



AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1

2010-2011

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 avril 2011

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Audrey LAPREVOTTE**
née le 01 mai 1985 à Laxou (54)

**EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR SUR CINQ
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE L'OUEST VOSGIEN**

Membres du Jury

Président : M. Stéphane GIBAUD, Maître de Conférences

Juges : M. Alain BUREAU, Pharmacien hospitalier
Mme SANTANGELO Mathilde, Assistante généraliste
Mme LECLERC Sophie, I.D.E

UNIVERSITÉ Henri Poincaré, NANCY 1
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2010-2011

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Francine KEDZIEREWICZ

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Président du Conseil de la Pédagogie

Bertrand RIHN

Président de la Commission de la Recherche

Christophe GANTZER

Président de la Commission Prospective Facultaire

Jean-Yves JOUZEAU

Référent de la Cellule de Formations Continue et Individuelle

Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :

Responsable de la filière Officine :

Responsables de la filière Industrie :

Responsable du Collège d'Enseignement

Pharmaceutique Hospitalier :

Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :

Responsable Pharma Plus E.N.S.A.L.A. :

Francine KEDZIEREWICZ

Francine PAULUS

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Jean-Michel SIMON

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Bertrand RIHN

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Marie-Madeleine GALTEAU

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Pierre DIXNEUF

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMANN

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

ASSISTANT HONORAIRE

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Andrée IMBS

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

Jean-Louis MONAL

Dominique NOTTER

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ENSEIGNANTS	Section CNU*	Discipline d'enseignement
PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS		
Chantal FINANCE	82	Virologie, Immunologie
Jean-Yves JOUZEAU	80	Bioanalyse du médicament
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
PROFESSEURS DES UNIVERSITES		
Gilles AULAGNER	86	Pharmacie clinique
Jean-Claude BLOCK	87	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Max HENRY	87	Botanique, Mycologie
Pierre LABRUDE	86	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Isabelle LARTEAU	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Pierre LEROY	85	Chimie physique
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	32	Chimie organique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Louis MERLIN	87	Biologie cellulaire
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire
MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS		
Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Nathalie THILLY	81	Santé publique
MAITRES DE CONFÉRENCES		
Sandrine BANAS	87	Parasitologie
Mariette BEAUD	87	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT	86	Communication et santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Cédric BOURA	86	Physiologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Roudayna DIAB	85	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique
Florence DUMARCAY	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	86	Pharmacologie

ENSEIGNANTS (suite)	Section CNU*	Discipline d'enseignement
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie
Béatrice FAIVRE	87	Hématologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Caroline GAUCHER-DI STASIO	85/86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Frédéric JORAND	87	Santé publique
Olivier JOUBERT	86	Toxicologie
Francine KEDZIEREWICZ	85	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Faten MERHI-SOUSSI	87	Hématologie
Christophe MERLIN	87	Microbiologie
Blandine MOREAU	86	Pharmacognosie
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Francine PAULUS	85	Informatique
Christine PERDIAKIS	86	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Anne SAPIN-MINET	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Gabriel TROCKLE	86	Pharmacologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Mohamed ZAIOU	87	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI	85	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	86	Sémiologie
--------------------	----	------------

PROFESSEUR AGREGÉ

Christophe COCHAUD	11	Anglais
--------------------	----	---------

* Discipline du Conseil National des Universités :

80ème et 85ème : Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81ème et 86ème : Sciences du médicament et des autres produits de santé

82ème et 87ème : Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32ème : Chimie organique, minérale, industrielle

11ème : Langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION,
NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES
THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, Monsieur Alain BUREAU, pharmacien hospitalier à l'Hôpital Local de Darney et au Centre Hospitalier de Vittel qui m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le thème de la douleur et qui m'a « transmis » son envie d'améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur. Je lui suis reconnaissante de m'avoir guidée dans mon travail, de sa disponibilité, ses conseils, son soutien et de la confiance qu'il m'a accordé.

Je remercie également Monsieur Stéphane GIBAUD, Maître de Conférences à la faculté de Pharmacie de Nancy, d'avoir accepté de présider mon jury et de suivre mon travail.

Je remercie le Docteur Mathilde SANTANGELO, Assistante Généraliste au Centre Hospitalier de Neufchâteau, pour sa disponibilité mais aussi pour son enthousiasme à faire partie du jury.

Je tiens à remercier Mme Sophie LECLERC, Infirmière Diplômée d'Etat à l'Hôpital Local de Darney, pour son aide lors de la réalisation des enquêtes au sein de cet établissement et pour le temps qu'elle m'a consacrée afin d'échanger nos idées et analyser les résultats.

Je remercie également toutes les personnes qui ont participé aux différentes enquêtes : Monsieur Jean-Paul REMY, Madame Sophie LECLERC, Madame Christine JACQUEREZ, Madame Claude BOISSEAUX, Madame Solange MASS, Madame Sylvie MERCIER, Madame Valérie MALIVERNEY, Madame Carine RODRIGUEZ, Madame Sabine LAMONTAGNE, Madame Isabelle D'HABIT, Madame LAMONTRE et Madame Chantal RZADKIEWA.

Enfin je terminerai en remerciant mon ami, ma famille et mes amis pour m'avoir soutenu et encouragé tout au long de ce travail.

SOMMAIRE

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	1
LISTE DES ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
1. LA DOULEUR EN FRANCE : POSITION ET PRISE EN CHARGE	4
1.1 PRISE DE POSITION DU GOUVERNEMENT	4
1.2 CREATION DE C.L.U.D.s	6
1.3 DOULEUR ET CERTIFICATION	7
1.4 EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE THEME DE LA DOULEUR	9
1.5 L'EVALUATION DE LA DOULEUR	12
1.5.1 Pourquoi évaluer la douleur	12
1.5.2 Comment évaluer la douleur	12
2. PRESENTATION DE L'ENQUETE ET DES RESULTATS COLLECTES	17
2.1 METHODOLOGIE	18
2.1.1 Darney	19
2.1.2 Lamarche	19
2.1.3 Mirecourt	20
2.1.4 Neufchâteau	21
2.1.5 Vittel	22
2.2 RESULTATS PAR ETABLISSEMENT	23
2.2.1 Darney	24
2.2.2 Lamarche	26
2.2.3 Mirecourt	27
2.2.4 Neufchâteau	29
2.2.5 Vittel	31
2.2.6 Résultats globaux	32
2.3 RESULTATS PAR TYPE DE SERVICE	35
2.3.1 Médecine	35

2.3.2 S.S.R	37
2.3.3 E.H.P.A.D	38
3 ANALYSE DES RESULTATS ET ACTIONS D'AMELIORATION	40
3.1 ANALYSE DES RESULTATS PAR CRITERE ET MESURES	
CORRECTIVES ASSOCIEES	40
3.1.1 Critère 1 : recherche de signes de douleur à l'admission	40
3.1.2 Critère 2 : auto-évaluation réalisée à l'admission	41
3.1.3 Critère 3 : si nécessaire, hétéro-évaluation réalisée à l'entrée ..	42
3.1.4 Critère 4 : évaluation de la douleur si comportement modifié ..	42
3.1.5 Critère 5 : grille d'évaluation complétée dans le dossier	43
3.1.6 Critère 6 : résultat de l'évaluation dans le dossier	44
3.1.7 Critère 7 : étiologie de la douleur recherchée et notée dans le dossier	44
3.1.8 Critère 8 : évocation de la douleur lors de réunion multidisciplinaire.....	45
3.2 EXPLICATION DES ECARTS ENTRE LES TROIS PRINCIPAUX SERVICES	46
3.2.1 Rappel des résultats par service	46
3.2.2 Explication des différences retrouvées	47
3.3 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN OFFICINE	50
3.3.1 Type de patient	50
3.3.2 Limites au conseil de prise d'antalgiques en officine	51
3.3.3 Types de douleur	51
3.3.4 Choix de l'antalgique en fonction du patient	52
3.3.5 Evaluation de la douleur	52
3.3.6 Antalgiques possibles	53
3.3.7 Conseils à donner	55
CONCLUSION	57
ANNEXE	59
BIBLIOGRAPHIE	61

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES

Figure n°1 : roue de Deming

Figure n°2 : grille de recueil des données de l'H.A.S sur l'évaluation de la douleur
chez la personne âgée

Figure n°3 : échelle visuelle analogique

Figure n°4 : échelle d'hétéro-évaluation DOLOPLUS

Figure n°5 : pourcentage de « oui » recalculés en fonction des trois services et pour
chaque critère

TABLEAUX

Tableau n°1 : résultats de l'enquête pour l' Hôpital Local de Darney

Tableau n°2 : résultats de l'enquête pour l' Hôpital Local de Lamarche

Tableau n°3 : résultats de l'enquête pour l' Hôpital Local de Mirecourt

Tableau n°4 : résultats de l'enquête pour le Centre Hospitalier de Neufchâteau

Tableau n°5 : résultats de l'enquête pour le Centre Hospitalier de Vittel

Tableau n°6 : pourcentage de « oui » obtenus par chaque établissement en excluant la
réponse « non applicable »

Tableau n°7 : résultats de l'enquête pour les services de Médecine

Tableau n°8 : résultats de l'enquête pour les services de S.S.R.

Tableau n°9 : résultats de l'enquête pour les E.H.P.A.D.s

LISTE DES ABREVIATIONS

A.C.C : Audit Clinique Ciblé

A.N.A.E.S : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

C.H : Centre Hospitalier

C.L.U.D : Comité de Lutte contre la Douleur

C.S.P : Code de Santé Publique

D.U : Diplôme Universitaire

E.H.P.A.D : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

E.N : Echelle Numérique

E.P.P : Evaluation des Pratiques Professionnelles

E.V.A : Echelle Visuelle Analogique

E.V.S : Echelle Verbale Simple

g : gramme

H.A.S : Haute Autorité de Santé

H.L : Hôpital Local

I.D.E : Infirmière Diplômée d'Etat

mg : milligramme

Q.D.S.A : Questionnaire Douleur Saint Antoine

S.S.R : Soins de Suite et de Réadaptation

En quelques décennies, la vision que l'on a de la douleur en France est passée d'un extrême à l'autre. Avant considérée comme normale, voire même de nécessaire, elle est dorénavant devenue inadmissible et est combattue par tous les moyens dont nous disposons de nos jours.

Ce changement de « mentalité » est aisément perçu en comparant deux générations successives. A titre d'exemple, il suffit d'observer une personne âgée qui n'ose pas parler de sa douleur, qui n'a pas eu l'habitude qu'on l'écoute et que l'on fasse tout notre possible pour atténuer sa douleur, ou tout du moins la rendre supportable.

A l'inverse, il n'est pas rare de voir sur l'ordonnance d'un enfant un vaccin avec une crème ou un patch anesthésiant à appliquer avant de réaliser l'injection.

Non seulement on prend en charge une douleur installée, mais on prévient également celle-ci (patch anesthésiant la zone où a lieu l'injection). Une véritable lutte contre la douleur est donc bien en route et elle ne cesse d'évoluer.

Force est de constater que la prise en charge de la douleur suit également l'avancée de nos connaissances. En s'intéressant à la douleur, on s'est rendu compte que l'on ressentait celle-ci dès le plus jeune âge ce qui a eu pour effet l'instauration d'une prise en charge de la douleur chez l'enfant.

Tout ceci a engendré de profonds changements concernant la prise en charge de la douleur mais également un bouleversement quant aux attentes des personnes douloureuses. Il convient de remarquer que les personnes sont maintenant informées des moyens existants mais également de leurs droits, et veulent que leur douleur soit reconnue et prise en charge par l'ensemble des professionnels de santé.

Nous allons donc voir dans un premier temps de quelle manière la douleur devrait être prise en charge dans les établissements hospitaliers français. Nous présenterons les différents textes de lois et les outils mis en place pour leur application. Puis, au travers d'une enquête réalisée sur plusieurs établissements, nous verrons ce qu'il en est dans la réalité. L'analyse des résultats permettra d'instaurer des actions d'amélioration dans ces établissements. Dans notre conclusion, nous nous interrogerons sur l'efficacité du système mis en place. Enfin, on réfléchira au rôle du pharmacien d'officine quant à l'amélioration de la prise en charge de la douleur des patients ambulatoires.

1.LA DOULEUR EN FRANCE : POSITION ET PRISE EN CHARGE

La douleur est définie au niveau international comme étant «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire présente ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion» (*International Association for the Study of Pain*).

Cette définition implique donc que la douleur est un phénomène subjectif, individuel et pluridimensionnel, d'où la complexité de sa prise en charge.

Il s'agit ainsi de voir à partir de quand et comment le gouvernement a instauré une véritable lutte contre la douleur, puis ce qui en a découlé concernant les attentes de la prise en charge de la douleur. Enfin, nous nous intéresserons à une des étapes essentielles à la prise en charge de la douleur à savoir l'évaluation de la douleur du patient.

1.1 PRISE DE POSITION DU GOUVERNEMENT

Ce n'est que le 4 février 1995 qu'une loi traitant de la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé, à savoir la loi « Neuwirth » n°95-116, précise que : « les établissements de santé doivent mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent ».

Il faudra attendre la directive de 1998 pour que la douleur soit enfin considérée comme une priorité de santé publique avec le premier plan triennal (1998-2000) de lutte contre la douleur établi par Monsieur Bernard KOUCHNER, Secrétaire d'Etat à la Santé à l'époque.

Cette directive ministérielle, fondée sur l'argument que « la douleur n'est pas une fatalité », comporte trois axes :

- prise en compte de la demande du patient,
- développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins,
- formation et information des professionnels de santé pour mieux évaluer et traiter la douleur. [1]

En 2002 s'ajoute la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avec en particulier l'article L 110-5 du Code de la Santé Publique (C.S.P.) : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort ». Cet article implique une obligation de moyens par l'ensemble des professionnels de santé. [2]

La même année est instauré le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 qui poursuit les objectifs du premier plan de lutte contre la douleur et vise en particulier l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et de la souffrance en fin de vie. Il est centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

Il comporte cinq objectifs principaux :

- associer les usagers par une meilleure information,
- améliorer l'accès du patient 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 de l'infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée. [3]

A la fin de ce programme national s'ensuit le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 mené par Monsieur Xavier BERTRAND. Ce troisième plan est composé de quatre axes :

- amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, adolescents, personnes polyhandicapées, personnes âgées et personnes en fin de vie),
- formation renforcée des professionnels de santé,
- meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques,
- structuration de la filière des soins. [4]

Cette instauration de prise en charge de la douleur par ces divers plans successifs a entraîné de profonds changements au sein des établissements hospitaliers avec, par exemple, la création de Comités de Lutte contre la Douleur (C.L.U.D) et l'amélioration de la prise en charge de la douleur avec l'intégration d'une référence « douleur » dans le manuel d'accréditation des établissements de santé.

1.2 CREATION DE C.L.U.D.s

En 1998 avec le premier plan triennal de lutte contre la douleur, le Collège National des Médecins de la Douleur incite à la création de C.L.U.D.s dans tout établissement hospitalier afin de faciliter l'organisation de la prise en charge de la douleur.

Ils n'ont pas pour mission d'assurer directement la prise en charge de la douleur mais :

- de proposer , afin d'améliorer la prise en charge de la douleur, les orientations les mieux adaptées à la situation locale et qui doivent figurer dans le projet d'établissement,
- de coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toute action visant à mieux organiser la prise en charge de la douleur, quels qu'en soient le type, l'origine et le contexte,
- d'aider au développement de la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement,
- de susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation et le traitement de la douleur.

Leur rôle premier est donc d'amener une « culture » de la douleur au sein de l'établissement par exemple par la réalisation de protocoles, de recommandations, ou de sessions de formations du personnel soignant sur la douleur (utilisation d'outils d'évaluation de la douleur), ...

Ils participent également à l'information des patients par la diffusion de brochures relatant les modalités de prise en charge de la douleur au sein de l'établissement (contrat d'engagement de lutte contre la douleur par exemple).

Enfin, ils veillent à la diffusion et à la mise en application des travaux validés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S), maintenant Haute Autorité de Santé (H.A.S), relatifs à la douleur. [5]

1.3 DOULEUR ET CERTIFICATION

Un des axes du premier plan douleur était le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins.

Dans un premier temps, il a été mis au point un guide méthodologique permettant de définir les objectifs de prise en charge de la douleur en termes de projet médical, de projets de soins infirmiers, de plans de formations, de gestion et de système d'information.

Ensuite, la qualité de prise en charge de la douleur des patients a été intégrée dans l'évaluation des établissements. En septembre 2004 est apparue dans le manuel d'accréditation des établissements de santé la référence 32 : la douleur doit être évaluée et prise en charge.

Cette référence se décline en quatre points :

32.a : une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.

Le rôle du C.L.U.D et des référents est important dans la prise en charge de la douleur.

32.b : le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement. Pour certains patients, il est nécessaire d'impliquer également l'entourage et d'évaluer sa satisfaction (pédiatrie, réanimation, oncologie, psychiatrie, ...).

32.c : les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur. La formation porte notamment sur l'évaluation de l'intensité de la douleur à périodicité définie à l'aide d'échelles validées. Les échelles adaptées sont utilisées, y compris dans certains groupes de patients tels que les nouveau-nés et les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale.

32.d : la disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence. [6]

Tout d'abord nommée accréditation, la certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels mandatés par la H.A.S.

Cette procédure est indépendante de l'établissement ainsi que de ses organismes de tutelle. La certification des établissements de santé est obligatoire et le compte-rendu est consultable sur le site de l'H.A.S.

Elle porte sur :

- le niveau des prestations et soins délivrés aux patients
- la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements conformément à l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996.

La première procédure de certification de juin 2009 visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

La deuxième itération de la procédure de certification (V2-V2007) mesurait à la fois la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint. Un de ses axes prioritaires portait sur l' Evaluation des Pratiques Professionnelles (E.P.P).

Actuellement, la troisième itération de la procédure de certification est en cours (V2010). Un des objectifs de la H.A.S est de favoriser, au travers de la certification, l'intégration des démarches d'E.P.P dans le quotidien des professionnels et l'acquisition d'une culture de l'évaluation afin d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins dans tout établissement de santé. [7]

Dans cette version, la prise en charge de la douleur se décline sous la référence 12a avec :

- la mise en œuvre de formations/actions dans les services d'activité,
- la mise en place par les secteurs d'activité de l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur,
- la traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient,
- le soulagement de la douleur par les professionnels de santé,
- la mise à disposition des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelle d'hétéro-évaluation) pour les professionnels. [8]

1.4 EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE THEME DE LA DOULEUR

L'évaluation des pratiques professionnelles correspond à « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles).

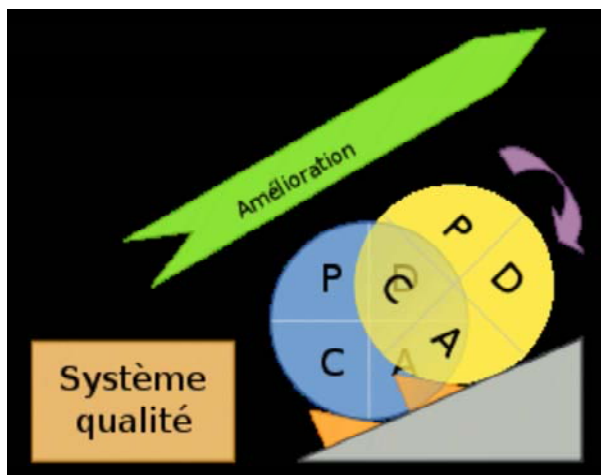
Une des méthodes d'E.P.P est une méthode d'évaluation par comparaison, l'audit clinique. Elle permet de comparer les pratiques de soins à des références admises, à l'aide de critères de mesure de la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer.

Elle comprend six phases :

- choix du thème
- choix des critères
- choix du protocole de mesure
- recueil des données
- analyse des résultats
- plan d'actions d'amélioration avec suivi de son impact. [9]

Cela reprend les quatre grandes étapes de la roue de Deming qui permettent d'améliorer sans cesse la qualité d'un produit ou d'un service :

Figure n°1 : roue de Deming



1. PLAN = dire ce que l'on va faire : références scientifiques de la pratique souhaitée
2. DO = faire ce que l'on a dit : pratique professionnelle réelle
3. CHEK = vérifier ce que l'on a fait : mesurer pour évaluer la pratique
4. ACT = faire mieux : actions d'amélioration.

La cale derrière la roue empêche de revenir en arrière, permettant de maintenir les acquis, mesurés par des audits ultérieurs. Il s'agit d'assurer la pérennité des actions correctives.

Concernant la douleur, plusieurs Audits Cliniques Ciblés (A.C.C.) sont réalisables. Lors d'un A.C.C, le nombre de critères permettant de comparer les pratiques de soins est limité ce qui permet un traitement plus rapide des données et des résultats d'où des mesures correctives mises en place plus rapidement.

Nous allons nous intéresser à celui proposé par l'H.A.S pour l'évaluation des pratiques professionnelles au cours de la certification (V2) concernant l'évaluation de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée. La grille de recueil des données de l'H.A.S est composée de huit critères.

Figure n°2 : grille de recueil des données de l'H.A.S sur l'évaluation de la douleur chez la personne âgée

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES						
Évaluation de la douleur chez la personne âgée n°1 (DPAéva)						
Date : ...		Établissement/secteur d'activité : ...				
N° de la grille : ...						
Nom de l'évaluateur :						
Identification du patient :		les 3 premières lettres ou étiquette		□□□		
OBJECTIF : s'approprier les outils et méthodes d'évaluation de la douleur chez la personne âgée hospitalisée						
N°	CRITERES	Oui	Non	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission				DPA	
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée				DPA	
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...)				DPA	
4	Une auto- ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur				DPA	
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient				DPA	
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient				DPA	
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier				DPA	
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe)				DPA + ES	

DPA : dossier du patient ES : enquête auprès des soignants

Les huit critères reprennent les différents points de la référence douleur à savoir la prévention de la douleur pour les critères 1 et 4 (référence 32c), l'implication du patient dans la prise en charge de sa douleur pour le critère 2 (référence 32b et 12a), l'évaluation de la douleur pour les critères 2, 3 et 4 (référence 32c et 12a), le suivi de l'intensité de la douleur pour les critères 5 et 6 (référence 32c et 12a), la prise en charge de la douleur pour le critère 7 (référence 32c et 12a) et enfin la concertation entre professionnels de santé afin d'optimiser la prise en charge de la douleur pour le critère 8 (référence 32a).

L'objectif principal de cet A.C.C était de faire le point concernant l'utilisation d'outils d'évaluation et les méthodes d'évaluation de la douleur chez la personne âgée hospitalisée.

1.5 L' EVALUATION DE LA DOULEUR

L'évaluation de la douleur par les professionnels de santé est une étape essentielle de la prise en charge de la douleur.

Elle est une obligation légale aussi bien pour les infirmières que les aides soignantes. Elle fait partie des paramètres à relever au même titre que la température, la pression artérielle, ... qui sont « susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne » selon l'article R4311-5 du C.S.P.

1.5.1 Pourquoi évaluer la douleur

Tout d'abord évaluer la douleur permet d'identifier les malades ayant une douleur non exprimée.

Cela permet dans un second temps de faciliter les prises de décisions de traitements analgésiques en choisissant un traitement en adéquation avec l'intensité de la douleur.

Un traitement instauré, l'évaluation de la douleur permet de contrôler, par la suite, son efficacité et de l'adapter au fur et à mesure de l'évolution de la douleur du patient.

L'évaluation implique aussi le patient dans la prise en charge de sa douleur : il apprend à communiquer sur sa douleur, il se sent reconnu dans sa plainte et cela améliore sa relation avec le personnel soignant.

Evaluer la douleur est donc une étape primordiale comme de traiter celle-ci lors de la prise en charge d'un patient. Différents outils sont proposés.

1.5.2 Comment évaluer la douleur

Il s'agit d'une étape à intégrer dans la pratique quotidienne du personnel soignant qui doit tout d'abord choisir l'outil d'évaluation adapté au patient qui est face à lui.

En effet, il existe deux grands types d'échelle : les échelles d'auto-évaluation face à des personnes communicantes d'une part et les échelles d'hétéro-évaluation d'autre part.

- Échelles d'auto-évaluation

Les échelles présentées ci-dessous sont unidimensionnelles, c'est-à-dire qu'elles ne mesurent que l'intensité de la douleur

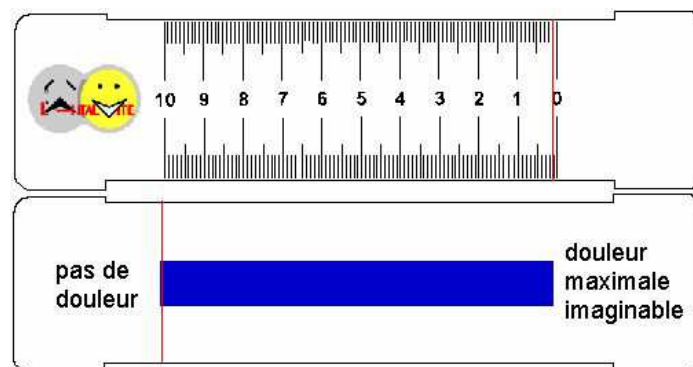
Elles sont utilisées lorsque le patient est communicant pour scorer sa douleur.

La plus utilisée est l' Echelle Visuelle Analogique (E.V.A).

On la présente horizontalement au patient. Il doit déplacer le curseur pour situer l'intensité de sa douleur entre l'extrémité gauche (absence de douleur) et l'extrémité droite (douleur maximale imaginable).

De l'autre côté de la réglette, correspond un score gradué de 0 à 10 visible uniquement par le professionnel de santé.

Figure n°3 : échelle visuelle analogique



Par contre, on ne peut l'utiliser si le patient présente des troubles visuels ou présente par exemple un handicap rhumatologique aux doigts.

Il est possible alors de recourir à l' Echelle Numérique (E.N.) qui consiste à demander au patient de donner une note allant de 0 à 10 à sa douleur ressentie. 0 correspondant à une absence de douleur et 10 à une douleur insupportable. Aucun outil n'est alors nécessaire.

Enfin, on peut utiliser l'Echelle Verbale Simple (E.V.S.). Il s'agit de demander au patient de situer sa douleur par rapport à différents items :

- 0 : absence de douleur
- 1 : douleur faible
- 2 : douleur modérée
- 3 : douleur intense
- 4 : douleur atroce.

Quelque soit l'échelle choisie pour évaluer la douleur, on doit utiliser la même pour suivre un patient. La traçabilité des résultats doit mentionner la valeur obtenue de l'intensité de la douleur ainsi que le nom de l'échelle utilisée.

Il existe également des échelles d'auto-évaluation multidimensionnelles. On peut citer le Questionnaire Douleur de Saint Antoine (Q.D.S.A.) et le Q.D.S.A abrégé.

Quant à lui, le questionnaire DN4 est un outil de recherche de douleur neuropathique. L'évaluation de la douleur est alors qualitative (douleur nociceptive ou neuropathique).

- Échelles d'hétéro-évaluation

Ce sont des échelles comportementales utilisées lorsque le patient est non communicant au sens large du terme, c'est-à-dire :

- défaut de compréhension,
- défaut de participation et de communication,
- troubles de la mémoire,
- surestimation des facultés d'abstraction.

Lors de l'utilisation de ces échelles, le patient n'intervient pas directement. C'est le personnel soignant qui score la douleur du patient en se basant sur son observation, des constantes, ... Or, nous avons vu que la douleur est un phénomène subjectif. Il y a donc une tendance à sous-estimer la douleur du patient lors d'hétéro-évaluation. C'est pourquoi il est préférable, lorsque cela est possible, d'évaluer à deux.

Il existe de nombreuses sortes d'échelles mais la plus connue est sans doute l'échelle DOLOPLUS pour la personne âgée ou handicapée. [10]

Figure n°4 : échelle d'hétéro-évaluation DOLOPLUS

ECHELLE DOLOPLUS					
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE'E					
NOM :		Prénom :		DATES	
Service :					
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1 • Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4 • Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5 • Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6 • Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7 • Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8 • Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9 • Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10 • Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
SCORE					

COPYRIGHT

Elle comporte 10 items : 5 somatiques, 2 psychomoteurs et 3 psychosociaux.
Chaque item est coté de 0 à 3. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

Il est certain qu'au tout début de son utilisation, elle peut paraître fastidieuse et demander du temps mais au fur et à mesure que le personnel soignant s'en sert, ce sera de plus en plus rapidement et au final, elle ne prendra que quelques minutes.
L'enjeu est donc de l'intégrer dans la pratique quotidienne du soignant.

On constate une forte volonté du gouvernement d'instaurer une culture de la douleur au personnel soignant afin de prendre en charge correctement la douleur dans chaque hôpital français.

Chaque établissement de santé se doit également de justifier à l' H.A.S que sa politique est en accord avec les recommandations actuelles. Il se doit de rentrer dans un système qui garantisse une qualité des soins à chaque usager du système de santé.

La notion de douleur y est récente mais il y a déjà eu de grands progrès de réalisés.

La mise en place d'un système de qualité permet donc de s'améliorer tout en conservant les acquis.

L'intérêt de certains A.C.C est de vérifier que les actions d'amélioration aient porté leurs fruits et, dans le cas échéant, voir quels points peuvent être corrigés. Cela sensibilise à nouveau le personnel soignant lors de l'enquête (s'ils sont sollicités) et lors des résultats (prise de conscience de ce qui ne va pas) et peut aboutir à la mise en place de nouvelles actions de formations.

Nous allons maintenant décrire le déroulement d'un A.C.C portant sur l'évaluation de la douleur sur cinq établissements hospitaliers, les résultats obtenus et les actions correctives proposées.

2.PRESENTATION DE L ENQUETE ET DES RESULTATS COLLECTES

Lors de ma cinquième année hospitalo-universitaire en 2009, j'ai réalisé mon stage au Centre Hospitalier (C.H.) de Vittel.

Durant cette année j'ai été amené, entre autre, à voir le fonctionnement du C.L.U.D ainsi que ses différentes missions.

Peu avant la fin de ce stage, j'ai eu l'occasion de réaliser une enquête portant sur l'évaluation de la prise en charge de la douleur et ce sur cinq établissements hospitaliers : les Centres Hospitaliers de Vittel et Neufchâteau et les Hôpitaux Locaux (H.L.) de Darney, Lamarche et Mirecourt.

Pour les Hôpitaux locaux il s'agissait d'une première évaluation pour les E.P.P de l'accréditation V2 référence 32 alors que pour les Centres Hospitaliers, il s'agissait du deuxième tour des E.P.P en vue de l'accréditation de la V2010 référence 12. Nous avons utilisés la grille proposée par la H.A.S pour la réalisation de tous les audits.

Nous avons vu que « (...) 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 (...) ».

Qu'en est-il sur le « terrain »? La douleur est-elle considérée de nos jours comme une constante à part entière par l'ensemble du personnel soignant?

Est-il sensibilisé à l'importance d'évaluer et d'assurer une traçabilité de la douleur?

Nous allons tenter de répondre à ces interrogations et proposer à chaque établissement des actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur des patients.

2.1. METHODOLOGIE

Le principe était de prendre les dossiers des vingt derniers patients entrés dans le service ayant effectué un séjour supérieur à trois jours afin de pouvoir regrouper les données des cinq établissements.

Il n'y a pas eu de sélection de dossier en fonction de la présence de douleur ou non, en fonction de la présence du patient au sein de l'établissement au moment de l'enquête ou non (étant donné que l'enquête portait uniquement sur le dossier patient), en fonction de l'âge du patient, ni en fonction de la capacité du patient à communiquer.

Pour chaque dossier, nous remplissions à partir du dossier patient la grille d'évaluation des pratiques en terme d'évaluation de la douleur de la H.A.S.

Le premier et le quatrième critère portaient sur la recherche de signes de douleur, le deuxième et le troisième sur l'évaluation de la douleur, le cinquième et le sixième sur la traçabilité de la douleur, le septième sur la recherche de l'étiologie de la douleur et le dernier sur l'évocation de la douleur au sein de réunions multidisciplinaires pour une prise en charge globale du patient.

Les réponses possibles étaient « oui », « non » ou, pour la plupart des critères, « non applicable ».

Pour nous aider à remplir correctement la grille, nous avons un guide d'utilisation de la grille auquel nous pouvions nous référer à tout instant (en annexe).

J'étais entourée, si possible, d'une personne ressource du C.L.U.D de l'établissement ainsi que d'une tierce personne pour garantir de la qualité de l'audit et pour trancher en cas de doute ou de désaccord quant au remplissage de la grille.

L'enquête aura porté sur 312 dossiers tous services et tous établissements confondus.

La présentation de la méthodologie et des résultats suivra l'ordre chronologique de la réalisation des enquêtes.

2.1.1 Darney

Après avoir reçu l'accord du directeur de l'établissement (également directeur de l' H.L de Lamarche et de celui de Mirecourt), du médecin référent ainsi que de la cadre de soins, j'ai pris contact avec le responsable qualité et l'infirmière ressource du C.L.U.D local.

Il a été retenu deux dates :

le 30/04/09 pour le service de médecine (20 dossiers)

le 09/06/09 pour l' E.H.P.A.D (20 dossiers)

Étant donné le nombre peu élevé de lits en médecine il n'y avait que 19 dossiers ; les résultats du dernier dossier ont été recueillies lors de l'audit portant sur l' E.H.P.A.D (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), quelques semaines plus tard.

Concernant l' E.H.P.A.D, l'audit a également porté sur les dossiers des 20 derniers patients entrés.

Après avoir présenté la grille d'évaluation et le guide d'utilisation, l'audit s'est déroulé en présence du responsable qualité et de l'infirmière ressource du C.L.U.D qui a collecté les dossiers.

2.1.2 Lamarche

L'accord a été obtenu auprès du directeur de l'hôpital local, ainsi que du cadre de soins.

L'enquête a été réalisée en présence du responsable qualité de l'établissement et d'une infirmière référent douleur.

Étant donné le nombre peu élevé de lits en médecine et SSR et au contraire le nombre conséquent de lits en E.H.P.A.D, il a été décidé de prendre un nombre de dossiers en fonction du nombre de lits par service dans l'établissement. Pour les besoins de l'établissement, il nous a été demandé de séparer les trois différents secteurs d'

E.H.P.A.D (pour adapter les actions correctives au secteur car, étant donné que le personnel soignant n'est pas le même, on peut supposer une prise en charge de la douleur non similaire).

Il a été défini le calendrier suivant :

23/07/09 : - médecine (8 dossiers)

- S.S.R Soins de Suite et de Réadaptation (12 dossiers)

- E.H.P.A.D secteur des Primevères (10 dossiers)

28/07/09 : - E.H.P.A.D secteur des Rosiers (10 dossiers)

- E.H.P.A.D secteur des Orangers (20 dossiers)

2.1.3 Mirecourt

Il a également été requis l'accord du directeur de l'hôpital local du Val du Madon, des médecins de l'H.L ainsi que du pharmacien de l'hôpital, président du C.L.U.D.

Le pharmacien de l'établissement m'a mis en contact avec l' I.D.E (Infirmière Diplômée d'Etat) chargée de m'accompagner dans les services.

L'enquête a été conduite en présence du responsable qualité et d'une infirmière référent douleur sur la journée du 05/08/09.

Elle portait sur deux services avec un nombre de dossiers au pro rata du nombre de lits dans les deux services :

- médecine (10 dossiers)

- SSR (20 dossiers)

2.1.4 Neufchâteau

J'ai été présenté au Centre Hospitalier de Neufchâteau lors d'une réunion entre le C.L.U.D de Vittel et celui de Neufchâteau.

Il m'a été donné l'occasion de collaborer avec le cadre de pôle de médecine, ainsi qu'avec une I.D.E référent douleur préparant un D.U (Diplôme Universitaire) douleur.

La démarche a légèrement différé de celle adoptée dans les autres établissements afin d'être en adéquation avec la méthode du premier tour des E.P.P réalisé précédemment au sein de l'établissement.

L'enquête a été réalisée sur l'ensemble des services du C.H hormis le service des urgences.

Elle portait sur les dossiers de tous les patients présents (même si la durée du séjour était inférieure à trois jours) dans le service le jour de l'enquête (nombre de dossiers représentatif du nombre de lits) avec un nombre maximum de 10 dossiers par service ou par secteur pour l' E.H.P.A.D.

Il a été nécessaire de réserver plusieurs journées pour réaliser l'audit :

- le 11/08/09 pour le pôle chirurgie et pour le pôle médico-technique
- le 13/08/09 pour une grande partie du pôle médecine
- le 18/08/09 pour le service restant de médecine et le pôle mère-enfant
- le 25/08/09 pour le pôle personnes âgées

Pôle chirurgical

Chirurgie B : 10 dossiers

Chirurgie A : 10 dossiers

USCP (Unité de Soins Continus Polyvalents) : 3 dossiers

UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire) : 5 dossiers

Pôle médico-technique

RF (Rééducation fonctionnelle) : 10 dossiers

Pôle médecine

Médecine A : 10 dossiers

Médecine B : 10 dossiers

USIC (Unité de Soins Intensifs de Cardiologie) : 4 dossiers

Cardiologie : 8 dossiers

UMA (Unité de Médecine Ambulatoire) : 5 dossiers

Pôle mère-enfant

Pédiatrie : 7 dossiers

Maternité : 10 dossiers

Pôle personnes âgées

secteur Joli bois : 10 dossiers

secteur Gai logis : 10 dossiers

secteur Pré fleuri : 10 dossiers

L'audit a été réalisé en présence du cadre de pôle de médecine ainsi que d'une infirmière référent douleur de l'établissement.

2.1.5 Vittel

Le Président du C.L.U.D du C.H de Vittel a envoyé un courrier à tous les médecins et cadres de santé de l'établissement peu de temps avant l'enquête afin de les informer que celle-ci allait avoir lieu et que j'allais les contacter pour convenir d'une date et des modalités de recueil.

Le cadre de santé du SSR, et moi-même avons fixé ensemble la date du 27/08/09 et décidé que l'enquête porterait sur 20 dossiers au total répartis équitablement sur les deux secteurs du SSR soit 10 dossiers pour le SSR A et 10 dossiers pour le SSR B.

L'enquête a eu lieu en présence d'une infirmière référent douleur du service et d'une infirmière ressource du C.L.U.D.

Concernant le service de Médecine, le cadre de santé du service, a choisi la date du 16/09/09. J'ai réalisé l'audit sur 20 dossiers aux côtés d'une infirmière référent douleur et du responsable qualité au sein du C.H de Vittel.

Pour le Petit Ban (EHPAD), l'audit a été réalisé le 17/09/09. J'étais assistée du cadre de santé du service, ainsi que d'une infirmière référent douleur.

Il portait sur les dossiers des 20 derniers patients entrés au sein de l'établissement.

2.2. RESULTATS PAR ETABLISSEMENT

Je présenterai d'abord les résultats sous forme d'un tableau séparant les différents critères pour chaque établissement.

Le standard attendu est 100% de « oui » pour les critères où les réponses peuvent être seulement « oui » ou « non » (critères 1, 5 et 6). Il est de 100% de « oui » en excluant les dossiers où la réponse au critère a été « non applicable » lorsque la réponse à un critère peut être « non applicable ». Dans un second temps, j'ai donc recalculé le pourcentage de « oui » obtenu pour chaque critère en excluant les réponses « non applicable » afin de pouvoir comparer les résultats au standard attendu.

Pour l' H.A.S, les résultats sont :

- médiocres si - de 25% de oui
- faibles entre 25 et 50% de oui
- moyens entre 50 et 75% de oui
- bons si + de 75% de oui

2.2.1 Darney

Tableau n°1 : Résultats de l'enquête pour l' H.L de Darney

N°	Critères	% OUI	% NON	% NA
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission.	65% (26)	35% (14)	0% (0)
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée.	62,5% (25)	17,5% (7)	20% (8)
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...).	0% (0)	32,5% (13)	67,5% (27)
4	Une auto ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur.	15% (6)	12,5% (5)	72,5% (29)
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient.	47,5% (19)	52,5% (21)	0% (0)
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient.	47,5% (19)	52,5% (21)	0% (0)
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier.	40% (16)	32,5% (13)	27,5% (11)
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe).	0% (0)	0% (0)	100% (40)

On constate tout d'abord que l'hôpital local obtient un résultat moyen concernant le premier critère (65%) et bon pour le second (78%).

Le personnel soignant a été sensibilisé à la recherche et à l'évaluation de la douleur du patient à son entrée et cela se voit au niveau des résultats obtenus.

Cependant, on remarque l'absence d'utilisation d'échelle d'hétéro-évaluation lorsque le patient est non communicant (méconnaissance ou faute de temps?) ce qui se traduit par un résultat médiocre au critère 3 (0%).

Pour le critère 4, on constate qu'une évaluation de la douleur a été réalisée suite à une modification du comportement du patient dans un peu plus d'un cas sur deux donc un résultat moyen; il semblerait que pour ce critère les résultats soient personnel-dépendant (certains étant plus sensibilisés au fait qu'une modification du comportement du malade pouvait être liée à une douleur et qui connaissent et recherchent les signes pouvant évoquer une douleur).

Pour les critères 5 et 6, le résultat est faible (47,5%) car une grille d'évaluation est insérée dans le dossier d'un patient uniquement si celui-ci présente une douleur à l'entrée ou au cours du séjour (pas de grille si pas de douleur).

Concernant le critère 7, en cas de douleur l'étiologie de celle-ci est recherchée et notée dans le dossier dans 55% des cas ; on remarque que c'est l'unique critère pour lequel le service E.H.P.A.D obtient de meilleurs résultats qu'en médecine, service dans lequel l'étiologie est recherchée mais pas forcément notée dans le dossier.

Pour le critère 8, il n'y a pas de réunion multidisciplinaire et celle-ci semble difficilement réalisable surtout au niveau de l'E.H.P.A.D (plusieurs médecins de ville et un médecin coordinateur).

POINTS FORTS : Critères 1 et 2

POINT FAIBLE : Critère 3

2.2.2 Lamarche

Tableau n°2 : Résultats de l'enquête pour l' H.L de Lamarche

N°	Critères	% OUI	% NON	% NA
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission.	16,7% (10)	83,3% (50)	0% (0)
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée.	10% (6)	70% (42)	20% (12)
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...).	0% (0)	22% (13)	78% (47)
4	Une auto ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur.	0% (0)	12% (7)	88% (53)
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient.	3% (2)	97% (58)	0% (0)
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient.	3% (2)	97% (58)	0% (0)
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier.	43% (26)	0% (0)	57% (34)
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe).	0% (0)	0% (0)	100% (60)

Concernant les critères 1 et 2, les résultats sont médiocres avec 16,7% de recherche de signes de douleur à l'admission. Cependant on remarque de fortes disparités au sein de l'établissement : résultats médiocres en E.H.P.A.D et faibles en médecine et S.S.R. Un point positif : la recherche de signes de douleur (lorsqu'elle est effectuée) est couplée à une évaluation la plupart du temps.

Aucune échelle d'hétéro-évaluation n'est utilisée au sein de l'établissement et un changement d'attitude ou de comportement du patient n'évoque pas une possible douleur et donc n'entraîne pas d'évaluation de la douleur d'où des résultats médiocres pour les critères 3 et 4.

Concernant les critères 5 et 6, les résultats sont également médiocres car la douleur n'est pas considérée comme une constante en E.H.P.A.D (il n'y a pas de grille

d'évaluation de la douleur dans le dossier, seulement quelques évaluations notées dans le dossier en cas de douleur). On retrouve seulement une grille en médecine ou en S.S.R lorsqu'il y a une douleur en cours de séjour donc pas en systématique.

Pour le critère 7, les résultats sont excellents car en cas de douleur on retrouve dans le dossier l'étiologie de celle-ci ou les démarches effectuées pour la trouver.

Concernant le critère 8, il n'y a pas de réunion multidisciplinaire au sein de l'établissement.

POINT FORT : critère 7

POINTS FAIBLES : critères 1, 2, 3, 4, 5 et 6

2.2.3 Mirecourt

Tableau n°3 : Résultats de l'enquête pour l' H.L de Mirecourt

N°	Critères	% OUI	% NON	% NA
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission.	40% (12)	60% (18)	0% (0)
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée.	27% (8)	53% (16)	20% (6)
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...).	0% (0)	20% (6)	80% (24)
4	Une auto ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur.	3% (1)	0% (0)	97% (29)
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient.	7% (2)	93% (28)	0% (0)
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient.	7% (2)	93% (28)	0% (0)
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier.	27% (8)	3% (1)	70% (21)
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe).	13% (4)	7% (2)	80% (24)

Concernant le critère 1 le résultat est faible avec 40% de oui. La recherche de signes de douleur à l'entrée n'est pas systématique et on note une tendance personnel-dépendant pour ce critère.

Le résultat obtenu pour le critère 2 est faible (33,3%) : une recherche de signes de douleur à l'entrée n'est pas systématiquement couplée à une évaluation.

Lorsqu'une hétéro-évaluation s'avère nécessaire, elle n'est jamais réalisée d'où un résultat médiocre au critère 3.

Pour le critère 4, l'analyse s'avère difficile étant donné qu'un seul patient a présenté une modification du comportement pouvant être liée à une douleur et qui a entraîné une évaluation.

Concernant les critères 5 et 6, les résultats sont médiocres (6,7%) car une grille est complétée uniquement en cas de douleur apparaissant au cours du séjour du patient.

Le résultat est excellent pour le critère 7 avec l'étiologie de la douleur recherchée et notée dans le dossier quasi systématique (88,9%).

Pour le critère 8, les résultats sont moyens (66,7%) avec un échange sur la douleur du patient lorsqu'une réunion multidisciplinaire a lieu.

Il est à noter que lors de la réalisation de l'audit un médecin ayant l'habitude d'initier des réunions multidisciplinaires était en congés d'où des résultats non représentatifs pour ce critère.

POINT FORT : critère 7

POINTS FAIBLES : critères 2, 3, 5 et 6

2.2.4 Neufchâteau

Tableau n°4 : Résultats de l'enquête pour le C.H de Neufchâteau

N°	Critères	% OUI	% NON	% NA
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission.	59% (72)	41% (50)	0% (0)
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée.	30% (37)	52% (64)	17% (21)
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...).	1% (1)	16% (20)	83% (101)
4	Une auto ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur.	13% (16)	43% (53)	43% (53)
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient.	31% (38)	69% (84)	0% (0)
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient.	26% (32)	74% (90)	0% (0)
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier.	67% (82)	7% (9)	25% (31)
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe).	43% (53)	33% (40)	24% (29)

Concernant le critère 1, les résultats sont moyens avec 59% de recherche de signes de douleur à l'admission du patient.

Cependant, cette recherche n'est couplée à une évaluation que dans un cas sur deux (résultat médiocre de 36,6% expliqué par le fait qu'en cas d'absence de douleur on ne retrouve pas de score).

Pour le critère 3, on remarque qu'une échelle d'hétéro-évaluation n'est presque jamais utilisée d'où un résultat médiocre (4,8%).

Concernant le critère 4, le résultat est médiocre(23,2%) car la modification du comportement d'un patient peut dans certains cas faire penser à une douleur au personnel soignant mais celle-ci n'entraîne pas forcément d'évaluation (pas de score retrouvé mais notion de douleur transcrite dans le dossier).

Pour les critères 5 et 6, les résultats sont faibles avec respectivement 31 et 26,2% de « oui » : on note toutefois une forte disparité dans les différents services concernant l'utilisation de grille d'évaluation de la douleur (dans certains services, la douleur est relevée quotidiennement avec d'autres constantes comme la température ou la tension artérielle alors que dans d'autres services il n'y a un suivi qu'en cas de douleur avérée).

Concernant le critère 7 les résultats sont excellents avec une étiologie recherchée et notée dans le dossier du patient dans 90% des cas en présence de douleur.

Pour le critère 8, il existe des réunions multidisciplinaires dans certains services mais la douleur n'y est pas forcément évoquée d'où un résultat relativement moyen (57%).

POINTS FORTS : critères 1 et 7

POINTS FAIBLES : critères 2, 3, 4, 5 et 6

2.2.5 Vittel

Tableau n°5 : Résultats de l'enquête pour le C.H de Vittel

N°	Critères	% OUI	% NON	% NA
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission.	92% (55)	8% (5)	0% (0)
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée.	47% (28)	47% (28)	7% (4)
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...).	0% (0)	7% (4)	93% (56)
4	Une auto ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur.	8% (5)	18% (11)	73% (44)
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient.	35% (21)	65% (39)	0% (0)
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient.	30% (18)	70% (42)	0% (0)
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier.	52% (31)	7% (4)	42% (25)
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe).	20% (12)	45% (27)	35% (21)

Pour le critère 1, les résultats sont très bons avec 92% de recherche de signes de douleur à l'admission : l'ensemble du personnel a été sensibilisé sur ce point et cet item se retrouve dans les documents à remplir par le personnel soignant à l'entrée du patient dans le service.

Par contre, on note que cette recherche n'est pas systématiquement couplée à une évaluation de la douleur et ce surtout si le patient n'est pas communicant d'où un résultat moyen pour le critère 2 (50%) et médiocre pour le critère 3 (0%).

Les échelles d'hétéro-évaluation ne sont pas utilisées lorsqu'elles s'avèreraient nécessaires.

Concernant le critère 4, une modification du comportement du patient n'entraîne une évaluation de la douleur que dans un cas sur deux d'où un résultat relativement faible (31,25%). Cela signifie que lorsque l'on ne retrouve pas d'évaluation, le changement de comportement du patient ne suggère pas au personnel soignant une possible douleur.

Pour les critères 5 et 6 les résultats sont faibles avec respectivement 35 et 30% de « oui » car les grilles ne sont pas remplies lorsqu'il n'y a pas de douleur et il existe de fortes disparités entre les services.

Lorsqu'une douleur est présente, l'étiologie est recherchée et retrouvée dans le dossier du patient dans 88,6% des cas d'où de bons résultats pour le critère 7.

Concernant le critère 8, les résultats sont faibles (30,8%) car lorsqu'une réunion multidisciplinaire a lieu, la douleur du patient n'est pas systématiquement évoquée.

POINTS FORTS : critères 1 et 7

POINTS FAIBLES : critères 3 et 4

2.2.6 Résultats globaux

Le but de cette étude n'est pas de comparer les établissements entre eux mais de voir si ce qui est demandé, en France, concernant la prise en charge de la douleur est bien réalisé en pratique.

Et surtout si ce n'est pas le cas, voir quelles raisons peuvent l'expliquer et par quelles actions on pourrait améliorer celle-ci.

Afin de pouvoir comparer les résultats obtenus au standard attendu, le tableau ci-dessous regroupe le pourcentage de « oui » obtenus pour chaque critère et par chacun des cinq établissements en excluant les réponses « non applicable ».

Tableau n°6 : Pourcentage de « oui » obtenus par chaque établissement en excluant la réponse « non applicable »

Critère	DARNEY	LAMARCHE	MIRECOURT	NEUFCHATEAU	VITTEL	GLOBAL
1	65%	16.7%	40%	59%	91,7%	54,5%
2	78,1%	12,5%	33.%	36,6%	50%	42%
3	0%	0%	0%	4,8%	0%	1%
4	54,5%	0%	100%	23,2%	31,3%	41,8%
5	47,5%	3,3%	6,7%	31,1%	35%	24,7%
6	47,5%	3,3%	6,7%	26,2%	30%	22,7%
7	55,2%	100%	88,9%	90,1%	88.,6%	84,6%
8	0%	0%	66,7%	57%	30,8%	30,9%

On note tout d'abord de fortes disparités de résultats en fonction :

- de la structure (C.H ou H.L),
- des différents services audités et
- de la présence ou non d'un C.L.U.D au sein de l'établissement.

Globalement, on remarque que les résultats sont :

- bons uniquement pour le critère 7,
- moyens pour le critère 1,
- faibles pour les critères 2, 4 et 8,
- et médiocres pour les critères 3, 5 et 6.

Pour le critère 1, on voit que la douleur n'est recherchée à l'entrée que dans un cas sur deux. Il y a quelques dossiers où le patient a été transféré et donc on ne recherche pas de signes de douleur car on suppose que cela a déjà été réalisé. L'ensemble du personnel soignant n'est pas sensibilisé à la recherche de signes de douleurs à l'entrée (critère 1) et encore moins au cours du séjour (critère 4).

Concernant le critère 2, on remarque que même si des signes de douleur sont recherchés, on ne retrouve pas forcément de score. On voit quelquefois dans des dossiers des descriptions des douleurs (« douleurs fortes », « moyenne ») donc on se rend compte que les outils d'évaluation de la douleur (utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur) ne sont pas forcément connues ou utilisées par le personnel soignant malgré les directives ministérielles.

Cela est d'autant plus flagrant pour le critère 3 : les échelles d'hétéro-évaluation ne sont quasiment pas utilisées alors qu'un grand nombre de patients est non communicant.

On remarque aussi que les méthodes d'évaluation ne sont pas connues par tous car on retrouve dans certains dossiers de personnes non communicantes des scores obtenus avec des échelles d'auto-évaluation.

La traçabilité des informations s'avère également médiocre (critères 5 et 6) : la douleur n'est pas considérée comme une constante à part entière par le personnel soignant et ce même face à un patient douloureux et/ou sous traitement antalgique.

Le critère 7 est par contre un point fort : l'étiologie de la douleur est très souvent recherchée et notée dans le dossier du patient.

Pour le critère 8, le taux de réponses « oui » est faible : lorsqu'une réunion multidisciplinaire a lieu, les échanges sur le thème de la douleur sont limités par le manque de temps. En effet, on s'aperçoit que d'autres items s'avèrent prioritaires lors de ces réunions (devenir social du malade en particulier).

Dans l'ensemble, il reste donc de gros progrès à faire en particulier en ce qui concerne l'évaluation de la douleur et sa traçabilité dans le dossier du patient.

Intéressons nous à présent aux résultats obtenus en fonction du service audité et ce tous établissements confondus.

2.3. RESULTATS PAR TYPE DE SERVICE

Il a été décidé de ne traiter que les services communs à plusieurs établissements et pour lesquels le nombre de dossiers était conséquent, c'est-à-dire Médecine, S.S.R et E.H.P.A.D.

La présentation sera identique à celle des résultats par établissement, c'est-à-dire un tableau regroupant les résultats obtenus suivi d'une appréciation des résultats comparés au standard attendu en excluant les réponses « non applicable ».

2.3.1 Médecine

Les services de médecine représentent 25% des dossiers collectés soit 78 dossiers sur 312.

Ces dossiers proviennent des cinq établissements audités : Darney (20 dossiers), Lamarche (8 dossiers), Mirecourt (10 dossiers), Neufchâteau (20 dossiers) et Vittel (20 dossiers).

La durée de séjour au sein de ce service est relativement brève (quelques jours à quelques semaines).

On note une grande hétérogénéité aussi bien de par le type de patient (tous âges confondus) que par le champ d'action vaste du service qui accueille toute personne en souffrance physique ou psychique (toutes pathologies, tous domaines confondus : pneumologie, hématologie, ...).

Tableau n°7 : Résultats de l'enquête pour les services de Médecine

N°	Critères	% OUI	% NON	% NA
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission.	74,5% (58)	25,5% (20)	0% (0)
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée.	56,5% (44)	27% (21)	16,5% (13)
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...).	1% (1)	22% (17)	77% (60)
4	Une auto ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur.	13% (10)	10% (8)	77% (60)
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient.	63% (49)	37% (29)	0% (0)
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient.	59% (46)	41% (32)	0% (0)
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier.	44% (34)	19% (15)	37% (29)
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe).	15,5% (12)	10% (8)	74,5% (58)

Concernant les résultats, ils sont

- bons pour le critère 1 (74,4% de « oui »),
- moyens pour les critères 2 (67,7%), 4 (55,6%), 5 (62,8%), 6 (59%), 7 (69,4%) et 8 (60%)
- médiocres pour le critère 3 (5,5%)

2.3.2 S.S.R.

Les services de S.S.R représentent 20% des dossiers collectés soit 62 dossiers sur 312.

Ces dossiers proviennent de quatre établissements audités : Lamarche (12 dossiers), Mirecourt (20 dossiers), Neufchâteau (10 dossiers) et Vittel (20 dossiers).

La durée de séjour au sein de ce service est moyenne (quelques semaines à quelques mois).

Le service accueille des patients de tout âge présentant une ou plusieurs déficiences. Le patient arrive dans le service suite à une situation aiguë (transfert médecine, opération, ...) et le but du séjour est de permettre un retour et maintien au domicile du patient. Pour cela, de nombreux intervenants sont sollicités (ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante sociale, ...) d'où une importance du critère 8.

Tableau n°8 : Résultats de l'enquête pour les services de S.S.R.

N°	Critères	% OUI	% NON	% NA
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission.	53% (33)	47% (29)	0% (0)
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée.	35% (22)	55% (34)	10% (6)
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...).	0% (0)	10% (6)	90% (56)
4	Une auto ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur.	5% (3)	21% (13)	74% (46)
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient.	5% (3)	95% (59)	0% (0)
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient.	6,5% (4)	93,5% (58)	0% (0)
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier.	35% (22)	13% (8)	52% (32)
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe).	11% (7)	42% (26)	47% (29)

Les résultats sont :

- moyens pour les critères 1 (53,2%) et 7 (73,3%)
- faibles pour le critère 2 (39,3%)
- médiocres pour les critères 3 (0%), 4 (18,7%), 5 (4,8%), 6 (6,4%)
et 8 (21,2%)

2.3.3 E.H.P.A.D.

Les E.H.P.A.Ds représentent 35% des dossiers collectés soit 110 dossiers sur 312.

Ces dossiers proviennent de quatre établissements audités : Darney (20 dossiers), Lamarche (40 dossiers), Neufchâteau (30 dossiers) et Vittel (20 dossiers).

La durée de séjour au sein de ce service est relativement longue (quelques années).

Le patient est une personne âgée (à partir de 60-65 ans) devant correspondre à la définition de l'EHPAD : dépendance psychique et/ou psychologique nécessitant une aide aux actes de la vie quotidienne mais dont la pathologie stabilisée nécessite une surveillance médicale et infirmière classique, à l'exclusion des pathologies nécessitant des soins techniques auxquels l'EHPAD ne peut répondre.

Ces institutions sont des maisons de retraite médicalisées considérées comme le « domicile » du patient.

Tableau n°9 : Résultats de l'enquête pour les E.H.P.A.Ds

N°	Critères	% OUI	% NON	% NA
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission.	32% (35)	68% (75)	0% (0)
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée.	11% (12)	67% (74)	22% (24)
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...).	0% (0)	23% (25)	77% (85)
4	Une auto ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur.	2% (2)	34,5% (38)	63,5% (70)
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient.	2% (2)	98% (108)	0% (0)
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient.	0% (0)	100% (110)	0% (0)
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier.	57% (63)	1% (1)	42% (46)
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe).	21% (23)	8% (9)	71% (78)

Concernant les résultats, ils sont :

- bons pour le critère 7 (98,4%)
- moyens pour le critère 8 (71,9%)
- faibles pour le critère 1 (31,8%)
- médiocres pour les critères 2 (13,9%), 3 (0%), 4 (5%), 5 (1,8%), 6 (0%)

Nous venons de voir à travers la présentation des résultats qu'il y a un écart, plus ou moins important selon les critères, entre les résultats collectés et le standard attendu concernant la prise en charge de la douleur.

En effet, pour tout type d'établissement et pour chaque service, il y a toujours

plusieurs critères pour lesquels les résultats sont médiocres et/ou faibles et donc sur lesquels il est nécessaire de réaliser, et ce de manière rapide mais continue dans le temps, des actions afin d'améliorer la prise en charge de la douleur dans les établissements hospitaliers.

3.ANALYSE DES RESULTATS ET ACTIONS D'AMELIORATION

Après avoir présenté le déroulement de l'enquête et les résultats obtenus par chaque établissement et pour les trois principaux services, nous allons nous pencher sur l'analyse de ceux-ci ainsi que sur les mesures correctives à mettre en place.

3.1 ANALYSE DES RESULTATS PAR CRITERE ET MESURES CORRECTIVES

3.1.1 Critère 1 : recherche de signes de douleur à l'admission

Tous établissements confondus, on obtient 56% de « oui » (175 dossiers sur 312) soit un résultat moyen d'après la H.A.S.

Le résultat est personnel-dépendant : en fonction du personnel soignant présent à l'admission du patient dans le service, les résultats ne sont pas les mêmes (personnel plus ou moins formé, sensibilisé).

Il dépend également de la présence d'une rubrique douleur à remplir à l'admission ; en effet, lorsqu'il existe sur la fiche d'entrée une partie réservée à la douleur avec une case à cocher si le patient est douloureux, on se rend compte que c'est plus souvent réalisé.

Par contre, on s'aperçoit qu'en cas de transfert, il n'y a pas de recherche de signes de douleur à l'admission (considéré comme déjà réalisé et donc inutile).

→Sensibiliser ou continuer à sensibiliser le personnel soignant à l'importance de rechercher des signes de douleur à l'admission et ce, même en cas de transfert du patient d'un service à un autre (rôle majeur du C.L.U.D.).

→ Si ce n'est pas déjà le cas, instaurer une partie réservée à la recherche de signes douloureux dans le document que le personnel soignant doit remplir à l'admission (ce qui permet de systématiser la recherche).

3.1.2 Critère 2 : auto-évaluation réalisée à l'admission

Sur 312 dossiers, on obtient 157 « non », 104 « oui » et 51 « non applicable ».

Si on exclut les dossiers où la réponse fut « non applicable », on obtient 39,8% de « oui » soit un résultat faible.

La recherche de signes de douleur n'est pas toujours couplée à une évaluation.

Lorsque des signes de douleur sont recherchés, on retrouve parfois à la place d'un score une description de la douleur qui sera sans valeur par la suite pour instaurer un traitement adéquat ou juger de l'efficacité d'un traitement antalgique. Si sur la feuille d'entrée, on retrouve à côté de la case « douleur à l'entrée » une place pour inscrire un score, il est noté de manière quasi systématique. Si le patient n'est pas douloureux, le score n'est alors pas noté.

Enfin, dans quelques dossiers, on a retrouvé un score d'auto-évaluation chez une personne non communicante. On observe donc un choix d'une échelle d'évaluation par le personnel soignant qui ne correspond pas au patient qu'il a en face de lui donc un score sans aucune valeur.

→ Insister sur l'importance d'évaluer la douleur à l'entrée et inscrire le score ainsi que l'échelle utilisée afin que le score serve de référence par la suite.

→ Prévoir sur la feuille d'entrée un endroit où noter l'échelle utilisée ainsi que le score obtenu. Si le patient n'est pas douloureux, noter le score qui est donc de 0.

→ Former le personnel sur le choix et l'utilisation des outils d'évaluation. Evaluer avec une échelle adaptée.

→ Fournir le personnel soignant de réglettes d' E.V.A.

3.1.3 Critère 3 : si nécessaire, hétéro-évaluation réalisée à l'entrée

C'est sur ce critère que les résultats sont unanimes et qu'il y a le plus d' « efforts » à réaliser : sur 312 dossiers, 255 « non applicable », 56 « non » pour 1 seul « oui » soit 1,7% de « oui » en excluant les « non applicable ».

Les échelles d'hétéro-évaluation ne sont pas utilisées :

- méconnaissance de ces échelles par le personnel?
- faute de temps (plus long à réaliser qu'une auto-évaluation)?
- difficultés rencontrées pour les utiliser?
- fausse idée : un patient qui ne communique pas ne souffre pas?

→ Rappeler le rôle propre infirmier d'évaluer la douleur et ce pour toute personne (qu'elle soit communicante ou non).

→ Former sur le choix et l'utilisation d'une échelle d'hétéro-évaluation : une échelle connue entraînera moins de difficultés à l'utiliser d'où un gain de temps. Choisir une échelle d'hétéro-évaluation (dolo-plus, algo-plus, ...) unique, ne pas se disperser par un éventail d'échelles d'hétéro-évaluation.

→ Mettre systématiquement dans le dossier d'entrée d'une personne non communicante l'échelle d'hétéro-évaluation (cela « incite » à évaluer).

3.1.4 Critère 4 : évaluation de la douleur si comportement modifié

Concernant ce critère, il y a eu 208 réponses « non applicable », 76 « non » et 28 « oui » soit 26,9% de « oui » d'où un résultat faible.

Les modifications du comportement pouvant révéler une douleur ne sont pas connues par l'ensemble du personnel soignant ; certains y ont été plus sensibilisés que d'autres. Si le changement de comportement est perçu, il n'évoque pas forcément une douleur pour l'ensemble du personnel soignant.

Dans beaucoup de cas la modification de comportement est perçue, elle évoque une douleur pour le personnel soignant qui le rapporte au médecin mais une étape essentielle n'est pas réalisée : évaluer la douleur à ce moment et noter le score dans le dossier.

→ Former l'ensemble du personnel soignant sur les signes non verbaux de la douleur et afficher la liste de ceux-ci dans la salle de soins.

→ Sensibiliser le personnel à l'importance de rechercher ces signes (détection précoce de la douleur et traitement antalgique donné plus rapidement).

→ Insister sur le fait de réaliser une évaluation de la douleur à chaque modification du comportement.

3.1.5 Critère 5 : grille d'évaluation complétée dans le dossier

Pour ce critère de traçabilité de la douleur les résultats sont faibles : 230 réponses « non » pour 82 « oui » soit 26,3% de « oui ».

Les résultats sont extrêmement variables selon l'établissement et selon le service audité.

Des grilles existent mais dans certains cas, elles ne sont ajoutées dans le dossier du patient que si celui-ci présente une douleur.

Dans d'autres cas, elles sont présentes dans le dossier mais ne sont remplies que si le patient est douloureux.

Enfin, on remarque dans certains services des grilles complétées quotidiennement : la douleur y est considérée comme une constante à part entière.

→ Pointer sur l'importance d'assurer une traçabilité de l'évaluation de la douleur de l'entrée à la sortie du patient dans le service. Cela permet une continuité des soins ainsi qu'un ajustement du traitement en cours si nécessaire

→ Insérer d’office dans le dossier d’un patient nouvellement admis une grille d’évaluation (si le support est présent, plus de chances de compléter celui-ci). La douleur doit être perçue par le personnel soignant comme une constante à part entière à relever fréquemment.

3.1.6 Critère 6 : résultat de l’évaluation dans le dossier

Pour ce deuxième critère en rapport avec la traçabilité de la douleur, les résultats sont médiocres avec 239 réponses « non » et 73 « oui » soit 23,4% de « oui ».

Là encore, on note de grandes variabilités entre les établissements et les services. Le résultat de l’évaluation de la douleur n’est pas inscrit dans le dossier la plupart du temps. Cela est dû en grande partie à un manque d’habitude. Il faudra impérativement corriger ce point car on ne retrouve pas de résultat d’évaluation dans la plupart des dossiers alors qu’un traitement antalgique est en cours. Comment juger de l’efficacité d’un traitement si la douleur n’est pas évaluée? Il semble alors plus difficile de l’interrompre ou de le changer si cela s’avère nécessaire.

→ Transmission écrite à encourager : le résultat de l’évaluation doit être inscrit et donc retrouvé dans le dossier du patient.

3.1.7 Critère 7 : étiologie de douleur recherchée et notée dans le dossier

Pour ce critère, on obtient 163 réponses « oui », 122 « non applicable » et 27 « non » soit 85,8% de « oui » d’où un bon résultat.

On remarque aisément que si une douleur est présente à l’admission ou si une douleur apparaît lors du séjour du patient, on en recherche l’étiologie de manière quasi systématique.

Cependant on pourrait obtenir de biens meilleurs résultats car, dans la plupart des dossiers où la réponse fut « non », l’origine de la douleur a été recherchée mais n’a pas

été notée dans le dossier ou bien on connaît déjà l'origine de la douleur et, étant considérée comme une évidence, on ne l'inscrit pas dans le dossier (cancer, douleur chronique ancienne...).

Il y a également certains cas où l'étiologie n'a pas été recherchée faute de temps (patient transféré dont le séjour a été inférieur à 3 jours).

→ Continuer à rechercher l'étiologie de la douleur.

→ Encourager la traçabilité écrite en plus de la transmission orale : il faut retrouver l'étiologie inscrite ainsi que les démarches effectuées pour la trouver dans le dossier du patient.

3.1.8 Critère 8 : évocation de la douleur en réunion multidisciplinaire

Concernant ce dernier critère, les résultats sont moyens avec 174 réponses « non applicable », 69 « oui » et 69 « non » soit, en excluant les réponses « non applicable » 50% de « oui ».

De prime abord, on remarque qu'il y a peu de réunions réalisées en présence du médecin d'où beaucoup de réponses « non applicable ». Il est vrai que cela s'avère difficile dans certains services, en particulier en E.H.P.A.D où sont sollicités plusieurs « médecins de ville » et un médecin coordinateur.

Lorsque des réunions multidisciplinaires peuvent avoir lieu dans un service, la priorité n'est pas donnée à échanger sur la douleur (pas beaucoup de temps donc d'autres thèmes sont abordés en premier).

→ Instaurer si possible des réunions multidisciplinaires.

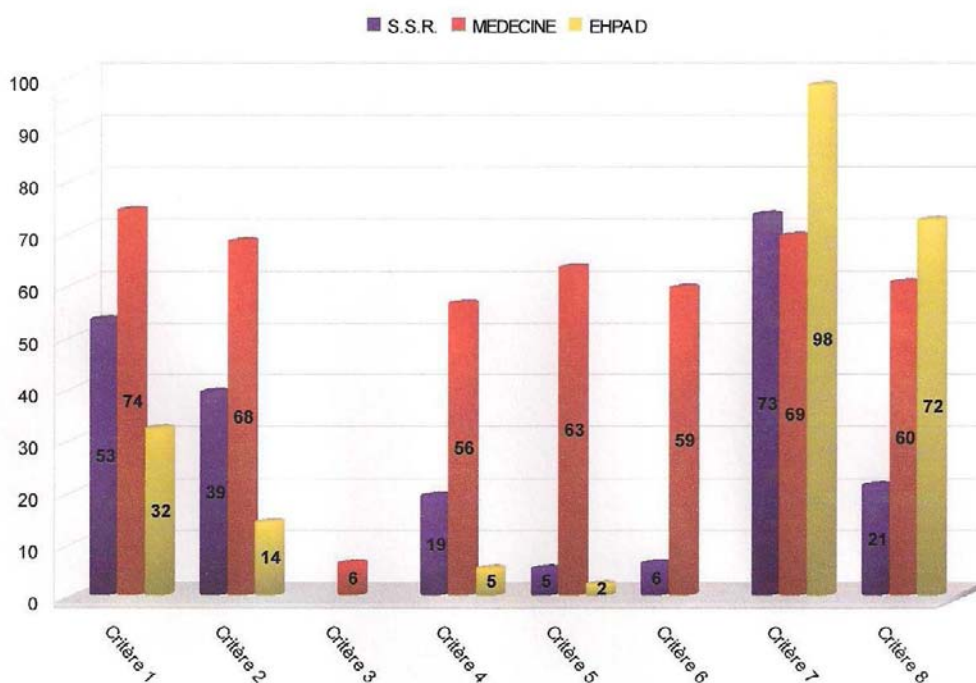
→ Inclure le thème de la douleur lors de ces réunions pour une prise en charge globale du patient. Profiter de cette multidisciplinarité afin de mettre en commun des informations (une personne peut être douloureuse uniquement à la mobilisation : le kinésithérapeute peut alors l'évoquer, si ce n'est déjà fait auparavant, lors de cette réunion afin de mettre en place un traitement antalgique avant chaque mobilisation.

3.2 EXPLICATION DES ECARTS ENTRE LES TROIS PRINCIPAUX SERVICES

Après un bref rappel des résultats obtenus par chacun des trois principaux services au travers d'un graphique, nous allons tenter de comprendre et d'expliquer les différences observées critère par critère. Ces différences proviennent-elles des différences de « fonctionnement » des services (but du séjour différent) ou découlent-elles directement du « type de patient » rencontré dans les différents services?

3.2.1 Rappel des résultats par service

Figure n° 5 : Pourcentage de « oui » recalculés en fonction des trois services et pour chaque critère.



3.2.2 Explication des différences retrouvées

- Critère 1 : recherche de signes de douleur à l'admission

Médecine > SSR > EHPAD

On peut expliquer les écarts observés par deux points :

- en SSR et en EHPAD, le patient arrive souvent d'un autre service et nous avons vu qu'en cas de transfert, le personnel soignant n'a pas forcément pris pour habitude de rechercher des signes de douleur étant donné que, pour lui, cela a déjà été réalisé auparavant.

- en EHPAD, à l'arrivée d'un patient, on monte d'abord un dossier comprenant le degré de dépendance, les besoins, les antécédents, l'« histoire » de celui-ci et seulement par la suite on recherche des signes de douleur. La douleur n'est donc pas considérée comme une priorité à l'entrée.

A l'inverse, en médecine le motif de consultation est souvent lié à une douleur d'où peut-être un réflexe du personnel soignant de rechercher des signes de douleur d'une manière plus systématique.

- Critère 2 : auto-évaluation à l'admission

Médecine > SSR > EHPAD

Il est évident que le résultat de ce critère découle de celui du premier critère : si des signes de douleur ont été recherchés à l'admission, il y a plus de chances de trouver à côté une évaluation de la douleur donc un score.

En EHPAD, même lorsque la personne est communicante et donc qu'une E.V.A suffirait, on ne retrouve pas de score. Le personnel soignant, bien que très attentif à la douleur, n'a pas l'habitude de l'évaluer avec un outil (on retrouve plus facilement des descriptions).

- Critère 3 : si nécessaire, hétéro-évaluation à l'admission

Médecine > SSR = EHPAD

Pour ce critère, les résultats ne diffèrent pas énormément.

Le personnel soignant ne dispose pas d'échelle d'hétéro-évaluation (ou ne les utilise pas) dans la plupart des EHPAD alors que c'est dans ce service que la proportion de personnes non communicantes est la plus importante (patients beaucoup plus âgés que dans les deux autres services).

- Critère 4 : si modification du comportement, évaluation de la douleur

Médecine > SSR > EHPAD

Le personnel soignant en EHPAD a été sensibilisé à prêter attention aux signes non verbaux pouvant évoquer une douleur : une modification de comportement évoque pour lui une possible douleur, cela est retrouvé dans les transmissions mais on ne retrouve quasiment aucune évaluation, aucun score. Là encore, on s'aperçoit que l'équipe soignante n'a pas l'habitude ou le réflexe d'évaluer.

Le personnel de médecine et de SSR a sans doute eu plus de formations concernant la douleur au cours desquelles il a pu apprendre comment repérer et surtout évaluer la douleur quand cela est nécessaire.

- Critères 5 et 6 : grille d'évaluation complétée et score retrouvé dans le dossier

Médecine >> SSR > EHPAD

En médecine, la douleur est considérée comme une constante à part entière et une grille d'évaluation est insérée d'office dans le dossier des patients (et on a vu que si un support est présent, il est plus souvent retrouvé rempli). Il y a également une habitude de scorer la douleur qui est ressentie à travers les résultats.

Cependant, on peut envisager que la durée du séjour a aussi son importance. En effet, on remarque que plus le séjour est long, moins la douleur est relevée comme une constante. En EHPAD, on ne trouve une grille que si et seulement si le patient est douloureux alors qu'en médecine elle est relevée presque quotidiennement.

- Critère 7 : étiologie de douleur recherchée et notée dans le dossier

EHPAD > SSR > Médecine

Les résultats un peu moins bons en médecine s'expliquent par la brièveté du séjour : en effet, pour des séjours d'à peine une semaine difficile de trouver l'étiologie aussi rapidement. Et ce d'autant plus que le patient sera souvent orienté vers le service adapté à sa pathologie (par exemple, en cas de pathologie intestinale pouvant entraîner une douleur, le patient sera transféré en hépato-gastro-entérologie).

Autre point essentiel : lorsque l'origine de la douleur est connue de tous et évidente, on ne pense tout simplement pas à la noter dans le dossier.

- Critère 8 : évocation de la douleur en réunion multidisciplinaire

EHPAD > Médecine > SSR

En EHPAD, lorsqu'une réunion multidisciplinaire a lieu, la douleur du patient est un item particulièrement évoqué : c'est un item important dans ce service car les patients étant âgés, il y a une notion de douleur chronique à laquelle le corps médical ainsi que le personnel soignant ont été sensibilisés.

Le résultat médiocre rencontré en SSR s'explique par le fait que lors de ces réunions multidisciplinaires, on s'intéresse davantage au devenir du patient : le but de ces réunions est plus de faire un bilan pour voir si le retour au domicile est envisageable et surtout réfléchir à adapter l'environnement du patient à ses déficiences.

Il est vrai qu'au cours du séjour il ne serait pas inintéressant de profiter de la présence de tous ces professionnels de santé afin de prendre quelques minutes pour échanger sur la douleur du patient.

Les différences observées dépendent donc aussi bien du service (but différent du séjour d'un service à l'autre) que du patient. Les mesures correctives sont donc globales et à adapter en fonction de ceci. Elles permettront d'améliorer et d'uniformiser la prise en charge de la douleur entre les différents établissements et même entre les différents services.

Les patients d'E.H.P.A.D sont des résidents dans ces établissements, c'est leur « domicile ».

Nous avons vu que la prise en charge de la douleur est globalement moins bonne pour eux.

Cette population de patients diffère peu des patients qui peuvent se présenter à l'officine.

Nous allons donc nous intéresser maintenant à ce qui pourrait être réalisé en officine afin d'améliorer la prise en charge de la douleur.

3.3 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN OFFICINE

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur en officine, elle est également très variable d'une officine à l'autre, voire même d'un professionnel de santé à un autre.

Nous allons dans un premier temps définir les « caractéristiques » de la plupart des patients se présentant à l'officine. Nous verrons ensuite comment la douleur peut être prise en charge en officine ainsi que ses limites. Enfin, je présenterai un rappel non exhaustif des conseils à donner à un patient sous traitement antalgique.

3.3.1 Type de patient

Ce sont majoritairement des personnes âgées (pathologie chronique d'où un passage fréquent en officine) et de ce fait souvent poly médicamentées. En effet, au fur et à mesure que l'on vieillit, des pathologies apparaissent et s'additionnent les unes aux autres et il en va de même avec le traitement médicamenteux.

Pour la plupart, il n'est pas rare de délivrer chaque mois un traitement antalgique de palier I. Si l'on se tourne vers l'historique du patient, on remarque que ce traitement a été instauré depuis de nombreuses années et conservé depuis.

On peut donc rapprocher le type de patient se présentant à l'officine à celui observé en E.H.P.A.D. à la seule différence que nous y verrons beaucoup moins de personnes non communicantes.

3.3.2 Limites au conseil de prise d'antalgiques en officine

Il ne s'agit pas ici de se substituer au médecin mais d'apporter le bon conseil devant une personne évoquant une douleur.

Si une personne se présente à l'officine et demande « quelque chose pour soulager sa douleur », il convient de vérifier que cela ne dépasse pas le champ de nos compétences.

Dans certains cas, nous sommes de toutes façons limités par la loi : il n'est par exemple pas possible de délivrer des antalgiques de palier III sans ordonnance.

Le rôle du pharmacien et du préparateur en pharmacie est alors de conseiller au patient de consulter son médecin traitant.

Il y a également d'autres cas où la prise en charge de la douleur n'est pas du ressort du pharmacien d'officine.

Le patient doit donc aller consulter si :

- la douleur survient de façon brutale, est violente, inattendue,
- elle revient de façon répétitive sans cause apparente,
- elle fait soupçonner une maladie grave,
- elle s'accompagne d'autres signes tels que de la fièvre, une altération de l'état général, un gonflement inhabituel de la zone douloureuse, un état de malaise général, une diminution de la force dans un membre, ... [11]

3.3.3 Types de douleur

Si la prise en charge reste de notre ressort, il convient alors de questionner le patient sur :

- la nature et l'intensité de sa douleur,
- la date d'apparition de sa douleur,
- les symptômes ressentis,
- la liste des médicaments qu'il a déjà utilisés et s'il a été soulagé.

Face à une douleur neuropathique, les antalgiques les plus courants ne seront d'aucune efficacité. Si la description de la douleur laisse penser à une douleur neuropathique ou si le patient a pris des antalgiques de palier I ou II qui se sont révélés sans effet, il est

possible de réaliser le questionnaire DN4 afin d'identifier le type de douleur du patient. En cas de résultat positif, il convient d'inviter le patient à consulter son médecin pour peut être confirmer ce type de douleur et envisager un traitement adéquat (antiépileptique, antidépresseur, neurostimulation, ...).

3.3.4 Choix de l'antalgique en fonction du patient

Il faut questionner le patient afin de le « connaître » :

- âge et poids
- allergie connue à une molécule (paracétamol, ibuprofène, ...)
- maladie rénale (pas d'anti-inflammatoires), hépatique (pas de paracétamol),
lupus érythémateux disséminé (pas d'ibuprofène), ...
- traitement médicamenteux habituel
- traitement particulier (anticoagulants, ...)
- risque connu de saignement (pas d'aspirine)
- sensibilité ou maladie gastrique (limiter anti-inflammatoires)
- grossesse en cours (uniquement du paracétamol)
- constipation fréquente (limiter la codéine)
- ...

3.3.5 Evaluation de la douleur

Ensuite, il faudrait évaluer la douleur du patient à l'aide d'une E.V.A ou tout simplement par une E.V.S. en demandant au patient de donner un score à sa douleur en fonction de son intensité. Nous avons vu qu'évaluer la douleur était une obligation légale pour le personnel soignant. L'évaluation par le pharmacien ou le préparateur en pharmacie paraît indispensable avant de conseiller un antalgique à une personne douloureuse.

D'autant plus que le score obtenu permet de déterminer le type d'antalgique vers lequel orienter le patient (score faible : palier I suffisant sinon palier II nécessaire d'emblée).

3.3.6 Antalgiques possibles

Nous devons rester dans le domaine du conseil et nous sommes donc limités par la liste des spécialités disponibles sans ordonnance.

- Douleur peu intense → palier I (antalgique périphérique, non opioïde)

Paracétamol : Dafalgan®, Efferalgan®, Doliprane®, Claradol®, ...

Limité à 1g par prise et 3g par 24h (minimum 4h entre deux prises).

Dose maximale : 1g par prise et 4g par 24h.

Ibuprofène : Nurofen®, Advil®, Spedifen®, ...

Limité à 400mg par prise et 1200mg par 24h (4 à 6h entre deux prises).

Dose maximale : 800mg par prise et 2400mg par 24h.

Ketoprofène : Toprec®

Limité à 100mg par prise et 200mg par 24h.

Dose maximale : 200mg par prise et 300mg par 24h.

Aspirine : Aspégic®, Aspirine du Rhône®, ...

Limité à 1g par prise et 3g par 24h (minimum 4h entre deux prises).

Dose maximale : 2g par prise et 6g par 24h.

- Douleur plus intense → palier II (antalgique central opioïde faible)

Paracétamol + codéine : Co-doliprane®

Pour la codéine : 20 à 60mg par prise et 120mg par 24h.

Dose maximale : 100mg par prise et 300mg par 24h.

Paracétamol + codéine + caféine : Prontalgine®, Migralgine®

- Douleur insupportable → palier III (antalgique central opioïde fort)

Prise en charge impossible en officine : consultation médicale obligatoire avec par la suite délivrance possible d'un traitement morphinique si le médecin l'ordonne.

- Co-antalgiques ou antalgiques spécifiques

Charbon face à des météorismes

Pansements gastriques contre des remontées acides

Antispasmodiques face à une plainte pour des spasmes abdominaux

Myorelaxant contre des contractures musculaires

Froid pour une tendinite, une entorse, ...

Chaleur pour des douleurs arthrosiques, ...

3.3.7 Conseils à donner

Toujours rappeler les posologies usuelles, l'intervalle de temps entre deux prises ainsi que la dose maximale quotidienne.

Ne pas mélanger les antalgiques entre eux : risque de surdosage pour une molécule.

Ne pas attendre que la douleur soit complètement installée pour prendre un antalgique (le prendre dès les premiers signes car il sera d'autant plus efficace).

Pour les anti-inflammatoires, prise au milieu d'un repas pour limiter les douleurs gastriques.

Lorsqu'un patient arrive avec une ordonnance de morphiniques, le rassurer (certaines personnes ont peur de ce genre de traitement).

Lui expliquer le fonctionnement du traitement avec le traitement de fond (patchs ou gélules à libération prolongée) et les inter doses possibles (libération rapide).

Il faut également lui faire comprendre que son traitement suit une législation particulière (explication brève des dates à respecter, ...).

Enfin, il faut le prévenir des effets indésirables possibles tels que les troubles respiratoires et la constipation : conseiller un régime riche en fibres, une hydratation supérieure à la normale et pourquoi pas un traitement laxatif doux.

Il est évident que, contrairement aux établissements hospitaliers, une évaluation des pratiques s'avère difficile en pharmacie d'officine.

Seulement, on peut considérablement y améliorer la prise en charge de la douleur en France notamment dans la manière d'aborder la douleur.

En effet, on remarque que si les conseils sont pour la plupart donnés, il n'en est pas de

même pour l'évaluation de la douleur qui n'est presque jamais réalisée.

Il faudrait donc sensibiliser les professionnels de santé à l'intérêt d'évaluer la douleur du patient qui demande un antalgique afin de proposer, en fonction du patient et de sa douleur, le traitement antalgique adéquat.

Un patient qui aura appris à utiliser un outil d'évaluation ne sera pas surpris lorsqu'on lui en proposera en séjour d'hospitalisation ou en E.H.P.A.D. Il devient alors un acteur de sa prise en charge de la douleur.

Nous retiendrons donc que la prise en charge de la douleur est devenue en quelques années une priorité pour notre système de santé.

Les différents plans mis en place et la certification des établissements de santé ont tout d'abord suscité une prise de conscience quant à la nécessité de prendre en charge la douleur des patients.

L'entrée dans les établissements d'une culture qualité ainsi que l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles permet alors de se doter d'outils pouvant mesurer la qualité de la prise en charge.

Dans le cadre de la douleur, la réflexion sur les références 32 (certification V2 2007) et 12 (V2010) oblige les établissements de santé à s'interroger sur leurs pratiques.

L'audit clinique ciblé réalisé dans ce contexte sur cinq établissements montre bien les lacunes présentes. L'évaluation de la douleur à l'entrée du patient n'est pas systématiquement réalisée; lorsque celle-ci est pratiquée, la traçabilité fait défaut. Les échelles d'hétéro-évaluation pour les patients non communicants sont méconnues.

Une modification de comportement du patient ne fait pas évoquer une douleur pour le personnel soignant.

Certes, la mise en place de C.L.U.D.s permet de former le personnel à l'utilisation des outils d'évaluation adéquat et à la réalisation de protocoles et de maintenir une dynamique et une culture de prise en charge de la douleur, mais il reste encore beaucoup à faire quant à l'organisation d'équipes pluridisciplinaires autour du patient algique.

Peut-être faut-il prendre en charge le patient douloureux avant qu'il ne soit hospitalisé ou avant qu'il ne soit admis en E.H.P.A.D ?

Le pharmacien d'officine a sans doute un rôle important à jouer dans ce domaine en habituant le patient à mesurer l'intensité de sa douleur et à l'exprimer en termes objectifs.

Face à un patient algique, le conseil donné tiendra compte de l'état physiologique du patient (âge, troubles rénaux, hépatiques, ...) et les médicaments proposés seront accompagnés des recommandations quant aux doses maximales par prise et par 24h, aux horaires de prise et en évoquant les effets secondaires éventuels.

Le patient devient alors un acteur essentiel de sa prise en charge que ce soit à l'hôpital ou en ambulatoire. Il connaît et n'hésitera pas à évoquer ses droits à ne plus souffrir.

La contribution actuelle à améliorer notre système de santé est une garantie future de la prise en charge de notre douleur ainsi que de celle de nos descendants.



Centre Hospitalier de VITTEL
Comité de Lutte contre la Douleur

CLUD

clud@ch-vittel.fr
Tel : 03 29 05 82 63

Ref : E034 CLUD/A	1 / 2
Date de création : avril 2009	
Date de modification :	

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN TERME DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (ref E032 CLUD)

OBJECTIF : établir un bilan de l'existant ou un bilan après mise en place de mesures correctives auprès des différents services des cinq établissements suivants : CH NEUFCHATEAU, CH VITTEL, HL DARNEY, HL LAMARCHE, CH MIRECOURT-MATTAINCOURT

N°	Critères	Consignes de remplissage
1	Recherche des signes de douleur à l'admission	Doit être fait le plus tôt possible après l'admission du patient. Rechercher les renseignements dans tout le dossier patient. Si le patient a un traitement antalgique instauré à l'admission ou si on retrouve la notion de douleur dans le dossier telle que « pas de douleur » ou « douleur=0 » ou « douleur à 7 » ou « douleur ++ », cocher OUI. Si à aucun moment il n'apparaît la notion de douleur, cocher NON.
2	EVA (ou autre auto-évaluation) pratiquée à l'entrée	Cocher NA si le patient est non communicant Si une valeur d'auto-évaluation est notée, cocher OUI. Si noté « pas de douleur » ou « douleur=0 » cocher OUI. Si noté « douleur ++ », cocher NON.
3	Si nécessaire, utilisation d'une grille d'hétéroévaluation	Cocher NON si le patient est non communicant et s'il n'apparaît pas la notion de remplissage d'une grille adaptée (doloplus, algoplus). Cocher OUI si une grille remplie est retrouvée dans le dossier ou si un score est noté dans le dossier.
4	Si modification du comportement, évaluation de la douleur	Rechercher dans le dossier la notion de modification du comportement pouvant être liée à une douleur (repli sur soi, refus de s'alimenter, refus de participer aux animations, refus de soins, agitation, ...). Si pas de modification du comportement cocher NA. Rechercher si la motivation de la modification ou de l'instauration d'un traitement antalgique est liée à une modification du comportement. Si il n'apparaît pas la notion d'évaluation de la douleur lors d'une modification du comportement, cocher NON.
5	Grille(s) d'évaluation complétées dans le dossier	Rechercher le document d'enregistrement du suivi du patient, ou la grille d'hétéro-évaluation utilisée par le service.
6	Résultat de l'évaluation dans le dossier	Rechercher le score de l'évaluation noté dans le dossier.
7	Etiologie de douleur recherchée et notée dans	Cocher NA si la notion d'absence de douleur est retrouvée dans le dossier.



Centre Hospitalier de VITTEL
Comité de Lutte contre la Douleur

CLUD

clud@ch-vittel.fr
Tel : 03 29 05 82 63

Ref : E034 CLUD/A	2 / 2
Date de création : avril 2009	
Date de modification :	

	le dossier	Cocher NON si la notion de douleur apparaît dans le dossier (score d'évaluation, modification ou instauration d'un traitement antalgique ...) sans avoir de traces de la recherche de l'étiologie.
8	Douleur et son évaluation évoquées en réunion multidisciplinaire	Demander au personnel soignant si il existe des réunions multidisciplinaires formalisées (la réunion des transmissions n'est pas considérée comme multidisciplinaire elle ne comprends que des IDE ou AS et le cadre de santé). Si au cours de celles-ci la douleur des patients est systématiquement évoquée, cocher OUI. Si pas de réunion cocher NA et ajouter un commentaire. Si la douleur n'est pas évoquée cocher NON.

Contrôle de cohérence des données à effectuer après le remplissage de la grille :

Si critère N°8=OUI alors :

- critère N°1=OUI si c'est à l'admission,

Si critère N°7=OUI alors :

- critère N°1=OUI si recherché à l'admission,
- critère N°4=OUI si lié à une modification du comportement

Si critère N°6=OUI alors :

- critère N°1=OUI si c'est à l'admission,
- critère N°2=OUI si c'est une auto-évaluation à l'admission
- critère N°3=OUI si c'est une hétéro-évaluation proche de l'admission
- critère N°4=OUI si lié à une modification du comportement

Si critère N°5=OUI alors :

- critère N°1=OUI si c'est à l'admission,
- critère N°2=OUI si il y a une auto-évaluation à l'admission
- critère N°3=OUI si c'est une hétéro-évaluation proche de l'admission
- critère N°4=OUI si lié à une modification du comportement










Il ne doit y avoir aucune donnée manquante, les réponses étant « OUI » « NON » ou « NA ». En cas de doute noter un commentaire.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Direction Générale de la santé, Direction des Hôpitaux.
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.
- [2] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 : article L110-5 du Code de la Santé Publique.
- [3] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le Programme de Lutte contre la Douleur 2002-2005.
- [4] Ministère de la Santé et des Solidarités, Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.
- [5] Site internet du Centre National de Ressources de Lutte contre la Douleur (C.N.R.D)
<http://www.cnrd.fr/-CLUD-.html> consulté le 23/11/10.
- [6] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S), Manuel d'accréditation des établissements de santé (2ème procédure d'accréditation, septembre 2004).
- [7] Site internet de la Haute Autorité de Santé (H.A.S)
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5252/etablissements-de-sante-certification?cid=c_5252 consulté le 23/11/10
- [8] Haute Autorité de Santé, Certification V2010 : élaboration, concertation et déploiement. Présentation du manuel et de la procédure.
- [9] Site internet de la Haute Autorité de Santé http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_443273/comment-evaluer-et-ameliorer-votre-pratique consulté le 23/11/10.
- [10] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S), Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale octobre 2000.
- [11] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Bien vous soigner avec des médicaments disponibles sans ordonnance juin 2008.

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 15/04/11

<p>DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par Audrey LAPREVOTTE</p> <p><u>Sujet</u> : EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS CINQ ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE L'OUEST VOSGIEN</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : GIBAUD Stéphane, Maître de Conférences Directeur : BUREAU Alain, Pharmacien hospitalier</p> <p>Juges : GIBAUD Stéphane, Maître de Conférences BUREAU Alain, Pharmacien hospitalier SANTANGELO Mathilde, Assistante généraliste LECLERC Sophie, I.D.E</p>	<p>Vu,</p> <p>Nancy, le 10/03/11</p> <table border="0"><tr><td>Le Président du Jury</td><td>Le Directeur de Thèse</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>M. GIBAUD S.</td><td>M. BUREAU A.</td></tr></table>	Le Président du Jury	Le Directeur de Thèse			M. GIBAUD S.	M. BUREAU A.
Le Président du Jury	Le Directeur de Thèse						
							
M. GIBAUD S.	M. BUREAU A.						
<p>Vu et approuvé,</p> <p>Nancy, le 18.03.11</p> <p>Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,</p> <p> Francine PAULUS</p> <p></p>	<p>Vu,</p> <p>Nancy, le 22.03.2011</p> <p>Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,</p> <p>Pour le Président et par Délégation, La Vice-Présidente du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire,</p> <p> Jean-Pierre FINANCE</p> <p>N° d'enregistrement : 3573</p>						

N° d'identification :

TITRE

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR SUR CINQ ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE L'OUEST VOSGIEN

Thèse soutenue le 15 avril 2011

Par Audrey LAPREVOTTE

RESUME :

En quelques années, la vision que l'on a de la douleur en France est passée d'un extrême à l'autre. Avant considérée comme normale ou nécessaire, elle est dorénavant combattue par tous les moyens possibles : lutter contre la douleur est devenue une priorité de santé publique. Après un rappel des différents textes de lois traitant de la prise en charge de la douleur dans les établissements hospitaliers ainsi que des outils mis en place pour leur application, nous présenterons les résultats d'une enquête portant sur la prise en charge de la douleur réalisée sur cinq établissements hospitaliers de l'ouest vosgien (Darney, Lamarche, Mirecourt, Neufchâteau et Vittel).

Nous verrons alors, après analyse des résultats obtenus, quelles mesures correctives instaurer dans chaque établissement afin d'améliorer la prise en charge de la douleur.

Enfin, on réfléchira au rôle du pharmacien d'officine quant à l'amélioration de la prise en charge de la douleur des patients ambulatoires.

MOTS CLES : DOULEUR – EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES – CLUD - QUALITE

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
BUREAU Alain		<u>Expérimentale</u> <input type="checkbox"/>
		Bibliographique <input type="checkbox"/>
		Thème <input type="checkbox"/> _

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
6 – Pratique professionnelle