

2. Questionnaire

Le questionnaire (Annexe 1) a été élaboré et validé en collaboration avec le CLUD du CGFL de Dijon. Il comporte 8 questions :

1. Avez-vous reçu un soin douloureux ou potentiellement douloureux durant les trois derniers jours d'hospitalisation ? Si oui, lequel ?
2. Avant d'effectuer le soin, vous a-t-on proposé un traitement antalgique préventif ? Si oui, lequel ?
3. Avez-vous trouvé le traitement proposé comme : Inefficace ? Peu efficace ? Efficace ? Très efficace ?
4. Avant de vous administrer le soin, vous a-t-il été expliqué par l'équipe soignante ?
5. Avons-nous évalué votre douleur (à l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur par exemple) : Avant ? Pendant ? Après le soin ?
6. Pendant le soin, une personne de l'équipe soignante était-elle présente pour vous accompagner pendant qu'une autre réalisait le soin ?
7. Sur une échelle de satisfaction, comment évalueriez-vous la prise en charge de la douleur induite par les soins durant votre hospitalisation : Insatisfaisante ? Peu satisfaisante ? Satisfaisante ? Très satisfaisante ?
8. Selon vous, que vous a-t-il manqué dans la prise en charge de la douleur induite par les soins ?

Les listes de soins et traitements potentiels ont été, dans un premier temps, établis grâce au protocole du CLUD du CGFL. Les listes ont été ensuite adaptées en fonction des réponses des patients nous apportant de nouveaux éléments à prendre en compte.

Si les patients avaient reçu plusieurs soins potentiellement douloureux durant les trois derniers jours, ils étaient libres d'évoquer celui qu'il désirait. Les questions portaient sur le soin choisi par le patient en particulier.

Une analyse descriptive a été effectuée pour chaque item du questionnaire⁽²⁰⁾. Les analyses ainsi que les tableaux de résultats ont été réalisés à partir du logiciel Microsoft Excel© après anonymisation des données.

RESULTATS ET ANALYSE

1. Caractéristiques de la population

1.1 Selon le sexe

Sur les 200 entretiens effectués, 169 patients ont été interrogés. Parmi les 169 patients interrogés, 87 étaient des femmes et 82 des hommes, soit 51% de femmes et 49% d'hommes.

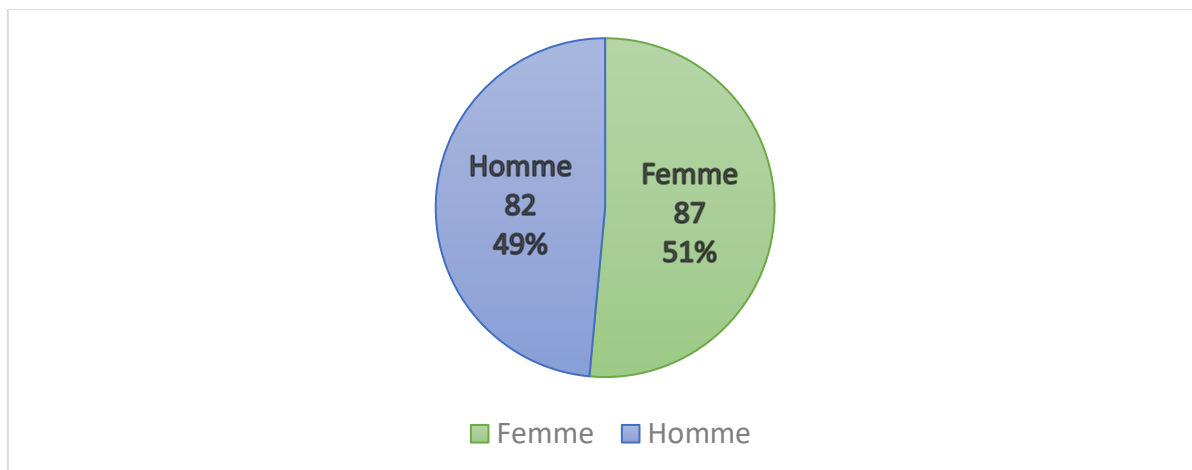


Figure 1 : Répartition selon le sexe dans la population

1.2 Selon l'âge

Parmi les 169 patients interrogés, 59% d'entre eux avaient entre 65 et 85 ans ; et 31% d'entre eux avaient entre 45 et 65 ans.

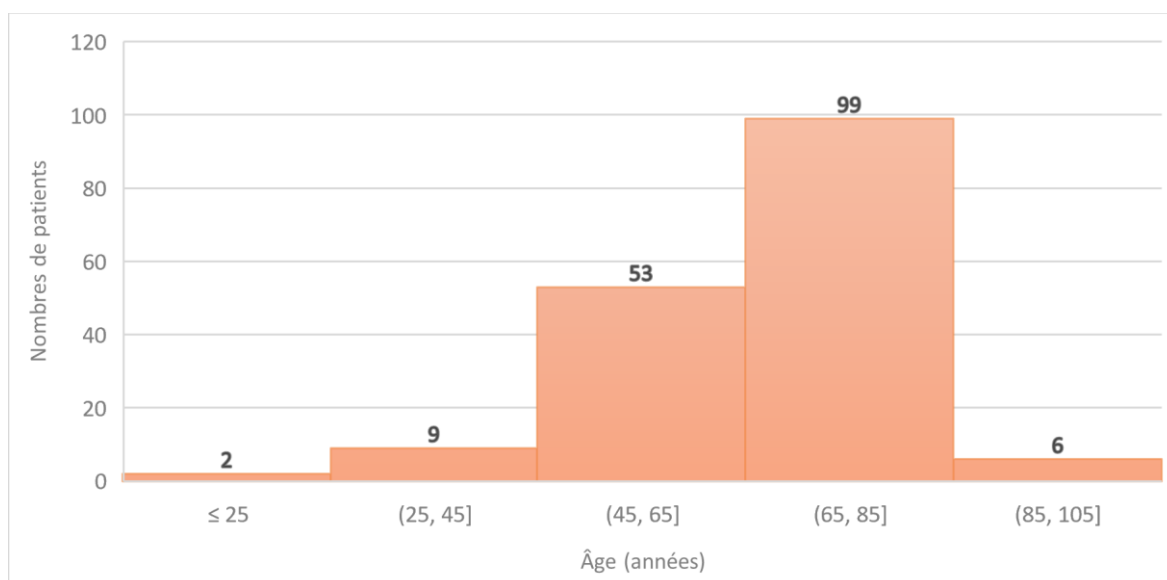


Figure 2 : Répartition selon l'âge dans la population

Les patients interrogés étaient en moyenne âgés de 67,7 ans, avec un âge médian dans la population de 69 ans.

1.3 Selon le type de cancer et son évolution

Les cancers les plus représentés tous stades d'évolutions confondus chez les patients interrogés sont le cancer colorectal (23 patients), du sein (22 patients), du poumon (21 patients) et ORL (20 patients).

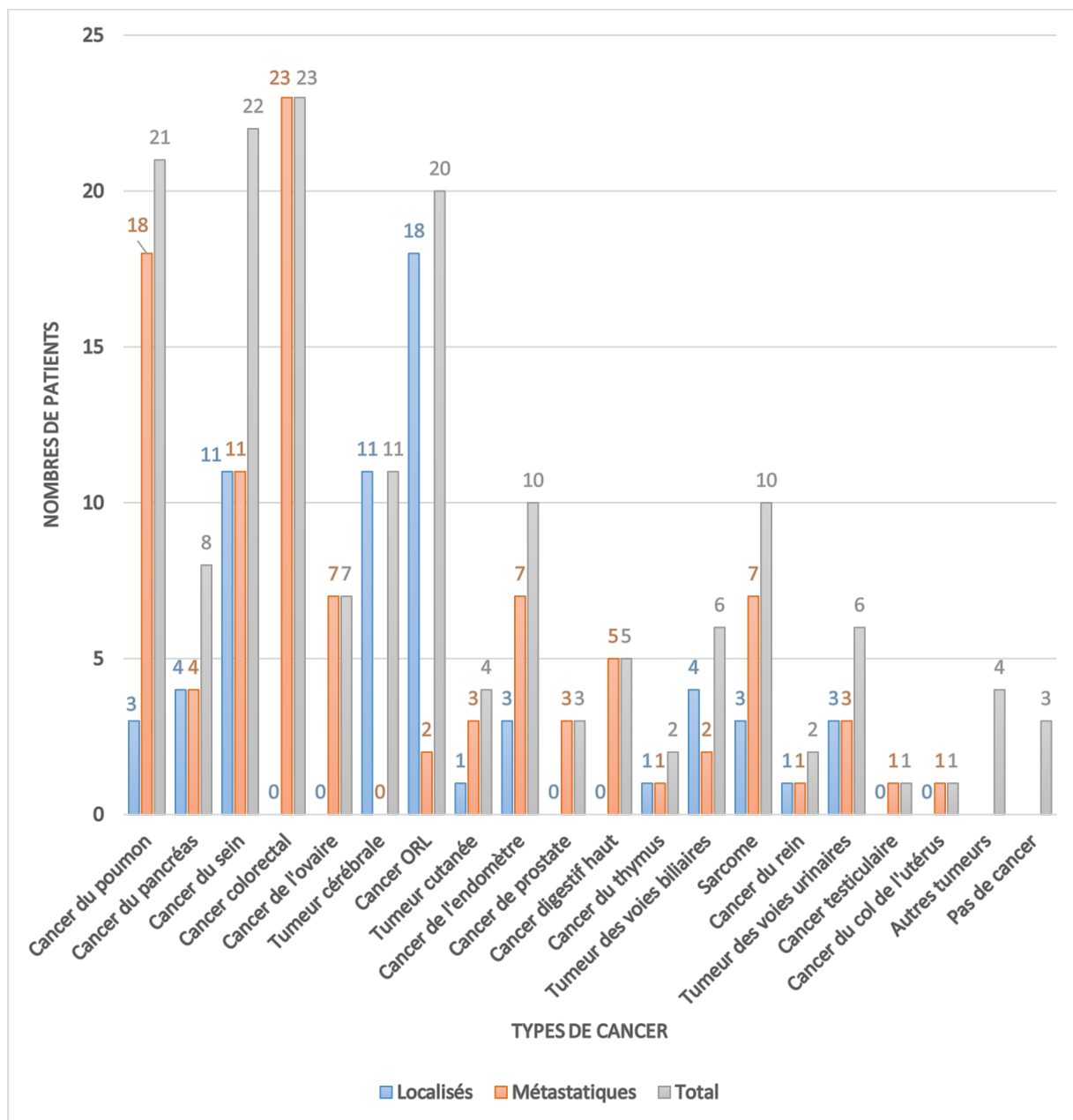


Figure 3 : Répartition des types de cancer et leur évolution dans la population

Les trois types de cancers les plus représentés dans l'étude sont 3 des 4 cancers les plus fréquents en population générale en France (cancer du sein ; cancer du poumon et cancer colorectal)^(21,22).

1.4 Selon le secteur d'hospitalisation

Durant la totalité de la période d'étude, il a été tenté de répartir de manière équitable la population sur les différents étages et secteurs du centre.

A noter que les ailes Est et Ouest du 4^{ème} étage font partie du même service d'hospitalisation (Continuité des Soins en Oncologie). Les patients interrogés à cet étage ont été répartis équitablement entre Est et Ouest de la même manière que pour les autres secteurs.

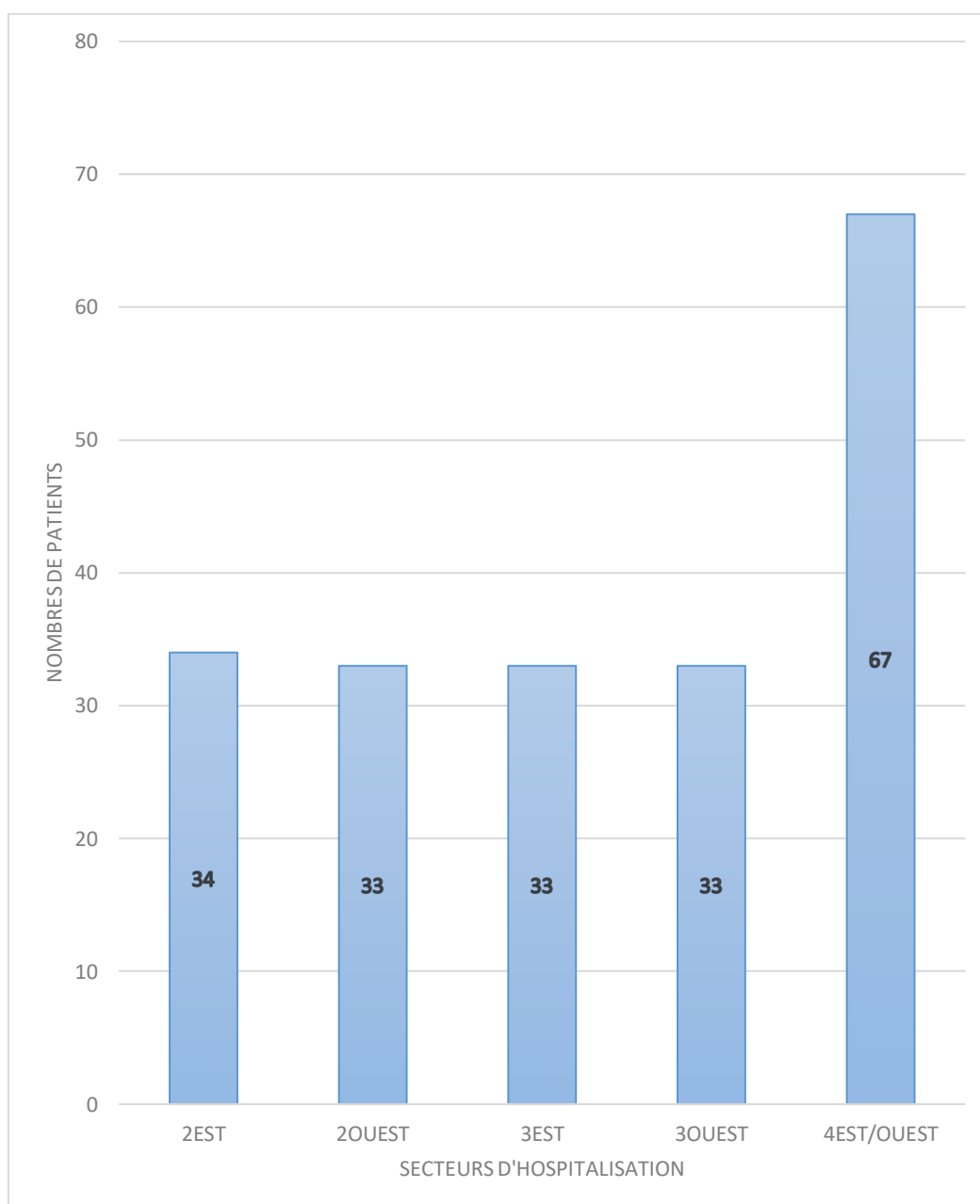


Figure 4 : Répartition des patients de l'étude dans les secteurs d'hospitalisation

1.5 Traitements antalgiques préexistants pendant le soin

Lors de 83,5% des entretiens les patients interrogés bénéficiaient d'un traitement antalgique préexistant (soit 167 cas). Et lors de 16,5% des entretiens (soit 33 cas), les patients n'en bénéficiaient pas.

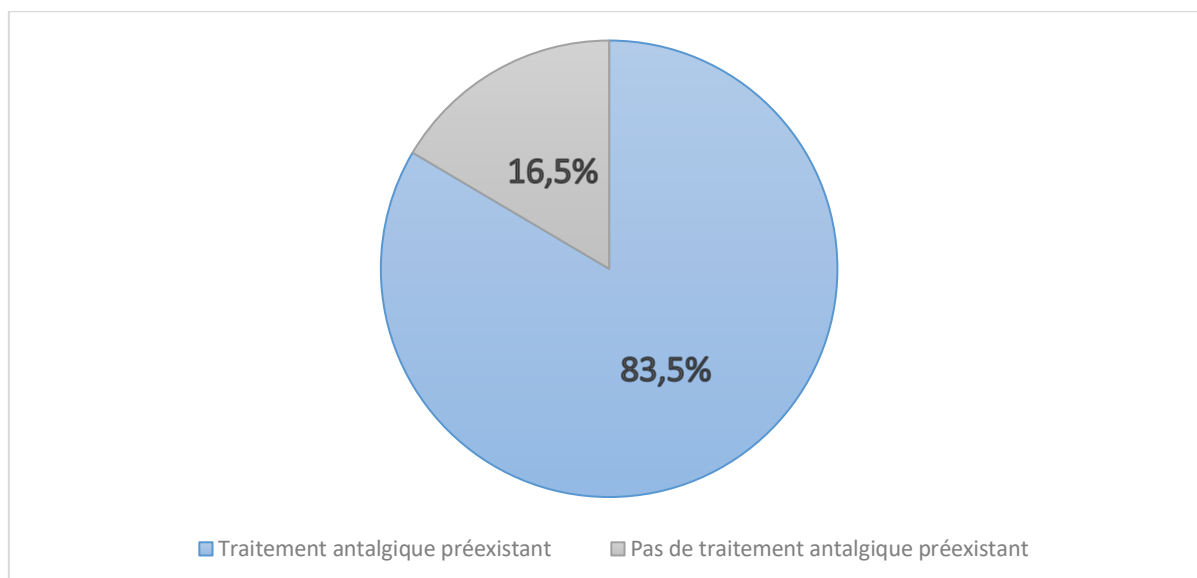


Figure 5 : Présence d'un traitement antalgique préexistant au moment du soin

Grâce à la revue de dossier informatique les traitements antalgiques préexistants utilisés ont été détaillés.

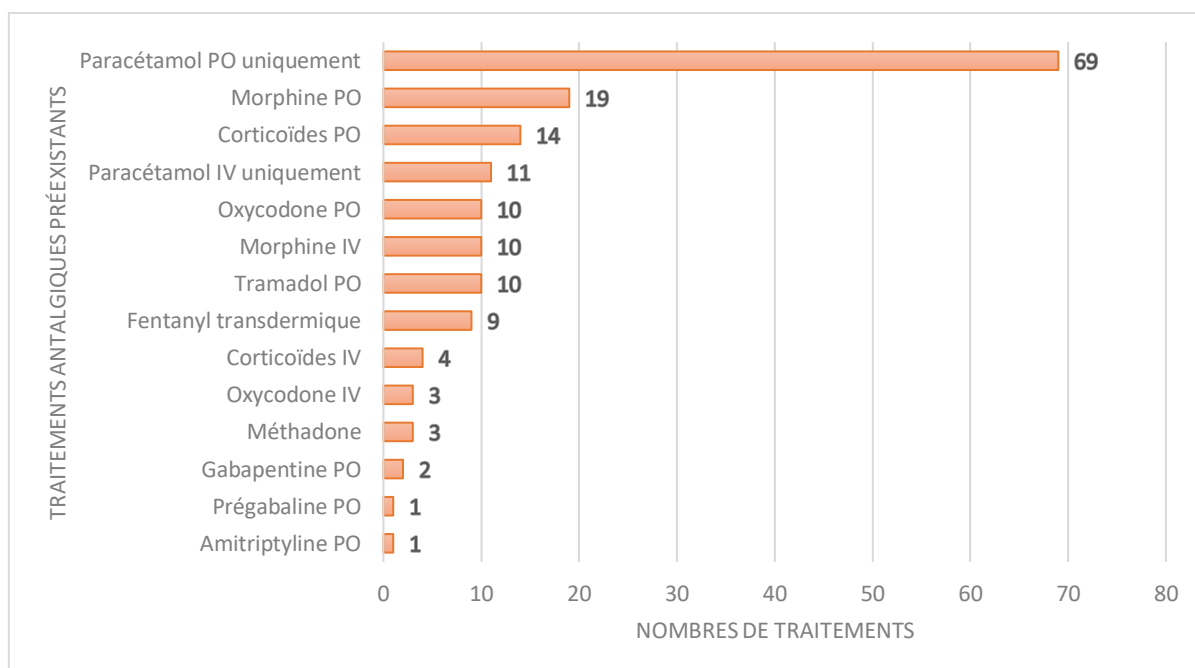


Figure 6 : Fréquence d'utilisation des différents traitements antalgiques préexistants

2. Résultats du questionnaire

2.1 Avez-vous reçu un soin douloureux ou potentiellement douloureux durant les trois derniers jours d'hospitalisation ? Si oui, lequel ?

Tous les patients interrogés, ont répondu positivement à cette question.

Sur les 57 soins potentiellement douloureux listés dans le questionnaire (Annexe 1), 33 soins différents ont été évoqués par les patients lorsque la question leur a été posée.

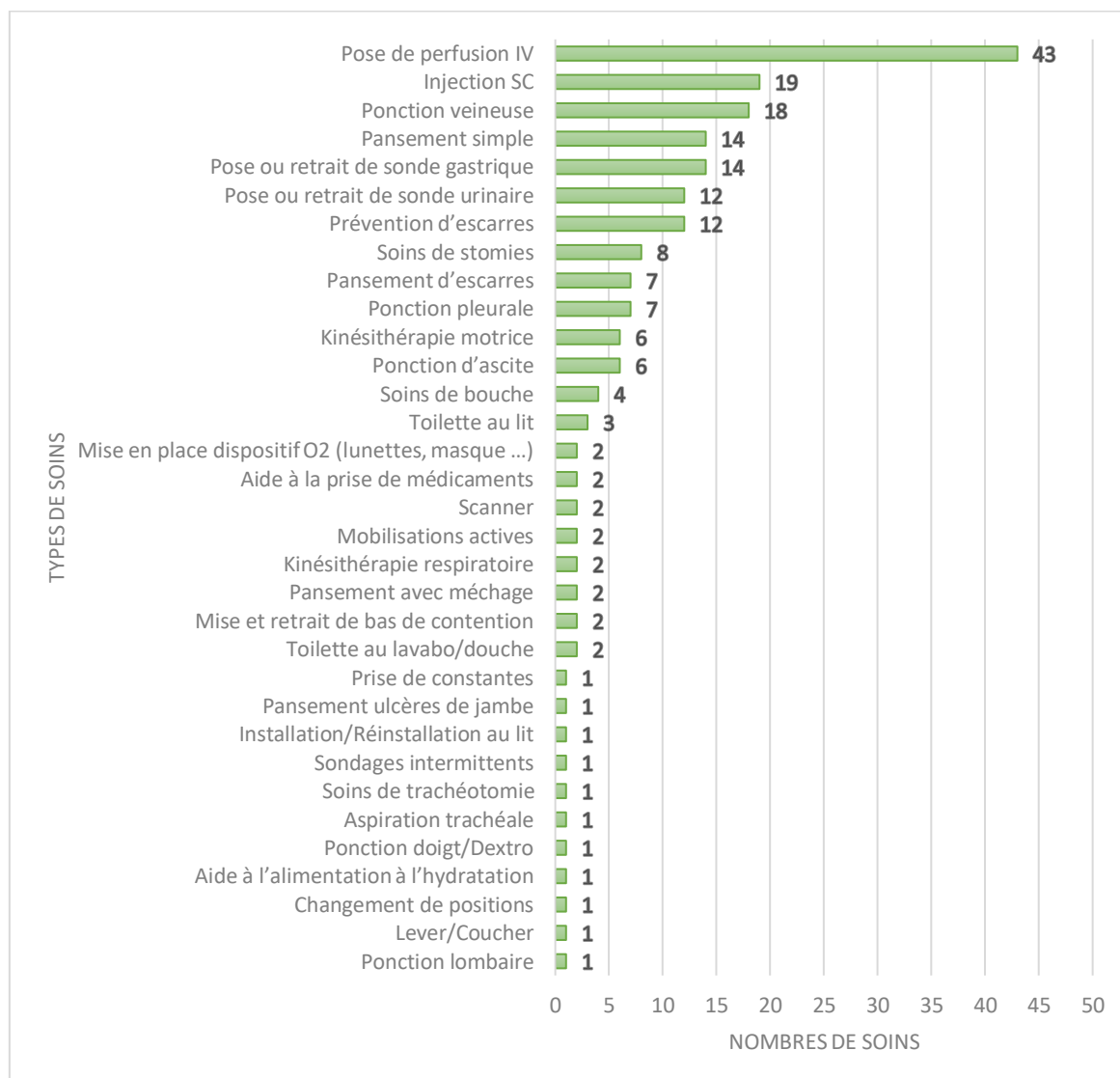


Figure 7 : Répartition des soins potentiellement douloureux selon leur type

Le soin potentiellement douloureux le plus largement rapporté par les patients est la pose de perfusion IV (43 fois, soit 21,5% des cas), suivi de l'injection SC (19 fois, soit 9,5% des cas) et de la ponction veineuse (18 fois, soit 9% des cas).

Il peut être noté que près de la moitié des soins listés au préalable n'ont pas été évoqués par les patients.

2.2.1 Avant d'effectuer le soin, vous a-t-on proposé un traitement antalgique préventif ?

Les patients ont répondu positivement à cette question dans 79,5% des cas (soit 159 cas).

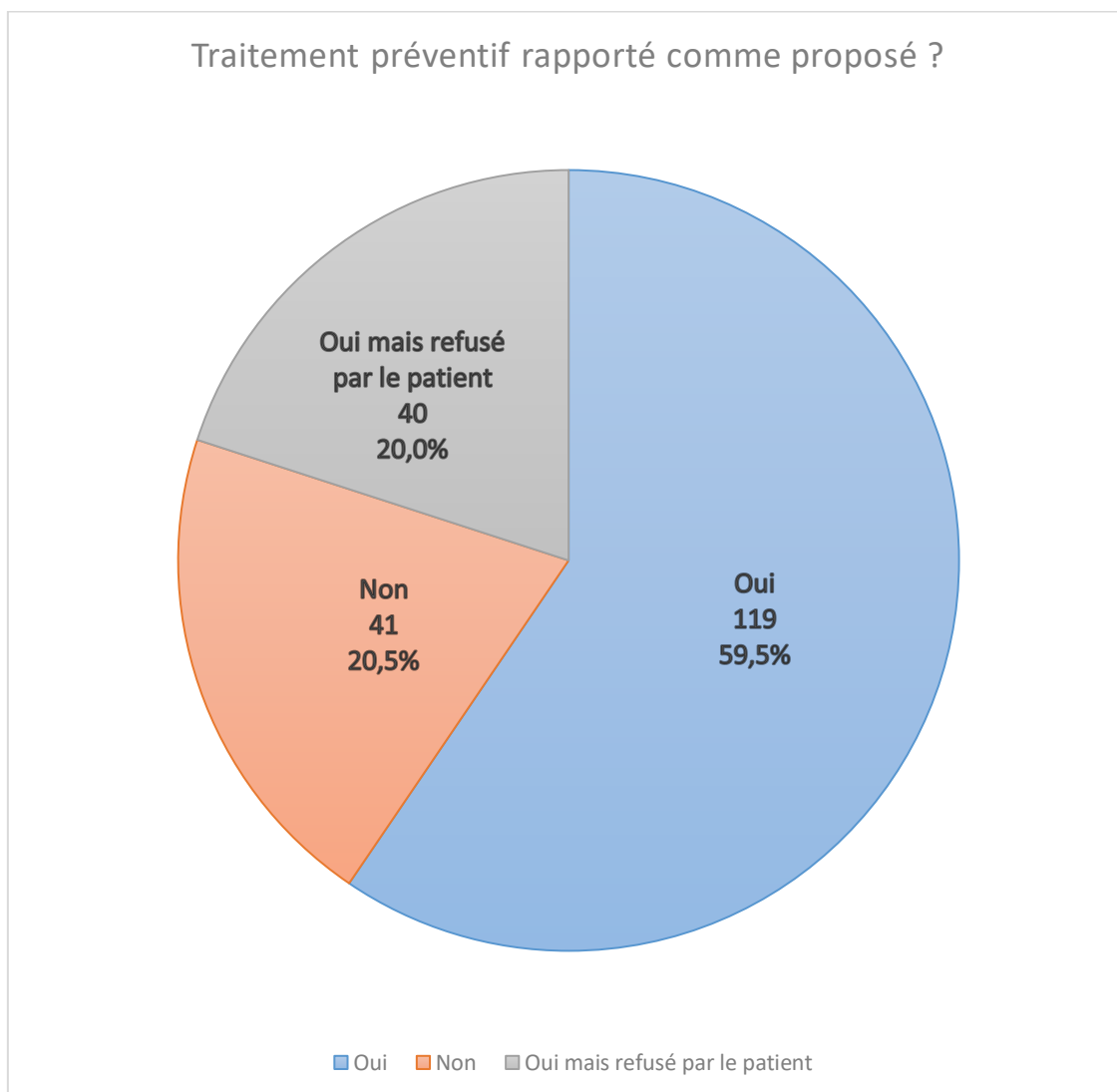


Figure 8 : Proposition de traitement préventif de la douleur induite par les soins rapportée par le patient

Le traitement préventif de la douleur induite a été rapporté comme non proposé par les soignants 20,5% du temps.

Les patients ont refusé le traitement préventif antalgique malgré qu'il soit proposé dans 20% des cas.

Il a été tenté de décrire si le type de soin réalisé exerçait une influence sur la proposition de traitement préventif rapportée par le patient (Figure 9 et 10).

Types de soins lorsque le traitement préventif est rapporté comme proposé

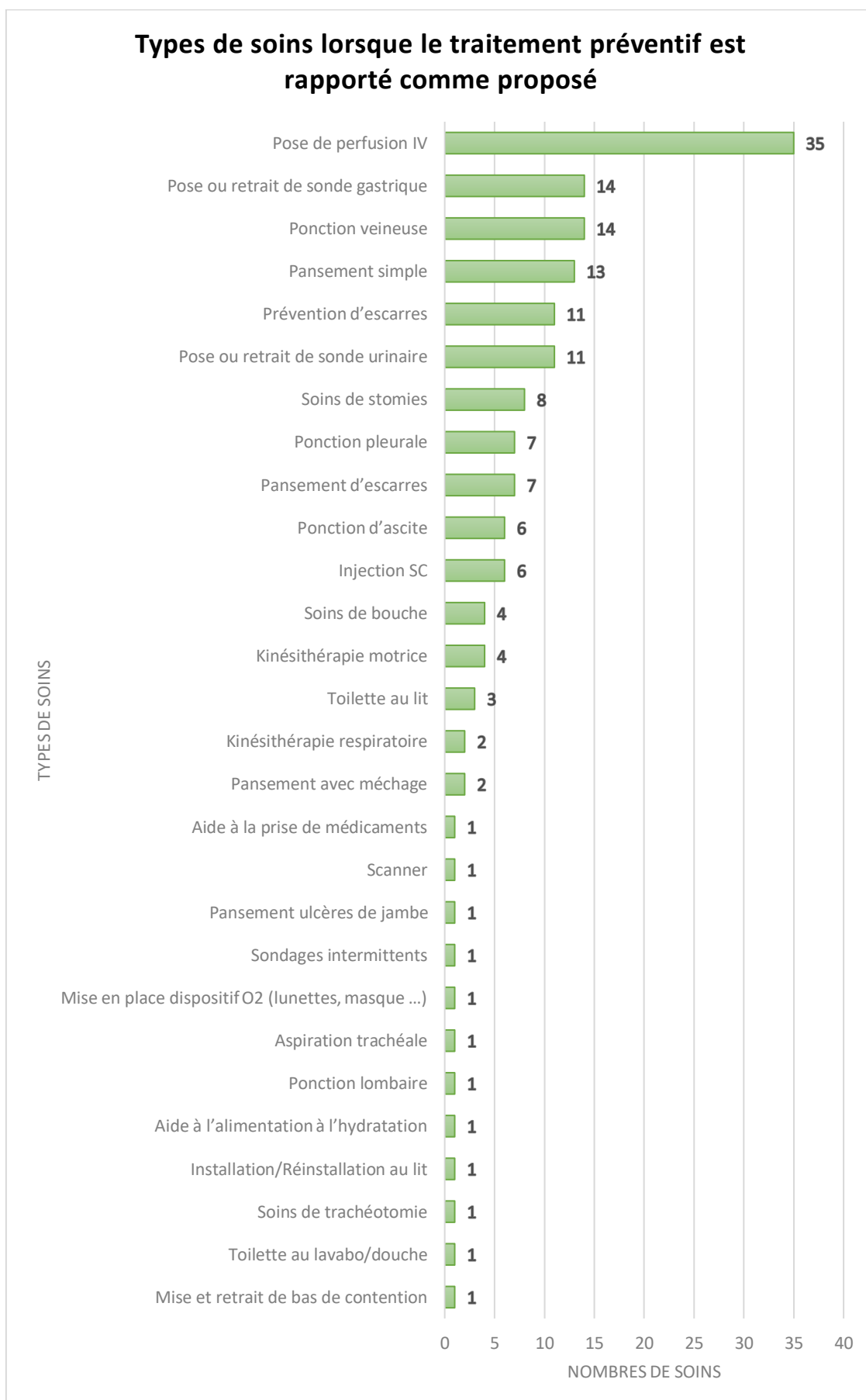


Figure 9 : Soins réalisés lorsque le traitement préventif est rapporté comme proposé

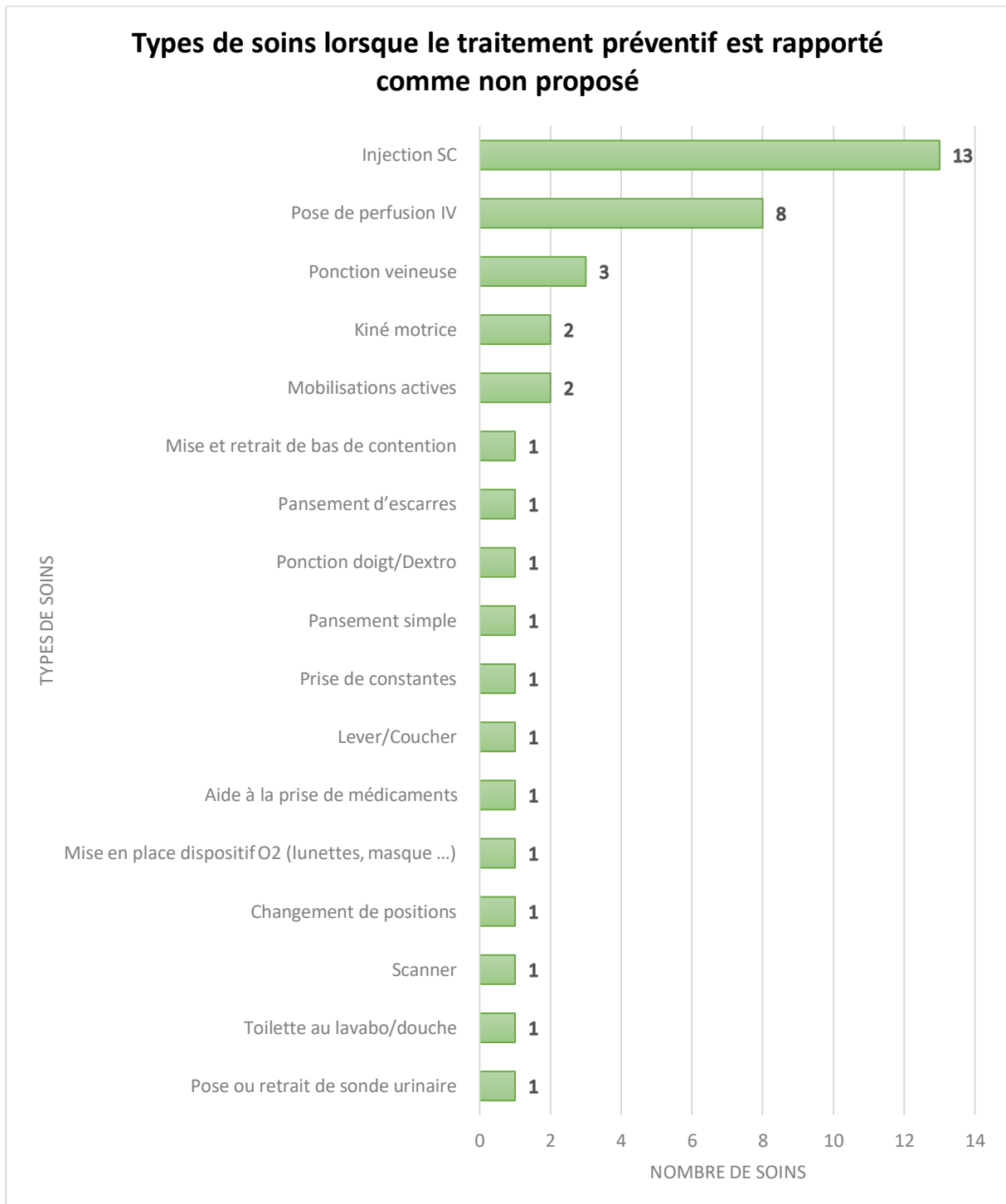


Figure 10 : Soins réalisés lorsque le traitement préventif est rapporté comme non proposé

Il semble difficile de mettre en évidence une influence du type de soins sur la proposition de traitement préventif antalgique grâce à ces données.

En effet, les soins qui semblent revenir le plus fréquemment dans les deux cas sont aussi les soins les plus fréquents de manière générale dans l'étude (Figure 7).

Il y aurait un intérêt probable à analyser la prise en charge de chaque soin indépendamment afin de pouvoir en tirer des pistes d'améliorations.

2.2.2 Avant d'effectuer le soin, vous a-t-on proposé un traitement antalgique préventif ? Si oui, lequel ?

Le traitement antalgique préventif de la douleur induite par le soin le plus souvent proposé par les soignants est le paracétamol PO à 42 reprises soit 23,7% des cas.

Suivi de la xylocaïne (gel ; nébuliseur ; sous-cutanée) locale (25 fois soit 14,1% des cas).

Puis de la lidocaïne (EMLA) locale (18 fois soit 10,2% des cas).

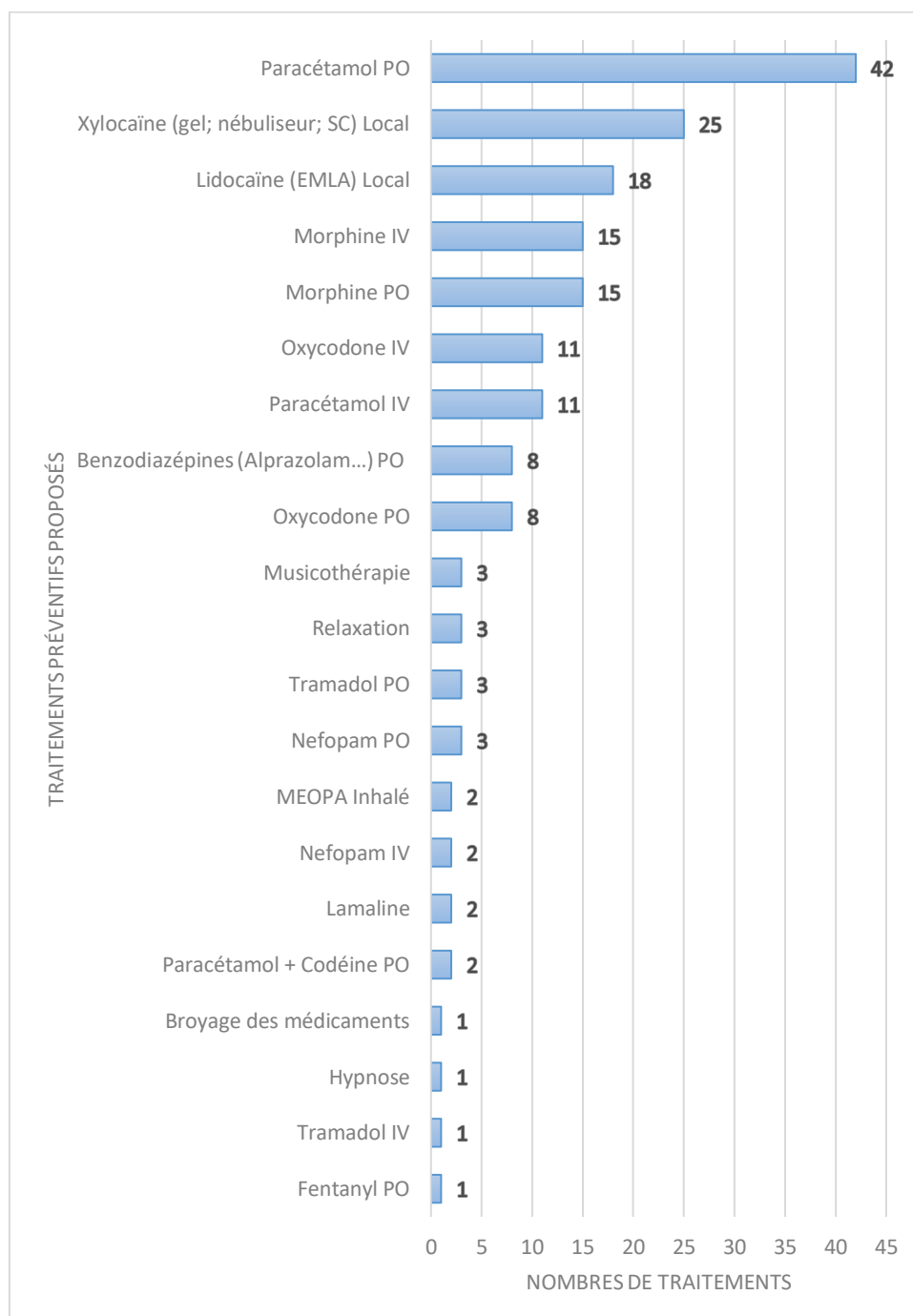


Figure 11 : Répartition des différents traitements préventifs de la douleur induite proposés

La forme d'administration la plus représentée est la forme PO prescrite 84 fois soit dans 47% des cas (Figure 12).

Les formes locales et IV ont une fréquence de propositions quasiment identique avec respectivement 24% des cas (43 fois) et 23% des cas (40 fois).

La forme la moins souvent proposée est la forme inhalée, le MEOPA (2 fois soit 1% des cas).

Les traitements préventifs non-médicamenteux sont eux aussi sous-représentés, proposés 8 fois soit 5% des cas.

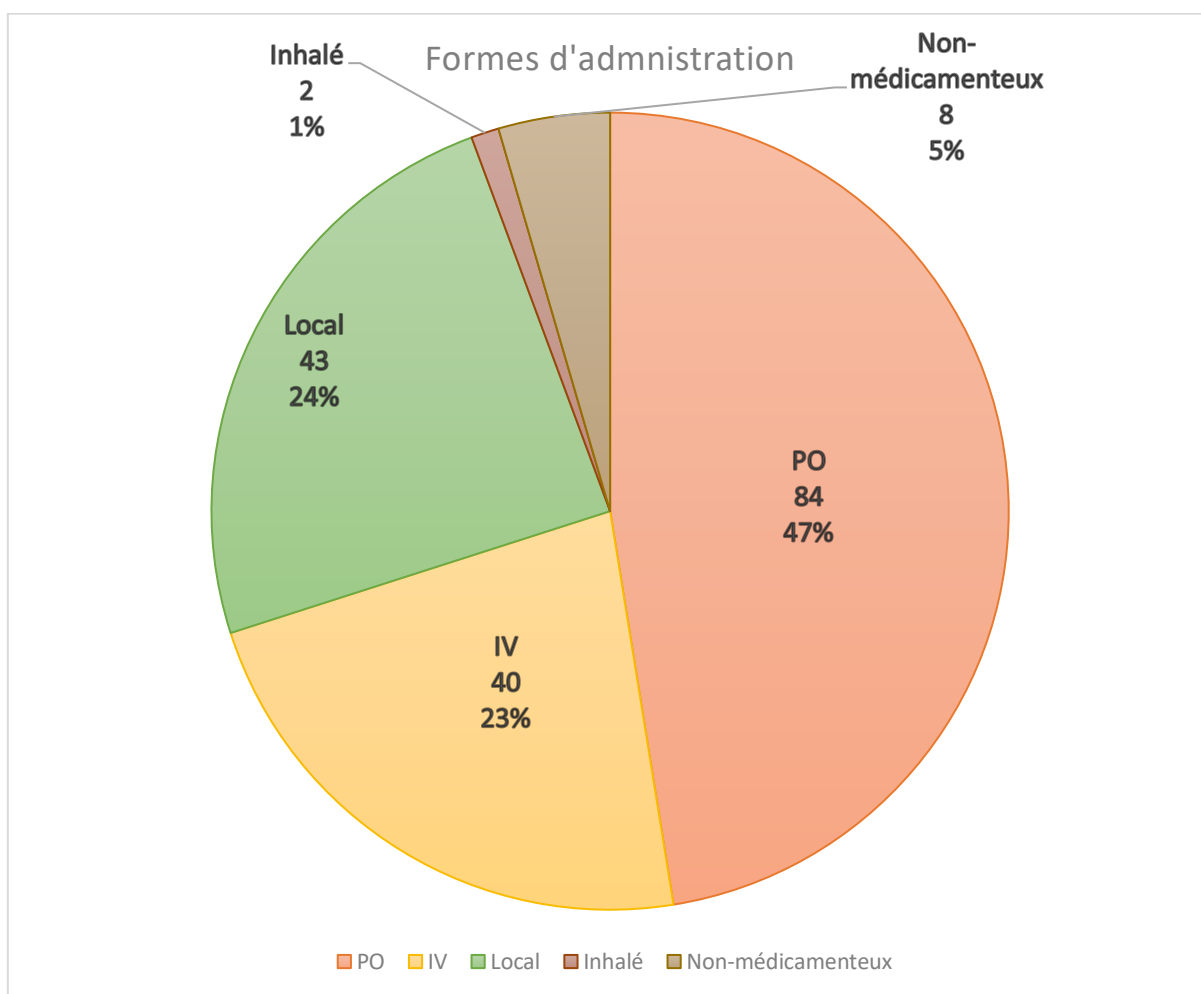


Figure 12 : Répartition des formes d'administration des traitements préventifs de la douleur induite

2.2.3 Avant d'effectuer le soin, vous a-t-on proposé un traitement antalgique préventif ? Si oui, lequel ? Est-il prescrit dans le logiciel médical (revue de dossier informatique) ?

Après revue de dossier informatique pour chaque patient : il a été noté que le traitement préventif antalgique était prescrit dans le logiciel médical (Clinicom®) dans 72% des cas (128 fois) et non prescrit dans 28% des cas (49 fois).

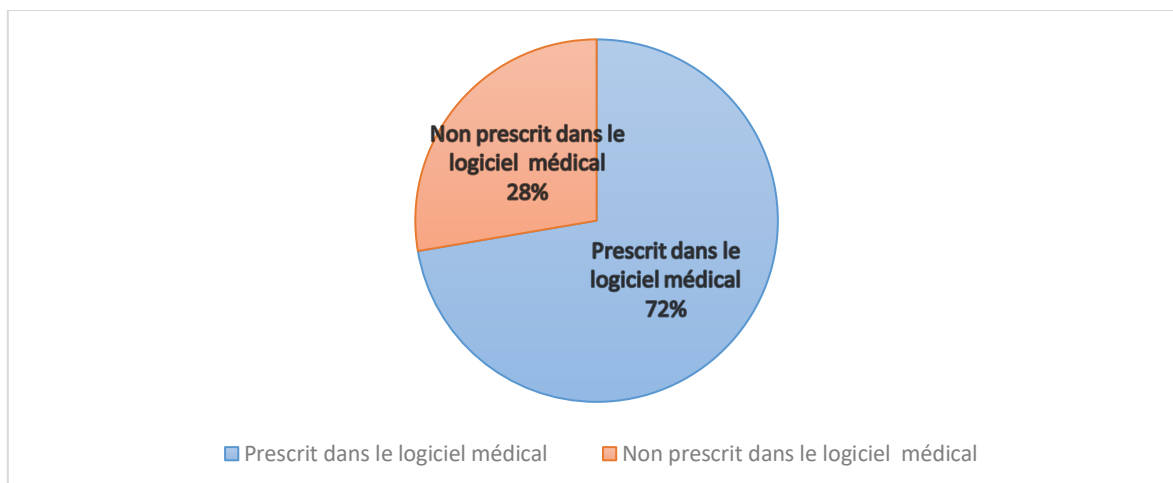


Figure 13 : Pourcentage de prescription et non prescription dans le logiciel médical des traitements préventifs proposés

Les pourcentages de prescription ou non prescription informatique ont été décrits par forme d'administration du traitement ci-dessous :

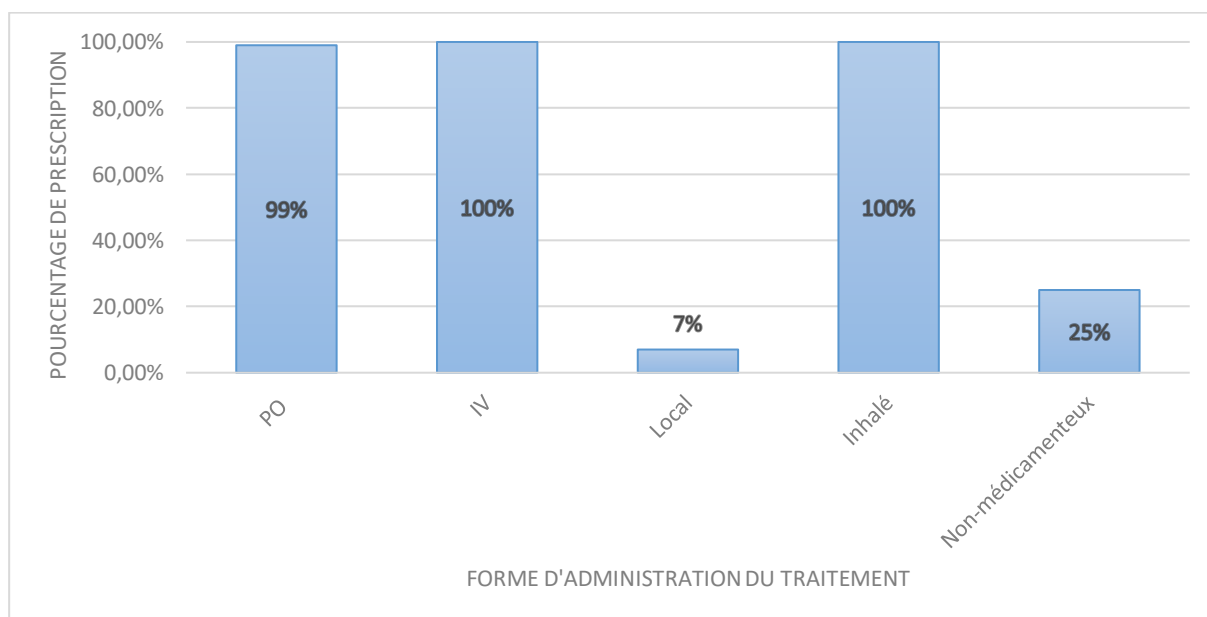


Figure 14 : Pourcentage de prescription dans le logiciel médical et forme d'administration du traitement

Il se trouve que la forme de traitement préventif la moins souvent prescrite dans le logiciel médical est la forme locale qui s'est vue être prescrite dans seulement 7% des cas (3/43 fois).

Les traitements non-médicamenteux étaient aussi peu prescrits, dans 25% des cas (2/8 fois).

En revanche les formes IV, Inhalé et PO étaient en grande majorité prescrites dans le logiciel, respectivement 100%, 100% et 99% du temps.

Il pourrait être intéressant de comprendre pour quelles raisons les formes locales et non-médicamenteuses sont peu prescrites informatiquement.

2.3 Avez-vous trouvé le traitement proposé comme : Inefficace ? Peu efficace ? Efficace ? Très efficace ?

Les patients ont décrit une efficacité (répondant Efficace ou Très efficace) du traitement préventif antalgique proposé dans 87,4% des cas.

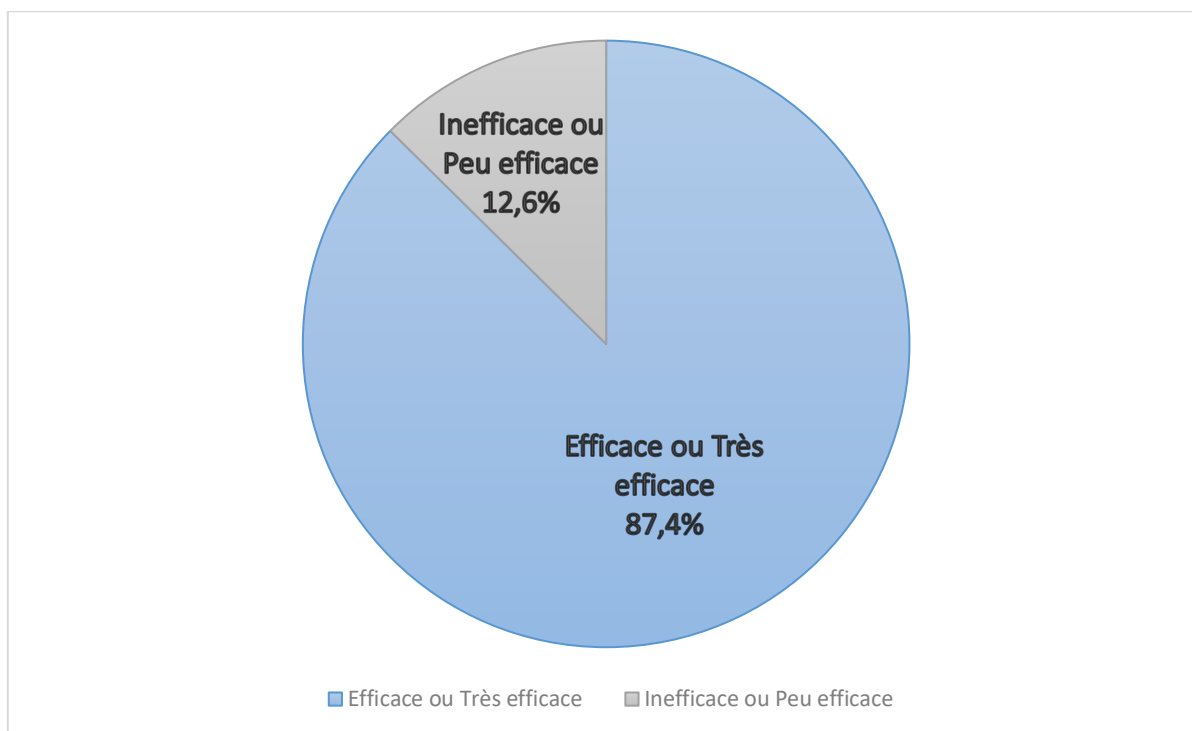


Figure 15 : Evaluation de l'efficacité du traitement préventif de la douleur induite par les patients

La proposition de traitement par le soignant semble dans la grande majorité des cas répondre aux besoins du patient en matière de prévention des douleurs induites par les soins.

2.4 Avant de vous administrer le soin, vous a-t-il été expliqué par le soignant ?

Les patients rapportent que le soin a été expliqué 191 fois sur 200 soit dans 95% des cas.

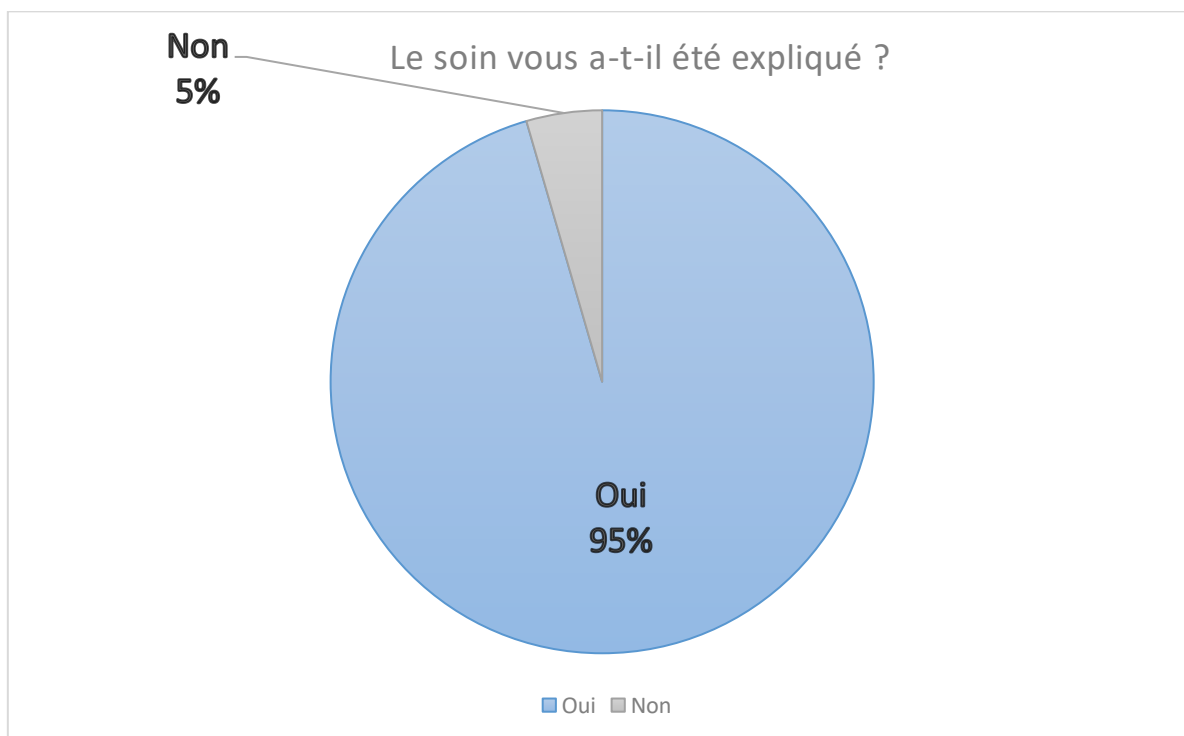


Figure 16 : Part des patients rapportant que le soin leur a été expliqué ou non avant d'être réalisé

Ce résultat donne l'impression d'un travail de communication efficace et pertinent par le soignant en amont du soin.

2.5 Avons-nous évalué votre douleur (à l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur par exemple) : Avant ? Pendant ? Après le soin ?

Il en ressort que les patients rapportent une évaluation de leur douleur par le soignant dans 92,5% (185 fois sur 200) des cas avant le soin et dans 71,5% (143 fois sur 200) des cas pendant et après le soin.

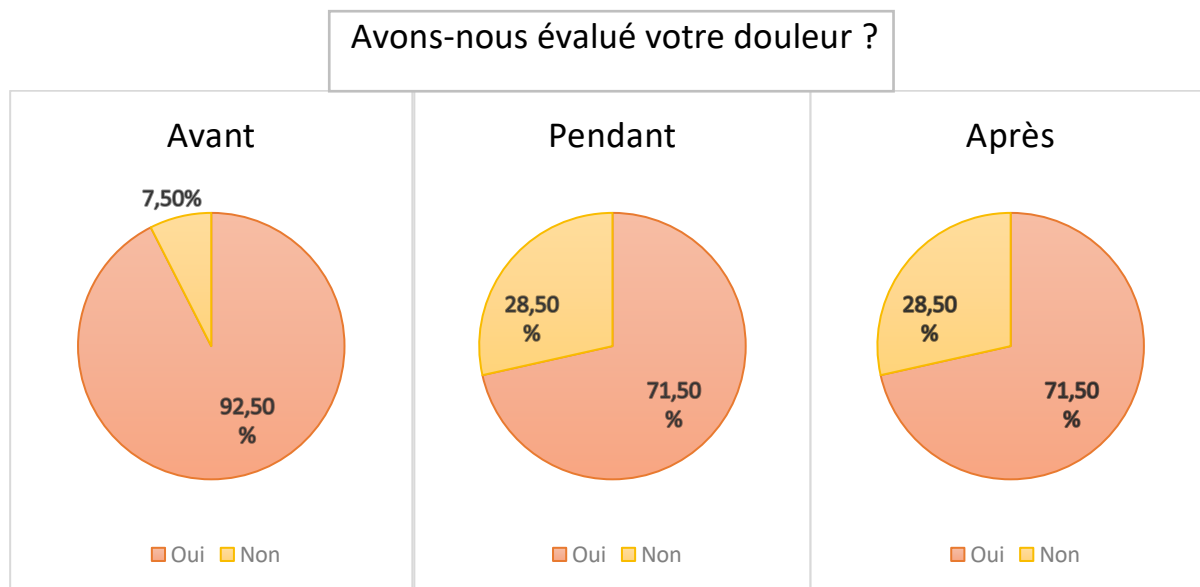


Figure 17 : Evaluation de la douleur par le soignant, rapportée par le patient avant, pendant et/ou après le soin potentiellement douloureux

Les patients ont rapporté une évaluation de la douleur par le soignant moins fréquente pendant et après le soin.

L'évaluation de la douleur par le soignant à ces deux temps du soin pourrait être influencée par le type de soin qu'il est en train de réaliser.

Une analyse par type de soin lorsque les patients rapportaient une douleur non évaluée a été décrite sur les graphiques suivants (Figure 18 et 19).

De nouveau, nous nous confrontons à la grande variété de soins évoqués et la prépondérance de certains soins dans l'étude. Les soins les plus représentés dans ces sous-analyses sont aussi les plus fréquents retrouvés de manière générale (Figure 7).

Il semble difficile d'identifier un ou plusieurs soins en particulier pour lesquels la prise en charge pourrait être améliorée. Une analyse spécifique soin par soin pourrait y trouver son intérêt.

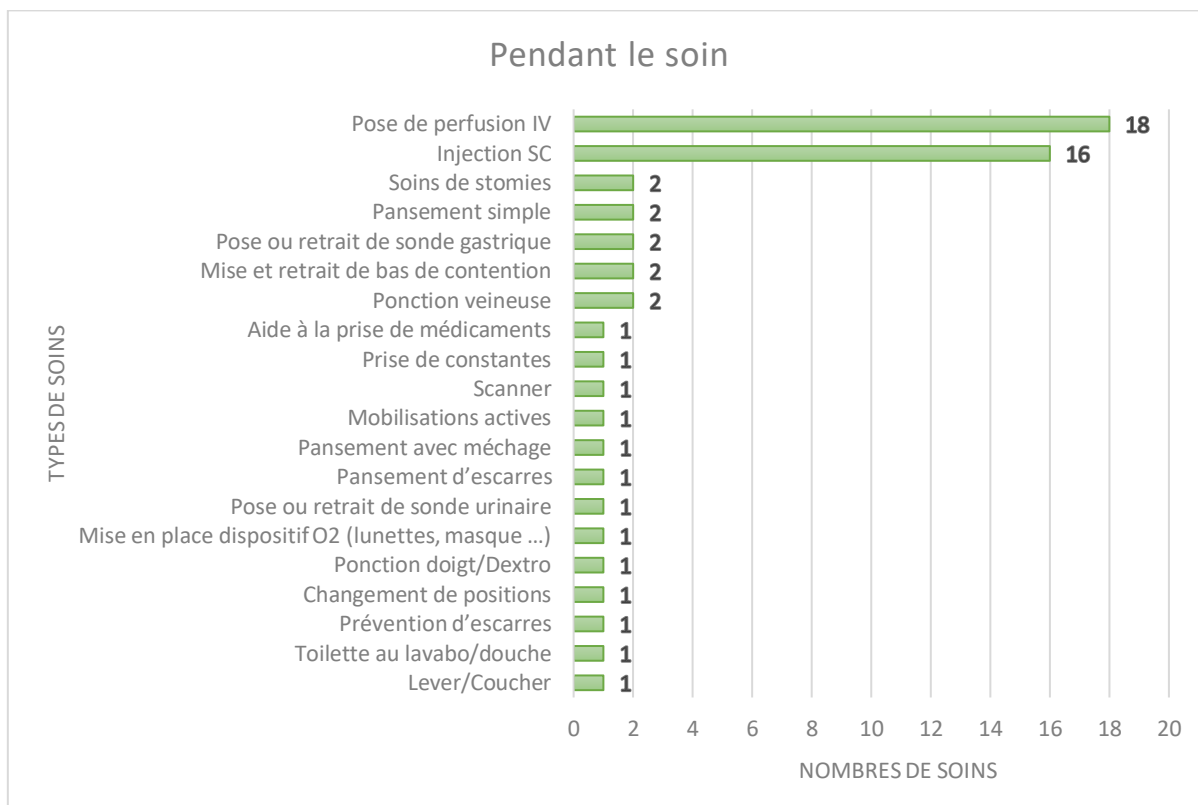


Figure 18 : Types de soins chez les patients rapportant une douleur non évaluée par le soignant pendant le soin

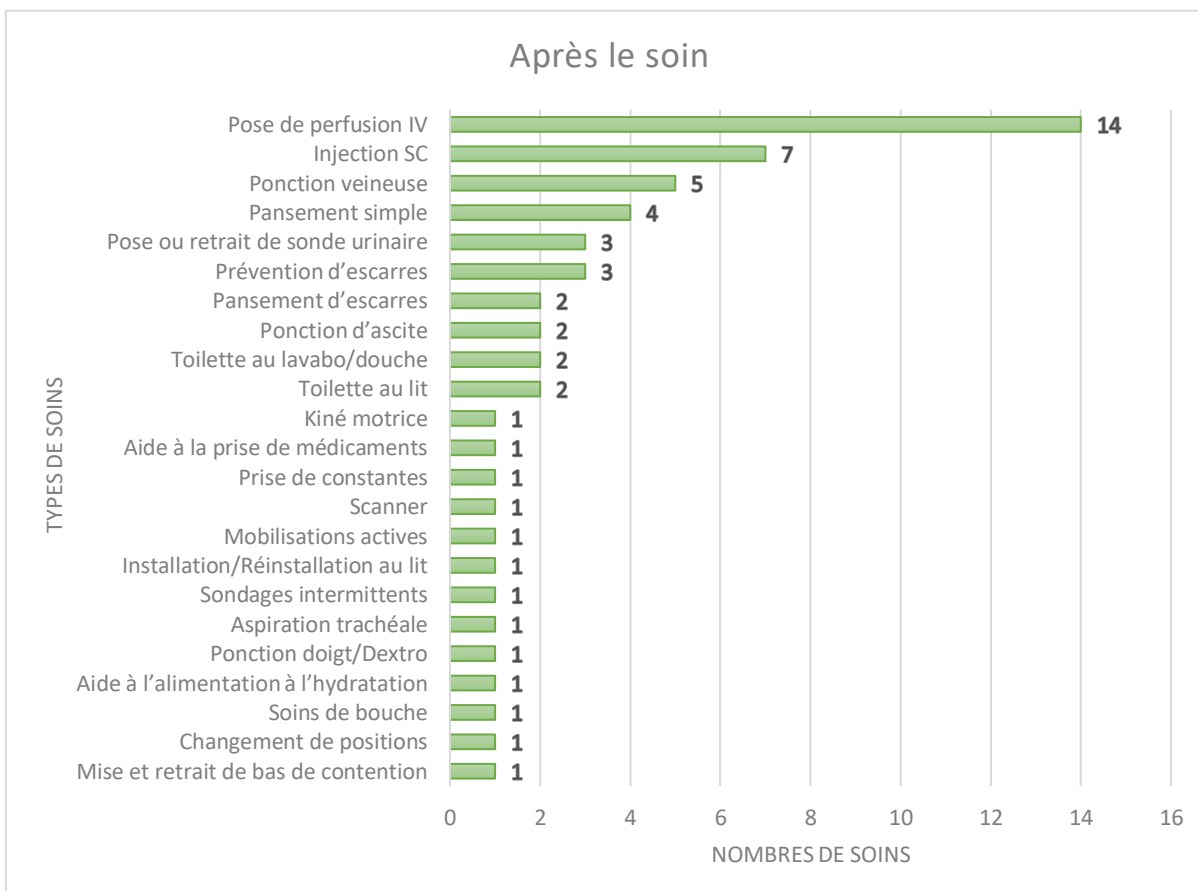


Figure 19 : Types de soins chez les patients rapportant une douleur non évaluée par le soignant après le soin

2.6 Pendant le soin, une personne de l'équipe soignante était-elle présente pour vous accompagner pendant qu'une autre réalisait le soin ?

Il se trouve que le soignant était accompagné pour réaliser le soin dans 51,5 % des cas (103) et non accompagné dans 48,5% des cas (97).

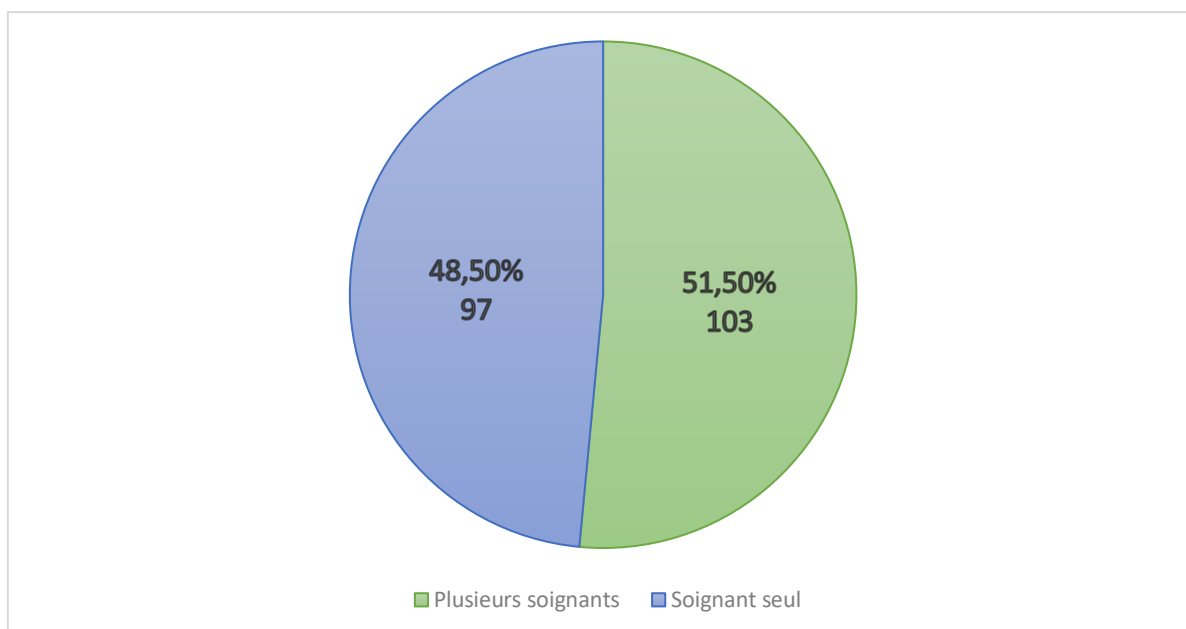


Figure 20 : Présence d'un ou plusieurs soignants durant le soin potentiellement douloureux

Les patients rapportaient que plusieurs soignants étaient présents pour la réalisation du soin dans environ un cas sur deux.

L'hypothèse qui pourrait être émise est qu'en fonction du type de soin réalisé les soignants décident s'il peut être réalisé seul ou bien s'il nécessite le renfort d'un autre soignant. Il est aussi possible qu'en fonction de la disponibilité du personnel, certains soins ont été réalisés seuls indépendamment de leur volonté.

Les graphiques suivants (Figure 21 et 22) décrivent les types de soins pour lesquels un ou plusieurs soignants étaient présents pour leur réalisation.

Dans ce cas précis, il pourrait être décrit une tendance des soignants à réaliser à plusieurs, des soins plus complexes (pose ou retrait de sonde gastrique/de sonde urinaire ; prévention d'escarres...) que seuls.

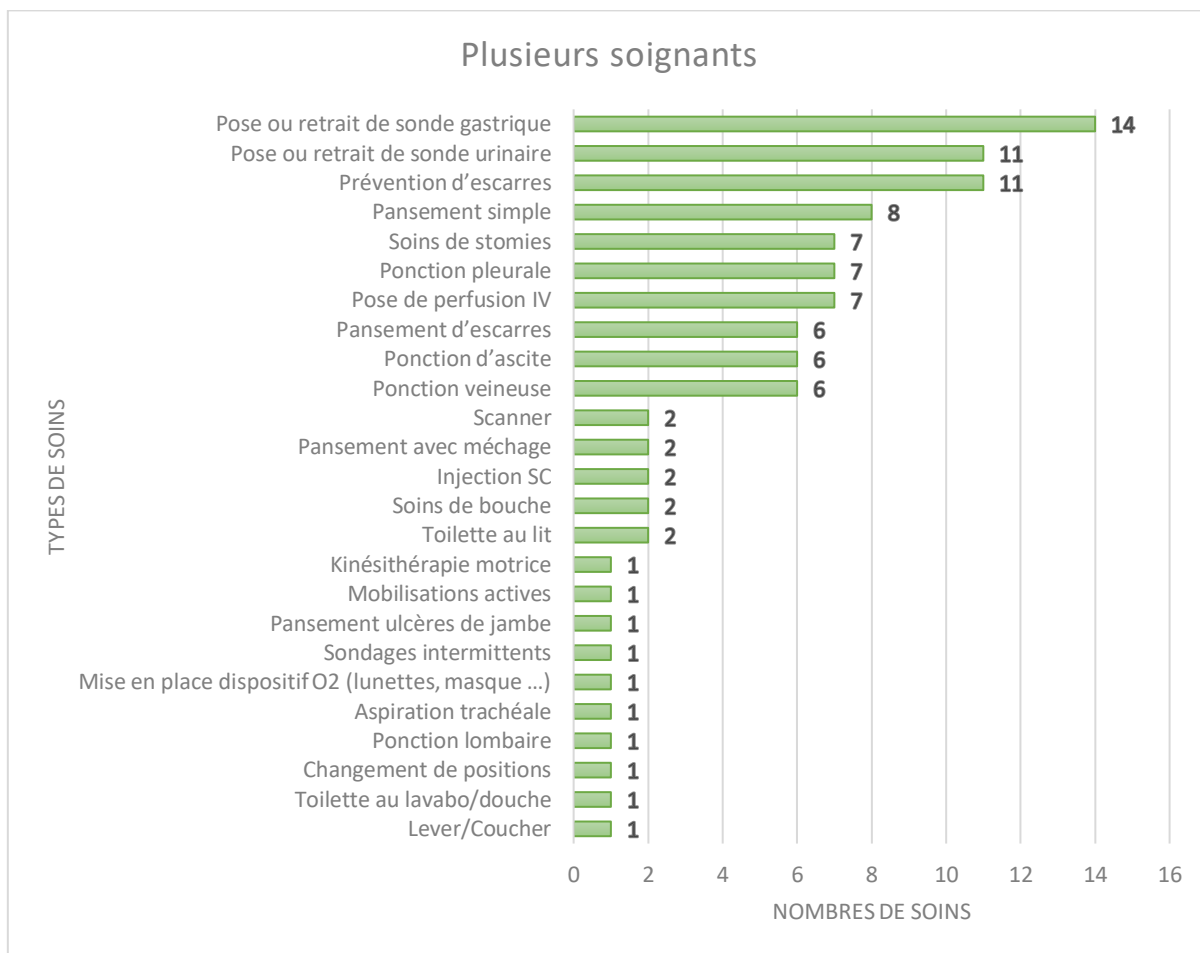


Figure 21 : Types de soins pour lesquels plusieurs soignants étaient présents

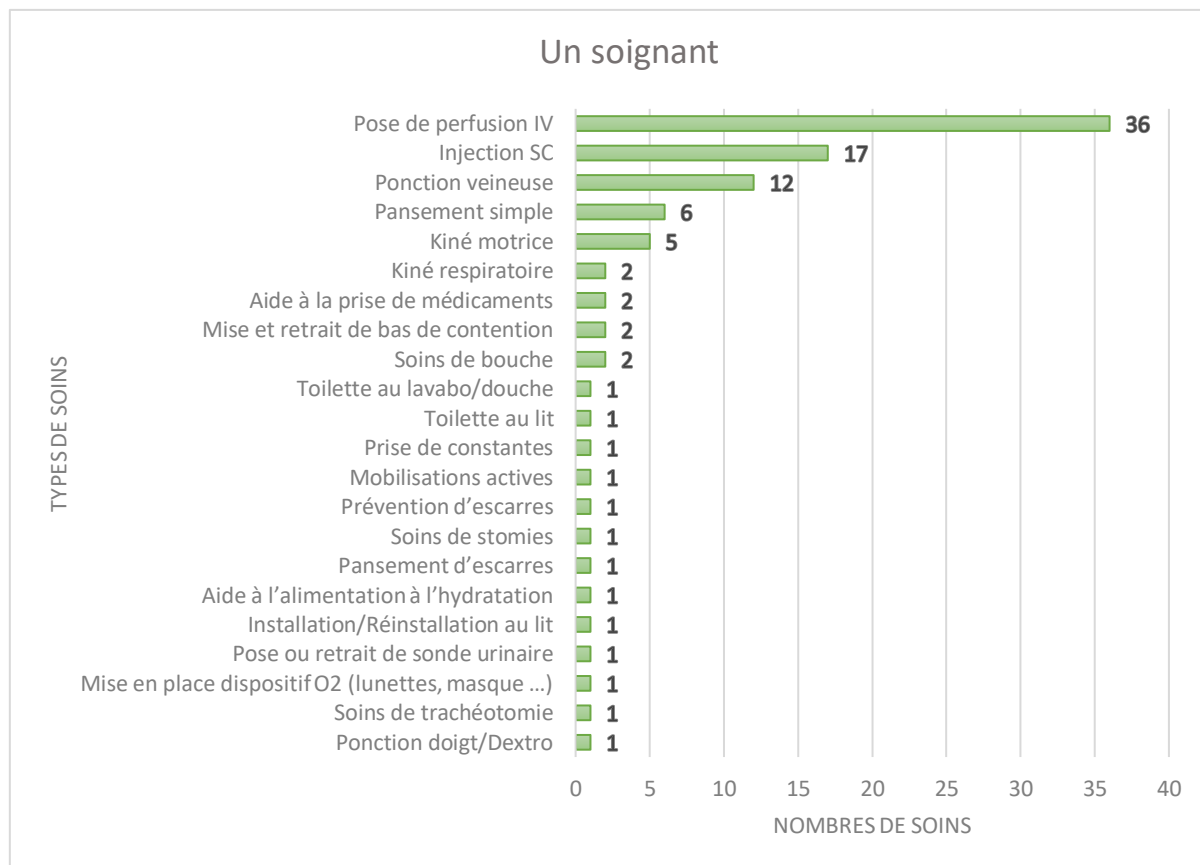


Figure 22 : Types de soins pour lesquels un seul soignant était présent

2.7 Sur une échelle de satisfaction, comment évalueriez-vous la prise en charge de la douleur induite par les soins durant votre hospitalisation : Insatisfaisante ? Peu satisfaisante ? Satisfaisante ? Très satisfaisante ?

Les patients ont répondu qu'ils étaient satisfaits ou très satisfaits de la prise en charge des douleurs induites par les soins dans 95% des cas (190 cas sur 200).

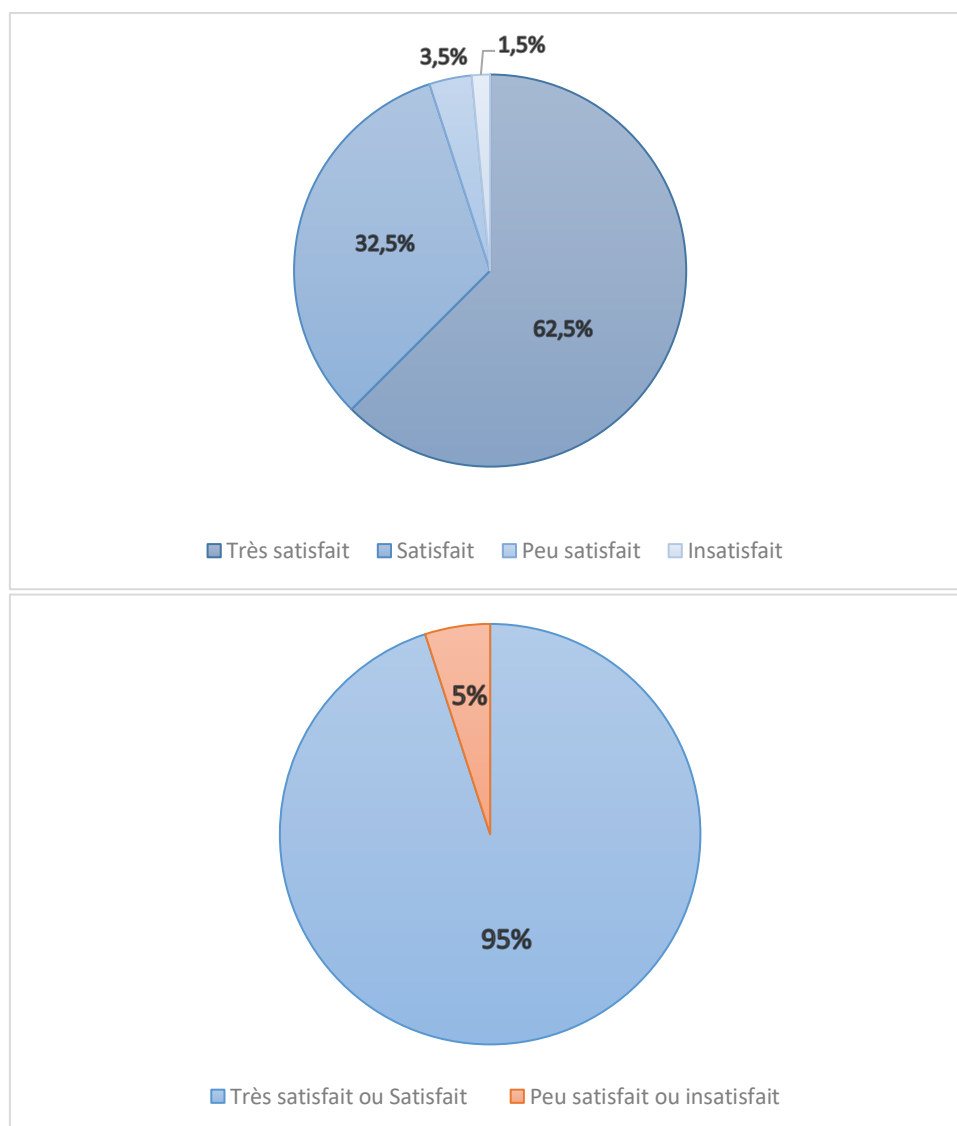


Figure 23 : Evaluation de la satisfaction des patients concernant la prise en charge de la douleur induite par les soins

Une grande majorité de patients sont très satisfaits (62,5%) et près d'un tiers satisfaits (32,5%) par la prise en charge des douleurs induites.

Une sous-analyse par type de soins ou type de traitements préventifs chez les patients insatisfaits ou peu satisfaits n'était pas pertinente du fait de leur très faible nombre.

2.8 Selon vous, que vous a-t-il manqué dans la prise en charge de la douleur induite par les soins ?

Cette dernière question ouverte du questionnaire laissait une réponse totalement libre pour le patient.

On note que la plupart des patients ont répondu qu'ils ne leur manquaient rien ou n'avaient pas d'idée de réponse : 190 fois sur 200 (95% des patients).

Sur les 10 patients qui ont répondu à cette question, nous pouvons en dégager plusieurs éléments de réponses :

- L'échelle d'évaluation de la douleur numérique (0 à 10), ne leur semble pas adaptée personnellement, ils éprouvent des difficultés à associer un chiffre à leur douleur ;
 - *Cette notion a été évoquée 5 fois sur 10 ;*
- Manque d'écoute et réactivité de la part du personnel soignant, notamment dans l'adaptation de la prise en charge lorsque le patient signale sa douleur pendant le soin ;
 - *Cette notion a été évoquée 4 fois sur 10 ;*
- Donner au patient un horaire où le soin sera réalisé, afin qu'il puisse s'y préparer mentalement et anticiper d'autant plus le traitement antalgique préventif ;
 - *Cette notion a été évoquée 1 fois sur 10 ;*

L'échelle d'évaluation de la douleur numérique a posé problème à au moins 5 patients de l'étude. Il existe pourtant des alternatives à cette échelle⁽²³⁾, qui sont utilisables en pratique au CGFL.

A noter que le manque d'écoute et de réactivité de la part du personnel soignant, était une remarque faite par des patients qui n'étaient pas satisfaits de manière générale de la prise en charge au CGFL, et pas uniquement à propos des douleurs induites par les soins.

La dernière notion concernant l'horaire du soin dans la journée pour le patient, semble difficile à réaliser en pratique, néanmoins intéressante.

DISCUSSION

Ce travail de recherche a permis d'établir un état des lieux de la prise en charge des douleurs induites par les soins du point de vue des patients du CGFL.

Centrer l'objectif de travail sur le patient semblait primordial. La douleur étant une expérience personnelle que seul le patient peut décrire⁽²⁴⁾. Notamment en oncologie où la douleur de manière générale, représente un enjeu majeur de la prise en charge^(25,26).

Concernant notre **méthode** de travail :

- L'élaboration d'un **questionnaire** destiné aux patients était la première étape afin de standardiser les réponses qu'ils donneraient au cours d'entretiens.
- La **force** de ce travail est la réalisation de tous les entretiens au lit du patient par la même personne. Les patients ayant tendance à répondre aux questions en pensant à la prise en charge globale et non la prise en charge des douleurs induites spécifiquement. Dans ce contexte les questions et les réponses ont pu être précisées pour qu'elles concernent uniquement les douleurs induites par les soins.
- Cette étude présente néanmoins quelques **points faibles**. Le questionnaire, malgré qu'il soit standardisé, reste dépendant des dires et de la mémoire du patient. Nous interrogeons le patient rétrospectivement par rapport au soin et des erreurs dans les réponses par rapport à la réalité ont pu être intégrées dans les résultats. Cela pourrait représenter un biais de mémorisation pour notre étude⁽²⁷⁾. La méthode de recueil ne nous permet pas d'effectuer une analyse d'efficacité spécifique d'un traitement en particulier. La présence d'un potentiel traitement antalgique préexistant aurait par exemple biaisé cette analyse. Des doublons patients sont présents dans la base de données, qui ont été réinterrogés lors d'un second séjour d'hospitalisation. Bien qu'ils aient évoqué des soins différents à chaque entretien, ils pourraient représenter un biais de sélection pour l'étude⁽²⁷⁾.

Concernant les **résultats** obtenus et les **pistes d'améliorations** qu'ils pourraient soulever :

- A propos des **types de soins** étudiés, nous avons fait le choix durant l'entretien de laisser le patient parler du soin qu'il souhaitait. Ce choix a été fait en partant du principe que si une expérience douloureuse a été vécue, il évoquera probablement le soin en lien avec celle-ci. Cela a conduit à des soins « laisser pour compte » qui n'ont quasiment pas été évoqués.
Il a été tenté de réaliser des **analyses** des différents résultats obtenus **par types de soins**. Malgré une richesse dans la variété d'actes de soins réalisés auprès des patients du CGFL, ce travail s'est heurté au fait que de nombreuses fois les patients rapportaient le même type de soin réalisé (pose de perfusion, ponction veineuse, injection sous-cutanée...). Ce sont par ailleurs des soins avec des temps de réalisations plutôt courts. Les soignants abordent peut-être la prise en charge de ces soins de manière différente : moins de traitement préventif antalgique proposé ? Evaluations de la douleur pendant et après leurs réalisations moins fréquentes ?

Ces soins majoritairement représentés dans les données ont engendré des difficultés à identifier pour quel soin en particulier la prise en charge pourrait être améliorée. Il serait pertinent à l'avenir d'appliquer la même méthode de travail en s'orientant sur une approche spécifique soin par soin⁽²⁸⁾.

- Concernant le **traitement antalgique préventif**, il a été proposé dans 79,5% des cas. Il pourrait être judicieux de se demander pour quelles raisons il ne l'a pas été dans les 20,5% restants : existe-t-il une influence du type de soin réalisé ? L'analyse effectuée en ce sens (Figure 10) est un début d'élément de réponse mais ne permet pas de conclure de manière significative, cela reste à approfondir.

Les traitements non-médicamenteux et inhalés restent sous représentés. Ce sont pourtant des thérapies intéressantes et accessibles⁽²⁹⁻³¹⁾. Il serait intéressant de comprendre pourquoi elles ne sont pas plus utilisées en pratique clinique quotidienne : existe-t-il trop peu de personnels formés ? Un manque de temps ? De disponibilité des soignants ?

La **prescription** des traitements préventifs antalgiques dans le **logiciel médical** du CGFL Clinicom® est globalement bien réalisée. En revanche elle ne l'est pas pour les formes locales et non-médicamenteuses. Est-ce par habitude ? Manque de temps ? Le logiciel le permet-il pour toutes les thérapeutiques ? C'est un travail sur lequel nous pourrions progresser dans le futur et un axe de sensibilisation intéressant pour la suite.

- **L'efficacité des traitements préventifs** proposés est rapportée par les patients dans 87,4% des cas. Une analyse d'efficacité pour chaque traitement individuellement a été tentée, néanmoins la méthode de recueil utilisée amenait de nombreux biais dans l'analyse de ces résultats. Elle n'a donc pas été intégrée dans l'étude.

- **L'explication du soin** représente un élément essentiel de la prise en charge des douleurs induites. Cette explication permet par ailleurs, s'il le souhaite, d'aider le patient à rationaliser le soin et prévenir l'anxiété qu'il pourrait ressentir avant et pendant sa réalisation⁽³²⁾. Dans ce travail, les patients rapportent que le soin leur a été expliqué dans 95% des cas. C'est un point valorisant qui tend à révéler qu'un travail en ce sens est bien réalisé au sein du CGFL.

- La notion **d'évaluation de la douleur** a été recueillie auprès des patients lors de trois temps du soin : avant, pendant et après sa réalisation. Cependant, malgré la réalisation d'une revue de dossier informatique, nous n'avons pas relevé la **traçabilité informatique** de ces évaluations de la douleur. Cela aurait pu être une information intéressante à recueillir. En effet la non-traçabilité de l'évaluation de la douleur n'est pas forcément en lien avec sa non-réalisation, mais peut-être plutôt avec un manque de moyen rapide et efficace de tracer cet acte.

- **Les soignants** semblent effectuer les soins potentiellement douloureux à **plusieurs** dans environ un cas sur deux. Une sous-analyse par type de soin laisse penser qu'un renfort est attribué pour les soins les plus complexes, mais on ne peut exclure l'influence de la disponibilité du personnel. Il serait judicieux de recueillir l'avis des soignants concernant ce résultat.

- Ce travail met en lumière une globale **satisfaction** de la part des patients concernant la prise en charge des douleurs induites avec 95% de patients satisfaits. Les rares patients insatisfaits concernant les douleurs induites, semblaient aussi être insatisfaits de manière générale par la prise en charge au moment de l'entretien. Il semble difficile de conclure à leur insatisfaction concernant la prise en charge des douleurs induites spécifiquement.
- **L'échelle numérique d'évaluation de la douleur** ne semble pas adaptée pour certains patients. Au sein du CGFL plusieurs échelles alternatives sont à disposition (EVS, EVA, Algoplus ...), il serait pertinent dans un travail futur d'analyser l'utilisation de ces échelles⁽³³⁾.

CONCLUSION

La douleur induite par les soins est un problème qui nécessite une approche proactive et individualisée de la part des professionnels de la santé.

Cette enquête menée à travers un questionnaire, auprès des patients hospitalisés, a permis d'établir un état des lieux de la prise en charge des douleurs induites par les soins au Centre Georges-François Leclerc (CGFL).

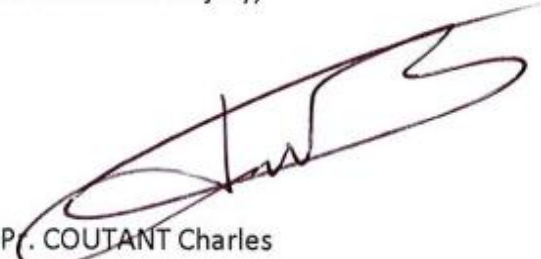
Les patients expriment une satisfaction concernant la prise en charge des douleurs induites dans 95% des cas. Ils rapportent une proposition de traitement préventif antalgique par le soignant dans 79,5% des cas, et ils considèrent ce traitement comme efficace dans 87,4% des cas. Par ailleurs, les soins potentiellement douloureux administrés sont expliqués dans 95% des cas et une évaluation de leur douleur avant le soin est réalisée dans 92,5% des cas selon les patients.

Certaines pistes d'améliorations peuvent être distinguées : La fréquence de proposition du traitement préventif des douleurs induites par les soignants peut encore être améliorée car dans 20,5% des cas elle reste non réalisée. Les thérapies non-médicamenteuses et inhalées sont encore sous-représentées parmi les traitements préventifs proposés. Les traçabilités informatiques des traitements locaux et non-médicamenteux ainsi que de l'évaluation de la douleur pourraient être étudiées plus en détails. L'utilisation des différentes échelles d'évaluation de la douleur pourraient également faire l'objet d'un travail de recherche au sein du CGFL.

Ces données, rapportées par les patients, ne permettent pas de conclure quant à l'état de la prise en charge de la douleur en lien avec chaque soin potentiellement douloureux individuellement. Une étude des douleurs induites spécifique d'un soin en particulier pourrait apporter un regard plus précis le concernant.

Ce travail aura permis d'établir une base de travail qui permettra de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des douleurs induites par les soins auprès des patients du Centre de Lutte Contre le Cancer de Dijon.

Le Président du jury,



Pr. COUTANT Charles

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 3 AVRIL 2021
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Guéant S, Taleb A, Borel-Kühner J, Cauterman M, Raphael M, Nathan G, et al. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre prospective study: *European Journal of Anaesthesiology*. févr 2011;28(2):97-105.
2. Puntillo KA. Procedural Pain in Intensive Care: Translating Awareness into Practice. *Anaesth Intensive Care*. juill 2016;44(4):444-6.
3. Peoc'h N, Lopez G, Castes N. Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours... Vers les prémisses d'une compréhension : *Recherche en soins infirmiers*. 1 mars 2007;N° 88(1):84-93.
4. Given J. Management of procedural pain in adult patients. *Nursing Standard*. 8 déc 2010;25(14):35-40.
5. Erden S, Artiklar T, Tura İ, Türkmen A. Assessment of Procedural Pain in Patients with COVID-19 in the Intensive Care Unit. *Pain Management Nursing*. oct 2022;23(5):596-601.
6. Lauriola M, Tomai M, Palma R, La Spina G, Foglia A, Panetta C, et al. Procedural Anxiety, Pain Catastrophizing, and Procedure-Related Pain during EGD and Colonoscopy. *Southern Medical Journal*. janv 2020;113(1):8-15.
7. Francisco ASPG, Montemezzo D, Ribeiro SNDS, Frata B, Menegol NA, Okubo R, et al. Positioning Effects for Procedural Pain Relief in NICU: Systematic Review. *Pain Management Nursing*. avr 2021;22(2):121-32.
8. Wrona SK, Quinlan-Colwell A, Brown L, Enricoso Jannuzzi RG. Procedural Pain Management: Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*. oct 2022;23(5):583-4.
9. Lhuillery D, Cosquéric G. Douleurs induites par les soins: analyse de l'évolution des données d'une enquête annuelle de prévalence de la douleur. *Savoirs et soins infirmiers*. 9 juill 2009;
10. Bérourd F, Donnadiou S, Wrobel J. Les douleurs induites. Institut UPSA de la Douleur. Paris; 2010. 197 p.
11. Ricard-Hibon A. La douleur induite par les soins. *SFMU*. 2014;(33).
12. Pancekauskaitė G, Jankauskaitė L. Paediatric Pain Medicine: Pain Differences, Recognition and Coping Acute Procedural Pain in Paediatric Emergency Room. *Medicina*. 27 nov 2018;54(6):94.
13. Carbajal R. Epidémiologie et prise en charge des gestes douloureux chez les nouveau-nés en réanimation: Etude EIPPAIN. *JAMA*. 2008;300.
14. Demaziere V, Quintard M, Olivier M, Groupe Douleur Induite CLUD CHU Toulouse. Prise en charge de la douleur induite par les soins. 2009.
15. Vitale É, Gibert P, Baudrant M, Trochet C, Allenet B. Douleur induite par les soins et prise en charge antalgique. *La Revue de l'Infirmière*. mai 2022;71(281):47-8.

16. Tarenne M, Payen E, Benazzouz M. Douleur induite lors des soins, quelle prise en charge non médicamenteuse en post-AVC ? La Revue de l'Infirmière. mars 2021;70(269):45-7.
17. OMÉDIT Centre-Val de Loire - Commission DOULEUR. Prévention de la douleur induite par les soins chez l'adulte. 2019.
18. Guy Coichard C, Allouch L, Weinstein R, Masanes MJ, Rostaing Rigattieri S. Clinical audit on quality of care related pain management. Douleurs. sept 2015;16(4):190-8.
19. Röhrig B, Prel JBD, Wachtlin D, Blettner M. Types of Study in Medical Research. Deutsches Ärzteblatt international [Internet]. 10 avr 2009 [cité 25 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2009.0262>
20. Cooksey RW. Descriptive Statistics for Summarising Data. In: Illustrating Statistical Procedures: Finding Meaning in Quantitative Data [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2020 [cité 25 mars 2024]. p. 61-139. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-981-15-2537-7_5
21. Lapôtre-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, et al. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. BEH. 4 juill 2023;(12-13):188-204.
22. Miranda-Filho A, Bray F, Charvat H, Rajaraman S, Soerjomataram I. The world cancer patient population (WCPP): An updated standard for international comparisons of population-based survival. Cancer Epidemiology. déc 2020;69:101802.
23. Haute Autorité de Santé. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. 2022.
24. International Association for the Study of Pain. IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979. 2020.
25. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology. oct 2018;29:iv166-91.
26. Villegas Estévez FJ, López Alarcón MD, Beato C, Sanz-Yagüe A, Porta-Sales J, Morera López RM. Procedural pain in patients with cancer: a Delphi expert management consensus. BMJ Support Palliat Care. nov 2023;13(e2):e428-36.
27. Savès M, Institut de Santé Publique et d'Epidémiologie et de Développement. Biais dans les enquêtes épidémiologiques descriptives. Université de Bordeaux; 2017.
28. Sørensen RBA, Henriksen MJV, Wienecke T. Influence of procedural factors on patient procedural pain in relation to diagnostic lumbar puncture. The American Journal of Emergency Medicine. août 2021;46:183-7.
29. Coelho A, Parola V, Cardoso D, Bravo ME, Apóstolo J. Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. juill 2017;15(7):1867-904.
30. Bergia JM. L'utilisation du Meopa dans la prise en charge de la douleur. SOiNS. janv 2007;(712):22-3.

31. Katta MR, Valisekka SS, Agarwal P, Hameed M, Shivam S, Kaur J, et al. Non-pharmacological integrative therapies for chronic cancer pain. *J Oncol Pharm Pract.* déc 2022;28(8):1859-68.
32. Kühlmann AYR, De Rooij A, Kroese LF, Van Dijk M, Hunink MGM, Jeekel J. Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. *British Journal of Surgery.* 14 mai 2018;105(7):773-83.
33. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Les échelles de la douleur. 2023.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de thèse sur les douleurs induites par les soins destinés aux patients hospitalisés du CGFL



Questionnaire de thèse sur la douleur induite par les soins des patients hospitalisés au CGFL

Afin d'améliorer nos pratiques quotidiennes concernant la prise en charge de la douleur liées aux soins, nous souhaiterions recueillir votre avis de façon anonyme. Nous vous remercions pour votre participation.

Secteur : 2^{ème} Est 2^{ème} Ouest 3^{ème} Est 3^{ème} Ouest 4^{ème}

Homme / Femme

1. Avez-vous reçu un soin douloureux ou potentiellement douloureux durant les trois derniers jours d'hospitalisation ? Si oui, lequel ?

- Soins d'hygiène et de confort :
 - Change ;
 - Lever/Coucher ;
 - Habillage/Déshabillage ;
 - Toilette au lit ;
 - Toilette au lavabo/douche ;
 - Mise et retrait de bas de contention ;
 - Prévention d'escarres ;
 - Changement de positions ;
 - Soins de bouche ;
 - Soins d'yeux/collyre ;
 - Soins de pieds ;
 - Extraction de fécalome ;
 - Aide à l'alimentation à l'hydratation ;
- Prélèvements et effractions cutanées :
 - Ponction doigt/Dextro ;
 - Ponction artérielle ;
 - Ponction veineuse ;
 - Pose de perfusion IV ;
 - Pose de perfusion SC ;
 - Injection IM ;
 - Injection SC ;
 - Ponction lombaire ;
 - Ponction d'ascite ;

- Ponction pleurale ;
- Sondes et aspiration :
 - Aspiration nasopharyngée ;
 - Aspiration trachéale ;
 - Intubation ;
 - Soins de trachéotomie ;
 - Mise en place dispositif O2 (lunettes, masque ...) ;
 - Pose ou retrait de sonde urinaire ;
 - Sondages intermittents ;
 - Pose ou retrait de sonde gastrique ;
- Mobilisations et transferts :
 - Installation/Réinstallation au lit ;
 - Transfert du lit au fauteuil ;
 - Brancardage ;
 - Aide à la marche ;
- Pansements :
 - Pansement simple ;
 - Pansement cathéter ;
 - Pansement d'escarres ;
 - Pansement ulcères de jambe ;
 - Pansement avec méchage ;
 - Soins de stomies ;
- Actes de kinésithérapie :
 - Kiné respiratoire ;
 - Mobilisations actives ;
 - Mobilisations passives ;
 - Massages ;
 - Enveloppement global ;
 - Kiné motrice
- Actes de radiologie :
 - Radiographie ;
 - Echographie ;
 - Scanner ;
 - IRM ;
 - Uro-cystographie rétrograde ;
- Divers :
 - Retrait d'adhésifs ;
 - Retrait de voies d'abord ;
 - Prise de constantes ;
 - Aide à la prise de médicaments ;
 - Pesée ;

2. Avant de recevoir un soin potentiellement douloureux, vous a-t-on proposé un traitement antalgique préventif ?

- Traitement médicamenteux, si oui par quelle voie d'administration ?
 - Per os :
 - Paracétamol ;
 - AINS (Kétoprofène ; Ibuprofène ; Naproxène) ;
 - Acupan ;
 - Tramadol ;
 - Paracétamol + Tramadol ;
 - Paracétamol + Codéine ;
 - Morphine ;
 - Oxycodone ;
 - Fentanyl ;
 - Alprazolam ;
 - Lamaline ;
 - Intraveineuse :
 - Paracétamol ;
 - AINS (Kétoprofène ; Ibuprofène ; Naproxène) ;
 - Acupan ;
 - Tramadol ;
 - Morphine ;
 - Oxycodone ;
 - Midazolam ;
 - Locale :
 - Lidocaïne (EMLA) local ;
 - Xylocaïne (gel ; nébuliseur ; SC) local ;
 - Inhalée (MEOPA) ;
- Traitement non médicamenteux, si oui lequel ?
 - Hypnose ;
 - Relaxation ;
 - Musicothérapie ;
 - Application de chaud/froid ;
 - Aromathérapie ;
 - Bain serviette ;
 - Broyage des médicaments ;
- Aucun traitement n'a été proposé ;
- Traitement non prescrit dans le logiciel ;

3. Avez-vous trouvé le traitement proposé comme :

- Inefficace ;
- Peu efficace ;
- Efficace ;
- Très efficace ;

- 4. Avant de vous administrer le soin potentiellement douloureux, vous a-t-il été expliqué par l'équipe soignante ?**
- Oui
 - Non
- 5. Avons-nous évalué votre douleur (à l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur par exemple) :**
- Avant le début du soin ?**
- Oui
 - Non
- Pendant le soin ?**
- Oui
 - Non
- Après le soin ?**
- Oui
 - Non
- 6. Pendant le soin, une personne de l'équipe soignante était-elle présente pour vous accompagner pendant qu'une autre réalisait le soin ?**
- Oui
 - Non
- 7. Sur une échelle de satisfaction, comment évalueriez-vous la prise en charge de la douleur induite par les soins durant le séjour ?**
- Insatisfaisante ;
 - Peu satisfaisante ;
 - Satisfaisante ;
 - Très satisfaisante ;
- 8. Selon vous, que vous a-t-il manqué dans la prise en charge de la douleur induite par les soins ?**
-

Annexe 2 : Protocole de prise en charge des douleurs induites par les soins du CGFL

	<h3>Prise en charge de la douleur induite par les soins</h3>	Référence : PC/PEC/072 Version 01 - Mai 2023 Création doc : Mai 2023
	Document de rattachement : Sans objet	Page 1/9

Seule la version électronique diffusée dans la base de gestion documentaire de l'établissement fait foi de l'applicabilité du document.

Historique du document	
N° et date de version	Objet
V01 05/2023	Création du document

Circuit du document		
Rédaction	Validation	Diffusion
F. CHATEAUNEUF Infirmière Ressource Douleur M. PERROT Algologue A. PIOT Algologue	Dr T. RAPENNE MAR et algologue C. DI MARTINO Pharmacien Responsable de la PECM	M. SAUNIE Directrice de la qualité, de la gestion des risques et de la démarche environnementale

Table des matières

1. OBJET	2
2. DOMAINE D'APPLICATION	2
3. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS.....	3
4. DOCUMENTS DE REFERENCE	3
5. CONTENU	5
5.1 Situations à risque de DPS (non exhaustif).....	5
5.2 Règles d'or	6
Anticipation	6
Évaluation.....	6
5.3 Méthodes disponibles	7
Information du patient.....	7
Méthodes non médicamenteuses.....	7
Méthodes médicamenteuses	7
6. ANNEXES.....	8
Annexe 1 : Durée d'action principale des antalgiques	8
Annexe 2 : Associations des antalgiques et médicaments à visée antalgique	9

1. OBJET

La procédure a pour objet de définir les modalités de prise en charge de la douleur induite par les soins, chez les patients traités au CGFL.

Ses objectifs sont de :

- Permettre aux soignants d'identifier, évaluer et anticiper les situations pourvoyeuses de douleurs induites par les soins.
- Permettre aux soignants d'identifier et évaluer les patients potentiellement concernés.
- Informer sur les thérapeutiques préventives existantes au sein de l'établissement.

2. DOMAINE D'APPLICATION

La présente procédure s'applique à tout patient pris en charge au CGFL et est applicable par les équipes médicales, paramédicales (IDE, AS, MER...) et brancardiers au contact des patients.

3. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

- **Douleur induite** : de courte durée, causée par le soignant ou le traitement, prévisible (en dehors de l'urgence), pouvant être prévenue. Souvent appelée **douleur provoquée par les soins ou DPS**

Différent de :

- **Douleur provoquée** : intentionnellement par le soignant ou le chercheur, afin de caractériser la douleur, l'évaluer (douleur expérimentale).
- **Douleur iatrogène** : non intentionnelle, liée aux traitements malgré les mesures de prévention.

4. DOCUMENTS DE REFERENCE

Recommandations :

Recommandations pour la pratique clinique 2005 : Standards, Options et Recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez l'adulte atteint de cancer. I.Krakowski et col.

Ouvrage :

Médecine de la douleur pour le praticien. A. Serrié et col. 2020. Ed Elsevier Masson.
Chapitre 5 : principes d'évaluation des syndromes douloureux aigus chez l'adulte.

F. Bourreau, *Douleur induite par les soins*. Ed. Institut UPSA de la douleur 2010

Législations :

- Code de la santé publique et loi du 4 mars 2002
- Article L.1110-5 du code de la santé publique (loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

- **Article L1112-4** : Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis ;

Décret N° 2004- 802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires du CSP et modifiant certaines dispositions de ce code)

Article R4311-5 du Code de la Santé Publique (rôle propre infirmier)

Article R4311-7 du Code de la Santé Publique (rôle infirmier sur prescription médicale)

Article R4311- 8 du Code de la Santé Publique (prise en charge de la douleur)

Article R4321-9 du Code de la Santé Publique (masseurs kinésithérapeutes)

Article R. 4311-12 du Code de la Santé Publique (IADE)

Article R. 4311-14 du Code de la Santé Publique (protocoles de soins d'urgence)

Article R4351-3 du Code de la Santé Publique (manipulateurs en électroradiologie)

Articles :

A. Coutaux, E. Collin. Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs – Douleur et Analg. 2008 ; 21 : 126-138.

Tcherny-Lessenot et al. Management and relief of pain in an emergency department. From the adult patients' perspective.. J Pain Symptom Manage 2003;25:539-46

Singer et al. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. Ann Emerg Med 1999; 33: 652-658

Boccard et al. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. Ann Fr Med Urg 2011;1:312-9

Lang et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet 2000;355:1486-90

Plaisance et al. Description de la douleur procédurale dans les services d'urgence en France : étude DOUCEUR. Congrès SFMU 2014 abstract n° 521

Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés

L'objectif de la présente Charte est de faire connaître concrètement les droits essentiels des patients accueillis dans les établissements de santé. La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients, et le soulagement de la souffrance, doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille, et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement

Guide HAS : Certifications des établissements de santé Prise en charge de la douleur septembre 2014

5. CONTENU

5.1 Situations à risque de DPS (non exhaustif)

SOINS D'HYGIENE ET DE CONFORT

- Change
- Lever/coucher
- Habillage/Déshabillage
- Toilette au lit
- Toilette au lavabo/douche
- Mise et retrait de bas de contention
- Prévention d'escarres
- Changement de positions
- Soins de bouche
- Soins d'yeux/ collyre
- Soins de pieds
- Extraction de fécalome
- Aide à l'alimentation et hydratation
- ...

PRELEVEMENTS ET EFFRACTIONS CUTANÉES

- Ponction doigt/ Dextro
- Ponction artérielle
- Ponction veineuse
- Pose de perfusion IV
- Pose de perfusion SC
- Injection IM
- Injection SC
- Ponction lombaire
- Ponction d'ascite
- ...

SONDES ET ASPIRATION

- Aspiration naso-pharyngée
- Aspiration trachéale
- Intubation
- Soins de trachéotomie
- Mise en place dispositif O2 (lunettes, masque...)
- Pose ou retrait de sonde urinaire
- Sondages intermittents
- Pose ou retrait de sonde gastrique
- ...

MOBILISATIONS ET TRANSFERTS

- Installation/Réinstallation dans le lit
- Transfert du lit au fauteuil
- Brancardage
- Aide à la marche
- ...

PANSEMENTS

- Pansement simple
- Pansement cathéter
- Pansement d'escarres
- Pansement ulcères de jambe
- Pansement avec méchage
- Soins de stomies
- ...

ACTES DE KINESITHERAPIE

- Kiné respiratoire
- Mobilisations actives
- Mobilisations passives
- Massages
- Enveloppement global
- ...

ACTES DE RADIOLOGIE

- Radiographie (thorax, bassin...)
- Echographie (abdominale...)
- Scanner (cérébral-thorax-abdomen-pelvis...)
- IRM
- Uro-cystographie rétrograde
- ...

DIVERS

- Retrait d'adhésifs
- Retrait de voies d'abord
- Prise de constantes
- Aide à la prise de médicaments
- Pesée
- ...

5.2 Règles d'or

Anticipation

Différents paramètres doivent être pris en compte :

- Organisationnels (à l'échelle de l'institution, service, protocoles CLUD)
- Du **type de soins**,
- De la **vulnérabilité et fragilité** des patients,
- Du **délai d'action de la thérapeutique** utilisée.

Évaluation

Cf [Procédure d'évaluation de la douleur au CGFL - PC/PEC/036](#)

Pour rappel l'évaluation de la douleur est nécessaire **avant, pendant et après** le soin.

Elle se base sur une **relation d'échange** entre le patient et le professionnel de santé.

Elle s'appuie sur l'utilisation **d'échelles validées** :

Echelle d'autoévaluation :

EN, EVA, EVS, EVA verticale
Échelles des visages

Echelle d'hétéro-évaluation (patient non communicant):

ALGOPLUS
FLACC (pédiatrie)

Mais elle doit également prendre en compte **l'aspect global** de la personne (**émotionnelle, cognitive, comportementale...**). Cette évaluation **oriente et rythme** la réalisation du soin en fonction du vécu du patient.

5.3 Méthodes disponibles

Information du patient

Le patient est informé du caractère potentiellement douloureux du soin ou de l'examen (information adaptée et loyale) et des différents traitements disponibles pour prendre en charge cette douleur induite.

Méthodes non médicamenteuses

La **réalisation de l'examen / soin** se fait dans un **environnement adapté** (ambiance calme et rassurante, confort des lieux pour les patients comme pour les soignants). Elle s'appuie sur un **accueil de qualité** mais également un **respect de la pudeur** du patient à tout instant.

Les différentes techniques disponibles au sein du CGFL (utilisées seules ou en association) :

- Relaxation / Exercice de respiration
- Distraction conversationnelle / Hypnose médicale (*appel IRD 8786*)
- Musicothérapie (Music Care ©) – Sans prescription médicale / Soins à valider sur le DSI (*Un appareil disponible par étage*)
- Application de chaud, de froid
- Aromathérapie (*Mathilde Blin, IDE 4ème étage*)
- Bain serviette

Méthodes médicamenteuses

Elles se basent sur l'utilisation de **thérapeutiques antalgiques et anxiolytiques orales et/ou injectables, d'anesthésiques d'application locale** (cf. *Annexes 1 & 2*) mais également sur l'utilisation de **gaz à usage médical**.

MEOPA : Mélange équimolaire O2 + Protoxyde d'azote

Cf [Utilisation du MEOPA \(Kalinox\) - PC/SPT/052](#)

Elle prend en compte les **traitements antérieurs et actuels du patient**.

Les **éventuelles allergies ou contre-indications** (absolues ou relatives) doivent impérativement être **recherchées**.

6. ANNEXES

Annexe 1 : Durée d'action principale des antalgiques

Durée d'action principale des antalgiques

DCI	SPECIALITES	VOIES D'ADMINISTRATION per os (PO), Intraveineuse lente (IVL)	15mn	30mn	45mn	1heure	1h45	2heures
Paracétamol	doliprane, dafalgan, effergalcan, ...	PO						
	perfalgan	IVL						
Kétoprofène	profenid, bi-profenid	PO						
	profenid	IVL						
Ibuprofène	advil, nureflex	PO						
	apranax, naprosyne	PO						
Néfopam	acupan	PO						
	acupan	IVL						
Tramadol	contramal, topalgic, zamuadol, ...	PO						
	contramal, topalgic, zamuadol, ...	IVL						
Tramadol + Paracétamol	zalidar, ivprim	PO						
	effergalcan codéiné, dafalgan codéiné, ...	PO						
Morphine	actiskenan, oramorph...	PO						
	morphine	IVL						
Oxycodone	oxynorm	PO						
	oxynorm	IVL						
Citrates de fentanyl	abstral	PO						
Lidocaïne prilocaïne	Emla	patch						
	xylocaïne gel	gel urétral						
Xylocaïne	xylocaïne gel visqueuse	gel buccale						
	xylocaïne nébuliseur	pulvérisation pharyngée						
Alprazolam	alprazolam, xanax	PO						
	midazolam, hyprovel	IVL						
MEOPA	kallmax, entonox, oxynox	Inhalation						

Légende



Interdiction de pratiquer le soin

Le soin peut être débuté mais le médicament n'est pas à son efficacité optimale

Le soin peut être réalisé, le médicament est à son efficacité optimale

administration / pose ou fin d'administration du traitement

Annexe 2 : Associations des antalgiques et médicaments à visée antalgique

Associations des antalgiques et médicaments à visée antalgique.

Association possible	AINS kétoprofène, buprénorphine	ANESTHÉSIFIQUES LOCAUX lidocaïne en spray ou application cutanée	BENZODIAZÉPINES	BUPRÉNORPHINE Subutex	CODEINE	CORTICOIDES prédnisone, prédnisone	MEOPA	METHADONE	MORPHINE	MORPHINOMIMÉTIQUES oxycodone, sophidone, fentanyl, remifentanyl et sufentanyl	NALBUPHINE	NEFOPAM	PARACÉTAMOL	TRAMADOL
AINS kétoprofène, buprénorphine	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ANESTHÉSIFIQUES LOCAUX lidocaïne en spray ou application cutanée	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BENZODIAZÉPINES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BUPRÉNORPHINE Subutex	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CODEINE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CORTICOIDES prédnisone, prédnisone	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MEOPA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
METHADONE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MORPHINE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MORPHINOMIMÉTIQUES oxycodone, sophidone, fentanyl, remifentanyl et sufentanyl	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
NALBUPHINE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
NEFOPAM	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PARACÉTAMOL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TRAMADOL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
TECHNIQUES NON MÉDICAMENTEUSES Hypnose, sophrologie, musicothérapie, neurostimulation transcutanée, distraction...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

TITRE DE LA THESE : LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS - ETAT DES LIEUX AU CENTRE GEORGES-FRANCOIS LECLERC DE DIJON

AUTEUR : HERNANDEZ NIELS

RESUME :

INTRODUCTION : La douleur induite par les soins reste insuffisamment prise en compte dans la pratique clinique quotidienne. Cette étude vise à effectuer un état des lieux de la prise en charge des douleurs induites par les soins chez les patients hospitalisés au sein du CGFL.

METHODE : Une étude rétrospective descriptive a été menée à travers 200 entretiens, standardisés par un questionnaire, réalisés entre le 7 novembre 2023 et le 1^{er} février 2024, auprès des patients hospitalisés du CGFL.

RESULTATS : Les patients rapportent qu'une évaluation de leur douleur par le soignant a été faite dans 92,5% des cas avant le soin. Un traitement préventif antalgique a été proposé par le soignant dans 79,5% des cas. Ces traitements ont été décrit comme efficaces par les patients dans 87,4% des cas. Ils rapportent que le soin leur a été expliqué dans 95% des cas. Les patients ont répondu qu'ils étaient satisfaits de la prise en charge des douleurs induites par les soins dans 95% des cas. On notera que le soin potentiellement douloureux le plus rapporté par les patients est la pose de perfusion IV. Les formes de traitements inhalées et non-médicamenteuses sont les moins souvent proposées.

CONCLUSION : Cette enquête a permis d'établir une vue d'ensemble de la prise en charge des douleurs induites auprès des patients du CGFL. La fréquence de proposition du traitement préventif par les soignants peut encore être améliorée, non réalisée dans 20,5% des cas. Un regard plus précis concernant, chaque type de soin individuellement, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et les thérapies non-médicamenteuses et inhalées, pourraient faire l'objet de travaux de recherches ultérieures.

MOTS-CLES : DOULEUR ; SOINS ; PREVENTION ; EVALUATION ; TRAITEMENT ;