



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

DOULEURS INDUITES : CAS DU BRANCARDAGE AU
CENTRE HOSPITALIER DE SECLIN

Présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 2014 à 18 heures

Au pôle recherche de la faculté

Par Antoine MASUREL

Président : Monsieur le Professeur E.WIEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur V.HEDOUIN
Monsieur le Docteur J.M.RENARD
Monsieur le Docteur D.GERBAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur C. SCHOL

Composition du Jury

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Anesthésiologie – Réanimation chirurgicale et Médecine d’urgence
Coordonnateur Régional du DESC de Médecine d’urgence
Responsable UF Recherche clinique du pôle d’urgence - CHRU Lille -SAMU régional de Lille -
Pôle de l’urgence - CHRU Lille

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Médecine Légale et Droit de la Santé.
Directeur adjoint de l’Institut de Médecine Légale et de Médecine Sociale de la Faculté de
Médecine de Lille.
Responsable des USCA de Loos-lez-Lille, Lille-Sequedin du CHRU de Lille et de l’UHSI
Expert près de la Cour d’Appel de Douai

Monsieur le Docteur RENARD Jean-Marie

Maître de Conférences des Universités Centre d’Etudes et de Recherche en Informatique
Médicale -Faculté de médecine pôle recherche
Praticien hospitalier en Anesthésie - Réanimation Hôpital Jeanne de Flandre CHRU Lille

Monsieur le Docteur GERBAULT Dominique

Praticien Hospitalier en Anesthésie et médecine de la douleur
Chef du service anesthésie du centre hospitalier de Seclin
Consultations de la douleur hôpital Huriez CHRU Lille

Monsieur le Docteur SCHOL Claude

Praticien hospitalier en Médecine d’urgence
Chef de Pôle médecine, anesthésie, soins intensifs, urgence du centre hospitalier de Seclin

GLOSSAIRE

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EN : Echelle Numérique

EVS : Echelle Verbale Simple

IDE : Infirmière diplômée d'état

SMUR : Service mobile d'urgences et réanimation

SSR : Soins de Suite et Rééducation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Sommaire

<u>Introduction</u>	1
<u>Première Partie : Définitions</u>	3
<u>Deuxième Partie : Le Centre Hospitalier de Seclin</u>	7
<u>Troisième Partie : Le brancardage</u>	12
<u>Quatrième Partie : Matériel et méthode</u>	16
1. Recueil de données	17
2. Le matériel (patients)	19
3. Critères d'exclusion	19
<u>Cinquième Partie : Résultats</u>	21
1. Caractéristiques démographiques de la population étudiée	24
2. Conditionnement avant transport et implication sur les douleurs des patients	37
3. Etude des motifs d'admission et d'hospitalisation selon les patients et de l'évolution de la douleur selon leurs motifs	40
4. Manipulation de brancardage et implication sur la douleur	44
5. Aide au transfert et implication sur la douleur	48
6. Evaluation de l'attente dans les douleurs de brancardage	50
7. Evaluation du confort du matériel dans les douleurs de brancardage	51
8. Les conditions de déplacement	53
9. Autres causes de douleurs induites par le transport	56
<u>Sixième Partie : Discussion</u>	57
1. Difficultés rencontrées dans l'organisation et le déroulement de l'enquête	58
2. Limites de l'étude	60
3. Apports obtenus	62
4. Décisions prises pour améliorer la prise en charge de la douleur après l'évaluation	62
5. Conséquences sur les pratiques	69
<u>Conclusion</u>	76
<u>Bibliographie</u>	79
<u>Annexes</u>	83

INTRODUCTION

Les douleurs induites sont définies comme des douleurs de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. Ces douleurs peuvent se surajouter à une douleur de fond présente chez la personne malade. [1]

Les douleurs induites peuvent être dues à l'examen clinique, à des soins, à des actes à visée diagnostique ou thérapeutique ou être inhérentes à des traitements (chirurgicaux, radiothérapie...), au transport du patient ou à sa mobilisation.

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) de Seclin sous la présidence du Dr David a choisi d'évaluer la douleur générée par le transport et les actes de brancardage des patients.

L'objectif principal est de faire un état des lieux des douleurs induites par le brancardage à l'hôpital de Seclin. L'objectif secondaire est d'améliorer cette prise en charge, notamment en sensibilisant les soignants à ce type de douleur. Pour répondre aux objectifs, cette étude a cherché à déterminer les conditions de transport et les actes de brancardage à potentiel douloureux, ainsi que les éléments qui influent sur la douleur du patient.

Pour la réalisation de notre prospection, nous avons réutilisé le questionnaire de l'étude « Douleurs provoquées par les manutentions dans le cadre du brancardage dans un institut de cancérologie », effectuée à l'institut Gustave-Roussy en mars 2006, que monsieur Jean-Marie NEBBAK a accepté nous confier. [2]

Il est établi que nous ne nous adressons pas à la même population, mais l'enjeu est d'utiliser une étude validée et de tester la reproductibilité sur la population générale.

LA DOULEUR

1. Définitions

La douleur : il s'agit d'une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion potentielle ou réelle ou décrite en terme d'une telle lésion.

La douleur est une expérience subjective comportant plusieurs composantes : sensori-discriminative, affective/thymique, cognitive, comportementale.

La composante sensori-discriminative assure la détection du stimulus et l'analyse de ses composantes qualitatives et temporo-spatiales.

La composante affective/thymique exprime la connotation pénible attachée à la perception douloureuse.

La composante cognitive comprend un ensemble de processus susceptible de moduler le vécu douloureux (attention ; distraction ; suggestibilité ; anticipation ; référence à des expériences passées).

La composante comportementale correspond à l'ensemble des manifestations observables :

- Physiologiques : paramètres somato-végétatifs.
- Verbales : plaintes, gémissements.
- Motrices : immobilité, agitation ou attitude antalgique.

[3]

La douleur aiguë est instantanée, elle correspond à une rupture brutale de l'homéostasie. Il s'agit d'un signal-symptôme équivalent à un »signal d'alarme « qui nécessite une réaction rapide dans les meilleurs délais.

• **Douleur provoquée** : se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin (ou un soignant) dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.

(Exemple Lasègue)

• **Douleur iatrogène** : se dit d'une douleur causée par le médecin (ou son traitement) de façon non intentionnelle, non prévisible et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises.

• **Douleur induite** : se dit d'une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées.

2. Conséquences d'une douleur :

La douleur engendre un hyper catabolisme, une stimulation adrénergique et parasymphatique, une agitation délétère et la décompensation d'un terrain débilité.

Les conséquences en sont une diminution des fonctions respiratoires (atélectasie, désaturation), des modifications de l'état cardiovasculaire (Hypertension artérielle, Tachycardie, augmentation de la MVO₂), une baisse de la mobilité (augmentation du risque thrombotique), un iléus digestif, des problèmes de cicatrisation des plaies notamment, aggravation des lésions préexistantes du fait de l'agitation possible (fractures déplacées), refus de soins... [4]

Un stimulus douloureux augmente la sensibilité à d'autres stimuli douloureux [5] Ainsi dans les secteurs de réanimation l'intensité de la douleur et les besoins en sédatifs augmentent lorsqu'un stimulus douloureux est répété [6].

1. Echelles d'évaluation de la douleur chez l'adulte:

Les objectifs des échelles d'évaluation de la douleur :

- Identifier systématiquement les patients portant une douleur.
- Utiliser des critères communs facilitant la prise de décision et la mise en route d'un

traitement antalgique adapté à l'intensité de la douleur.

- Permet de quantifier un élément clinique subjectif afin de solliciter le corps médical dans l'adaptation de la prescription.
- Tracer les infos relatives à la douleur sur un document figurant dans le dossier patient. Il s'agit d'un outil commun à l'ensemble de l'établissement. Le document est inséré dans le dossier patient et le suivra durant son hospitalisation.
- Il s'agit d'un support de travail permettant d'observer sur plusieurs jours l'évolution de la douleur.

Il existe différentes échelles d'auto-évaluation validée : l'Echelle Visuelle Analogique(EVA), l'Echelle Numérique de la douleur(EN), et l'Echelle Verbale Simple(EVS).

L'Echelle Numérique de la Douleur (EN) a été choisit pour cette étude. C'est une échelle d'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique. [7]

Le Centre Hospitalier de Seclin

1. Présentation des services

SUD	HOPITAL	NORD
DIM 7S	7 ^{ème} étage	Lieu de recueillement œcuménique
Pédiatrie 6S	6 ^{ème} étage	Médecine à orientation cardiologique 6N
Médecine interne 5S	5 ^{ème} étage	Médecine interne 5N
Chirurgie Gastro-entérologie 4S	4 ^{ème} étage	Chirurgie 4N
Chirurgie ambulatoire 3S	3 ^{ème} étage	Chirurgie 3N
	2 ^{ème} étage	Court Séjour Gériatrique 2N
	1 ^{er} étage	-> Passerelle vers le pavillon Roger Pratz

Urgences – Soins Intensifs – Consultation de traumatologie
 Consultation de Gynécologie-Obstétrique – Imagerie médicale – Standard – Service aux usagers

	Sous-sol	Laboratoire – Pharmacie - Stérilisation
--	----------	---

PAVILLON ROGER PRATZ		
Soins de Suite et de Réadaptation	3 ^{ème} étage	Soins de Suite et de Réadaptation
Soins de Suite et de Réadaptation	2 ^{ème} étage	Soins de Suite et de Réadaptation
Maternité	1 ^{er} étage	Maternité – Gynécologie Suivi de grossesse
Accueil Consultations externes		Balnéothérapie – Réadaptation Rééducation

2. Capacité d'accueil

Actuellement le Centre hospitalier de Seclin compte :

- 99 lits de médecine dont 26 en pédiatrie
- 97 lits de chirurgie (traumatologie, chirurgie générale, spécialité, anesthésie)
- 40 lits de gynécologie obstétrique
- 6 lits de soins intensifs polyvalents.

- 8 lits de soins continus à orientation cardiologique.
- 8 lits d'hospitalisation de courte durée aux Urgences.
- 35 lits en psychiatrie (lits sur le site d'Armentières rapatriés en novembre 2004).
- 342 lits de court, moyen et long séjour (pavillon Pratz et la Source).

3. Organisation

- L'hôpital de Seclin est découpé en 6 Pôles et comprend au sein de l'établissement principal :
 - o Le pôle A.S.U. situé au rez-de-chaussée regroupant l'anesthésie, les urgences, les soins continus et soins intensifs de l'établissement.
 - o Le pôle médecine constitué de plateaux de médecines polyvalentes au 5^{ème} étage, et d'un service de cardiologie au 6^{ème} étage.
 - o Le Pôle gériatrique constitué du court séjour gériatrique au deuxième étage de l'établissement, d'un SSR au sein du pavillon Pratz qui est communiquant à l'établissement principal. Il comprend plusieurs EPHAD/USLD extérieures à l'établissement principal.
 - o Le Pôle Mère-Enfant avec un service de pédiatrie et une unité d'hospitalisation gynéco/obstétrique située au premier étage de l'établissement depuis 2 ans, un accueil d'urgence gynécologique et obstétrique et un accueil pédiatrique au rez-de-chaussée.
 - o Le pôle Chirurgical au 3^{ème} et 4^{ème} étage regroupant la gastro-entérologie et les spécialités chirurgicales suivantes Urologie, Stomatologie, Traumatologie, ORL, Chirurgie Viscérale.

- Le pôle technique comprenant le laboratoire (situé au sous sol), la radiologie (situé au rez-de-chaussée)
- Par ailleurs il compte un pavillon qui lui est rattaché (Pavillon Pratz) ou ont lieu les consultations au rez-de-chaussée.

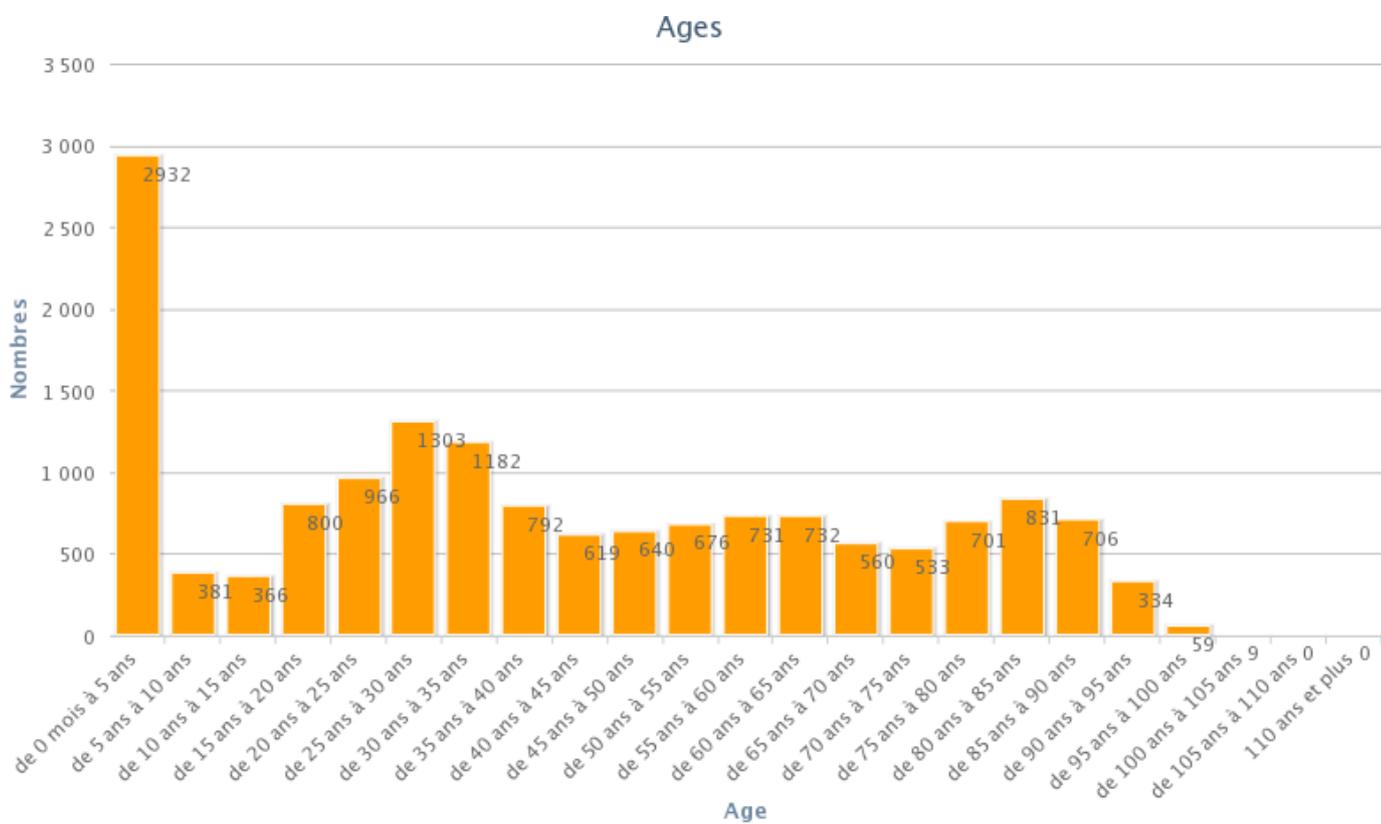
4. L'hôpital de Seclin en chiffre

4.1 Activité de l'établissement en nombre d'entrées réalisées*

	2009	2010	2011
Pôle Médecine	3 221	3 109	3 024
Pôle Chirurgie	7 194	7 296	7 911
Pôle Gériatrie	724	992	993
Pôle Anesthésie-Soins-Urgences-Radiologie	3 927	4 172	4 242
Pôle Mère-Enfant-Gynécologie	7 137	7 102	7 251
- dont Gynécologie/Obstétrique	5 639	5 693	5 707
- dont Pédiatrie/Néonatalogie	1 390	1 303	1 434
- dont Kangourou	108	106	110
TOTAL MCO	22 203	22 671	23 421
SSR	666	644	633
SSR "MPR"	106	322	411
TOTAL MOYEN SEJOUR	772	966	1044
TOTAL CH DE SECLIN	22 975	23 637	24 465
Long Séjour	56	46	22
E.H.P.A.D	28	116	71
TOTAL LONG SEJOUR + EHPAD	84	162	93

* Les entrées MCO correspondent aux Résumés d'Unités Médicales produits

4.2 Répartition au CH de Seclin des séjours en fonction de l'Age



Le brancardage

1. Caractéristiques techniques et organisationnelles des brancardiers au Centre Hospitalier de Seclin.

Les établissements de santé nécessitent du personnel pour les transferts de patients. Nous retrouvons différents types de personnels effectuant ces transferts, qui comprennent des personnels non diplômés, des ambulanciers, des aides soignant(e)s, voir des infirmiers et des médecins.

1.1 Caractéristiques techniques du brancardage

Le brancardage a dans le sens le plus commun une activité de transporteur d'un point A à un point B.

Les brancardiers ont plusieurs rôles à jouer au sein d'un établissement de santé [8]:

- La régulation de l'activité de brancardage.
- La manutention des patients.
- Transport des patients entre différents services.
- Recueil des informations nécessaires au transport du patient auprès du service demandeur.
- La transmission des informations au service destinataire.
- Saisie de données concernant les patients en vue de traçabilité.
- La surveillance et accompagnement du patient au cours du transport.
- Nettoyage des matériels de transport.
- Signalement du matériel défectueux à fin de maintenance.
- Transmission de leur savoir lors des formations manutention.

Il nécessite un savoir faire spécifique :

- Utiliser le matériel de transport dans le respect de la réglementation et des techniques d'utilisation.
- Installer le patient et le transporter dans le respect des règles de confort, de sécurité, d'intimité et de dignité.
- Adapter le matériel de transport à l'état physique du patient.
- Utiliser et adapter les techniques de manutention à l'état du patient.
- Réaliser les gestes de premiers secours d'urgence.
- Créer une relation de confiance avec le patient et son entourage.
- Détecter la détérioration de l'état de santé du patient.
- Travailler en équipe interprofessionnelle.

1.2 Organisation du brancardage au centre hospitalier de Seclin

Le pool de brancardiers à Seclin contient 14 brancardiers dont deux s'occupant spécifiquement de la salle mortuaire. Il y a 7 brancardiers par 24 heures assurant les différents postes.

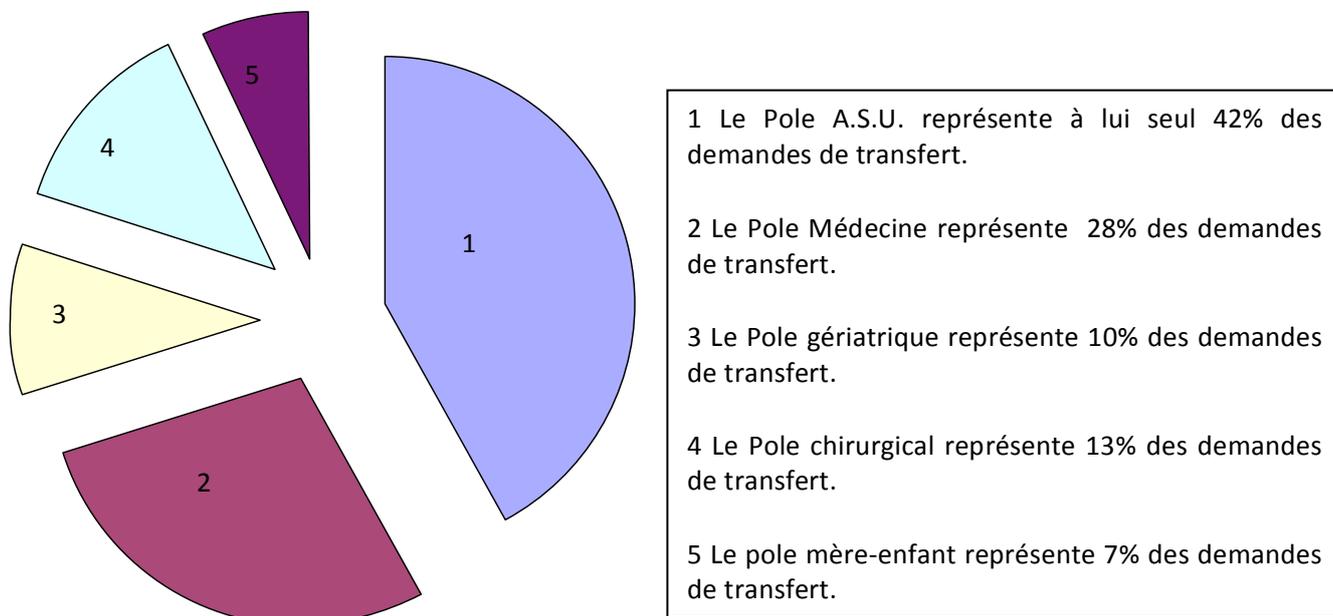
Leur poste de travail se décompose en fiches de postes (**annexe 1**).

1.3 Activité du brancardage

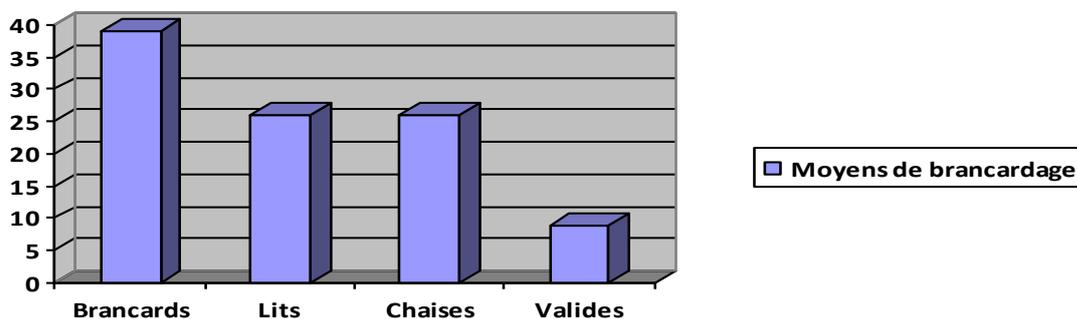
L'activité des brancardiers est évaluée de manière mensuelle depuis fin 2007. Les brancardiers doivent remplir un relevé des données un jour dit (en décembre, et le dimanche, il n'y a pas d'évaluation).

Le nombre de transferts journalier déclarés se situe entre 150 et 200 en moyenne avec des baisses très significatives le week-end (moins de 100 transferts/ jour le samedi).

La répartition des demandes de transfert s'effectue ainsi :



1.4 Mode de transports utilisés par les brancardiers:



Les brancardiers transportent le plus souvent (39%) par brancards, 26% par lits, 26% par chaises.

Ils accompagnent pour 9% de leur transfert des patients valides.

Matériel et méthode

1. Recueil de données

1.1. Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête prospective réalisée du 20 février 2011 au 27 février 2011.

1.2. Questionnaire (annexe 2)

Le questionnaire a été établi à partir d'un questionnaire déjà utilisé au cours d'une étude « Douleurs provoquées par les manutentions, dans le cadre du brancardage, dans un institut de cancérologie », effectuée à l'institut Gustave-Roussy en mars 2006, récupéré par mail auprès de monsieur Jean-Marie NEBBAK. [2]

Certaines modifications ont été apportées au questionnaire initial de l'étude Gustave Roussy. En effet, il est demandé aux patients une traçabilité de leur douleur à tous les temps concernant un acte de brancardage.

Le questionnaire est rempli en intégralité par les patients.

Le questionnaire se divise en différentes parties :

- Une première partie concernant la civilité des patients.
- Une seconde partie à remplir avant le transport concernant l'état dans lequel se trouve le patient avant le transport.
- Une troisième partie concernant le transport en lui-même.
- Une quatrième partie concernant l'attente entre deux transferts.
- Une cinquième partie concernant les conditions de déplacement.
- Et enfin une dernière partie ouverte concernant les éventuelles autres causes de douleurs induites par le transport qui auraient pu être oubliées précédemment.

Aux différentes étapes du brancardage, il est demandé au patient d'évaluer sa douleur selon l'échelle numérique de la douleur.

1.3. Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été soumis au service qualité du centre hospitalier de Seclin pour étude de faisabilité et validation.

Il y a d'abord eut une explication donnée par le Dr David et moi-même, aux différents brancardiers et une présentation du questionnaire, et des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude lors d'une première réunion de 30 min.

Les questionnaires ont été insérés dans les différents dossiers aux urgences, et groupés dans des trieurs dans les autres services au sein des salles de soin.

Des boîtes de retour ont été mises en place dans chaque service pour les questionnaires remplis.

Les questionnaires ont été ramassés par le personnel soignant des différents services, exceptés les brancardiers afin de ne pas influencer les réponses.

L'accord oral de participation était obligatoire pour chaque patient.

1.4. Cadre général de l'étude

Dans le cadre de la certification, le CLUD de Seclin a décidé au cours de sa réunion de participer à une évaluation des pratiques médicales portant sur la référence 32 du manuel de certification.

L'évaluation concernait la prise en compte de la douleur liée au brancardage.

2. Le matériel, critères d'inclusions

Sont comptabilisés tous les patients ayant donné leur accord verbal, et ne répondant pas aux critères d'exclusions, devant bénéficier du concours d'un brancardier pour relier un point A à un point B avec éventuel retour lors du passage au centre hospitalier de Seclin.

Le patient devait être transporté soit par chaise, soit par lit soit par brancard. Les patients valides bénéficiant du concours du brancardier pour les orienter ne se voyaient pas proposer le questionnaire.

Un même patient pouvait remplir plusieurs fois le questionnaire. Par exemple un premier aller retour des urgences en radio, puis un autre au moment de la montée dans le service, enfin au cours de l'hospitalisation à chaque fois qu'un acte de brancardage était nécessaire (Scanner, complément radiologique, explorations fonctionnelles,...)

3. Critères d'exclusions

Les critères d'exclusions étaient :

- la barrière du langage,
- les analphabètes,
- les départs au bloc et retour au bloc (souvent prémédiqués),
- le refus des patients,
- les patients mineurs,
- les patients déments,
- les patients présentant des intoxications (médicamenteuses, intoxications alcooliques,),
- les patients présentant des motifs psychiatriques,
- les patients confus ou dans un état d'agitation,

- les patients présentant une détresse vitale,
- les patients des soins intensifs, soins continus (entrée, transfert, examen),
- les patientes de maternité, et les totalement valides n'ayant nécessité aucune aide au transport autre que l'orientation dans l'établissement.

Ces critères étaient visibles sur les boites récoltant les questionnaires à coté des réserves de questionnaires. (Annexe 3)

Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée et incidence sur la douleur au cours du brancardage

1.1 Sexe-Ratio

L'étude porte sur 450 questionnaires : 381 étaient correctement remplis.

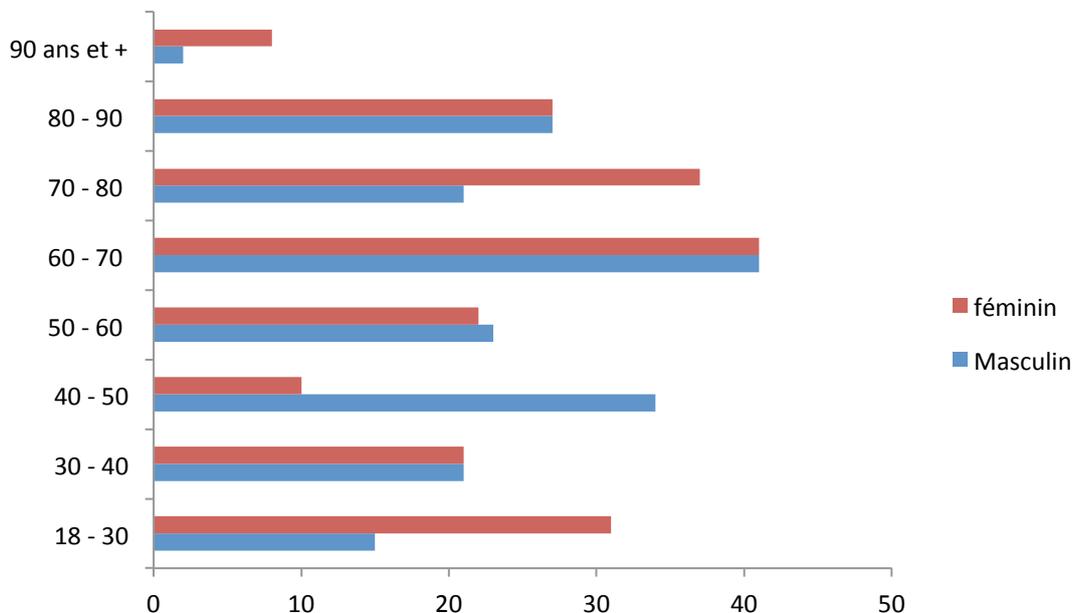
184 questionnaires furent remplis par des hommes et 197 questionnaires furent remplis par des femmes. Le sexe ratio de cette enquête est de 1,07.

287 personnes ont participé à l'enquête.

Parmi les participants, 216 personnes ont rempli une seule fois le questionnaire, 48 l'ont rempli deux fois, et 23 personnes l'ont rempli trois fois.

1.2 Répartition de la population par sexe et par tranches d'âge

Représentation des patients selon la tranche d'âge et le sexe

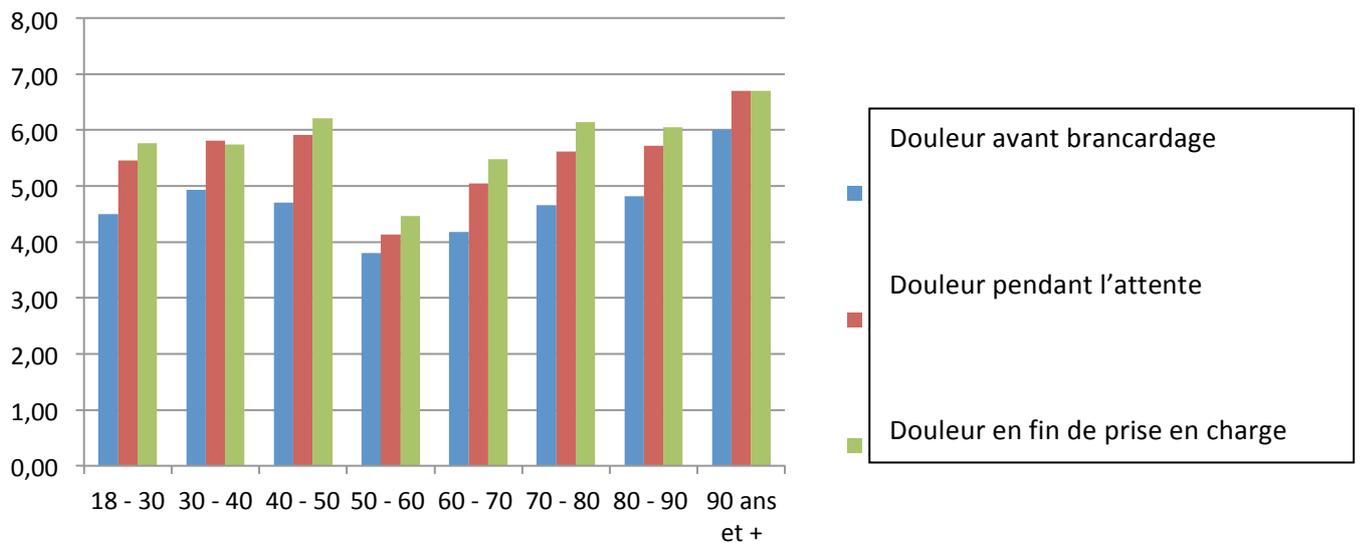


L'âge moyen était de 62 ans et 6 mois.

La population étudiée comporte :

- 34,65% de la population étudiée a moins de 50 ans avec une répartition homogène entre homme (18,37%) et femme (16,37%).
- 33,33% de la population étudiée a entre 50 et 69 ans réparti de manière homogène (16,8% d'homme, 16,54% de femmes).
- 32,02% de la population étudiée représente des personnes âgées de 70 ans et plus, ici on retrouve une majorité féminine (59,02% des 70 ans et plus).

1.3 Evolution de la douleur en fonction de la tranche d'âge



L'évolution de la douleur par tranche d'âge au cours du brancardage montre que 2 groupes ont été particulièrement sensibles au brancardage : les personnes entre 40 et 50 ans, et les personnes entre 70 et 80 ans avec dans les deux cas une augmentation d'environ 31,8% entre le début de la prise en charge et la fin de la prise en charge.

Les personnes les plus âgées (les 90 ans et plus), ont eu l'EN moyenne la plus haute à tous les stades de la prise en charge. Ils débutent avec une EN à 6 initialement et finissent à 6,7 (+ 11,6%).

Le groupe d'âge avec l'EN moyenne la plus faible est les 50-60 ans, l'EN initiale est de 3,8 est atteint 4,47 en fin de prise en charge (+17,5% de points moyen EN).

Pour les autres tranches d'âge :

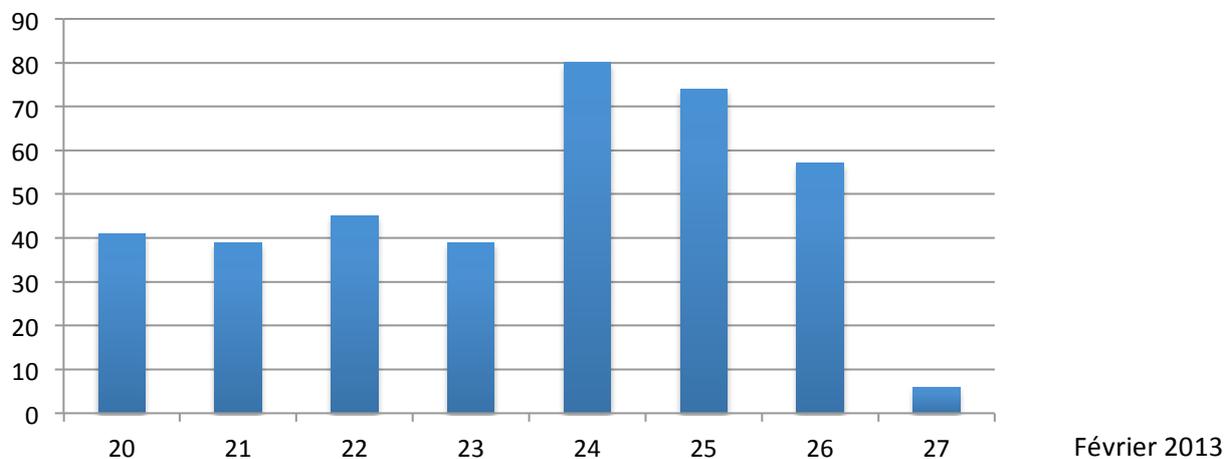
- Les 18 – 30 ans avaient une EN moyenne initiale à 4,5, qui atteignait 5,46 durant la période d'attente et 5,76 à la fin du brancardage, soit 28% d'augmentation de points EN moyens entre le début de la prise en charge et la fin de la prise en charge.
- Les 30 - 40 ans démarraient en moyenne à 4,93 points d'EN moyen et finissaient à 5,74 points d'EN moyen en fin de prise en charge soit une augmentation de 16,43% entre les deux, on note une très légère baisse de l'EN moyenne entre l'attente et la fin du brancardage avec une EN à 5,81 pendant l'attente.
- Les 60 – 70 ans avaient une EN qui progressait de 30,9% entre la phase initiale et la fin du brancardage avec une EN finale à 5,48 de moyenne.

Au total, l'EN moyenne initiale était de 4,52 et se majorait de 19,27 % de points d'EN moyen à la phase d'attente pour atteindre une EN moyenne à 5,39 points. Puis entre la phase d'attente et la phase finale du brancardage se majorait de 5,91% pour atteindre 5,71 points d'EN moyen.

L'évolution de la douleur entre le début de la prise en charge et la fin de la prise en charge du patient atteint une croissance de 26,31% de points d'EN moyen.

1.4 Répartition des patients en fonction de la date de leur brancardage

Nombres de questionnaires

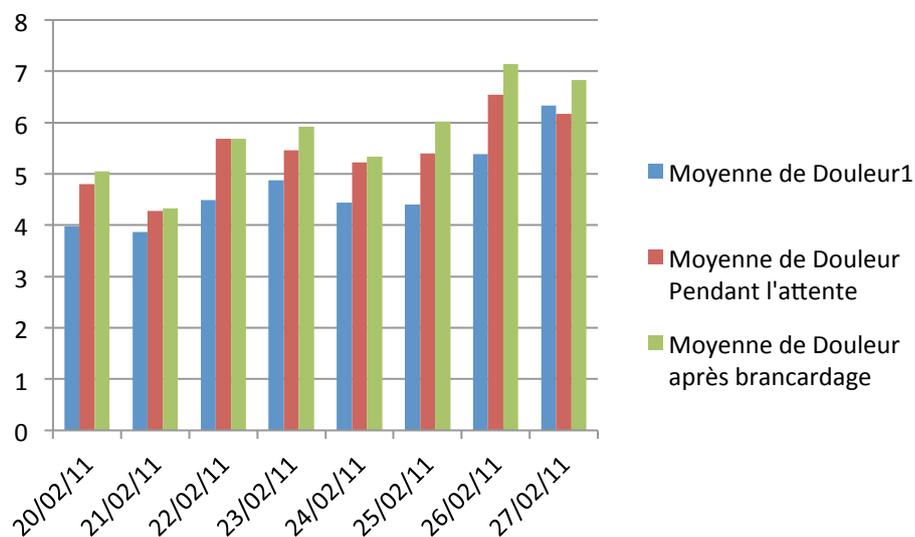


Sur la première partie de l'étude on note une moyenne de 40 questionnaires remplis chaque jour avec : 41 le lundi, 39 le mardi, 45 le mercredi et 39 questionnaires le jeudi.

On note une accentuation des questionnaires remplis le vendredi, samedi ainsi que le dimanche de l'étude : 80 le vendredi, 74 le samedi, 57 le dimanche.

Enfin 6 questionnaires ont été remplis pour le lundi 27 février 2011 entre minuit et 09 heures.

1.5 Evolution de la douleur chez les patients au cours du brancardage en fonction de la date de brancardage



Le lundi 20 février 2011, 41 questionnaires ont été remplis, on retrouvait une EN moyenne initiale à 3,98, et une EN moyenne en fin de brancardage à 5,05 points d'EN soit une fluctuation croissante de 27%.

Le mardi 21 février 2011, 39 questionnaires ont été ramassés, l'EN moyenne initiale était chiffrée à 3,87 quand à celle de fin de brancardage elle était de 4,33 points d'EN moyenne soit une augmentation de 12%.

Le mercredi 22 février 2011, 45 questionnaires ont été recueillis, l'EN moyenne initiale était de 4,49 et montait à 5,69 en fin de brancardage soit une hausse de 26,7%.

Le jeudi 23 février 2011, 39 questionnaires purent être analysés, avec une EN moyenne initiale à 4,87 et en fin de brancardage à 5,92 soit une élévation de 21,6%.

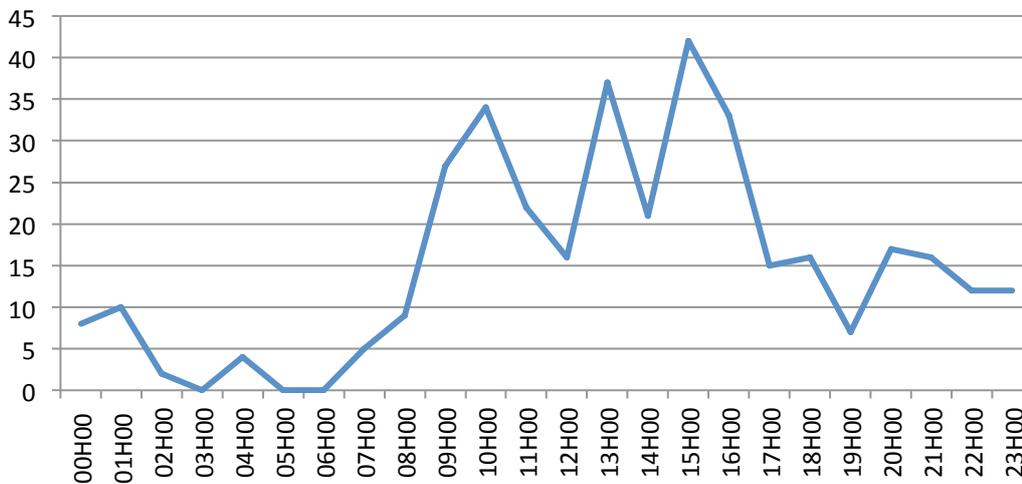
Le vendredi 24 février 2011, 80 questionnaires ont été examinés, l'EN moyenne passait de 4,44 à 5,34 entre le début de prise en charge par les brancardiers et la fin du brancardage, correspondant à 20,3% d'augmentation.

Le samedi 25 février 2011, 74 questionnaires ont été remplis, l'EN moyenne initiale était de 4,41 et rejoignait les 6,03 points d'EN moyenne soit 36% de plus.

Le dimanche 26 février 2011, 57 questionnaires ont été ramassés, 5,39 était l'EN moyenne initiale et 7,14 en fin de prise en charge, soit 32,6% de différence.

Enfin 6 questionnaires ont été remplis pour le lundi 27 février 2011 entre minuit et 09heures, avec une EN initiale à 6,33 et une EN finale à 6,83 soit seulement une différentielle de 7,9%.

1.6 Répartition des patients en fonction de la plage horaire de leur brancardage



Les plages horaires ont été découpées comme suit :

- 00h00-06h00, période où l'activité est la moindre
- 06h00-10h00, reprise de l'activité et changement des équipes médicales et paramédicales
- 10h00-14h00, activité pleine avec à 13 heures changement des équipes paramédicales.
- 14h00-18h00 activité maximale au sein des urgences notamment
- 18h00-21h00, début de la garde avec baisse du nombre de personnel médical présent
- 21h00-00h00 changement de brancardier, avec une activité encore importante en début de nuit.

La tranche horaire de 00h00 et 06h00 a concerné 24 actes de brancardage évalués.

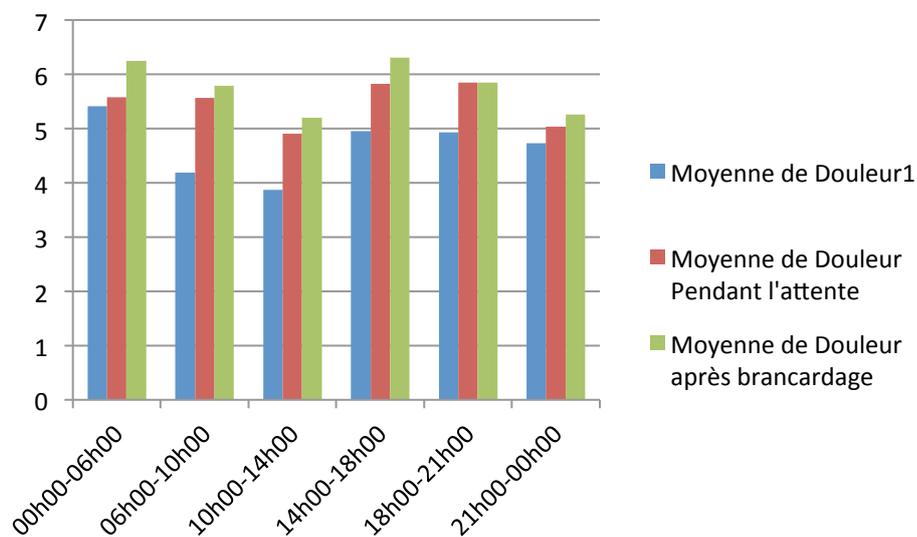
La tranche horaire 06h00-10h00 concerne 42 questionnaires.

La tranche horaire 10h00-14h00 et 14 h00-18h00 concernent toutes les deux 112 questionnaires.

La tranche horaire 18h00-21h00 comprends 40 questionnaires.

Pour la dernière plage enfin 51 questionnaires ont été remplis.

1.7 Evolution de la douleur chez les patients au cours du brancardage en fonction de la plage horaire du brancardage



L'EN initiale moyenne est la plus importante entre 00h00 et 06h00 chiffrée à 5,42, celle-ci atteignant 6,25 en fin de brancardage soit 15,4 % de hausse.

L'EN moyenne entre 06h00 et 10h00 va passer de 4,19 à 5,79 points d'EN moyenne entre le début de prise en charge et la fin de la prise en charge soit 38,1% de fluctuation.

Entre 10h00 et 14h00 l'EN moyenne va se majorer de 34,4% pour être à 5,19 en fin de prise en charge, alors qu'initialement l'EN moyenne était de 3,87 (plus basse EN moyenne initiale sur les périodes évaluées).

La hausse va être de 27,4% pour le période entre 14h00 et 18h00, passant de 4,96 de points d'EN moyenne initial, à 6,31 d'EN moyenne finale.

L'EN initiale moyenne entre 18 h00 et 21h00 est à 4,93 et l'EN moyenne finale est à 5,85 soit une hausse de 18,8%.

Pour la dernière plage horaire (entre 21h00 et 00h00), l'EN moyenne croit de 11,2% et passe de 4,73 initialement à 5,25 en fin de prise en charge.

1.8 Répartition des Patients selon qu'ils soient Hospitalisés ou non et évolution de leur douleur.

	Oui 56.43%			Non 43.57%		
Hospitalisé ?	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	4.6	5.26	5.4	4.47	5.61	6.08

Il s'agit d'un questionnaire équivalent autosatisfaction et donc de la perception des patients à savoir s'ils considèrent être hospitalisé ou non (ce qui n'est pas forcément la réalité).

56,4 % des patients se considéraient hospitalisés. 43,6% des patients ne se considéraient pas hospitalisés.

Pour les deux groupes de patients, l'EN moyenne initiale est similaire avec 4,47 points pour les patients ne se considérant pas hospitalisés, et 4,6 points pour les patients se considérant hospitalisés.

Cependant l'évolution va différer, l'EN moyenne va se majorer de 35,9% pour les patients qui ne se considèrent pas hospitalisés atteignant 6,08 points d'EN moyenne en fin de brancardage, contre 18,7% pour les patients se considérant hospitalisés avec une EN moyenne après brancardage à 5,46 points.

1.9 Répartition de la population par moyen de transport et évolution de la douleur au cours du brancardage chez les patients selon le moyen de transport

	Répartition par moyen de transport	EN 1	EN 2	EN 3
chaise	16,5%	4,38	4,84	4,71
brancard	53,5%	4,65	6	6,65
lit	16,5%	4,44	4,67	4,65

204(53,5%) patients furent brancardés.

114(30%) patients furent transportés par lit.

63 (16,5%) patients ont été transportés en chaise.

Le moyen de transport le plus utilisé, le brancard, est aussi celui sur lequel la douleur a le plus tendance à se majorer.

Ce moyen de transport fait croître de 1,4 points d'EN aux patients, les patients sont plus algiques avec deux points de plus d'EN entre avant et après le brancardage.

Le brancardage en chaise n'a que peu d'influence sur la douleur des patients(légère augmentation de 0,2 point d'EN en fin de trajet).

Tandis que le brancardage en lit révèle des données surprenantes avec une baisse de la douleur entre l'avant et l'après transport (baisse de 0,6 point d'EN).

1.10. Répartition de la population selon le trajet effectué

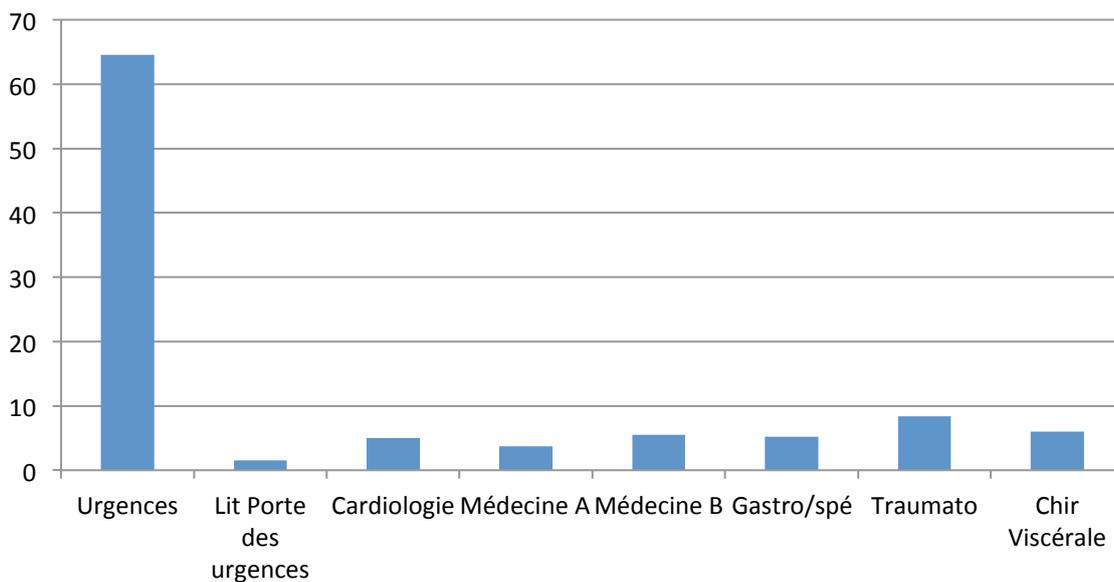
1.10.1. Répartition des patients par aller simple et aller retour

Pour 307 patients, il s'agissait de transport aller-retour.

Pour 74 patients, il s'agissait de transfert.



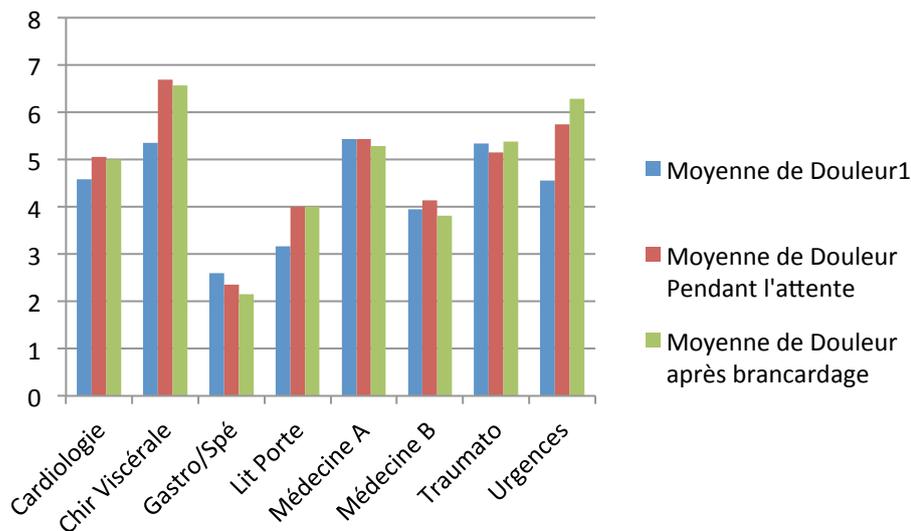
1.10.2. Répartition des patients selon le service initial



Les services initiaux des patients sont représentés par :

- Les Urgences pour 246 questionnaires soit 64,6% des trajets évalués.
- Les Lits portes des urgences pour 6 questionnaires soit 1,6% des trajets évalués.
- La cardiologie pour 19 questionnaires soit 5 % des trajets évalués.
- La médecine A pour 14 questionnaires soit 3,7% des trajets évalués.
- La médecine B pour 21 questionnaires soit 5,5% des trajets évalués.
- La gastroentérologie/ Spécialité pour 20 questionnaires soit 5,2% des trajets évalués.
- La traumatologie pour 8,4% des trajets évalués soit 32 questionnaires.
- La chirurgie viscérale pour 6 % des trajets évalués soit 23 questionnaires.

1.10.3 Evolution de la douleur au cours du brancardage en fonction du service initial



Les patients issus des services des urgences et de chirurgie viscérale ont une EN moyenne pour laquelle le brancardage induit une hausse.

1.10.4. Répartition des patients en fonction du service destinataire

La destination des patients est représentée :

- Par les lits portes des urgences : 18.
- Par la cardiologie : 18.

- Par la médecine A : 12.
- Par la médecine B : 2.
- Par gastro-entérologie/Spécialité : 8 d'entre eux.
- Par la traumatologie : 6.
- Par la chirurgie viscérale : 12.
- Par la radiologie: 301.
- Par les consultations : 4.

La Majorité des trajets évalués ont pour point de départ les urgences. La destination principale est la radiologie(301 transports).

Les principaux trajets effectués par les patients au niveau des urgences sont des trajets allers retours vers la radiologie. Le reste des trajets sont des transferts vers les services (hormis deux allers retours vers la consultation et la traumatologie (erreur d'orientation)).

Les trajets des patients hospitalisés autres que les Urgences se font en grande majorité vers la radiologie sous forme de trajet aller retour.

1.10.5 Evaluation de la douleur au cours du brancardage en fonction du trajet effectué.

Les patients qui partent des urgences voient leur EN moyenne se majorer systématiquement (+ 2,09 points d'EN moyenne), de même que les patients au départ de la chirurgie viscérale et des lits portes. Les patients originaires des services de médecine, gastro-entérologie ont une EN moyenne stable.

	1 Douleur avant brancardage (EN moyenne)	Evolution en pourcentage de l'EN moyenne entre 1 et 2	2 Douleur pendant l'attente (EN moyenne)	Evolution en pourcentage de l'EN moyenne entre 2 et 3	3 Douleur après brancardage (EN moyenne)	Evolution en pourcentage de l'EN moyenne Sur la prise en charge en intégralité par un brancardier	Nombre de transferts évalués
Urgences - Radiologique	4,35	26,52%	5,5	8,34%	5,96	37,08%	170
Urgences - Lit porte	4,78	26,74%	6,06	12,84%	6,83	43,02%	18
Urgences - Chirurgie viscérale	4,67	25%	5,83	18,57%	6,92	48,21%	12
Urgences Gastroentérologie/spécialités chirurgicales	6,25	28%	8	0%	8	28%	8
Urgences - Médecine A	5,08	24,59%	6,33	15,79%	7,33	44,26%	12
Urgences - Médecine B	6,5	23,08%	8	-6,25%	7,5	15,38%	2
Urgences - Traumatologie	5,83	25,71%	7,33	4,55%	7,67	31,43%	6
Urgences - Cardiologie	4,5	19,44%	5,38	12,79%	6,06	34,72%	16
Urgences - Consultations	1	300%	4	37,5%	5,5	450%	2
Gastroentérologie/spécialité Radiologie	2,6	-9,62%	2,35	-8,51%	2,15	-17,31%	20
Lit Porte - Radiologie	3,75	6,67%	4	0%	4	6,67%	4
Médecine A - Radiologie	5,43	0%	5,43	-2,63%	5,29	-2,63%	14
Médecine B - Radiologie	3,95	4,82%	4,14	-8,05%	3,81	-3,61%	21
Traumatologie - Radiologie	5,4	-6,79%	5,03	4,64%	5,27	-2,47%	30
Cardiologie - Radiologie	4,58	10,34%	5,05	-1,04%	5	9,2%	19
Traumatologie - Consultations	4,5	55,56%	7	0%	7	55,56%	2
Chirurgie Viscérale - Radiologie	5,35	25,2%	6,7	-1,95%	6,57	22,76%	23
Lits portes - Radiologie	2	100%	4	0%	4	100%	2

2. Conditionnement avant transport et implication sur les douleurs des patients

2.1 Conditionnement thérapeutique

	OUI			NON			Ne sait pas		
Traitement antalgique ?	48.5%			41.3%			10.2%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	4.81	5.66	6.03	4.03	4.95	5.23	5.23	6.05	6.35
Dose supplémentaire avant brancardage ?	15.5%			67.7%			16.8%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	5.53	5.59	5.74	4.07	5.12	5.51	5.51	6.4	6.6

48,5% des patients pensent avoir reçu un traitement antalgique.

41,3% des patients pensent ne pas avoir reçu de traitement antalgique.

10,2% des patients ne savent pas s'ils ont reçu un traitement antalgique ou non.

Les patients pensant avoir reçu un traitement antalgique ont une EN moyenne initiale évaluée 4,81 points avant installation sur le matériel de transport et qui va se majorer pour atteindre une EN moyenne à 6,03 après le brancardage soit une augmentation de 25,3% de points d'EN moyenne.

Les patients déclarant ne pas avoir reçu de traitement antalgique, ont une EN moyenne initiale évaluée à 4,06 points, atteignant 5,23 après le brancardage, soit une variation à la hausse de 28,7% de points d'EN moyenne.

Les patients qui ne savent pas s'ils ont reçu un traitement antalgique ont l'EN moyenne initiale la plus élevée estimée à 5,23 points, celle-ci atteignant 6,35 points après brancardage soit une élévation de 21,5% de l'EN moyenne.

15,5% des patients pensent avoir reçu une dose supplémentaire d'antalgique.

67,7% des patients affirment ne pas avoir eu un ajout d'antalgique avant transport.

16,8% ne savent pas si ils ont reçu une dose supplémentaire d'antalgique avant le brancardage.

Les patients ayant reçu une dose supplémentaire de traitement antalgique ont une EN moyenne initiale à 5,53 et qui atteint 5,75 points d'EN en fin de brancardage ce qui fait une augmentation de seulement 3,99% de points d'EN, soit une stabilité.

Les patients pensant ne pas avoir reçu de dose supplémentaire d'antalgique ont une EN moyenne initiale à 4,08 et se majorant de 35,11% à la fin du brancardage pour atteindre 5,51 points d'EN moyenne.

Les patients ne sachant pas s'ils ont reçu de dose supplémentaire d'antalgique ont une EN moyenne initiale à 5,51 et passe à 6,6 en fin de brancardage soit une variation de 19,8% de points d'EN moyenne.

2.2 Etat psychologique avant le transport

	Oui			Non		
Appréhension du transport ?	9.7%			80.3%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	6,63	7,45	7,79	4,03	4,9	5,22
Appréhension de l'examen à venir ?	26%			74%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	5,88	6,35	6,64	4,08	5,08	5,41

La majorité des patients n'appréhendaient pas l'installation sur leur moyen de transport (80,3%).

Les trois-quarts des patients n'appréhendaient pas l'examen à venir (74%).

L'EN des patients appréhendant le transport à venir est plus importante (6,63 versus 4,03). Le transport fait prendre environ 1,1 point d'EN aux deux groupes.

L'EN des patients appréhendant l'examen à venir est plus importante que celle des patients n'appréhendant pas l'examen à venir. Cependant l'incidence du transport est plus élevée sur l'EN des patients n'ayant pas d'appréhension vis à vis de l'examen à venir (+ 1,33 points d'EN contre 0,76).

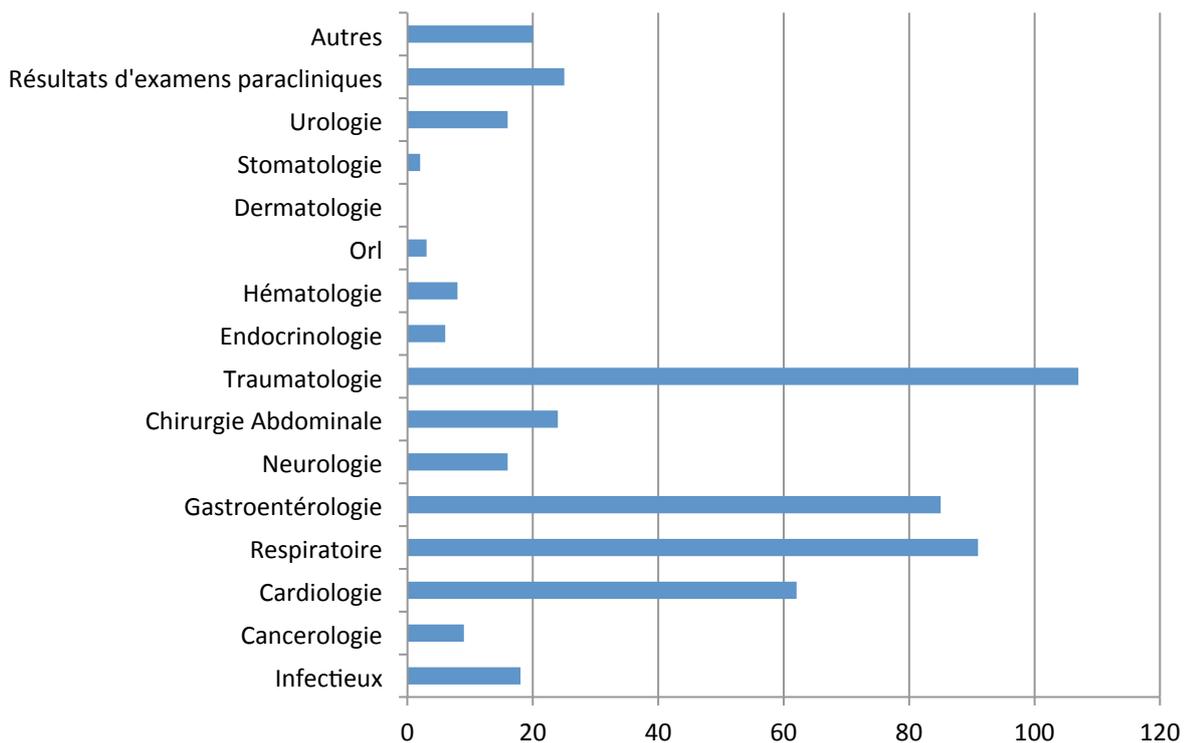
3. Etude des motifs d'admission et d'hospitalisation selon les patients et de l'évolution de la douleur selon leurs motifs

Deux questionnaires étaient remplis par des patients dont l'hospitalisation était programmée.

379 questionnaires étaient remplis par des patients aux urgences ou dont l'hospitalisation s'est faite par les urgences.

3.1. Répartition des patients selon les motifs d'admission

Les patients ont été amenés à consulter ou être hospitalisés pour les motifs suivants :



On remarque que les principales raisons de leur admission sont la traumatologie (21%), un motif Respiratoire (19,3%), Gastroentérologique (18%), Cardiologique (12,8%).

3.2. Evolution de la douleur au cours du brancardage selon le motif d'admission

Les patients rentrant pour des motifs chirurgicaux (viscéraux, traumatologie, urologie, ORL) et cancérologiques ont l'EN moyenne initiale la plus importante.

Les douleurs vont croître, entre la phase d'installation sur leur matériel de transport et la phase d'attente de l'examen, de manière inégale selon les motifs et les niveaux de douleurs initiaux.

Ainsi, de manière globale, les patients ayant une EN moyenne initiale basse vont voir croître leur EN de manière plus importante.

L'EN des patients ayant coché la case « motif autre » va progresser de 34,72% à la phase d'attente.

Chez les patients ayant coché un motif urologique, la douleur ne se majore que d'environ 9,5%.

On constate que l'EN moyenne initiale est de 4,55, elle se majore de 19% pendant l'attente pour atteindre 5,41 points d'EN moyenne, avant de croître à nouveau de 7% à la fin des activités de brancardage à 5,73 points d'EN moyen.

	1 Douleur avant brancardage	Evolution en pourcentage de l'EN moyenne entre 1 et 2	2 Douleur pendant l'attente	Evolution en pourcentage de l'EN moyenne entre 2 et 3	3 Douleur après le brancardage	Evolution de la douleur en pourcentage d'EN entre 1
Cancérologie	5,11	21,74%	6,22	-5,36%	5,89	15,22%
Hématologie	3,88	29,03%	5	25%	6,25	61,29%
Urologie	5,94	9,47%	6,5	12,5%	7,31	23,16%
ORL	6	22,22%	7,33	0%	7,33	22,22%
Motifs autres	3,6	34,72%	4,85	24,74%	6,05	68,06%
Résultats paracliniques anormaux	3,84	32,29%	5,08	8,66%	5,52	43,75%
Endocrinologie	3,33	20%	4	16,67%	4,67	40%
Respiratoire	4,45	17,78%	5,24	7,76%	5,65	26,91%
Cardiologique	4,26	22,35%	5,21	9,91%	5,73	34,47%
Chirurgie abdominale	4,83	25%	6,04	1,38%	6,13	26,72%
Traumatologie	5,23	12,86%	5,91	3,16%	6,09	16,43%
Digestif	4,82	23,66%	5,96	9,47%	6,53	35,37%
Neurologique	2	21,88%	2,44	2,56%	2,5	25%
Tous	4,55	19%	5,41	5,97%	5,73	26,1%

3.3. Répartition des patients en fonction du nombre de motif de consultation par patient

Nombre de motifs	1	2	3	4
Répartition	77.17%	18.11%	3.15%	1.57%
EN 1	4.42	5.09	5.17	3.33
EN 2	5.24	6	6.42	4.67
EN 3	5.46	6.65	7.17	5.67

Ce tableau représente l'évolution en pourcentage de la douleur chiffrée par l'EN moyenne entre le début et la fin de la prise en charge. On constate que plus les patients pensent avoir de problèmes différents de santé, de raisons d'être hospitalisés, plus ils seront sensibles au brancardage.

4. Manipulation de brancardage et implication sur la douleur

	Oui			Non		
Douleur à l'installation sur le matériel	26,25%			73,75%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	5,65	6,88	7,25	4,15	4,89	5,19
Douleur à l'installation sur la table d'examen	33,86%			66,14%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	5,71	6,84	7,25	3,95	4,68	4,96
Douleur à la réinstallation sur le matériel de transport	27,82%			72,18%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	6,08	7,45	7,80	3,95	4,62	4,93
Douleur au cours de l'installation en chambre	17,85%			78,48%		
	EN 1	EN 2	EVA3	EN 1	EN 2	EN 3
	5,82	7,17	7,57	4,24	4,95	5,26
Demande faite au patient sur la douleur avant installation sur matériel de transport	47,51%			52,49%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	5,27	6,04	6,28	3,89	4,84	5,24
Aides à l'installation et à la réinstallation	27,3%			72,7%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	5,2	6,09	6,66	4,3	5,16	5,38

4.1. A l'installation sur le matériel de transport.

Un quart des patients estiment avoir des douleurs liées à l'installation du matériel(26%).

On note que les patients ayant présenté des douleurs à l'installation sur le matériel de transport sont plus algiques avant leur installation que les autres patients(EN moyenne à 5,65). Les patients déclarant que l'installation sur le matériel de transport n'a pas été algique, ont à contrario une EN moyenne à 4,15.

Cependant, l'évolution de la douleur va suivre la même évolution pour les deux groupes; pour les patients évaluant leur douleur en fin de transport, ceux n'ayant pas noté de douleur induite par l'installation ont une EN finale à 5,25, représentant 25% de augmentation de leur EN, tandis que ceux ayant déclaré une douleur induite par l'installation sur leur matériel de transport ont une EN finale à 7,25 soit 28% d'élévation de l'EN.

4.2. Douleur à l'installation sur la table d'examen d'imagerie et implication.

Il existe des douleurs dues à l'installation sur la table d'examen d'imagerie pour 129 patients (33,6%).

L'EN moyenne avant installation sur le matériel de transport est de 5,7 chez les patients pour lesquels des douleurs sont du à l'installation sur la table d'imagerie. 3,95 pour les autres patients.

L'évolution va être semblable avec une augmentation de la douleur de 27 % pour les patients déclarant des douleurs induites à l'installation sur la table d'examen (EN finale à 7,25). On note une augmentation de la douleur de l'ordre de 25,4% pour les autres avec une EN finale à 4,95.

4.3. Evaluation de la population ayant présenté des douleurs pour la réinstallation sur le moyen de transport et implication sur la douleur.

Des douleurs à la réinstallation sur le matériel de transport ont été rapportées pour 106 d'entre eux (27,8%).

Les douleurs à la réinstallation des patients sur leur matériel de transport sont prédominantes pour les patients avec une EN avant transport plus importantes que les autres, ces patients ont une EN moyenne à 6,1 avant transport contre une EN à 3,95 pour les patients sans douleur induite.

L'évolution de l'EN va se faire de la même façon dans les deux groupes, avec une EN majorée de 24,9% d'EN pour les patients n'ayant pas ressentis de douleur lors de la réinstallation sur leur matériel de transport, et une EN majorée de 28,2% pour le groupe ayant une douleur induite.

4.4. Evaluation de la population ayant présenté des douleurs et évolution de leur douleur au cours du brancardage

Des douleurs à l'installation dans leur chambre ont été rapportées pour 68 d'entre eux soit 17,85%.

On note une majoration progressive de l'EN.

4.5. Etude des patients pour lesquels on s'est enquéri de leur douleur et incidence sur l'évolution de la douleur au cours du brancardage

Pour 195 patients, on ne s'est pas informé de la localisation de leur douleur avant toute installation sur le matériel de brancardage.

Les patients pour lesquels on a demandé « s'ils avaient mal », sont plus algiques que ceux auprès desquels on n'a pas pris de renseignements.

Ces patients ont une EN moyenne avant installation sur leur matériel de transport à 5,27 qui se voit majorée de 19,19% avec une EN finale à 6,28.

Mais l'évolution de la douleur va croître de manière plus importante et significative chez les patients dont on n'a pas pris de renseignement sur la douleur, avec une hausse de 34,6%.

4.6. Etude des patients ayant bénéficié d'aides à leur installation et/ou à leur réinstallation

Seul 104 ont bénéficié d'une aide à leur installation et/ou à leur réinstallation.

Les patients ayant bénéficié d'une aide sont plus algiques avant le transport, ils ont une EN moyenne avant transport à 5,2 contre une EN moyenne à 4,3 pour l'autre groupe de patients.

L'évolution de la douleur va se faire par une augmentation de 28,1% pour les patients qui vont recevoir de l'aide à pour atteindre une EN moyenne après transport à 6,66. On note une hausse de 25,2% de points d'EN pour les patients n'ayant pas reçu d'aide.

5. Aide au transfert et implication sur la douleur

5.1. Aides à l'installation

	Répartition	EN 1	EN 2	EN 3
Aucune	77.17%	4,33	5,09	5,35
Humaines	3.41%	4	4,61	4,85
Lève Malade	3.15%	3	6,33	5,75
Planche de transfert	16.27%	6	6,9	7,71

Il s'agissait d'une aide à l'installation de planche par transfert pour 60 d'entre eux, par lève malade pour 12 d'entre eux, et d'aide humaine pour 13 d'entre eux.

L'EN moyenne se majore :

- De 23,7% pour les patients ne bénéficiant pas d'aide à leur installation, (EN initiale à 4,33 et l'EN après le transport 5,35).
- De 21,2% pour les patients bénéficiant d'une aide humaine à leur installation, (l'EN initiale de 4 et l'EN après le transport 4,85).
- De 91,7% pour les patients bénéficiant d'aide par lève malade à leur installation, (l'EN initiale à 3 et 5,75 pour l'EN après le transport).
- De 28,5% pour les patients bénéficiant d'aide par planche de transfert à leur installation, (EN initiale à 6 et EN après le transport à 7,71).

5.2. Aides à la réinstallation sur le matériel de transport

	Répartition	EN 1	EN 2	EN 3
Aucune	74.8%	4,35	5,18	5,42
Humaines	3.41%	4	4,62	5,85
Lève Malade	2.62%	3,4	5,4	4,8
Planches de transfert	19.16%	5,56	6,44	7,25

En ce qui concerne la réinstallation, les planches de transfert furent utilisées 71 fois, 10 fois par un lève malade, 13 par des aides humaines.

L'EN moyenne se majore :

- De 24,5% pour les patients ne bénéficiant pas d'aide à leur installation.
- De 21,15% pour les patients bénéficiant d'aide humaine.
- De 41,17% pour les patients bénéficiant d'aide par lève.
- De 30,3% pour les patients bénéficiant d'aide par planche de transfert.

Le paradoxe est que des patients ayant bénéficié d'une aide à l'installation ne bénéficie pas forcément d'aide à leur réinstallation : 4 patients ayant bénéficié d'une aide par lève malade, et 8 autres par une planche de transfert.

A contrario, le nombre de patients n'ayant pas bénéficié d'aide au départ, et bénéficiant d'aides secondairement est plus important, 2 par lève malade, et 19 par planche de transfert.

Les patients ayant bénéficié d'une aide humaine ont bénéficié à nouveau de cette aide à leur réinstallation.

6. Evaluation de l'attente dans les douleurs de brancardage

	Oui			Non		
	30,71%			69,29%		
Douleur « induite » par l'attente	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	5,62	7,04	7,59	4,07	4,69	4,91

117 personnes déclarent avoir ressenti des douleurs du fait de l'attente.

Pour les patients déclarant que l'attente avait eu une incidence sur leur douleur, ceux-ci étaient initialement plus algiques avec une EN moyenne initiale à 5,62 contre une EN moyenne initiale à 4,07 pour l'autre groupe de patients.

L'évolution de leur douleur va différer, avec une progression de 35% de l'EN moyenne (à 7,59) pour les patients déclarant avoir ressenti des douleurs du fait de l'attente contre une progression de seulement 20,67% de l'EN moyenne (à 4,91) pour les patients pour lesquels l'attente n'est pas responsable de douleur.

7. Evaluation du confort du matériel dans les douleurs de brancardage

	Oui			Non		
Matériel trouvé confortable	88,71%			11,29%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 1	EN 3
	4,33	5,1	5,44	6,21	7,84	8,05
L'inconfort engendre des douleurs ?	90,7%			9,3%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	6,26	8,1	8,26	5,75	5,25	6

9.1. Confort du matériel

Pour 338 questionnaires, le matériel de transfert était confortable.

Pour les patients estimant que le matériel n'était pas confortable, on remarque que ceux-ci ont de base une EN moyenne avant d'être installé sur le matériel de transport plus élevée à 6,21 contre une EN moyenne à 4,33 au même moment pour l'autre groupe.

L'EN moyenne en fin de transport passe à 8,05 pour les patients ayant trouvé le matériel non confortable soit une hausse de 29,6% de points EN moyenne.

Pour les patients ayant trouvé le matériel confortable l'EN moyenne après le transport est à 5,44 soit une augmentation de 25,4%.

7.2. Inconfort du matériel

Sur les 43 questionnaires évoquant un matériel inconfortable, 37 personnes rendaient le matériel de transport responsable de douleur.

Les personnes ayant répondu que le matériel était inconfortable et que celui-ci engendrait des douleurs, ont une EN moyenne de base à 6,26 et atteint 8,27 après le brancardage soit une élévation 32% de la douleur.

Les personnes ayant répondu que le matériel était inconfortable mais que n'engendrait pas de douleur, ont une EN moyenne de base à 5,75 et se majore de seulement 4,35%.

8. Les conditions de déplacement

	Oui						Non		
Bon état du matériel de transport	96,85%						3,15%		
	EN 1	EN 2		EN 3			EN 1	EN 2	EN 3
	4,51	5,35		5,68			5,75	7,25	7,33
Douleur induite du fait de franchissement d'obstacle au sol	6,3%						93,7%		
	EN 1	EN 2		EN 3			EN 1	EN 2	EN 3
	4,21	5,67		5,83			4,57	5,39	5,73
Impact de l'attitude des intervenants	22,31% de manière positive			11,29% de manière négative			66,4%		
	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	1	2	3	1	2	3	4,6	5,29	5,63
	3,96	4,95	5,21	5,37	7,02	7,35			

8.1. Etat du matériel

Le matériel était considéré comme en bon état pour 367 personnes. Pour les autres, ils rendaient tous le matériel pour responsable de douleur.

L'EN moyenne pour les patients ayant trouvé que le matériel de transport n'était pas en bon état évolue de 27,48%.

Pour les autres patients, l'EN moyenne se majore 25,94%.

8.2. Le franchissement d'obstacle

Pour 24 personnes, il existait des douleurs du fait du franchissement des barres de seuil, de l'irrégularité du sol et des paliers d'ascenseur.

Pour les patients considérant qu'ils ont ressenti des douleurs du fait d'obstacle sur leur parcours de brancardage, il y a eut 25,3% d'évolution de la douleur entre l'EN moyenne initiale (4,57), et l'EN moyenne finale (5,73).

Pour l'autre groupe de patients, l'EN moyenne initiale était de 4,21 et au final de 5,83 d'EN moyenne après le brancardage soit une hausse de 38,6%.

8.3. Attitude des intervenants

L'attitude des différents intervenants a eu un impact pour 128 personnes, dont 85 de manière positive et 43 de manière négative.

Pour les patients ayant répondu que l'attitude des intervenants n'avait pas eu d'impact sur leur douleur, ceux-ci avaient une EN moyenne initiale à 4,6 et croissait de 22,4% avec le brancardage pour atteindre 5,63 au final.

Concernant les patients pour lesquels l'attitude des intervenant a eu un impact positif sur leur douleur, on note une EN moyenne à 3,96 et celle-ci était à 5,21 en fin de prise en charge soit une hausse de 31,5%.

L'EN moyenne initiale était à 5,37 pour les patients considérant que l'attitude des intervenants avait eu un impact négatif sur leur douleur, et était au final à 7,35 soit la plus grande augmentation avec 36,8%.

9. Autres causes de douleurs induites par le transport

	oui			non		
	13.65%			86.35%		
Autres causes de douleurs liées au brancardage ?	EN 1	EN 2	EN 3	EN 1	EN 2	EN 3
	5.63	6.31	6.87	4.37	5.27	5.55

L'évolution de la douleur va être de 21,8% entre le début et la fin de prise en charge, pour les patients ayant répondu qu'il existait d'autres causes liées à leur transport non abordée dans le questionnaire.

Quant aux patients estimant qu'il n'existait pas d'autres causes liées à leur transport, l'EN initiale 4,37 et de 5,55 soit une augmentation 27% de points d'EN.

DISCUSSION

La sensibilisation et la lutte contre la douleur sont des priorités de notre système de santé.

Il existe une exigence éthique et législative vis-à-vis de la prise en charge de la douleur et cela nécessite un suivi par des indicateurs.

Il ne nous est point demandé d'explorer cette expérience complexe psychosensorielle propre à chaque individu, mais de soulager les douleurs.

Pour cela, il faut notamment définir ce qui peut les provoquer ou les amplifier de façon à pouvoir la prévenir et l'atténuer au maximum.

De multiples études ont été réalisées ces dernières années afin de recenser les douleurs induites par les soins soit de manière très spécifique (ex : ponction lombaire chez les enfants en oncopédiatrie) [9], soit de manière beaucoup plus étendue [10].

Nous avons pris le parti de poser à discussion certains éléments de l'étude que nous avons trouvés pertinents ou sujets à caution. Certaines thématiques n'ont pu être étayées par une antithèse par manque de bibliographie valide.

Souvent, nous analyserons nos données comparativement à l'étude de Jean-Marie NEBBAK « Douleurs provoquées par les manutentions, dans le cadre du brancardage, dans un institut de cancérologie », effectuée à l'institut Gustave-Roussy en mars 2006.

1. Difficultés rencontrées dans l'organisation et le déroulement de l'enquête

1.1. Freins et résistances du personnel

Le manque de disponibilité ou la réticence des soignants : certains soignants n'étaient pas présents lors des diverses séances explicatives et de présentation de l'étude.

Les interlocuteurs ont été difficiles à interpeler au sein des services.

Une partie des équipes n'était pas sensibilisée à cette enquête, par manque d'information de la part des cadres de santé (absents les jours où se passait l'information). Certains soignants, n'ayant pas compris leur rôle dans l'étude, ne souhaitent pas remettre le questionnaire car celui-ci long de 4 pages, leur semblait long à expliquer.

Plusieurs raisons ont été avancées comme : la surcharge de travail, le fait de ne pas se sentir concerné par le brancardage, ou parce qu'ils ne considéraient pas que les patients qu'ils soignaient, étaient douloureux.

Heureusement, pour la facilitation de cette étude, le travail de mes collègues internes a été essentiel, car prescrivant les examens ou relayant les examens de leurs seniors, ont maximisé le taux de questionnaire remis aux patients.

De l'agent à l'encadrement, peu d'acteurs se sentent concernés par l'évaluation de la douleur. Mon ressenti serait d'ordre plus général, le Centre Hospitalier de Seclin ne possède pas la culture de la douleur.

1.2. Difficultés logistiques

Les feuilles de questionnaires et les boîtes de réception des questionnaires étaient dans les salles de soins. Certains questionnaires étaient mal visibles, dans des trieurs fermés au fond d'une salle de soins.

Mes difficultés logistiques s'inscrivent dans ce cadre général de désintérêt à la culture de la prise en charge de la douleur.

2. Limites de l'étude

2.1. Biais

La réalisation de l'enquête a sûrement contribué à une vigilance accrue sur la douleur (du moins aux urgences).

Certains questionnaires ont été donnés directement par les brancardiers, ce qui n'était pas prévu dans le cahier des charges. Ce changement de pratique ne laissait pas de temps aux patients pour remplir la partie concernant l'évaluation de la prise en charge des brancardiers.

En une semaine, 450 auto-questionnaires ont été récupérés pour notre étude dont 381 étaient exploitables, contre 223 versus 219 dans l'étude NEBBACK en 2 semaines.

Nous n'avons pas à rougir de nos résultats. Le biais que je signalais semble amoindri par les performances de retour.

2.2. Questionnaires mal remplis

Il a surtout été question de questionnaires non remplis en intégralité, avec des phrases ou questions non comprises, ou le questionnaire était considéré comme fini mais ne l'était pas.

Les questionnaires exclus, ont été ceux remplis partiellement. 69 questionnaires ont été rejetés.

2.3. Patients exclus de l'enquête

Les patients exclus de l'enquête l'ont été avant remise du questionnaire, il est cependant nécessaire de rappeler que des tranches importantes de situation de brancardage ont été exclues d'emblée : les patients pré et post opératoires, les patients étiquetés déments, et les mineurs. Notre établissement compte une part non négligeable de séniors de plus de 75 ans, 17% en 2012. Aucune boîte n'a été laissée dans les services de gériatrie (part importante de patients confus, terrains de démence ou déficiences visuelles et auditives).

2.4. Actes de brancardage non évalués

Il s'agit surtout des patients allant au bloc opératoire et en sortie de bloc, qui auraient pu être inclus. Un questionnaire mieux adapté aurait pu être requeryé soit par une tierce personne, soit rempli à posteriori.

Ainsi les patients relevant de la filière gériatrique, et pédiatrique, auraient pu avec l'utilisation d'une autre échelle, être inclus dans notre étude.

2.5. Fiabilité des questionnaires

Les questionnaires ont été validés et testés lors de l'étude de Jean-Marie NEBBAK « Douleurs provoquées par les manutentions, dans le cadre du brancardage, dans un institut de cancérologie », effectuée à l'institut Gustave-Roussy en mars 2006.

Toutefois nous avons introduit des items, à la demande du Dr David, responsable du CLUD. Ces items comportaient : Le motif de recours et l'EN pendant l'attente.

Nous avons, en comité de pilotage, estimé ne pas avoir travesti le « questionnaire NEBBAK ». Nous n'avons pas eu à tester de nouveau ces questionnaires par une équipe pluridisciplinaire au centre Hospitalier de Seclin.

Ces questionnaires sont équivalents aux questionnaires de satisfaction. Ils permettent d'accéder aux représentations, aux avis, aux opinions et aux croyances des patients.

Il n'y a pas, par exemple, de vérification dans le dossier médical de la pose d'une antalgie données aux patients, des pathologies des patients,...

2.6. Nombre de questionnaires

Le nombre d'actes de brancardage évalué a été assez important pour une semaine. Avec toutes les exclusions (69 dossiers), 381 questionnaires représentent un taux de retour important (84.66%). Pour y parvenir, il a fallu m'astreindre à un passage tous les jours dans les services concernés, encourager les internes et externes des différents services à poursuivre la remise de questionnaires.

3. Apports obtenus par l'étude

3.1. Prévalence de la douleur induite par le brancardage

Le brancardage a une incidence sur la douleur ressentie par les patients. Souvent la douleur est majorée suite à un acte de brancardage.

Dans notre étude 228 patients ont souffert du brancardage. Notre population était algique initialement (88,4%).

Dans l'étude NEBBAK, la moitié des patients (110/223) a souffert du transport, et la plupart d'entre-eux (82 %) était initialement algique. Pour chaque patient, les douleurs ont pu être provoquées par un ou plusieurs facteurs de risque

3.2. Facteurs influençant ou pas, la douleur ressentie

Les facteurs associés à une augmentation de la douleur plus importante sont dans notre étude le fait de ne pas être hospitalisé, d'être « brancardé », l'absence de dose supplémentaire d'antalgique, de ne pas s'enquérir de la douleur des patients, de l'attente.

Pour les patients ayant des douleurs préexistantes, la douleur sera majorée par le brancardage.

Il existe une dimension éthique et spirituelle souvent ignorée les soignants.

Les patients se retrouvent en situation d'abandonner leur corps contre leur gré à un tiers et se retrouvent ainsi à « la merci du soignant ». Ils peuvent se comporter différemment quant à l'expression de la douleur induite.

Nous connaissons tous en tant que soignants l'importance de la satisfaction des besoins fondamentaux sur la qualité de vie et l'influence positive sur le moral des patients décrite par Maslow. [11]



Nos organisations, par leurs procédures, privent le patient d'un raisonnement critique à l'accès à ses besoins fondamentaux.

Dès son arrivée à l'hôpital, l'individu prend le « statut » de patient.

Il décline son identité et des informations de civilité à un agent administratif.

Au triage par l'IOA, le patient délivre des informations personnelles liées à son intimité.

S'ensuit, l'attribution d' « un box », le revêtement d'une blouse ouverte à l'arrière, l'installation sur un brancard, la pose d'une voie veineuse, ...

Le patient attend et doit s'adresser à autrui pour ses besoins primaires – boire, manger, se déplacer,...

Les variables tel que l'accueil et la disponibilité, l'adaptation de l'environnement, l'information donnée au patient peuvent influencer et changer la composante psychologique de la douleur.

Il est donc capital de maîtriser l'information donné au patient.

L'information diminue le stress, rassure, favorise le climat de confiance.

Une information de qualité concernant les gestes de soins doit être ciblée et renseigner sur la durée, le déroulement et le lieu de l'examen.

Elle peut se faire de façon orale et /ou écrite et doit être répétée à plusieurs moments.

La relation au patient est un véritable « pansement » psychologique.

3.3. Trajets douloureux.

Nous avons repéré un point de départ d'ou le brancardage majore la douleur : les urgences, et un trajet chirurgie viscérale – radiologie (tableau page 32).

3.4. Les brancards

Bien que la majorité des questionnaires concernent les urgences, et concernent des brancards, il faut se poser une question, mets-on trop de gens sur des brancards, ou réalisons-nous trop d'examens paracliniques de patients aux urgences.

Y aurait-il une baisse des douleurs si les examens paracliniques étaient réalisés en hospitalisation avec une accentuation initiale sur la prise en charge de la douleur ?

Cela aurait-il un impact sur le diagnostic si c'était réalisé en ce sens ?

3.5. La douleur et les patients

A la lecture de ces résultats, ce que l'on peut observer c'est que les patients sont algiques avant même la prise en charge par des brancardiers, même pour des motifs non algiques, avec ou sans prise de traitement antalgique préexistant.

Dans l'étude NEBBAK, les patients douloureux avant le transport représentaient 65 % de la population étudiée. Ces patients douloureux étaient 71% à bénéficier d'un traitement antalgique de fond et 38% bénéficiaient d'un traitement antalgique préventif.

D'autre part, les patients non douloureux avant le transport représentaient 35 % de la population étudiée. 36% de cette population bénéficiait d'un traitement antalgique de fond et 15% d'un traitement antalgique préventif.

Dans notre étude, nous sommes interpellés par ce nombre important de patient douloureux avant le transport et cela dans les deux études.

Nos brancardiers peuvent-ils solliciter le patient sur sa douleur ?

Il existe peu de réelles données de santé publique analysant les répercussions de la douleur induite par les soins mais en pratique nous savons qu'elle n'est pas anodine et qu'elle peut avoir des conséquences ultérieures. [12]

Au quotidien, outre la résignation et l'acceptation, les réactions les plus fréquemment observées en matière de douleur induite sont l'appréhension, la crispation, la nervosité à l'idée du geste et lors de la réalisation du geste.

Or le stress ainsi généré va amplifier le phénomène douloureux.

Enfin, la mémorisation des phénomènes douloureux aigus (empreinte laissée sur les structures nerveuses et le psychisme), d'autant plus importante que la douleur aiguë aura été prolongée,

intense et que la souffrance du malade aura été négligée, méconnue ou mise en doute, pourra aboutir à plus ou moins long terme à une douleur chronique.

Autre problématique, celle des patients qui n'évoquent pas la douleur, sont sensibles à ces douleurs mais la subliment ou la relativisent car finalement le plus important pour eux est la guérison. Cette catégorie de patients adopte un comportement de résignation sur fond de culture stoïcienne ou judéo-chrétienne. [13]

Ces patients ne s'autorisent pas à signaler leurs maux pour plusieurs raisons :

- peur de se plaindre et de ne pas être « un bon malade » ;
- peur de porter un jugement sur ceux qui soignent par respect et reconnaissance pour leur rôle dans la prise en charge de leur maladie et de leur guérison ;
- peur d'être rejeté par les soignants s'ils osent dire que le geste pratiqué fait mal ;
- peur de détourner l'attention des soignants du traitement curatif de leur maladie ;
- peur que la douleur signifie une aggravation de la maladie ;
- peur du traitement de la douleur lui-même et d'une éventuelle accoutumance.
- pourquoi se plaindre puisque les soignants n'offrent, leur semble-t-il, qu'une absence de solutions.

Cette dernière problématique a pu entraîner un biais de recrutement et exprimer des douleurs au cours des transferts non indiqués lors de la recherche d'évaluation initiale de l'IDE.

3.6. Les manipulations

Les manipulations type planche de transfert et lève malade engendrent plus de douleurs que les aides humaines dans notre étude. Est-ce liée à un problème d'utilisation, à l'anxiété des patients ? Faute d'étude spécifique retrouvée, il ne m'est pas possible d'expliquer ce phénomène.

4. Décisions prises pour améliorer la prise en charge de la douleur après l'évaluation

La douleur induite par des soins courants peut être diminuée chez des patients angoissés par l'agression brutale qu'ils subissent ou déjà hyperalgiques du fait de leur pathologie.

Une relation soignant-patient de qualité, diminue la douleur alors que le stress ne fait qu'aggraver le vécu de la situation.

De nombreux articles montrent que la douleur des patients est sous-estimée par les soignants ce qui entraîne une prise en charge insuffisante. [14] [15] [16] [17]

4.1. Associer le personnel

Il faut associer tous les personnels à la prise en charge de la douleur. Il est de la prérogative de tous les soignants de lutter contre la douleur et de la prévenir.

Les différents plans gouvernementaux ont rappelé qu'il était nécessaire que les soignants dans , leur ensemble, luttent contre la douleur.

Il est ainsi déconcertant de voir que des patients très algiques et dont cette information est remontée à quelqu'un, bénéficient d'acte majorant les douleurs (transport notamment) sans réévaluation des traitements de la douleur.

4.2. Protocoles

Il faut sensibiliser à nouveau les soignants sur le protocole de prise en charge des douleurs aux urgences utilisé(organigramme décisionnel de prise en charge de la douleur aigüe en urgence modifié d'après le GEDOU), notamment avant les actes de brancardage. Un patient douloureux ne devrait pas être brancardé s'il ne reçoit pas d'antalgique.

Il faut y associer une plus grande prise en charge de l'anxiété, insuffisamment prise en compte.

[18] [19]

3.3. Evaluation, Traçabilité de la douleur

Il est important d'évaluer la douleur de manière tout aussi régulière que les autres constantes.

Différents rappels aux équipes ont été faits de manière régulière.

La sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS.

Le Critère 12.a *Prise en charge de la douleur* est une Pratique Exigible Prioritaire (PEP)

Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, des **Pratiques Exigibles Prioritaires** sont introduites dans le manuel de certification. Ces pratiques exigibles prioritaires sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. L'étude par l'équipe d'experts-visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences sera systématique et bénéficiera d'une approche standardisée.

La cellule qualité de l'établissement vient évaluer de manière régulière si ce paramètre est suivi et tracé dans le dossier médical.

Il est prévu notamment avec l'informatisation prochaine que l'EN soit un champ obligatoire parmi les constantes à renseigner, et que sa réévaluation le soit tout autant. [20]

3.4. Optimiser les moyens d'attente

Un patient sur un brancard aux urgences peut être installé dans un lit précocement dès que l'orientation hospitalière est fortement suspectée, dès qu'il s'agit d'une personne fragile, ou qu'une prise en charge longue est supposée.

Il est aussi possible de faire attendre plus de monde sur des chaises, et de les transporter ainsi.

4.5. Travailler en équipe

L'efficacité de la prise en charge de la douleur en médecine d'urgence repose sur sa reconnaissance, l'évaluation de son intensité avec un outil adapté au patient et l'application de protocoles thérapeutiques adaptés à la pathologie et au patient. Il s'agit d'un travail d'équipe et l'adhésion du personnel soignant aux protocoles en place est un facteur déterminant de réussite de la procédure d'assurance qualité sur la douleur.

4.6. Former les équipes

Il faut poursuivre les formations des agents à la prise en charge de la douleur, de sa reconnaissance, au traitement en passant par sa prévention.

Il existe une équipe mobile de la douleur, ainsi que des groupes douleur avec des agents référents douleur de chaque service.

Des journées douleurs sont régulièrement organisées par le CLUD pour sensibiliser les soignants.

Un livret douleur est délivré depuis 2006, il est actuellement en phase de réévaluation avec pour projet l'écriture d'un livret pratique soignant, d'un livret pratique médecin, et d'un livret spécifique pour la pédiatrie.

L'envoi des agents à des formations manutentions s'est accentué.

5. Conséquences sur les pratiques

5.1. Evaluation de la douleur

Il faut que l'EN soit évaluée et réévaluée régulièrement, aussi bien aux urgences que dans les services, même quand le motif de venue en hospitalisation n'est pas un motif douloureux.

Il faut réévaluer la douleur même si la personne n'a pas mal initialement. Il faut absolument sensibiliser les soignants à poursuivre la surveillance de la douleur pour que le traitement antalgique soit adapté l'état du patient.

Il peut être nécessaire d'utiliser les différentes échelles et ne pas méconnaître les échelles d'hétéro-évaluation.

5.2. Eviter les transports inutiles

Les transports inutiles sont un autre facteur d'augmentation des douleurs induites. [21] [22] [23]

Il faut les minimiser : programmer les examens d'imagerie sur un même créneau horaire, avis de spécialiste au maximum au lit du malade et non en consultation, éviter les examens inutiles.

5.3. Traiter la douleur sous-jacente

Peu de patients considèrent être traité pour la douleur avant leurs actes de brancardages.

Comme cela a été vu ci-dessus, les patients ayant une maladie douloureuse ressentent une douleur plus forte que les patients témoins pour un même stimulus. [24] [25] [26]

Soulager les douleurs de base des patients diminuerait donc les douleurs induites par les soins.

5.4. Améliorer la communication transversale

Il faut améliorer la communication entre les soignants et les patients. Il existe de nombreux clichés sur le ressenti des soignants et soignés.

Nous avons repris dans la littérature plusieurs enquêtes réalisées qui permettent d'affirmer que la douleur induite mérite qu'on y porte toute notre attention.

➤ Une enquête réalisée dans un service de réanimation de 10 lits de l'hôpital Broussais à Paris, en 1993, a évalué les soins mal supportés en réanimation dans le cadre d'une enquête de satisfaction de séjour. 86 questionnaires ont pu être interprétés. Les soins mal supportés sont pour 46% la gazométrie, pour 26% la sonde à oxygène et pour 25% les prises de sang.

➤ Une enquête multicentrique réalisée en collaboration avec ASTRA et la SOFRES médicale, publiée en 1998, a évalué la douleur des gestes invasifs en cancérologie. [27]

Un patient sur trois reconnaît que subir des gestes invasifs répétitifs est extrêmement, très ou assez gênant et 87% des infirmières le confirme.

➤ Une enquête téléphonique auprès de 1007 personnes de plus de 18 ans, réalisée par le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur en avril 2003 a évalué la prise en charge de la douleur en France et a permis d'établir une photographie de l'opinion publique sur le thème de la douleur.

Parmi les résultats concernant les causes de la douleur, on note :

- la maladie pour 32%
- les accidents pour 20%
- les opérations pour 15%
- la douleur des examens ou des soins pour 14%
- les douleurs de la grossesse ou accouchement pour 4%

- Plusieurs enquêtes, le plus souvent réalisées à l'initiative de Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD), ont mis en évidence 35% de réponses positives à la question « Avez-vous eu mal au cours de ces dernières 24 heures ? ». Parmi ces réponses positives, la moitié sont des douleurs induites par des actes courants et en particulier des gestes infirmiers.
- Une enquête réalisée en 2003 par l'équipe du département d'anesthésie réanimation algologie de l'institut Bergonié de Bordeaux montre que 70% des patients expriment une douleur dans un secteur de surveillance post interventionnelle, dont 38% sont une douleur induite par les gestes de soins, considérée par les patients comme plus intense que la douleur de la chirurgie.

Loin de fait de posséder ces informations, il est important de pouvoir la partager ; de communiquer autour.

L'amélioration de la communication et de la collaboration interdisciplinaire améliorerait la satisfaction et les soins. [28]

Le temps texturant fait souvent défaut dans les organisations médicales. Aménager, selon le fonctionnement de chaque service, des temps où toutes les disciplines seraient représentées et pourraient prendre la parole pour parler des difficultés rencontrées, la thématique des douleurs induites par les soins, améliorerait très probablement la prise en charge de la douleur.

La transmission d'information à tous les acteurs du soin permet une bonne coordination, une optimisation du moment du soin, et est indispensable pour améliorer la prise en charge de la douleur induite.

Exemple : le médecin qui envoie en radiographie un patient sans en informer l'infirmier, empêche la mise en œuvre d'une prévention antalgique qu'il a par ailleurs prescrite.

5.5. Diminuer l'anxiété du patient

L'anxiété ayant une incidence sur le ressenti des douleurs et des douleurs induites. Dans notre étude, il a été constaté que les patients anxieux étaient plus sensibles aux douleurs au cours du brancardage.

Il faudrait associer des éventuels anxiolytiques aux patients, diffusion de musique, ou accès à la télévision. Il faut aussi donner l'information au patient sur ce qui va être fait, et dans quel délai pour diminuer l'anxiété. [23] [24]

5.6. Réévaluation régulière de la situation des patients aux urgences.

Les brancards sont effectivement le mode de transport et d'attente priorisé aux urgences.

Il faut savoir réévaluer régulièrement une situation, afin d'installer peut être plus rapidement les patients sur des lits (pool de lits supplémentaire déjà disponible).

Il est aussi possible de faire attendre des gens plus facilement sur des chaises ou des fauteuils.

Cela doit passer par un changement des pratiques, des habitudes.

La prévention de ces douleurs s'appuie essentiellement sur l'anticipation. Les échelles d'autoévaluation couramment utilisées par les SMUR pour l'évaluation initiale et le suivi de la douleur atteignent leurs limites concernant les douleurs induites. Si la douleur de repos, avant un soin potentiellement douloureux ou une mobilisation, doit être maîtrisée, la valeur de l'autoévaluation de repos n'est pas un outil suffisant pour anticiper sur la survenue d'une douleur induite. Elle permettra cependant d'en apprécier la tolérance et d'ajuster l'analgésie.

Il existe une grande variabilité dans la présentation clinique des patients concernés, qu'il s'agisse de patients relevant d'une activité médicale ou chirurgicale. Le choix des modalités de prise en

charge de ces patients doit donc intégrer une analyse des objectifs et des contraintes propres à notre exercice. [29]

En dépit d'une prise de conscience récente, les douleurs liées aux soins, bien que très fréquentes, sont sous-évaluées. Ainsi pour certains actes en pédiatrie, de nombreux protocoles ont été mis en places avant des actes considérés comme algiques. [30]

Alors qu'à contrario de nombreux actes potentiellement douloureux sont réalisés sans la moindre précaution/prémédication pour abaisser, éviter la douleur éventuelle. [31]

Les soignants ne considèrent pas tous la douleur comme pouvant avoir des conséquences durables, et donc sans nécessité d'une implication médicale dans leur prévention. Pourtant, leurs conséquences sont multiples. La prévention de ces douleurs nécessite une sensibilisation du personnel soignant et la mise en place de protocoles de soulagement. Les douleurs induites peuvent ainsi gêner la prise en charge ultérieure du patient. Certains refusent ou repoussent un examen ou un soin en raison de la douleur perçue la fois précédente.

Outre le désagrément causé, ces douleurs ont donc de nombreuses répercussions. Pourtant il existe des moyens simples pour limiter considérablement leur pénibilité à condition que celui qui réalise le geste soit sensibilisé à cet aspect.

5.7. Autres pistes de réflexion

Pour assurer une prise en charge individualisée contre la douleur face à un soin douloureux, il faut une remise en question individuelle mais également une organisation interdisciplinaire.

A l'hôpital, des protocoles de prévention antalgique permettent aux IDE d'anticiper des prescriptions médicales. De nombreux soignants qui gravitent autour du malade, ont leur activité contrainte dans des décrets. Leur action au chevet des patients n'est pas sans causer des douleurs induites.

Le patient possède à son domicile une palette d'antalgie qu'il a pu se constituer aux cycles de ses petits malheurs et ses rencontres avec le monde médical. La constitution, la gestion et l'utilisation d'une pharmacie de fortune pose en outre, un problème de responsabilité individuel et collectif.

Les professions non médicales qui gravitent autour du malade et sont responsables de douleurs induites, n'ont accès qu'à un arsenal antalgique strictement non médicamenteux.

Est-il possible de sortir, par voie législative, du « systématiquement un médecin prescripteur et un infirmier réalisateur de l'acte » ?

Les kinésithérapeutes, les aides-soignants, les manipulateurs radiologie ne pourraient-ils pas avoir accès à une palette plus large d'antalgiques médicamenteux ?

CONCLUSION

Par nos nombreux actes techniques et nos gestes de soins courants, nous avons une grande responsabilité en tant que soignant auprès des patients. De même, les petites agressions du corps que nous occasionnons et qui, prises de façon isolée ne constituent pas une douleur majeure, peuvent du fait de la répétition, provoquer des désagréments, source de douleur intolérable.

Nous identifions certains acteurs proches du patient, médicaux ou paramédicaux (médecins, chirurgiens, anesthésistes, infirmiers et infirmiers spécialisés, sages-femmes, aides-soignants,...) comme co-responsables directs. D'autre moins en exergue (manipulateurs en radiologie, kinésithérapeutes, brancardiers, pharmaciens) sont concernés par cette douleur induite.

Or, c'est un sujet dont on parle peu alors que le processus de ce type de douleur est bien connu et que la sensation douloureuse est devenue au fil des siècles culturellement et socialement insupportable. Alors, n'est-il pas temps de prendre conscience de ce problème particulier de douleur, des conséquences que cela peut avoir sur le vécu de la pathologie, de ses traitements et d'envisager de mettre en œuvre des solutions pour l'alléger ?

La prévention de la douleur induite par le brancardage ne peut être négligée au motif que ce mode d'exercice sort du soin. L'idée maîtresse demeure l'anticipation de ces douleurs par une réflexion préalable qui vise à identifier ces situations et à définir les objectifs du traitement. Une analyse précise des contraintes liées à l'environnement et au patient permet d'établir une stratégie de prise en charge intégrant ces paramètres. Tous les acteurs au contact du patient doivent être impliqués dans cette démarche de prévention. La continuité de cette prise en charge, notamment lors de douleurs induites par la mobilisation, doit pouvoir être assurée dès l'arrivée à l'hôpital.

La prise en charge adéquate de la douleur dans les établissements de santé est un des objectifs majeurs de la prise en charge du patient, comme cela est apparu au cours des deux dernières

décennies, avec des créations de filières spécifiques, de critères de qualités le tout lié à la prise en charge de la douleur.

Le but de cette étude était de vérifier qu'il existait des douleurs induites par le brancardage au sein du centre hospitalier de Seclin, nous avons surtout constaté que les patients étaient algiques et insuffisamment pris en compte, que le brancardage de patients des urgences était une source de douleur induite.

Il était important d'identifier les facteurs favorisant ces douleurs induites par le brancardage afin de réfléchir à la mise en place d'actions correctives, le tout pour optimiser la prise en charge du patient et donc diminuer ses douleurs induites.

Des pistes de réflexions ont donc été dégagées par ce travail afin d'optimiser la prise en charge des patients, à travers un axe particulier le brancardage.

Il est également à noter que ce travail soulève toujours un constat, la douleur n'est pas encore suffisamment prise en charge au sein de l'établissement hospitalier de Seclin, et qu'il faut poursuivre dans l'amélioration de sa prise en charge, de sa surveillance, de son traitement.

J'ai choisi d'aborder le thème de la douleur induite par le brancardage, car cette thématique représente spécifiquement un paradoxe pour mon métier. Notre profession nous conduit à soulager les souffrances et les prévenir lors de la dispensation des soins, et non à les infliger. Le brancardage et le transport des patients, font partie intégrante des soins prodigués. Le brancardier est un partenaire du soin et intervient à de nombreuses étapes. La prise en charge de la douleur, représente à mon sens, un indicateur de l'état du patient à prendre en compte dans la prise en charge de ce patient. Ce n'est pas au patient de signaler son état de confort ou d'inconfort dans son parcours de soin, mais aux différents intervenants de le solliciter.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Wrobel J., Donnadiou S., Annequin D. et all. Les douleurs induites. Juin 2005 : 10
- [2] Nebbak JM, Le Deley MC. Le brancardage, une autre source de douleurs. *Journal Européen des Soins Palliatifs* ; 2005 ; 12 : 112-114
- [3] Boureau F. Dimensions de la douleur. Pratique du traitement de la douleur Paris Doin: 1988; 11-17.
- [4] Le Bars D., Willer J.-C. Physiology of pain. *Anesthésie Réanimation* 2004 ; 1 :227–266
- [5] Anand K.J.S. Effects of perinatal pain and stress. *Progress in Brain Research* 2000 ; 122 : 117-125
- [6] Peterson-Felix S, Arendt-Nielsen L, Bak P, Fischer M, Bjerring P, Zbinden AM. The effects of isoflurane on repeated nociceptive stimuli (central temporal summation) *Pain* 1995 ; 64 : 277-281
- [7] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
- [8] <http://www.sante.gouv.fr/brancardier.html>
- [9] Bouffet E, Douard MC, Annequin D et all. La douleur de la ponction lombaire. Résultats de 2 années de réflexion au sein de la Société française d'oncologie. *Archives Pédiatriques* 1996 ;3 : 22-27
- [10] Lhuillery D, Cosqueric G. Douleurs induites par les soins : analyse de l'évolution des données d'une enquête annuelle de prévalence de la douleur . *Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement* 2008 9, 113—117]
- [11] Maslow A. *Motivation et personality*, 2nd Ed NewYork, Haeper and Row – 1970
- [12] Baeyer C., Marche T., Rocha E., et all. Mémoire et douleur chez l'enfant. *Douleurs* 2004;volume 5 numéro 3:133-142
- [13] Atallah F, Guillermou Y.L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Volume 23, numéro 7 :pages 722-729 (juillet 2004)
- [14] Puntillo K, Neighbor M, O'neil N, Nixon R. Accuracy of Emergency Nurses in Assessment of Patients' Pain,*Pain Management Nursing* 2003 ; 4 (4) : 171-175;
- [15] Steffen C, Salomon L, Tcherny-Lessenot S, Brucker G, Levu S, Rosenheim M. Involvement of Medical Staff in the Assessment of Pain. *Letters* 2002 ; 24 (3) : 289-290;
- [16] Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ* 1995 ; 310 : 1034-1037;
- [17] Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ. Pain and its treatment in Outpatients with Metastatic Cancer, *N Engl J Med* 1994 ; 330 (9) : 592-596].

- [18] Payen JF, Chanques G. Pain management, *Annales Fr Anesthésie Réanimation* 2008 ; 27 : 633–640
- [19] Actualisation 2007 de la IIIe Conférence de consensus en Médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence, *Douleur*, Vol 9 - N°5 - octobre 2008 pages 248-278 ,
- [20] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
- [21] Coutaux A, Salomon L, Rosenheim M, Baccard AS, Quiertant C, Papy E, Blanchon T, Collin E, Cesselin F, Binhas M, Bourgeois P. Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study *European J Pain* 2008 ; 12 (1) : 3-8
- [22] Peterson-Felix S, Arendt-Nielsen L, Bak P, Fischer M, Bjerring P, Zbinden AM. The effects of Isoflurane on repeated nociceptive stimuli (central temporal summation) *Pain* 1995 ; 64 : 277-281
- [23] Coutaux A, Collin E. Procedural pain: epidemiology, effects, predictive factors. *Douleur et Analgésie* 2008 ; 21 (3) : 126–138
- [24] Perrot S, Payen-Champenois C, Poncet C. Facteurs de risque des douleurs induites par les infiltrations articulaires et rachidiennes : étude prospective multicentrique chez 1350 patients consultant en rhumatologie. *Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur* (7 :2007 :Paris)
- [25] Johansen MK, Graven-Nielsen T, Olesen AS, Arendt-Nielsen L. Generalised muscular hyperalgesia in chronic whiplash syndrome. *Pain* .1999 ; 83 : 229-234
- [26] Bouin M, Plourde V, Boivin M, Riberdy M, Lupien F, Laganier M, Verrier P, Poitras P. Rectal Distention Testing in Patients With Irritable Bowel Syndrome: Sensitivity, Specificity, and Predictive Values of Pain Sensory Thresholds : *Gastroenterology* 2002 ; 122 (7) : 1771–1777].
- [27] ASTRA/SOFRES; Enquête multicentrique : Evaluation de la douleur des gestes invasifs répétitifs en cancérologie adulte. Quels ressentiments sur la qualité de vie des patients ?1997, 1998.
- [28] Puntillo K, Mcadam J. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med* 2006 ; 34, (11) Suppl : S332-S340].
- [29] Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations sur la sédation, l'analgésie et la curarisation en réanimation. Texte court. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000; 19:98-105
- [30] Brasseur L. Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote. Ducassé JL, Groupe DEQUAD urgences, eds. Douleurs aiguës en situation d'urgence: des techniques à la démarche qualité. Paris: Arnette, 2004 : 78-80
- [31] Carbajal R. Analgésie par mélange (50/50) de protoxyde d'azote/oxygène chez l'enfant. *Arch Pediatr* 1999; 6 : 578-85

ANNEXES

FICHES DE POSTE DES BRANCARDIERS

CONSIGNES GENERALES VALABLES POUR TOUTES LES AFFECTATIONS

La mission principale du brancardier est le transport des patients, comme tout agent qui prend en charge un patient, il participe à la qualité et à la sécurité des soins.

Pour ce faire, il doit assurer

La continuité des soins

en étant joignable toute la durée de son poste de travail (en cas d'absence impérative (médecine du travail...), il informe le cadre responsable et son collègue et lui transmet son téléphone)

en priorisant le transport des patients par rapport à toute autre tâche

La qualité de la prise en charge en respectant autant que possible les heures prévues de transfert, et si besoin, il s'organise avec ses collègues en cas de demandes multiples

Par ailleurs, à chaque transfert

- Le brancardier vérifie :
 1. l'identité du patient : oralement et sur le bracelet (s'il n'y a pas de bracelet il transmet à l'équipe soignante de l'unité de soins
 2. éventuellement s'il est à jeun
 3. s'il n'est pas souillé
 4. qu'il est couvert par une alèse ou un drap (+ couverture l'hiver)
 5. si les barrières sont mises (lit ou brancard) pendant le transport

- 2. Il adapte le moyen de transport du patient à sa pathologie : lit, brancard ou chaise en collaboration avec les soignants si besoin (il privilégie le fauteuil roulant au lit si c'est possible et en concertation avec l'équipe soignante responsable du patient)

- 3. Il communique avec le patient et les accompagnants, il les rassure, en ayant une attitude calme

- 4. Il les informe de l'endroit où il emmène le patient et du temps d'attente éventuel, il ne donne pas d'informations qui sont hors de la limite de ses compétences (domaine médical ou infirmier)

- 5. Il respecte la confidentialité du dossier en l'insérant **dans une « pochette bleue »**

6. Il prévient l'équipe soignante du départ et/ou de l'arrivée d'un patient
7. Il aide l'infirmière ou l'aide soignant à l'installation du patient si besoin
8. Il rebranche le lit électrique, il bloque les roues
9. Il respecte les précautions d'hygiène entre deux patients, (change le drap ou l'alèse du brancard ou de la chaise) selon les procédures d'hygiène

Le cadre supérieur gère les plannings de travail, de congés annuels, les entretiens annuels, les formations continues...

Le cadre du service dans lequel le brancardier est en poste, est le référent de celui-ci pour tout ce qui concerne l'activité du service, (organisation du travail, problèmes liés au transport des patients, respect de la planification des transports, départ anticipé si possible...)

A chaque fin de poste et à la pause du midi

1. Le brancardier s'assure de la continuité de la prise en charge, pendant la pause du midi, en remettant son téléphone à son collègue (**pour le 8228 et le 8315**)

Transférer les appels, fermer son téléphone, demander aux équipes d'appeler un autre poste téléphonique... n'est pas autorisé

1. Il fait les transmissions au sujet des patients à prendre en charge au collègue qui prend le relai
2. Il prévient le cadre supérieur s'il n'y a pas de relai
3. A la fin du poste, il remet son téléphone à son collègue

Le brancardier a d'autres missions que le transport des patients, celles-ci sont définies dans les fiches de poste (ci jointes), il doit respecter l'organisation prévue

Il peut être amené à assurer d'autres tâches à la demande des services, dans la limite de ses compétences uniquement après que ses missions sont accomplies, sous sa seule initiative et dans un esprit de solidarité au sein de l'établissement

**BRANCARDIER EN POSTE
AU PAVILLON R PRATZ
POSTE 8315**

HORAIRES

Du lundi au vendredi de 9h à 17h, pause repas 30 minutes de 13h30 à 14h00

INTERLOCUTEURS

Cadre des consultations (7512)

Cadres du SSR (2^e étage 7529 / 3^e étage 7069)

Equipe soignante

MISSIONS PRINCIPALES

- transferts des patients du MCO vers le SSR
- transports des patients du SSR vers les consultations (sauf le matin pour les explorations fonctionnelles : relais pris par le 8228)
- transports des patients du MCO vers les consultations (sauf le matin pour les explorations fonctionnelles : relais pris par le 8228)
- transports des patients du SSR vers la radio

ORGANISATION

dès son arrivée, le brancardier prend le téléphone et les plannings (transferts SSR et consultations du MCO et du SSR, et explorations fonctionnelles) dans le bureau des consultations

l'infirmière des consultations lui indique l'heure à laquelle il peut amener les patients

A l'heure de la pause repas il transmet son téléphone à son collègue

MOYENS MATERIELS

- Chaises ou brancards des services respectifs ou lit
- Roller board pour les transferts lit / brancard

**BRANCARDIER EN POSTE
AU SAU
POSTE 8037**

HORAIRES

Du lundi au dimanche

1. matin 6.15 à 13.30
2. après midi 13.30 à 20.45
3. nuit 20.45 à 6.15

INTERLOCUTEURS

Cadre du SAU(3870)
Equipe soignante

MISSIONS PRINCIPALES

- transferts des patients du SAU vers les services de soins
- transferts des patients du SAU vers les services imagerie ou consultations
- sur appel de l'équipe accueil des patients dans le SAS du SAU et aide à l'installation sur le brancard ou chaise
- aide l'équipe soignante du SAU ou lits « porte » si le patient est agité
- **aide au transfert des patients du MCO vers les explorations digestives le mardi à 8h30**
- prise en charge des patients venant pour un soin externe en dehors des horaires de Loyd ou de Christophe

ORGANISATION

- dès son arrivée, le brancardier prend le téléphone,
- A chaque transfert des patients vers un service de soins :il indique la chambre dans laquelle le patient est installé au standard
- après 10h00 et après 14h00 il monte avec le patient avec un plateau (dans un gastrobox)
- si le patient ne peut pas monter à l'heure prévue (il prévient le service d'accueil qui attend le patient)

AUTRES MISSIONS

- Met des draps et alèses sur les chaises et brancards
- **en collaboration avec les IDE du SAU**, il vérifie les bouteilles d'oxygène du SAU et des « lits porte » les descend en pharmacie si elles sont vides
- Transporte la bouteille de MEOPA en pharmacie
- Transporte l'endoscope des SI aux consultations pour la désinfection

Le matin :

- **En collaboration avec l'équipe soignante**, il réapprovisionne les box et les chariots de soins des lits « porte » en linge (draps, alèzes...), vide l'armoire et plie les sacs de linge

La nuit :

- **En collaboration avec l'AS**, il participe au rangement et nettoyage des box
- Accompagne les enfants en pédiatrie et accompagne les dames en maternité gynéco
- Nettoie les brancards et chaises (*selon protocole*) en collaboration avec l'AS
- Repère les réparations nécessaires sur le matériel de transfert, **fait un bon de travaux sur intranet**
- Change l'eau et le Surfianos du sceau de lingettes et des bacs à garrots des box

Le samedi matin :

Pour permettre à la société « Propriex » de nettoyer le local des brancards, le brancardier sort les brancards et les chaises et les range.

BRANCARDIER EN POSTE SUR LE PLATEAU TECHNIQUE POSTE 8228 (et 8313 de 13h30 à 15h30)

HORAIRES

Du lundi au vendredi

4. matin 8.00 à 15.30 avec 30mn de pause de 12.00 à 12.30
5. après midi 13.30 à 20.45
6. nuit 20.45 à 6.15

les WE et jours fériés

1. matin 6.15 à 13.30
2. **de 14h00 à 15h30, il prend le téléphone 8313 pour être joignable**

INTERLOCUTEURS

Cadre de la radio (3751)
Cadre des consultations (7512)
Cadre du SAU(3870)
Equipe soignante

MISSIONS PRINCIPALES

- **transfert des patients du MCO vers**

1. le service d'imagerie médicale (radio, échographie, scanner) et l'EEG
2. les explorations cardiaques **le matin jusque 12.00**
3. **transfert des patients des SI et « lits porte » vers les services de soins,**
4. transport des dames en salle d'accouchement et retour des mamans et bébés ds leur chambre après accouchement **selon organisation mise en place**

- transfert des patients d'un service de MCO vers un autre service de MCO

- en l'absence de l'agent d'amphithéâtre il prend en charge les personnes décédées et les familles

L'après midi

Même missions et :

- Il travaille en collaboration avec le brancardier affecté au SAU, pour les transferts des patients du SAU vers les services de soins et les transports dans les services médico-techniques

Le brancardier qui a commencé à 8h00 prend le téléphone 8313 de 13h30 à 15h30, pour être joignable

A partir de 16.30

-Il **priorise** le transport des patients en imagerie médicale (*après le départ du brancardier de l'imagerie médicale*)

A partir de 17.00

- Il assure le transport des patients en explorations ou consultations après le départ du brancardier du 8315

- Il prend le relai de l'agent d'amphithéâtre

A partir de 17.30

En plus

- Il assure le transport des patients vers le bloc opératoire et aide l'IBODE à l'installer sur la table (selon la fiche de poste)

Les samedi dimanche et jours férié

Outre le transport des patients , Il assure le transport des patients vers le bloc opératoire et aide l'IBODE à l'installer sur la table

ORGANISATION

1. A 8.00, le brancardier prend le téléphone, la clé (signe le cahier de traçabilité) et le planning des transferts pour les explorations cardiaques au 6^e étage
2. A l'heure de la pause repas il transmet son téléphone à son collègue qui le relève
3. **A partir de 13h30 jusqu'à 15h30, il prend le téléphone 8313**

MOYENS MATERIELS

- Chaises ou brancards des services ou lit
- Roller board pour les transferts lit / brancard

AUTRES MISSIONS

A partir de 17.30, la nuit, le samedi après 13h00 et les dimanches et jours fériés

Il assure l'hygiène des blocs en collaboration avec l'IBODE (selon la fiche de poste), qui s'assure des compétences et connaissances du brancardier lors du nettoyage des salles, le forme si besoin, l'accompagne **en tout état de cause l'IBODE reste responsable de l'hygiène des salles**

La nuit :

fait le tour des chaises dans les étages et les remet à leur place (nouveau)

nettoie les brancards et chaises (*selon protocole*) en collaboration avec l'AS de nuit

Les WE et jours fériés :

Ramasse les bilans biologiques dans les 3 étages du pavillon R Pratz



Comité de lutte contre la douleur

Ce présent questionnaire est strictement anonyme. Il est réalisé dans le cadre d'une étude visant à améliorer les douleurs induites par les soins, et plus particulièrement ici, le transport de patient.

P.S. : N'hésitez pas à sollicitez le(s) brancardier(s) qui vous accompagne(nt) pour vous aidez à remplir ce questionnaire.

NOM <i>(3 premières lettres)</i>	PRENOM <i>(2 premières lettres)</i>	DATE DE NAISSANCE	SEXE	
[] [] []	[] []	[] [] [] [] [] []	F	M

	OUI	NON
HOSPITALISE		
SERVICE INITIAL		

DESTINATION

TRAJET ALLER/RETOUR	
OUI	
NON	

MOYEN DE TRANSPORT	
LIT	
BRANCARD	
CHAISE ROULANTE	
VALIDE	

Cochez la case correspondante

Date		/ 2011
-------------	--	--------

Heure	... h...
--------------	----------

La note 0 correspond à « pas de douleur »

La note 10 correspond à « Douleur maximale imaginable »

I. A remplir avant le transport

NOTE

Pouvez vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur avant le transport ?

Bénéficiez-vous d'un traitement contre la douleur ?

Vous a-t-on administré une dose supplémentaire de médicament contre la douleur, avant le brancardage (pour votre consultation, votre examen, ou votre transfert)?

Appréhendez- vous votre installation (sur le brancard, la chaise roulante, la table d'examen, ou le lit)?

Avez-vous peur de l'examen à venir ?

OUI	NON	Ne sait pas ?

Quelles causes justifient pour vous votre consultation, hospitalisation ? (cocher la ou les cases correspondantes)

HOSPITALISATION PROGRAMMEE	
HOSPITALISATION PAR LE BIAIS DES URGENCES	
Maladies infectieuses / Infections (peu importe le site)	
Tumeurs / Cancer	
Maladies de l'appareil cardio-circulatoire (Cœur, vaisseaux, tension,...)	
Maladies de l'appareil respiratoire (Bronche, poumon, plèvre,...)	
Maladies de l'appareil digestif (Foie, pancréas, intestins, estomac, transit,...)	
Maladies du système nerveux (cerveau, méninges, moelle épinière, atteinte d'un nerf,...)	
Chirurgie abdominale (opération, ou surveillance notamment)	
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et des ligaments (fracture, plaie, luxation, rupture de tendons, ligaments,...)	
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (diabète, thyroïde, nutrition,...)	
Maladies du sang	
Maladies de la sphère ORL (oreille, sinus, gorge, nez, cou...)	
Maladies de la peau	
Maladies stomatologiques (os du visage, dents, bouche,...)	
Maladies de l'appareil génito-urinaire (rein, vessie, organes génitaux,...)	
Résultats anormaux d'examens paracliniques non classés ailleurs (biologie, imagerie,...)	
Autres	

II. A remplir après le transport

Avez-vous ressenti des douleurs du fait de votre installation sur le brancard/la chaise roulante ?

Sur la table d'examen ?

Avez- vous ressenti des douleurs lorsque vous avez été réinstallé sur le matériel de transport ?

Dans votre chambre ?

Vous a-t-on demandé ou vous aviez mal avant d'être installé sur le matériel de transport ?

OUI	NON

OUI	NON

A t'on utilisé des moyens d'aide a votre installation ?

Si oui, quels moyens ont été utilisés ?

A l'installation

A la réinstallation

Sur votre matériel de transport

Sur votre lit,
brancard, chaise, ...

Planches de transfert (rollerboards)

Lève malade

Plusieurs personnes ont été nécessaires

OUI	NON

OUI	NON

Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur après le transport ?

NOTE

Concernant votre attente :

Avez-vous ressenti des douleurs du fait de l'attente pour votre consultation/examen ?

Le matériel de transport était-il confortable ?

Si non, cela a-t-il engendré des douleurs ?

OUI	NON

Pendant l'attente, pouvez vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de douleur ?

NOTE

Les Conditions de déplacement

Le matériel de transport était-il en bon état ?

Si non, cela a-t-il engendré des douleurs ?

Avez-vous ressenti des douleurs à cause du franchissement des barres de seuil, des paliers d'ascenseur, de l'irrégularité du sol ?

L'attitude des différents intervenants a eu un impact sur votre douleur ?

Si oui : (1 SEULE CROIX DANS UNE DES DEUX CASES)

- De manière positive (diminution de votre douleur)

- De manière négative (augmentation de votre douleur)

OUI	NON

Autres causes de douleurs induites par le transport

Selon vous, existe-t-il d'autres causes de douleurs liées au transport, non abordées dans le questionnaire ?

OUI	NON

Si oui, lesquelles ?

Merci !

ENQUETE RELATIVE AUX DOULEURS INDUITES PAR LE BRANCARDAGE

Remettre les questionnaires aux patients pour tout acte de brancardage dès qu'un acte de brancardage est envisagé, excepté :

- Barrière de la langue**
- Analphabète**
- Départ au bloc et retour au bloc**
- Refus du patient**
- Mineurs**
- Déments évolués**
- Intoxications (peu importe alcool, médicamenteuses, ...)**
- Psychiatriques**
- Confusion**
- Agitation**
- Patient présentant une détresse vitale**
- Patient des soins intensifs (entrée, transfert, examen)**
- Maternité**
- Patient totalement valide n'ayant nécessité aucune aide au transport autre que l'indication (l'orientation)**

Mettre les questionnaires dans cette boîte sur les douleurs induites une fois remplis, c'est-à-dire après leur réinstallation, ou leur installation si il s'agit d'un transfert.

AUTEUR : MASUREL Antoine

Date de Soutenance : 16 janvier 2014 à 18h00

Titre : Douleurs Induites : Cas du brancardage au centre hospitalier de Seclin

Thèse de Doctorat en Médecine Générale, Lille II, 2014,

Cadre de classement : Médecine de la douleur

Mots-clés : Douleurs induites, brancardage, urgences, douleur.

Résumé :

Les douleurs induites par les soins sont intégrées à la prise en charge du patient et de sa douleur au sens global. Les douleurs induites par le brancardage sont encore trop souvent sous-estimées.

Le but de notre travail consistait à : réaliser une enquête prospective au sein du centre hospitalier de Seclin à partir d'un auto-questionnaire que les patients remplissaient afin d'identifier les douleurs ressenties au décours des actes de brancardage et leurs causes.

Les principaux résultats :

381 questionnaires ont été retenus. Notre population a souffert du brancardage.

Notre population ayant plus particulièrement souffert du brancardage venait des urgences, le transport se faisait par brancard, ils avaient bénéficié de transfert avec une planche de transfert, ils n'avaient pas reçu de dose supplémentaire d'antalgique, ils avaient attendu au cours des actes de brancardage, les patients étaient anxieux, ils considéraient le matériel inconfortable, en mauvais état, ils considéraient que les intervenants avaient eut une attitude négative au cours de leur prise en charge.

Le travail a identifié les facteurs prédisposant et aggravant les douleurs induites par le brancardage au centre hospitalier de Seclin.

Mais le travail souligne surtout la nécessité de prendre en charge la douleur de manière plus accrue au sein du service des urgences du centre hospitalier de Seclin.

Composition du Jury :

Président du Jury Monsieur le Professeur WIEL Eric

**Asseseurs Monsieur le Professeur HEDOUIN Valéry
 Monsieur le Docteur RENARD Jean-Marie
 Monsieur le Docteur GERBAULT Dominique**

Directeur de Thèse Monsieur le Docteur SCHOL Claude

Adresse de l'auteur : 103 rue Léon Thiriez, 59120 Loos.

Courriel : zetman31@hotmail.fr