Non à la douleur en 2017 !

En 2017, la douleur n'est plus une fatalité. À chacun de nous de renforcer la lutte au quotidien, au bénéfice des patients comme des soignants. Le Comité de Lutte contre la Douleur et les Soins Palliatifs (CLUD-SP) pratique désormais une politique d'ouverture : les 3 réunions annuelles sont ouvertes à tous. Avec les référents douleur en soutien, l'implication collective fera de notre groupe hospitalier un acteur majeur de l'évolution des pratiques et nous pourrons tous ensemble dire « Non à la douleur ». Pr G. Falgarone, Présidente du CLUD-SP HUPSSD



1 Penser douleur

- Enjeu majeur de santé publique, la douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».
- Malgré trois plans nationaux en 15 ans, cette définition datant de 1979 demande encore à être bien comprise par les soignants en 2017, afin de soulager au mieux les malades douloureux et répondre à la législation française (loi du 4 mars 2002).
- La prise en charge de la douleur à l'hôpital s'articule autour de trois axes : douleur aiguë, douleur chronique et douleur liée au soin. Pour chacun de ces axes, l'évaluation est une priorité et la proposition de traitement antalgique une nécessité. L'effort collectif de notre GH se porte tout particulièrement sur une **prise en compte systématique de la douleur dès l'entrée et aux urgences, avec la mise en place de traitements réévalués et adaptés au fil du temps et une traçabilité consolidée via le dossier patient ORBIS**.

2 La représentation de la douleur en chiffres

- 1er motif de consultation toutes disciplines médicales confondues (Bouhassira, 2008)
- 30 % de la population générale souffrirait de douleurs chroniques
- Plus de 50 % des patients en service de court séjour sont concernés par la prise en charge de la douleur (Durieux, 2001)
- 20 % des européens considèrent que leur thérapeute a une image négative de leur plainte sur la douleur (Breivik, 2006)
- Le contrôle de la douleur semble inefficace dans 65 % des cas
- Seulement 15 % d'évaluation chiffrée de la douleur en consultation en Europe
- En aigüe, le GH est capable de bien faire : 100 % des patients pris en charge en post-opératoire (SSPI) ont une douleur à la sortie <2/10 (IPAQSS 2016)

3 Le CLUD-SP et ses missions

- Force d'analyse, de propositions, de coordination et de communication, le CLUD-SP définit une politique cohérente en matière de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.
- Il veille également au bon déroulement et à la promotion des actions initiées. Désignés pour une durée de 4 ans renouvelable, ses membres sont des volontaires représentatifs de l'ensemble des personnels soignants de l'établissement.

4 Prendre en charge la douleur

Les objectifs

- **Evaluer et tracer** systématiquement la douleur à l'arrivée
- **Identifier** le type de douleur
- **Réévaluer et tracer la douleur**
- **Soulager** et surveiller l'efficacité des traitements antalgiques administrés en évaluant la douleur tout au long des soins
- **Anticiper la douleur induite par les soins** en administrant un antalgique à titre préventif

Les moyens pharmacologiques

- **Douleur légère** - palier 1* : paracétamol, anti-inflammatoires
- **Douleur modérée** - palier 2* : tramadol, codéine...
- **Douleur sévère** - palier 3* : morphine, oxycodone
- **Douleur chronique** : antidépresseurs et/ou antiépileptiques

*Paliers OMS

Les résultats : patient soulagé, durée d'hospitalisation raccourcie, relations patient-soignants améliorées, diminution du risque de douleur chronique.

Hôpitaux Universitaires Paris-Seine Saint-Denis

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
www.aphp.fr

Non à la douleur en 2017 !

5 2 questions relatives au référent douleur

Qu'est-ce qu'un référent douleur ?

« C'est un professionnel de santé jouant le rôle de relais entre le CLUD et l'unité dont il dépend. Volontaire formé aux spécificités et enjeux de la douleur, il représente un interlocuteur privilégié au quotidien pour les équipes et veille à diffuser l'information, ainsi qu'à développer les formations. Il existe des référents douleur dans chaque service ou unité, et un référent par hôpital ».

Quelles sont les qualités professionnelles requises ?

« Aucune formation ou qualification particulière n'est exigée au préalable. Seules la motivation, le dynamisme et l'implication prévalent. La mission s'exerce sur le temps de travail, en accord avec la hiérarchie. Et les formations nécessaires pour assurer la fonction se font en lien avec le service de la formation continue ».

6 Les soins palliatifs

La prise en charge de la douleur en soins palliatifs nécessite une approche globale du confort du malade, dans un cadre pluridisciplinaire. Des évaluations régulières des symptômes et des besoins sont nécessaires pour une adaptation raisonnable, au quotidien, des traitements et soins mis en œuvre. L'objectif est d'obtenir le confort du malade par tous les moyens disponibles : médicamenteux ou non, interventionnels etc.

7 2017 en 4 actions phares aux HUPSSD

- **Formations douleur** : le programme est reconduit en 2017, pour tous : inscription auprès des cadres. Pour information, la formation des référents douleur arrivés en 2016 a permis de renouveler 30 % de l'effectif des référents service.
- **Cartographie des nouveaux protocoles douleur**. Actualisation des procédures de soins et des prescriptions informatisées.
- **Formations des personnels sur les pompes à morphine** et équipement de tous les services avant mars 2017.
- **Réorganisation générale des soins douleurs et des soins palliatifs** couplée au renouvellement des équipes, dans le cadre du projet hospitalo-universitaire du GH.

8 L'enquête douleur du pôle ACS

C'est une enquête illustrant les problèmes liés à la douleur dans les secteurs d'hospitalisation. Sur 130 patients représentatifs interrogés, moins de 50 % avaient été prévenus de la possibilité de survenue de douleur. Lorsque l'information était donnée, c'est généralement l'infirmière qui l'avait faite. L'information délivrée sur la douleur, son suivi et le traitement est jugée bonne. La notion d'effets secondaires des antalgiques est à mieux diffuser. Axe de travail identifié : raccourcir le délai d'administration des antalgiques (64 % des patients ont reçu un traitement dans les 15 min après demande, mais 18 % au-delà de 30 min).

9 Réflexes et traçabilité

- ORBIS pour l'évaluation et le suivi (dossier de soins et observation médicale)
- Globalement aux HUPSSD : **la traçabilité de la douleur oscille entre 64 % (JVR) et 71 % (AVC). Les chiffres sont en progression, mais encore insuffisants car inférieurs à la moyenne AP-HP à 75 % et à l'objectif national à 80 %.**
- GED pour les références diverses : protocoles, outils, échelles…

10 Ethique et douleur

La douleur est l'aspect le plus criant de la souffrance du patient qui attend un soulagement, et c'est en ce sens que le soin est compassion. L'aspect analogique, objectif, de l'évaluation de la douleur ne doit pas conduire à négliger sa prise en charge humaine, qui reste à l'écoute de sa description subjective.

Pr Gérard Reach, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Présidente CLUD-SP, *Pr Géraldine Falgarone* ☎ 5 53 44
Référent Avicenne
Maddly Cimber, IADE unité douleur chronique ☎ 5 52 76
Référents Jean-Verdier
Dr Ingrid Joffin, médecin soins palliatifs ☎ 5 55 98
Dr Claire Roumegoux, pédiatre ☎ 3 64 66
Béatrice Térosiet, IADE anesthésie-réanimation
Référents René-Muret
Dr Zouhair Chaouki, unité de soins palliatifs ☎ 2 79 08
Nadia Marhoum, cadre de santé ☎ 2 78 94

ÉVALUER
TRACER
SOULAGER
RÉÉVALUER
RETRACER

Direction Communication HUPSSD - Janvier 2017