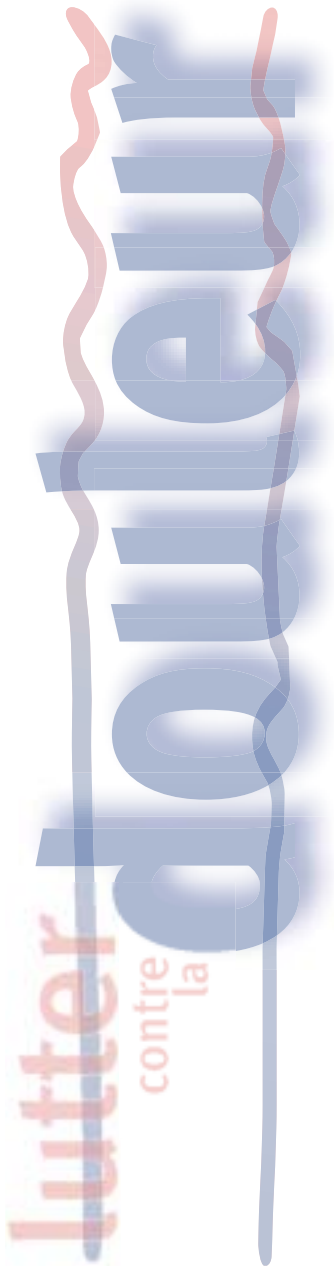


lutter contre la **douleur**

guide
d'orientation

organiser
la lutte
contre la douleur
dans les
établissements
de santé





Article L.1110-5 du code de la santé publique

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

Préface

La douleur se définit comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion¹». Cette définition souligne la grande variabilité qui peut exister entre les personnes dans la perception et l'expression de la douleur face à une même stimulation douloureuse.

Par sa nature subjective, dépourvue de marqueur biologique, échappant à toute imagerie conventionnelle, la douleur a longtemps été sous-estimée alors que d'importantes avancées scientifiques ont été faites dans le domaine de son traitement ces 15 dernières années. Prendre en charge la douleur nécessite d'entendre la plainte de la personne, d'admettre la réalité de la douleur, d'évaluer cette douleur, de connaître les moyens de son soulagement en considérant la personne dans sa globalité.

La lutte contre la douleur est depuis plusieurs années une priorité de santé publique et constitue un des éléments de la politique d'amélioration de la qualité des soins. La mise en place de programmes nationaux d'action témoigne de la volonté du ministère de la santé et des professionnels de mieux maîtriser la prise en charge de la douleur de la personne à tous les âges de la vie.

Ainsi, en 1998, un premier plan de lutte contre la douleur, dont l'objectif principal a été d'instaurer une véritable «culture de lutte contre la douleur²» a été défini. La philosophie de ce programme se résumait ainsi : La douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé.

En 2001, l'évaluation de ce programme réalisée par la société française de santé publique a montré qu'une prise de conscience s'était développée tant au niveau des usagers que des professionnels et que des changements notables étaient intervenus notamment dans la prise en charge thérapeutique de la douleur. Malgré ces éléments encourageants, des difficultés et dysfonctionnements persistent. Les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle sont encore mal connues du public et des médecins libéraux. L'utilisation d'outils de référence notamment d'échelles de mesure de l'intensité de la douleur reste peu développée. La formation pratique des médecins dans le domaine de la douleur est insuffisante. Les médicaments opioïdes sont encore trop souvent réservés aux situations de fin de vie. Les protocoles de prise en charge de la douleur, qui doivent permettre à l'infirmier, dans certaines conditions, de mettre en oeuvre et suivre un traitement antalgique sont rarement mis en oeuvre. Ces protocoles qui ont le mérite de codifier la prise en charge de la douleur, suscitent la crainte, mal fondée, d'uniformiser les pratiques.

¹ Définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP)

² Circulaire DGS/DH n°98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

A partir de ce constat et pour soutenir les efforts engagés, un nouveau programme national a été défini³. Ce programme quadriennal (2002-2005) poursuit les axes d'amélioration du plan précédent notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique rebelle. Il comporte par ailleurs trois nouvelles priorités : la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

Ces priorités s'articulent autour de cinq objectifs :

- associer les usagers par une meilleure information ;*
- améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées ;*
- améliorer l'information et la formation des personnels de santé ;*
- amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur ;*
- renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.*

Ce guide s'inscrit parmi les actions définies dans ce nouveau plan. Il propose des orientations pour l'organisation et la mise en oeuvre d'un programme de prise en charge de la douleur dans les établissements de santé.

S'il est illusoire de penser que toute douleur peut être supprimée, les établissements de santé ont le devoir de mettre en oeuvre les moyens propres à prévenir la douleur aiguë et à améliorer la prise en charge de la douleur chronique rebelle. L'engagement fort de la part de la direction, l'implication de l'encadrement, la mobilisation de l'ensemble des professionnels et notamment des médecins, la mutualisation des compétences par un travail multidisciplinaire et transversal constituent les éléments majeurs de la réussite de cette démarche d'amélioration de la qualité des soins. Cette démarche illustre la nécessaire évolution des pratiques médicales du XXI^{ème} siècle pour mieux répondre à cette exigence légitime de toute personne malade.

³ Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 est disponible sur le site internet du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : <http://www.sante.gouv.fr> - dossier "douleur".

Circulaire DHOS/E2 n°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.



Edouard **COUTY**
Directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sommaire

7 Introduction

10 Le comité pilote

- 1 - Ses missions • 10
- 2 - Sa composition • 11

12 L'élaboration du programme

- 1 - Bilan préalable de l'existant • 12
 - 1-1 Procédures • 12
 - 1-2 Moyens disponibles • 12
 - 1-3 Qualité de la prise en charge • 13
- 2 - Définition des objectifs et actions • 14
 - 2-1 Les objectifs prioritaires • 14
 - 2-2 Des actions adaptées • 15
 - 2-3 Rédaction du programme • 15
 - 2-4 Validation du programme • 15

16 Conduite du programme

- 1 - Diffusion du programme • 16
- 2 - Modalités de mise en place des actions • 16
 - 2-1 La mise en oeuvre • 16
 - 2-2 Le suivi par le comité pilote • 17
 - 2-3 Les actions de communication interne et externe • 17
- 3 - Evaluation et ajustement du programme • 17
 - 3-1 Evaluation du programme • 17
 - 3-2 Régulation et ajustement • 17
 - 3-3 Retour d'informations • 17
- 4 - Suivi du programme • 18

19 Conclusion

Annexes

21 Annexe 1 - Textes officiels

23 Annexe 2 - Fiches de recommandations

- Fiche 1 : l'information des personnes • 23
- Fiche 2 : l'évaluation de l'intensité de la douleur • 25
- Fiche 3 : le traitement de la douleur • 27
- Fiche 4 : la transmission d'informations • 31
- Fiche 5 : la formation du personnel • 32

33 Annexe 3 - Adresses utiles

Groupe de travail

Coordonnateurs

Mme Danièle **Cullet** • Cadre supérieur de santé • Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, bureau E2 : Qualité et sécurité des soins en établissements de santé

Mme Isabelle **Tortay** • Adjointe au chef de bureau • Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, bureau E2 : Qualité et sécurité des soins en établissements de santé

Participants

Dr Daniel **Annequin** • Association pour le traitement de la douleur de l'enfant

Dr François **Boureau** • Association ville-hôpital «lutter contre la douleur»

Dr Daniel **d'Hérouville** • Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

Dr Jacques **Gasnault** • Hôpital Kremlin Bicêtre - AP-HP

Mme Gabrielle **Hoppé** • Attachée • Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, bureau O2 : Organisation de l'offre régionale de soins et populations spécifiques

Dr Ivan **Krakowski** • Société d'étude et de traitement de la douleur

Dr Agnès **Langlade** • Hôpital Tenon - AP-HP

Dr Françoise **May Levin** • Ligue contre le cancer

Dr Bruno **Pollez** • Direction générale de la santé, bureau 5D : Maladies chroniques, enfants et vieillissement

Dr Lydia **Tolou** • Unité mobile de soins palliatifs et douleur - Hôpital de Rodez

Dr Pascale **Vinant** • Hôpital Cochin - AP-HP

Groupe de lecture

Mme Marie **Aubry** • Infirmière référente douleur - Hôpital de Tenon - AP-HP

Dr Marie Madeleine **Brétaudeau** • Clinique de la Croix St Simon, Paris

M. Daniel **Carpentier** • Directeur du service des soins infirmiers - Centre hospitalier de Dax

Mme Marie **Causeret** • Cadre supérieur de santé • Réseau régional de soins palliatifs de Franche-Comté

Mme Anne-Marie **Doré** • Conseillère technique en soins infirmiers • Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Dr Thierry **Godet** • Centre hospitalier de Lannemezan

M. François **Habuda** • Infirmier référent douleur et soins palliatifs • Centre hospitalier intercommunal du Sud Aveyron

Mme Cécile **Jaglin-Grimonprez** • Directeur de la qualité et de la gestion des risques Centre hospitalier de Versailles

Dr Dominique **Lagarde** • Chargée de mission pour la pharmacie et le médicament Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Mme Evelyne **Malaquin-Pavan** • Infirmière spécialiste clinique • Hôpital Corentin Celton - AP- HP

Mme Emilia **Mota** • Cadre chargé de la qualité et de l'accréditation • Centre hospitalier d'Arpajon

Dr Pascale **Sebag Lanoe** • Hôpital Paul Brousse - AP-HP

Introduction

Conformément à l'article L.1112-4 du Code de la santé publique, il appartient à chaque établissement de santé de développer et mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de leur douleur. Si la prise en charge de la douleur au quotidien (notamment la douleur provoquée par certains actes de soins, la douleur post-opératoire ou la douleur post-traumatique, etc...) est une problématique commune à tout établissement de santé, la prise en charge de la douleur chronique rebelle relève de structures spécialisées dont l'organisation est fixée par circulaires⁴.

Le guide qui vous est proposé a pour but de vous aider à définir les modalités de prise en charge de la douleur des personnes en cours d'hospitalisation, en termes de projet médical, de projet de soins, de plans de formation, d'organisation et d'information.

Ce guide, élaboré avec la collaboration d'experts, n'a pas pour vocation de vous informer sur les méthodes et moyens pour évaluer ou traiter la douleur. Il présente une aide méthodologique à la mise en place au sein de votre établissement d'un programme de lutte contre la douleur.

Cette démarche institutionnelle repose sur les principes suivants :

L'amélioration de la qualité des soins

La prise en charge globale de la douleur de la personne constitue un des indicateurs de la qualité des soins. Le manuel d'accréditation, dans la référence OPC5 relative aux besoins spécifiques des personnes malades, inscrit la recherche, la prévention et la prise en charge de la douleur aiguë et chronique comme un des objectifs à atteindre pour satisfaire cette exigence.

Ainsi, chaque établissement de santé doit définir dans son projet d'établissement un programme d'actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. Ce programme s'intègre dans le volet «qualité et sécurité des soins» du contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale d'hospitalisation.

Une stratégie cohérente

L'élaboration d'un programme d'amélioration de la prise en charge de la douleur nécessite de prendre en considération l'environnement dans lequel se trouve l'établissement : caractéristiques sociales locales, offre de soins existante (structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle et/ou de soins palliatifs de la région), politique régionale définie dans le schéma régional d'offre de soins (SROS).

⁴ Circulaire DGS/DH n°94/3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.
Circulaire DGS/DH n°98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

Une démarche fédératrice et un travail en réseau à développer

La participation des établissements de santé à un réseau inter-hospitalier «douleur» est facteur de dynamisme. Cette coopération⁵, en rassemblant autour d'un thème identique des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés, permet notamment la mutualisation des compétences et favorise les échanges d'informations et d'expériences.

Une approche globale centrée sur les besoins de la personne malade

La personne douloureuse est considérée dans sa globalité : dimensions physique, psychique et sociale. Sa prise en charge le plus souvent pluriprofessionnelle et multidisciplinaire, fait intervenir différents acteurs : médecins (généralistes et spécialistes) et professionnels paramédicaux qui doivent coopérer en équipe auprès de la personne malade pour mieux répondre à ses besoins.

La douleur est prise en compte depuis le début de l'hospitalisation, voire dès la consultation pré-anesthésique ou chirurgicale, et au-delà de la sortie de la personne malade. A cet effet, les professionnels de santé prévoient une prise en charge en aval de l'hôpital relayée par la ville ou, à défaut, assurée ou coordonnée par l'établissement de santé lui-même.

Une réflexion coordonnée douleur - soins palliatifs

La réflexion sur la lutte contre la douleur doit être associée à la politique menée par l'établissement de santé en matière de soins palliatifs. En effet, si ces deux domaines présentent leurs spécificités, il existe entre eux de réelles interfaces. Dans la pratique quotidienne, cette démarche doit être favorisée d'autant plus que l'on constate, parfois, un cloisonnement préjudiciable à la personne malade. La collaboration, la coordination, la mise en commun des différentes compétences s'avèrent indispensables. Cette démarche permet en outre de mieux identifier les différents acteurs et d'éviter la confusion des rôles.

Dans le même esprit, la lutte contre la douleur doit aussi tenir compte d'autres problématiques transversales au sein de l'établissement de santé (notion de soins de support⁶) : diététique, accompagnement social, lutte contre le handicap, etc...

⁵ L'organisation de cette coopération peut être mise en œuvre par voie de convention en vertu des dispositions de l'article L.1112-4 du code de la santé publique

⁶ La définition des soins de support (inspirée du «supportive care» de Multinational Association for Supportive Care in Cancer. 1990 : «The total medical, nursing and psychosocial help which the patients need besides the specific treatment») est : «Ensemble des soins et du soutien nécessaire aux personnes malades parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long des maladies graves».

L'implication de tous

La mise en place d'un programme de lutte contre la douleur doit être l'aboutissement d'une réflexion pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Cette démarche ne peut se concevoir sans l'adhésion et le soutien de la direction, de la commission médicale d'établissement en collaboration notamment avec la commission du service de soins infirmiers et la «structure qualité» si elle existe. En outre, l'engagement des personnels d'encadrement médical et paramédical des unités de soins est une condition indispensable à la mise en place de cette démarche qui s'inscrit dans un processus de décroisement et de confiance partagée entre l'ensemble des professionnels qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou médico-techniques.

La communication et l'écoute au sein des établissements de santé est l'élément clé pour obtenir la sensibilisation et l'adhésion des professionnels aux enjeux majeurs de ce programme.

Ces différents principes guideront l'établissement de santé dans sa démarche qui, comme toute démarche de projet, s'articule autour de **3 phases** :

la **mise en place d'un comité pilote** ;

l'élaboration du programme qui nécessite d'établir un bilan puis de définir des objectifs d'amélioration et les actions propres à les réaliser ;

la **conduite du programme** qui correspond à la mise en œuvre des actions, à leur évaluation et aux éventuels réajustements.

Ces **3 étapes** vous sont présentées dans la suite de ce document.

Le comité pilote

La prise en charge de la douleur requiert l'implication de l'ensemble des acteurs. Il est cependant nécessaire que chaque établissement de santé mette en place une instance pilote, considérée comme élément moteur pour susciter et animer une véritable «culture de lutte contre la douleur». Des établissements de santé ont déjà mis en place ce type d'organisation par le biais d'instances permanentes appelées Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD). D'autres ont inscrit cette démarche au niveau de leur «structure qualité». Par ailleurs, afin de développer une prise en charge globale et continue de la personne malade, certains établissements de santé mènent au sein d'un même comité une réflexion intégrant la douleur et les soins palliatifs.

1. Ses missions

Le comité pilote constitue une force d'analyse, de propositions, de validation, de coordination et de communication.

Il a pour mission, au sein de l'établissement de santé, d'aider à la définition d'une politique de soins cohérente en matière de prise en charge de la douleur ainsi qu'à la promotion et à la mise en œuvre des actions dans ce domaine. Ce comité ne se substitue pas à la commission médicale d'établissement et à la commission du service de soins infirmiers. Il propose à chacune de ces instances des objectifs et actions qui devront s'inscrire dans le projet médical et le projet de soins de l'établissement de santé. Par ailleurs, ce comité n'intervient pas directement au niveau des soins prodigués à la personne malade qui relèvent des services.

Ce comité a pour rôle de :

- proposer, à partir du bilan de l'existant, des objectifs en termes d'amélioration ;
- proposer, organiser, coordonner, évaluer les actions ;
- promouvoir les actions de formation continue des personnels et donner son avis sur les projets d'acquisition de dispositifs médicaux et matériels nécessaires au traitement de la douleur ;
- assurer la liaison avec la prise en charge des soins palliatifs et les autres problématiques transversales de soins ;
- établir un bilan annuel des actions engagées ;
- informer des résultats des actions entreprises dans ce domaine.

2. Sa composition

Ce comité auquel est associée la direction de l'établissement est représentatif de l'ensemble des personnels soignants de l'établissement. La participation des membres de ce comité est basée sur le volontariat et la motivation. Ce comité réunit notamment des personnels paramédicaux et en particulier infirmiers qui, compte tenu de leur importante implication, au quotidien, y seront largement représentés. Il est indispensable que ce comité compte parmi ses membres un représentant de certaines spécialités médicales : anesthésie, chirurgie, etc.... Ce comité intègre également le responsable de «la structure qualité» et les personnels ressources s'ils existent : les soignants des structures de prise en charge de la douleur rebelle chronique et de soins palliatifs ainsi que les personnels médicaux et infirmiers dont l'activité est spécifiquement dédiée à la prise en charge de la douleur. Il associe la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Le comité pilote est co-présidé par un personnel médical et un personnel para-médical. Dès sa constitution, ce comité établit un règlement intérieur. Ce règlement écrit, validé par le directeur de l'établissement, fixe les modalités de renouvellement des membres du comité, le rythme des réunions plénières qui devrait être d'au moins 3 par an, et comporte un descriptif détaillé des missions et engagements. Ce comité communique aux instances un rapport annuel d'activités.

Le directeur de l'établissement et du service de soins infirmiers ainsi que le président de la commission médicale d'établissement valident la liste des membres de ce comité, informent l'ensemble des personnels de l'établissement de son rôle et de sa composition.

L'élaboration du programme

Le programme de prise en charge de l'établissement de santé tient compte des priorités nationales⁷ retenues. Il est établi selon les caractéristiques de l'établissement : type de personnes accueillies, activités et secteurs de soins, moyens disponibles. Dans cette perspective, un état des lieux préalable doit être réalisé afin de dégager les points forts et les points faibles de cette prise en charge et de proposer une stratégie cohérente et adaptée.

1 - Bilan préalable de l'existant

Afin d'établir ce bilan le comité pilote doit procéder :

- au recensement des procédures en matière d'organisation interne pour la prise en charge de la douleur aiguë (notamment celle provoquée par les soins et la chirurgie) et de la douleur chronique ;
- à l'identification des moyens disponibles pour cette prise en charge ;
- à l'appréciation de la qualité de cette prise en charge par l'utilisation d'outils d'évaluation.

1-1 Procédures

Les procédures renseignent sur les pratiques existantes au sein de l'établissement de santé en matière de prise en charge des malades douloureux et concernent (*Annexe 2*) :

- l'information délivrée aux personnes malades et à leur entourage (*Fiche 1*) ;
- l'évaluation de l'intensité de la douleur (*Fiche 2*) ;
- la prévention et le traitement de la douleur, en particulier de la douleur provoquée par les soins et après une intervention chirurgicale (*Fiche 3*) ;
- la transmission d'informations (*Fiche 4*).

1-2 Moyens disponibles

Les moyens disponibles dans l'établissement de santé sont constitués des ressources humaines et thérapeutiques.

Les personnels ressources dans la prise en charge de la douleur sont identifiés. Il s'agit des personnels soignants notamment infirmiers, consacrant tout ou partie de leur temps de travail à cette activité et/ou des soignants de la structure de lutte contre la douleur chronique rebelle ou a défaut de soins palliatifs de l'établissement . Ces personnes ressources qui figurent dans l'organigramme de l'établissement afin d'être facilement consultés, ont bénéficié d'une **formation universitaire** (diplôme universitaire, capacité ou équivalent pour les infirmiers) sur la prise en charge douleur. Ils ont

⁷ Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 est disponible sur le site internet du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : <http://www.sante.gouv.fr> - dossier «douleur».

notamment un rôle de conseil auprès du comité pilote et des équipes de soins. L'organisation adoptée et le temps consacré à cette activité par ces personnes ressources sont évalués. Les modalités de participation de l'établissement de santé à un réseau inter-hospitalier de lutte contre la douleur sont décrites.

La formation continue du personnel : les actions de formation continue suivies par le personnel de l'établissement, autres que les formations universitaires, sont recensées. Les actions engagées dans les unités de soins par les soignants à l'issue de ces formations sont identifiées et analysées (*Fiche 5 - Annexe 2*).

Les ressources thérapeutiques : les moyens thérapeutiques (physiques, chimiques, psychologiques ...) et les techniques d'administration (opioïdes par voies médullaires, administration auto-contrôlée par la personne malade, perfusion continue de morphine, anesthésiques locaux, antalgie par inhalation, etc...) disponibles dans l'établissement de santé ainsi que leur fréquence d'utilisation sont répertoriés. Il est vérifié que les techniques d'administration des antalgiques font l'objet de protocoles d'utilisation déterminant en particulier le type de matériel nécessaire, le monitoring des personnes malades, le rôle des professionnels impliqués. Le personnel formé spécifiquement à ces techniques est identifié.

1-3 La qualité de la prise en charge

Les outils d'évaluation : afin d'évaluer la qualité de la prise en charge de la douleur dans l'établissement de santé, différents outils sont disponibles :

Le questionnaire de sortie, il est destiné à recueillir l'avis de la personne malade sur ses conditions d'accueil et de séjour. Ce questionnaire qui comporte obligatoirement le critère de prise en charge de la douleur fait l'objet d'une analyse régulière. Cependant, compte tenu du faible taux de retour de ces questionnaires, d'autres outils doivent être utilisés afin de compléter les résultats de cette évaluation.

Les plaintes et/ou les réclamations, celles concernant la prise en charge de la douleur sont enregistrées, analysées et prises en compte.

Les enquêtes de satisfaction des personnes malades, ces enquêtes renseignent sur les pathologies et les situations douloureuses les plus souvent rencontrées et donnent une photographie de l'état douloureux des personnes hospitalisées et de leur vécu. En outre, ces enquêtes ont pour intérêt de sensibiliser les soignants sur les phénomènes douloureux et certains déficits thérapeutiques.

Les enquêtes réalisées auprès des soignants, ces enquêtes permettent de mieux connaître la perception des soignants sur la prise en charge de la douleur dans toutes ses composantes, leurs motivations et leurs éventuelles difficultés. Les résultats obtenus donneront des indications sur le contenu des actions de formation à mettre en place.

Les audits de pratique, ils permettent notamment d'apprécier l'observance des recommandations édictées jusqu'à présent au sein de l'établissement de santé. Ces audits concernent par exemple, la détection, l'évaluation et le suivi systématique de l'intensité de la douleur des personnes malades, la mise en place effective des protocoles de prise en charge de la douleur, l'adéquation

entre les scores de douleur identifiés par les soignants et les thérapeutiques antalgiques prescrites et reçues.

Des outils pour la réalisation d'audits de pratique et d'enquêtes de satisfaction sont disponibles sur les sites Internet figurant en Annexe 3. Par ailleurs, le **centre national de ressource de la douleur**, dont la création est prévue fin 2002, apportera aux professionnels une aide logistique pour la réalisation de ces enquêtes.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge : Le comité pilote détermine le type, la méthodologie, l'organisation et le calendrier des différentes enquêtes à mettre en place pour apprécier la qualité de la prise en charge. Ces enquêtes sont consommatrices de temps mais restent indispensables pour établir le bilan de l'existant. Les enquêtes qualitatives et quantitatives prévues peuvent être réalisées et analysées par les personnes ressources dans la prise en charge de la douleur ou l'équipe qualité de l'établissement de santé lorsqu'ils existent. Toutefois, il est intéressant de faire participer les personnels des unités de soins, éventuellement les étudiants en stage, aux recueils de données de ces enquêtes. Par souci d'objectivité, chaque soignant enquête dans un service différent du sien. Cette participation des professionnels favorise leur adhésion à la stratégie d'amélioration qui sera mise en place. Elle permet, par ailleurs, de faire découvrir les pratiques des autres services et entraîne une meilleure communication entre soignants et services souvent cloisonnés.

L'élaboration du bilan de l'existant : les résultats de différentes enquêtes permettront d'établir le diagnostic de la situation actuelle à partir de l'adéquation des moyens mis en œuvre avec les besoins de la population, des éventuels dysfonctionnements et leurs causes. Ce bilan de l'existant largement diffusé au sein de l'établissement de santé, sera l'occasion d'une prise de conscience de l'ensemble des soignants.

A partir de ce diagnostic, le comité pilote propose les objectifs prioritaires de l'établissement de santé en matière de prise en charge de la douleur.

2 - Définition des objectifs et des actions

2-1 Les objectifs prioritaires

Le résultat attendu de ce programme est d'assurer, à la fois, une meilleure prise en charge de la douleur de la personne hospitalisée et de permettre la continuité de cette prise en charge lors d'un transfert dans un autre établissement de santé ou d'un retour à domicile.

Les objectifs, énoncés en termes de résultats à atteindre, doivent être réalisables, mesurables, pertinents et hiérarchisés notamment dans les domaines de :

- l'information des personnes malades et de leur entourage ;
- l'évaluation de l'intensité de la douleur ;
- la prévention et la prise en charge de la douleur ;
- l'information, la formation et le soutien psychologique des soignants ;
- la coordination hôpital-ville.

Le comité pilote propose des objectifs spécifiques en fonction :

- des caractéristiques de la personne malade : enfants, malades âgés, personnes toxicomanes, population précaire, etc... ;
- des activités médicales : chirurgie, traumatologie, endoscopie, radiologie invasive, maternité, cancérologie, rhumatologie, neurologie, rééducation fonctionnelle, brûlés, gériatrie, psychiatrie, etc... ;
- de la structure d'accueil : urgences, ambulatoire, court séjour, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile, service de soins infirmiers à domicile, etc...

De façon pragmatique, il peut être intéressant de privilégier la mise en place de ce programme dans certains secteurs d'activité de soins. Le choix de ces secteurs peut se faire en fonction des priorités nationales, de l'importance des pathologies douloureuses qui y sont traitées (urgences, chirurgie, cancérologie, gériatrie, etc...), du niveau de formation du personnel et de sa motivation.

2-2 Des actions adaptées

Pour chaque objectif, le comité pilote propose l'action ou les actions propres à le réaliser. Seront également définis le calendrier et le coût de réalisation de ces actions.

A ce stade de la réflexion il revient au comité pilote de prévoir l'organisation appropriée pour la mise en œuvre des actions prévues.

La réalisation d'un programme est consommatrice de temps, aussi, la constitution de groupes de travail inter-services selon les différentes actions à mener s'avère particulièrement utile. Cette organisation présente les avantages suivants :

- une plus grande implication de l'ensemble du personnel qui devient acteur ;
- une répartition du temps consacré à la réalisation du projet ;
- une valorisation et une mutualisation des diverses compétences ;
- un décloisonnement et une meilleure communication entre services.

2-3 Rédaction du programme

Le programme de prise en charge de la douleur doit faire l'objet d'un document rédigé par le comité pilote. Ce document comporte le bilan de l'existant, le diagnostic, les objectifs, les propositions d'actions et leurs modalités de mise en œuvre. Il précise en outre, le coût et le calendrier des différentes actions à mener ainsi que les méthodes d'évaluation.

2-4 Validation du programme

Le programme est présenté pour validation au directeur de l'établissement, à la commission médicale d'établissement, à la commission du service de soins infirmiers. Après approbation, il est inscrit dans le projet d'établissement pour les établissements de santé publics ainsi que dans le contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale d'hospitalisation.

La conduite du programme

L'engagement de la direction de l'établissement de santé dans la mise en œuvre du programme en termes d'incitation et de moyens affectés est un élément fondamental de la réussite de cette démarche.

L'information, la motivation et le soutien du personnel doivent être un souci constant dans les différentes phases de mise en place du programme.

1 Diffusion du programme

La connaissance et l'appropriation de ce programme par l'ensemble des acteurs est une phase préalable essentielle.

Cette diffusion se fait auprès de l'ensemble du personnel (médical, paramédical, médico-technique, administratif, ...), travaillant de jour ou de nuit. Les modalités de cette diffusion sont proposées par le comité pilote. Il est très utile d'associer une diffusion orale à une diffusion écrite. A cet égard, l'établissement de santé peut organiser une journée autour de ce programme relayée au niveau des services de soins par les personnels d'encadrement. Parallèlement, le document de référence est distribué à chacun des services et une synthèse distribuée à l'ensemble du personnel de l'établissement.

L'information à l'agence régionale d'hospitalisation est essentielle. Elle permet d'intégrer le projet dans une politique régionale et d'argumenter son financement.

2 Modalités de mise en place des actions

La réussite du programme passe par l'implication du personnel dans la réalisation des actions (groupes de travail), un suivi régulier de la part du comité pilote et une information constante sur son déroulement.

2-1 La mise en œuvre

Les groupes de travail inter-services : Leur rôle sera, notamment, d'élaborer les outils nécessaires à l'information, l'évaluation et au traitement de la douleur (livret d'accueil, protocoles de prise en charge de la douleur provoquée, protocoles d'utilisation des matériels, de surveillance des antalgiques, fiche de liaison, etc...). Ces groupes, coordonnés par un représentant du comité pilote sont composés de personnels motivés, volontaires et compétents dans le domaine de l'action choisie. La participation des personnels de nuit est indispensable. La direction de l'établissement s'efforce d'aider les personnels d'encadrement à dégager du temps pour les soignants volontaires afin de favoriser leur participation aux groupes de travail. Le comité pilote est régulièrement informé de l'état d'avancement des différents groupes constitués. Après validation par le comité pilote, les travaux des groupes de travail font l'objet d'une large campagne d'information auprès des instances de l'établissement et des soignants.

Une réflexion au niveau de chaque service : Cette réflexion doit amener chaque service à s'interroger sur ses pratiques et à définir, au regard des priorités définies dans le programme de l'établissement, ses propres objectifs en termes d'amélioration de la prise en charge de la douleur. Cette réflexion est conduite par le personnel d'encadrement médical, paramédical ou médico-technique en collaboration avec le comité pilote et le personnel infirmier en charge de la douleur s'il existe. A l'occasion de cette réflexion, les documents produits par les groupes inter-services sont diffusés, expliqués. Ces documents et notamment les protocoles de prise en charge de la douleur font l'objet d'un ajustement à l'activité du service, sa spécificité et son organisation.

2-2 Le suivi par le comité pilote

Durant la phase de mise en œuvre, le rôle du comité pilote reste primordial. Il veille à l'adéquation des mesures mises en place avec celles définies dans le programme, à la cohérence de l'ensemble des actions, au respect du calendrier et fait le point sur l'état d'avancement du programme.

2-3 Les actions de communication interne et externe

Le comité pilote doit mettre en place un retour d'informations régulier auprès des instances et du personnel sur le suivi des actions engagées. Différents systèmes peuvent être envisagés : journal de l'hôpital, site intranet, réunions d'informations. Les tutelles (ARH, DRASS et DDASS) sont également informées des avancées du projet.

3 Evaluation et réajustement du programme

3-1 Evaluation du programme

L'évaluation du programme permet d'apprécier le chemin parcouru. Elle porte sur les moyens mis en place, les procédures, les résultats attendus et s'appuie sur les outils d'évaluation utilisés lors du bilan préliminaire de l'existant (*cf. chapitre 1-3*). La méthodologie, l'organisation, le calendrier de cette évaluation auront été définis au préalable par le comité pilote. Une participation large de l'ensemble du personnel à la réalisation de cette évaluation et notamment aux audits favorise son adhésion à la stratégie mise en place.

3-2 Régulation et ajustement

Les résultats observés sont comparés aux résultats attendus. Les différences observées sont analysées et le programme est réajusté avec, pour conséquence, la modification de certains objectifs ou actions.

3-3 Retour d'informations

Cette évaluation qui fait l'objet d'une synthèse rédigée par le comité pilote est largement diffusée à l'ensemble du personnel, aux instances d'avis et de conseils et aux tutelles.

4 Suivi du programme

Afin de pérenniser les actions entreprises et maintenir la motivation des soignants, le programme de prise en charge de la douleur doit être assuré dans le temps. Ce suivi est pris en charge soit par le comité pilote s'il est maintenu de façon pérenne soit par une émanation de ce comité placée au sein de «la structure qualité» de l'établissement. Quelle que soit l'organisation adoptée, l'ensemble des thématiques transversales de soins devra être traité de façon coordonnée et concertée.

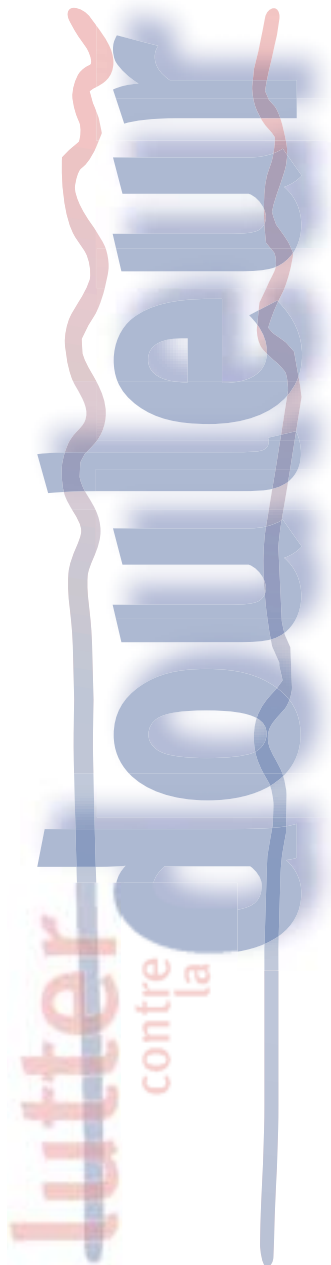
Conclusion

La prise en charge de la douleur exige écoute, dialogue, respect de la personne et de sa souffrance et nécessite que chaque acteur de santé porte un regard attentif à l'autre.

Cette démarche soignante qui place la personne malade au centre des soins et de la relation thérapeutique repose sur un véritable travail d'équipe où chacun apporte ses compétences pour le dépistage, l'évaluation, le suivi et le traitement de la douleur.

Pour être efficace, cette démarche doit s'inscrire dans le temps et solliciter autant le personnel paramédical, comme l'infirmier et l'aide-soignant, que le personnel médical. En outre, elle requiert la mise à niveau régulière des connaissances et nécessite disponibilité des soignants.

En définissant une véritable politique de lutte contre la douleur et en se donnant les moyens de cette politique, les établissements de santé pourront mieux répondre à cette attente légitime des personnes malades et de leur famille : ainsi la prise en charge de la douleur deviendra partie intégrante du soin.



Annexes

Annexe 1 Textes officiels

Annexe 2 Fiches de recommandations générales
pour la prise en charge de la douleur

Annexe 3 Les adresses utiles

annexe 1 Textes officiels

Article L.1110-5 du code de la santé publique (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droit des malades et à la qualité du système de santé) : «... Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée...».

Article L.1112-4 du code de la santé publique (modifié par la Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs) : «les établissements de santé publics ou privés, et les établissements sociaux et médico-sociaux, mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personne malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L.6134-2. Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionnés aux articles L.6114-1, L.6114-2 et L.6114-3 ...Les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent passer convention entre eux pour assurer ces missions. Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées».

Article L. 1112-2 du code de la santé publique : «La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction ... Chaque établissement remet aux patients lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé.»

Code de déontologie médicale - Article 37 : «En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique».

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier - **Article 2** : «les soins infirmiers ont pour objet, dans le respect de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle ...

- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, ...».

Décret n° 99-249 du 31 mars 1999 relatif aux substances vénéneuses et à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance, modifiant le code de la santé publique.

[Arrêté du 31 mars 1999](#) relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique.

[Arrêté du 4 mars 1997](#) modifié par l'arrêté du 10 octobre 2000 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Journal officiel du 26 mars 1997 et du 17 octobre 2000.

[Circulaire DGS/DH n° 94/3](#) du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

[Circulaire DGS/DH n° 95/22](#) du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

[Circulaire DGS/DH n° 98/47](#) du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

[Circulaire DGS/DH n° 98/586](#) du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

[Circulaire DGS/DH/DAS n° 99 /84](#) du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

[Circulaire DHOS/E2 n° 266](#) du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

annexe 2

Fiches de recommandations générales concernant la prise en charge de la douleur

- Fiche 1* • L'information de la personne malade
- Fiche 2* • L'évaluation de l'intensité de la douleur
- Fiche 3* • Le traitement médicamenteux de la douleur
- Fiche 4* • La transmission d'informations
- Fiche 5* • La formation du personnel

Fiche 1 • L'information de la personne malade

L'information est une exigence légitime de toute personne malade et constitue un élément indispensable à la promotion de la qualité des soins.

L'ANAES définit l'information comme «un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins Cette information doit être adaptée à la demande du patient, prendre en compte la situation propre de chaque personne et répondre aux critères de qualité suivants :

- être hiérarchisée et reposer sur des données validées ;
- présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avec leurs inconvénients et risque éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels ;
- être compréhensible».

Dans le cadre de la douleur, l'information orale et écrite délivrée à la personne malade et à son entourage, a pour but d'associer le malade à sa prise en charge en :

- l'informer de ses droits concernant le soulagement de la douleur, l'accès aux soins palliatifs et à un accompagnement ;
- l'encourageant à communiquer les épisodes douloureux et à lever les craintes liées à l'usage des antalgiques ;
- le formant à l'expression de sa douleur et à l'utilisation des outils d'évaluation de l'intensité de la douleur ;
- lui fournissant des indications notamment sur les différentes techniques analgésiques dont il pourra bénéficier.

Une information écrite est réalisée à l'arrivée de la personne malade à partir du livret d'accueil qui contient la charte du patient hospitalisé et des informations sur les droits relatifs au soulagement de la douleur. En outre, ce livret d'accueil intègre désormais le contrat d'engagement contre douleur réalisé, notamment,

avec la collaboration du comité pilote. Ce contrat qui constitue un acte d'engagement de l'établissement comporte une information sur la politique menée au sein de l'établissement dans ce domaine ainsi que les messages sur la prévention de la douleur provoquée, la douleur post opératoire, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et les médicaments de la douleur.

Un contrat d'engagement type sera mis à disposition des établissements de santé au 1^{er} semestre 2002. Il sera disponible sur le site internet du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, au dossier «douleur».

L'information de la personne et de son entourage est réalisée de façon individualisée par l'équipe soignante à l'occasion de la remise du contrat d'engagement puis régulièrement au cours de l'hospitalisation.

Lors de cette démarche, le professionnel de santé s'assure que la personne malade a compris l'information qui lui a été donnée.

Cette information doit être évaluée régulièrement pour déterminer si les procédures et les pratiques sont adaptées.

Textes officiels

[Article L. 1112-2 du code de la santé publique](#) : «Chaque établissement remet aux patients, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre ... ».

[Charte du patient hospitalisé \(circulaire DGS /DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés\)](#) : «La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation de tous les intervenants».

[Code de déontologie médicale. Article 35](#) «Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension...».

Références

[Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, mars 2000.](#)

[Evaluation de la satisfaction des patients. Document d'orientation pour les établissements de santé. Informations hospitalières, décembre 1997, n°47.](#)

[Le contrat d'engagement contre la douleur. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées \(<http://www.sante.gouv.fr>\).](#)

[«La douleur n'est pas une fatalité, soulager la douleur de votre enfant c'est possible».](#) Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (<http://www.sante.gouv.fr>).

[«La douleur chez le patient atteint de cancer : quels progrès dans la prise en charge ?»](#) Ligue contre le cancer, février 2001.

Fiche 2 • L'évaluation de l'intensité de la douleur

L'évaluation de l'intensité de la douleur est un temps fondamental dans la gestion de la douleur. Afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, phénomène subjectif par excellence, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles selon les caractéristiques de la personne (adulte, enfant, nourrisson, personnes âgées non communicantes, polyhandicapés, etc...). Cette évaluation s'effectue à l'aide d'échelles d'auto-évaluation : l'échelle visuelle analogique (EVA) représente la méthode de référence. Dans certains contextes où le rapport verbal n'est pas possible, l'évaluation s'effectue à partir de l'observation des manifestations comportementales : les échelles d'hétéro-évaluation.

L'évaluation de l'intensité de la douleur doit être réalisée systématiquement auprès de toutes les personnes malades afin de détecter celles ayant besoin d'un traitement symptomatique ou d'une organisation particulière du soin. Cette évaluation doit être également pluriquotidienne afin de suivre l'évolution de la douleur.

Avant utilisation, le soignant doit s'assurer de la bonne compréhension des explications fournies à la personne malade. Une même échelle doit être utilisée pour l'évaluation et le suivi de l'intensité de la douleur d'un même malade.

Tout personnel soignant (médical et paramédical) est en possession d'échelles de mesure. Il est impératif que chaque professionnel s'approprie les outils de mesure proposés ce qui nécessite une formation théorique et pratique sur les modalités de leur utilisation. Les personnels soignants (en particulier aides-soignants, auxiliaires de puériculture) en contact prolongé avec la personne malade à l'occasion de soins d'hygiène et de confort jouent un rôle primordial dans le dépistage de la douleur et doivent être associés à cette démarche d'évaluation⁸.

Au sein de chaque service, une réflexion est menée, en collaboration avec le comité pilote afin de déterminer, en particulier, les informations à délivrer à la personne malade lors de la présentation de l'échelle de mesure, les critères de bonne compréhension des informations données, la fréquence des évaluations et, selon les scores obtenus, la réponse à apporter ainsi que la surveillance des traitements antalgiques. Cette réflexion doit aboutir à la rédaction de protocoles (cf fiche 3, annexe 2).

Les scores d'évaluation de l'intensité de la douleur sont consignés systématiquement dans le dossier de la personne malade. Il est préférable d'élaborer un support unique et des explications communes à l'établissement de santé pour faciliter l'appropriation par le personnel et unifier les pratiques. La spécificité de chaque secteur doit être prise en compte. Cette information, retransmise au même titre que les autres paramètres (tension artérielle, fréquence cardiaque, température) doit être accessible à tous les intervenants impliqués. A ce titre, le diagramme de surveillance du patient constitue un excellent support d'information. Afin que les médecins prennent systématiquement en compte dans leurs prescriptions les données concernant l'intensité de la douleur ressentie par la personne malade, les évaluations réalisées par les personnels paramédicaux doivent être quotidiennement visées par les médecins.

⁸ Article 4 du décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Textes officiels

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier :

Article 4 : «Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ... l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de qualification reconnues à ces derniers du fait de leur compétence...».

Article 5 : «Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : ...

Recueil des observations et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : ..., évaluation de la douleur ; ...».

Références

Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations et références professionnelles. ANAES, février 1999.

Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Recommandations pour la pratique. ANAES, décembre 2000.

Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale. Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, octobre 2000.

Les Sites internet figurant en Annexe 3 proposent différentes échelles pour évaluer l'intensité de la douleur selon les circonstances cliniques et les âges.

Fiche 3 • Le traitement médicamenteux de la douleur

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la progression thérapeutique antalgique selon 3 paliers caractérisant la douleur :

le palier 1 correspond aux douleurs légères à modérées, pour lesquelles on prescrit des antalgiques non opioïdes ;

le palier 2 correspond aux douleurs modérées à fortes pour lesquelles on prescrit des opioïdes faibles ;

le palier 3 correspond aux douleurs fortes à sévères ou rebelles aux paliers 1 et 2 pour lesquelles on prescrit des antalgiques opioïdes.

Par ailleurs, l'OMS propose 5 recommandations pour l'utilisation optimale des antalgiques :

- préférer, si possible, la forme orale ;
- donner l'antalgique à intervalles réguliers ;
- respecter les trois paliers pour adéquation douleur/antalgique ;
- adapter la posologie à la douleur de la personne : ordonnance détaillée ;
- établir une prescription adaptée aux caractéristiques de la personne (description complète du traitement, horaires de prise, etc ...).

La mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur au sein de l'établissement constitue une des réponses que doivent apporter les établissements de santé dans le cadre de la lutte contre la douleur.

Les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin. Leur mise en place est indispensable à une prise en charge de qualité. Ils sont considérés comme des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir lors de situations bien identifiées et décrites. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai, de personnaliser la prescription et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité.

Cependant, la mise en place de ces protocoles nécessite une réflexion d'équipe préalable menée avec le prescripteur : le médecin. Cette réflexion, suscitée et accompagnée par le personnel d'encadrement médical et paramédical de chaque service, doit amener l'équipe à s'interroger sur l'intérêt d'un protocole de prise en charge de la douleur pour la personne malade et l'équipe, la responsabilité respective du médecin et de l'infirmier, l'organisation des soins.

Le comité pilote anime et met en place une politique d'élaboration de ces protocoles. Selon l'état des lieux préliminaires, le comité détermine les domaines prioritaires devant donner lieu à la mise en place de protocoles et concernent notamment :

- la prise en charge de la douleur provoquée avant, pendant après la réalisation de soins potentiellement douloureux (soins d'hygiène et de confort, rééducation, etc ...) ou d'actes invasifs (ponctions, biopsies, pansements douloureux, etc...) ;
- la prise en charge de la douleur après un acte chirurgical ;
- la prise en charge de la douleur des patients en fonction de leurs caractéristiques ;
- la gestion des effets secondaires des antalgiques.

Ces protocoles sont élaborés selon une méthodologie rigoureuse, étayés par une recherche bibliographique. Leur élaboration repose sur un travail de collaboration entre le comité pilote de l'établissement et notamment les personnels ressources et la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Après validation par le comité pilote, ces protocoles sont ensuite diffusés, expliqués à l'ensemble des soignants. Ils font l'objet d'une adaptation à l'activité, la spécificité et l'organisation de chacun des services. Cet ajustement repose sur un travail d'équipe (médecins et infirmiers du service). Ces protocoles connus de l'ensemble des soignants du service sont consignés dans un classeur «douleur» mis en place dans chaque service et figurent, éventuellement, dans le livret d'information destiné aux nouveaux personnels et étudiants. A l'occasion de leur arrivée, les internes reçoivent une information sur les protocoles de prise en charge médicamenteux en cours dans l'établissement.

Le comité pilote recueille l'ensemble des protocoles élaborés dans l'établissement de santé et s'assure de leur actualisation régulière. L'observance de ces protocoles est évaluée en collaboration avec le comité pilote et les soignants selon une méthode appropriée (audit...) et une périodicité définie. L'analyse des motifs de non observance est effectuée afin d'y remédier.

Au même titre que tout autre traitement, les thérapeutiques antalgiques doivent faire l'objet d'une traçabilité de leur délivrance.

Les modalités d'accès aux antalgiques et notamment aux opioïdes (délivrance de jour comme de nuit, existence d'une armoire «à morphiniques» par service, approvisionnement régulier sans rupture de stock...) permettent d'apprécier l'organisation développée concernant le circuit du médicament au sein de l'établissement de santé.

Textes officiels

[Décret n° 2002-194](#) du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Article 7 : «L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers».

Article 8 : «l'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative, quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment : ...injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ; ...»

Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en œuvre de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë.

Méthodologie pour la mise en place d'un protocole médicamenteux de prise en charge de la douleur⁹

Etape n°1 : Faire l'état des lieux. Identifier la situation de soins à améliorer.

Etape n°2 : Mettre en place des conditions favorables

Constituer un groupe de travail basé sur des critères de motivation, d'expertise et d'implication dans la situation de soin.

Faire une recherche bibliographique

Etape n°3 : Elaborer la procédure

L'élaboration d'un protocole, nécessite une réflexion et des réponses communes à quelques questions portant sur le cadre d'utilisation de la procédure.

- *Le cadre juridique :* Quels sont les textes réglementaires relatifs à la prise en charge de la douleur ?

- *Les objectifs de la procédure :* Quel(s) type(s) de douleur et quelle(s) situation(s) de soin doivent être améliorés ?

- *Les situations cliniques de mise en place du protocole*

Pour les soignants : Quelles sont les situations où l'infirmier(e) pourra décider de l'application du protocole ?

Pour la personne malade : Quels sont les critères d'inclusion des patients ?

- *Les limites à l'utilisation du protocole*

Pour les soignants : Quelles sont les situations qui seront exclues de cette procédure ?

Pour la personne malade : Quels sont les critères d'exclusion des patients ?

- *Le public concerné par ce protocole*

Pour les soignants : Qui administre et applique le protocole au sein du service ?

Pour la personne malade : A qui s'adresse ce protocole ?

- *Les outils d'évaluation :* Quel(s) sont les outil(s) d'évaluation de l'intensité de la douleur qui seront utilisés ? A quel moment précis se fera cette évaluation ?

- *Les lieux géographiques :* Quels sont les lieux où ce protocole peut être mis en place ?

⁹ D'après la communication de Madame Marie Aubry. Dans Recueil des actes du congrès national de la douleur Société d'Etude et de Traitement de la douleur, juin 2001, 203-13.

- *Les agents antalgiques* : Quels sont les produits médicamenteux utilisés dans ce protocole ?

Etape n° 4 : Rédiger la procédure

Le document doit comporter :

- Les réponses aux questions posées précédemment, par exemple : le titre et l'objet de la procédure ; le cadre juridique ; le nom des personnes ayant participé à son élaboration et réalisation ; les noms, fonctions et signatures des approbateurs ; les dates de validation, de diffusion et de révision ; le domaine et les limites d'application ; le descriptif des outils d'évaluation de l'intensité de la douleur ; les indications, contre-indications et surveillance des traitements.
- La conduite à tenir infirmière ou démarche avant d'utiliser le protocole : la reconnaissance de la situation de soin ; l'évaluation de la douleur ; le choix selon l'arbre décisionnel du traitement à administrer ; la recherche des contre indications à l'utilisation du traitement ; l'évaluation de l'efficacité du traitement ; la retranscription de l'évaluation de l'intensité de la douleur.

Etape n° 5 : Valider et diffuser le protocole

Etape n° 6 : Informer et former le personnel soignant

Etape n° 7 : Evaluer la mise en application du protocole et assurer son actualisation

Fiche 4 • La transmission d'informations

Afin d'assurer une prise en charge optimale, adaptée et continue de la douleur des personnes malades, le partage d'informations entre l'ensemble des soignants est essentiel.

Différents supports d'informations sont disponibles :

Le dossier du patient qui doit comporter des informations claires et précises dans ce domaine. Dans ce dossier figure systématiquement, au moment de l'admission du patient et de façon pluri-quotidienne tout au long de l'hospitalisation, l'évaluation de l'intensité de la douleur ressentie. En outre, ce dossier doit comporter les circonstances de survenue de la douleur, la prescription médicale signée, l'administration du traitement prescrit ainsi que son efficacité et ses effets secondaires. Le principe de transmissions ciblées qui évite les interprétations et incite les professionnels à argumenter la douleur à partir du ressenti de la personne malade et des observations faites est à privilégier. Le dossier d'anesthésie ainsi que les documents de surveillance post-opératoire reflètent la prise en charge de la douleur des personnes opérées.

Le compte rendu d'hospitalisation permet d'assurer la continuité des soins notamment dans la prise en charge de la douleur lors d'un transfert dans un autre service, un autre établissement ou un retour à domicile. Ainsi, l'intensité de la douleur de la personne malade et son éventuel traitement doivent figurer, de manière systématique et explicite, dans le compte rendu d'hospitalisation. A ce titre une fiche de compte rendu type comportant l'item douleur peut être utilement élaborée.

Une fiche de liaison élaborée par le personnel paramédical complète le compte rendu d'hospitalisation en précisant notamment les outils de mesure de l'intensité de la douleur utilisés (modalités d'utilisation, fréquence, réponse thérapeutique, etc...), le traitement (mode d'administration des thérapeutiques, modalités d'utilisation de certains matériels type PCA, horaires, effets secondaires, etc...), organisation particulière du soin (modalités d'installation du patient avant, pendant, après le soin, soins regroupés ou fractionnés, etc...) ainsi que les coordonnées des personnes à joindre en cas de problème. Un contact personnalisé avec l'équipe soignante d'accueil avant le transfert peut s'avérer nécessaire.

Références

Recommandations pour la tenue du dossiers de soins infirmiers du malade à domicile. ANAES, juin 1997

Fiche 5 • La formation des personnels

La formation continue constitue un élément essentiel pour assurer l'adhésion des personnels à la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur menée par l'établissement de santé et la pérennité des actions engagées.

les actions de formation continue de prise en charge de la douleur sont inscrites dans le plan de formation de l'établissement de santé. A ce titre et pour renforcer la cohérence entre le programme de prise en charge de la douleur et les actions de formation, le comité pilote est consulté par le service de formation sur les thèmes, contenus, modalités ainsi que sur le choix des intervenants.

Ces actions de formation doivent permettre d'acquérir des connaissances théoriques mais aussi, et avant tout, susciter un changement de comportement de la part des professionnels. Il peut s'agir de formations universitaires qui permettront, à l'établissement, de disposer de personnes ressources. Il peut s'agir de formations pluridisciplinaires de plus courte durée réalisées notamment par les personnels ressources de l'établissement. Les connaissances acquises à l'issue de ces formations seront exploitées concrètement dans le service. Elles permettront d'engager une réflexion d'équipe sur les pratiques soignantes compte tenu de la spécificité du service et doivent aider à la mise en place des actions figurant dans le programme de lutte contre la douleur de l'établissement de santé.

Chaque catégorie de personnel doit pouvoir bénéficier de formation dans ce domaine (personnel médical, paramédical, médico-technique, administratif) et en particulier le personnel d'encadrement infirmier. En effet, les cadres paramédicaux des unités de soins jouent un rôle primordial dans la mise en place et l'observance des mesures préconisées. Ils sont moteurs de tout changement et accompagne l'équipe dans une dynamique d'amélioration des pratiques.

A l'issue de chaque formation, un bilan des actions engagées par les bénéficiaires au niveau des unités de soins est réalisé.

La formation initiale constitue un élément tout aussi fondamental. Il est essentiel que les futurs professionnels soient sensibilisés mais aussi formés aux techniques de prise en charge de la douleur afin qu'ils puissent acquérir, au plus tôt, les principes et les comportements adaptés dans le quotidien de leur pratique. Ceci nécessite, notamment, que chaque service accueillant des stagiaires (médecins, paramédicaux) élabore des objectifs pédagogiques spécifiques de prise en charge de la douleur en collaboration avec les personnels enseignants. Par ailleurs, la participation de ces stagiaires à la réalisation d'enquêtes dans le cadre du bilan préliminaire ou de l'évaluation des actions entreprises est à favoriser.

annexe 3 Les adresses utiles

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé (ANAES)

159, rue Nationale, 75 640 Paris Cedex 13

Tél. 01 42 16 72 72 • Fax 01 42 16 73 73 • Site internet <http://www.anaes.fr>

Association pour le Traitement de la Douleur de l'Enfant (ATDE - PEDIADOL)

Hôpital Armand Trousseau, 75 012 Paris

Tél. 01 44 73 65 19 • Fax 01 49 28 02 11 • Site internet <http://www.pediadol.org>

Association Sparadrap

48, rue de la plaine, 75020 Paris

Tél. 01 43 48 11 80 • Fax 01 43 48 11 50 • Site internet <http://www.sparadrap.org>

Association Ville-Hôpital «lutter contre le douleur» (AVH-lcd)

Hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Fg Saint-Antoine, 75 571 Paris Cedex 12

Tél. 01 49 28 23 08 • Fax 01 49 28 21 22

Collège National des Médecins de la Douleur (CNMD)

Hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise Paré, 75 475 Paris Cedex 10

Tél. 01 49 95 81 77 • Fax 01 49 95 69 98

Institut Upsa de la douleur

128, rue Danton, 92 500 Rueil-Malmaison

Tél. 01 47 16 89 94 • Fax 01 47 16 89 01 • Site internet <http://www.institut-upsa-douleur.org>

Ligue Nationale contre le Cancer

14, rue Corvisart, 75 013 Paris

Tél. 01 53 55 24 00 • Site internet <http://www.ligue-cancer.asso.fr>

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

8, avenue de Ségur, 75 007 Paris • Site internet <http://www.sante.gouv.fr>

Société d'étude et de traitement de la douleur (SETD)

Hôpital Pasteur, Département Douleur,

30, avenue de la Voie Romaine, BP 69, 06002 Nice Cedex

Tél. 04 92 03 79 46 • Fax 04 92 03 84 69 • Site internet <http://www.setd.org>

Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP)

106, av. Emile Zola, 75015 Paris

Tél. 01 45 75 43 86 • Fax 01 45 75 43 13 • @-mail sfap@wanadoo.fr

Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)

74, rue Raynouard, 75 016 Paris

Tél. 01 45 25 82 25 • Fax 01 40 50 35 22 • Site internet <http://www.sfar.org>

Société Française d'Étude des Migraines et des Céphalées (SFEMC)

CHU de Rangueil, Service de neurologie, 31 043 Toulouse

Tél. 05 61 32 26 42 • Fax 05 61 32 29 26

Société Française d'Oncologie Pédiatrique Douleur (SFOPD)

Institut Gustave Roussy, 39, rue C. Desmoulins, 94 805 Villejuif Cedex

Tél. 01 42 11 42 37

