ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR
QUELLES REPONSES APPORTER AUX BESOINS DES PATIENTS ?

– thème n° 7 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

(1 IG, 2 EDH, 2 D3S, 3 IASS, 1 PHISP, 1 MISP)

Animateur :
M. Philippe CLAPPIER

Nous tenons vivement à remercier notre animateur Philippe CLAPPIER pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de ce module ainsi que toutes les personnes qui ont bien voulu nous recevoir en entretien.

Nous souhaiterions également souligner le plaisir que nous avons pris à réaliser cette étude en groupe dans une logique interprofessionnelle.

Sommaire

Introduction.....3

I. La lutte contre la douleur est une priorité de santé publique, qui pour s'être difficilement imposée, rencontre encore, malgré d'indéniables avancées, un certain nombre de freins et de résistances. 7

A / Une priorité de santé publique à la gestation douloureuse 7

1) Du retard français au volontarisme politique : généalogie d'une évidence 7

2) Une concrétisation récente : 8

B / Une mise en œuvre difficile : les avancées et les freins : 11

1) Les avancées : 11

2) Les freins 15

II. Spécifique et novatrice, la démarche de prise en charge de la douleur en pédiatrie met en lumière des évolutions possibles vers une refondation du système de santé autour de la personne soignée. 17

A / Les spécificités de la prise en charge d'un enfant malade. 17

1) L'enfant, un malade pas comme les autres. 17

2) L'évaluation de la douleur 19

3) Traitement de la douleur 21

4) L'adaptation de l'information et du consentement. 22

B / Des enseignements transposables pour la prise en charge de la douleur des adultes. 24

1) une intervention encore trop focalisée sur le clinique 24

2) l'usage ambigu des protocoles et des outils 25

3) une action à inscrire dans les services 25

4) Des traitements encore lacunaires 26

5) Un réseau à inventer : une structure de niveau I, II, III ? 27

I) Les attentes vis-à-vis de la personne ressource 32

II) Les thèmes à aborder 32

I) Les attentes vis-à-vis de la personne ressource 34

II) Les thèmes à aborder 34

I) Les attentes vis-à-vis de la personne ressource 36

II) Les thèmes à aborder 36

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 38

ANNEXE 3 40

BIBLIOGRAPHIE 40

ANNEXE 4 42

REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES, RECOMMMANDATIONS 42

Annexe 5 44

PLAN DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (1998-2000) 44

Annexe 6 49

REPONSES FACIALES 51

COTATION..... 51

MOUVEMENTS DES MEMBRES 51

EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR 51

ITEM 52

PROPOSITIONS 52
VISAGE 52
CORPS 52
SOMMEIL 52
RELATION 52
RECONFORT 52
Objective Pain Scale 56
observation 56
critère 56
pression artérielle 56
pleurs 56
mouvements 56
agitation 56
expression verbale ou corporelle 56
Annexe 7 57
Module interprofessionnel de santé publique – 2000 – 59
Thème n°7 59
Conclusion 29
Résumé 59

« La lutte contre la douleur est une usure…Consentir à la souffrance est une sorte de suicide lent… Et il n'y a qu'une douleur qu'il soit facile de supporter, c'est la douleur des autres » (René LERICHE)

Enjeu de santé publique, la prise en charge de la douleur questionne aujourd'hui l'ensemble du champ sanitaire et social et intéresse directement les professionnels de santé que nous sommes. En effet, si la prise en charge de la douleur est une exigence des patients et un élément de la qualité des soins (prise en compte du confort des patients et de leur qualité de vie), elle est aussi gage d'un fonctionnement plus efficient du système de santé (lutte contre l'allongement des traitements et l'apparition de pathologies collatérales etc.).

La France accuse un certain retard par rapport aux pays de développement sanitaire et social comparable - tout particulièrement vis à vis de la Grande Bretagne[1] - en matière de prise en charge de la douleur, qu'elle s'efforce de combler depuis dix ans. De multiples facteurs peuvent expliquer ce retard tels que la difficulté à formaliser la douleur et à la reconnaître comme entité à part entière et pas seulement comme un symptôme de maladie.

Il n'y a pas, en effet, une douleur mais la douleur d'une personne qui doit être replacée dans ses composantes cliniques et biographiques (contexte socio-économique, références culturelles, histoire personnelle…).

Il est difficile de donner une vision unifiée de ce qu'est la douleur. Si *« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage »* (selon la définition classiquement retenue de l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur, 1979), c'est aussi un phénomène subjectif aux formes pluridimensionnelles :

- composante sensorielle (intensité, durée, évolution, localisation)
- composante affective et émotionnelle complétant et aggravant la pénibilité physique (anxiété, dépression etc.)
- composante cognitive (perception de la douleur)
- composante comportementale (manifestations verbales et non verbales observables chez le souffrant et permettant la "communication" de la douleur)

En outre, il est possible de distinguer quatre types de douleurs :

[1] ainsi selon une enquête de l'Organisation mondiale de la Santé datée de 1987 le recours à la morphine était vingt fois plus important en Grande Bretagne qu'en France

- les douleurs aiguës brèves symptomatiques de la mise en place d'un système de défense face à un traumatisme ou une atteinte à l'intégrité de l'organisme
- les douleurs aiguës durables liées à des phases de cicatrisation ou de consolidation d'une blessure ou à des soins douloureux prolongés
- les douleurs chroniques à l'origine plurifactorielle particulièrement nocives et sans fonction d'alarme biologique d'une atteinte à l'intégrité de l'organisme (douleurs cancéreuses par exemple)
- les douleurs récurrentes à l'occasion d'accès, de crises aiguës ou prolongées (migraines par exemple)

Outre ces différents facteurs, plusieurs idées fausses largement répandues ont contribué à retarder l'essor de la lutte contre la douleur :

- Les douleurs de certaines maladies (cancer) seraient inévitables
- L'utilisation de la morphine entraînerait une toxicomanie et une accoutumance
- La douleur serait le seul signal d'alarme qui permet la mise en œuvre des traitements

La prise en charge de la douleur est aujourd'hui revendiquée comme étant une priorité de santé publique et fait l'objet d'un **débat médiatisé**.

Elle s'inscrit en effet pleinement dans le récent mouvement de questionnement des fondements de la médecine et des pratiques professionnelles qui en découlent et de redécouverte de la personne soignée considérée non plus seulement comme un objet de soins mais comme un sujet de soins.

Ce double mouvement de pression sociale et médiatique et de complexité du phénomène nous a semblé illustré le plus manifestement par une population spécifique : celle des **enfants** (enfants au sens médical du terme soit une tranche d'âge de 0 à 15 ans).

- D'abord, c'est concernant la douleur des enfants que les *a priori* sont les plus tenaces (ainsi, il était impossible de prescrire de la morphine aux enfants ou ceux-ci étaient censés moins souffrir du fait de l'immaturité supposée de leur système nerveux). Ainsi, la prise en charge de la douleur des enfants n'a longtemps eu qu'une place plus secondaire dans la lutte contre la douleur : seul 1% des douleurs seraient réellement combattues chez l'enfant alors que 80% des douleurs pourraient être évitées[2].

[2] Dr GAUVAIN-PICARD - Dr PICHARD-LEANDRI, *La douleur des enfants*, 1993

- Ensuite, l'évaluation de la douleur est particulièrement complexe s'agissant des enfants en raison de la difficulté d'obtenir à ces âges une représentation et une expression précises de la douleur.
- De plus, la prise en charge de la douleur chez les enfants fait intervenir un troisième acteur s'ajoutant à la relation thérapeutique : les parents (plus particulièrement concernant les questions de consentement et d'information sur le traitement de la douleur).
- Enfin, il semble que ce soit la douleur de l'enfant qui apparaisse aujourd'hui comme la plus socialement inacceptable.

Pour ces différentes raisons, la prise en charge de la douleur chez les enfants nous semble un champ d'étude particulièrement intéressant et susceptible de mettre en lumière des enjeux plus généraux de la lutte contre la douleur.

Ces considérations ont commandé la **méthodologie** suivie par le groupe :

- Elaboration de notre problématique de travail (choix de se centrer sur une population plutôt que de privilégier un élément de la prise en charge de la douleur).
- Recherche documentaire
- Recherche de personnes-ressources
- Elaboration de grilles d'entretien (cf. annexe 1) spécifiques aux personnes rencontrées :
  - Administrations sanitaires et sociales
  - Structures de soins, professionnels de santé, réseaux de soins
  - Associations de lutte contre la douleur
- Réalisation des entretiens (cf. liste des personnes-ressources en annexe 2)

Au total, 20 entretiens ont été réalisés et analysés thématiquement avec un effort d'analyse critique. Il nous est également apparu important de replacer ces entretiens dans leurs contextes institutionnels et culturels.

- Restitution et mise en forme

Des recherches et des entretiens effectués, il nous est apparu que si la lutte contre la douleur revendiquée comme priorité de santé publique a connu, en dépit de freins et de résistances, de notables avancées (I), une adaptation de la lutte contre la douleur aux types de populations et aux personnes qui souffrent semble nécessaire, cette évolution devant être accompagnée par certains changements du système de prise en charge (II).

I. La lutte contre la douleur est une priorité de santé publique, qui pour s'être difficilement imposée, rencontre encore, malgré d'indéniables avancées, un certain nombre de freins et de résistances.

Issue de la valorisation d'expériences de terrain et d'une volonté clairement affirmée des pouvoirs publics, la prise en charge de la douleur est devenue au cours des dernières années un des axes de réforme du système de soins et de conception de la médecine autour de l'écoute de la personne soignée. Pour autant, les pratiques de lutte contre la douleur souffrent encore de carences dans l'organisation des soins et d'insuffisances de conviction des acteurs.

A / Une priorité de santé publique à la gestation douloureuse

1) Du retard français au volontarisme politique : généalogie d'une évidence

De nombreux facteurs et acteurs ont joué un rôle dans le processus d'émergence de la lutte contre la douleur comme priorité de santé publique :

La lutte contre la douleur est, à l'origine, le cheval de bataille de *pionniers,* tels le Docteur PICHARD LEANDRI, le Docteur ANNEQUIN et le Docteur GAUVIN-PICARD. Prenant conscience de la nécessité de lutter contre la douleur, ils sont très vite confrontés à la nécessité de s'organiser sur le terrain. Leur action se traduit entre autre par l'ouverture de consultations spécialisées. Au début des années 1980, cinq consultations sont ouvertes : celle de l'hôpital Bichat (AP-HP), de l'Hôpital Saint Antoine (AP-HP), des Centres hospitaliers universitaires de Montpellier et de Strasbourg et de l'Institut Gustave Roussy. Mais l'action isolée de ces pionniers n'a pas suffit à amorcer le processus d'émergence de la lutte contre la douleur en France.

Parallèlement à l'action de ces pionniers, *les patients eux-mêmes ou leurs proches* commencent à exprimer leurs revendications quant à la prise en charge de leur douleur. Les associations de patients voient le jour et militent autour d'une prise en charge de qualité de la douleur, aidées parfois par des professionnels de santé de premier plan. Elles facilitent ainsi la vulgarisation de la lutte contre la douleur. Certaines sont spécialisées dans une pathologie particulière telles AIDES ou ACT'UP. D'autres restent plus généralistes et permettent donc d'engager une réflexion plus transversale sur la douleur. C'est le cas de l'association SPARADRAP, créée en 1993 afin de contribuer à l'amélioration de l'accueil des malades et des familles. Elle élabore des guides à l'usage des enfants et de leur famille sur le monde de l'hôpital et des brochures plus techniques traitant par exemple des crèmes anesthésiantes.

Dès lors, la lutte contre la douleur devient l'objet des débats médiatiques. *Les médias* sont, en effet, à l'initiative d'une information large quant aux moyens de lutte contre la douleur et permettent alors, selon le Docteur PICHARD LEANDRI «de dépassionner le débat». Le travail des médecins auprès des patients s'en trouve facilité.

De plus, *les avancées thérapeutiques* et les modifications de pratiques qui en ont découlé contribuent à l'émergence du processus de prise en charge de la douleur sur le terrain, même si l'acceptation et l'appropriation de ces nouvelles thérapeutiques se heurtent à des résistances de la part des soignants. Ceux-ci sont en effet contraints de modifier leur organisation de travail (collaboration entre équipe de jour et équipe de nuit et investissement plus long en temps) et de conduire une réflexion sur leurs pratiques quotidiennes.

Ces quatre facteurs d'émergence conduisent les pouvoirs publics à renforcer le développement de la lutte contre la douleur. Ce volontarisme politique s'exprime à partir des années 1980, lors de groupes de travail menés autour de l'aide aux mourants et des unités de traitement spécialisées dans la lutte contre la douleur.

La réflexion engagée au niveau des pouvoirs publics se concrétise ainsi au travers de la mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire permettant d'apporter un cadre légal à la prise en charge de la douleur en France.

2) Une concrétisation récente :

Si la circulaire du 26 août 1986 vient poser le principe et les moyens à mettre en œuvre pour l'accompagnement des malades en fin de vie et l'organisation des soins palliatifs, ce n'est qu'en 1994, que la volonté politique donne un véritable essor à la prise en charge de la douleur, avec le rapport NEUWIRTH et le rapport du Haut Comité de Santé Publique.

La lutte contre la douleur accède ainsi au rang de priorité de santé publique et de priorité gouvernementale.

- L'accession au rang de priorité de santé publique :

Dès 1994, plusieurs travaux mettent en exergue l'urgence et les enjeux attachés à la mise en place et au développement d'un dispositif de lutte contre la douleur. De ces travaux découle son rang de priorité de santé publique.

Un état des lieux est posé. En 1994, une enquête nationale sur l'activité, les structures et les équipes hospitalières fait ressortir que trop peu d'établissements sont dotés d'un centre ou d'une consultation anti-douleur. Le *rapport NEUWIRTH* du 12/12/1994 permet ensuite de définir à la fois les douleurs mal prises en charge, les principales carences de formation, d'information et l'inadaptation de la législation.

A l'appui de cet état des lieux, le *Haut Comité de Santé Publique* préconise la réduction de moitié du nombre de malades qui souffrent des suites de cancers et d'interventions chirurgicales.

Enfin, *le bilan du 21 novembre 1996* présenté devant l'Assemblée Nationale souligne des avancées du point de vue surtout de la déculpabilisation autour de l'utilisation de la morphine, tant du point de vue du milieu médical et soignant que des patients mais révèle surtout un certain nombre de points freinant la prise en charge de la douleur. Ces points concernent pour l'essentiel : le manque de moyens nouveaux, la faible efficacité des campagnes d'information, la nécessité d'inclure la prise en charge de la douleur dans le champ de la qualité de la prise en charge, le manque de formation initiale et le manque de coordination des équipes.

D'un rang de priorité de santé publique, la lutte contre la douleur devient enfin une priorité gouvernementale.

Une priorité gouvernementale :

Une réflexion s'engage au niveau gouvernemental autour de nouvelles mesures de prise en charge de la douleur, priorisées par le plan d'action triennal de lutte contre la douleur ou plan Kouchner de 1998.

Priorité est donnée à *la formation et l'information des professionnels de santé*. La formation à la prise en charge de la douleur est ainsi renforcée dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études médicales et des formations paramédicales. Des actions de sensibilisation sont ensuite introduites dans le cursus de formation des directeurs d'hôpital.

Ce plan place ensuite *la prise en compte de la demande des patients et l'information donnée au public* au centre de la prise en charge de la douleur.

Cette prise en compte de la demande des patients est en effet définie comme un facteur de prise en charge de qualité de la douleur autour essentiellement :

- de la remise du "carnet douleur" au patient
- de la diffusion massive des échelles de mesure de la douleur à laquelle doit s'adjoindre une nécessaire systématisation de leur utilisation
- de l'évaluation de la satisfaction du patient quant à la prise en charge de sa douleur par l'intermédiaire du questionnaire de sortie sur ses conditions d'accueil et de séjour
- de l'élaboration d'un répertoire des consultations, unités et centres de lutte contre la douleur.

L'information du public affirmée comme une autre priorité vient ensuite s'organiser autour d'une grande campagne d'information menée auprès de la presse spécialisée, sur les actions menées par le ministère et les associations et également en direction du grand public.

Quant aux établissements de santé, dès 1990 une structuration progressive de l'offre a pu s'organiser autour de la prise en charge de la douleur.

La réforme hospitalière du 31/07/1991 intègre l'organisation de soins palliatifs à la mission légale des établissements de santé assurant le service public hospitalier. Le développement de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé s'est organisé ensuite avec la loi du 04/02/1995 mettant par exemple en place les comités de lutte contre la douleur (CLUD). L'ordonnance du 24/ 04/ 1996 a ensuite obligé les établissements à intégrer la prise en charge de la douleur dans leur projet d'établissement. Par ailleurs, en 1998, la qualité de la prise en charge de la douleur, constituant une des clauses relatives à la qualité dans les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements de santé et les agences régionales d'hospitalisation, est désormais prise en compte dans la procédure d'accréditation de ces établissements. Enfin, du point de vue de l'organisation des soins, les protocoles de prise en charge ont vu leur cadre de mise en œuvre posé par la circulaire DGS/DH/DAS du 11 février 1999.

Les avancées du dispositif légal ont ainsi conduit à des changements de pratiques sur le terrain et ont contribué à mieux prendre en compte et mieux prendre en charge la douleur du patient. Pourtant des freins persistent.

B / Une mise en œuvre difficile : les avancées et les freins :

1) Les avancées :

L'ensemble des dispositifs de lutte contre la douleur a entraîné la mise en place de structures et d'outils.

⫽ Les structures :

- Les Comités de lutte contre la douleur (CLUD)

Formalisés par la Loi du 04/02/1995, les CLUD assurent le pilotage des actions de lutte contre la douleur sous la responsabilité d'un médecin référent.

Cette structure implique un travail multidisciplinaire en relation avec la Direction de l'établissement, les médecins, les services cliniques, la pharmacie, les services techniques et administratifs.

Ses missions sont les suivantes :

- Proposer les orientations les plus adaptées à la structure locale pour améliorer la prise en charge de la douleur.
- Coordonner au niveau de l'ensemble des services de l'établissement toutes les actions visant à mieux organiser la prise en charge.
- Assurer une aide au développement de la formation continue.
- Susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité pour l'évaluation du traitement de la douleur.

- Au sein des services

Le rôle moteur a été tenu par le personnel directement au contact des patients, plus particulièrement les infirmières et les aides-soignantes, vecteur principal de la transmission des attentes des malades douloureux vers les prescripteurs.

Ce personnel s'est impliqué dans la formation continue devançant même parfois la création de structures spécifiques à la prise en charge de la douleur. Il a également été porteur de propositions entraînant des modifications de la réglementation (la réforme des soins infirmiers leur a permis de pratiquer certains actes qui jusque-là étaient réservés aux médecins).

Les infirmières ont aussi participé à la mise en place de structures de soutien psychologique à destination des patients et de leurs familles.

On peut noter que la pédiatrie et l'anesthésie-réanimation sont les services «ressources» en matière de lutte contre la douleur.

- Les unités mobiles

Elles ont un rôle de "consultant" en douleur avec la rédaction des différents protocoles et de plaquettes destinées à l'information au public, la formation des équipes de soignants voire de permanence téléphonique pour les médecins de ville. Elles constituent le dernier recours en cas de problèmes douloureux dans les services.

- Les Consultations externes

La possibilité de consultations externes au sein de l'établissement marque une volonté d'ouverture sur l'extérieur et peut s'inscrire dans une perspective de réseaux.

- Les associations

Constituées d'anciens malades ou de leurs proches, les associations ont joué un rôle non négligeable dans la prise en charge sociale de la douleur apportant un soutien, des informations aux personnes concernées.

⫽ Les outils :

La douleur est une notion globale mais elle n'est pas unique.

On distingue la douleur aiguë (signal d'appel) et la douleur chronique (douleur-maladie). La douleur aiguë aide en général au diagnostic d'une pathologie. Néanmoins, le traitement de cette dernière ne dispense pas de la prise en charge spécifique de la douleur.

La douleur chronique est celle qui évolue depuis 3 à 6 mois. Si elle résiste aux antalgiques usuels, elle aura des répercussions sur la vie quotidienne du patient et deviendra invalidante. Elle peut être permanente ou intermittente.

Les modalités de mesure, les traitements et l'évaluation de ceux-ci varient suivant le type de douleur.

- L'évaluation de la douleur :

Outre la difficulté d'objectivation d'un phénomène par essence subjectif, disposer d'une

méthode standardisée d'évaluation de l'intensité douloureuse présente plusieurs avantages :

- Identifier les malades ayant une douleur, car l'absence de manifestation ne signifie pas absence de douleur
- Faciliter les prises de décisions
- Contrôler l'efficacité des traitements
- Améliorer la communication entre le malade, les soignants et le corps médical

Il en découle une profusion d'outils d'évaluation y compris pour certaines catégories de patients comme les enfants, les personnes âgées ou les handicapés.

Nous aborderons ici les plus usuels.

- Chez l'adulte

Trois méthodes ont été validées :

- l'échelle visuelle analogique (EVA)
- l'échelle verbale simple (EVS)
- l'échelle numérique (EN)

L'échelle EVA est souvent préférée pour sa plus grande sensibilité et peut être considérée comme un "thermomètre" de la douleur. L'EVS repose sur une description verbale, donc facile à comprendre, alors que l'EN se prête à des réponses orales également faciles à comprendre.

- Chez l'enfant

Diverses méthodes comportementales permettent l'évaluation de la douleur (notamment en dessous de l'âge de 5 ans) mais seule la grille DEGR (Douleur Enfant Gustave Roussy) fait référence car cette dernière est validée en oncologie pédiatrique. Elle repose sur 4 heures d'observation de l'enfant et comporte 10 items regroupés en 3 parties :

- les signes directs de la douleur (5 items)
- l'expression volontaire de la douleur (2 items)
- l'atonie psychomotrice (3 items)

L'auto-évaluation de la douleur par le malade ne demeure qu'une aide à la décision et doit rester couplée à une consultation clinique. La mise en place du traitement d'une douleur

chronique prend en compte des facteurs comme les niveaux de détresse ou d'incapacité et le mécanisme de cette douleur.

- Le développement d'un arsenal thérapeutique

Outre l'effet placebo très utile en thérapie, la prise en charge de la douleur a révolutionné les pratiques médicales. Citons notamment :

- l'augmentation de la durée de prescription des antalgiques considérés comme stupéfiants
- la délivrance de dérivés morphiniques aux nourrissons de moins de 30 mois
- la disparition du carnet à souche
- les nouvelles indications pour les anti-dépresseurs

L'arsenal thérapeutique varie en fonction d'une différenciation de 2 catégories de douleur : la douleur aiguë et la douleur chronique.

- Pour la douleur aiguë

Afin de permettre une meilleure prise en charge de la douleur aiguë, l'OMS a défini 3 paliers d'antalgiques (*cf. annexe 7*) et des recommandations pour changer de palier en cas de douleur rebelle.

- Palier I : Antalgiques non morphiniques :
  - ✓ Paracétamol : *Doliprane®° Efféralgan®°*

- Palier II :Opioides mineurs :
  - ✓ Codéine : *Dafalgan-codéiné®, Codenfan®°*
  - ✓ Tramadol : *Topalgic®*

- Palier III :Opioides majeurs :
  - ✓ Morphine :sulfate et chlorhydrate
  - ✓ Fentanyl : *Durogesic®*
  - ✓ Pethidine : *Dolosal®*
  - ✓ Méthadone
  - ✓ Dextromoramide : *Palfium®*

Leurs effets secondaires sont la dépression respiratoire, la somnolence, la constipation, les nausées, les vomissements qui peuvent être maîtrisés grâce à une adaptation des posologies après évaluation.

Les autres antalgiques de la douleur aiguë sont les AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens) d'indications multiples : rhumatisme inflammatoire, poussées d'arthrose, douleur rachidienne, colique néphrétique, douleur post-opératoire.

Une évaluation quotidienne des traitements via les échelles permet une adaptation des doses efficaces et la maîtrise des effets secondaires. Elle se fait dans le cadre de protocoles prédéfinis mis en place avec l'aide des pharmaciens.

- Pour la douleur chronique

Outre les antalgiques des paliers I et II, relevons :

- les AINS à libération prolongée
- les anti-dépresseurs pour leur action sur la composante dépressive de la douleur
- les glucocorticoïdes (anti-inflammatoires)
- les anticonvulsivants (douleurs neuropathiques)

Une évaluation régulière des traitements permet de maîtriser les effets secondaires multiples de ces médicaments.

2) Les freins

Malgré le plan triennal de lutte contre la douleur (1998-2000), l'avis du Haut Comité de Santé Publique, les Conférences Nationales et Régionales de Santé classant, pour certaines, la prise en charge de la douleur comme priorité de santé publique, le phénomène rencontre encore des résistances pour de multiples raisons.

⫽ Des institutions à convaincre

Les freins se situent à différents niveaux :

- les Agences Régionales de l'Hospitalisation : on peut observer le manque de cohésion sur le territoire quant à une dynamique de la prise en charge de la douleur. Si les ARH sont chargées de l'allocation des ressources (enveloppes actions de santé), la prise en charge de

la douleur n'est pas forcément retenue comme une priorité de Santé Publique au niveau local via les Conférences Régionales de Santé.

- certaines directions d'établissements hospitaliers perçoivent parfois la prise en charge de la douleur comme une vitrine, d'où son absence dans certains projets d'établissements. D'autres budgétisent celle-ci sans l'inscrire dans le contrat d'objectifs et de moyens qui finalise pour la suite l'allocation de ressources avec la tutelle (ARH et services déconcentrés de l'Etat).
- certains médecins enfin la voient comme une remise en cause importante de leurs connaissances et pratiques professionnelles (par exemple la non prise en compte de la douleur chez une catégorie de patients considérés jusque-là comme non douloureux).

Ainsi, alors que tous les établissements disposent d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), certaines n'ont pas de CLUD ou de structure de pilotage de la prise en charge de la douleur.

Le manque de moyens humains et financiers

La lutte contre la douleur est chronophage (par exemple, il faut 4 heures d'observation pour évaluer la douleur de l'enfant) et nécessite des moyens humains supplémentaires (exemple des unités mobiles). Le manque de moyens est souligné par les soignants de même que la faiblesse de la formation initiale des médecins (le module douleur n'étant pas une priorité lors des études médicales), ou la rareté des formations continues pour le personnel paramédical.

Il expliquerait également la lenteur de la constitution des réseaux de prise en charge de la douleur qui auraient fait du médecin généraliste le pivot du dispositif, du fait de sa plus grande proximité des patients. Un sentiment d'échec est aussi ressenti par les associations de malades ou de parents de malades douloureux quant au caractère plus ou moins durable de certains réseaux quand ils existent.

Quelques établissements ont résolu le problème du manque de moyens humains et financiers par une réorganisation des services et des pratiques professionnelles (mise en place d'un cadre infirmier et d'un médecin référents par unité de soins).

Des mentalités à changer

La représentation sociale de la morphine, associée dans l'imaginaire de la population et également de certains médecins à la toxicomanie ou à la fin de la vie, en est le meilleur exemple.

Ensuite, le remplacement des carnets à souche par les ordonnances sécurisées, sensées faciliter la prescription des antalgiques de palier III, n'a pas donné les effets escomptés montrant un certain blocage des médecins à l'égard des produits considérés comme des stupéfiants.

De plus, les services de lutte contre la douleur sont habitués à fonctionner par initiative individuelle, ce qui nuit à la cohérence et à la synchronisation des équipes. Le relais entre elles n'existe que trop rarement.

On peut noter, en outre, que la collaboration de la médecine ambulatoire avec les unités de lutte contre la douleur se heurte encore à la réalité de l'exercice libéral de la profession (exemple du travail nécessaire de coordination et de coopération en cette matière).

Signalons enfin la lenteur du développement des traitements non médicamenteux de la douleur tels que la sophrologie, l'hypnose, et les manipulations qui demeurent des alternatives encore confidentielles.

En dépit de sa nécessité, la lutte contre la douleur ne va donc pas de soi et ce d'autant plus qu'elle ne saurait se limiter à une démarche générale ignorant la spécificité des populations prises en charge et des individus qui les composent. En ce sens, les enfants, occupent une place particulière dans le système de soins, à la fois objets de soins, étrangers à la décision thérapeutique et sujets de toutes les attentions, ils constituent un exemple pertinent d'adaptation des structures et des pratiques au traitement de la douleur.

II. Spécifique et novatrice, la démarche de prise en charge de la douleur en pédiatrie met en lumière des évolutions possibles vers une refondation du système de santé autour de la personne soignée.

La prise en charge de la douleur chez l'enfant est innovante mais aussi révélatrice des insuffisances de la politique globale de lutte contre la douleur.

A / Les spécificités de la prise en charge d'un enfant malade.

1) L'enfant, un malade pas comme les autres.

La prise en charge de la douleur est une démarche qui ne peut se concevoir que vis à vis de l'individu. Un enfant est un individu à part dans notre société et dans le monde de la médecine : il appartient à une population qui subit les préjugés et le pouvoir de décision des adultes. Il faut aussi compter sur le "pouvoir émotionnel" de l'enfant.

⫽ Pendant longtemps, des préjugés propres à la douleur de l'enfant ont subsisté.

Les professionnels estimaient en effet que la douleur chez le nouveau né ou le prématuré était moins fréquente et moins importante que chez l'adulte du fait de l'immaturité de son système nerveux, cela pouvait aller jusqu'à la pratique d'interventions chirurgicales sans anesthésie. Mais surtout, la non-communication de cette douleur par les très jeunes enfants (jusqu'à 3-4 ans) permettait d'éviter de poser le problème.

Si on admet désormais l'existence de la souffrance de l'enfant, son traitement a dû surmonter plusieurs difficultés : l'utilisation de produits antalgiques puissants était supposée comporter des risques tels qu'il fallait mieux "dans l'intérêt de l'enfant" s'abstenir de les prescrire. La peur de la dépendance est d'ailleurs toujours réelle chez les parents[3], il faut encore dédramatiser chaque fois l'usage de la morphine[4]. Quant à l'utilisation par l'enfant des pompes auto-contrôlées, il est facile dans ce contexte d'imaginer les réticences des soignants et des parents (indépendamment du débat sur leur efficacité) qui estiment que l'enfant n'est pas capable de s'en servir.

⫽ Les difficultés de prise en charge liées aux aspects culturels de la douleur et aux pratiques médicales.

En milieu hospitalier, les pathologies sont souvent appréhendées selon la gravité de l'intervention chirurgicale : il existe une "hiérarchie honorifique des soins" qui n'est pas sans conséquence sur le traitement de la douleur. Plus l'intervention est difficile, plus la douleur est légitime. Il faut encore convaincre qu'une simple opération des amygdales ou des végétations est douloureuse. On s'aperçoit également que ce qui fait le plus peur aux enfants dans les soins est le geste le plus simple et le plus fréquent qui existe dans les hôpitaux : la piqûre.

Enfin, le poids de la culture est fondamental dans l'éducation des enfants à qui on apprend qu'il faut supporter la douleur; Il faut aussi combattre chez certains soignants la représentation d'une douleur rédemptrice.

⫽ Les aspects émotionnels propres à la prise en charge des enfants.

Heureusement, être un enfant présente des avantages liés au "pouvoir émotionnel" qu'il détient. Sa souffrance est à l'origine de beaucoup d'initiatives ponctuelles de la part des parents

[3] cf.: enquête du laboratoire Théraplix en 1998: 60% des parents n'accepteraient pas un traitement à la morphine.
[4] Ressort de l'ensemble des entretiens auprès des médecins.

et des soignants pour lutter contre cette douleur. Même si la dimension émotionnelle de la prise en charge de la douleur de l'enfant est difficile à gérer pour le personnel soignant du fait de l'hypersensibilité de l'enfant ou des drames familiaux que cela engendre, l'idée qu' "on ne peut rien refuser à un enfant qui souffre" est répandue dans les services. En effet, pour soulager la douleur d'un enfant, on a pu voir des pharmaciens hospitaliers délivrer plus facilement de la morphine.

De plus, les médecins doivent tenir compte de la détresse et de la sensibilité accrue des enfants face aux actes invasifs.

L'attention plus importante que l'on peut porter à l'égard d'un enfant plutôt qu'à un adulte permet de poser le problème de la qualité et de l'égalité des prises en charge dans les hôpitaux. Une des priorités actuelles de santé publique est de replacer le patient au centre de la prise en charge, cela implique de lui donner la parole et de garantir l'égalité des soins. La lutte contre la douleur de l'enfant est une illustration des difficultés rencontrées dans la pratique.

2) L'évaluation de la douleur

Le mot évaluation a en santé publique un sens convenu de mesure *a posteriori* des effets produits par une intervention quelconque, avec la perspective d'en tirer des leçons. Dans le contexte de la lutte contre la douleur, l'évaluation se rapproche de l'estimation : une mesure considérée comme imprécise, en l'absence de marqueurs objectifs, biologiques ou autres.

Cette rareté d'indicateurs qui permettraient des études et des comparaisons, est une cause de l'absence d'études sur la douleur et du manque d'intérêt de la part du monde médical.

L'enfant qui souffre ajoute à cet aspect "non-scientifique" de sa douleur le handicap d'une parole d'enfant dans une culture qui jusqu'à très récemment a rejeté globalement son témoignage. Ceci n'étant valable bien entendu que pour l'enfant étant capable de communiquer verbalement. L'enfant nouveau-né ou qui ne parle pas (handicap, âge, langage) est encore plus défavorisé, et sa douleur est plus facilement niée.

Les paramètres biologiques (cortisol et catécholamines), physiologiques (fréquences cardiaque et respiratoire, saturation d'oxygène, pression artérielle, tonus vagal, sudation palmaire, flux sanguin cutané) semblent moins utilisés dans les services hospitaliers visités ainsi que dans la littérature scientifique anglophone.

La recherche s'est donc orientée vers la production d'instruments de mesure de la douleur chez l'enfant, selon deux axes : les instruments d'auto-évaluation chez l'enfant en âge de comprendre la consigne, et les instruments basés sur l'observation du comportement pour les enfants incapables de communiquer verbalement.

Instruments d'auto-évaluation

D'abord développés pour évaluer la douleur de l'adulte, ces outils ont été adaptés par diverses équipes de pédiatres à l'approche de la douleur chez l'enfant. En l'absence de mesure objective, donc de référence en matière de douleur, on essaie de faire établir par chaque personne souffrante sa propre référence. Le principe est donc de faire se représenter de manière concrète sa propre douleur par la personne souffrante et de la projeter sur une surface plane, le long d'une ligne le plus souvent, par analogie à la mesure des distances. Si le point de départ est *a priori* le même pour tous, l'absence de douleur, le maximum imaginable est évidemment lié à l'histoire de chacun. Il représentera l'autre extrémité de l'échelle de la douleur et permettra d'attribuer à la douleur actuelle une taille relative. Il reste ensuite à diviser cette ligne en parties égales pour attribuer un " poids " à la douleur en question. Les attitudes thérapeutiques en découleront.

Ces échelles sont appelées analogiques car reposant sur l'analogie entre une taille de douleur et une taille physique, comme une hauteur.

On a essayé chez les plus petits enfants de combiner cette échelle relativement abstraite à d'autres abstractions telles que l'usage de codes de couleur ou de silhouettes humaines. Cinq visages d'enfants avec des expressions différentes, du sourire aux pleurs, figurent sur une échelle analogique dont l'emploi est moins évident qu'il n'y parait, étant lié à la culture de l'enfant et à l'ambivalence des expressions figurées, surtout aux yeux des plus petits. Comme toutes les échelles, elle nécessite une bonne explication préalable. La présentation de l'échelle de manière verticale ou horizontale peut influer sur le résultat selon l'âge, les moins de 5 ans n'étant pas encore bien latéralisés, et donc inaptes à utiliser les échelles horizontales.

Ces échelles sont utilisées à partir d'un âge qui varie de 3 ans et demi à 6 ou 7 ans, selon les interlocuteurs rencontrés, mais en général, à partir de 5 ans.

Les échelles verbales pures ne sont pas validées.

Évaluation par observation

Pour les enfants non communicants car trop petits ou atteints de pathologies spécifiques, on recourt à l'observation du comportement.

Il existe plusieurs grilles d'observation, la plus ancienne étant la grille développée par l'Institut Gustave Roussy (DEGR, Douleur Enfant Gustave Roussy), utilisable de 2 à 8 ans. Plus récemment une équipe de l'hôpital de Poissy a validé scientifiquement une échelle pour les nouveau-nés, à terme ou prématurés, appelée DAN (Douleur Aiguë du Nouveau-né). Ces échelles généralement cotées sur 10 observent de trois à dix attitudes ou réactions de l'enfant.

L'échelle DEGR, la plus complexe, qui nécessite une observation de 4 heures, avec 10 items cotés de 1 à 4, donc une échelle de 0 à 40, est évidemment adaptée aux douleurs chroniques ou qui dépassent le stade de la douleur aiguë simple. L'échelle DAN, à la fois sensible et spécifique, permet selon ses auteurs de reconnaître la présence d'une douleur chez le nouveau-né mais pas d'évaluer son intensité, même s'ils sont tentés de comparer l'intensité de la douleur avec celle des mouvements ou des expressions.

De nouvelles échelles sont en préparation, comme le score EDIN (évaluation de la douleur et de l'inconfort chez le nouveau-né, score pour la douleur prolongée du prématuré).

Chacune de ces échelles nécessite bien sûr un apprentissage de la part de l'équipe soignante pour minimiser la variation entre évaluateurs.

Cet apprentissage au dire de certains peut atteindre plusieurs années.

Il existe des divergences sur l'utilisation préférentielle d'une méthode ou l'autre dans les douleurs aiguës ou chroniques.

L'existence de ces échelles, indispensable à l'utilisation efficace de traitements antalgiques ne doit pas cacher qu'il persiste des réticences à leur usage, qu'elles restent globalement peu utilisées, et qu'un même hôpital en utilise souvent plusieurs différentes.

3) Traitement de la douleur

Le Code de Déontologie médicale impose le traitement de la douleur en toutes circonstances, donc sans distinction d'âge.

Chez l'enfant, il faut distinguer les douleurs dues à une maladie, les douleurs symptômes, des douleurs provoquées par les soins divers, piqûres, examens, etc., car les traitements seront différents.

Il existe une série de traitements médicamenteux classiques, classés par l'OMS en 3 paliers (voir le détail plus haut) : les anti-dépresseurs, parfois utilisés chez l'adulte en association avec un ou plusieurs des médicaments précédents, ne le sont pas chez l'enfant. À ces traitements se sont ajoutés plus récemment des traitements destinés à contrer les douleurs de courte durée provoquées par les soins : MEOPA, mélange gazeux anesthésiant, ou la crème EMLA qui anesthésie la peau et est utilisable dès la naissance. Il convient d'ajouter que certaines pratiques s'assimilent à de la prévention, quand un antalgique puissant est donné avant le réveil, en salle d'opération même, par exemple. De même quand on explique à l'enfant ce qu'on va lui faire, on diminue la douleur en diminuant le stress.

Une avancée importante a été la reconnaissance que les opiacés pouvaient être utilisés, avec certaines précautions, chez l'enfant, ce qui est hérésie pour beaucoup de soignants. Ils sont désormais au cœur du dispositif pour les douleurs intenses.

Il convient cependant de ne pas banaliser l'emploi des opiacés car il reste beaucoup d'inconnues sur les éventuelles conséquences à long terme de l'administration de sédatifs et/ou de morphiniques chez le nouveau-né prématuré.

Il existe de nombreuses autres méthodes, non pharmacologiques, plus ou moins validées scientifiquement, qui essayent d'agir sur la perception de la douleur plus que sur son origine. Elles incluent l'hypnose, l'acupuncture, la relaxation, le massage, la musique, etc. Ces méthodes semblent peu employées dans les services hospitaliers où des entretiens ont été réalisées.

Les traitements sont choisis en fonction des types de douleurs, aiguës ou chroniques, et selon leurs intensités, mesurées par une échelle ou non. De nombreux services hospitaliers qui n'évaluent pas la douleur autrement qu'à vue de nez la traitent heureusement cependant.

4) L'adaptation de l'information et du consentement.

⫽ Le poids de la vérité

Le premier réflexe des médecins et des soignants est de ne pas inquiéter les parents, surtout lorsqu'il s'agit de la santé d'un enfant. En effet, la confrontation est souvent très difficile. Il est important de trouver les mots adaptés pour expliquer la maladie ou la souffrance de leur enfant. De même, il faut que le discours des soignants et des médecins s'adapte à l'âge de l'enfant. Les explications sont délicates du fait de la subjectivité de la douleur et de ses multiples manifestations. Elle nécessite aussi que tous les professionnels concernés par la prise en charge de la douleur de l'enfant aient une pratique d'équipe cohérente pour ensuite garantir un discours identique auprès des enfants et de leurs parents.

Le soutien psychologique est très important pour la famille du malade mais aussi pour les équipes de soignants. Certains centres hospitaliers ont mis en place des groupes de parole, mais les moyens sont souvent insuffisants : il est nécessaire de compter dans son équipe des psychologues ou des psychiatres. Pour les parents, il est possible dans le meilleur des cas d'être soutenus ou écoutés au sein d'un groupe de parole pendant la maladie ou pendant le deuil[5]. Il n'existe pas de structures de ce type lorsqu'il s'agit d'hospitalisation d'adultes.

[5] Exemple de l'institut Gustave Roussy à Villejuif.

La médiation des parents

Pendant longtemps, on éloignait les parents pour ne pas être gêné lors d'un acte médical ou d'une intervention, mais on se pressait de les appeler lorsque l'enfant pleurait après une opération ou lorsqu'on n'avait pas le temps de s'en occuper.

Cependant, les parents doivent être un atout dans le traitement de la douleur des enfants. Ils jouent un rôle incontournable du fait de l'obligation légale de leur autorisation pour opérer et de leur consentement aux soins, mais aussi parce qu'ils peuvent largement contribuer à soulager la douleur de l'enfant. Celui ci a peur de se retrouver seul, leur présence est indispensable pour rassurer l'enfant et pour lui expliquer ce qui va se passer à l'hôpital. Ils sont aussi une aide dans la détection de la douleur même si par exemple, ils ne peuvent pas déceler l'atonie psychomotrice.

Mais les parents peuvent aussi être une source de contraintes : certains d'entre eux s'opposent encore au traitement de la douleur de leur enfant par peur de la morphine mais aussi parce qu'ils estiment que la douleur est nécessaire. Cependant, lorsque les traitements sont bien expliqués, il est rare que les parents les refusent. Dans tous les cas, les parents sous-évaluent la douleur de leur enfant. On peut aussi trouver des différences en fonction de la classe sociale. Dans tous les cas, il y a de la culpabilité chez les parents d'enfants douloureux et cela rend le travail avec eux difficile et contraignant.

Parce que leur présence est indispensable auprès de l'enfant malade, tout doit être mis en œuvre pour les accompagner d'un point de vue psychologique mais aussi matériel (aides financières voire possibilités de congés payés[6] lors de l'hospitalisation de l'enfant).

Les parents sont donc des acteurs importants dans le traitement de la douleur et, à ce titre, ils doivent être informés et associés aux décisions thérapeutiques. La publication de guides et de brochures éducatives est un support de cette information mais l'accompagnement et les explications des médecins et des soignants restent indispensables à toutes les étapes de la prise en charge. Ce travail d'information et d'écoute peut être accentué par l'obligation de distribution du livret douleur[7] spécifique aux enfants : cela incite les parents à poser des questions, à s'intéresser davantage au travail des médecins…

[6] Comme le revendique l'association Capucine.
[7] Obligation prévue par le plan Kouchner.

B / Des enseignements transposables pour la prise en charge de la douleur des adultes.

1) une intervention encore trop focalisée sur le clinique

⫽ la "mystique" du traitement

Outre les réticences culturelles et sociologiques, déjà citées, il est nécessaire de "démystifier" la morphine afin que son utilisation devienne quotidienne et peut-être plus spontanée.

En parallèle, il existe d'autres traitements comme la relaxation, la sophrologie, la kinésithérapie qui peuvent être un complément thérapeutique non négligeable, donc à développer.

Cependant, la sur-prise en charge de la douleur pourrait conduire, selon certaines des personnes interrogées, à une distanciation du personnel soignant vis-à-vis de l'enfant souffrant et annihiler ainsi la relation privilégiée qui existe entre l'enfant et le soignant. En sachant l'enfant traité médicalement, ce dernier serait moins à l'écoute de ses attentes. Il s'agit moins d'un argument contre la prise en charge de la douleur que d'un risque de dérive à envisager.

⫽ Un effort chez l'enfant révélateur des insuffisances chez l'adulte

Du fait de la spécificité de la prise en charge de la douleur chez l'enfant, les techniques d'évaluation de la douleur se sont adaptées.

De plus, tout l'environnement de l'enfant est considéré :

- la souffrance psychologique par le biais de groupes de paroles individuels ou collectifs pour les enfants et par l'intervention de pédopsychiatres
- l'environnement familial avec la formation de groupes de paroles réservés aux parents et avec le soutien des associations
- l'école qui est présente à l'hôpital
- la prise en charge de la qualité de vie et la mise en place d'animations et d'activités ludiques.

En résumé, de par l'hypersensibilité de l'enfant, le champ d'intervention des soignants et autres intervenants est plus ou moins complet, ce qui n'est pas le cas chez l'adulte.

"*L'avantage, c'est que l'on vient au lit de l'enfant malade et souffrant, contrairement à ce qui se passe pour l'adulte qui lui doit se déplacer*[8]."

Il serait intéressant de transposer ce dispositif de prise en charge de la douleur de l'enfant à l'adulte et tout particulièrement à la personne âgée.

2) l'usage ambigu des protocoles et des outils

L'utilisation des protocoles de soins est nécessaire mais est-ce suffisant ? Ne sont-ils pas à utiliser avec modération ? Pour quel usage et avec quel risque de dérive ? Tels sont les questionnements qui se posent à l'écoute de certains des professionnels de santé rencontrés lors des entretiens.

La "protocolisation" des techniques d'évaluation est un facteur de pérennisation du système. Cependant, il existe un risque de dérive qui consisterait en une prise en charge de la douleur de façon mécanique, plus collective et systématique qu'individuelle et personnalisée, entraînant une diminution de l'écoute et de l'observation des patients (exemple de mécanisation du traitement : administrer systématiquement à un malade, X ml de morphine pour un niveau de douleur évalué à 3 !).

Il s'agit pour le soignant de choisir parmi les moyens mis à sa disposition, ceux qui sont le plus adaptés à la population ciblée; sans oublier que le patient reste l'"*expert*" dans l'évaluation de sa douleur.

Ainsi faut-il savoir "sortir" des protocoles pour individualiser les soins et la prise en charge des souffrants et penser à évaluer leur efficacité.

Par contre, tous reconnaissent l'intérêt de ces outils pour uniformiser les pratiques au sein d'un même établissement, rendant ainsi plus facile leur appropriation par les personnels.

L'objectif d'une politique de lutte contre la douleur est d'évaluer celle-ci comme le sont le pouls, la tension ou la température.

3) une action à inscrire dans les services

Afin de pérenniser les actions mises en œuvre dans la lutte contre la douleur, il semble utile de commencer par combattre le déni de la douleur de l'enfant. Il est donc nécessaire que l'ensemble des personnels soit formé et impliqué dans cette lutte, responsabilisant ainsi tous les acteurs de soins.

Pour ce faire, la prise en charge de la douleur doit être insérée dans le projet d'établissement qui affirmera haut et fort sa volonté d'en faire une priorité institutionnelle.

[8] Dr PICHARD-LEANDRI, chef de service du centre de la douleur, Institut Gustave ROUSSY, Villejuif.

Mais, la lutte contre la douleur se situe dans une problématique de changement. Outre le changement de culture, il est souhaitable qu'au sein de l'établissement, puis dans chaque service, **une réflexion pluridisciplinaire** soit menée sur des modifications de fonctionnement et d'organisation, propices à la prise en charge la douleur dont on sait qu'elle est chronophage. En effet, les bonnes pratiques mettent du temps à se mettre en place et ne sont jamais acquises car elles sont particulièrement labiles, aussi doivent-elles toujours être actualisées. Elles sont, de plus, souvent liées à la volonté d'un individu (médecin ou cadre infirmier), ce qui est dommageable. Afin de remédier à cet état de fait, la mise en place d'une organisation structurée et l'utilisation d'outils s'avèrent indispensables.

Aussi, d'une part, la constitution d'une **équipe mobile**, dont le rôle porte sur l'information, la formation, la recherche, le conseil et le soutien des équipes de soins, semble être une solution à modéliser.

D'autre part, au sein de chaque unité des soins, la mise en place de **référents douleur** est un élément de pérennisation du système.

De plus, la mobilisation des équipes est un travail de longue haleine dévolu au Cadre Infirmier qui doit par un engagement fort avoir un rôle central pour imprimer cette culture au niveau du service et créer une dynamique de changement.

Le rôle des infirmiers est reconnu comme primordial, car ils constituent le pivot de toute politique analgésique efficace. En effet, ce sont eux qui détiennent les informations et permettent l'efficacité et la faisabilité des actions à mettre en œuvre.

Actuellement, les aspects positifs cités sont la mise en place d'**outils** comme les transmissions ciblées, les plans de soins guides, les protocoles validés par les instances (Commission Médicale d'Etablissement, Commission du Service de Soins Infirmiers) permettant des transmissions plus précises, donc facilitant l'expression de la douleur, en particulier chez l'enfant qui ne peut lui-même l'exprimer. Mais il reste encore des efforts à faire et être vigilant à la qualité des transmissions des infirmières quand elles décrivent la douleur des enfants. Cela implique d'utiliser un vocabulaire rigoureux et des outils comme les diagnostics infirmiers, ce qui suppose un travail de **collaboration entre équipes** de jour et de nuit, ainsi qu'avec les autres unités. Tout ceci devrait majorer la professionnalisation, l'expertise dans la prise en charge de la douleur de l'enfant et permettre de vaincre des résistances quant à l'utilisation de produits qui demande une anticipation et une planification des soins.

4) Des traitements encore lacunaires

Une ouverture récente du champ thérapeutique existe puisque, depuis 1997, il est possible de prescrire des traitements médicamenteux de palier 2 à partir de 1 à 6 mois. Mais, tous les médicaments disponibles pour les adultes ne le sont pas pour les enfants, ce qui est à

déplorer. De plus, les algologues rencontrés pensent souhaitable d'accroître l'utilisation de la morphine et des pompes d'analgésie auto-contrôlée délivrant la morphine chez les enfants.

Selon certains intervenants, les **ordonnances sécurisées** n'ont rien apporté. En effet, le législateur n'est pas intervenu sur les questions de fond que sont les durées de prescription. Il s'est contenté de modifier la forme "papier". Pour lutter contre ces problèmes, il serait souhaitable de reprendre le plan Kouchner et d'uniformiser la durée de prescription à 28 jours. Une demande est faite pour que les pouvoirs publics ne restent pas inactifs.

Le problème des **Autorisations de Mise sur le Marché** (AMM) et de la recherche persiste.

En effet, il reste encore des blocages dans les autorisations de mise sur le marché de certains médicaments de lutte contre la douleur chez l'enfant. Ainsi, certains médicaments qui leur sont adaptés, ne sont pas disponibles. Par exemple, pour la codéine, il y a eu un processus dérogatoire permettant d'éviter les délais d'AMM (5 ans environ).
Mais, c'est grâce à des comparaisons internationales (les autres pays ayant déjà mis sur le marché certains médicaments) qu'il y a actuellement une évolution dans le bon sens.

De plus, il existe encore des carences dans la recherche épidémiologique. Actuellement, il y a une tentative de la part de l'Association "Cent pour sang la vie" de développer la recherche épidémiologique et de fédérer les associations. De telles actions sont, semble-t-il à encourager.

5) Un réseau à inventer : une structure de niveau I, II, III ?

Le réseau est la structure indispensable dans la prise en charge globale de la douleur afin d'harmoniser la prise en charge intra et extra hospitalière et afin d'assurer le mieux possible le suivi du patient. Le réseau doit être le pivot de la prise en charge de la douleur.

Le poids des relations personnelles : le "bouche à oreilles"

Actuellement, il existe 3 types de réseaux :

- Le carnet d'adresse de chaque professionnel.
- L'existence de correspondants au sein de l'hôpital, ce qui évite le passage aux urgences.
- Le réseau ville-hôpital.

C'est par connaissances, ouïes-dires, que les parents sont amenés à consulter telles ou telles structures de soins. Ce qui manque, ce sont des passerelles, un lien institutionnel entre les différents intervenants qui ferait du réseau un élément moteur, source de changement dans les pratiques.

Propositions

La constitution d'un réseau à 3 niveaux peut être envisagée[9]. Il se présenterait de la manière suivante :

- Echelon 1 : des professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens…) intéressés qui posent des questions et présentent des cas au cours des réunions du réseau, qui prennent en charge les cas les plus simples et qui orientent les autres vers le centre anti-douleur.
- Echelon 2 : des spécialistes qui ont des diplômes spécifiques et assurent des formations.
- Echelon 3 : le centre anti-douleur qui traite les cas les plus compliqués que les médecins de ville ne peuvent pas traiter.

Ce type de réseau doit supposer une orientation des patients à la base (échelon 1) afin qu'ils soient dirigés de manière rapide et adéquate vers la structure de soins la plus appropriée. Les médecins généralistes constituent logiquement la base du réseau, ce qui suppose qu'ils soient formés et sensibilisés. Actuellement, ce n'est pas le cas.

La marginalisation des généralistes et le monopole de l'hôpital

Actuellement, l'hôpital est l'interlocuteur principal. Or, on peut se demander si cela est vraiment son rôle.

La constitution de réseaux formalisés doit permettre une véritable orientation des patients et doit, à terme, faire de l'hôpital une étape, un échelon spécialisé dans la prise en charge de la douleur, ce qui permettra de « désengorger » les services et de mieux traiter la douleur en ciblant les cas précis.

Pour cela, il est nécessaire que les médecins généralistes soient mieux sensibilisés aux politiques de lutte contre la douleur et soient formés dans cet objectif afin qu'ils assurent les soins et l'orientation des patients.

[9] Propositions de Mme HIRSZOWSKI, médecin généraliste, intégré dans le réseau ville-hôpital.

La formation

Jusqu'à présent, les acquis des personnels soignants ayant suivi une formation Douleur proposée par les universités sont le fruit d'une démarche individuelle.
Quand on sait que l'étude de la douleur n'est qu'un module facultatif de 2 à 3 heures du programme d'enseignement de la médecine, on comprend pourquoi les médecins sont encore trop peu sensibilisés à la prise en charge de la douleur. De plus, l'algologie n'est pas une spécialité médicale reconnue par les pouvoirs publics.

La réorganisation de la prise en charge de la douleur doit passer par une **formation initiale** des médecins. Le réseau pourrait être un biais pour former les généralistes au traitement de la douleur.

En ce qui concerne la **formation continue** des personnels soignants, une pédagogie personnalisée lors de la mise en place d'un nouvel appareil (ex. : les nouvelles pompes PCA, plus petites, avec mémoire et contenant une posologie de morphine plus importante équivalente à 24 heures de traitement) doit être utilisée en vue d'autonomiser les équipes et de favoriser le transfert de connaissance des technologies.

En effet, formation et enseignement sont deux composantes essentielles pour la mise en place et la pérennisation des outils.

En conclusion, il nous semble nécessaire de ne pas perdre de vue deux des limites de cette étude. D'une part, il aurait été nécessaire d'approfondir nos recherches en allant interroger les principaux bénéficiaires de la lutte contre la douleur, les patients eux-mêmes (ce qui n'a pas été possible en raison de la durée de l'étude et de problèmes éthiques et méthodologiques). D'autre part, l'étude ne prétend pas dresser un tableau représentatif de la prise en charge de la douleur en France mais seulement de l'action et des difficultés rencontrées des acteurs parmi les plus avancés en la matière.

Au total, la lutte contre la douleur a bénéficié dans les dernières années d'avancées considérables. Cependant, cette évolution se heurte toujours à certains obstacles. Il nous a donc semblé utile de nous centrer sur l'exemple de la douleur des enfants pour mieux cerner les enjeux et les changements à venir. Trois de ces évolutions semblent particulièrement nécessaires:

- D'abord, l'exigence de formation à la lutte contre la douleur est plus que jamais présente. Il importe que cette formation soit généralisée et soit mise en œuvre dans un cadre pluridisciplinaire

- Ensuite, la lutte contre la douleur doit faire l'objet d'une évaluation précise. En particulier, le recours à la technique des contrats d'objectifs et de moyens (entre les soignants et la direction d'un établissement ou entre un établissement et ses financeurs) peut être utile.

- Enfin, il nous est apparu que la prise en charge de la douleur a été et est toujours favorisée par le pouvoir émotionnel des enfants. Si un tel effet amplificateur a pu favoriser la lutte contre la douleur en pédiatrie, ne révèle-t-il pas une disparité inquiétante de la prise en charge des patients notamment au détriment d'autres populations moins valorisées socialement ?

ANNEXES

Annexe n° 1

GUIDE D'ENTRETIEN:
ADMINISTRATIONS SOCIALES

I) Les attentes vis-à-vis de la personne ressource

- Quel est le cadre institutionnel de la prise en charge de la douleur ?
- Quelles sont les politiques qu'ils veulent ou souhaiteraient mettre en œuvre en matière de prise en charge de la douleur (équipes internes, équipes mobiles, formation, etc.?
- Quelles sont, dans ce cadre, les modalités de participation de votre institution à la lutte contre la douleur ?

II) Les thèmes à aborder

[L'entretien se déroule dans une perspective d'audit :
- *facteurs favorables*
- *facteurs défavorables*
- *enseignements à en tirer et/ou solutions à promouvoir]*

1°) Bilan du plan 1998-2000 de lutte contre la douleur

- Les conditions d'application du plan: priorités définies, obstacles rencontrés
- Les acteurs avec lesquels l'institution s'est mise en relation
- L'évaluation des résultats de la mise en œuvre du plan

2°) L'organisation de la prise en charge de la douleur
[notamment dans une perspective de mise en réseau]

- Rôle de l'hôpital dans cette organisation (notamment en terme de promotion de formation, d'informations, d'organisation des soins)
- Rôle du secteur ambulatoire
- Rôle des réseaux de soins

3°) Y-a-t-il une spécificité de la prise en charge de la douleur des enfants ?

- Des actions spécifiques à la prise en charge de la douleur des enfants ont-elles été entreprises ?

- La prise en charge de la douleur des enfants fait-elle partie des priorités de santé publique ?
- Quelle est l'organisation de la prise en charge de la douleur des enfants ?
- Comment situer la prise en charge de la douleur des enfants en termes de droits des usagers (consentement…) ?

GUIDE D'ENTRETIEN:
STRUCTURES DE SOINS, PROFESSIONNELS DE SANTE, RESEAUX DE SOINS

I) Les attentes vis-à-vis de la personne ressource

- Description des modalités techniques, concrètes de prise en charge de la douleur
- Description du vécu, des expériences personnelles de terrain dans la lutte contre la douleur : *"Expliquez moi comment dans votre service se passe la prise en charge de la douleur"*

II) Les thèmes à aborder

[L'entretien se déroule dans une perspective d'audit :
- *facteurs favorables*
- *facteurs défavorables*
- *enseignements à en tirer et/ou solutions à promouvoir]*

1°) Votre activité a-t-elle pour cadre une structure spécifique à la lutte contre la douleur des enfants ?

- L'organisation de cette structure
- La date de création et l'histoire de cette structure
- Quelle est l'origine du personnel de cette structure (affecté ou volontaire) ? Quelle formation à la prise en charge de la douleur est-elle prévue ? La douleur est-elle prise en charge dans le cadre d'équipes fixes ou mobiles ?

2°) L'évaluation de la douleur

- Quelles méthodes, quels outils d'évaluation de la douleur ?
- Quelle utilisation des protocoles : protocoles institutionnels / protocoles d'unité (notion d'appropriation), utilisation systématique dans le service / lié à l'initiative, à la bonne volonté individuelle
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'évaluation de la douleur ?
- L'évaluation de la douleur est-elle différenciée suivant l'âge de l'enfant ?

3°) Les modalités de traitement de la douleur

- Quels sont les traitements utilisés ?
- Quelles sont les conditions du recours à la morphine ?
- Quelle coordination entre professionnels à l'intérieur et hors du service (pharmacie) ?
- Y-a t-il un traitement spécifique de la douleur psychique ?
- La question des soins palliatifs pour les enfants en fin de vie

4°) Le rôle des parents dans la prise en charge de la douleur des enfants

- L'information des patients (consentement des parents à la prise en charge de la douleur des enfants ?)
- Association des parents aux décisions thérapeutiques ?
- Comment traiter la souffrance des parents (stress, angoisse…) ?

5°) Le travail en réseau, la coopération avec d'autres structures, d'autres acteurs ?

- Quelles sont les modalités de sortie des patients ?
- Quels sont les relais avec les médecins libéraux ?
- Quelle est votre conception du réseau (consultations, délégations)
- Quelles sont les modalités d'orientation des patients entre les différents pôles du réseau anti-douleur ?

6°) Quelle formation des professionnels ?

- Existe-t-il des formations interprofessionnelles (médecins / soignants) ?

7°) Quelle évaluation des actions de lutte contre la douleur ?

- Qui réalise cette évaluation et selon quelle périodicité ?
- Comment l'évaluation est-elle réalisé (outils, protocoles, méthodes) ?
- Quelle est l'exploitation de cette évaluation (retour d'information, etc.).

GUIDE D'ENTRETIEN:
ASSOCIATIONS DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

I) Les attentes vis-à-vis de la personne ressource

- Présentation de l'association:
  - Rôle
  - Ciblage sur une population spécifique ?
  - conditions d'intervention de l'association :

· A quelle(s) demande(s) l'association a-t-elle pour mission de répondre ?
· Quelles sont les modalités d'intervention spécifique de l'association à l'égard des enfants ?
· Toutes les douleurs sont-elles traitées sur le même plan (action spécifique sur la douleur en oncologie ?)

  - conditions de participation de l'association dans la lutte contre la douleur :

· Quel est le niveau d'intervention de l'association: évaluation de la douleur, prise en charge de la douleur psychique ?
· Quels sont les partenaires de l'association: l'hôpital? le secteur ambulatoire ? un réseau de soins ?

II) Les thèmes à aborder

[L'entretien se déroule dans une perspective d'audit :
- *facteurs favorables*
- *facteurs défavorables*
- *enseignements à en tirer et/ou solutions à promouvoir]*

1°) Quelles sont les attentes de votre association à l'égard du dispositif de lutte contre la douleur (jugement sur la communication autour de la douleur en particulier) ?

- Bilan du plan 1998-2000 de lutte contre la douleur

  - Les conditions d'application du plan: priorités définies, obstacles rencontrés
  - Les acteurs avec lesquels l'institution s'est mise en relation.
  - L'évaluation des résultats de la mise en œuvre du plan

- L'organisation de la prise en charge de la douleur
  [notamment dans une perspective de mise en réseau]

- Rôle de l'hôpital dans cette organisation (notamment en terme de promotion de formation, d'informations, d'organisation des soins) ?
- Rôle du secteur ambulatoire ?
- Rôle des réseaux de soins ?

- Quelles sont les difficultés rencontrées par l'association sur le terrain ?

2°) Que pensez-vous de l'organisation hospitalière de prise en charge de la douleur ?

- La douleur est-elle une priorité de l'Hôpital?
- L'organisation des services est satisfaisante et adaptée ?
- Les modalités retenues (équipes mobiles) sont elles satisfaisantes ?

3°) que pensez-vous de l'évaluation de la douleur ?

- Quelles méthodes, quels outils d'évaluation de la douleur ?
- Quelle utilisation des protocoles : protocoles institutionnels / protocoles d'unité (notion d'appropriation), utilisation systématique dans le service / lié à l'initiative, à la bonne volonté individuelle
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'évaluation de la douleur ?
- L'évaluation de la douleur est-elle différenciée suivant l'âge de l'enfant ?

4°) Que pensez-vous des modalités de traitement de la douleur ?

- Quels sont les traitements utilisés ?
- Quelles sont les conditions du recours à la morphine ?
- Quelle coordination entre professionnels à l'intérieur et hors du service (pharmacie) ?
- Y-a t-il un traitement spécifique de la douleur psychique ?
- La question des soins palliatifs pour les enfants en fin de vie

5°) Que pensez-vous de l'information et de la formation des personnels de santé ?

6°) Quel est le rôle des parents dans la prise en charge de la douleur des enfants ?

- L'information des patients (consentement des parents à la prise en charge de la douleur des enfants ?)
- Association des parents aux décisions thérapeutiques ?
- Comment traiter la souffrance des parents (stress, angoisse…) ?

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Nous tenons vivement à remercier les personnes suivantes qui ont bien voulu nous recevoir dans le cadre de cette étude :

- Dr Daniel ANNEQUIN, responsable de l'unité fonctionnelle d'analgésie pédiatrique, Hôpital Trousseau (Assistance publique, hôpitaux de Paris); entretien réalisé le 04/10/00
- Mme BUTARD, Conseillère technique régionale en soins infirmiers, DRASS de Bretagne; entretien réalisé le 03/10/00
- M. Luc CHARLES, Inspecteur régional de la pharmacie, DRASS de Bretagne; entretien réalisé le 02/10/00
- Mme COUAILLET, Cadre infirmier, évaluateur du plan assurance qualité anti-douleur de la Fondation de l'avenir, Hôpital Antoine Béclère, Clamart; entretien réalisé le 05/10/00
- M. Michel FAURE, Président de l'Association Capucine (aide aux enfants atteints de leucémie et d'hémopathie maligne); entretien réalisé le 05/10/00
- Dr FOURNIER-CHARRIERE, Responsable de l'unité administrative de lutte contre la douleur en pédiatrie, CHU de Bicêtre (Assistance publique, hôpitaux de Paris); entretien réalisé le 06/10/00
- Mme GALLAND, Association Sparadrap, Paris; entretien réalisé le 04/10/00
- M. Bernard GUILLOU, Responsable du service actions de santé, ARH de Bretagne; entretien réalisé le 02/10/00
- Dr Francine HIRSZOWSKI, médecin généraliste, réseau anti-douleur ville / hôpital, Paris; entretien réalisé le 09/10/00
- Dr Paul LE MEUT, médecin généraliste, Gézelé; entretien réalisé le 03/10/00
- M. Philippe LORIN, cadre supérieur infirmier, en poste à l'hôpital Necker Enfants-malades, Assistance publique, hôpitaux de Paris, actuellement en formation d'infirmier général à l'ENSP; entretien réalisé le 06/10/00

- Dr LORRE, chef du service d'anesthésie, Centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon; entretien réalisé le 09/10/00

- Dr Michel MEIGNIER, médecin anesthésiste-réanimateur, algologue, directeur du Centre anti-douleur Clinique Brétéché, Nantes; entretien réalisé le 04/10/00

- Mme Liliane MICHAUD, infirmière, Unité mobile de lutte contre la douleur, Centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon; entretien réalisé le 09/10/00

- M. NATHAN, Fondation de l'avenir, Paris; entretien réalisé le 04/10/00

- Mme Anne NINGRES, infirmière, Unité mobile de lutte contre la douleur, Centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon; entretien réalisé le 09/10/00

- Dr Evelyne PICHARD-LEANDRI, responsable du Centre de lutte contre la douleur de l'Institut Gustave Roussy, Villejuif; entretien réalisé le 05/10/00

- Dr RIOUX, Médecin anesthésiste, Centre hospitalier départemental de la Roche-sur-Yon; entretien réalisé le 09/10/00

- Dr Daniel ROY, anesthésiste, Clinique de la Sagesse, Rennes; entretien réalisé le 10/10/00

ANNEXE 3

BIBLIOGRAPHIE

1°) Ouvrages

- Dr D. ANNEQUIN et *alii*, Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant, octobre 1998
- Dr J. BRUXELLE et *alii*, Prise en charge de la douleur: un engagement d'équipe, Assistance publique, hôpitaux de Paris, 1999
- F. DE DREUSI et *alii*, Guide pour la prise en charge de la douleur de l'enfant, Hôpital Necker Enfants - Malades, Elsevier
- E. DORMET-DESCARTES, Enseignements d'une évaluation "au vu des patients" d'un programme d'assurance qualité douleur, Groupe de Recherche et d'Intervention dans le Secteur Santé, Rennes, 1999
- P. QUENEAU, G. OSTERMANN, Soulager la douleur, Ed. Odile Jacob, 1998
- P. QUENEAU, G. OSTERMANN, Le médecin, le malade et la douleur, Masson, 2000
- Fondation de l'Avenir, Plan d'assurance qualité de l'analgésie post-opératoire N chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, 1998
- SOFRES, La perception de la douleur et de sa prise en charge, juillet 1998

2°) Périodiques

- Dr CARDONA J. et *alii*, "Evolution de la prise en charge de la douleur", Revue médicale de l'assurance maladie, 1997
- BOUREAU F., SERRIE A., "Douleur, pourquoi et comment évaluer son intensité ?", La Revue du Praticien, décembre 1998
- M. RUSZNIEWSKI, L. ZIVKOVIC, "Résistance des équipes soignantes face aux équipes mobiles", European Journal of palliative care, 1999
- AIDES, Info Plus, "Douleur et Sida", décembre 1995
- Bulletin de l'Ordre des médecins, "Dossier: la douleur", sept 1998

- Bulletin d'information de la Mutualité agricole, "Soulager la douleur: mission de tout soignant", février 1999
- Entreprise Santé, "Dossier Douleur", juillet - août 2000
- La lettre de Pédiadol, n° 4, novembre 1997, n° 5, juin 1998
- La revue du praticien, médecine générale, "Lutte contre la douleur: le plan des pouvoirs publics", 14/12/1998
- NEMisphères, "Dossier Douleur", Hôpital Necker Enfants - Malades, 30/06/1999
- Vivre, "Dossier: lutter contre la douleur", jan 1997

3°) Sites Internet

- www.douleur.sofred.org
- www.ela-asso.com/Leuco/fDouleur.html
- www.fnclcc.fr
- www.pediadol.org
- www.sante.gouv.fr/douleur
- www.sparadrap.asso.fr
- www.tiboo.com/contenu/sante/douleur00.htm

ANNEXE 4

REFERENCES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES, RECOMMMANDATIONS

Loi :

- Code de la Santé Publique : Art. L.710-3-1 et L.710-3-2 ; L.714-11
- Loi n°91/748 du 31/07/1991 portant réforme hospitalière
- Loi du 31/12/1994
- Loi n° 95/116 du 4/02/1995
- Ordonnance n° 346.96 du 24/04/96 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi 99-147 du 9/06/1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs

Décrets :

- Décret n° 93-345 du 15/03/1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- Arts 37 et 38 du Code de Déontologie médicale introduit par le décret n° 95/100 du 06/09/1995

Arrêtés :

- Arrêté du 10/09/1992, modifié par l'arrêté du 13/03/1995 et l'arrêté du 6/09/1995 fixant la liste des stupéfiants bénéficiant des dispositions de l'art R 5213 CSP
- Arrêté du 4/03/1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

Circulaires :

- Circulaire DGS/D3 du 26/08/1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase en terminale
- Circulaire DGS/DH n° 94/3 du 07/01/1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques

- Circulaire DGS/DH n° 95/22 du 06/05/1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé

- Circulaire du Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale du 29 mai 1997 relative à l'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé

- Circulaire DGS/PS n° 97-412 du 30/05/1997 relative à l'application du décret n° 93/345 du 15/03/1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

- Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 04/02/1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle

- Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22/09/1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés

- Circulaire DGS/DH/DAS n° 99-84 du 11/02/1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales

Annexe 5

PLAN DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR (1998-2000)

La lutte contre la douleur
La douleur
Le Plan de lutte contre la douleur 1998-2000 Principales mesures
La campagne de communication sur la lutte contre la douleur

Annexes

1 Les centres de traitement contre la douleur
2 Les antalgiques majeurs
3 La douleur des enfants

La lutte contre la douleur

Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé met en place un plan de lutte contre la douleur sur 3 ans (1998/2000). Ce plan s'appuie sur la réflexion engagée depuis plusieurs années par les pouvoirs publics en faveur du développement d'une prise en charge globale du patient à toutes les étapes des processus de santé.

La douleur ne doit plus être une fatalité

Pendant longtemps, la douleur a été vécue comme une fatalité. L'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui des moyens importants permettant, dans la quasi totalité des cas, de réduire dans des proportions considérables la douleur des malades et des opérés, entraînant souvent une réduction de la durée des traitements et des pathologies induites. Attentives à cette évolution, les équipes médicales sont conscientes du changement de comportement à mener. C'est donc une action globale qu'il convient de conduire, tant auprès des professionnels de santé que des établissements, mais aussi en direction de la population, avec pour ambition de changer le regard sur la douleur par des actions d'information et de formation vers les professionnels de santé, mais aussi vers les usagers et les patients. C'est tout le sens du Plan à 3 ans de lutte contre la douleur - qu'il s'agisse de la douleur chronique mais aussi de la douleur aiguë.

Cette évolution face à la douleur qui place le patient au centre du système de santé être inséparable doit conduire à réaffirmer la dimension essentiellement humaine de l'exercice médical.

La douleur

Deux types de douleurs ont été définies par les cliniciens :

La douleur chronique, qui est une douleur rebelle aux traitements antalgiques usuels, et qui évolue depuis au moins 6 mois. Elle se répartit en plusieurs catégories :

- la douleur cancéreuse, provoquée par le cancer lui-même, secondaire au cancer, d'origine iatrogène (douleur post-cicatricielle post-opératoire, stomatite résultant d'une chimiothérapie...) ou encore due à une maladie concomitante ;
- la douleur liée à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui nécessite une prise en charge précoce ;
- la douleur chronique non maligne : douleur d'origine musculo-squelettique ou vertébrale, douleur neurologique, par lésion du système nerveux, céphalée, douleur psychogène...

La douleur aiguë, trop longtemps négligée .

Les moyens thérapeutiques

Les thérapeutiques prescrites aux patients douloureux sont d'une grande diversité :

- les traitements médicamenteux (dont les antalgiques),
- les traitements chirurgicaux : traitements anesthésiologiques, blocs anesthésiques et implantation de matériel de stimulation et de morphinothérapie,
- autres : kinésithérapie, psychothérapie, analgésie acupuncturale ou encore neurostimulation transcutanée

Le Plan de lutte contre la douleur 1998-2000 - Principales mesures

Le programme de lutte contre la douleur proposé par le Secrétaire d'Etat à la Santé s'articule autour de 4 axes principaux :

- la prise en compte de la demande du patient
- le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins,
- le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur,
- l'information du public.

1. La prise en compte de la demande du patient

L'article II de la Charte du patient hospitalisé mentionne qu'" Au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants ".

Dans cet esprit, le Plan de Lutte contre la douleur met le patient au centre du système de santé et prévoit un certain nombre de mesures qui le concernent directement :

- **Le carnet douleur :** remis au patient à son arrivée pour une meilleure information sur la douleur, son évaluation, sa prise en compte par l'équipe soignante et la réponse adaptée, qu'il est en droit de demander, et qui peut y être apportée.

- Une systématisation de l'utilisation des **réglettes de mesure de la douleur** qui permet à l'équipe soignante dans le cadre d'un dialogue avec le patient de mieux apprécier l'intensité de la douleur. **Une pancarte au pied du lit** en fera également la mesure journalière.

- La **mesure de la satisfaction des usagers** : des fiches de sortie hospitalière relatives à la satisfaction des patients comporteront des éléments relatifs à la prise en charge plus ou moins satisfaisante des douleurs ressenties par le patient au sein de l'hôpital.

- Attribution aux établissements de santé, dans le cadre de projets-pilotes, de **pompes d'auto-analgésie contrôlée** qui permettent au patient lui-même de déclencher l'injection d'antalgiques.

- **L'information des patients sur l'existence des centres de lutte contre la douleur** chronique rebelle . Une liste régionale sera diffusée en mai 98.

- **L'insertion de rubriques spécifiques** ayant trait à l'intensité et la prise en charge de la douleur dans les documents d'anesthésie

- **La disponibilité des antalgiques majeurs.** Le Plan de lutte contre la douleur **vise à simplifier les modalités de prescription** en remplaçant la prescription des antalgiques majeurs sur ordonnance extraite d'un carnet à souche numéroté (réservé exclusivement à cet usage) par une prescription médicale sur ordonnance infalsifiable. Ces ordonnances seront utilisées pour toutes les prescriptions

Concernant les enfants

La douleur et son traitement chez l'enfant restent encore méconnus. Cette méconnaissance est liée à la difficulté de son évaluation. Pourtant, chez l'enfant exposé à la douleur - comme par exemple le tout-petit, l'enfant polyhandicapé, l'enfant atteint d'une pathologie chronique invalidante, d'un cancer, du sida ou l'enfant brûlé - des conséquences sévères apparaissent dans des délais plus courts que chez l'adulte et justifient une attention particulière.

C'est pourquoi les mesures du Plan de lutte contre la douleur s'efforcent de :

- **Faire mieux connaître la douleur de l'enfant :** " Pediadol ", la banque de données sur la douleur de l'enfant sera mis sur internet et sur le réseau santé social.

- Susciter la mise sur le marché des formes pédiatriques d'antalgiques majeurs : L'agence du médicament proposera une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les antalgiques dès lors que les laboratoires en auront fait la demande et proposé une formulation.

2. Dans les établissements de santé et de réseaux de soins

Les établissements de santé

Les établissements de santé qui doivent répondre depuis 1995 à l'obligation inscrite dans l'article L.710-3-1 du CSP qui prévoit que " les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent " et que " pour les établissements de santé publique ces moyens sont définis par le projet d'établissement ", seront aidés dans leur démarche :

- **un guide** sera mis au point, leur permettant de définir les objectifs de prise en charge de la douleur en termes de projet médical, de projet de soins infirmiers, de plans de formation, de gestion et de système d'information (septembre 1998),

- **la mesure de la satisfaction des patients :** un document d'orientation vient d'être diffusé à cet effet.

- Les établissements seront incités dans le cadre de leur projet d'établissement à élaborer des **protocoles de soins d'urgence incluant des mesures** soulageant la douleur des patients **(consignes en cas de douleur)**; il leur sera proposé, sur la base des expériences menées par certains établissements, de mettre en place des comités de lutte contre la douleur.

A moyen terme, il sera tenu compte de la qualité de prise en charge de la douleur des patients dans l'évaluation des établissements. **Les contrats objectifs-moyens** passés entre les établissements et les ARH comporteront des indicateurs de qualité sur la prise en charge de la douleur. **La grille d'accréditation** qui sera mise au point par l'ANAES comportera l'appréciation de la qualité des procédures et des pratiques de prise en charge de la douleur des patients. Les ARH prendront en compte les efforts réalisés en la matière dans l'évaluation des établissements.

Les réseaux

Le cahier des charges qui sera proposé aux **réseaux** susceptibles de bénéficier de financements publics intégrera la réflexion sur la lutte contre la douleur au niveau de la charte, de la formation des intervenants, de la formalisation de la relation des réseaux et des référents...

Une mesure à l'étude prévoit une valorisation de la première consultation chez les médecins généralistes, préalablement formés à l'évaluation et au traitement de la douleur, participant au réseau ville/hôpital de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

3. La formation et l'information des professionnels de santé

D'une façon générale, le thème de la douleur sera intégré dans les différentes formations des médecins comme des autres professionnels de santé :

- **La formation initiale :** désormais, le thème de la douleur et des soins palliatifs sont des enseignements obligatoires au cours du 2ème cycle d'études médicales.
- Les spécialistes (Pédiatres, ORL...) devront également se préoccuper de façon permanente de lutte contre la douleur dans leur pratique quotidienne : une formation sera mise en oeuvre dans le cadre de la réforme annoncée du 3ème cycle des études médicales.
- **Les formations de 3ème cycle** de lutte contre la douleur seront valorisées : recensement des universités concernées, capacité d'évaluation et de traitement, diplômes universitaires et mise à disposition des informations sur le site internet du ministère (septembre 98).

- **Formation des autres professionnels de santé :** renforcement de l'enseignement douleur au sein du cursus de formation des infirmiers ; introduction de cet enseignement dans le cursus de formation des autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la douleur, ainsi que dans celui des directeurs d'hôpitaux.

- **La formation continue :** la priorité " douleur " a été affichée par le ministère comme thème prioritaire pour les médecins en 1998 dans le cadre de la formation continue (avec intégration de ce thème au sein du projet de " Guide de la FMC hospitalière " actuellement en préparation). Par ailleurs, **4 régions pilotes** ont été désignées pour la mise en place d'une action de formation à destination du **personnel non médical**, afin de favoriser l'élaboration de plans d'action " douleur " en équipe interprofessionnelle au sein de projets d'établissements.

- **Un logiciel pédagogique** de prise en charge de la douleur sera mis en ligne sur le réseau santé social.

- **La formation spécifique :** la douleur de la **personne âgée** fera l'objet d'une **action spécifique :** une enquête sur les personnes âgées vivant à domicile est actuellement en cours, et 3 régions font aujourd'hui l'objet d'une évaluation de la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée, avec une formation des professionnels de santé (Pays de la Loire, Limousin et Alsace).

En ambulatoire, un nouveau " Guide du praticien " à vocation plus générale, **" Le traitement de la douleur en médecine ambulatoire "**, est en cours d'élaboration à l'ANAES. Il s'ajoutera au guide élaboré en 1994/95, consacré à la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et à celle de la douleur au cours du SIDA (sortie prévue : dernier trimestre 98).

Par ailleurs, **des antalgiques majeurs seront sortis de la réserve hospitalière** pour les mettre à disposition des praticiens de ville.

4. L'information du public

La lutte contre la douleur fera l'objet d'une grande campagne d'information.

Un groupe de pilotage composé des principales associations de lutte contre la douleur et du CFES a été mis en place au Ministère.

Cette campagne comporte trois volets :

Un premier volet d'information auprès de la presse spécialisée sur les différentes actions menées par le Ministère et les associations.

Un deuxième volet publicitaire à partir du mois de septembre en direction du grand public après une étude quantitative sur la douleur.

Un volet évènementiel avec une semaine de sensibilisation et d'information dans les établissements de santé vers la fin 1998.

Un site douleur sera ouvert sur le Web qui regroupera les sites existants ou à créer.

Annexe 6

ECHELLES ET GRILLES D'EVALUATION DE LA DOULEUR DE L'ENFANT

Echelle Visuelle analogique (EVA)

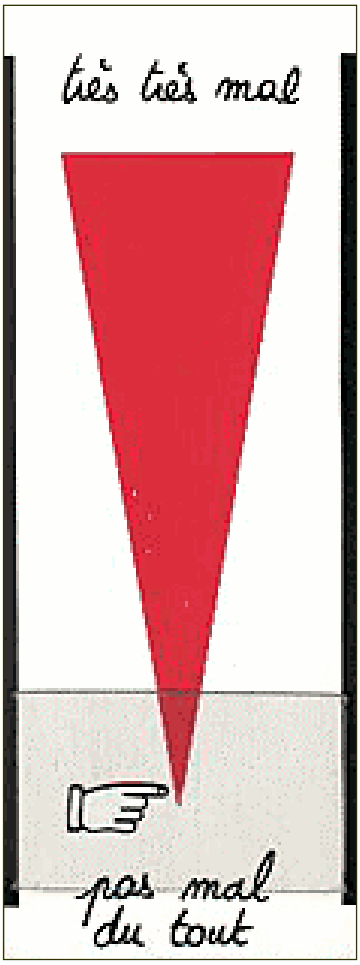
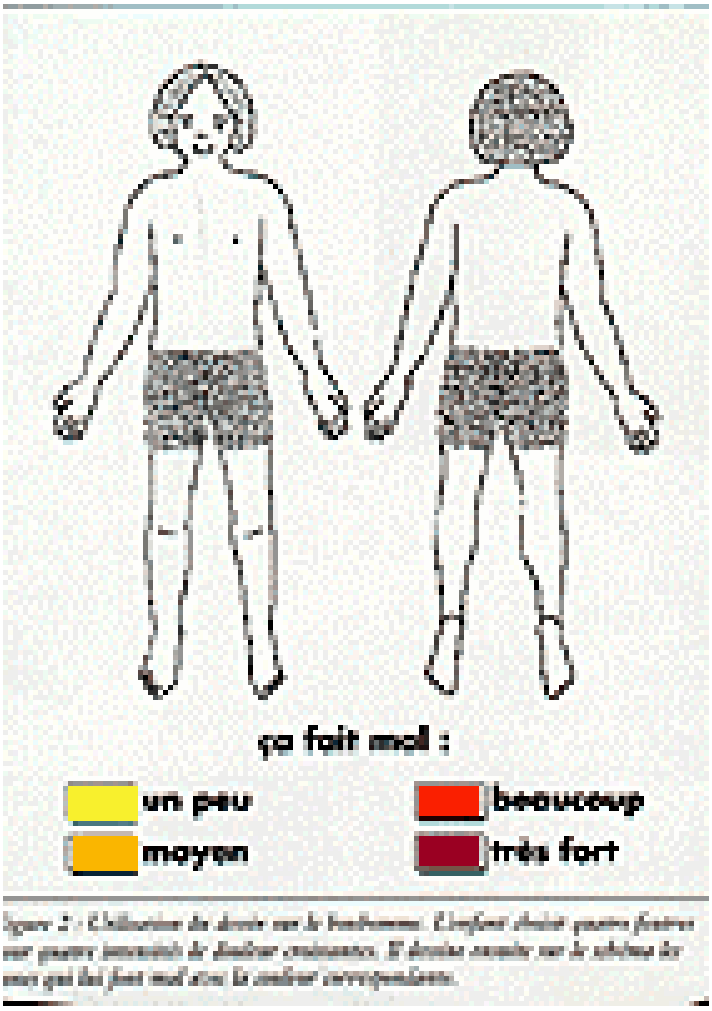


Schéma corporel de la douleur



Echelle d'évaluation de la Douleur Aiguë du Nouveau-né DAN

Cette échelle a été validée pour l'évaluation de la douleur aiguë du nouveau né

CARBAJAI, R., PAUPE, A., HOENN, E., LENCLEN, R., Olivier Martin, M. DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. Archives Pédiatrie 4(7), 623-628. 1997.

REPONSES FACIALES	**COTATION**
• Calme • Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux	0 1
Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : Contraction des paupières, froncement des sourcils, ou accentuation des sillons naso-labiaux:	
• Légers, intermittents avec retour au calme • Modérés • Très marqués, permanents	2 3 4
MOUVEMENTS DES MEMBRES	
Calmes ou mouvements doux	0
Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants: pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait:	
• Légers, intermittents avec retour au calme • Modérés • Très marqués, permanents	1 2 3
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR	
• Absence de plainte • Gémit brièvement. Pour l'enfant intubé, semble inquiet • Cris intermittents. Pour l'enfant intubé, mimique des cris intermittents • Cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé, mimique de cris constants	0 1 2 3

Grille de douleur et d'inconfort du nouveau né (EDIN)

DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, TRES F, MAGNY JF, BOUGUIN MA,. Séméiologie de la douleur chez le prématuré Arch Pediatr 1994; 1:1085-1092.

Grille utilisable chez le nouveau né hospitalisé (à terme ou prématuré) non pour une douleur aiguë brève mais pour une douleur durable liée à une pathologie prolongée (entérocolite...) ou la répétition de soins douloureux. Cette grille nécessite un temps d'observation prolongé de l'enfant (4 à 8 heures). Un **score dépassant le chiffre 4** nécessite une thérapeutique antalgique efficace.

ITEM	PROPOSITIONS
VISAGE	**0 =>** Visage détendu **1 =>** Grimaces passagères :Froncement des sourcils / Lèvres pincées / Plissement du menton / Tremblement du menton **2 =>** Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées **3 =>** Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé
CORPS	**0 =>** Détendu **1 =>** Agitation transitoire, assez souvent calme **2 =>** Agitation fréquente mais retour au calme possible **3 =>** Agitation permanente : crispation des extrémités et raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé
SOMMEIL	**0 =>** S'endort facilement, sommeil prolongé, calme **1 =>** S'endort difficilement **2 =>** Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité **3 =>** Pas de sommeil
RELATION	**0 =>** Sourire aux anges, sourire réponse, attentif à l'écoute **1 =>** Appréhension passagère au moment du contact **2 =>** Contact difficile, cri à la moindre stimulation **3 =>** Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation
RECONFORT	**0 =>** N'a pas besoin de réconfort **1 =>** Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion **2 =>** Se calme difficilement **3 =>** Inconsolable. Succion désespérée

Une grille DEGR (Douleur Enfant Gustave Roussy)

Pour la douleur qui dure, une seule grille d'observation comportementale a fait l'objet d'un travail de validation dans un service d'oncologie pédiatrique[]La grille DEGR[] comporte 10 items cotés de 0 à 4 (après une observation de 4 heures) qui se regroupent en 3 parties.

Les signes directs de la douleur rassemblent 5 items

- La position antalgique au repos La protection spontanée des zones douloureuses
- L'attitude antalgique dans le mouvement
- Le contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (mobilisation passive)
- Les réactions à l'examen des zones douloureuses

L'expression volontaire de la douleur rassemble 2 items

Les plaintes somatiques et les localisations de zones douloureuses par l'enfant

L'atonie psychomotrice rassemble 3 items

Le tableau d'atonie psychomotrice intègre des signes qui vont à l'encontre des repères intuitifs (cris, pleurs, agitation, protestation...) utilisés habituellement pour reconnaître le douleur; l'absence de prise en compte de cette sémiologie peut conduire à des d'erreurs majeures. Ces enfants les plus douloureux apparaissent immobiles, tristes ne communiquant plus, muets ne réagissant plus aux stimulations extérieures (douloureuses ou pas) ; ces tableaux d'atonie psychomotrice ont été longtemps confondus avec une dépression

Trois ensembles de signe sont à rechercher:

Le manque d'expressivité

Cet item concerne la capacité de l'enfant à ressentir et à exprimer sentiments et émotions, par son visage, son regard et les inflexions de sa voie; on l'étudie alors que l'enfant a des raisons de s'animer (jeux, repas, discussion).

Désintérêt pour le monde extérieur

Concerne l'énergie pour rentrer en relation avec le monde environnant

Lenteur et rareté des mouvements

Les mouvements de l'enfant sont lents, peu amples et un peu rigides, même à distance de la zone douloureuse. Le tronc et les grosses articulations sont particulièrement immobiles; la comparaison est à faire avec l'activité gestuelle habituelle d'un enfant de cet âge.

ECHELLE DOULEUR ENFANTS GUSTAVE ROUSSY (DEGR)

ITEM	Cotation 0	Cotation 1	Cotation 2	Cotation 3	Cotation 4
1. Position antalgique au repos	absence de position antalgique : l'enfant peut se mettre n'importe comment	l'enfant semble éviter certaines positions.	l'enfant évite certaines positions mais n'en paraît pas gêné.	l'enfant choisit une position antalgique évidente, qui lui apporte un certain soulagement.	l'enfant recherche sans succès une position antalgique et n'arrive pas à être bien installé.
2. Manque d'expressivité	l'enfant est vif, dynamique, avec un visage animé.	l'enfant paraît un peu terne, éteint.	au moins un des signes suivants : traits du visage peu expressifs, regard morne, voix marmonnée et monotone, débit verbal lent.	plusieurs des signes ci-dessus sont nets.	visage figé, comme agrandi. Regard vide. Parle avec effort.
3. Protection spontanée des zones douloureuses	l'enfant ne montre aucun souci de se protéger.	l'enfant évite les heurts violents.	l'enfant protège son corps, en évitant et en écartant ce qui pourrait le toucher.	l'enfant se préoccupe visiblement de limiter tout attouchement d'une région de son corps.	toute l'attention de l'enfant est requise pour protéger la zone atteinte.
4. Plaintes somatiques	pas de plainte : l'enfant n'a pas dit qu'il a mal.	Plaintes "neutres" : - sans expression affective (dit en passant "j'ai mal") ; - et sans effort pour le dire (ne se dérange pas exprès).	au moins un des signes suivants : a suscité la question "Qu'est-ce que tu as, tu as mal ?"; voix geignarde pour dire qu'il a mal; - mimique expressive accompagnant la plainte.	en plus de la cotation 2, l'enfant : - a attiré l'attention pour dire qu'il a mal; - a demandé un médicament.	c'est au milieu de gémissements, sanglots ou supplications que l'enfant dit qu'il a mal.

5. Attitude antalgique dans le mouvement	l'enfant ne présente aucune gêne à bouger tout son corps. Ses mouvements sont souples et aisés.	l'enfant montre une gêne, un manque de naturel dans certains de ses mouvements.	l'enfant prend des précautions pour certains gestes.	l'enfant évite nettement de faire certains gestes, il se mobilise avec prudence et attention.	l'enfant doit être aidé, pour lui éviter des mouvements trop pénibles.
6. Désintérêt pour le monde extérieur	l'enfant est plein d'énergie, s'intéresse à son environnement, peut fixer son attention et est capable de se distraire.	l'enfant s'intéresse à son environnement mais sans enthousiasme.	l'enfant s'ennuie facilement mais peut être stimulé.	l'enfant se traîne, incapable de jouer, il regarde passivement	l'enfant est apathique et indifférent à tout.
7.Contrôle exercé par l'enfant quand on le mobilise (mobilisation passive)	l'enfant se laisse mobiliser sans y accorder d'attention particulière.	l'enfant a un regard attentif quand on le mobilise.	en plus de la cotation 1, l'enfant montre qu'il faut faire attention en le remuant.	en plus de la cotation 2, l'enfant retient de la main ou guide les gestes du soignant.	l'enfant s'oppose à toute initiative du soignant ou obtient qu'aucun geste ne soit fait sans son accord.
8. Localisation de zones douloureuses par l'enfant	Pas de localisation : à aucun moment, l'enfant ne désigne une partie de son corps comme gênante.	l'enfant signale, uniquement verbalement, une sensation pénible dans une région vague sans autre précision.	en plus de la cotation 1, l'enfant montre avec un geste vague cette région.	l'enfant désigne avec la main une région douloureuse précise.	en plus de la cotation 3, l'enfant décrit, d'une manière assurée et précise, le siège de sa douleur.
9. Réactions à l'examen des zones douloureuses	aucune réaction déclenchée par l'examen.	l'enfant manifeste, juste au moment où on l'examine, une certaine réticence.	lors de l'examen, on note au moins un de ces signes : raideur de la zone examinée, crispation du visage, pleurs brusques, blocage respiratoire.	en plus de la cotation 2, l'enfant change de couleur, transpire, geint ou cherche à arrêter l'examen.	l'examen, de la région douloureuse est quasiment impossible, en raison des réactions de l'enfant.
10. Lenteur et rareté des mouvements	les mouvements de l'enfant sont larges, vifs, rapides, variés, et lui apportent un certain plaisir.	l'enfant est un peu lent, et bouge sans entrain.	un des signes suivants : - latence du geste, - mouvements restreints, - gestes lents; - initiatives motrices rares.	plusieurs des signes ci-dessus sont nets.	l'enfant est comme figé, alors que rien ne l'empêche de bouger.

Grille OPS
Objective Pain Scale

Echelle de douleur adaptée aux enfants de moins de 5 ans (**Objective Pain-Discomfort scale**)

BROADMAN LM, RICE LJ, HANNALAH RS. Testing the validity of an objective pain scale for infants and children. Anesthesiology 69:A770,1988

Soit le score est utilisé avec ses 5 items et un **score dépassant le chiffre 3** nécessite soit thérapeutique antalgique efficace.

Soit le score est utilisé avec ses 4 items (sans la variation de PA) et un **score dépassant le chiffre 2** nécessite une thérapeutique antalgique efficace.

Cette grille nécessite une observation directe de l'enfant.

observation	**critère**	**score**
pression artérielle	• ± 10% préopératoire • 10 à 20% préopératoire • 20 à 30% préopératoire	0 1 2
pleurs	• absents • présents mais enfant consolable • présents mais enfant non consolable	0 1 2
mouvements	• absents • intermittents, modérés • permanents	0 1 2
agitation	• enfant calme ou endormi • agitation modérée ne tient pas en place • agitation désordonnée et intense, risque de se faire mal	0 1 2
expression verbale ou corporelle	• endormi ou calme • exprime une douleur modérée, non localisée, inconfort global ou position jambes fléchies sur le tronc, bras croisés sur le corps • douleur localisée verbalement ou désignée par la main ou position jambes fléchies sur le tronc, poings serrés et porte la main vers une zone douloureuse, ou cherche à la protéger.	0 1 2

Annexe 7

THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE DE LA DOULEUR

Les paliers de l'OMS

(d'après TWYCROSS VENFRIDDA,OMS 1983)

PALIER 3
OPIOIDES MAJEURS

MORPHINE :
- Sulfate de morphine
  Moscontin®, Skenan® (LP)
  Kapanol® (LP)
- Chlorhydrate de morphine (LI)
  Ampoules injectables ou buvables

FENTANYL : *Durogésic®*
DEXTROMOTRAMIDE : *Palfium®*
PETHIDINE : *Dolosal®*
METHADONE

PALIER 2
OPIOIDES MINEURS

CODEINE: *Dafalgan Codéiné®*
Efferalgan Codéiné®
Dicodin® (LP)
DEXTROPROPOXYPHENE :
Di-Antalvic®
Antalvic®
TRAMADOL : *Toplagic®*

PALIER 1
ANTALGIQUES
NON MORPHINIQUES

PARACETAMOL :
Doliprane®
Prodafalgan®

Les paliers de l'OMS (LP : libération prolongée, LI : libération immédiate)

Echelle thérapeutique médicamenteuse (OMS)

IIIB Morphine
- Voie sous cutanée
- Voie épidurale
- Voie intrathécale
- Voie ICV

IIIA opioïdes forts
Morphine (voie orale)

IIB opioïdes moyens
- Buprénorphine
- Pentazocine
- Nalbuphine

IIA opioÏdes faibles
- Codéine
- Dextropropoxyphène

I analgésiques non-opioïdes
Paracétamol, aspirine

Module interprofessionnel de santé publique – 2000 –

Thème n°7

LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR

QUELLES REPONSES APPORTER AUX BESOINS DES PATIENTS ?

Résumé :

* La lutte contre la douleur est une priorité de santé publique, qui pour s'être difficilement imposée, rencontre encore, malgré d'indéniables avancées, un certain nombre de freins et de résistances. En effet, une démarche volontariste a permis de situer l'importance des enjeux associés à la lutte contre la douleur. Cependant, le poids des préjugés, les habitudes de soins, la réactivité hétérogène des institutions sont autant d'obstacles à une telle évolution.

* Spécifique et novatrice, la démarche de prise en charge de la douleur en pédiatrie met en lumière des évolutions possibles vers une refondation du système de santé autour de la personne soignée. Ainsi, les spécificités de la lutte contre la douleur de l'enfant (méthodologies d'évaluation, traitements, adaptation de l'information et du consentement aux soins…) mettent en exergue des lacunes dans la prise en charge de la douleur de l'adulte : une intervention encore trop focalisée sur le clinique, un usage ambigu des protocoles, un réseau à inventer.