



Evolution et évaluation de la prise en charge de la douleur au centre hospitalier de Lunéville : mise en place du Comité de Lutte contre la Douleur

Anne Henrion

► To cite this version:

Anne Henrion. Evolution et évaluation de la prise en charge de la douleur au centre hospitalier de Lunéville : mise en place du Comité de Lutte contre la Douleur. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01732646

HAL Id: hal-01732646

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732646>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

2005

N°

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Anne HENRION

le 6 décembre 2005

**EVOLUTION ET EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA
DOULEUR AU CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE
MISE EN PLACE DU COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR**

Examineurs de la thèse :

Monsieur	G. BARROCHE	Professeur		Président
Monsieur	H. BOUAZIZ	Professeur	}	
Monsieur	A. BELLOU	Professeur	}	Juges
Monsieur	E. SEIDL	Docteur en Médecine	}	



Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –

Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : **CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : **ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

49^{ème} Section : **PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Docteur Jean PAYSANT

54^{ème} Section : **DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : **SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : **CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : **SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : **MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : **GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE -
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND –
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. BARROCHE,
Professeur de Neurologie.

*Votre présence dans ce jury est
pour nous un honneur auquel nous sommes très
sensibles.*

*Vous avez bien voulu nous guider
dans l'élaboration de ce travail, et nous avons été
touchée par la confiance que vous nous avez
témoignée, et par l'accueil chaleureux que vous
nous avez su nous réserver.*

*Que ce travail ne soit pas seulement
une sanction de fin d'études, mais la preuve de
notre de notre profonde reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur H. BOUAZIZ,
Professeur d'Anesthésiologie et de Réanimation
chirurgicale.

*Vous nous faites l'honneur d'être
membre du jury de notre thèse.*

*Nous vous témoignons notre
profonde admiration, tant pour vos grandes
qualités professionnelles que pour votre ouverture
d'esprit.*

*Soyez remercié de l'intérêt que vous
avez bien voulu porter à ce travail, y consacrant
une partie de votre temps que nous vous savons si
précieux.*

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur A. BELLOU,
Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et
Biologie du vieillissement.

*Soyez remercié de bien vouloir
siéger au jury de notre thèse.*

*Vous avez marqué notre séjour au
Service d'Accueil des Urgences, par votre grande
disponibilité et vos compétences.*

*Nous vous exprimons notre profond
respect, et espérons avoir l'honneur de pouvoir
travailler avec vous.*

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur E. SEIDL,
Praticien Hospitalier Urgentiste.

Nous tenons à t'exprimer notre reconnaissance pour l'aide que tu nous as apportée avec une grande compétence et une extrême gentillesse.

Le temps précieux que tu nous as dispensé nous a fait apprécier ton dévouement toujours inlassable.

Nous t'en remercions et t'assurons de notre plus vive sympathie.

A ma cousine et filleule Florence Prou, les années n'effaceront pas ton souvenir, ni l'immense chagrin laissé par ton absence. C'est à toi que je dédie ce modeste travail.

A mes parents, les Docteurs François et Marie-Louise Henrion, merci pour votre amour et votre soutien sans failles. C'est à vos côtés qu'a grandi ma vocation, vous restez pour moi un modèle de savoir et de générosité. En espérant ne jamais vous décevoir...

A mes frères Olivier et Philippe, que les heures passées en votre compagnie restent toujours aussi joyeuses et empreintes de "Peter Panisme".

A mes grands-parents Maurice et Yvette Pouliquen, vos qualités de cœur et votre sagesse ont toujours fait mon admiration. Soyez remerciés de votre générosité. Avec toute mon affection.

A mon grand-père et parrain Isidore Henrion, et à ma regrettée grand-mère Marie-Charlotte, j'ai toujours trouvé chez vous réconfort et apaisement. Avec toute mon affection.

A ma tante le Docteur Dominique Seyve, et aux futurs Docteurs Marie Conrad, Nicolas Seyve et Eric Pouliquen, mes cousins, vous êtes associés à mes meilleurs souvenirs d'enfance et de vie étudiante.

A la mémoire des médecins de la famille qui nous ont précédés : nos arrières grands-parents les Docteurs François Pouliquen, et Charles About.

Enfin à mon oncle René Pierre, pharmacien, et à ma tante Sabine, merci pour votre aide précieuse. Je n'oublierai jamais votre gentillesse.

A ma tante et marraine Catherine, et à mon oncle Philippe Prou, Chirugiens-Dentistes, qu'ils trouvent ici un peu de mon affection...

Et à tous les autres membres de la famille...

Un merci particulier aux amis et à ceux *qui ont eu la gentillesse de mettre un peu de leurs compétences ou de leur disponibilité au service de ce travail, et m'ont entourée de tout leur soutien.*

Je citerai notamment du centre hospitalier de Lunéville : Monsieur le Docteur Patrick Dovèze, Praticien Hospitalier Urgentiste, Madame Nathalie Thilly, Pharmacien, Madame Patricia Zanon, Cadre Infirmier, et du Laboratoire de Chirurgie Expérimentale : Véronique et Nicolas, *pour leur concours à ce travail,*

Mais aussi les Docteurs Anouk Gehin, Christèle Fernandez, Isabelle Loiret, Jean-Louis Hirsch, Vàn Hoang-Oppermann, Thierry Costa, Géraldine et Jérôme Henry, Isabelle et Karim Naoun, et les futurs Docteurs Jessica Gosset, Stéphane Bozic et Tâm Hoang-Oppermann.

A mon amie Marion Durand,
sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.
Je suis riche de l'amitié qu'elle me porte.

A mes amis de toujours : Maud et Sébastien Aubry, Diane Balin-Gauthier, Loïc Claquin, Alexandra Colombo, Régis Decour, Alix du Serre, Delphine Feuvrier, Edouard Lip, Isabelle Mounié, et Sophie Raphenne.

Enfin à tous mes amis bisontins, nancéiens, finistériens, de l'internat, et aux autres...

A tous ces moments passés avec vous à célébrer l'amitié et la convivialité, et à tous nos fous-rires passés et à venir... Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE



Liste des abréviations

Liste des tableaux et figures

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1.DEFINITION DE LA DOULEUR	16
2. ASPECTS HISTORIQUES	19
2.1. Des premiers temps à l'Antiquité	19
2.2. Antiquité tardive : la force de la réflexion et la précision de la description	21
2.3. De l'influence des religions	21
2.4. La Renaissance ou la pérégrination des informations	22
2.5. XVII ^e siècle : Descartes donne des armes à la lutte contre la douleur.	24
2.6. Le siècle des Lumières : objectivation de la douleur.	25
2.7. XIX ^e siècle : grandes découvertes et nouvelles réflexions	26
2.8.. La fin du deuxième millénaire : une accumulation des savoirs, un déficit des savoir-faire	28
3.ASPECTS LEGISLATIFS ET PRISE DE CONSCIENCE POLITIQUE	31
4.EVALUER LA DOULEUR	47
4.1. Pourquoi évaluer la douleur ?	47
4.3. Obstacles et difficultés d'évaluation de la douleur	48
4.4. Les instruments de mesure de l'intensité de la douleur	51
4.3.Localiser la douleur	63
4.4.Les recommandations pratiques	63
5.ARSENAL THERAPEUTIQUE A DISPOSITION DU MEDECIN EN 2005	65
5.1 Les médicaments antalgiques.	65
5.2 Les médicaments adjuvants ou co-analgésiques.	76
5.3 Les traitements non médicamenteux co-analgésiques.	78

DEUXIEME PARTIE

1.PRESENTATION	83
2.LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR AU CHG DE LUNEVILLE	86
2.1. « L'avant » CLUD	86
2.2. L'évolution de la consommation des antalgiques	87
2.3. Naissance du CLUD	89
3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	90
3.1. Objectifs de l'étude	90
3.2. Population ciblée	90
3.3. Période d'étude	91
3.4. Questionnaire	91

4.RESULTATS	92
4.1. Résultats globaux	92
4.2. Répartition des différents services	92
4.3. Catégorie professionnelle	94
4.4. Évaluez vous la douleur ?	96
Si oui par quelles méthodes ?	97
Si non pourquoi ?	98
4.5. Estimez-vous que la douleur est bien prise en charge dans votre service ?	98
4.6. Parmi ces affirmations en choisir une...	100
4.7. Estimez vous être suffisamment formé(e)s à l'évaluation de la douleur ?	100
4.8. Souhaitez-vous être formé(e)s à l'évaluation de la douleur ?	102
4.9. Souhaitez-vous être formé(e)s à la prise en charge globale de la douleur ?	104
4.10. Estimez-vous que la prise en charge de la douleur doit être une priorité pour notre établissement ?	105
4.11. Commentaires libres	105

TROISIEME PARTIE

1.LE CONSTAT	107
2.DES AVANCEES NOTABLES	113
3.PERSPECTIVES	115

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE	120
SITES ET ADRESSES UTILES	129
ANNEXES	130

Liste des abréviations

AGEPS, Agence Générale des Equipements et Produits de Santé
AFSSAPS, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation En Santé
ANDEM, Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANFH, Association Nationale de Formation permanente du personnel Hospitalier
AP-HP, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARH, Agence Régionale d'Hospitalisation
ATDE, Association pour le Traitement de la Douleur de l'Enfant
CFES, Comité Français d'Education pour la Santé
CHG, Centre Hospitalier Général
CSP, Code de Santé Publique
DGS, Direction Générale de la Santé
DHOS, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
FNCLCC, Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
IASP, International Association for Pain Study
INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
OMS, Organisation Mondiale de la Santé
SETD, Société d'Etude et de Traitement de la Douleur
SFAP, Société Française d'Accompagnement et de Soins palliatifs
SFAR, Société Française d'Anesthésie Réanimation
SFGG, Société Française de Gériatrie et Gériatologie
SFSP, Société Française de Santé Publique
UPATOU, Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences
URCAMIF, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile de France
USIP, Unité de soins Intensifs Polyvalents

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Echelle des 6 visages (p 53)

Figure 2 : Echelle visuelle analogique (p.55)

Figure 3 : Répartition du personnel participant à l'étude en fonction du service (question 1) (p. 91)

Figure 4 : Nombre de réponses en fonction de la profession (question 2) (p.93)

Figure 5 : Représentation des participants à l'étude (question 2) (p.93)

Figure 6 : Evaluation clinique de la douleur (question 3) (p.94)

Tableau I : Récapitulatif des bonnes pratiques d'évaluation de la douleur chez l'enfant (p 53)

Tableau II : Evolution de la consommation des antalgiques au CHG de Lunéville entre 2000 et 2004 (p 86)

Tableau III : Répartition des réponses en fonction des services (question 1) (p.90)

Tableau IV : répartition groupée des réponses en fonction des services (question 1) (p. 91)

Tableau V : Répartition des réponses en fonction de la catégorie professionnelle et par taux de participation décroissant (question 2) (p.92)

Tableau VI : Répartition des réponses en fonction de la profession (question 4) (p.96)

Tableau VII : Répartition des réponses en fonction du service (question 4) (p. 97)

Tableau VIII : Répartition des réponses en fonction de la profession (question 6) (p.98)

Tableau IX : Répartition des réponses en fonction du service (question 6) (p.99)

Tableau X : Répartition des réponses en fonction de la profession (question 7) (p.100)

Tableau XI : Répartition des réponses en fonction du service (question 7) (p. 101)

Tableau XII : Public concerné par les diplômes de prise en charge de la douleur en 2001 (p.108)

INTRODUCTION

*« La mort n'est pas une chose sérieuse, la douleur oui . »
André Malraux*

La douleur est l'un des symptômes les plus rencontrés en médecine [1-12]. Sa prévalence, la morbidité qui l'accompagne, et son coût pour l'homme et la société en font un des problèmes majeurs de la pratique médicale et du système de santé. Indissociable de la condition humaine elle s'enracine dans l'histoire de l'humanité [13]. Comme ce phénomène est à la fois très commun, puisque c'est l'expérience humaine la mieux partagée, et très complexe car il se manifeste de manière très hétérogène et obéit à des déterminismes multiples et variables selon l'individu, de nombreux auteurs ont tenté de le définir à travers les temps, s'interrogeant sans cesse sur sa finalité et sur ses bases physiologiques. Le dernier quart de siècle a été le théâtre des plus grands progrès dans ce domaine, en abordant la douleur sur un mode multidisciplinaire et en plaçant enfin l'homme au centre du débat. Si ce remarquable effort n'a pas permis d'apporter une réponse à l'interrogation métaphysique de l'homme aux prises avec sa douleur, il a modifié de façon irréversible le comportement médical et l'exigence du public.

Ainsi dans une première partie nous aborderons l'historique du phénomène de la douleur afin de mieux comprendre l'héritage des quêtes intellectuelles passées. Nous reviendrons sur les grandes dispositions réglementaires qui ont marqué un tournant décisif dans ce domaine. Nous passerons en revue les instruments de mesure de la douleur, et développerons les nouveautés de l'arsenal thérapeutique efficace dont dispose tout médecin à l'aube du XXI^e siècle. Cette première partie aura attiré notre attention sur ce fait : grâce à l'évolution des connaissances, le corps médical dispose désormais d'un grand nombre d'armes pour prendre en charge efficacement la douleur. Qu'en est-il dans la pratique ?

La deuxième partie se penchera donc sur la prise en charge de la douleur au travers du cas particulier de Lunéville. La récente mobilisation de son CHG dans cette optique, et ce, conformément aux obligations réglementaires, a en effet donné lieu à la création d'un Comité de Lutte contre la Douleur, dont l'une des premières actions aura été la réalisation d'une enquête sur la prise en charge de la douleur au sein du CHG de Lunéville. Nous détaillerons les résultats de cette enquête, et mettrons en relief ses points essentiels.

Dans une troisième partie nous nous interrogerons sur les fondements d'un des nouveaux paradoxes de la médecine du XXI^e siècle qui, parallèlement à l'accumulation des savoirs sur la douleur, fait le constat d'un déficit des savoir-faire. Enfin nous étudierons, à la lueur de ces observations, quelles pourront être les grandes perspectives pour une amélioration de la prise en charge de la douleur au centre hospitalier de Lunéville.

PREMIERE

PARTIE

« La lutte contre la douleur est une usure. Consentir à la souffrance est une sorte de suicide lent... Il n'y a qu'une douleur qui soit facile à supporter, c'est celle des autres. La douleur, toujours inutile, appauvrit l'homme. En peu de temps elle fait de l'esprit le plus lumineux un être traqué, replié sur lui-même, concentré sur son mal. En fait la douleur est toujours un sinistre cadeau qui diminue l'homme, et le rend plus malade qu'il ne le serait sans elle. Le devoir strict du médecin est toujours de s'efforcer à la supprimer s'il le peut. »

René Leriche, » Chirurgie de la douleur », 1937

1.DÉFINITION DE LA DOULEUR

« La douleur est chose très musicale, on peut presque en parler en termes de musique ; il y a des douleurs graves et aiguës, des andante et des furioso, des notes prolongées, des points d'orgue et des arpèges, des progressions, de brusques silences... » Paul Valéry, *Monsieur Teste*

La douleur est un phénomène à la fois universel et totalement intime. Définir la douleur reste un exercice complexe auquel se sont essayés philosophes, poètes, religions et médecine empirique avant qu'elle ne soit devenue objet de science, puis de santé publique [14].

L'IASP (International Association for Pain Study) l'a définie en 1976 comme étant " *une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage* " [15].

Cette définition, qui est désormais un grand standard international, a également été retenue par l'OMS.

En ne réduisant pas la douleur à ses seules causes lésionnelles, cette formulation présente l'intérêt de l'envisager dans toute sa complexité : organique et psychologique.

Ainsi la première partie de cette définition affirme le caractère sensoriel de la douleur comme élément premier associé à un: " dommage tissulaire réel " et insiste sur son caractère émotionnel désagréable .C'est cette douleur que Descartes qualifiait de « douleur-signal d'alarme » : « *La douleur n'est ni plus ni moins qu'un signal d'alarme dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle* ».

La dernière partie de la définition signifie que tous les types de douleur sont ressentis comme si un tissu était lésé : le fait qu'une lésion réelle existe ou non ne modifie pas le ressenti de la douleur. Elle insiste sur l'expression verbale, au risque de négliger les situations où la douleur ne s'exprime que par des attitudes ou des modifications de comportement, comme chez le jeune enfant ou le sujet très âgé. Plusieurs spécialistes avancent que l'expression de la douleur d'un nouveau-né ne cadre pas avec la stricte définition de l'IASP puisque l'intéressé doit en faire état [16-18]. Cette incapacité de rendre compte de la douleur contribue à l'échec des

professionnels de la santé à percevoir et à traiter la douleur de manière efficace pendant la première et la petite enfance [19].

Par ailleurs cette définition ne fait pas état d'une notion de durée. Pourtant la distinction est faite partout dans les textes officiels entre douleur aiguë et douleur chronique, ce dernier terme s'appliquant aux douleurs dont la durée dépasse plusieurs mois.

L'IASP n'a pas non plus précisé cette notion de temporalité dans sa définition de la douleur chronique: « *Douleur persistante qui peut concorder avec les données physiques et qui est associée avec au moins deux des conditions suivantes : a) une détérioration progressive de la capacité fonctionnelle au domicile, sur le plan social et au travail ; b) une augmentation progressive de la demande et du recours à des médicaments ou à des procédures médicales invasives ; c) un trouble de l'humeur ; d) de la colère et de l'hostilité signifiante.* » On peut noter que ces critères sont actuellement à la base des principaux guidelines pour l'établissement des programmes d'évaluation et de prise en charge thérapeutique des syndromes douloureux chroniques.

En revanche pour l'OMS: « *La douleur qui dure longtemps ou qui est permanente ou récurrente [...] est appelée chronique quand elle dure plus de 6 mois.* »

L'American Society of Anesthésiologists (ASA) l'a énoncée encore différemment : « *Douleur persistante ou épisodique d'une durée ou d'une intensité qui affecte de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient, attribuable à toute cause non maligne.* » Ceci sous-entend d'autres dimensions que la simple notion de durée d'évolution, :celle d'une douleur destructrice, inutile, ayant des répercussions majeures sur le vécu de l'individu, celle d'une « douleur-maladie » ou syndrome douloureux chronique, lorsqu'il « envahit » en quelque sorte le patient.. C'est René Leriche qui évoquera le premier cette notion de « douleur-maladie ».

Enfin, la définition du groupe de travail de l'ANAES [20] a l'intérêt de synthétiser celles de l'IASP , de l'OMS et de l'ASA : « *une douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et /ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien être du patient, attribuable à toute cause non maligne* ».

Cependant, diverses situations ne rentrent pas dans ce cadre. Ce sont les douleurs intermittentes, récidivantes, par poussées de quelques semaines et donc aiguës dans leur déclenchement mais chroniques dans leur évolution. Les termes de persistantes, rebelles, prolongées, seraient plus appropriés : le terme de chronique a une connotation péjorative laissant entendre qu'il s'agit d'une situation définitive, ce que l'expérience clinique ne confirme pas toujours.

Ces définitions mettent toutes en exergue le caractère subjectif de la douleur : chaque homme ne réagit pas de la même manière à une douleur identique. L'anatomie et la physiologie ne suffisent pas à expliquer ces variations. La perception, la tolérance, et l'expression de la douleur dépendent du sens que lui a donné chaque homme, reflétant ce qu'il est, ou est devenu, au travers de l'histoire de ses ancêtres, de son appartenance ethnique, de ses croyances religieuses, de ses expériences antérieures de douleur, de son niveau et entourage social, mais aussi de son âge, de son sexe, et des circonstances dans lesquelles survient cette douleur.

Ainsi, on reconnaît classiquement quatre composantes à la douleur, selon un modèle pluridimensionnel de la douleur, exposé par Boureau en 1988 [21],:

1. une *composante sensorielle* qui correspond aux mécanismes neurophysiologiques de décodage du message nociceptif : type, intensité, qualité, localisation, durée de la douleur.
2. une *composante cognitive* qui représente ce que le patient peut savoir, penser, imaginer, ou croire au sujet de sa douleur ; elle conditionne la réaction du patient et peut moduler la perception de la douleur.
3. une *composante affectivo-émotionnelle* qui confère le caractère désagréable de toute sensation douloureuse.
4. et une *composante comportementale* qui correspond à l'ensemble des manifestations observables que détermine la douleur, qu'elles soient motrices (faciès, agitation ou au contraire prostration), verbales (cris, pleurs, plaintes) ou physiologiques (modifications des fréquences cardiorespiratoires, réflexe de retrait). Ce comportement a valeur de communication avec l'entourage.

Ce modèle fait aujourd'hui référence sur le plan national et international.

2. ASPECTS HISTORIQUES

« on ne pratique bien une science que si l'on en connaît l'histoire. » Auguste Comte

L'idée que l'on s'est faite de la douleur a varié à travers les temps, et les lieux, au gré des connaissances disponibles, de l'influence des religions, et de celle des grands penseurs . Globalement, elle était souvent associée au « mal », ou perçue comme le résultat direct d'une punition divine causée par une transgression dont le coupable n'est pas nécessairement conscient.

2.1. Des premiers temps à l'Antiquité

D'après les historiens, l'homme de la préhistoire aurait considéré la douleur comme l'œuvre du démon. L'homme pouvait faire la relation entre une blessure ou un traumatisme apparent et la souffrance, en revanche la souffrance dont il ne percevait pas la cause restait un phénomène incompris, voire mystérieux, ne pouvant venir que d'une puissance surnaturelle.

Du pays Maya à l'Egypte ancienne, la douleur est vécue comme une punition des Dieux aux faiblesses des hommes. Les hommes l'endurent comme une offrande aux divinités pour obtenir leur pardon. Dans la mythologie grecque Prométhée souffre parce qu'il a osé apporter la connaissance divine aux hommes, contre la volonté des dieux, et les vautours rongent ses entrailles.

Les textes les plus anciens dont on a la certitude qu'ils évoquent réellement la douleur sont ceux de l'Iliade et l'Odyssée d'Homère, au XVIII^e siècle av. J-C. Homère aborde la douleur aiguë dans les combats d'Ulysse, notamment contre le cyclope, et partout il est question de douleur morale. En tout on retrouve près de 72 termes utilisés par Homère pour parler des différentes douleurs et souffrances.

Au VII^e siècle av. J-C., Bouddha dira : *« Voici mes frères, la vérité sur la souffrance. La naissance est douleur, l'amour est douleur, la séparation est douleur, ne pas réaliser ses désirs c'est souffrir, s'attacher aux choses de la vie c'est souffrir. Voici l'origine de la souffrance : le désir du bonheur, le désir d'exister »*.

Au V^e siècle av. J-C. Sophocle est le premier à aborder la notion de douleur chronique dans « Philoctète ». Il y évoque une blessure vieille de dix ans et qui engendre des souffrances.

Entre 430 et 380 av. J-C., Hippocrate aurait été à l'origine de 60 traités sur le thème de la douleur, recueillis dans le corpus hippocratique. On est frappé par la richesse de son arsenal thérapeutique : fébrifuges, calmants, laxatifs, vomitifs... Il n'appréhende pas la douleur comme une sensation mais comme un sentiment, s'opposant à celui de plaisir. Hippocrate fonde la théorie de la douleur indice pour le diagnostic ; la connaissance de celle-ci détermine le traitement. Il dira « *Soulager la douleur est oeuvre divine* » [22] c'est à dire que si le médecin réussit, il est assimilable à un dieu puissant et bienfaisant ; mais cet aphorisme signifie aussi que la sédation est le privilège des dieux, l'homme faisant, lui, ce qu'il peut !!

A la même époque, Socrate et les cyniques pensent que l'homme ne doit se préoccuper ni de sa santé ni de la souffrance, ni de la mort.

En 270 av. J-C. Epicure déclare que le plaisir est l'absence de douleur. Il ajoute : « *Si cela vous déçoit, c'est que vous êtes tellement coupés de la vérité de votre chair que vous en êtes venus à ignorer qu'une plénitude totale vous est offerte à chaque instant, et que seule la douleur physique peut vous en éloigner.* » Faire taire la douleur, rapidement et sans détours est donc le but exclusif des disciples d'Epicure.

Les stoïciens ont violemment combattu cette façon de voir les choses, tout comme la morale chrétienne bien plus tard. Ils ont souligné la richesse qu'on trouve dans l'expérience douloureuse, l'idée que l'homme doit accepter un principe : celui de sa destinée, de tout ce qui ne dépend pas de lui : être né, mourir un jour, la réussite ou l'échec. En toutes choses, à chaque instant : « *Supporte et abstiens-toi* », « *Douleur, tu n'es qu'un mot* », Epictète, 125 ap. J.C. C'est peut-être ici plus encore que dans le christianisme qu'on trouve la source du silence de l'expression douloureuse qui agressera l'occident médiéval...

Ainsi, les médecins de l'antiquité, égyptiens, sumériens, grecs et plus tard les romains connaissaient bien les substances qui provoquent le sommeil et apaisent la douleur, et maniaient déjà les plantes narcotiques telles que la Jusquiame, la Mandragore ou le pavot.

Cependant pour les tragiques grecs elle appartenait au destin de l'individu qui expiait une faute dont il n'était pas responsable. [13 ; 23-27]

2.2. Antiquité tardive : la force de la réflexion et la précision de la description

Au 1^{er} siècle ap. J-C., Celse, vulgarisateur et encyclopédiste, touche à une médecine plus hippocratique, faisant de la douleur une piste importante pour le pronostic des maladies et présentant avec force détail les divers remèdes possibles.

Son contemporain Cappadoce décrit la séméiologie des céphalées avec une précision dont peu de cliniciens peuvent se prévaloir aujourd'hui.

Au II^e siècle, Galien allie philosophie, médecine, anatomie et physiologie. Il place avant tout la douleur comme symptôme, ayant une valeur pronostique. L'analyse qu'il a faite du mécanisme de sensation, et, déjà, de la perception de la douleur a longtemps fait autorité. C'est à lui que nous devons la classification des différents types de douleurs : pulsative, gravative, tensive, et pongitive, ainsi que la description des caractéristiques de l'inflammation : *dolor, calor, rubor et tumor*. [13 ; 23-27]

2.3. De l'influence des religions

La civilisation judéo-chrétienne apporta un changement décisif : la douleur devint sanction de la faute originelle et liée au péché. Elle était expiatrice mais pouvait prendre une valeur rédemptrice, quand elle était acceptée voire recherchée. Nombreux sont les chrétiens sanctifiés par l'Eglise, et ayant subi épreuves ou tortures, voire s'étant infligé des mortifications, au nom de leur Foi. Les premiers martyrs ont laissé des témoignages éloquents : « *Mon âme ne peut rentrer au Paradis avec la palme du Martyr que si mon corps a été déchiré avec violence par les bourreaux.* » Sainte Agathe. Pour le chrétien elle était une façon de participer aux souffrances du Christ. Des débuts de l'ère chrétienne à la fin du XII^e siècle, son sens évoluera d'une douleur expiation-rédemption en douleur compassion.

Ainsi au Moyen-Age (395-1453) et avec la montée du christianisme, l'occident abandonna progressivement la pharmacopée antique. L'action des plantes hypnogènes faisait également courir le risque de surdosage potentiellement mortel et était assimilée à de la sorcellerie. Seule la sanctification préalable de ces plantes autorisait à les utiliser. Les chirurgiens répugnaient d'ailleurs, à opérer sur un corps endormi qui présentait tous les signes de la mort. Même les malades croyaient en l'efficacité du chirurgien, en proportion du mal qu'il faisait.

Se succéderont quelques siècles « obscurantistes » où seule la médecine arabe, notamment avec Avicenne (980-1037), s'intéressera aux analgésiques. L'Islam (étymologiquement « soumission aux décrets de Dieu ») concevant en effet la douleur d'une toute autre manière, celle-ci n'est vue ni comme un châtiment ni comme une rédemption, mais plutôt comme une fatalité. Endurance et acceptation de l'épreuve caractérisent le fidèle qui se remet entre les mains de Dieu avec patience.

La fin du Moyen Age voit naître les premiers hôpitaux. Ceux-ci sont tenus par des religieux, aux yeux desquels la douleur est rédemptrice : celui qui souffre gagnera son paradis, tout comme celui qui soulage les souffrances de son prochain. Les interventions chirurgicales sont pratiquées sous « anesthésie », et des éponges imbibées d'opium, de lierre, de mandragore sont appliquées au patient dès le XII^e siècle.

Durant plus de 1000 ans, cette conception morale a imprégné la relation de l'homme à la douleur, et si les bonnes volontés pouvaient se libérer du carcan religieux ou s'en accommoder, les moyens médicamenteux restèrent trop longtemps peu nombreux et empiriques. [13 ; 23-27]

2.4. La Renaissance ou la pérégrination des informations

Les grands conflits européens de l'époque Renaissance, charriant mutilés et grands blessés de guerre, marquent un tournant dans l'évolution des connaissances, et les épidémies et pandémies qui frappent ce XVI^e siècle environ tous les cinq ans, font l'objet de nombreux écrits.

La littérature en tient pour preuve les textes laissés par Montaigne (1533-1592), obligé de fuir sa maison pendant de nombreux mois en raison de la peste. Montaigne donna à cette fameuse

peste les caractéristiques de toutes les pathologies. Tout était peste, la peste était toutes les douleurs. Ambroise Paré (1509-1590), médecin et chirurgien des Armées sous quatre rois de France en décrira les signes cliniques dans son traité de la peste [28] et énumèrera de façon très fine les critères de l'algoneurodystrophie [29], critères que l'on retrouve aujourd'hui.

L'invention récente des armes à feu et son utilisation sur les champs de bataille, ou notamment lors des massacres de la St Barthélemy (1572) confrontent ce même Ambroise Paré à de nouveaux dégâts anatomiques. Celui-ci après s'être penché sur les moyens les plus efficaces pour éviter les grandes douleurs chez le soldat blessé devant subir une amputation préconisera l'utilisation du froid, les ligatures vasculaires et surtout la rapidité d'exécution du geste chirurgical [29]. Ce père de la chirurgie moderne justifiait les douleurs qu'imposaient le scalpel par la perspective de douleurs plus grandes encore sous l'emprise de la maladie.

Le XVI^e siècle voit aussi la levée de l'interdiction de consulter la littérature antérieure à la naissance du Christ, avec la réapparition d'ouvrages tels que *Traité des fractures et des luxations* d'Hippocrate. Cet accès à la littérature permit une explosion des connaissances médicales et de la pharmacopée, d'abord en Italie, puis dans le reste de l'Europe.

C'est ainsi qu'en Suisse, un médecin nommé Paracelse (1493-1541) expérimenta la valeur médicale de l'éther, puis de l'opium auquel il découvrit des propriétés analgésiques telles, qu'il le nomma laudanum, du latin laudare, louer.

En cette époque de schisme protestant-catholique, la réforme protestante apportera par ailleurs l'idée que l'homme ne doit pas son salut aux épreuves affligeant le corps. Pour les calvinistes il est absurde de pouvoir considérer qu'un Dieu miséricordieux soit un Dieu punisseur, alors que du côté catholique il est toujours d'actualité que le rapport à la douleur est un rapport de « spiritualité sublimée qui tourne délibérément le dos à la spontanéité vitale et à la voix de la nature » [13]. Pour l'athée c'est sans doute le point le plus inacceptable du dogme chrétien. C'est à nouveau Montaigne qui mettra en évidence un fait essentiel en opposition avec cette assertion chrétienne : les médecins s'intéressent à l'hygiène du corps sans prendre en considération la partie la plus entière de l'homme, l'analyse du moi. C'est lui qui le tout premier fait entrer dans la littérature [30], la dignité, en affirmant « *je suis moi-même* ».

Ce siècle marque surtout l'avènement de l'être en tant qu'individu, plus que la reconnaissance de la douleur. [13 ; 23-27]

2.5. XVII^e siècle : Descartes donne des armes à la lutte contre la douleur.

Le XVII^e siècle souffre encore à la manière de Pascal (1623-1662) dans *Les prières pour demander à Dieu le bon usage des maladies* : « [...] vous m'envoyez maintenant la maladie pour me corriger » « Je ne vois rien en moi que mes seules douleurs qui ont quelques ressemblances avec les vôtres. Considérez les maux que je souffre et ceux qui me menacent. Faites donc, Seigneur,[...] qu'étant malade comme je suis, je vous glorifie dans mes souffrances. Reconnaissez-moi donc pour votre disciple dans les maux que j'endure[...] »...

pendant que Descartes (1596-1650) tente de dégager la physiologie de la métaphysique : « la douleur n'est ni plus ni moins qu'un système d'alarme dont la seule fonction est de signaler une lésion corporelle » ...Dans les *Principes de la philosophie*, publié en 1644 [32], il conceptualise les sensations, plus particulièrement celle de la douleur, comme moyen de connaître l'union de l'âme et du corps. La douleur n'est pas une expression particulière ou privilégiée de l'âme, elle n'est qu'une expression parmi les autres sensations, tout comme la joie, la tristesse ou la peur. Les perceptions qui proviennent de l'extérieur ou de l'intérieur du corps sont de même nature, et c'est seulement dans la succession des sensations que nous arrivons à déterminer si une sensation est déjà en nous ou si elle vient d'un objet extérieur.

De l'autre côté de la Manche, Thomas Sydenham (1624-1689), médecin longtemps considéré comme l'Hippocrate anglais se bat pour faire adopter le laudanum portant son nom, potion analgésique à base de teinture alcoolique d'opium qu'il vient de mettre au point et qui, quelques années plus tard sera à l'origine de la première guerre de l'opium entre l'occident et la Chine (1839-1942).

Deux concepts émergent alors et s'opposent: douleur utile, signal d'alarme, et douleur nuisible, fléau à combattre...[13 ; 23-27]

2.6. Le siècle des Lumières : objectivation de la douleur.

Il faut attendre le siècle des Lumières, avec son courant de laïcisation et de rationalisation pour que la douleur soit étudiée scientifiquement, qu'on tente de l'évaluer, d'en décrire les voies de transmission, de la reproduire expérimentalement, de la traiter en fonction d'une pharmacologie spécifique. Trois écoles se distinguent alors : les mécanistes attribuent la douleur à un excès ou un défaut de fibres, les animistes pensent que l'âme est source de la douleur, enfin les vitalistes-naturalistes déclarent que celle-ci est une sanction de la nature, résultant du conflit entre la tendance naturelle et la contrainte sociale.

On quitte le christianisme pour entrer dans la laïcisation de la douleur au niveau de la conscience médicale, et l'animisme prend le pas sur le magique ou le divin. Le champ de la douleur est désormais exclu du mal et le mal du pêché. Les animistes acceptent la théorie mécanique de la douleur « occasionnée par la distraction, le picotement ou autre semblable lésion des parties nerveuses » (Boissier de Sauvages, 1772) mais ils lui ajoutent une approche psychologique qui fait participer l'âme directement dans les fonctions organiques (respiration, digestion, élimination, etc...) : la psychologie fait son entrée dans le concept de la douleur...

Une classification nettement plus précise et élaborée de la douleur apparaît, avec l'individualisation de quatre douleurs principales : douleur tensive, douleur gravative, douleur pulsative, et douleur pongitive. La douleur garde alors plus que jamais la valeur d'un signal, et ces classifications ont avant tout un but diagnostique, dirigeant le médecin vers un soulagement plus rapide du malade.

Parallèlement en 1772, Priestley, chimiste anglais, découvre le protoxyde d'azote ou gaz hilarant. Son usage restera récréatif, attraction des fêtes foraines, jusqu'à la moitié du XIX^e siècle.

En 1792, et sous la révolution française, l'éther réapparaît. [13 ; 23-27]

2.7. XIX^e siècle : grandes découvertes et nouvelles réflexions

Un peu plus tard, Larrey (1766-1842), chirurgien en chef de la Grande Armée napoléonienne applique du froid pour insensibiliser localement ses patients. Il utilise de façon expérimentale l'inhalation de protoxyde d'azote en 1822, suivi par un nommé Morton, chirurgien-dentiste de Boston, qui met au point le mélange oxygène-azote en 1846, et en diffuse l'usage dans la communauté des dentistes. Un peu plus tard, en 1874, le psychologue et philosophe William James déclarera que les secrets de la religion et de la philosophie se retrouvent dans l'intoxication au protoxyde d'azote...

C'est également sous l'Empire (1804-1815) que sont mises en évidence les propriétés analgésiques de la morphine, alcaloïde le plus puissant de l'opium, par les français Derosne et Seguin en 1803, puis par l'allemand Sertüner en 1805, qui la baptise aussitôt morphium, car ses effets rappellent le dieu des songes de la Grèce antique, Morphée.

Le chimiste allemand Liebig découvre à son tour en 1831 les propriétés du chloral, ou chloroforme anesthésique beaucoup plus puissant que l'éther, et dont l'utilisation se répandra à partir de 1847.

Ces deux découvertes marquent alors la fin des anesthésies par l'alcool ou les vapeurs d'herbes quelconques [33].

C'est au cours de ce siècle que sont extraits les différents sels de morphine. Celle-ci fera couler beaucoup d'encre, du fait de son ambivalence remède - poison. En 1831 Piria extrait l'acide salicylique du saule blanc, saule dont Hippocrate déjà utilisait l'écorce en décoction comme antidouleur. En 1855, Kolbe en réalise la synthèse, ce qui en fit le premier médicament synthétique connu. En 1886 le paracétamol est découvert, et quelques années plus tard : l'aspirine® sera brevetée et commercialisée (1900).

Une autre invention décisive voit le jour en 1850, avec la mise au point par le médecin lyonnais Pravaz de la seringue hypodermique à aiguille creuse en or ou en argent. L'injection

intra-veineuse d'un principe actif d'une plante est réalisée pour la première fois dans l'histoire des sciences, inaugurant l'ère moderne de la pharmacologie et de la médecine.

A partir de cette date l'utilisation massive de la morphine contre la douleur est rendue possible tant en champ hospitalier que sur les champs de bataille qui se succèdent entre 1860 et 1870, avec la guerre de Sécession aux USA, la guerre de Crimée en Russie, la guerre austro-prussienne et la guerre franco-allemande, rendant supportables les blessures et les amputations par l'injection de sulfate de morphine.

Certains en feront l'apologie, comme Jules Verne :

*« Prends s'il le faut Docteur, les ailes de Mercure
Pour m'apporter plus tôt ton baume précieux
Le moment est venu de faire la piqûre
Qui, de ce lit d'enfer m'enlève vers les cieux.
Ah ! Perce-moi de cent fois de ton aiguille fine
Et je te bénirai cent fois, sainte morphine
Dont Esculape eut fait une divinité. »*

La paternité de l'anesthésie locale est généralement attribuée à Karl Koller qui publie sur le sujet en 1884. Des techniques comme le goutte-à-goutte d'éther sur un endroit à inciser, en même temps qu'une réfrigération à la glace, sans procurer une totale insensibilité, diminuaient de beaucoup la douleur. Il faut également relever l'utilisation de la feuille de coca, qui atteignit son apogée en 1884, avec la parution de l'article que Freud publia, *Ueber coca*. Cet article est un des meilleurs historiques sur la question. Freud qui souffrait d'un cancer du larynx, en décrivait l'application locale pour anesthésier la peau et les muqueuses.

Parallèlement Claude Bernard (1813-1878) découvre l'existence de centres nerveux indépendants du grand centre cérébro-spinal et définit les principes de toute recherche physiologique expérimentale [34].

Malgré ceci et jusqu'au début du XX^e siècle, un courant d'opposition au besoin de traiter la douleur et d'appliquer l'anesthésie opératoire persiste, considérant la douleur comme message d'alarme pour des maux plus graves encore cachés.

Ainsi, s'opposant à ses collègues enthousiasmés par la découverte de l'anesthésie générale, Alfred Velpeau (1867-1795) déclarait avec autorité en 1840 : *« Eviter la douleur par des*

moyens artificiels est une chimère qu'il n'est plus possible de poursuivre aujourd'hui. Instruments tranchants et douleur sont des mots qui ne se présentent pas les uns sans les autres à l'esprit du malade, et dont il faut nécessairement admettre l'association quand il s'agit d'opérations. » Sept ans plus tard, ce même Velpeau allait devenir un ardent défenseur de l'anesthésie. Ce qui conduisait un de ses confrères à lui répondre, avec nostalgie : *« Avec l'anesthésie, c'en est fini du tempérament chirurgical ! »* [35-36].

Magendie, le célèbre physiologiste, son contemporain souleva la question de la moralité de l'anesthésie générale au cours d'une séance houleuse à l'Académie des Sciences en 1847: " *Ce que je vois de plus certain dans tout cela, c'est que les chirurgiens font des expériences humaines sans savoir ce qu'elles produiront, ni quels sont les résultats qu'ils obtiendront. Cette conduite n'a peut-être pas toute la moralité désirable... Vous plongez les malades dans un état d'ivresse ; car ce n'est pas autre chose qu'un état d'ivresse ; que la substance soit inspirée ou prise en boisson, peu importe.* " Il devait conclure : *" A mes yeux, la nouvelle méthode est sujette à des inconvénients graves et je ne saurais trop vivement protester contre la généralisation d'un semblable moyen... Qu'un malade souffre plus ou moins, est-ce là une chose qui intéresse l'Académie des Sciences ? "*[37].

Le physiologiste Lhermitte voyait dans la morphine uniquement le moyen d'éviter le suicide auquel étaient acculés parfois les patients : *« ...certains médecins donnent trop largement de la morphine. Il ne faut injecter de la morphine à un sujet que si l'on a réellement la certitude que le malade souffre beaucoup. Il ne faut pas donner de la morphine à tort et à travers... »*

[13 ; 23-27]

2.8.. La fin du deuxième millénaire : une accumulation des savoirs, un déficit des savoir-faire

Le XX^e siècle a enregistré dix fois plus de progrès dus à la recherche scientifique de tous bords que dans chacun des autres siècles. De plus, jamais auparavant la science et les faits sociétaux n'avaient été aussi étroitement liés qu'au cours de ce XX^e siècle qui connut les fléaux charriant les pires douleurs au travers de deux grandes guerres mondiales. La première laissera derrière elle trois millions de blessés à soulager, parmi les armées françaises et allemandes.

Pourtant, le progrès qui s'est poursuivi en ordre dispersé jusqu'à la moitié du XX^e siècle ne répondait qu'imparfaitement à l'appel des patients. La médecine des années 50 maîtrisait pleinement la sémiologie de la douleur mais la douleur des patients ne préoccupait pas outre mesure les médecins. La douleur était souvent acceptée comme un mal nécessaire, l'usage des thérapeutiques était arbitrairement limité, l'anesthésie était mise en oeuvre pour la commodité du chirurgien autant que pour le confort du patient. Des explorations ou des interventions pénibles étaient conduites sans recours aux analgésiques.

Les attributs de douleur diagnostique (Hippocrate), douleur pronostique (Galien), douleur signal d'alarme (Descartes), douleur punition (Antiquité égyptienne), douleur résignation, (Antiquité grecque), douleur expiation-rédemption (début de l'ère chrétienne, et jusqu'au Moyen-Age), douleur nécessaire pour traiter (jusqu'au XX^e siècle) ; ont trop longtemps imprégné les comportements médicaux avant que ne soit entendu l'appel de René Leriche en faveur d'une médecine de la douleur enfin refusée.

La religion chrétienne a pesé indiscutablement sur la conduite inadaptée des médecins, même en cette fin de siècle. Dans les maternités, le trop célèbre « *Tu enfanteras dans la douleur* » leur a servi de cache-misère biblique pendant près de vingt siècles, là où les médecins de l'antiquité utilisaient, dans ces situations, un arsenal de plantes narcotiques. Cette signification symbolique donnée à la douleur se retrouvait dans les établissements scolaires où la douleur était infligée à visée éducative ou, dans les régimes monastiques. Des personnalités comme Bourneville se sont élevées contre ce courant. Celui-ci a milité pour la laïcisation des hôpitaux, et contre les sœurs hospitalières qui répétaient à l'instar d'un théologien, le Père Morineau : « ... la souffrance patiemment enduré a toujours été considérée comme une richesse pour l'église...Bienheureux les endurants. Soyez les éducatrices pour vos malades...qui apprennent à surmonter. ». Aujourd'hui la position de la religion catholique vis-à-vis de la douleur est claire et rejoint la tendance actuelle, même si elle reconnaît en celle-ci une forme d'expérience mystique : « *A travers les siècles et les générations humaines, on a constaté que dans la souffrance se cache une force particulière qui rapproche intérieurement l'homme du Christ, une grâce spéciale.* » Jean-Paul II Lettre apostolique Salvifici doloris, 1984 (Le sens chrétien de la souffrance, Le Centurion, 1984)

La voix de René Leriche a eu une qualité prophétique, car durant le dernier quart de siècle, la place de la douleur dans la relation médicale s'est transformée grâce à une approche pragmatique et pluridisciplinaire de la neurophysiologie, de la psychologie, et de la thérapeutique. Les progrès de la médecine, régulièrement commentés par les médias, ont rendu de plus en plus difficilement acceptables pour le public la sous-utilisation des moyens disponibles, mais aussi les limites de la thérapeutique vis-à-vis de certaines douleurs. La mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé et des pouvoirs publics et, la mutualisation de leurs compétences, a abouti à une évolution progressive des pratiques médicales s'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, visant à répondre à cette exigence légitime de toute personne malade...

3.ASPECTS LEGISLATIFS ET PRISE DE CONSCIENCE POLITIQUE

« Si un humain n'est pas capable de percevoir la douleur d'un autre, il serait justifié de lui retirer sa qualité d'homme » Bernard Weber

Parallèlement au réveil des consciences humanistes et médicales en particulier, les hommes politiques ont apporté leur contribution efficace et des définitions simples, dans des textes de lois précis, susceptibles d'être compris de tous, soignants et soignés, ont vu le jour.

L'O.M.S. (Organisation mondiale de la santé) en 1984 a été la première assemblée à demander de façon très claire que soit prise en charge la douleur :

« Nous demandons aux gouvernements de tous les pays d'organiser un enseignement des traitements de la douleur, de veiller à ce que leurs législations contrôlent l'usage des opiacés, n'empêchant pas les malades d'en bénéficier lorsqu'ils en ont besoin, d'adhérer au réseau de diffusion des connaissances concernant la douleur et son traitement, de diffuser les directives de l'OMS à ce sujet, et de favoriser la diffusion dans les médias de l'information nécessaire, afin que les malades et leur famille puissent prendre conscience du fait que la douleur n'est pas inévitable et qu'elle est presque toujours maîtrisable. »

En France ces recommandations durent attendre les années 1990 pour déboucher sur des textes de loi de plus en plus précis :

- Le tout premier texte référent dans ce domaine paraît en 1991, et traite de la douleur chronique. « la douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement » Bulletin officiel n° 9113 bis.
- Il est suivi du décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Article 8. « En l'absence du médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable [...] ».

- Le 7 janvier 1994 paraît une circulaire DGS relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques. Circulaire DGS/DH n°3 du 7 janvier 1994.
- En octobre 1994, le Sénateur Lucien Neuwirth, déjà pionnier en matière de contraception, organise au Sénat le remarquable Colloque « Prendre en charge la douleur » [38]. Les actes du colloque comportent entre autres dix propositions concrètes visant à faire reculer la douleur :

Prendre en charge la douleur

- 1- Mettre en place dans les établissements de santé un comité de coordination.
- 2- Désigner au sein des établissements de santé et des établissements hébergeant des personnes âgées un coordinateur de la douleur.
- 3- Supprimer le carnet à souches.
- 4- Instituer un chapitre spécifique de la nomenclature consacré au traitement de la douleur.
- 5- Instituer dans chaque faculté de médecine un « coordinateur de la douleur ».
- 6- Inciter au développement de la formation continue des médecins.
- 7- Développer le nombre des diplômes universitaires.
- 8- Individualiser l'enseignement de la douleur dans la formation des infirmières, des psychologues et des masseurs-kinésithérapeutes Individualiser l'enseignement de la douleur dans la formation
- 9- Organiser une campagne d'information auprès des personnes travaillant dans les établissements sociaux et médico-sociaux hébergeant des personnes âgées.
- 10- Mettre en place un numéro vert.

Source : Soulager la douleur, P.Queneau, G. Ostermann [39]

- Le Colloque d'octobre 1994 se concrétisera par l'« amendement Neuwirth » apporté à la loi n° 95-116 du 4 février 1995, dite « loi hospitalière ». La volonté militante de L.Neuwirth permis ainsi de franchir de nombreux obstacles réglementaires.

La « loi hospitalière » du 4 février 1995

« Les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L. 1714-11.

[...] Les centres hospitaliers et universitaires assurent à cet égard la meilleure formation et diffusent les connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans ces établissements. »

Source : Soulager la douleur, P.Queneau, G. Ostermann [39]

- Le nouveau Code de Déontologie des médecins rénove en 1995 deux articles:

Art.37. – En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.

Art.38. – Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage.*

Source : Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre, nouveau code de déontologie des médecins.

- Le code de santé Publique reprendra dans son article L.710-3-1 les termes exacts de la « loi hospitalière » de 1995.
- La circulaire de la Direction générale des Enseignements Supérieurs (DGES) du 6 mai 95, relative aux « enseignements des premiers et deuxième cycles » rend obligatoire et devant désormais faire l'objet de séminaires en deuxième cycle les enseignements concernant la prise en charge de la douleur. Circulaire DGS/DH n° 95/22 du 6 mai 1995.

- En 1995, l'ANAES fait recenser les structures d'évaluation et de traitement de la douleur [40].
- En novembre 1995 l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) publie « Recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire » [41]. Ce texte détaille les moyens thérapeutiques disponibles, insistant sur le rôle de pièce maîtresse de la morphine dans le traitement symptomatique de la douleur du cancer, et ce quel que soit le stade évolutif de la maladie.
- La « charte du patient hospitalisé » annexée à la circulaire ministérielle de mai 1995 mentionne que les établissements de santé doivent être « attentifs au soulagement de la douleur » [42].
- L'arrêté du 7 janvier 1997, relatif au contenu du « livret d'accueil », a créé un « carnet douleur » remis au patient lors de son admission. Ce carnet et la mesure de la satisfaction des patients permettront à terme de quantifier une démarche de qualité. Les résultats seront pris en compte par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).
- Le Journal officiel de septembre 1997 supprime les posologies maximales de la morphine, et légalise la prescription morphinique chez le nourrisson de plus de 6 mois.
- La circulaire du 4 février 1998 a pour objet de décrire la procédure d'identification par les agences régionales d'hospitalisation, des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle dans les établissements de santé publics et privés. La liste régionale a été établie pour avril 1998. Circulaire DGS/DH n° 98/47.

Cette circulaire individualise :

- ✓ les consultations pluridisciplinaires,
- ✓ les unités pluridisciplinaires,
- ✓ les centres pluridisciplinaires,

et aboutit à la création des premiers centres d'évaluation et de traitement de la douleur au sein de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris puis dans d'autres CHU.

- A l'instigation principale de Bernard Kouchner, secrétaire d'état à la santé, paraît, le 22 septembre 1998 une circulaire relative à la **mise en œuvre d'un plan triennal de lutte contre la douleur (1998-2000)**. Ce premier plan, en s'appuyant sur la réflexion engagée depuis plusieurs années par les pouvoirs publics en faveur d'une prise en charge globale du patient à toutes les étapes du processus de santé, vise à instaurer une véritable « culture de lutte contre la douleur ».

Ce programme s'articule autour de 4 axes principaux :

1. La prise en compte de la douleur du patient

Dans l'esprit de l'article II de la Charte du patient hospitalisé qui stipule 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 ", le Plan prévoit différentes mesures :

- 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 .
- 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.
- 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. Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins

Les établissements de santé seront aidés dans leur démarche, afin de pouvoir répondre à l'obligation inscrite depuis 1995 dans l'article L.710-3-1 du CSP, et 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 ":

- 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.

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

- La formation initiale : désormais, le thème de la douleur et des soins palliatifs sont des enseignements obligatoires au cours du 2^{ème} cycle d'études médicales.
- Les spécialistes 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 3^{ème} cycle des études médicales.
- Les formations de 3^{ème} cycle de lutte contre la douleur seront valorisées avec recensement des universités concernées, des capacités d'évaluation et de traitement, ainsi que des diplômes universitaires (D.U.) 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 le prise en charge de la douleur, ainsi que dans celui des directeurs d'hôpitaux.

- La formation continue : la priorité " douleur " est affichée par le ministère comme thème prioritaire pour les médecins en 1998 dans le cadre de la formation continue. Par ailleurs, 4 régions pilotes sont 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 lancée, et 3 régions font 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 élaboré par l'ANAES. Il s'ajoutera au guide [41] élaboré en 1994/95, et consacré à la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et à celle de la douleur au cours du SIDA.

Par ailleurs, des antalgiques majeurs jusque là réservés à l'usage hospitalier sont mis 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 est mis en place au Ministère dans cet objectif.
- Cette campagne aura pour but d'informer la presse spécialisée, le grand public et les établissements de santé par le biais de bulletins d'information, de spots publicitaires et de semaines de sensibilisation et d'information.
- Enfin, un site douleur regroupant les sites existants ou à créer sera ouvert sur le Web.
- Plus tard la circulaire du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et

soignants des établissements de santé et institutions médico-sociales, définit le rôle des personnels infirmiers à ce niveau. Circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999.

- Le décret n° 99-249 du 31 mars 1999, relatif aux substances vénéneuses et à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance, modifiera le code de santé publique avec l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers, et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du code de santé publique.
- La loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs aboutit à une modification du code de santé publique. L'article L.1112-4., stipule que tout établissement de santé doit mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille, quelle que soit l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont admis. « Pour les établissements de santé publique ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L.6134-2. Pour les établissements de santé privée, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionné aux articles L.6114-1, L.6114-2 et L.6114-3. [...] Les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent passer convention entre eux pour assurer ces missions. Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi, ou des personnes âgées. »
- En 2001 le ministre de la santé confie l'évaluation de ce plan à la Société Française de Santé Publique (SFSP), qui montre alors que l'objectif d'instaurer « une culture de la lutte contre la douleur » avait pu être en partie atteint [43]:
 - Le carnet douleur intitulé « La douleur n'est pas une fatalité » a été distribué à partir de 1999, complété en 2000 par la diffusion d'une brochure pédiatrique d'information spécifiquement destinée aux enfants et à leur famille.

- Un million de réglettes de mesures de la douleur ont été distribuées.
- Plus de 5000 pompes d'analgésie auto-contrôlée (PCA) sont désormais disponibles grâce à la dynamique créée dans les hôpitaux pour mieux soulager les patients notamment lors de douleurs post-opératoires [44]
- Des structures de prise en charge contre la douleur chronique rebelle ont été créées. 96 structures existent en 2000. Afin de mieux informer les usagers et les professionnels de santé de leur existence [45], la liste de ces structures est consultable sur minitel et internet.
- Des recommandations "labellisées" ont été publiées. Des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de la douleur chez l'adulte, l'enfant, la personne âgée ont été publiées par l'ANAES [46-48].
- Une conférence de consensus sur la prise en charge de la douleur post-opératoire a été organisée par la SFAR en partenariat avec l'ANAES [49]. La Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) a élaboré des "standards options recommandations - SOR" avec l'ANDEM [50-51]. Une conférence d'experts sur la migraine a été initiée par l'INSERM [52].
- La réalisation de protocoles de prise en charge de la douleur a été encouragée [53]. Ces protocoles permettent aux infirmiers de prendre l'initiative, dans des conditions prédéterminées, d'administrer des antalgiques.
- L'accès aux antalgiques majeurs a été facilité [54] par l'abandon du carnet à souche au profit des ordonnances "sécurisées", l'allongement de la durée maximale de prescription de 7 à 28 jours pour les stupéfiants les plus utilisés, la sortie de la réserve hospitalière de certains antalgiques, et la mise au point de nouvelles formes pédiatriques d'antalgiques.
- Les ventes d'antalgiques de niveau 2 et 3 ont progressé aux dépens des antalgiques de niveau 1, avec une augmentation des ventes d'antalgiques de niveau 3 de 16% en 1999 et de 20% en 2000 (Sources AFSSAPS, AGEPS).
- La formation initiale des médecins a été renforcée [55] avec introduction d'un module obligatoire sur la lutte contre la douleur et les soins palliatifs dans le programme initial du deuxième cycle des études médicales.
- L'offre de formation continue sur le thème de la douleur a été multipliée par trois [56]. Depuis 1996, 28 000 agents, dont 18 000 infirmiers, ont pu

bénéficier d'actions de formation financées par l'ANFH. Par ailleurs, de nombreux diplômes universitaires et 17 capacités d'évaluation et traitement de la douleur ont été créés. En 2000, le ministère a participé au financement d'un cédérom pédagogique sur la douleur de l'enfant réalisé par l'ATDE [57] (Association pour le Traitement de la Douleur de l'enfant, fondée en 1990).

La SFSP avait pu constater qu'une prise de conscience s'était développée tant au niveau des usagers que des professionnels et que des changements notables étaient intervenus notamment dans la prise en charge thérapeutique de la douleur, notamment au niveau des médecins. Des initiatives locales liées le plus souvent à des soignants très motivés avaient pu être légitimées. Cette évaluation soulignait la forte mobilisation des infirmiers dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur des patients. Leur formation initiale et leur présence constante auprès du patient leur avait permis de développer une « culture douleur » souvent plus marquée que chez de nombreux médecins. Enfin cette évaluation rappelait que l'amélioration de la prise en charge de la douleur relevait de l'information et des connaissances du malade, de la formation des soignants, d'un travail et d'une réflexion d'équipe, de l'implication de l'encadrement. Malgré ces éléments encourageants des difficultés et dysfonctionnements persistaient. Les structures de prise en charge de la douleur chronique étaient mal connues du public et des médecins libéraux. Les délais d'attente pour une première consultation, hors urgence, étaient parfois rédhibitoires, comptant souvent plusieurs mois. L'utilisation d'outils de référence notamment d'échelles de mesure d'intensité de la douleur restait peu développée, et les soignants, en particulier les médecins, ne faisant pas confiance à ce type de mesure semblaient nombreux. Chez l'enfant et la personne âgée l'utilisation d'outils d'auto ou d'hétéro-évaluation de la douleur restait encore plus minoritaire. La formation pratique des médecins dans ce domaine semblait insuffisante, représentant un obstacle à l'amélioration de la prise en charge antalgique. Les opioïdes restaient trop souvent réservés aux situations de fin de vie. Les protocoles de prise en charge de la douleur devant permettre à l'infirmier, dans certaines conditions, de mettre en œuvre et suivre un traitement antalgique étaient rarement utilisés [43].

A partir de ce constat et pour soutenir les efforts engagés, Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé définit un nouveau programme national de lutte contre la douleur. Ce **programme quadriennal (2002-2005)** a eu pour but de poursuivre les axes d'amélioration du plan précédent notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique rebelle et de la souffrance en fin de vie. Il comporte par ailleurs trois nouvelles priorités : la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine. Ses priorités s'articulent autour de cinq objectifs :

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

➤ Ainsi la loi Kouchner paraît le 4 mars 2002

L'article 1^{er}, intitulé droit de la personne, réalise la synthèse de cet état de droit positif :

- Respect de la dignité de la personne humaine
- Non discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention
- Respect de la vie privée
- Droit d'accéder aux soins les plus appropriés
- Droit à la prise en charge de la douleur

➤ La circulaire n°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002, d'application immédiate, et relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé aura pour objet de préciser :

- les actions que les établissements de santé devront poursuivre
- les moyens structurels et humains pour soutenir cette démarche
- les modalités de mise en œuvre par les agences régionales d'hospitalisation

Elle stipule que :

- Chaque établissement de santé organise la lutte contre la douleur
- L'information des personnes hospitalisées est réalisée notamment par la remise du contrat d'engagement contre la douleur [58].
- Un comité de pilotage est constitué afin d'aider à la définition d'un programme de prise en charge de la douleur établi à partir de l'existant et des priorités nationales.
- Des actions d'information et de formation continues sont développées.
- Des protocoles de la prise en charge de la douleur concernant notamment la douleur provoquée par les soins et la chirurgie sont mis en place.
- Pour soutenir les établissements de santé dans cette démarche :
 - ✓ Un centre national de ressources de la douleur est créé
 - ✓ Le rôle du personnel infirmier est renforcé notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins et la chirurgie.
- Les structures de la prise en charge de la douleur chronique rebelle sont renforcées.

[59]

- Cette circulaire avait déjà été précédée de 2 mois par le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier – Article 2 : « les soins infirmiers [...] ont pour objet, dans le respect de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale, et culturelle [...] de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, ... ».
- Cette même circulaire d'avril 2002 conduira à une modification du code de santé publique dans l'article L1110-5, stipulant que « ... Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... ».
- Le ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées émet dans le même élan en mai 2002 un guide pour la mise en place d'un programme de lutte

contre la douleur dans les établissements de santé [60]. Ce guide précise l'enjeu de la mise en place d'un tel programme : « La prise en charge globale de la douleur de la personne constitue un des indicateurs de la qualité des soins. Le manuel d'accréditation, dans la référence OPC5 relatif aux besoins spécifiques des personnes malades, inscrit la recherche, la prévention et la prise en charge de la douleur aiguë et chronique comme un des objectifs à atteindre pour satisfaire cette exigence. Ainsi chaque établissement de santé doit définir dans son projet d'établissement un programme d'actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. Ce programme s'intègre dans le volet « qualité et sécurité des soins » du contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale d'hospitalisation. »

La mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé nécessite l'implication de tous et doit être « [...] l'aboutissement d'une réflexion pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Cette démarche ne peut se concevoir sans l'adhésion et le soutien de la direction, de la commission médicale d'établissement en collaboration notamment avec la commission du service de soins infirmiers et la structure qualité si elle existe. En outre, l'engagement des personnels d'encadrement médical et paramédical des unités de soins est une condition indispensable à la mise en place de cette démarche qui s'inscrit dans un processus de décloisonnement et de confiance partagée entre l'ensemble des professionnels qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou médico-techniques. La communication et l'écoute au sein des établissements de santé sont les éléments clés pour obtenir la sensibilisation et l'adhésion des professionnels aux enjeux majeurs de ce programme. »

« Le résultat attendu de ce programme est d'assurer, à la fois une meilleure prise en charge de la douleur de la personne hospitalisée et de permettre la continuité de cette prise en charge lors d'un transfert dans un autre établissement de santé ou d'un retour à domicile. Les objectifs, énoncés en terme de résultats à atteindre, doivent être réalisables, pertinents et hiérarchisés notamment dans les domaines de :

- L'information des personnes malades et de leur entourage
- L'évaluation de l'intensité de la douleur

- La prévention et la prise en charge de la douleur
 - L'information, la formation et le soutien psychologique des soignants
 - La coordination hôpital-ville. »
- Suite au colloque du 8 octobre 2002, et en référence à la circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002 relative à la mise en place du programme 2002-2005 : une lettre relative à la diffusion de la brochure « Contrat d'engagement contre la douleur » et du guide « Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé » est adressée à tous les directeurs d'établissements de santé par le Ministère de la santé. Le « Contrat d'engagement contre la douleur » remplace l'ancien « Carnet douleur », et doit être intégré au livret d'accueil remis à chaque patient en début d'hospitalisation. Il informe chaque patient sur les modalités de prévention, de traitement et de soulagement de la douleur, et valorise la mobilisation de toute la communauté hospitalière dans la prise en charge de la douleur. Une brochure d'information intitulée « La douleur n'est pas une fatalité » est également destinée aux enfants. « Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé », élaboré avec le concours des sociétés savantes (SETD, SFAP) et d'experts de la douleur propose une aide méthodologique et des orientations pour la mise en place d'une stratégie concertée d'amélioration de la prise en charge de la douleur dans chaque établissement. Il est accompagné d'un résumé édité sous forme de dépliant et intitulé « Extraits » à diffuser à l'ensemble des soignants.

Ces documents sont téléchargeables sur le site du Ministère.

- Le 21 mai 2003 un projet de loi sur la santé publique est présenté en Conseil des ministres par Jean-françois Mattei. Celui-ci a ainsi fixé les 100 objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années. 38 seulement, des 100 objectifs de santé publique définis par l'Etat sur la période 2004-2008, sont quantifiés. La réalisation de ces objectifs passera par la mise en oeuvre de plans nationaux.
- Enfin, le 9 août 2004, la loi relative à la politique de santé publique inscrit la douleur dans ses cent objectifs de santé publique. Un plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chroniques (Sida, Insuffisance

rénale chronique, Broncho-pneumopathies, Diabète, Cancers, Troubles neurovégétatifs) est notamment prévu par le présent projet de loi. Sont ciblées, la lutte contre la douleur modérée et sévère, d'une part, la perte d'indépendance fonctionnelle et les difficultés de réalisation des actes de la vie quotidienne, d'autre part.

- Plus récemment, en partenariat et avec le soutien de la DGS, en lien avec la DHOS, et à l'initiative de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) en collaboration avec la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD), un colloque sur la douleur de la personne âgée a été organisé en mars 2005 [61].

4.EVALUER LA DOULEUR

« Personne ne sait combien de temps peut durer une seconde de souffrance. Elle peut durer le temps d'un purgatoire ou toute l'éternité » Graham Greene ;La puissance et la gloire

Le caractère "individuel" de la douleur justifie un abord clinique basé sur une évaluation globale du malade et pas uniquement de la maladie. En effet, la notion d'évaluation de la douleur est souvent réduite à la seule évaluation de son intensité. Mais celle-ci, bien qu'étant essentielle pour pondérer le traitement symptomatique, n'est pas la seule variable, et différents niveaux d'évaluation complémentaires sont à considérer :

- diagnostic étiologique de la douleur,
- mécanisme(s) de la douleur,
- intensité de la douleur perçue,
- impact de la douleur sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles,
- contexte psychologique et familial...

Nous nous efforcerons donc de présenter la démarche d'une évaluation globale de l'ensemble de la symptomatologie douloureuse. Nous dégagerons ainsi mieux l'apport clinique de l'évaluation de l'intensité de la douleur. Ceci aura aussi l'avantage de ne pas laisser planer des attentes excessives et non valides vis-à-vis de ces échelles [62].

4.1. Pourquoi évaluer la douleur ?

Si elle n'est pas évaluée, la douleur est souvent méconnue ou sous-estimée, quand elle n'est pas mise en doute [2; 9 ; 10 ; 63-70].

Lorsque les patients ne sont pas soulagés, leurs familles sont mécontentes, et leur présence dans les services hospitaliers est souvent découragée ou limitée : l'œil extérieur devient « non grata ». De véritables filtres perceptifs protègent le soignant, l'empêchent de « voir » la douleur, de la reconnaître : les symptômes du patient sont classés en peur, agressivité, tristesse, « déprime », « syndrome méditerranéen », ou hystérie, alors qu'il s'agit de douleur. Ces modes de défense évitent au soignant d'être confronté à quelque chose sans doute à l'antipode de sa vocation : le non-soin, le non-soulagement [71]. Mais soigner ces patients qui restent

douloureux engendre appréhension, parfois évitement et émotions, et des sentiments d'impuissance et de culpabilité vont envahir l'équipe soignante, provoquant tensions, conflits, manque de satisfaction dans le travail et à terme, « burn-out », terme générique créé par des psychologues américains travaillant sur les périodes d'épuisement des infirmières et travailleurs sociaux, et qui englobe des symptômes tels que : épuisement émotionnel et physique, dépersonnalisation ou distanciation, reniement des accomplissements, baisse de productivité, etc...

4.2. Pourquoi employer une échelle d'évaluation ?

L'intensité de la douleur est instinctivement appréciée de façon globale à partir d'indices multiples : le soignant se fait une opinion, et aboutit à une classification : douleur absente, faible, modérée, intense ou très intense. Mais de nombreuses études ont montré que la compétence des soignants pour évaluer la douleur est variable et que la concordance entre les différents observateurs est mauvaise [72]. C'est pourquoi un outil d'évaluation doit être utilisé.

Si les différents soignants autour du patient se réfèrent même outil, le résultat fait autorité en cas de contestation et sert d'instrument de communication entre les équipes ; une plus grande objectivité est ainsi atteinte. Les changements de prescription selon l'opinion des soignants qui se succèdent sont évités. Le choix de l'antalgique nécessaire est guidé. Le suivi de la douleur sous traitement se réfère à la courbe des chiffres d'évaluation. Les infirmières peuvent disposer d'une prescription de recours si le score dépasse un certain seuil : les soignants sont ainsi délivrés de la charge de décider ce que le patient peut supporter [71].

C'est pourquoi l'ANAES a estimé nécessaire l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur, pour établir l'existence d'une douleur, apprécier son intensité, déterminer les moyens antalgiques nécessaires, évaluer l'efficacité du traitement proposé et adapter ce traitement [47].

4.3. Obstacles et difficultés d'évaluation de la douleur

Les problèmes posés par l'évaluation de la douleur rejoignent en fait ceux de tout autre phénomène subjectif.

Une **première règle** est d'accepter que le malade soit en dernière analyse le seul véritable expert pour apprécier l'intensité d'une douleur. Croire « a priori » la plainte du malade aura de surcroît l'intérêt de favoriser une relation médecin-malade de qualité. Cependant divers facteurs peuvent conduire les patients à taire leurs douleurs [62].

La **deuxième règle** est de recueillir l'information dans des conditions le plus standardisées possible avec un instrument valide, reproductible, sensible aux thérapeutiques. Dans l'état actuel des connaissances, contrairement aux conditions du laboratoire, on ne dispose ni d'un moyen de mesure du stimulus responsable de la douleur pathologique, ni d'un marqueur neurobiologique valide. Ainsi, pour être performant, un score qui mesure une variable subjective doit avoir des *qualités métrologiques* démontrées, une structure dimensionnelle cohérente et doit être corrélé avec des mesures ou paramètres couramment utilisés.

Il doit être [73-74] :

- ✓ Intelligible et didactique, tant pour le patient que les soignants (validité d'apparence ou « *face validity* »)
- ✓ Sensible : capable de mettre en évidence les différences d'un patient à un autre, et chez un même patient, les variations du niveau de douleur en fonction du traitement et de l'évolution de la pathologie
- ✓ Reproductible : capable, pour une même échelle, de donner des résultats comparables dans des situations comparables. On étudie la concordance test/retest ou accord intra-juges (*intra-rater reliability*), testée en général sur enregistrement vidéo, et le coefficient de concordance entre cotateurs pour un même patient au même moment, l'accord inter-juges (*inter-rater reliability*).
- ✓ Valide : capable de mesurer la douleur et non d'autres sensations (stress, anxiété, asthénie...). Cette validité est essentielle et se répartit en validité de « contenu » (*content validity*) et surtout en validité de « construit » (*construct validity*).
 - La validité de « contenu » est la pertinence et la cohésion des différents items (consistance interne) d'après l'avis d'experts, les corrélations entre items et l'analyse statistique factorielle.
 - La validité de « construit » est démontrée lorsqu'il y a concordance de l'échelle avec le Gold standard de l'évaluation, l'EVA (validité dite de critère convergente). Les corrélations entre outils d'hétéro et d'auto-évaluation sont variables, le plus souvent médiocres ou moyennes (d'après 64 études analysées pour l'ANAES). Pour

les échelles d'hétéro-évaluation, les arguments de validité de « construit » sont déduits :

- de la concordance avec d'autres échelles d'hétéro-évaluation déjà validées (il existe en général une assez bonne concordance entre les différentes échelles d'hétéro-évaluation) (28 études analysées pour ANAES) ;
- de l'influence des antalgiques sur le score lors d'essais thérapeutiques contrôlés ;
- de l'effet sur les scores d'une stimulation douloureuse ou d'une stimulation douloureuse simulée ;
- de l'absence d'influence sur le score d'autres variables comme la peur, la fièvre, l'asthénie ;
- des différences entre les scores de groupes contrastés (avec ou sans pathologie douloureuse) ;
- de la concordance avec l'avis d'experts.

Actuellement on peut regretter que les limites d'âge en deçà ou au-delà desquelles un outil n'est plus valide ne soient pas toujours connues.

Il en va de même pour le seuil d'intervention thérapeutique (cut-off) qui n'est pas toujours étudié systématiquement par les auteurs des échelles, mais les échelles mises au point ces dernières années le précisent.

Enfin, le travail de validation nécessite un recueil de données important et des analyses statistiques spécialisées. Il existe actuellement de nombreux outils d'évaluation de la douleur validés, mais ces échelles sont encore insuffisamment utilisées. En effet des scores sont apparus de façon anarchique ces dernières années dans les services. Quelle que soit la bonne volonté d'une équipe pour écrire sa propre échelle, il est de loin préférable, car plus fiable, d'utiliser une échelle déjà publiée avec de bons arguments de validité.

Les recommandations pour l'évaluation précisent les échelles disponibles selon l'âge et la situation, et les seuils d'intervention thérapeutiques ; elles reposent sur une analyse des critères de validité des échelles publiées. Le rôle des CLUD, des équipes douleur et des directions des soins infirmiers au sein de chaque établissement hospitalier, doit porter sur une amélioration de la diffusion des outils validés existants malgré leurs imperfections [71].

Hélas de nombreux obstacles expliquent encore le **sous-emploi des échelles d'évaluation** :

- ✓ Des difficultés de temps : évaluer un patient à l'aide d'une échelle d'hétéro-évaluation demande de 1 à 4 minutes [75].
- ✓ Le problème du lieu : ces échelles sont en effet disponibles au sein des hôpitaux ainsi que des EHPAD mais pas au domicile, ou en tout cas dans une proportion moindre.
- ✓ Le trop grand nombre d'échelles disponibles perturbe le choix de l'échelle.
- ✓ Les échelles ne sont pas encore systématiquement incluses dans les dossiers de soins infirmiers, et une place pour noter le résultat est rarement prévue.
- ✓ Un apprentissage des items est nécessaire et la formation du personnel infirmier est souvent insuffisante.
- ✓ Les cotations chiffrées varient en fonction de l'échelle utilisée (exemple de 0 à 7, de 4 à 13, de 0 à 15, de 0 à 40), ce qui rend la lecture difficile
- ✓ Certains médecins prescripteurs tiennent peu compte de l'évaluation.
- ✓ Enfin, la résistance aux changements, très présente dans l'institution hospitalière (« *on a toujours fait comme ça* »), aggrave les difficultés [76].

Ainsi celui qui veut mettre en place une nouvelle « culture douleur », implanter une échelle d'évaluation, va rencontrer des résistances de l'équipe soignante, et parfois même du patient.

4.4. Les instruments de mesure de l'intensité de la douleur

« les mots utilisés sont empruntés aux autres modalités sensorielles ou motrices ; le vocabulaire de la douleur n'est pas spécifique de la douleur » H.Rubinstein ; Médecine de la douleur

Comment évaluer l'intensité de la douleur en pratique quotidienne ?

Les informations disponibles pour évaluer l'intensité d'une douleur sont le compte-rendu verbal du patient (**auto-évaluation**) ou l'observation de son comportement (**hétéro-évaluation**). En pratique, lorsqu'il n'est pas possible de communiquer avec le malade, il faut :

- interroger l'entourage sur l'existence de comportements douloureux (faciaux, attitudes antalgiques, gémissements...), leur apparition spontanée, ou bien provoquée par des soins ou par la mobilisation ;
- savoir confier l'observation du malade à une personne de l'entourage (membre de la famille, de l'équipe soignante).

Évaluer "objectivement" une plainte ou un comportement est effectivement envisageable si l'on n'exige pas de cette évaluation des objectifs qu'elle ne peut atteindre : les méthodes disponibles permettent d'indiquer qu'il y a une plainte de douleur, mais elles ne peuvent en aucun cas présumer de la cause de cette plainte et faire la part de l'organique et du psychologique.

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour évaluer l'intensité de la douleur. Des avantages et des inconvénients sont reliés à chacune de ces méthodes. L'utilisation de ces instruments ne doit pas bien entendu se substituer à la communication au risque d'appauvrir la relation avec le patient.

Au terme d'une évaluation globale du malade, il sera possible de combiner diverses stratégies thérapeutiques adaptées à la symptomatologie douloureuse. L'évaluation de l'intensité de la douleur systématique, régulière, continue, est indispensable lors de l'adaptation d'un traitement antalgique notamment morphinique. Une évaluation commune à l'équipe, figurant dans le dossier, tenue à jour, est valable à l'hôpital comme au domicile et implique une collaboration étroite de chaque intervenant d'une équipe soignante [62].

4.3.1. Chez le nourrisson et l'enfant de moins de 5 ans [47 ; 57]

L'enfant, dès sa naissance possède les capacités neurophysiologiques pour détecter et éprouver la douleur. Plus l'enfant est petit, moins ses capacités cognitives lui permettent de réduire l'impact de la douleur. [77]. L'évaluation de l'enfant de moins de 4 ans (ou de l'enfant momentanément ou définitivement démunie de moyens de communication suffisants) est plus complexe car elle repose essentiellement sur l'observation de son comportement. Or, il n'existe pas de comportement spécifique de la douleur qui puisse servir de « marqueur ». Les outils d'hétéro-évaluation utilisent donc l'association de comportements les plus indicateurs de douleur connus actuellement, regroupés au sein d'échelles validées.

En pratique on reconnaît un caractère biphasique à ces comportements avec une **première phase** marquée par l'expression d'une *détresse comportementale* (agitation, crispation, modification de la tonicité, mouvements de défense, consolabilité difficile à obtenir, succion perturbée...) associée à un *stress psychologique et physiologique* avec possibles perturbations neurovégétatives (tachycardie, fréquence respiratoire modifiée, hypertension artérielle, désaturation de l'hémoglobine en oxygène, augmentation du rythme respiratoire, augmentation des besoins en oxygène, cyanose générale), et une **seconde phase marquée** par l'apparition d'une *réduction progressive des activités* de l'enfant, telles que le jeu, les mouvements, mais aussi la parole, l'alimentation, le sommeil.

Cependant il est quasiment impossible de distinguer chez le petit enfant douleur aiguë et stress, inconfort, anxiété, colère, protestation.

Voici les échelles les plus répandues ; sont soulignées les échelles validées:

4.3.1.1. pour l'évaluation de l'intensité de la douleur post-opératoire immédiate :

- Echelle inversée d' Amiel-Tison, utilisée en salle de réveil pour l'enfant de 1 mois à 3 ans. (*Recommandée par l'ANAES*). La cotation est ici inversement proportionnelle à la douleur [78]. [**Annexe 1**]
- Echelle OPS, (Objective Pain Scale). Utilisable à partir de l'âge de 2 mois, cette échelle étudie la pression artérielle, les pleurs, les mouvements, l'agitation, l'expression verbale ou corporelle [79].
- Echelle CHEOPS, (Children Hospital's Of Eastern Ontario Pain Scale), de 1 à 6 ans [80]. (*Recommandée par l'ANAES*). [**Annexe 2**]

4.3.1.2. pour le diagnostic et l'évaluation des autres douleurs aiguës à leur début :

- L'échelle DAN , (Douleur Aiguë du Nouveau-né), se base sur l'expression faciale, les mouvements des membres, et l'expression vocale de la douleur [81].
- L'échelle CRIES prend en compte les pleurs (Crying) les besoins en oxygène (Requir O2 for saturation > 95), l'augmentation des paramètres vitaux (Increased vital signs),

l'expression faciale (Expression), le degré d'insomnie (Sleepless). Il existe une variante destinée aux prématurés (Premature Infant Pain Profile ou PIPP).

- La NFCS, (Neonatal Facial Coding System), jusqu'à 18 mois (*Recommandée par l'ANAES*) [82].
- Echelle CHEOPS, de 1 à 6 ans.

4.3.1.3. pour l'évaluation d'une douleur aiguë évoluant depuis plusieurs heures :

- Echelle EDIN, (Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau né), grille utilisable chez le nouveau-né hospitalisé (à terme ou prématuré), et reposant sur 5 items (visage, corps, sommeil, relation, réconfort). Elle nécessite un temps d'observation prolongée du nourrisson (4 à 8 heures) [83].
- Echelle DEGR (Douleur Enfant Gustave Roussy-institut Villejuif), entre 2 et 6 ans (*Recommandée par l'ANAES*). C'est la seule grille pour la douleur persistante qui a fait l'objet d'un travail de validation, dans un service d'oncologie pédiatrique. Elle se base sur les signes directs de la douleur, rassemblant 5 items, l'expression volontaire de la douleur, 2 items, l'atonie psychomotrice, 3 items, le manque d'expressivité, le désintérêt pour le monde extérieur, la lenteur et rareté des mouvements. Ces 10 items sont cotés de 0 à 4 après une observation de 4 heures [84]
- Echelle HEDEN (Hétéro Evaluation de la Douleur de l'ENfant) a été validée en 2005 dans le cadre d'une étude présentée lors de la journée "la douleur de l'enfant, quelles réponses ?" Unesco 2005 . Il s'agit d'une simplification de la DEGR [85].
- Il est également possible d'utiliser une appréciation globale du comportement de l'enfant, et l'EVA remplie par un soignant expérimenté ou un parent constitue une alternative à l'emploi d'échelles d'hétéro-évaluation chez l'enfant de moins de 4 ans, en sachant toutefois que sa validité est moins bonne que celle des échelles citées précédemment.

4.3.2. Chez l'enfant > 5ans

Les instruments d'usage chez l'adulte peuvent être utilisés :

- Echelle verbale simple.
- EVA, échelle visuelle analogique (*Recommandée par l'ANAES*), et ses nombreuses adaptations à l'enfant :

- Echelle de 4 jetons (*Recommandée par l'ANAES*) est une adaptation de l'EVA à l'enfant. Chaque jeton représente un morceau (ou une partie) de douleur ; l'enfant prends autant de jetons qu'il a mal. Elle n'est pas validée avant l'âge de 4 ans.
- Méthode des cubes : utilisation de cubes de tailles différentes, représentant l'importance de la douleur. Elle est en cours de validation.
- Echelle des 6 visages (FPS-R, facial pain scale) (*Recommandée par l'ANAES*)
Ces planches ont été mises au point outre Atlantique et représentent différents stades entre le plaisir et la détresse. Mais cette échelle, utilisable à partir de 3 ans, reflète surtout l'aspect émotionnel du vécu de la douleur et peut donc être confondue avec une échelle de l'humeur.

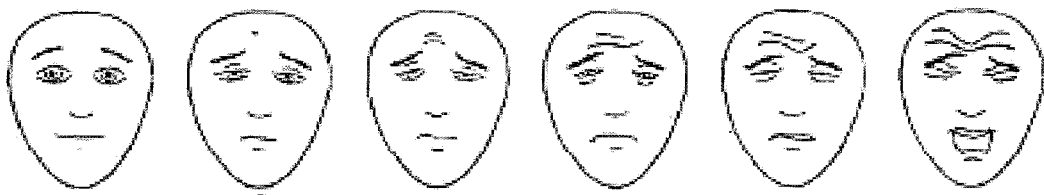


Figure 1 : Echelle des 6 visages.

Tableau I : Récapitulatif des bonnes pratiques d'évaluation de la douleur chez l'enfant ; extrait de www.pediadol.org

Age	Douleur aiguë		Douleur prolongée	
	Echelle	seuil de traitement	Echelle	seuil de traitement
Prématuré et nouveau-né	DAN (Douleur Aiguë Nouveau-né)	3/10	EDIN (Echelle Douleur et Inconfort du Nouveau Né et du prématuré)	4/15
0 à 2 ans	OPS (à partir de 2mois)	2/8	EDIN (grille validée pour le nouveau-né mais utilisable à défaut d'une grille validée dans cette tranche d'âge)	
2 à 7 ans			DEGR Douleur Enfant Gustave Roussy	10/40
4 à 6 ans	Echelle des visages	4/10 (3 ^{ème} visage)	Echelle des visages	4/10
A partir de 6 ans	EVA (Echelle Visuelle Analogique)	3/10	EVA ; ENS ; Visages Schéma du bonhomme (localisation et intensité) DEGR grille validée jusqu'à 6 ans mais utilisable au-delà en cas d'inertie psychomotrice)	
Auto-évaluation	ENS (Echelle Numérique Simple)	3/10		
	Echelle des visages	4/10		

4.3.3. Chez l'adulte [48 ; 77 ; 86]

4.3.3.1. Les échelles unidimensionnelles d'auto-évaluation de la douleur

Trois types d'échelles se proposent d'apprécier de façon « globale » la douleur ou le soulagement, sans préjuger de l'importance des différents facteurs impliqués.

Ces outils sont « validés » car ils répondent à trois qualités métrologiques (validité, fidélité, sensibilité au changement).

Ces échelles ont l'avantage commun de rendre possibles des mesures rapides, répétées qui permettent d'étudier l'évolution dans le temps et la réponse au traitement.

D'après les recommandations de l'ANAES [48]:

- ✓ elles ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse et ses mécanismes sous-jacents
- ✓ les scores calculés ont une valeur descriptive pour un individu donné mais ne permettent pas de comparaisons interindividuelles
- ✓ elles aident à identifier le malade exigeant un traitement symptomatique de la douleur
- ✓ il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur l'échelle et le type d'antalgique nécessaire
- ✓ elles ont une implication limitée pour la décision thérapeutique
- ✓ elles facilitent le suivi du patient.

Le mode de passation est le suivant :

- ✓ Il est souhaitable d'utiliser l'E.V.A.
- ✓ L'E.N. peut être utilisée si le patient ne comprend pas l'E.V.A.
- ✓ L'E.V.S. peut être utilisée si le patient ne comprend pas l'E.N.

▪ L'Echelle Visuelle Analogique (E.V.A.) (Huskisson)

L'E.V.A. se présente ou sous forme écrite ou, plus couramment de réglette double face. La face présentée au patient comporte une ligne droite horizontale de 10 cm. A gauche les termes : « pas de douleur » ; à droite les termes : « douleur maximale imaginable ». Sur cette ligne le patient déplace un curseur. Le côté médecin comporte une échelle millimétrique qui permet de « chiffrer » l'intensité de la douleur.

Il s'agit de la méthode la plus répandue. Elle comporte de multiples avantages en recherche, dont la possibilité d'analyser les données recueillies sous forme de ratio et une bonne fiabilité test-retest.. Elle est également utile en clinique en raison de sa meilleure sensibilité pour l'évaluation de l'intensité de la douleur et de la réponse au traitement antalgique .

Cependant, elle demande un minimum d'apprentissage par le patient, et sa compréhension en limite parfois l'usage. Certains patients ne parviennent pas à faire l'analogie entre la douleur et la règlette, notamment à cause des capacités d'abstraction et des fonctions visuo-spatiales qu'elle exige. Pour ces raisons elle est difficilement utilisable chez la personne âgée, ou en cas de troubles cognitifs.

Diverses adaptations ont été décrites, dont le « thermomètre de la douleur », où une languette de couleur est déroulée progressivement. L'intérêt de cette méthode réside dans l'analogie avec la température, qui rend son utilisation un peu plus concrète; et bien qu'elle n'ait pas été validée spécifiquement pour les patients âgés, ceux-ci peuvent habituellement l'utiliser sans difficultés [86].

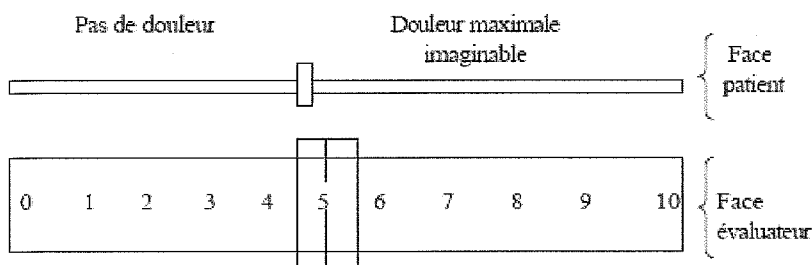


Figure 2 : *l'échelle visuelle analogique.*

▪ L'Echelle Verbale Simple (E.V.S.)

Elle est très simple d'utilisation, et facile à comprendre. Le patient décrit sa douleur en terme en choisissant parmi les mots : absente/faible/modérée/intense/extrêmement intense.

Elle constitue un outil fort utile en clinique, et a été utilisée avec succès chez des personnes âgées ainsi que chez des patients avec troubles cognitifs.

Sa sensibilité est toutefois moindre que celle de l'EVA et, parfois, aucun adjectif ou énoncé ne décrit bien la douleur du patient.

- L'Echelle numérique (E.N.)

Le patient doit chiffrer sa douleur (de 0 aucune douleur, à 10 correspondant à la douleur la plus sévère imaginable).

Elle est très fréquemment utilisée en clinique, et les patients sont souvent familiers avec cette échelle. Elle est souvent recommandée en raison de sa facilité d'utilisation chez la personne âgée. En outre elle présente l'intérêt de se prêter à des réponses orales chez les patients souffrant de troubles visuels.

4.3.3.2. Les descriptions verbales de la douleur

Le vocabulaire de la douleur a une valeur diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (les douleurs neurogènes par exemple) et apprécier leur retentissement affectif. Seules les versions longues de ces questionnaires sont validées, mais leur longueur les rend difficilement exploitables en médecine ambulatoire. Toutefois l'expérience des utilisateurs montre l'utilité de certains questionnaires abrégés comme le Questionnaire de la Douleur de Saint-Antoine.

Ce type de questionnaire peut être réitéré à condition que les intervalles entre les évaluations ne soient pas trop courts. Il n'est pas indiqué en cas de douleur intense, d'extrême fatigue, ou chez des patients de niveau socioculturel trop bas ou dont le français n'est pas la langue maternelle. Reposant sur le langage, ce type de questionnaire demande une bonne coopération du patient.

Les plus connus sont :

- Le Mac Gill Pain Questionnaire (M.P.Q.)

Il a été élaboré en 1975 par Melzack et Wall. C'est un questionnaire de 78 mots répartis en 25 sous-classes qui peut être rempli en 5 à 15 minutes. Il est constitué d'une série d'adjectifs permettant de qualifier la douleur. Le malade coche les cases qui correspondent le mieux à ce qu'il ressent. Aucune étude n'a pu le valider à ce jour.

- Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (Q.D.S.A.) [**Annexe 3**] (*Recommandé par l'ANAES*) [87]

C'est le pendant français du Mac Gill Pain Questionnaire. Il comporte 58 qualificatifs répartis en 16 sous-classes, 9 sensorielles et 7 affectives. On demande au patient de sélectionner, au sein de chaque classe concernée, les meilleurs descripteurs de sa douleur et de leur attribuer

une note 0 (pas du tout) et 4 (extrêmement). On calcule alors par sommation : un score total (somme des notes de A à P), un score sensoriel (somme attribuée de A à I), un score affectif (somme attribuée de J à P).

4.3.3.3. Les échelles multidimensionnelles

Elles permettent une analyse beaucoup plus fine, mais nécessitent plus de temps, ce qui rend leur utilisation difficile en pratique courante.

a) Auto-évaluation

- **Brief Pain Inventory (B.P.I.) [88]**

Ce questionnaire a été construit et testé dans la douleur cancéreuse et la polyarthrite rhumatoïde. Il a été utilisé plus particulièrement pour l'évaluation de la douleur cancéreuse. Il n'est pas retrouvé comme questionnaire de référence dans les études les plus récentes sur l'évaluation de la douleur chronique. Il explore les principales dimensions de la douleur : l'intensité, le soulagement, l'incapacité fonctionnelle, le retentissement social, la vie de relation, la détresse psychologique.

- **Questionnaire Concis sur les Douleurs (Q.C.D.)**

(Recommandé par l'ANAES)

Traduction française et « validée » du BPI.

- **Multidimensional Pain Inventory (M.P.I.) [89]**

Il explore la plupart des dimensions de la douleur. Il existe une traduction française non validée à ce jour. Il comporte trois sections. Une première section est constituée de 28 items qui se répartissent dans la version anglaise en 5 sous-échelles dénommées : retentissement (*interference*), soutien (*support*) sévérité de la douleur (*pain severity*), contrôle des difficultés quotidiennes (*life control*) et détresse affective (*affective distress*). Les sections II et III correspondent respectivement aux « difficultés interpersonnelles » et au « retentissement sur les activités quotidiennes ». Le MPI est l'échelle multidimensionnelle la plus étudiée dans l'évaluation de la douleur chronique et elle est citée comme un des instruments permettant l'évaluation de l'efficacité de la rééducation chez le douloureux chronique. Le MPI permet d'identifier plusieurs groupes de malades : les patients faisant face de façon adaptée, les patients dysfonctionnels, et les patients avec difficultés interpersonnelles.

(Recommandé par l'ANAES)

- Dallas Pain Questionnaire (D.P.Q.) [90-91]

Cette échelle de qualité de vie spécifique des lombalgies chroniques a été établie par Lawlis, McCoy et Selby. L'échelle D.R.A.D. (Douleur du Rachis: Auto-questionnaire de Dallas) en est la traduction française qui fut établie et validée par la Section Rachis de la Société française de Rhumatologie.

Elle permet d'obtenir pour chaque domaine de la qualité de vie une estimation en pourcentage du retentissement de la douleur chronique.

b) Hétéro-évaluation

- Echelle Comportementale de Bourhis, basée sur l'envahissement du langage par la plainte, le degré d'activité du patient, la demande quotidienne d'antalgiques et le retentissement sur les fonctions de base.
- Echelle Doloplus 2 [Annexe 4].

S'inspirant des travaux de l' Institut Gustave Roussy sur la reconnaissance de la douleur chez le jeune enfant cancéreux, Bernard Wary a proposé, dès 1992 une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante dénommée Doloplus. Cette échelle, imparfaite, sera revisitée en 1995, validée et baptisée Doloplus 2. Elle est basée sur l' observation des comportements dans différentes situations potentiellement révélatrices de douleur (10 au total). Ces comportements sont classés en trois groupes évoquant le retentissement somatique, psychomoteur ou psychosocial de la douleur. L'utilisation et la cotation doit être pluridisciplinaire, et biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs. (Recommandée par l'ANAES).

4.3.3.4. Echelles cognitivo-comportementales

- Elles explorent la dimension psychologique de la douleur. L'évaluation de la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse chronique est fondamentale en pratique quotidienne.

- Beck Depression Inventory (B.D.I.) [92][**Annexe 5**]

Traduit en français et validé chez des malades psychiatriques, il explore la dimension dépressive. (*Recommandé par l'ANAES*)

- Le Hospital Anxiety and Depression Scale (H.A.D.) [93]

(*Recommandé par l'ANAES*)

La version française de l'HAD est validée. Les scores au delà des valeurs seuils permettent de parler de symptomatologie anxieuse et (ou) dépressive.

- Geriatric Depression Scale,

Cette échelle est largement utilisée dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée et dans les travaux de recherche clinique portant sur la dépression ou les troubles cognitifs. Elle comporte une trentaine d'items à réponses binaires oui/non.

4.3.4. Chez la personne âgée [94 ; 99]

Les lignes directrices émises par l'American Geriatrics Society (AGS) soulignent l'importance d'une évaluation multidimensionnelle chez la personne âgée, incluant l'intensité de la douleur et ses impacts affectifs et fonctionnels [95]. Les outils multidimensionnels développés pour des patients plus jeunes sont malheureusement peu adaptés aux patients âgés.

4.3.4.1. Chez la P.A. aux fonctions supérieures conservées : E.V.A., E.V.S. et E.N.

Une étude ayant comparé différentes échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur chez des personnes âgées prouve que celles-ci préfèrent dans 40% des cas l'E.V.S. et dans 15% des cas l'E.N. car elles décrivent mieux l'intensité de leur douleur [86 ; 96].

Parmi des patients avec des troubles cognitifs modérés et vivant en hébergement, 83% sont en mesure de décrire l'intensité de leur douleur à l'aide d'une échelle psychométrique, lorsque différentes échelles leur sont présentées. L'E.V.S. est de nouveau celle qui peut être utilisée par le maximum de patients (65%) [86 ; 97].

4.3.4.2. Dans les autres cas : échelles comportementales

Elles permettent de pallier la difficulté ou l'impossibilité de recueillir des informations verbales en cas de troubles du langage, de l'attention, de l'audition, de la mémoire, notamment lors des syndromes démentiels, d'aphasie, ou de comas. Il s'agit d'une hétéro-évaluation de la douleur à travers le comportement : expression faciale, gémissements, réflexe d'agrippement, retentissement sur le moral ou l'activité habituelle.

- Echelle Doloplus 2
- Echelle de Laurent-Kenesi et Lejonc [98]

Fondée sur l'expression comportementale non verbale de la douleur. Les items décrivant l'expression faciale sont les plus nombreux et les plus sensibles. Son utilisation simple, rapide, (4 à 5 minutes) permet le suivi de l'effet du traitement et la communication entre les soignants.

- ECPA (Echelle Comportementale de douleur pour la Personne Agée) (4^e version)
[Annexe 6]

(Recommandée par l'ANAES)

Elle a été créée par le groupe français REGATES (Réseaux d'Evaluation en Gériatrie de l'Activité des Thérapeutiques et de leurs Effets Secondaires). L'échelle pédiatrique DEGR a servi d'esquisse pour la première version. Quatre versions d'ECPA se sont succédées pour satisfaire la validation. L'ECPA possède deux dimensions : observation avant les soins, puis pendant les soins.

- ECS (Echelle Comportementale Simplifiée) Sainte Périne [100]

Cette échelle a été validée par le CLUD du groupe hospitalier Sainte-Périne. Elle utilise des signes comportementaux non verbaux ne pouvant être repérés que par des soignants connaissant l'état habituel du patient, en dehors de toute douleur. Elle est donc réservée aux patients ayant des difficultés à communiquer verbalement et/ou un MMS < 20/30 et présents dans une unité depuis au moins 15 jours.

4.3.Localiser la douleur

- Le schéma des zones douloureuses ou dessin de la douleur permet de mettre en évidence les zones douloureuses. Le patient doit les indiquer sur le dessin d'un corps humain imprimé. Cet outil a été testé dans les lombalgies chroniques où certains auteurs ont estimé qu'il était une bonne appréciation de la « non-organicité » de la douleur ou de la prédiction de l'échec de la chirurgie sur la symptomatologie douloureuse. Ces études sous-entendent la possibilité d'une détection de l'origine psychogène de ces douleurs grâce au dessin. Cependant d'autres études n'ont pas confirmé cette hypothèse et la littérature ne permet pas de trancher. Plusieurs systèmes de cotation existent, prenant en compte les surfaces désignées par le patient. Ils recouvrent des domaines aussi différents que la cotation grâce à un « coup d'oeil » réalisable par un utilisateur non expérimenté, l'utilisation d'une grille d'évaluation précise ou des systèmes simples et ne prêtant pas à confusion. [Annexe 7]

Le schéma des zones douloureuses est inclus dans la plupart des échelles multidimensionnelles. Il ne nécessite pas d'apprentissage particulier. Le dessin de la douleur ne doit être utilisé que pour préciser la topographie et le caractère localisé ou diffus de la douleur. Ces informations peuvent orienter le bilan étiologique (territoires neurologiques, reconnaissance de plusieurs zones douloureuses d'une symptomatologie diffuse).

La localisation de la douleur sur un schéma corporel chez l'enfant de >5 ans est également recommandée par l'ANAES, en tenant compte des erreurs de latéralisation.

4.4.Les recommandations pratiques

- L'évaluation initiale du malade douloureux chronique demande du temps. Elle peut se répartir sur **plusieurs consultations**.
- Les éléments cliniques essentiels sur lesquels se fonde l'entretien figurent dans une **grille d'entretien** semi-structurée de 10 chapitres, de 5 items en moyenne chacun.

- **Cinq outils de base** sont proposés. Ils visent à l'évaluation du malade douloureux chronique, en sachant que de nombreux autres outils existent s'il est besoin de compléter l'évaluation :
 - ✓ un schéma de la topographie des zones douloureuses (auto-questionnaire) ;
 - ✓ trois échelles de mesure de l'intensité de la douleur. Il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire. La même échelle doit être utilisée lors de l'évaluation initiale et le suivi. La présentation de l'échelle au patient doit être faite de manière relativement standardisée, avec suffisamment d'explications également standardisées et après s'être assuré de la bonne compréhension du patient ;
 - ✓ une liste de 16 adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur.
 - ✓ un questionnaire visant à évaluer l'anxiété et la dépression (HAD : Hospital Anxiety and Depression scale) ; celles-ci sont une composante de la douleur.
 - ✓ un questionnaire visant à évaluer le **retentissement de la douleur sur le comportement**, car une diminution de l'intensité de la douleur ne s'accompagne pas toujours d'une amélioration de la qualité de vie.
- Les malades douloureux chroniques doivent **être réévalués périodiquement**. La fréquence est laissée à l'appréciation du médecin et du patient. Les évaluations successives servent de point de comparaison.
- Les échelles d'évaluation de la douleur sont utiles pour le suivi.

5.ARSENAL THERAPEUTIQUE A DISPOSITION DU MEDECIN EN 2005

« On ne se débarrasse pas d'une habitude en la flanquant par la fenêtre; il faut lui faire descendre l'escalier marche par marche. » Mark Twain.

La douleur a de nombreuses composantes qu'il faut savoir apprécier pour pouvoir les prendre en charge et pour les soulager par des moyens thérapeutiques appropriés. L'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui les moyens permettant de prendre en charge un grand nombre de douleurs. Ces moyens thérapeutiques doivent répondre tout autant aux besoins du malade qu'à ceux de la maladie.

C'est la raison pour laquelle, l'arsenal thérapeutique de la prise en charge de la douleur est aussi varié :

- ❖ Médicaments antalgiques, antidépresseurs, etc...
- ❖ Méthodes non pharmacologiques (acupuncture, hypnose, kinésithérapie, relaxation, psychothérapie).
- ❖ Techniques anesthésiques et neurochirurgicales.

5.1 Les médicaments antalgiques.

Les récents progrès accomplis dans le domaine de la compréhension de la neurobiologie de la douleur contrastent avec la prise en charge médicamenteuse de la douleur. Celle-ci repose principalement sur trois molécules [101]: acide acétylsalicylique (1860), paracétamol (découvert en 1880), morphine (1803).

5.1.1 Les paliers de l'O.M.S. [102]

L'O.M.S a proposé de classer les antalgiques selon trois paliers ou niveaux. Cette échelle prend en compte la puissance d'activité des médicaments en la hiérarchisant, ainsi que leurs rapports avantages et inconvénients. Cette échelle a été élaborée à l'origine pour les douleurs d'origine cancéreuse, elle est néanmoins tout a fait cohérente avec les autres types d'algie.

- Niveau 1 : douleurs légères à modérées : analgésiques non morphiniques, appelés aussi à tort, analgésiques périphériques ou mineurs. Ils sont représentés par le paracétamol, l'acide acétylsalicyliques et les A.I.N.S : anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Niveau 2 : douleurs modérées à fortes : agonistes morphiniques faibles. Principalement représentés par des associations entre analgésiques de niveau 1 et des analgésiques morphiniques faibles : dextropropoxyphène et codéine.
- Niveau 3 : douleurs fortes à sévères : Regroupe des agonistes morphiniques forts (morphine, péthidine, dextromoramide) et des agonistes antagonistes (pentazocine et nalbuphine).

On distingue le niveau 3a quand les agonistes morphiniques forts sont administrés par voie orale, et le niveau 3b quand ils le sont par voie parentérale ou centrale [103-104].

Ces traitements doivent être utilisés selon les recommandations de l'O.M.S.

La potentialité de chacun de ces paliers de puissance progressive sera utilisée au maximum et le passage d'un palier à l'autre se fera en fonction de l'évolution de la douleur et du degré de soulagement du malade. Avant de changer de niveau, on s'assurera que les posologies ont été bien adaptées et que les co-antalgiques éventuels ont été prescrits.

5.1.2 Les antalgiques de niveau 1.

Egalement appelés antalgiques périphériques, ils sont indiqués dans les douleurs légères à modérées. Leur action est indissociable de la physiologie des prostaglandines. Souvent banalisés dans l'esprit des malades, ils font l'objet d'une automédication parfois sauvage alors qu'ils exposent à de nombreux effets indésirables.

▪ **Paracétamol**

Antalgique et antipyrétique. Puissant inhibiteur des cyclo-oxygénases cérébrales ce qui explique ses effets antipyrétiques.

Les effets antalgiques du paracétamol, peuvent s'expliquer par deux hypothèses [104] :

- action opioïde sur les voies nociceptives du système nerveux central.
- action périphérique sur la formation ou l'action de médiateurs chimiques de la douleur.

Son association avec des opiacés faibles ou dérivés opioïdes mineurs (codéine ou dextropropoxyphène) est synergique et fait partie du niveau 2 de l'O.M.S.

➤ *Indications et précautions d'emploi :*

D'activité analgésique équivalente aux salicylés, le paracétamol est prescrit à la dose de 3 grammes par 24 heures en 3 ou 4 prises espacées de 4 heures.

L'utilisation de paracétamol sera prudente chez les sujets alcooliques chroniques, dénutris ou présentant une insuffisance hépatocellulaire chez qui le glutathion hépatique est déjà diminué [103].

➤ *Effets indésirables :*

Globalement le paracétamol est bien toléré, notamment au niveau digestif, et ses effets secondaires aux doses usuelles sont rares, ce qui en fait le médicament de première intention notamment chez l'enfant. Il a peu d'effet sur la fonction plaquettaire (thrombopénies exceptionnelles) ou sur la fonction rénale, la prescription est aisée chez les patients bénéficiant d'une chimiothérapie. Son association aux corticoïdes ne nécessite pas de précautions particulières.

▪ **L'aspirine.**

De nombreux médicaments contiennent de l'aspirine. La posologie pour obtenir une action antalgique est de 2 à 3 grammes par 24 heures chez l'adulte.

L'aspirine inhibe de façon irréversible les cyclo-oxygénases périphériques et centrales. Elle est indiquée dans les douleurs d'intensité modérée, avec ou sans composante inflammatoire.

Contre indiqué en cas d'hémorragies digestives, de métrorragies ou ménorragies. Chez l'enfant on préférera le paracétamol en raison d'une possible liaison de l'aspirine avec le syndrome de

Reye [103]. La grossesse, notamment au troisième trimestre contre-indique l'emploi des salicylés en raison d'une toxicité fœtale cardio-pulmonaire et rénale et d'un allongement du temps de saignement chez la mère et l'enfant. En cas d'antécédents d'ulcères gastriques ou duodénaux, d'insuffisance rénale, d'asthme, de dispositif intra utérins, l'utilisation sera prudente.

▪ **Anti-Inflammatoires non stéroïdiens. (AINS)**

Les AINS sont divisés en plusieurs groupes chimiques qui correspondent aux dates d'apparition sur le marché des différents médicaments :

Première génération : salicylés, pyrazolés, indoliques, ...

Deuxième génération : propioniques, fénamates, oxiams,...

Troisième génération : inhibiteurs de la Cox 2.

Ces médicaments peuvent être efficaces seuls dans des douleurs d'intensité modérée, ou pour potentialiser l'action des morphiniques, et sont réputés pour leur « effet d'épargne » des opiacés.

En rhumatologie, ces médicaments sont efficaces sur toutes les pathologies inflammatoires, avec une variabilité selon la maladie causale et le profil du malade. En cancérologie, ils sont réputés pour traiter la douleur osseuse.

Mais ils ont un effet « plafond » et doivent être utilisés avec précaution du fait du risque *d'effets secondaires importants*. Ces effets secondaires sont : communs à tous les AINS : mineurs (dyspepsie, nausées et vomissements, anorexie, diarrhée, épigastralgies....) et parfois sévères (hémorragies digestifs, ulcères). Hépatopathie et insuffisance rénale peuvent apparaître à tout moment lors de traitements prolongés. Ces risques sont accrus chez les personnes âgées en raison des insuffisances viscérales associées, notamment rénale, et de la polymédication fréquente.

On note également des *interactions médicamenteuses fréquentes*, en particulier avec les anticoagulants et la ticlopidine, le methothréxate, lithium, les antihypertenseurs (diurétiques, bêta-bloquants, IEC), et les autres AINS.

Pour prévenir les lésions gastro-duodénales, on associera ces traitements avec des IPP (Mopral®, Inexium®, Ogast®, Zoltum®.....)

Les associations avec les antiagrégants, anticoagulants, corticoïdes, et médicaments contenant de l'aspirine sont également déconseillées.

5.1.3 Les antalgiques de niveau 2.

Le passage à ce niveau est légitimé en cas de douleurs modérées, à intenses ou dès lors que les douleurs résistent à 2 ou 3 grammes de paracétamol ou d'aspirine.

Les antalgiques de ce niveau sont représentés par des associations d'antalgiques de niveau 1 avec des dérivés morphiniques mineurs comme la codéine et le dextropropoxyphène.

Ces dérivés opioïdes sont qualifiés de mineurs en raison de l'affinité très réduite qu'ils ont pour les récepteurs morphiniques. L'effet antalgique est moindre que celui de la morphine, mais les effets secondaires le sont également.

Le paracétamol est l'antalgique périphérique de choix pour ces associations qui potentialisent l'efficacité antalgique de ces différents composés.

▪ Codéine.

Alcaloïde de l'opium, elle est utilisée également comme antitussif et antidiarrhéique. Son effet antalgique est 5 à 10 fois plus faible que celui de la morphine et sa durée d'action 5 heures. Son métabolisme passe par la production de morphine, ce qui explique son activité antalgique. On trouve la codéine dans de nombreuses présentations associées à l'aspirine ou au paracétamol (Codoliprane®, Efféalgan codéiné®...). Les effets secondaires sont relativement faibles (constipation, nausées, somnolence etc.) et les risques de dépendance ne se voient pas aux doses préconisées.

▪ Dihydrocodéine (Dicodin®).

C'est un analogue semi synthétique de la codéine, qui grâce à une présentation retard (Dicodin®) permet de prendre une prise toutes les 12 heures, ce qui est particulièrement

intéressant pour les patients présentant une douleur chronique stable ; c'est aussi la seule présentation de la famille des codéines à ne pas être associée. Cette présentation est utilisée chez les patients que l'on souhaite mettre sous morphine retard, pour les habituer aux prises biquotidiennes et non plus à un traitement à la demande. Dans le cas de paroxysmes douloureux, il est possible d'associer de la codéine ou des associations codéine, paracétamol avec un résultat très satisfaisant [105].

- **Dextropropoxyphène.**

C'est un agoniste μ , dérivé synthétique de la méthadone, utilisé en association avec le paracétamol et l'aspirine, mais aussi seul (Antalvic®). Son effet antalgique est inférieur à la codéine et sa durée d'action de 4 à 6 heures.

Ses effets indésirables sont le plus souvent digestifs. Certaines manifestations imposent l'arrêt immédiat du traitement (réactions cutanées allergiques, hypoglycémies, hépatites cholestatiques, confusions).

- **Tramadol.**

C'est une molécule introduite en France il y a quelques années, mais elle existait depuis très longtemps en Allemagne. Elle est commercialisée également en association avec le paracétamol.

Antalgique morphinique agissant par fixation sur les récepteurs opioïdes de type μ , δ , et K par recaptage neuronal de la noradrénaline et de la sérotonine, ayant des effets dépresseurs respiratoires et toxicomanogènes inférieurs à la morphine, mais présentant un risque de dépendance et d'usage abusif avec syndrome de sevrage à l'arrêt. Les doses sont de 50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures [105].

5.1.3 Les antalgiques de niveau 3.

Ce sont les antalgiques les plus puissants. Ils sont utilisés dans les douleurs sévères et les douleurs d'origine cancéreuse.

Mécanisme d'action : Ils doivent leurs propriétés à la mise en jeu de cinq types de récepteurs [105].

Récepteurs μ : l'action des morphiniques à ce niveau est responsable de l'analgésie. Ils existent en grande quantité au niveau de la substance péri-aqueducale, mais aussi dans la substance gélatineuse au niveau de la moelle épinière. On distingue 2 types de récepteurs, les $\mu 1$ responsables de l'analgésie supraspinale, de la bradycardie et de la sédation et les $\mu 2$ responsables de la dépression respiratoire, de la dépendance physique et de l'euphorie.

Récepteurs κ : ils sont responsables aussi de l'analgésie mais également d'une dépression respiratoire et d'une dysphorie.

Récepteurs δ : leur action est moins connue, mais ils agissent au niveau de l'analgésie et également au niveau de la dépression respiratoire.

Récepteurs σ : moins connus, ils seraient à l'origine d'effets psychomimétiques.

Récepteurs ε : ils auraient un rôle dans la neuromodulation.

La pluralité fonctionnelle de ces récepteurs et la disparité des interactions entre les ligands et les récepteurs, font que l'on distingue 3 catégories de produits [106]:

Les agonistes purs : Morphine, Codéine, Péthidine, Méthadone, Propoxyphène, Fentanyl®, Sufentanil, Hydromorphone.....Ils sont les plus actifs au niveau de l'analgésie et sont « dose dépendant » non seulement au niveau de la douleur, mais également au niveau de la dépression respiratoire et des effets digestifs.

Les agonistes antagonistes : Pentazocine, Nalbuphine, Butorphanol.....

Les agonistes partiels : Buprénorphine.....

Les agonistes partiel et les agonistes- antagonistes, à la différence des agonistes purs, ont un effet plafond qui serait un handicap pour traiter les douleurs du cancer, lesquelles peuvent aller

en augmentant et nécessiter des doses importantes. Ils peuvent également antagoniser les effets d'un agoniste donné en même temps, et l'association de ces produits est illogique.

- **Agoniste pur et complet : la morphine.**

Ce « vieux produit » est toujours la molécule de référence et son devenir dans l'organisme fait toujours l'objet d'une recherche importante. Elle possède une structure pentacyclique dont la substitution de certains radicaux conduit à des dérivés naturels (codéine) ou à des dérivés synthétiques comme la péthidine, le Fentanyl®. Son risque toxicomanogène ne doit en rien retarder la mise en œuvre du traitement chez le patient qui souffre [107].

Elle est utilisée pour des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits notamment d'origine néoplasique. L'antalgie doit être totale et permanente, et non procurée à la demande. La morphine est un antalgique puissant ayant un effet antalgique dose dépendant et sans plafond antalgique ; dépresseur respiratoire, douée également d'une action psychodysléptique et d'un effet toxicomanogène.

Ses *contre-indications* sont l'insuffisance respiratoire, l'insuffisance hépatocellulaire grave, le syndrome abdominal aigu d'étiologie non déterminée, les traumatismes crâniens, l'hypertension intracrânienne, les états convulsifs, l'intoxication alcoolique aiguë, le delirium tremens, l'allergie, la grossesse, l'allaitement.

Ses *effets secondaires* sont des constipations, nausées et vomissements, dépression respiratoire, modérée aux doses thérapeutiques mais sévère en cas de surdosage, sédation, manifestations dysphoriques, confusions mentales, vertiges, hypotension orthostatique, bradycardie, augmentation de la pression intracrânienne, de la pression dans les voies biliaires, rétention urinaire en cas d'obstacle uréthro-prostatique.

Une dépendance physique et psychique avec accoutumance peut apparaître, comme le syndrome de sevrage (sueurs, bâillements, rhinorrhée, larmoiement) lors d'un arrêt intempestif ou d'une association malencontreuse avec un agoniste antagoniste.

En cas de surdosage : pauses respiratoires, myosis et hypotension sont les principaux signes. La naloxone (antagoniste pur) est le médicament de choix.

La durée de l'analgésie est d'environ 4 à 6 heures après administration orale, intramusculaire ou sous cutanée : certaines formes permettent des prises quotidiennes (Kapanol®) bi quotidiennes (Moscontin®-Skenan®), exceptionnellement tri quotidiennes par voie orale.

Par voie péridurale ou intrathécale, de faibles doses permettent des durées d'action considérablement prolongées.

Cependant il existe, comme avec tous les morphiques une importante variation, pouvant aller de 2 à 5, entre les doses injectée en IM ou SC et les taux plasmatiques. C'est pourquoi on préconise une titration, qui permet d'approcher progressivement les doses nécessaires. Dans un contexte d'urgence, la voie intraveineuse est préférée : de petites doses allant de 1 mg (plus de 70 ans) à 3 mg (adulte jeune) sont injectées toutes les 5 à 10 minutes, en respectant scrupuleusement l'administration. La dose de titration n'est en rien prédictive de la dose d'entretien nécessaire pour maintenir la sédation. [105].

- **La péthidine (Dolosal®).**

L'effet antalgique de la péthidine est un peu moins puissant que celui de la morphine (ratio posologique 10 : 1) et sa durée d'action est plus courte, c'est le seul morphinique qui possède des propriétés spasmolytiques. Sa durée d'action est trop courte pour présenter un intérêt en cancérologie. Ses propriétés inotropes négatives la déconseillent chez les patients présentant des défaillances cardiaques [106].

- **Méthadone.**

Elle est perçue comme uniquement un traitement de maintien pour les toxicomanes : cependant elle permet une analgésie similaire à celle provoquée par la morphine de plus longue durée (4 à 8 heures), mais dont les effets secondaires peuvent persister après que les effets antalgiques aient disparu. En matière de prise en charge de la douleur pour une période prolongée, la méthadone est une alternative intéressante, mais « sophistiquée » [105].

- **Fentanyl®**

Il s'agit d'un produit d'usage courant en anesthésie et dans le cadre de l'analgésie post-opératoire. Il a une tolérance satisfaisante au niveau cardio vasculaire, et une efficacité de 50 à 60 fois supérieur à celle de la morphine[10-106].

Injecté par voie intraveineuse, son efficacité analgésique est de 15 à 30 minutes.

Il existe une **forme Transdermique : Durogésic®**

Cette forme peut être utilisée dans le traitement des douleurs chroniques stables d'origine cancéreuse, rebelles aux autres antalgiques. Son activité antalgique est voisine de celle de la morphine. La forme transdermique en fait un médicament de délai d'action longue et de durée d'action prolongée (72 heures). Il est nécessaire d'utiliser une co-prescription d'un morphinique lors de son installation. Chez certains malades, il est nécessaire d'ajouter un antalgique d'action rapide et à durée d'action courte [105].

- **Buprénorphine (Temgésic®).**

Antalgique morphinique plus puissant que la morphine (1 à 30) qui, en raison d'un effet de premier passage hépatique important, est administré par voie sublinguale ou parentérale. Il a une forte affinité pour les récepteurs μ ce qui explique sa durée d'action (6 à 8 heures).

Il existe un effet plafond démontré chez l'animal [105] mais qui n'apparaît chez l'homme qu'à des doses très élevées. La difficulté avec ce médicament se présente lors de dépression respiratoire, car l'antagonisme est délicat à obtenir avec la naloxone.

L'association avec les autres morphiniques est contre-indiquée.

- **Hydromorphone (Sophidone®).**

Elle a une demi vie courte (2 heures) : c'est un agoniste μ 10 fois plus puissant que la morphine. Le produit peut être prescrit par voie orale ; le début de l'effet est perceptible en 30 à 40 minutes.

- **Pentazocine (Fortal®).**

C'est un agoniste-antagoniste qui, lorsqu'il est administré par voie orale, est fortement métabolisé d'emblée, ce qui a pour conséquence que seule la moitié de la dose passe dans la circulation générale. Ce qui explique la variabilité d'efficacité rencontrée chez les patients. De plus les effets secondaires à type de cauchemars, anxiété, hallucinations, le rendent difficilement supportable par certains malades.

- **Nalbuphine (Nubain®)**

Antalgique de puissance qualitativement identique à celle de la morphine, mais un effet plafond au-delà de 30 mg et un effet nettement sédatif. Comme c'est un morphinique agoniste-antagoniste, il ne doit pas être associé à un morphinique agoniste.

➤ La voie d'administration.

A efficacité égale, la voie la moins invasive est toujours la meilleure.

- La voie orale : pratique et bien acceptée, elle constitue la voie d'administration idéale. Pour limiter le nombre de prises ; des formes LP permettent une prise 2 fois par jour (Moscontin®-Skenan®) et même une fois par jour (Kapanol®). Mais si la biodisponibilité de ces formes est identique à celle obtenue par l'administration répétée de morphine par voie orale, le pic de concentration maximal est obtenu en revanche entre 3 et 4 heures, ce qui fait que ces médicaments « retards » ne peuvent être utilisés dans la douleur aiguë.
- La voie transdermique : Patch de Fentanyl, une voie intéressante dans les douleurs chroniques, mais il faut attendre 8 à 12 heures pour voir un effet antalgique se manifester. L'intervalle entre deux prises est (normalement) de 3 jours (72 heures).
- Les voies parentérales : on choisit la voie sous-cutanée en première intention, en particulier chez les malades ne disposant pas de voies veineuses. Mais en cancérologie les malades disposent fréquemment d'un site d'accès veineux implanté et la voie IV est alors utilisée. On préfère généralement la voie d'administration continue, notamment

avec des vecteurs d'administration, soit mécaniques (Infuseur), ou plus sophistiqués par pompes électroniques pour « Patient Controlled Analgésie » qui permettent aux malades de « contrôler » la douleur.

Pour un malade recevant préalablement de la morphine orale, une conversion peut être faite : dose quotidienne de morphine orale divisée par deux si la voie sous cutanée est choisie, et par trois pour la voie intraveineuse.

- La voie spinale : L'administration de morphine au niveau de l'espace péri-dural, ou bien en intrathécal, a débuté en 1980. Après l'enthousiasme du début, du fait des effets secondaires importants, cette voie d'administration est réservée à des malades spécifiques atteints de cancers ou de douleurs aiguës traumatiques [105].

5.2 Les médicaments adjuvants ou co-analgésiques.

On ne doit pas négliger leurs prescriptions car ils sont bien souvent complémentaires des antalgiques.

5.2.1 Les antidépresseurs.

Ce sont les médicaments de référence dans le traitement des douleurs neurogènes, notamment des douleurs des neuropathies périphériques. L'action antalgique des antidépresseurs est connue depuis longtemps et se manifeste beaucoup plus tôt (48 heures) que l'effet thymique. Cet effet antalgique des antidépresseurs semble indépendant de l'effet thymoanaleptique [103]. Les douleurs pouvant être soulagées par les antidépresseurs sont des douleurs de désafférentation, migraines, algies faciales, certaines douleurs rebelles cancéreuses et certaines fibromyalgies, où ils offrent une alternative intéressante.

Il faut évoquer la douleur morale et les dépressions générées par des douleurs rebelles, qui peuvent être soulagées par les antidépresseurs, la convulsivothérapie, et l'approche psychothérapique [103].

Les antidépresseurs tricycliques (imipramine, clomipramine....) seraient les plus efficaces.

Cependant les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (fluoxétine, paroxétine, citalopram.....), mieux tolérés sont utilisables dans ces indications [105].

5.2.2 Les antiépileptiques.

Leur place dans l'arsenal anti-douleur est justifié par l'efficacité de la carbamazépine (Tégrétol®) dans la névralgie du trijumeau. A noter les effets secondaires très gênants notamment au niveau des lignées sanguines, d'atteintes hépatiques.... Cette classe serait également efficace dans les douleurs de désafférentation et dans certaines douleurs à caractère paroxystique.

5.2.3 Les myorelaxants.

Ils agissent en diminuant les réflexes médullaires polysynaptiques qui génèrent des contractions musculaires réflexes souvent douloureuses. Ce sont principalement le tétrazépam, (Myolastan®), Coltramyl®, Décontractyl®. Les myorelaxants antispastiques de type baclofène (Lioréal®) sont utilisés dans la spasticité neurologique ; le baclofène peut être associé à la carbamazépine dans le traitement de la névralgie du trijumeau.

5.2.4 Les anxiolytiques.

Dénués d'actions antalgiques, ils interviennent sur la composante émotionnelle, affective de la douleur.

5.2.5 Les corticostéroïdes.

De part leur activité anti-inflammatoire, les corticoïdes sont utilisés dans le traitement des douleurs d'origine inflammatoires, notamment en rhumatologie et cancérologie (douleurs osseuses) ou dans les céphalées dites de tension. Ils sont également utilisés pour d'autres symptômes : asthme, troubles biologiques (hypercalcémie), cachexie (fréquente en cancérologie)...

Les principaux effets secondaires surviennent lors de traitement au long cours.

5.2.5 Les antispasmodiques.

De nature musculotrope (Spasfon®, Duspatalin®) ou anticholinergique atropinique (Viscéralgine®), les antispasmodiques traitent les manifestations douloureuses des troubles fonctionnels du tube digestif, des voies biliaires, urinaires ou gynécologiques.

Ce sont des traitements de choix dans les coliques hépatiques et néphrétiques.

5.2.6 Les anesthésiques locaux.

On distingue les anesthésiques locaux injectables et les non injectables. La Xylocaïne®, adrénalinée ou non, est indiquée dans les anesthésies locales par infiltration et certaines injections périarticulaires. Sous forme de spray ou en gel, elle est utilisée dans l'anesthésie avant un geste douloureux (endoscopie, sondages urinaires etc.)....Il faut citer la crème et le Patch Emla®, mélange eutectique de deux anesthésiques locaux, qui permet après application sur la peau et les muqueuses d'une période de temps variant entre 30 minutes à 2 heures, d'effectuer des gestes douloureux (ponctions, exérèses...). Ce traitement utilisé très fréquemment chez les nourrissons et les enfants, doit l'être aussi chez les personnes fragilisées par la douleur, notamment en cancérologie et en gériatrie.

5.3 Les traitements non médicamenteux co-analgésiques.

La prise en charge de la douleur aiguë et chronique fait appel également à des compétences pluridisciplinaires. D'autres approches thérapeutiques peuvent être utilisées.

5.3.1 La neurostimulation électrique transcutanée [105]

La stimulation des grosses fibres A permettrait de diminuer la transmission vers les centres supérieurs des messages nociceptifs véhiculés par les petites fibres C.

Les stimulateurs existent dans le commerce et sont vendus à un prix réduits ; ils fonctionnent avec des piles et délivrent des courants de fréquence allant de 1 à 100 Hertz.

La stimulation « haute fréquence » permet un soulagement d'apparition rapide à la différence de celui obtenu par une stimulation « basse fréquence », plus lent à apparaître mais qui persiste

plus longtemps. Mais les malades préfèrent la stimulation « haute fréquence », car la basse engendre des contractions musculaires.

La technique doit être parfaitement expliquée au malade sous peine d'échec ; l'idéal est de lui faire une démonstration et de lui prêter un stimulateur. Dans le cas de douleurs chroniques, une application d'au moins 3 heures par jour est conseillée.

5.3.2 *L'acupuncture.*

Même si l'acupuncture fait partie de l'arsenal thérapeutique chinois depuis plus de 2000 ans, sa conception est éloignée de celles ayant cours en Occident. Néanmoins elle a été revisitée par la médecine occidentale. Un grand nombre de points d'acupuncture sont localisés dans les zones où les racines nerveuses pénètrent dans les muscles. Une aiguille est enfoncée à ce niveau : le malade ressent une sensation particulière à type de fourmillement, d'engourdissement. On ne peut tout soigner par l'acupuncture, il s'agit cependant d'une thérapie sans effets secondaires et qui peut donner des résultats dans certains cas, quand elle est associée à d'autres techniques analgésiques.

Les principales indications : lombalgies, cervicalgie aiguës ou chroniques, fibromyalgie, névralgies post-zostériennes, algodystrophie, migraine, membres fantômes.

5.3.3 *L'Hypnose.*

La pratique de l'hypnose est plus répandue dans les pays anglo-saxons qu'en France qui fut il y a cent ans, le centre de rayonnement de l'hypnose. Le développement actuel des centres de traitement de la douleur en dynamise le retour et l'essor. Cette technique fait l'objet de nombreuses études, même si son efficacité n'est plus à prouver. C'est une technique séduisante car elle s'appuie sur les ressources propres de l'individu sans recours médicamenteux, qui y trouve la satisfaction de prendre une large part dans son traitement.

Il n'est pas incompatible d'associer d'autres thérapeutiques chimiques ou physiques.

Les principales indications sont les céphalées, les douleurs post-chirurgicales orthopédiques ou viscérales, diverses neuropathies, les douleurs du cancer, le soin des grands brûlés.

Quelques équipes en Europe utilisent l'hypnose en pré, per, ou post opératoire pour tenter de réduire l'importance de la prescription médicamenteuse [105].

5.3.4 Les techniques de relaxation, de sophrologie.

Ces techniques sont fondées sur l'idée que la personnalité est un ensemble somato-psychique, avec une inter relation permanente entre le physique et le psychique.

La relaxation permet une diminution des réactions du système nerveux sympathique. Il y a une relation étroite entre la tonicité et les émotions, entre la tension psychique et la tension musculaire. Le traitement consistera à obtenir, par un relâchement musculaire, une détente affective. Plusieurs techniques sont utilisées (Training autogène de Schultz, technique de Jacobson etc....) en fonctions des pathologies, mais surtout de la personnalité du malade.

5.3.5 Les techniques chirurgicales et anesthésiques.

▪ Techniques anesthésiques.

L'anesthésie loco-régionale permet d'obtenir un soulagement de la douleur dans de très nombreuses situations, que ce soit pour une douleur aiguë ou pour une douleur chronique.

Sa réalisation passe par la connaissance de l'anatomie, des techniques, des indications et contre indications, ce qui représente un obstacle pour de nombreux praticiens.

Même s'il ne faut pas banaliser sa pratique, connaître un minimum de gestes n'est pas insurmontable, car un certain nombre de blocs nerveux sont relativement simples à réaliser.

▪ Techniques neurochirurgicales.

La place de la neurochirurgie dans la prise en charge de la douleur est très réduite par rapport à ce qu'elle a pu être. On pense habituellement aux possibilités de cette spécialité quand toutes les autres ont échoué. Pendant très longtemps, il s'est agit d'intervention à type de section nerveuse irréversible. Aujourd'hui, les techniques de stimulation permettent d'envisager la neurochirurgie sous un autre angle.

Les interventions portent à différents niveaux du système nerveux, de la périphérie au cerveau, avec les risques inhérents à ces gestes. Il faut toujours peser le bénéfice/risque du geste envisagé.

5.3.6 Divers.

Nombreuses sont les techniques utilisées dans la prise en charge de la douleur, il est difficile d'être exhaustif, mais citons pour être complet [108] : la cryothérapie, la vibrothérapie, la balnéothérapie, l'électrothérapie, la physiothérapie, les techniques de massages, l'utilisation de la capsaïne dans les douleurs post-zostériennes, l'arthérapie, la musicothérapie, les techniques d'appareillage, etc....

DEUXIEME

PARTIE

« Une douleur qui se tait n'en est que plus funeste »
Jean Racine

1.PRESENTATION

- Le CHG de Lunéville est un hôpital périphérique localisé à 35 km de Nancy, en plein cœur du Pays lunévillois. Celui-ci est composé de cantons regroupant une population de 76 763 habitants répartis sur 164 communes. La superficie du Lunévillois est de 1454 km², et le densité de population est de 52,79 habitants au km carré (moyenne de 97,78 en lorraine) [109].
- Au recensement de 1999, la population de cette zone présentait les caractéristiques suivantes [110] :
 - Population rurale : 52,7%
 - Personnes de plus de 60 ans : 23,5% (19,8% en Lorraine)
 - Personnes de plus de 75 ans : 8,2% (6,4% en Lorraine)
 - Taux d'activité : 52,1% (53,4% en Lorraine)
 - Taux de chômage : 12,7% (11,8% en Lorraine)
- Les éléments ci-dessus font apparaître la diversité de la population du bassin lunévillois. Son caractère rural est marqué et compte tenu de l'étendue du pays lunévillois, la densité d'habitants au kilomètre carré est très faible. Il s'agit également d'une population en moyenne plus âgée que les populations régionale et nationale. Il existe donc des phénomènes d'isolement dans certains secteurs notamment celui concernant les personnes âgées. Par ailleurs le taux d'activité est inférieur à la moyenne nationale, et le taux de chômage supérieur aux moyenne régionale et nationale. Il semble d'ailleurs que cette tendance constatée en 1999 se soit accrue ces dernières années. Ceci est d'ailleurs confirmé par les statistiques établies par les services départementaux de la protection maternelle et infantile qui font apparaître des taux critiques par rapport aux moyennes nationales en ce qui concerne la prématurité, les mères sans profession, les grossesses de mineures, l'environnement socio-familial des enfants.
- Dans l'ensemble le secteur du lunévillois présente des indicateurs qui mettent en évidence des facteurs de fragilité et de précarité. Ces premiers éléments mettent en évidence la nécessité de mettre à la disposition de cette population une équipe médicale

polyvalente possédant des compétences aussi bien sanitaires, que médico-sociales et médico-légales.

- Le pays lunévillois est donc reconnu et administrativement classé comme bassin d'emploi et bassin de vie, et fait partie selon le découpage présenté par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du bassin de santé n°14, aux côtés de Nancy, Toul, et Pont-à-Mousson.
- Il compte un certain nombre d'établissements sociaux et médico-sociaux : 12 maisons de retraite, 2 maisons de repos et de convalescence, 10 logements foyers pour personnes âgées, 4 structures d'accueil pour personnes handicapées, ainsi que le CHG, avec lequel se sont développées des actions de partenariat, notamment autour de la prise en charge de l'urgence.
- Le CHG de Lunéville dispose d'un total de 166 lits installés, répartis en :
 - 1 Service de médecine à orientation gastro-entérologique (26 lits)
 - 1 Service de médecine à orientation diabétologique (26 lits)
 - 1 Service de pédiatrie-néonatalogie (10 lits)
 - 1 Service de cardiologie (20 lits)
 - 1 U.S.I.C. [Unité de Soins Intensifs Cardiologique] (6 lits)
 - 1 U.S.I.P. [Unité de Soins Intensifs Polyvalents] (7 lits)
 - 3 Services de chirurgie (52 lits)
 - 1 Unité maternité avec obstétrique (9 lits), gynécologie (5 lits), et structure d'hospitalisation libérale (5 lits)
 - 1 U.P.A.T.O.U. [Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences] auquel est rattaché un S.M.U.R. (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).
- 3 E.H.P.A.D. (Etablissements Hospitaliers pour Personnes âgées Dépendantes) sont directement rattachés au CHG de Lunéville : soit 258 lits répartis en :
 - Maison de retraite Stanislas : 80 lits
 - Maison de retraite St Charles : 118 lits
 - U.S.L.D. (Unité de soins de longue durée) : 60 lits.

- Enfin en terme d'activité, on a recensé :
- 43 252 journées d'hospitalisation sur le CHG de Lunéville en 2004,
 - 93 284 journées d'hospitalisation en E.H.P.A.D. en 2004,
 - 638 accouchements à la maternité du CHG de Lunéville en 2003, et,
 - un nombre de passage en U.P.A.T.O.U. : de 17 021 en 2003, et 19 129 en 2004, avec des moyennes respectives de 46,63 et 52,41 passages/jour.

2.LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR AU CHG DE LUNEVILLE

2.1. « *L'avant* » CLUD

- La mobilisation des professionnels, médecins et infirmières, restait encore trop souvent ponctuelle et insuffisamment structurée du fait de volontés individuelles, sans action transversale véritablement efficace
- Des formations anti-douleur destinées au personnel para-médical avaient vu le jour, avec le concours d'un médecin généraliste titulaire d'un DU Soins Palliatifs.
- La formation des cadres et médecins se faisait surtout par volontariat, dans le cadre de D.U. et capacités ayant trait à la prise en charge de la douleur.
- En septembre 2003, dans le cadre de la COMmission des MEDicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS), le CHG de Lunéville avait initié un programme d'amélioration de la qualité de prise en charge médicamenteuse des douleurs de l'adulte. Cette initiative visait à satisfaire deux des objectifs du plan quadriennal qui sont : améliorer l'information et la formation des personnels de santé, et amener tous les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur. Ce projet a utilisé la méthode de l'audit clinique décrite par l'ANAES. Une première enquête de pratiques de type prospective longitudinale a été conduite du 19 janvier au 20 février 2004 dans les trois services de médecine, puis une deuxième du 1^{er} au 9 mars 2004. Ce projet a permis la formalisation de « Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge de la douleur par excès de nociception de l'adulte », tenant compte de l'arsenal thérapeutique antalgique et du profil des patients hospitalisés dans ces services. Ces recommandations ont été par la suite validées par l'un des médecins des trois services concernés, puis diffusés et approuvés par la COMEDIMS le 1^{er} mars 2004.
- On pouvait assister à une évolution progressive du comportement médical concernant la prise en charge de la douleur...

2.2. L'évolution de la consommation des antalgiques

Au CHG de Lunéville, comme un peu partout en France, l'accélération globale de la consommation d'antalgiques témoigne d'un certain bouleversement des comportements :

- Niveau 1 : la vente d'antalgiques de niveau 1 connaît une évolution variable selon les années. Ceux-ci étant également utilisés comme antipyrétiques, notamment lors d'épidémies, il est difficile, à partir de ces données, d'extrapoler sur la signification de cette évolution.
- Niveau 2 : au plan national, la vente d'antalgiques de niveau 2 connaît une augmentation élevée et stable depuis 1996, aux alentours de 8% par an [43]. A cela 2 raisons principales : la mise sur le marché de Tramadol en 1997, et une plus grande facilité des prescripteurs à passer au niveau 2 lorsque cela leur apparaît nécessaire.
- Niveau 3 : le recul de consommation de Morphine LP en comprimés (cp) correspond à la mise sur le marché de Durogésic. Les opioïdes forts sous forme orale sont en augmentation depuis 1998 [43], avec sur le plan national : + 15,6% en 1999, et + 20% en 2000. C'est une augmentation forte en chiffres absolus, mais marginale en chiffres relatifs : les opioïdes forts ne remplacent pas les opioïdes faibles, leur utilisation reste spécifique.

Tableau II : Evolution de la consommation d'antalgiques au CHG de Lunéville de 2000 à 2004

	An 2000	An 2002	An 2004	Variation entre 2000 et 2004
Paracétamol (Dafalgan®, Doliprane®, Efferalgan®, Perfalgan®) en g	72236	97024 (+ 34 %)	85018 (- 12 %)	+ 17 %
Paracétamol + Codéïne (Dafalgan®-Efferalgan codéiné®) en g de paracétamol	3473	2035 (- 41 %)	1930 (- 5 %)	- 44 %
Paracétamol et dextropropoxyphène (Di- Antalvic®), en g de paracétamol	24936	28694 (+ 15 %)	29964 (+ 4 %)	+ 20%
Tramadol (Topalgic®) en mg	181 g	476 (+ 162 %)	1387 (+ 191 %)	+ 666 %
Morphine libération immédiate cp (Sévrédol®, Actiskénan®) en g	15	27 (+ 76 %)	33 (+ 26 %)	+ 122 %
Fentanyl patch (Durogésic®) en mg	47	46 (- 1 %)	49 (+ 8 %)	+ 6 %
Morphine LP cp (Skénan®) en g	194	137 (- 29 %)	152 (+ 1 %)	- 22 %
Morphine injectable en g	14,2	32,5 (+ 129%)	49 (+ 51%)	+ 245 %
Hydromorphone (Sophidone®) en g	0,2	0,9 (+ 430 %)	5,2 (+ 474 %)	+ 2941 %

2.3. Naissance du CLUD

- Conformément à l'article L.1112-4 du Code de santé publique, le CHG de Lunéville se voit dans l'obligation de mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de la douleur.
- Le 1^{er} février 2005 est diffusée une circulaire informant les membres du CHG de Lunéville de la création d'un CLUD au sein de l'Hôpital. Il s'agit d'une brève note explicative sur les objectifs et missions du CLUD, ainsi que d'un appel à candidature, à laquelle toute personne intéressée et motivée peut répondre avant le 20 février. Un maximum de 15 personnes peut être retenu conformément à la législation. Les personnes n'ayant pas été retenues parmi les membres du CLUD peuvent être référents pour la lutte contre la douleur dans leur service sur simple demande. Après tirage au sort la première équipe du CLUD se réunit le 15 avril 2005, pour installation du CLUD, présentation réglementaire, élection du président et du vice-président, programme d'actions, et présentation de l'action Evalor.
- A la suite de cette réunion sont décidés :
 - Mise en place d'un calendrier d'action
 - Diffusion d'un questionnaire à l'ensemble du personnel médical et paramédical du CHG de Lunéville
 - Validation puis diffusion de moyens d'évaluation de la douleur
 - Mise en place d'un programme de formation adapté au personnel soignant et nouveaux arrivants
 - Création et validation de protocoles d'évaluation et de prise en charge de la douleur, conjointement avec les équipes médicales de chaque service
 - Mise en place d'un site Intra-net constituant une base de données médicales fréquemment remise à jour, ayant trait à la prise en charge de la douleur dans ses grandes lignes
 - Evaluation du retentissement de la mise en place du CLUD.

3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

3.1. Objectifs de l'étude

Peu après la mise en place du CLUD de Lunéville, le premier comité de réflexion s'est donc penché sur les différentes actions à entreprendre pour améliorer la prise en charge de la douleur au sein du CHG. Pour cela il semblait indispensable avant toute chose de disposer d'un état des lieux de la prise en charge de la douleur en 2005 au CHG. Un tel état des lieux ne pouvait se faire que par enquête « de satisfaction » au sujet de la prise en charge de la douleur auprès de patients hospitalisés au CHG sur une période donnée, ou encore par étude du ressenti des différents soignants quant à cette prise en charge. C'est pour cette dernière option que pencha le CLUD en raison, entre autres, de sa plus grande faisabilité. L'analyse des résultats d'une telle enquête permettrait ainsi de mettre en exergue d'éventuelles carences et dysfonctionnements parfois déjà subodorés, car communs à de nombreux hôpitaux, d'apprécier un éventuel désarroi des soignants vis-à-vis de la douleur, d'évaluer la demande de ces soignants pour une formation à la douleur, et de préciser en conséquence les axes prioritaires du CLUD.

3.2. Population ciblée

- A l'exclusion des ASH (Agent de Service des Hôpitaux), l'ensemble du personnel médical et paramédical du CHG de Lunéville, de l'USLD, et de la maison de retraite Saint Charles est visé, soit un total de 365 personnes. Ceux-ci reçoivent le questionnaire par courrier nominatif adressé via le secrétariat de direction.
- Les critères d'inclusion sont : docteurs en médecine, docteurs en pharmacie, sage-femmes, cadres infirmiers, IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat), AS (Aide-Soignants), kinésithérapeutes, et manipulateurs en radiologie, travaillant de jour comme de nuit.
- Parmi cette population (n=365) on recense 38 médecins, 4 pharmaciens, 18 sage-femmes, 12 cadres infirmiers, 114 IDE, 166 AS, 10 manipulateurs radiologie, et 3 kinésithérapeutes.

➤ La répartition par service est la suivante :

- Service de médecine n°1 : 2 médecins, 10 IDE, 10 AS, soit 22 personnes.
- Service de médecine n°2 : 3 médecins, 12 IDE, 9 AS, soit 24 personnes.
- Service de médecine n°3 : 3 médecins, 19 IDE, 19 AS, soit 41 personnes.
- Service de chirurgie n°1 : 2 médecins, 9 IDE, 9 AS, soit 20 personnes.
- Service de chirurgie n°2 : 3 médecins, 9 IDE, 11 AS, soit 23 personnes.
- Service de chirurgie n°3 : 2 médecins, 3 IDE, soit 5 personnes.
- Maison de retraite Saint Charles, USLD, hôpital de jour de gériatrie, et appartement thérapeutique : 3 médecins, 14 IDE, 61 AS, soit 78 personnes.
- Service de pédiatrie : 2 médecins, 6 IDE, et 10 AS, soit 18 personnes.
- Service de gynécologie obstétrique et maternité : 5 médecins, 18 sage-femmes, 13 AS, soit 36 personnes.
- USIP, anesthésie, salle de réveil : 4 médecins, 19 IDE, 16 AS, soit 39 personnes.
- UPATOU : 6 médecins, 11 IDE, 6 AS, soit 23 personnes.
- Services médico-techniques : 4 pharmaciens, 3 radiologues, 10 manipulateurs en radiologie, 3 kinésithérapeutes, 12 cadres infirmiers, soit un total de : 32 personnes.
- Equipe de secours : 2 IDE, 2 AS, soit 4 personnes.

3.3. Période d'étude

Le 15 avril 2005 le questionnaire a été adressé aux populations visées par courrier nominatif, via le secrétariat de direction. La date limite de réponse était arbitrairement fixée au 15 mai 2005. Les réponses ont également été centralisées par le secrétariat de direction.

3.4. Questionnaire

Le questionnaire utilisé a été conceptualisé par E. Seidl, Praticien Hospitalier Urgentiste et président du CLUD de Lunéville, en collaboration avec le cadre infirmier responsable de l'UPATOU et de l'USIP du CHG de Lunéville. L'esprit du questionnaire a été en grande partie inspiré d'un enseignement sur la douleur (Diplôme Inter Universitaire) suivi par ces deux derniers. Il a d'ailleurs fait l'objet d'un mémoire dans ce cadre. Il s'agit d'un questionnaire anonyme assez classique, comportant 9 questions fermées dont 4 à choix multiples, et 3 questions ouvertes. [Annexe 8]

4.RESULTATS

4.1. Résultats globaux

140 questionnaires ont été retournés, parmi les 365 diffusés.
Le taux de réponse est donc de 38,3 %.

4.2. Répartition des différents services

Tableau III : Répartition des réponses en fonction des services

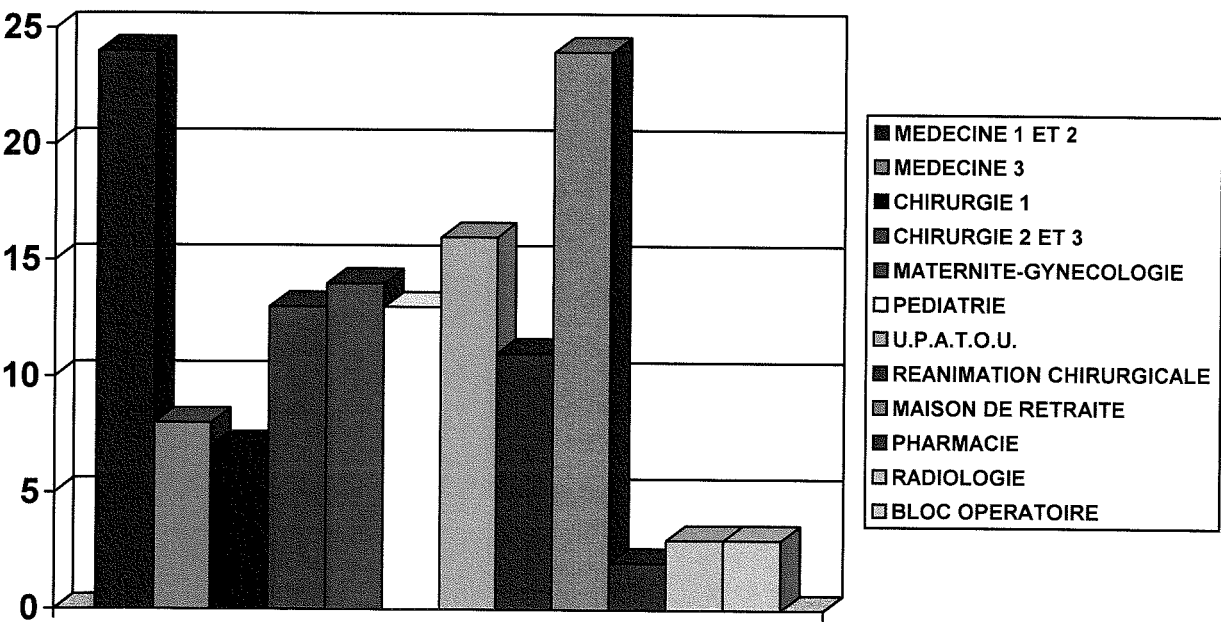
Services	Nombre de réponses	Taux de participation dans le service
Service de médecine n°1	19	86 %
Service de médecine n°2	5	21 %
Service de médecine n°3	8	19 %
Service de chirurgie n°1	8	40 %
Service de chirurgie n°2 et 3	12	43 %
Gynécologie et maternité	14	39 %
Pédiatrie	13	72 %
Maison de retraite et USLD	24	31 %
UPATOU	16	70 %
USIP et salle de réveil	11	46 %
Bloc opératoire et anesthésie	3	20 %
Pharmacie	2	50 %
Service de radiologie	3	23 %
Kinésithérapeutes	0	0 %
Non précisé	2	-
TOTAL	140	38 %

En raison du nombre important de personnel paramédical étant affecté à la fois dans les services de médecine n°1 et n°2, ou encore dans les différents services de chirurgie, les résultats groupés reflètent mieux la réalité :

Tableau IV : Répartition groupée des réponses en fonction des services

Services	Nombre de réponses	Taux de participation dans le service
Services de médecine n°1 et 2	24	52 %
Service de médecine n°3	8	20 %
Services de chirurgie	20	42 %
Gynécologie et maternité	14	39 %
Pédiatrie	13	72 %
Maisons de retraite et USLD	24	31 %
UPATOU	16	70 %
USIP	11	46 %
Service de radiologie	3	23 %
Kinésithérapeutes	0	0 %

Figure 3 : Répartition du personnel (nombre de personnes) participant à l’étude en fonction du service :



4.3. Catégorie professionnelle

Tableau V : Répartition des réponses en fonction de la catégorie professionnelle, et par taux de participation décroissant.

Fonction	Nombre de personnes	Taux de participation par fonction
Médecin	22	58 %
I.D.E.	48	42 %
A.S.	62	37 %
Cadres	3	25 %
Pharmacien	1	25 %
Manipulateurs en radiologie	1	10 %
Sage-Femmes	1	6 %
Kinésithérapeutes	0	0 %
Autres	2	-
TOTAL	140	-

Le **plus fort taux de participation** est donc observé parmi le **corps médical**, qui s’est senti concerné à **58 %**, suivi des IDE puis des AS.

On remarque le « **boycott** » **net des sage-femmes**. Celui-ci est expliqué par un certain ressentiment vis-à-vis du corps médical, incapable d’offrir aux accouchées la possibilité de bénéficier de péridurale de façon systématique, notamment la nuit.

On note également **l’absence de réponse des kinésithérapeutes**, et la **très faible participation des manipulateurs en radiologie**, alors que ceux-ci sont quotidiennement amenés à prendre en charge des patients douloureux.

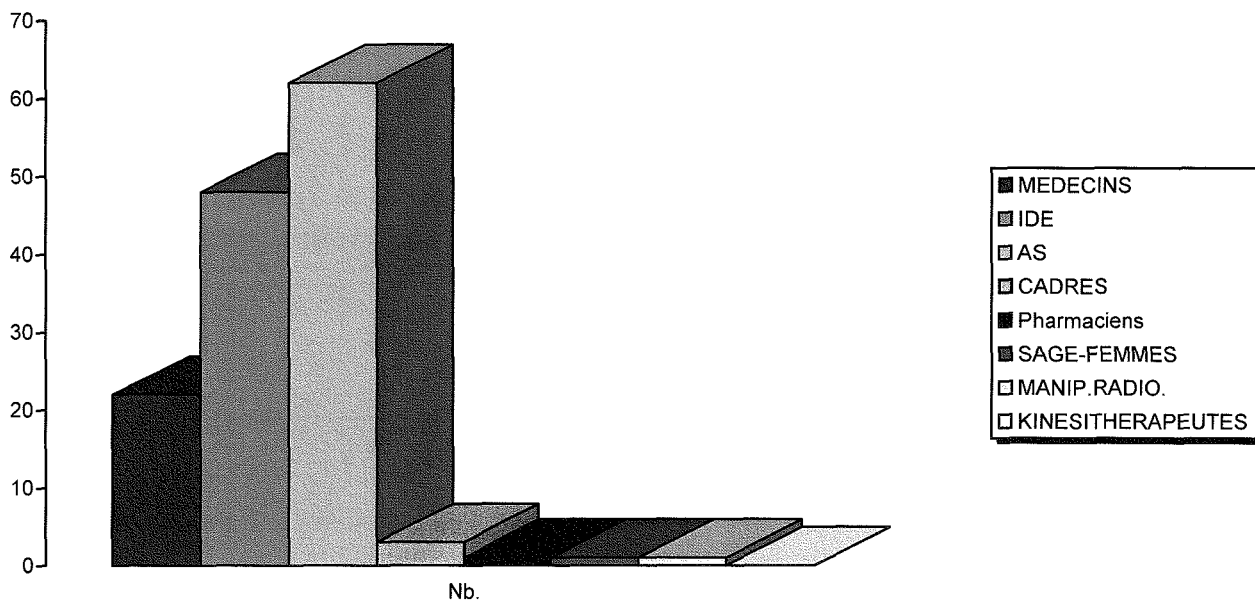


Figure 4 : Nombre de réponses en fonction de la profession

La population étudiée à travers ce questionnaire est donc constituée de :

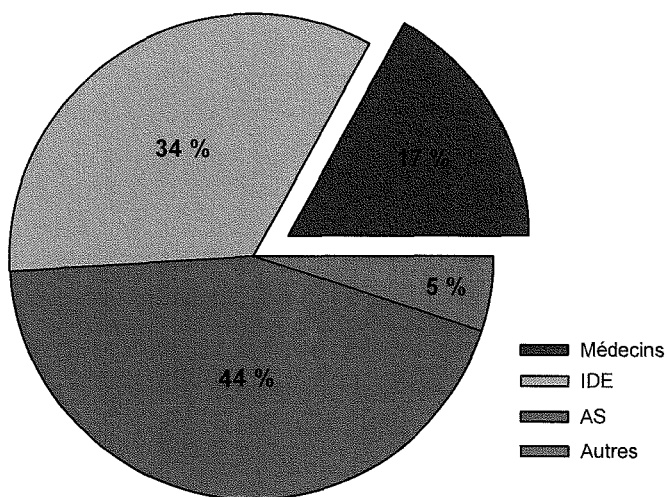


Figure 5 : Représentation des participants à l'étude

4.4. *Evaluez vous la douleur ?*

On compte 137 réponses, soit 2 % d’abstention.

44 personnes évaluent la douleur en toutes circonstances (soit 31 % de la population), 69 lorsque le patient présente une pathologie algogène (soit 49 % de la population), 15 parfois (soit 11 %), 1 rarement (soit 0,7 %), et 8 jamais (soit 6 %).

Parmi ces réponses :

- 100 % des médecins étudiés ont répondu à cette question. 32 % de ceux-ci déclarent évaluer la douleur en toutes circonstances, **59 % uniquement lorsque le patient présente une pathologie algogène**, et **9 % ne jamais** l’évaluer.
- 96 % des IDE étudiés ont répondu à cette question. 27 % d’entre eux déclarent évaluer la douleur systématiquement, **58 % uniquement lorsque le patient présente une pathologie algogène**, 11 % ne l’évaluent qu’occasionnellement, et aucun d’entre eux jamais.
- 98 % des AS étudiés ont répondu à cette question. 37 % d’entre eux déclarent évaluer la douleur systématiquement, 42 % uniquement lorsque le patient présente une pathologie algogène, 15 % ne l’évaluent qu’occasionnellement et 5 % jamais.

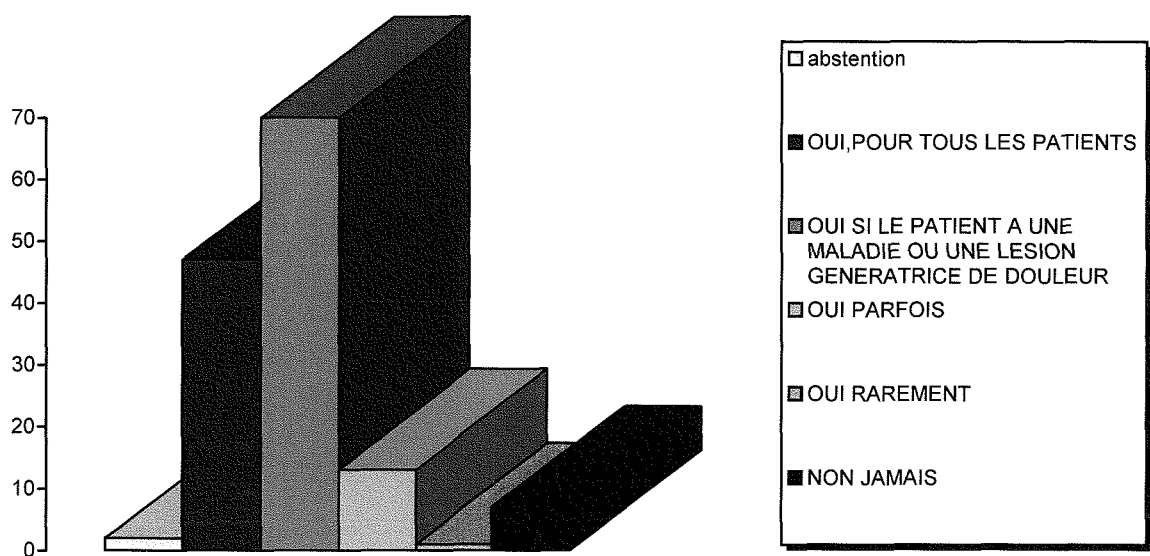


Figure 6 : Evaluation clinique de la douleur (question 3)

Si oui par quelles méthodes ?

91 % de la population étudiée déclare utiliser une ou plusieurs méthodes.

Parmi ceux-ci 29% n'utilisent qu'une méthode, 40 % en utilisent 2, 18 % en utilisent 3, et 4 % en utilisent 4. La répartition des réponses est la suivante :

- 40 personnes ont citées l'**EVA** comme méthode d'évaluation de la douleur, soit **31 %** de la population déclarant évaluer la douleur.
- 11 personnes utilisent l'**EVS**, soit 9 % de la population évaluant la douleur.
- 30 personnes utilisent l'**Echelle numérique**, soit **23 %** de la population évaluant la douleur.
- Seulement 7 personnes ont cité l'échelle Doloplus, soit 5 % de la population évaluant la douleur.
- 1 personne a cité l'échelle CHEOPS.

On peut s'interroger sur l'existence d'une éventuelle confusion des esprits entre EVA et EN, de part la manière dont la population a répondu à cette question ouverte, car bien souvent il est répondu EVA, suivi d'une parenthèse échelle de 1 à 10. Dans ces cas présents, il a été retenu échelle numérique et non EVA.

Beaucoup ont également cité des méthodes non conventionnelles :

- 50 % de la population déclarant évaluer la douleur l'évalue aussi en dialoguant simplement avec le patient.
- 48 % de la population évaluant la douleur se fie à l'attitude générale du patient, notamment à son comportement, ses cris, son faciès.
- Et enfin 29 % de la population cite l'observation des constantes hémodynamiques, ou des transmissions écrites ou orales entre personnel paramédical et/ou médical.

Si non pourquoi ?

Parmi les 8 personnes ayant déclaré ne jamais évaluer la douleur, les arguments les plus fréquemment avancés étaient :

- l'absence de contact avec le patient de par le poste occupé (cadre ou pharmacien), ou,
- la possibilité de déléguer cette tâche de par le poste occupé (AS déléguant aux IDE et médecins qu'ils estiment plus qualifiés pour cette tâche, et médecins se reposant sur le personnel paramédical pour assumer cette tâche).

4.5. Estimez-vous que la douleur est bien prise en charge dans votre service ?

Parmi les 140 personnes étudiées, 134 ont répondu à cette question, le taux d'abstention est donc de 4 %.

On recense 77 « oui » et 57 « non », soit une **majorité de 55%** de personnes **satisfaite** de la prise en charge de la douleur dans leur service.

Parmi ces réponses :

Tableau VI : Répartition des réponses à la question 4 en fonction de la profession

Fonction	OUI	NON	Abstention
Médecins	14 (64 %)	6 (27 %)	2
I.D.E.	24 (50 %)	23 (48 %)	1
A.S.	33 (53 %)	27 (44 %)	2

Dans l'ensemble, le corps médical et paramédical se prononce pour le « **oui** ».

On note cependant que le personnel paramédical se prononce plus faiblement pour le «oui » que le corps médical. Les IDE sont d'ailleurs les plus partagés dans leurs réponses, puisqu'ils sont **48%** à être **insatisfaits** de la qualité de la prise en charge de la douleur dans leur service.

Tableau VII : Répartition des réponses à la question 4 en fonction du service

Service	OUI	NON	Abstention	Total
Services de médecine	12 (38 %)	20 (62 %)	0	32
Services de chirurgie	5 (25 %)	15 (75 %)	0	17
Maternité	7 (50 %)	6 (43 %)	1	14
Pédiatrie	12 (92 %)	1 (8 %)	0	13
U.P.A.T.O.U.	11 (69 %)	5 (31 %)	0	16
U.S.I.P.-Salle de réveil-Bloc	12 (86 %)	1 (7 %)	1	13
Maison de retraite	14 (58 %)	7 (29 %)	3	21
TOTAL	77	57	6	140

C'est dans les services de médecine et de chirurgie que la prise en charge de la douleur est ressentie comme étant la plus insuffisante, avec **62** et **75 % de mécontents**, toutes catégories professionnelles confondues.

Enfin, c'est en USIP, salle de réveil et au bloc opératoire, services gérés par les médecins anesthésistes - réanimateurs, et en pédiatrie, que le taux global de satisfaction est le plus élevé, avec **86** et **92 %** des répondants de ces services se déclarant **satisfaits** de la prise en charge de la douleur.

On ne peut que revenir sur le biais induit par le boycott des sages-femmes au questionnaire. Celles-ci sont en effet **84 %** à avoir « boudé » l'enquête, manifestant ainsi leur mécontentement vis à vis de l'absence de péridurale disponible de façon systématique la nuit, cette variable étant liée à l'anesthésiste de garde.

4.6. Parmi ces affirmations en choisir une...

On compte 134 réponses et 6 abstentions, soit un taux d’abstention de 4,3%.

132 personnes se sont prononcées pour la réponse n°3 « **L’évaluation de la douleur c’est l’affaire de tous y compris la famille** », soit **94,3 %** de la population étudiée.

1 médecin s’est prononcé pour la réponse n°2 : « L’évaluation de la douleur est un acte médical exclusif »

1 IDE a opté pour la réponse n°4 : «L’évaluation de la douleur c’est à la mode et les modes ça change ! »

4.7. Estimez vous être suffisamment formé(e)s à l’évaluation de la douleur ?

On compte 130 réponses, et 10 abstentions, soit un taux d’abstention de 7,2%.

41 personnes ont estimé être suffisamment formées, soit 29 % de la population étudiée.

89 ont répondu « **non** », soit **64 %** de la population.

Parmi ces réponses :

Tableau VIII : Réponses à la question 6 en fonction de la profession

Fonction	OUI	NON	Abstention
Médecins	50 %	36 %	14 %
I.D.E.	31 %	67 %	2 %
A.S.	23 %	74 %	3 %

Les médecins sont les seuls à penser majoritairement que leur **formation** dans ce domaine est **suffisante (50%)**, mais il est à noter que leur **taux d’abstention** à cette question est non négligeable (**14 %**).

IDE et surtout AS affirment au contraire, et de façon tranchée, à **67** et **74 %** que leur **formation** dans ce domaine est **insuffisante**.

Tableau IX : Réponses à la question 6 en fonction du service

Services	OUI	NON
Médecine	31 %	<u>69 %</u>
Chirurgie	10 %	<u>70 %</u>
Maternité	43 %	43 %
Pédiatrie	15 %	85 %
UPATOU	50 %	44 %
USIP	45 %	<u>55 %</u>
Maisons de retraite	29 %	71 %

L'UPATOU se distingue des autres services, en étant le seul service interrogé à répondre **majoritairement** « **oui** ». On sait en effet la sensibilisation du personnel des services d'urgence à la prise en charge des douleurs aiguës par excès de nociception. Dans ce cadre, un certain nombre de médicaux et paramédicaux avaient déjà suivi, sur le mode du volontariat, des formations à la prise en charge de la douleur. Rappelons d'ailleurs que le taux global de satisfaction de ce service quant à la prise en charge de la douleur était parmi les meilleurs avec 69 % de satisfaits.

Les services dévolus aux âges extrêmes de la vie sont ceux où le personnel se sent le plus **incomplet** dans ce domaine : à **85 %** en pédiatrie, et **71 %** en maison de retraite. Rappelons pourtant que c'est en pédiatrie que le taux de satisfaction globale vis-à-vis de la prise en charge de la douleur était le plus élevé, avec 92 % de satisfaits.

Enfin les services de médecine et de chirurgie, qui détenaient le plus fort taux d'insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur (62 et 75 % d'insatisfaits), font partie de ceux où le personnel reconnaît le plus volontiers sa **carence de formation à l'évaluation de la douleur**, puisque **70 %** des répondants de ces services ont répondu « non ».

4.8. Souhaitez-vous être formé(e)s à l'évaluation de la douleur ?

On compte 126 réponses, et 14 abstentions, soit un taux d'abstention de 10 %.

92 personnes ont souhaité bénéficier d'une formation à l'évaluation de la douleur, soit 66% de la population étudiée.

34 ont répondu « non » soit 24,3 % de la population.

Parmi ces réponses :

Tableau X : Réponses à la question 7 en fonction de la profession

Fonction	OUI	NON	Abstention
Médecins	7 (32 %)	9 (41 %)	6 (27 %)
IDE	35 (73 %)	9 (19 %)	4 (8 %)
AS	48 (78 %)	12 (19 %)	2 (3 %)

75 % du personnel paramédical étudié se prononce pour le « **oui** », avec un taux d'abstention faible. On constate que la demande la plus forte provient du personnel le moins qualifié, avec **78 %** d'AS motivés par ce type de formation.

A contrario, les médecins répondent en **majorité** n'être **pas intéressés par une formation à l'évaluation de la douleur**, et leur **taux d'abstention** à cette question est **le plus élevé** de toute l'enquête (**27%**). Ceux-ci sont même nombreux à souligner, en commentaires libres, l'intérêt de ce type de formation pour le personnel paramédical, n'étant eux-mêmes pourtant pas disposés à les suivre, le manque de temps étant le plus souvent invoqué.

Tableau XI : Réponses à la question 7 en fonction du service

Service	OUI	NON
Médecine n°1	13 (68 %)	6 (32 %)
Médecine n°2	1 (20 %)	4 (80 %)
Médecine n°3	7 (88 %)	0
Chirurgie	13 (65 %)	2 (10 %)
Maternité- Gynécologie	7 (50 %)	4 (29 %)
Pédiatrie	12 (92 %)	1 (8%)
Maison de retraite	18 (75 %)	6 (25 %)
UPATOU	10 (62 %)	4 (25 %)
USIP-Bloc	10 (71 %)	4 (29 %)
Radiologie	1 (33 %)	2 (77 %)

La plus forte demande pour une formation à l'évaluation de la douleur, se retrouve à nouveau dans les services dévolus aux âges extrêmes de la vie, avec **92 %** de demande en pédiatrie et **75 %** en maison de retraite. C'est dans ces mêmes services que le personnel s'estimait le moins bien formé à l'évaluation de la douleur [question 6], avec 85 % des répondants du service de pédiatrie estimant leur niveau insuffisant, et 71 % en maison de retraite. Ceci s'explique parfaitement par les particularités de l'évaluation de la douleur aux âges extrêmes de la vie, alors que les moyens de communication verbale sont souvent absents, insuffisants, ou altérés. Le recours aux méthodes d'hétéro-évaluation de la douleur, lorsque celles-ci sont connues et maîtrisées, s'avère bien souvent nécessaire.

Le personnel de médecine n°2 a répondu **en majorité** avoir **déjà bénéficié d'une formation de ce type**, d'où le peu de réponses positives recueillies.

En revanche, on note une **forte motivation** pour une formation à l'évaluation de la douleur en service de médecine n°3, avec **88 % d'intéressés**. Ce service est amené quotidiennement à

prendre en charge des patients souffrant de douleurs coronariennes ou d'ischémie aiguë périphérique. On sait que ces douleurs sont, aujourd'hui encore, souvent envisagées sous l'angle de « douleurs - signal » (ischémie myocardique) ou de « douleurs - pronostiques » (reperfusion) par le corps médical dans son ensemble, et qu'elles font parfois à ce titre l'objet de prescriptions antalgiques volontairement « frileuses ». Ceci a fait à l'objet de multiples commentaires libres de la part du personnel paramédical.

4.9. Souhaitez-vous être formé(e)s à la prise en charge globale de la douleur ?

73 % des répondants ont souhaité bénéficier d'une formation à la prise en charge globale de la douleur, soit **102** personnes, contre 17% « non », soit .24 personnes.
14 personnes ne se sont pas prononcées, réalisant un taux d'abstention de 10%.

Parmi ces réponses :

Tableau XI : Réponses à la question 8 en fonction de la profession

Fonction	OUI	NON	Abstention
Médecins	12 (55 %)	6 (27 %)	4 (18 %)
IDE	42 (88 %)	4 (8 %)	2 (4 %)
AS	46 (74 %)	10 (16 %)	6 (10 %)

L'ensemble du corps médical et paramédical est **motivé pour ce type de formation**.

La plus forte demande émane des IDE qui sont **88 %** à être intéressés. Les AS montrent cette fois moins d'engouement pour ce type de formation, sans doute perçu comme trop spécialisé.

Enfin, le plus fort taux de non intéressés se retrouve chez les médecins, avec **27 %** de « **non** ». Les raisons invoquées sont les mêmes qu'à la question précédente [question 7], à savoir manque de temps, mais aussi sentiment de connaissances déjà suffisantes dans ce domaine.

4.10. Estimez-vous que la prise en charge de la douleur doit être une priorité pour notre établissement ?

132 personnes ont estimé que la douleur devait être **une priorité pour le CHG de Lunéville**, soit **94,3%** de la population étudiée.

3 personnes ne voyaient pas en la douleur une priorité.

Et enfin, 5 personnes se sont abstenues de réponse, réalisant un taux d'abstention de 3,6%.

4.11. Commentaires libres

L'essentiel des commentaires s'articule autour de quatre axes :

- Un certain désarroi des AS, dont la **crédibilité** est **volontiers mise en doute quant à l'évaluation des malades douloureux**. Ceux-ci rappellent pourtant qu'ils sont ceux qui passent le plus de temps au lit du malade. Ils soulignent aussi que le nursing et les manipulations du malade sont un point fondamental dans cette évaluation, et qu'ils sont les seuls à l'explorer.
- Une certaine lassitude des IDE, qui allèguent d'un **manque d'écoute de la part du corps médical**, et de la nécessité de répéter inlassablement à celui-ci les indications de traitement antalgique. Ceux-ci font le constat d'une douleur insuffisamment prise en charge, du fait de **prescriptions volontiers tardives et souvent inappropriées ou insuffisantes**.
- Le **malaise** de l'ensemble des répondants vis-à-vis de la **douleur « morale »**, notamment chez le patient en fin de vie.
- L'idée qu'il est inadmissible, dans l'état actuel des connaissances médicales de continuer à souffrir, reflet de l'évolution des représentations de la douleur...

TROISIEME

PARTIE

« Conseils aux jeunes médecins :

Ô vous pour qui j'ai crayonné cette faible esquisse de la douleur, élèves dans le plus beau des arts, que l'étude de ce sentiment pénible soit l'objet constant de vos méditations et de vos travaux. Songez que la douleur est le fardeau le plus pesant dont nous ait chargé la nature ; qu'elle empoisonne toutes les joies, toutes les félicités ; que personne ne veut la supporter longtemps ; que ce sera toujours en raison du plus d'empire que vous aurez sur elle, que vous recueillerez de vos concitoyens l'admiration, le respect, et la reconnaissance plus douce qu'eux. Ne l'appréciez jamais par ce qu'elle vous paraît être, mais par ce que le malade semble souffrir ; il n'est point de petite douleur pour celui qui souffre, et chacun veut être plaint. [...] Prenez toujours conseil de votre cœur ; lui seul vous apprendra l'art de la rendre légère... »

Marc-Antoine Petit

« Discours sur la douleur prononcé à l'ouverture des Cours d'anatomie et de chirurgie de l'Hospice général des malades de Lyon, le 28 Brumaire, An VII (1799) »

1.LE CONSTAT

De nombreuses études prouvent qu'aujourd'hui encore, en France comme dans le reste du monde occidental, la douleur reste largement sous-évaluée, et que sa prise en charge semble bien souvent insuffisante ou inadéquate [2; 7; 9; 12; 63-64; 67; 111-114]. Les enquêtes de prévalence de la douleur réalisées ces dernières années dans plusieurs hôpitaux de l'AP-HP (Emile Roux, Henri Mondor, Lariboisière, Louis Mourier, Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine, Saint-Louis, ...) fournissent des résultats malheureusement convergents : 50% à 55% des malades présents un jour donné ont souffert d'une douleur intense au cours des dernières 24h, et un tiers seulement de ces malades a connu au cours des dernières 24h un réel soulagement...

On peut s'étonner du contraste avec les résultats de l'enquête réalisée au CHG de Lunéville, puisque l'ensemble du corps médical et paramédical semble estimer que la douleur y est correctement prise en charge (soit 55% des répondants ; question 4).

C'est d'ailleurs parmi les médecins que ce sentiment est le plus marqué, puisque 64 % d'entre eux estiment que cette prise en charge est satisfaisante, alors qu'on ne peut que constater la discordance avec les réponses du corps paramédical, qui ne se déclare satisfait qu'à 50 %.

Ce sont les IDE qui fustigent le plus cette prise en charge, avec 48 % d'insatisfaits, ce qui est non négligeable. L'argumentation avancée en commentaires libres par le personnel paramédical en dit d'ailleurs long sur le malaise éprouvé (questions 4 et 10).

Les facteurs qui expliquent ce **double constat** : insuffisance de la prise en charge de la douleur, et opinions du corps médical et paramédical souvent contradictoires, semblent multiples, et variables d'un service à l'autre, mais des dysfonctionnements peuvent être observés quasiment à chaque étape du processus d'évaluation et de traitement de la douleur...

Ainsi l'évaluation du patient douloureux par les médecins et par les paramédicaux n'est pas la même (question 4), et **la proportion de patients identifiés comme douloureux par les 2 corps semble trop faible** : 27 % des médecins pensent que la douleur est insuffisamment prise en charge dans leur service, contre 48 % des IDE et 44% des AS. Une enquête réalisée au CHU de Bordeaux entre mai 1999 et février 2000 [72] prouvait que la proportion de patients

identifiés comme douloureux à la fois par le médecin et l'IDE était de 30% dans toutes les disciplines, d'un sur deux en pédiatrie, et d'un tiers chez les patients ne pouvant s'auto-évaluer.

On peut s'interroger sur les fondements de ces discordances dans le dépistage de la douleur.

Une des explications se trouve vraisemblablement dans la façon dont le patient perçoit sa douleur, l'accepte, et donc la verbalise, la minimise, voire la dissimule, en particulier au médecin. En effet **différents facteurs peuvent conduire les patients à ne pas exprimer leur douleur**, ou à refuser un traitement antalgique, opioïde en particulier [62]. Il peut s'agir de croyances, de craintes ou de désirs. Parmi les causes les plus fréquentes on retrouve: l'idée que la douleur est inévitable, ou que le traitement doit être réservé aux douleurs intolérables ; la crainte d'une accoutumance en cas de prescription trop précoce, la peur des effets secondaires et de la dépendance aux opioïdes, la crainte qu'un traitement opioïde ne précipite l'évolution de la maladie, la crainte de mettre le médecin en difficulté en lui signifiant que le traitement n'est pas efficace, ou que celui-ci ne néglige le traitement de la maladie au profit de celui de la douleur, le désir de se montrer vaillant face à la douleur avec l'idée qu'il faut savoir « supporter », et enfin la volonté de ne pas alarmer les proches en manifestant une douleur qui ne peut augurer, dans l'esprit du patient, que d'une aggravation de la maladie. De nombreuses enquêtes prouvent que ces idées fausses sont encore très répandues dans la population [115]. Le tout premier biais dans l'évaluation de la douleur se situerait donc au niveau du patient, dont les connaissances vis-à-vis de sa douleur resteraient aujourd'hui encore largement insuffisantes.

Ainsi, en dépit des importants efforts engagés par les pouvoirs publics (campagnes d'information « La douleur n'est pas une fatalité »), et par les hôpitaux (carnet douleur), **les patients restent insuffisamment informés des possibilités de soulagement de leur douleur**. Une étude réalisée en 1994 au sein des hôpitaux de l'AP-HP prouvait que seulement 20 % des patients avaient bénéficié d'une information en amont de leur intervention chirurgicale [113], et une autre réalisée à Bordeaux en 2000 [72] prouvait qu'une minorité de services disposaient de plaquettes explicatives sur la douleur, un tiers en moyenne...Ce type de documents n'est actuellement pas disponible à Lunéville, et devrait faire l'objet d'un travail du CLUD.

Mais le patient n'est pas le seul responsable de la sous-évaluation du phénomène douloureux. Dans l'enquête réalisée au CHG de Lunéville, IDE et AS mettent en avant l'absence d'écoute du corps médical, qui semble gérer avec toute puissance le fonctionnement du service et les prescriptions médicales, notamment celles d'antalgiques (questions 4 et 10). Celles-ci seraient d'ailleurs la plupart du temps déclenchées à la demande du personnel paramédical, transcrivant les doléances du patient, et non de façon systématique et adaptée. Cela est du reste confirmé par les réponses des **médecins** de Lunéville qui **ne sont que 32 % à évaluer systématiquement la douleur** des patients, et 59 % à l'évaluer uniquement si le patient présente une pathologie supposée algogène. Ils sont même 6 % à avouer franchement se reposer sur les transmissions paramédicales pour évaluer celle-ci. La littérature en faisait déjà état dans l'étude bordelaise datant de 2000 [72], qui prouvait que la majorité des médecins prenait connaissance de la douleur des patients en lisant les transmissions infirmières. On conçoit donc aisément que ce type de pratique engendre un certain nombre de carences, ou de retards à la prescription d'antalgiques.

De même, **la connaissance des méthodes d'évaluation de la douleur semble imparfaite et aléatoire** (question 3). En effet, si les répondants à l'enquête lunévilloise sont 30 % à avoir cité l'EVA comme méthode d'évaluation de la douleur, et 23 % l'Echelle numérique, ils sont également 50 % à déclarer évaluer la douleur en discutant simplement avec le patient, et 48 % à se fier à l'attitude générale du patient, c'est à dire à son comportement, ses cris, son faciès, sans employer d'échelle validée. On est d'ailleurs frappé par la méconnaissance des échelles d'hétéro-évaluation de la douleur, puisqu'en maison de retraite : seulement 7 personnes sur les 24 répondants ont cité l'échelle Doloplus 2. C'est du reste la seule échelle d'hétéro-évaluation qui ait été mentionnée. De même, ils ne sont que 2 sur 13 répondants de pédiatrie, à avoir cité l'échelle des 6 visages, et 1 l'échelle CHEOPS. Enfin, la confusion des esprits paraît très fréquente entre EVA et EN, l'EVA étant souvent assimilée à l'EN.

Les résultats du questionnaire attestent clairement d'une **carence ressentie sur les connaissances concernant l'évaluation de la douleur**. 74 % des AS et 67 % des IDE du centre hospitalier de Lunéville estiment être insuffisamment formés à l'évaluation de la douleur (question 6). Les médecins, eux, ne sont que 36% à penser que leur formation dans ce domaine est insuffisante, et 50% d'entre eux pensent qu'ils ont bénéficié d'une formation suffisante dans ce domaine. Rappelons pourtant qu'une formation spécifique sur la douleur n'a été rendue obligatoire en 2^{ème} et 3^{ème} cycle des études médicales qu'après 1998 et sous

l’impulsion du premier plan triennal anti-douleur. Ainsi les médecins de plus de 35 ans, soit l’écrasante majorité des médecins en exercice, n’ont en aucun cas pu bénéficier de ces enseignements. Les formations suivies n’ont donc pu être que des enseignements post-universitaires, sur la base d’une inscription volontaire. Une enquête réalisée par la DHOS en 2001 et visant à évaluer le plan triennal de lutte contre la douleur [56] rappelait qu’en France le 1^{er} diplôme universitaire de prise en charge de la douleur n’avait vu le jour qu’en 1994, et que parmi les 36 facultés de médecine, 16 d’entre elles seulement proposaient un diplôme universitaire (DU) sur la prise en charge de la douleur. Ces diplômes, ouverts à l’ensemble des professionnels de santé s’adressent cependant en majorité aux professions médicales et paramédicales en particulier.

Tableau XII : Public concerné par les diplômes de prise en charge de la douleur en 2001 [56].

Professions médicales concernées	Nombre de DU	Professions paramédicales concernées	Nombre de DU
-Généralistes/spécialistes	11	-IDE	15
-Sages femmes	10	-Kinésithérapeutes	13
-Pharmaciens	8	-Psychologues	12
-Etudiants	7	-Psychomotriciens	4
-Odontologistes	6	Ergothérapeutes	

Cette même étude recensait pour les années 1998 à 2000, 1496 inscrits à ces formations. Le personnel infirmier représentait 68 % des effectifs, suivi des médecins, avec 30 % des inscrits. Les autres professions étaient minoritaires, avec seulement 4 % de sage-femmes et 1% de kinésithérapeutes. Cette enquête mettait également l’accent sur une évolution dans la fréquentation de ces enseignements, avec un nombre de médecins inscrits relativement stable, et le doublement des effectifs d’IDE en 3 ans. Cette étude illustre donc la tendance actuelle et permet de constater que la demande pour ce type de formation émane avant tout des personnels infirmiers. Ceci est confirmé au centre hospitalier de Lunéville, puisque 73 % des IDE souhaitent être formés à l’évaluation de la douleur (question 7), et 88 % à la prise en charge globale de la douleur (question 8). Il en va de même pour les AS qui sont respectivement 78 % et 74 %. Du côté médical, cette question récolte le record de 27 % d’abstention, et **41 % des médecins ayant répondu n’estiment pas nécessaire d’être formés à l’évaluation de la douleur**, contre 32 % d’intéressés. De même, à la question 8, ils **ne sont que 55 % à se déclarer motivés par un enseignement sur la prise en charge globale de la douleur**.

Certains vont jusqu'à souligner en commentaires libres l'intérêt de ce type de formation, mais pour le personnel paramédical. Pourtant les appréciations du personnel paramédical font état de **prescriptions trop souvent frileuses ou inadaptées** (question 4 et 10). La plupart des médecins expliquent leur peu d'intérêt pour ces formations par un manque de temps. Aucun d'entre eux n'évoque toutefois la notion d'une formation continue déjà suivie...alors qu'un effectif non négligeable de paramédicaux signale au contraire avoir déjà suivi ce type de formation. A titre indicatif, l'enquête réalisée au CHU de Bordeaux en 2000 [72] révélait que seulement 26 % des médecins, et 18 % des infirmiers, avaient suivi une formation continue à la douleur, ; pourtant les médecins étaient 60 % à affirmer que leurs connaissances ne leur permettait pas de prendre en charge la douleur de tous les patients...

Ainsi une évaluation de la douleur rarement systématique, et trop souvent subjective, mais aussi la déficience des connaissances, par pénurie de formations ou manque d'intérêt pour celles-ci, seraient des facteurs participant à l'insuffisance de prise en charge de la douleur. Mais pas seulement.

Le **retard à la prescription** est très souvent allégué par le personnel paramédical de Lunéville (question 4). Alors que l'on reconnaît clairement l'intérêt de la précocité de l'introduction d'un traitement antalgique lors de la survenue de douleurs, aiguës notamment [103-104 ; 116], celui-ci semble souvent retardé, soit par le **manque de disponibilité des médecins** prescripteurs tout au long de la journée, soit par leur absence, notamment la nuit. Une étude réalisée en 2001 par le département de Santé Publique Paul Brousse [115] montrait ainsi que pour 83% des patients le délai d'attente pour l'obtention d'un traitement antalgique avait été correct, mais que dans 17% des cas celui-ci avait été plutôt voire franchement long ou n'avait pas abouti du tout à une prescription. Mais la temporisation des prescriptions médicales ne semble pas être le seul fait de l'indisponibilité des médecins. En effet ces derniers se révèlent d'après le ressenti du personnel paramédical **peu enclins à prendre en compte les requêtes du personnel paramédical**, en particulier, quand celles-ci viennent d'un personnel dit peu qualifié tel que les AS. Ainsi 55% des AS ayant répondu au questionnaire initié par le CLUD de Lunéville (question 4 et 10) affirment avoir le sentiment de ne pas être pris au sérieux par les médecins, voire même par les IDE quant à leurs transmissions au sujet des doléances du patient. Alors même que ces AS estiment être, de part leur temps de présence au lit du malade, et de par leurs fonctions qui incluent manipulation, mobilisation, et nursing, les plus aptes à recueillir les confidences du malade, à constater des souffrances qui ne sont pas linéaires au cours de la

journée, ne sont pas toujours auto-évaluables en raison de troubles cognitifs ou de la parole, et ne sont parfois que peu ou mal exprimées au médecin. Ce manque de crédit accordé à la parole du personnel paramédical, semble provenir du manque de confiance en ses capacités d'évaluation de la douleur. Ce fait avait déjà été mis en évidence en 2001 par l'enquête de la SFSP [43]. D'après cette enquête, les médecins qui avaient suivi une formation sur la douleur étaient d'ailleurs moins réticents à l'idée que l'évaluation de la douleur puisse être autant du ressort du corps médical que du paramédical.

On peut également souligner comme cofacteur du retard à la prise en charge de la douleur au CHG de Lunéville **l'absence, à ce jour, de protocoles infirmiers écrits de prise en charge de la douleur**. Ceux-ci sont actuellement en cours de rédaction et de validation sous l'égide du CLUD. Palliant le sous-effectif médical, ils permettront ainsi de réduire le temps d'attente du patient réclamant un traitement antalgique, notamment à l'UPATOU où ce temps d'attente peut être particulièrement long en jour de grande affluence, en service de chirurgie où les médecins se trouvent être souvent appelés à travailler sur plusieurs sites (bloc opératoire), mais aussi la nuit alors que l'interne de garde est seul pour 104 lits d'hospitalisation. Hélas cette absence de protocoles écrits est encore actuellement le fait de nombreux hôpitaux, et d'après l'enquête réalisée au CHU de Bordeaux entre mai 1999 et février 2000, 2 services sur 3 ne disposaient d'aucun protocole écrit [72].

Ainsi, alors que l'on sait que la mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité peut permettre des progrès rapides [117-118], les enquêtes nationales prouvent, comme nous l'avons vu plus haut, qu'au moins 50 % des patients adultes hospitalisés (en service de médecine ou chirurgie) seraient douloureux et que **la qualité de la prise en charge de la douleur post-opératoire reste insuffisante** [72 ; 113-114 ; 119]. Le questionnaire du CLUD de Lunéville permet à priori de vérifier cet état de fait (question 2), puisque c'est dans les services de médecine et de chirurgie que le taux de satisfaction des soignants vis-à-vis de la prise en charge de la douleur est le plus bas (62 % de mécontents en médecine, et **75 % en chirurgie**). Pourtant il est connu que l'intensité de la douleur post-opératoire peut être un facteur de risque de la persistance d'une douleur au-delà de cette période [120]. Une étude prospective a montré une réduction significative de la durée d'hospitalisation pour les patients dont la douleur chirurgicale était prise en charge de façon optimale [121]; de même, la fréquence des complications respiratoires est réduite significativement par une gestion antalgique rigoureuse facilitant la mobilisation et la reprise d'activité des patients opérés, et la

satisfaction des patients est améliorée [122]. La survenue de tableaux de confusion et de désorientation post-opératoires est diminuée par un contrôle efficace de la douleur [123]; et un essai randomisé a également mis en évidence un meilleur contrôle de la douleur, mais aussi une réduction de la fréquence des complications respiratoires sévères chez des patients subissant une intervention chirurgicale abdominale majeure et recevant une anesthésie et une analgésie péri-opératoire par voie épidurale...Au CHG de Lunéville, **seules les salles de réveil et l'U.S.I.P. disposent actuellement de pompes à morphine (PCA)**. Les obstacles à leur acquisition resteraient communs à bien des hôpitaux : contraintes financières, effectif insuffisant, et surcharge de travail. Sans tenir compte du temps infirmier, le prix moyen du traitement de la douleur post-opératoire (médicaments et usage unique) peut être estimé, par patient et par jour, à 8 euros pour la PCA, et à 5 à 8 euros pour une analgésie classique paracétamol I.V., kétoprofène, morphine sous-cutanée. Mais quelle que soit la technique d'analgésie utilisée, la part du coût du personnel est prépondérante (40 à 80 % du coût total), or la PCA s'avère moins chronophage qu'une analgésie classique bien conduite pour le personnel infirmier [124]. Cependant l'investissement par pompe est de l'ordre de 4000 à 5000 euros. Le nombre de pompes nécessaire pour un établissement est égal au nombre de patients à traiter multiplié par la durée moyenne de traitement et divisé par 365 jours, ce qui demeure un obstacle réel pour le budget d'un établissement...

2.DES AVANCEES NOTABLES

Les difficultés et dysfonctionnements énoncés précédemment ne doivent pas occulter un certain nombre d'avancées notables observées au CHG de Lunéville, avec le début d'une prise de conscience collective et l'élaboration d'outils conceptuels, et organisationnels de la lutte contre la douleur.

La **forte mobilisation** de certains services témoigne de cette prise de conscience, avec 72 % et 70 % de réponses obtenues respectivement en pédiatrie et en UPATOU (question 1). Tous services confondus, **les prescripteurs sont également ceux qui se sont sentis les plus concernés par cette enquête**, avec un taux de participation de 58 % (question 1).

L'importante **demande pour une formation continue à la douleur** confirme ce désir de changement et d'amélioration dans le domaine de la douleur, avec 92 personnes se déclarant

intéressées par une formation à l'évaluation de la douleur, et 102 par une formation à la prise en charge de la douleur.

Le taux acceptable de satisfaits de la prise en charge de la douleur en pédiatrie, UPATOU, USIP-Salles de réveil et maison de retraite, pourrait présager d'un début d'évolution des comportements médicaux.

Enfin, **la formidable progression de la consommation des antalgiques** au CHG atteste, dans une certaine mesure, des efforts entrepris (cf. deuxième partie).

Depuis sa création le CLUD du centre hospitalier de Lunéville a réalisé plusieurs de ses projets :

Le **site Intranet** créé par le Dr E. Seidl est désormais totalement opérationnel, et accessible à tous. On y trouve les principaux textes de loi rappelant les obligations réglementaires auxquelles doit satisfaire tout centre hospitalier, et quels sont les grands objectifs des 2 plans nationaux de lutte contre la douleur. Y figurent également les dernières conférences de consensus et recommandations de l'ANAES pour une bonne pratique médicale et une prise en charge efficace de la douleur, à tout âge, et une bibliographie fournie.

En novembre 2005, le personnel paramédical a pu bénéficier d'une formation sur deux jours. Celle-ci comprenait notamment des rappels anatomo-physiologiques sur les voies de la douleur, la pharmacologie des antalgiques disponibles, et les adjuvants non pharmacologiques utilisables. Elle abordait l'utilisation des antalgiques selon les recommandations de l'OMS, et initiait l'apprentissage du maniement des différentes échelles d'évaluation de la douleur.

Parallèlement à cette formation théorique a débuté une **formation à l'utilisation du protoxyde d'azote** pour les personnels soignants des services de médecine et pédiatrie.

Un projet de consultation anti-douleur est en cours d'élaboration, en partenariat avec les médecins du service de médecine.

3.PERSPECTIVES

Le plan stratégique pour 2006 fixe clairement comme objectif «de poursuivre et d'amplifier l'effort engagé, en particulier en ce qui concerne l'information des malades, la systématisation de l'évaluation de la douleur, l'adéquation des prescriptions et la formation des professionnels». Si les priorités d'action sont identifiées par le CLUD en fonction des besoins et des ressources spécifiques du CHG de Lunéville, la réflexion menée par le CLUD a fait émerger trois préoccupations principales :

1. Inscrire la lutte contre la douleur dans les orientations stratégiques de l'hôpital et décliner cet engagement dans le projet de chaque service.

L'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique de service visant à mieux prendre en charge les malades douloureux constitue indéniablement une pièce maîtresse de tout dispositif hospitalier de lutte contre la douleur. Le service est, en effet, le lieu privilégié de prévention et de soulagement de la douleur grâce à une action conjointe et coordonnée, prioritairement des médecins et des infirmières, mais aussi de tous les professionnels paramédicaux et médico-sociaux du service. C'est donc au sein de chaque service que, par une réflexion collective et validée par le conseil de service, doivent être définies et mises en oeuvre des modalités de prise en charge de la douleur adaptées aux caractéristiques des malades accueillis. L'année 2006 verra donc pour le CLUD la création et la validation de protocoles d'évaluation et de prise en charge de la douleur en partenariat avec les différents services du centre hospitalier. Il appartient au service d'identifier les besoins de formation des personnels médicaux et non médicaux, d'assurer l'information au malade en complément du carnet douleur qui lui est remis avec le livret d'accueil, d'organiser l'accès aux antalgiques majeurs, de mettre en place les outils de lutte contre la douleur (échelles d'évaluation, protocoles antalgiques, matériels de soins,)

Cela pourra passer par la distribution de réglettes d'évaluation de la douleur, par l'obligation pour le personnel de mentionner les résultats quotidiennement dans le dossier clinique du patient douloureux, par la mise en place de feuilles de prescription évolutives permettant au personnel de soulager le patient sans attendre l'avis du médecin, en utilisant un protocole se basant sur la mesure EVA et les paliers de l'OMS, et par la mise à disposition de protocoles d'antalgie préventifs vis à vis d'un soin douloureux, y compris pour les kinésithérapeutes et les manipulateurs en radiologie.

2. Améliorer la prise en charge de la douleur post-opératoire et plus largement de la douleur provoquée par les soins, les examens ou les gestes quotidiens.

Actuellement de nombreuses recommandations concernant la douleur post-opératoire définissent les bonnes pratiques. S'assurer que les organisations et les pratiques de prise en charge de la douleur sont effectivement conformes à ces recommandations, de la salle de réveil au retour du malade à son domicile, sera désormais un objectif.

Il en est de même de l'amélioration de la prévention et du traitement de la douleur provoquée par les soins, objectif qui rejoint l'une des priorités du programme national 2002-2005. La diffusion du protoxyde d'azote au sein du centre en fera partie, pour la prévention des actes invasifs, cités comme étant les plus douloureux par les patients [115], tels que ponction vasculaire, ponction lombaire, pansements d'ulcères ou d'escarres...L'objectif est de davantage mobiliser les professionnels sur ce thème et d'intégrer dans les procédures de soins, ou d'examen, les mesures permettant de rendre le soin moins douloureux.

Le CLUD aura pour mission de coordonner les moyens de prise en charge de la douleur et de les harmoniser dans l'établissement. Il proposera un référentiel de pratiques sur la prise en charge de la douleur qui devra évoluer dans le cadre d'une démarche de qualité.

3. Apporter des réponses adaptées aux besoins de formation continue des personnels médicaux et non médicaux sur la douleur.

L'objectif est de poursuivre les formations courtes, déjà initiées en novembre 2005. Celles-ci ont toute leur place à côté des formations approfondies, telles que les diplômes universitaires ou la capacité douleur. Toutefois, nous l'avons vu, la demande actuelle de formation est davantage le fait des infirmières que des médecins, qui restent dans l'ensemble peu concernés par ces actions.

L'analyse de cette enquête du CLUD de Lunéville a eu pour mérite de dresser un bilan de l'existant, et a permis d'identifier les besoins, préalable indispensable à la définition des priorités pour l'action, mais aussi pour sensibiliser les personnels de l'hôpital à la lutte contre la douleur.

4. Evaluer l'impact de la mise en place de ces différentes mesures

Ceci pourra passer par une enquête auprès des malades ou, par un audit des pratiques dans des services ou des secteurs de soins déterminés. La douleur sera systématiquement évaluée aux urgences, puis quotidiennement dans le service d'hospitalisation, et les informations seront centralisées et analysées. Une enquête similaire à celle déjà réalisée, et programmée à un an ou plus, permettra de disposer d'éléments de comparaison, et évaluera les résultats des actions engagées, en gardant à l'esprit que le rythme propre au changement des mentalités et des comportements est un rythme lent, et que la diffusion d'une culture de prise en charge de la douleur se heurte au poids des habitudes et des représentations erronées...

CONCLUSION

« La douleur est un siècle et la mort un moment. »

Jean-Louis-Baptiste Gresset

Afin de satisfaire aux obligations réglementaires et, s'inscrivant dans l'évolution actuelle des consciences, le centre hospitalier de Lunéville a vu la naissance de son CLUD en avril 2005. Le préalable indispensable à toute action de celui-ci était de disposer d'un bilan de l'existant. Dans cet objectif, une enquête visant à évaluer les pratiques médicales, et le ressenti des médecins et soignants envers celles-ci a été initiée. Bien qu'étant de faible envergure et ne permettant pas d'analyses statistiques, cette étude fournit pourtant des résultats en adéquation avec ceux d'autres grands centres comme l'AP-HP ou le CHU de Bordeaux. La douleur resterait insuffisamment prise en charge dans les hôpitaux. Les raisons de ce phénomène se situeraient à toutes les étapes du processus d'évaluation et de traitement de la douleur. Mais pas uniquement, car en aval des décisions politiques, il manquerait bien souvent et les capitaux et les volontés. Pourtant, ces dernières années ont été marquées par de remarquables efforts dans le domaine de la douleur. Prolonger ces élans sera l'objectif des CLUD, et de tous les soignants tant au niveau individuel que collectif.

BIBLIOGRAPHIE



1. BOUREAU F., SAHMOUD T.: the prevalence of acute and chronic pain in the french general medical practice – abstract n°257 IASP, VIIIth world congress of pain, Seattle, 1993.
2. LARUE F., COLLEAU S.M., BRASSEUR L., CLEELAND Ch. S.: Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. Br. Med. Journal, 1995, 310. pp 1034-1037.
3. BARBEGER-GATEAU P.; CHASLERIE A.; DARTIGUES JF. Health measures correlates in a french elderly community population: the PAQUID study. J gerontol. 1992. 47 (2).
4. MYERS. Asset and Health Dynamics among the Oldest Old (AHEAD) Initial results of the longitudinal study. The journal of Gerontology. 1997.
5. THOMAS E. ; WILKIE E. ; PEAT G. The North Staffordshire Osteoarthritis Project. BMC Musculoskelet Disord 2004.
6. DOUBRÈRE J.F., Epidémiologie, étiologies de la douleur chez la personne âgée. La Revue de Gériatrie, Tome 30, Supplément C au N°6 JUIN 2005.
7. POUCHAIN D., ATTAL N., LANGLADE A., MEYNADIER J. Prise en charge de la douleur chronique de l'appareil locomoteur en médecine générale : étude DOMPT. Collège national des généralistes enseignants, novembre 2003.
8. HUAS D, GERCHE S, TAJFEL P. Prévalence de la douleur en médecine générale. Revue du Praticien Médecine Générale 2000 ; 14,512. pp 1837-1841.
9. BLOCH J, SPIRA R, GOLDMAN S, ANNEQUIN D., et al. Enquête nationale sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant dans les établissements de court séjour. In : La douleur de l'enfant : quelles réponses ? Sixième journée, 13 novembre 1998, Paris, UNESCO, Paris : ATDE, pp 58-64. Paris 1998.
10. Enquête du CLUD du Centre Hospitalier Emile Roux réalisée en 2000 auprès de 252 patients en soins de suite et soins de longue durée.
11. Enquête du CLUD de la Pitié-Salpêtrière réalisée en février 2000 auprès de 998 patients hospitalisés.
12. Enquête de type un jour donné réalisée en 2000 à la Pitié-Salpêtrière et à Henri Mondor, La douleur liée aux soins.
13. REY R. Histoire de la douleur. Paris : La découverte et Syros, 2000
14. SETD, Ministère de la santé et de la protection sociale. La douleur en questions ; édition novembre 2004.

15. MERSKEY H, ALBE-FESSARD D.G., BONICA J.J., et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage: recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979;6. pp 249-52.
16. DERBYSHIRE S.W.G. Fetal pain: An infantile debate. *Bioethics* 2001. 1. pp 77-84.
17. ANAND K.J.S, CRAIG K.D. New perspectives on the definition of pain. *Pain* 1996;67. pp 3-6.
18. MERSKEY H. Response to editorial: New perspectives on the definition of pain. *Pain* 1996. 66. p 209.
19. JOHNSTON C.C., COLLINGE J.M, HENDERSON S.J, et al. A cross-sectional survey of pain and pharmacological analgesia in Canadian neonatal intensive care units. *Clin J Pain* 1997;13. pp 308-312.
20. ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Paris 1999.
21. BOUREAU F. Dimensions de la douleur. *Pratique du traitement de la douleur*. Paris : Doin. pp11-17.
22. Collections hippocratiques, Peter, 2001.
23. LE BRETON D. Anthropologie de la douleur. Paris : Métailié. 1995.
24. ATALLAH F., GUILLERMOU Y. L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale. *Annales Françaises d'anesthésie et de Réanimation* 23, 2004, pp 722-729.
25. HACPILLE L. Histoire de la douleur en occident. *Douleur actualités* 1990, 8, pp 4-5.
26. GONZALES J. Initiation à l'histoire de la médecine. Thoiry : Heures de France, 1997, pp 37-43.
27. GAMBIER, Jean. Pour une médecine de la douleur. *La revue du praticien*, 1994, 44, pp1864-1865.
28. PARE Ambroise. De la peste (Vol. II). 1568. Paris. Malgaigne.
29. PARE Ambroise. Œuvres complètes. 1575. Paris. Gabriel Buon.
30. MONTAIGNE de, M.E. Le corpus. 1997. Paris. Chadwyck Healey France.
31. DESCARTES R. De homine. 1662. Lugduni Batavorum : apud Franciscum Moyardum Petrum Leffen.
32. DESCARTES R. Principes de la philosophie, IV^e partie. 1644. Paris : CLR.
33. REAR, K. et MUNLEY, G. Justus Von Liebig : An Educationnal Paradoxe, <http://www.woodrow.org/teachers/chemistry/institutes>.
34. BERNARD Claude. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

35. Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de la Charité par M. le Professeur Velpeau, Germer Baillière, Paris, 18/40, 3 vol., tome I, p.66.
36. VELPEAU, A. Bulletin de l'Académie de Médecine; Séance du 12 janvier 1847.
37. Comptes-Rendus des Séances de l'Académie des Sciences du 18 janvier 1847 ; 24. pp 76-78, ainsi que du 22 janvier, p.78.
38. Prendre en charge la douleur. Les rapports du Sénat. n°138, 1994-1995
39. QUENEAU P., OSTERMANN G. Soulager la douleur. 1998. Ed : Odile Jacob.
40. ANAES. Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur : caractéristiques et critères de description de l'activité. Paris: ANAES; 1995.
41. ANDEM. Recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire. Guide pour le praticien, Recommandations pour la pratique clinique. Ce document aborde également la prise en charge de la douleur au cours du SIDA. Octobre 1995.
42. Charte du patient hospitalisé, annexée à la circulaire ministérielle DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.
43. SFSP. Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. Octobre 2001.
44. Enquête réalisée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins DHOS, (bureau E2) en collaboration avec le Comité économique des produits de santé.
45. Circulaire DGS/DH n°98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.
46. ANAES. Evaluation de la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Paris : ANAES ; 2000.
47. ANAES. Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans : texte des recommandations. Publication ANAES; Paris 2000.
48. ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique de l'adulte en médecine ambulatoire. Paris: ANAES; 1999.
49. SFAR. Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant. Conférence de consensus, en partenariat avec l'ANAES. 12 déc. 1997.
50. KRAKOWSKI I, GESTIN Y, JAULMES F, et al. Recommandations pour une bonne pratique dans la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte et l'enfant. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre Le Cancer. Opération "Standards, Options et Recommandations" en cancérologie Bull Cancer, 1996, 83 , Suppl 1. S-84S.
51. KRAKOWSKI I, THEOBALD S., COLLIN Elisabeth et al. Standards options et recommandations 2002 sur les traitements antalgiques médicamenteux des douleurs

cancéreuses par excès de nociception chez l'adulte. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre. Mise à jour septembre 2002.

52. Expertise collective INSERM ; La migraine connaissances descriptives, traitements et prévention. Editions INSERM Paris 1998.

53. Circulaire DGS/DH/DAS n° 99 /84 du 11 février 1999.

54. Décret n°99-249 du 31 mars 1999.

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

56. DHOS, Bureau de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé. Bilan de l'offre universitaire en matière de prise en charge de la douleur (Diplômes Universitaires). Synthèse des questionnaires adressés aux doyens des facultés de médecine en septembre 2001 et portant sur la période 1998-2000. Publication mai 2002.

57. CD-Rom "La douleur de l'enfant, la reconnaître, l'évaluer, la traiter" - Un programme multimédia de formation destiné à l'ensemble de l'équipe soignante, en partenariat avec l'ATDE et l'association Sparadrap.

58. Contrat d'engagement pour la prise en charge de la douleur de l'adulte et l'enfant.

59. Groupe de travail ARH-DRASS.

60. DHOS, Guide pour la mise en place d'un programme contre la douleur dans les établissements de santé, Paris : Ministère de la Santé, de la Famille, et des personnes handicapées, mai 2002.

61. Douleurs et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. Colloque du 24 mars 2005. A l'initiative de la Société Française de Gériatrie et Gériatologie (SFGG) en collaboration avec la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD). En partenariat et avec le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS), en lien avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). La Revue de Gériatrie, Tome 30, Supplément C au N°6 JUIN 2005.

62. DELORME T., BOUREAU T. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, hôpital Saint-Antoine. 75012 Paris. Evaluation de l'intensité de la douleur. Développement et Santé, n° 131, octobre 1997.

63. LARUE F. ; FONTAINE A. ; COLLEAU S.M.. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: Multicentre study. British Medical Journal 1997; 314. pp 23-28.

64. GAUVAIN-PIQUARD A., MEIGNIER M. La douleur de l'enfant. Paris, Calmann-Levy, 1993, 265 p.

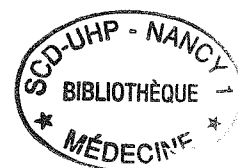
65. ANNEQUIN D. Douleur de l'enfant : une reconnaissance tardive. *La Recherche* 2000, 336. pp 42-47.
66. DE LIMA J, LLOYD-THOMAS AR, HOWARD RF, SUMNER E, QUINN TM. Infant and neonatal pain : anaesthetists' perceptions and prescribing patterns. *Brit Med J* 1996, 313. p 787.
67. URCAMIF ; Etude sur la prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Ile de France. Novembre 2003.
68. ALLEGAERT K, TIBBOEL D, and NAULAERS G. Systematic evaluation of pain in neonates : effect on the number of intravenous analgesics prescribed. *Eur.J.Clin. Pharmacol.* 2003 ; 59. pp 87-90.
69. SILKA PA, ROTH MM, MORENO G, MERRILL L, GEIDERMAN J M. Pain scores improve analgesic administration patterns for trauma patients in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2004 ; 11. pp 264-270.
70. LARUE F. Evaluation et traitements de la douleur: quel rôle pour les soignants et les patients. Conférence présentée aux rencontres de Genève, la douleur, de la recherche à la pratique quotidienne. 23 Avril 1998. Genève, Suisse.
71. FOURNIER-CHARRIERE E. Bénéfices attendus de l'évaluation. Hôpital Bicêtre, 2005. www.pediadol.com.
72. MICHEL P., DE SARASQUETA A.M., CAMBUZAT E., et al. Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalo-universitaire. Enquête réalisée au CHU de Bordeaux entre mai 1999 et février 2000, dans le cadre du programme d'amélioration de la prise en charge de la douleur avec le CLUD , et grâce à CCECQA (comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine). *Presse Med* 2001. 30. pp 1438-1444.
73. CHWALOW J. Méthodologie d'évaluation des échelles de douleur. Dans : GAUVAIN-PIQUARD A, PONS G, MURAT I. La douleur chez l'enfant : échelles d'évaluation, traitements médicamenteux. Paris, Springer-Verlag, 1993. pp 3-10.
74. FALISSARD B. Mesurer la subjectivité en santé, perspective méthodologique et statistique. Masson, Paris.2001. (214 pages).
75. REGO-LOPES M. Evaluer les douleurs des personnes âgées. *La Revue de Gériatrie*, Tome 30, Supplément C au N°6 JUIN 2005 C-11.
76. GAUVAIN-PIQUARD A. La décision de traiter un enfant pour sa douleur. In : COOK J, TURSZ A : L'enfant et la douleur, familles et soignants. Syros, Paris, 1998. pp105-113.
77. BOUREAU F. Douleur : pourquoi et comment évaluer son intensité ? *La revue du Praticien. Médecine Générale*. Tome 12. N° 442. Déc. 1998. pp 15-20.

78. ATTIA J., AMIEL-TIESON C., MAYER M.N., et al. Measurement of postoperative pain and narcotic administration in infants using a new clinical scoring system. *Anesthesiology* 67. A 532, 1987
79. BROADMAN L.M. RICE L.J., HANNALAH R.S. Testing the validity of an objective pain scale for infants and children. *Anesthesiology* 69:A770,1988.
80. MC GRATH P.J., JOHNSON G., GOODMAN J.T., et al. The CHEOPS : a behavioral scale to measure postoperative pain in children, pp 395-402. In : Fiels HL, Dubner R, Cerveto F(Eds) *Advances in pain research and therapy*. New-York, Raven Press, 1985.
81. CARBAJL R., PAUPE A., HOENN E., DAN, une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. *Archives Pédiatrie* 4(7) 1997. pp 623-628.
82. GRUNAU R.E., OBERLANDET T, HOLSTI L, et al. Bedside application of the neonatal facial coding system in pain assessment of premature neonates. *Pain* 1998 ; 76. pp 277-286.
83. DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, et al. Séméiologie de la douleur chez le prématuré *Arch Pédiatr* 1994; 1. pp 1085-1092.
84. GAUVAIN-PIQUARD A., RODARY C., REZVANI A, et al. The development of the DEGR (R) : A scale to assess pain in young children with cancer. *Eur J Pain* 1999 ; 3 (2) pp 165-176.
85. MAREC-BERARD P., GOMEZ F., CANICIO S., et al. L'échelle d'évaluation de la douleur HEDEN comme simplification de l'échelle DEGR. "la douleur de l'enfant, quelles réponses ?" Unesco 2005. www.cnrd.fr.
86. LUSSIER D. Approche et évaluation multidimensionnelle de la douleur chronique chez les patients gériatriques. *La Revue de Gériatrie*. 25. Novembre 2000. pp 673-682.
87. BOUREAU F., Doubrère J.F. Comparative study of the validity of four french McGill pain questionnaire (MPQ) versions. *Pain* 1992 ; 50-59. Editions scientifiques L & C, Paris, 1998.
88. DAUT R.L., CLEELAND C.S., FLANERY R.C. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983; 17. pp 197-210.
89. BRADLEY L.A., MCDONALD HAILE J., JAWORSKI T.M. Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press; 1992. pp 193-213.
90. LAWLIS G.F., CUENCAS R., SELBY D., et al. The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine* 1989;14(5). pp 511-516.

91. AVOUAC B., BLOTMAN F., MARTY M., ROZENBERG S., VALAT J.P. et les membres de la Section Rachis de la SFR. Validation des versions françaises des échelles de Dallas et de Rosser chez les lombalgiques. Rev Rhum 1996;63(5). p 427 (C21).
92. BECK A.T. STEER R.A., GARBIN M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : twenty-five years of evaluation. Clin. Psychol Rev 1988; 8. pp 77-100.
93. ZIGMOND A.S., SNAITH R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67. pp 361-70.
94. ANAES. Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Rapport ANAES, 2001.
95. AGS PANEL ON CHRONIC PAIN IN OLDER PERSONS. The management of chronic pain in older persons. J Am Geriatric Soc. 1998 ; 46. pp 635-651.
96. HERR K.A., MOBILY P.R., Complexities of pain assessment the elderly: clinical considerations. J Gerontol Nurs 1991; 17. pp 12-19.
97. FERRELL B.A., FERRELL B.R., al. Pain in cognitively impaired nursing home patients. J Pain Sympt Manage 1995; 10. pp 591-598.
98. NIZARD J., LAJAT Y., POTEL G., et al. Evaluation et prise en charge de la douleur du sujet âgé. Le concours médical. Avril 2000. 122-16. pp 1095-1102.
99. WARY B. et le collectif Doloplus . L'évaluation de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs (présentation des trois échelles les plus couramment utilisées en gériatrie : Doloplus, ECPA et ECS). La Revue du Généraliste et de la Gériatologie - n° spécial, avril 2000, tome VII, n° 64, pp 162-8.
100. LE QUINTREC J.L. ; MAGA M. ; BAULON A. L'échelle comportementale simplifiée (ECS), un nouvel outil d'évaluation de la douleur en long séjour gériatrique. La Revue de Gériatrie, 1995, 20/6, pp 363-368.
101. CHAST F. Douleur et...les antalgiques et leur histoire. Edition Phase 5. 2002.
102. OMS. Paliers de la douleur. OMS. Genève. 1988.
103. SCHÜCK S., ALLAIN H. La douleur : moyens et stratégies thérapeutiques. La revue du praticien. 47. 1997. pp 555-569.
104. KRAKOWSKI I., CHAST F. Traitements médicamenteux. Le guide de la douleur. Edition phase 5. 1999. pp 168-204.
105. BRASSEUR L. Traitement de la douleur. Doin Editeurs. Paris. 2002.
106. CHAUVAIN M. Analgésiques morphiniques : Chapitre 19 de Anesthésie Réanimation Chirurgicale de Kamran Samii. 1999 . pp 184-185.

107. GUIRIMAND F., CHAUVAIN M. Physiologie de la nociception et évaluation de la douleur : Chapitre 11 de Anesthésie Réanimation Chirurgicale de Kamran Samii. 1995. pp 106-108.
108. WARY B. Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. La Revue de Gériatrie, Tome 30, Supplément C au N°6 JUIN 2005. C15-19.
109. Service de population de la mairie de Lunéville.
110. Source INSEE.
111. CARIOU C., WALUS I., ANNEQUIN D., et al. Epidémiologie de la migraine chez l'enfant âgé de 5 et 12 ans scolarisé à Paris, in : La douleur de l'enfant, quelles réponses ? Septième journée, 3 décembre 1999, Paris, UNESCO, Paris : ATDE, pp 95-100. réf. 1p.
112. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Douleurs cancéreuses. Commission des comptes de la sécurité sociale. 22 septembre 1998. Dossier de presse.
113. POISSON-SALOMON A.S., BRASSEUR L., LORY C., et al. Audit de la prise en charge de la douleur postopératoire. Enquête AP-HP 1994. Presse med. 1996. Tome 25. pp 1013-1017.
114. LARUE F. Sondage par téléphone en 1990. (n= 961) et 1996 (n= 1001) larue et al. Anesth analg 1999, 89. pp 659-64.
115. Département de santé Publique Paul Brousse AP-HP; Enquête 2000 réalisée avec le CLUD et le comité d'évaluation ; octobre 2001.
116. PICARD P., VERNAY D., COURTY E., et le groupe clermontois de réflexion sur l'usage des antalgiques, Du bon usage des antalgiques, 23 janv 1999, pp 121-3.
117. MANN C., BEZIAT C., BOCCARA G., et al. Programme d'assurance qualité de prise en charge de la douleur postopératoire : impact de la conférence de consensus de la SFAR. Annales Françaises d' Anesthésie Réanimation 2001; 20. pp 246-254.
118. LANGLADE A., BELLANGER F., CORNET C., et al. Démarche assurance-qualité pour la prise en charge des douleurs postopératoires : propositions d'un outil de réalisation d'enquêtes. Annales Françaises d' Anesthésie Réanimation 2002; 21. pp 276-294.
119. DURIEUX P., BRUXELLE J., SAVIGNONI A., et al. Prévalence et prise en charge de la douleur à l'hôpital. Une étude transversale. Presse Med 2001; 30. pp 572-576.
120. BASBUM A. Spinal mechanisms of acute and persistent pain. Reg Anesth Pain Med 1999;(24). pp 59-67.
121. MIAKOWSKI C., CREWS J., READY L.B., et al. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. Pain 1999; 80. pp 23-29.

122. WERNER M. Does an acute pain service improve postoperative outcomes? Review. *Anesthesia & Analgesia* 2002; 95. pp1361-1372.
123. LYNCH E., LAZOR M.A., GELLIS J.E., et al. The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. *Anesth Analg* 1998; 86. pp 781-785.
124. CHOINIERE M., RITTENHOUSE B.E., CHARTRAND D., et al. Efficacy and costs of patient-controlled analgesia versus regularly administered intramuscular opioid therapy. *Anesthesiology* 1998 Dec;89(6). pp1377-1388.



SITES ET ADRESSES UTILES

- La lutte contre la douleur à l'AP-HP www.interclud.ap-hp.fr
- Société d'étude et de traitement de la douleur (SETD) www.setd-douleur.org
- Ministère de la santé et de la protection sociale www.santé.gouv.fr (rubrique qualité des soins) *La douleur en questions*
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) www.anaes.fr
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) www.afssaps.fr
- Association pour le traitement de la douleur de l'enfant (Pediadol) www.pediadol.org
- Centre national de ressources de lutte contre la douleur (CNRD) www.cnrd.fr
- Collège national des médecins de la douleur (CNMD) www.setd-douleur.org
- Institut Upsa de la douleur www.institut-upsa-douleur.org
- Société française d'étude des migraines et des céphalées (SFEMC) www.sf-neuro.org
- Société française de neurologie www.f-neuro.org
- Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) www.sfar.org
- Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) www.sfap.org
- Société française de rhumatologie www.rhumatologie.asso.fr
- Collège national des psychologues de la douleur (CNPD) www.setd-douleur.org
- Collège national des enseignants universitaires de la douleur (CNEUD) www.setd-douleur.org
- Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) www.fnclcc.fr
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) www.inpes.sante.fr
- Ligue nationale contre le cancer www.ligue-cancer.net

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle Amiel-Tison inversée

Enfant éveillé au moment de l'examen	0	1	2
1. Sommeil pendant les 30 minutes précédant l'examen	Sommeil calme >10 minutes	courtes périodes >5 minutes	sommeil calme >10 minutes
2. Mimique douloureuse	marquée, permanente	peu marquée, intermittente	calme et détendue
3. Qualité du cri	répétitif, aigu, "douloureux"	normal, modulé	pas de cri
4. Motricité spontanée	Motricité normale	Agitation modérée	Agitation incessante
5. Excitabilité spontanée	Calme	Réactivité excessive	Trémulations, clonies, Moro spontané
6. Crispation des doigts, mains et pieds	Absente	Peu marquée, partielle, intermittente	Très marquée, globale, permanente
7. Succion	Forte, rythmée, pacifiante	Discontinue, interrompue par les cris	Non, ou quelques mouvements anarchiques
8. Evaluation globale du tonus	Normal pour l'âge	Modérément hypertonique	Très hypertonique
9. Consolabilité	Calmé < 1 minute	Calmé après une minute d'efforts	Non, après 2 minutes d'efforts
10. Sociabilité	Facile, prolongée	Difficile à obtenir	Absente

Annexe 2 : Echelle CHEOPS

CRITERE	COMPORTEMENTS OBSERVES	score
cris-pleurs	absents	1
	gémissements, pleurs	2
	cri vigoureux, sanglots	3
expression du visage	sourire, faciès résolument positif	0
	faciès neutre, expressivité nulle	1
	grimaces, faciès résolument négatif	2
verbalisation	l'enfant parle et ne se plaint de rien	0
	nulle: l'enfant ne parle pas	1
	l'enfant se plaint mais pas de souffrir	1
	l'enfant se plaint de souffrir	2
attitude corporelle	corps au repos	1
	agitation, mouvements désordonnés, rigidité enfant	2
	debout dans son lit	2
désir de toucher la plaie	non	1
	oui	2
membres inférieurs	au repos ou rares mouvements	1
	mouvements incessants, coups de pied	2
	se met debout, s'accroupit ou s'agenouille	2

Annexe 3 : QDSA

A	Battements	☐ ☐ ☐	J	Fatigante.....	☐ ☐ ☐
	Pulsations.....	☐ ☐ ☐		Enervante	☐ ☐ ☐
	Elancements.....	☐ ☐ ☐		Ereintante	☐ ☐ ☐
	En éclairs	☐ ☐ ☐	K	Nauséuse	☐ ☐ ☐
	Décharges électriques.....	☐ ☐ ☐		Suffocante	☐ ☐ ☐
	Coups de marteau	☐ ☐ ☐		Syncopale.....	☐ ☐ ☐
B	Rayonnante	☐ ☐ ☐	L	Inquiétante.....	☐ ☐ ☐
	Irradiante.....	☐ ☐ ☐		Oppressante.....	☐ ☐ ☐
				Angoissante.....	☐ ☐ ☐
C	Piqûre.....	☐ ☐ ☐	M	Harcelante	☐ ☐ ☐
	Coupure	☐ ☐ ☐		Obsédante.....	☐ ☐ ☐
	Pénétrante	☐ ☐ ☐		Cruelle.....	☐ ☐ ☐
	Transperçante	☐ ☐ ☐		Torturante.....	☐ ☐ ☐
	Coups de poignard.....	☐ ☐ ☐		Suppliciante.....	☐ ☐ ☐
D	Pincement	☐ ☐ ☐	N	Gênante	☐ ☐ ☐
	Serrement.....	☐ ☐ ☐		Désagréable.....	☐ ☐ ☐
	Compression.....	☐ ☐ ☐		Pénible.....	☐ ☐ ☐
	Ecrasement	☐ ☐ ☐		Insupportable.....	☐ ☐ ☐
	En étau	☐ ☐ ☐	O	Enervante	☐ ☐ ☐
	Broiement	☐ ☐ ☐		Exaspérante	☐ ☐ ☐
E	Tiraillement	☐ ☐ ☐		Horripilante	☐ ☐ ☐
	Etirement	☐ ☐ ☐	P	Déprimante.....	☐ ☐ ☐
	Distension.....	☐ ☐ ☐		Suicidaire	☐ ☐ ☐
	Déchirure	☐ ☐ ☐			
	Torsion.....	☐ ☐ ☐			
	Arrachement	☐ ☐ ☐			
F	Chaleur	☐ ☐ ☐			
	Brûlure.....	☐ ☐ ☐			
G	Froid	☐ ☐ ☐			
	Glacé.....	☐ ☐ ☐			
H	Picotements.....	☐ ☐ ☐			
	Fourmillements.....	☐ ☐ ☐			
	Démangeaisons.....	☐ ☐ ☐			
I	Engourdissement	☐ ☐ ☐			
	Lourdeur	☐ ☐ ☐			
	Sourde.....	☐ ☐ ☐			

1^{ère} case = cocher
2^e case = numéroter

de A à I : critères sensoriels
de J à P : critères affectifs

0	Absent	1	Faible	2	Modéré	3	Fort	4	Extrêmement fort
	Pas du tout		Un peu		Moyennement		Beaucoup		Extrêmement

Annexe 4 : Echelle Doloplus 2

NOM :

Prénom :

Service :

Observation comportementale

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

Annexe 5 : Beck Depression Inventory

A	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux, que je ne peux pas le supporter.	3
B	Je ne suis pas particulièrement découragé, ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme mes enfants).	3
D	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3
E	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux gens et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout l'intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

Annexe 6 : ECPA (4è version)

Échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)

Personne âgée communicante

I. OBSERVATIONS EN DEHORS DES SOINS

1° Plaintes exprimées en dehors du soin		3° Position spontanée au repos	
0 : Le sujet ne se plaint pas	0	0 : Aucune position antalgique	0
1 : Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1	1 : Le sujet évite une position	1
2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un	2	2 : Le sujet choisit une position antalgique	2
3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3	3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4	4 : Le sujet reste immobile	4
2° L'expression du visage : regard, mimiques			
0 : Visage détendu	0		
1 : Visage soucieux	1		
2 : Le sujet grimace de temps en temps	2		
3 : Regard effrayé et/ou visage crispé	3		
4 : Expression complètement figée	4		

II. OBSERVATIONS PENDANT LES SOINS

4° Anticipation anxieuse des soins		6° Réactions pendant les soins des zones douloureuses	
0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété	0	0 : Aucune réaction pendant les soins	0
1 : Angoisse du regard, impression de peur	1	1 : Réaction pendant les soins, sans plus	1
2 : Sujet agité	2	2 : Réaction au toucher des zones douloureuses	2
3 : Sujet agressif	3	3 : Réaction à l'effleurement des zones	3
4 : Crie, soupire, gémissements	4	4 : L'approche des zones est impossible	4
5° Réactions pendant la mobilisation		7° Plaintes exprimées pendant le soin	
0 : Le sujet se laisse mobiliser et/ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0	0 : Le sujet ne se plaint pas	0
1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1	1 : Le sujet se plaint si l'on s'adresse à lui	1
2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2	2 : Le sujet se plaint en présence de quelqu'un	2
3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3	3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4	4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

III. RÉPERCUSSIONS SUR L'ACTIVITÉ

8° Sur l'appétit		10° Sur les mouvements	
0 : Pas de modifications de l'appétit	0	0 : Le sujet se mobilise comme d'habitude	0
1 : Appétit légèrement réduit : ne mange qu'une partie de sa nourriture	1	1 : Le sujet bouge comme d'habitude, mais évite certains mouvements	1
2 : A besoin de sollicitations pour manger une partie de sa nourriture	2	2 : Lenteur, rareté des mouvements	2
3 : Malgré les sollicitations, ne mange que quelques bouchées	3	3 : Immobilité	3
4 : Refuse toute nourriture	4	4 : Prostration ou agitation	4
9° Sur le sommeil		11° Sur la communication	
0 : Bon sommeil, au réveil le sujet est reposé	0	0 : Contact habituel	0
1 : Difficultés d'endormissement ou réveil matinal précoce	1	1 : Contact difficile à établir	1
2 : Difficultés d'endormissement et réveil matinal précoce	2	2 : Évite la relation	2
3 : Réveils nocturnes en plus des signes précédents	3	3 : Absence de tout contact	3
4 : Sommeil rare ou absent	4	4 : Indifférence totale	4

ECPA - 4^e version - personne âgée communicante - 1999

Dr. Morrell, M. Allen (CET Clinic), A. Tash, T. Barnard et al. - CE La Rochelle-France - 1999

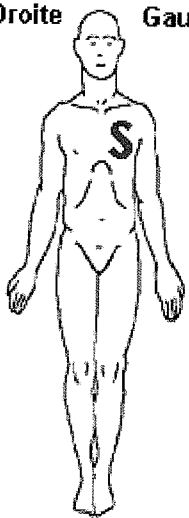
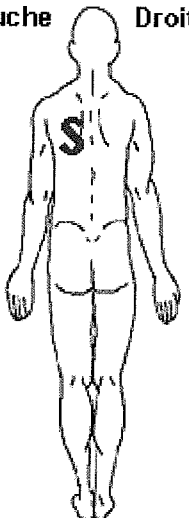
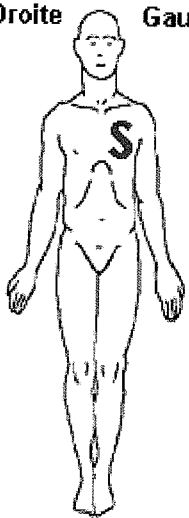
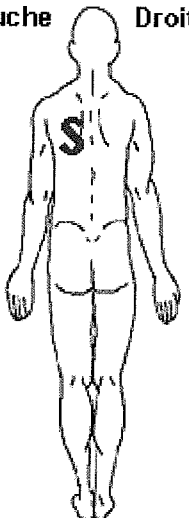
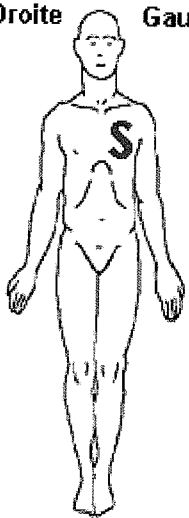
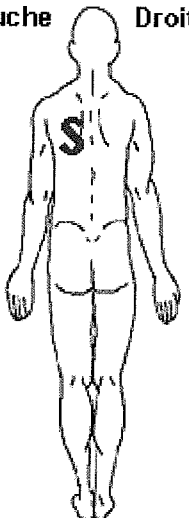
Sources : Dr. Ziegler - Dr. T. Althausen et 2006000 - morrell@llar - did@llar - Tash@llar

Échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA)

Personne NON communicante

OBSERVATIONS AYANT LES SOINS		OBSERVATIONS PENDANT LES SOINS	
1° L'expression du visage : REGARD et MIMIQUE		5° Anticipation ANXIEUSE aux soins	
0 : Visage détendu	0	0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
1 : Visage soucieux	1	1 : Angoisse du regard, impression de peur	1
2 : Le sujet grimace de temps en temps	2	2 : Sujet agité	2
3 : Regard effrayé et/ou visage crispé	3	3 : Sujet agressif	3
4 : Expression complètement figée	4	4 : Cris, soupirs, gémissements	4
2° POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)		6° Réactions pendant la MOBILISATION	
0 : Aucune position antalgique	0	0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
1 : Le sujet évite une position	1	1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
2 : Le sujet choisit une position antalgique	2	2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3	3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4	4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4
3° Sur les MOUVEMENTS (ou MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)		7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES	
0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude *	0	0 : Aucune réaction pendant les soins	0
1 : Le sujet bouge comme d'habitude * mais évite certains mouvements	1	1 : Réaction pendant les soins, sans plus	1
2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude *	2	2 : Réaction au toucher des zones douloureuses	2
3 : Immobilité contrairement à son habitude *	3	3 : Réaction à l'effleurement des zones douloureuses	3
4 : Absence de mouvement ** ou forte agitation contrairement à son habitude *	4	4 : L'approche des zones est impossible	4
4° Sur la RELATION À AUTRUI, il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...		8° PLAINTES exprimées PENDANT le soin	
0 : Même type de contact que d'habitude *	0	0 : Le sujet ne se plaint pas	0
1 : Contact plus difficile que d'habitude *	1	1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
2 : Évite la relation contrairement à l'habitude *	2	2 : Le sujet se plaint en présence du soignant	2
3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude *	3	3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne	3
4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude *	4	4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne	4
* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle		ECPA - 4° version, 1999 - Personne âgée NON communicante A. Serfaty, M. Audebert, C. Chéry, A. Tassin, T. Baudouin - CEIL, 2000 In "Revue de la douleur" n° 4, 2000, 10-11	

Annexe 8 : Localiser la douleur

Schéma des zones douloureuses													
Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone. Mettez sur le schéma un "S" pour une douleur près de la surface de votre corps ou un "P" pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez un "I" à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.	<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Face</th><th colspan="2">Dos</th></tr><tr><th>Droite</th><th>Gauche</th><th>Gauche</th><th>Droite</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr></tbody></table>	Face		Dos		Droite	Gauche	Gauche	Droite				
Face		Dos											
Droite	Gauche	Gauche	Droite										
													

Annexe 8 : Questionnaire d'évaluation de la douleur



QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA DOULEUR

Dr Eric SEIDL
UPATOU

En tant que soignant, vous êtes régulièrement confronté(e)s au symptôme douleur.
Dans un souci d'amélioration constante des soins, nous souhaitons votre opinion, sur la
qualité de la prise en charge de la douleur.

Service employeur ?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Médecine A | ☐ Chirurgie A | ☐ UPATOU |
| ☐ Médecine B | ☐ Chirurgie B | ☐ Salle de réveil |
| ☐ Cardiologie | ☐ Maternité – Gynécologie | ☐ Réanimation chirurgicale |
| ☐ USIC | ☐ Pédiatrie | ☐ Maison de retraite |

Fonction ?

- | | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ ASH | ☐ AS/SP | ☐ IDE | ☐ Sage Femme | ☐ Kinésithérapeute |
| ☐ Manipulateur Radio | ☐ Cadre | ☐ Médecin | | |

Evaluez-vous la douleur ?

- ☐ oui, pour tous les patients
- ☐ oui, si le patient a une maladie ou une lésion génératrice de douleur
- ☐ oui, parfois
- ☐ oui, rarement
- ☐ non, jamais

Si oui, par quelle(s) méthode(s)

Si non, pourquoi ?

Estimez-vous que la douleur est bien prise en charge dans votre service ?

- ☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi ?

Parmi ces affirmations en choisir une

- ☐ l'évaluation de la douleur est un acte médical exclusif
- ☐ l'évaluation de la douleur est un acte infirmier exclusif
- ☐ l'évaluation de la douleur c'est l'affaire de tous, y compris la famille
- ☐ l'évaluation de la douleur c'est à la mode en ce moment et les modes ça change !

Estimez-vous être suffisamment formé(e)s à l'évaluation de la douleur ?

- ☐ oui
- ☐ non

Souhaitez-vous être formé(e)s à l'évaluation de la douleur ?

- ☐ oui
- ☐ non

Souhaitez-vous être formé(e)s à la prise en charge globale de la douleur ?

- ☐ oui
- ☐ non

Estimez-vous que la prise en charge de la douleur doit être une priorité pour notre établissement ?

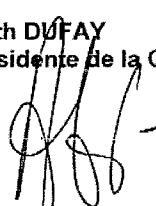
- ☐ oui
- ☐ non

Commentaires et suggestions.

Eric SEIDL



Edith DUFAY
Présidente de la CME



Merci de votre collaboration

VU

NANCY, le **7 octobre 2005**

Le Président de Thèse

Professeur G. BARROCHE

NANCY, le **18 novembre 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **23 novembre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Suite à l'évolution des consciences, et sous l'impulsion des pouvoirs publics, la douleur est devenue une priorité, à la fois sur un plan éthique et en terme de santé publique. Depuis 1998, les hôpitaux ont vu fleurir les Comités de Lutte Contre la douleur (CLUD), dont le but est de recueillir les informations, de pointer les difficultés, et de les analyser, afin de proposer un programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur, en accord avec les grandes orientations des plans nationaux. Ces différents aspects ont été étudiés à travers l'expérience d'une enquête initiée par le CLUD du centre hospitalier de Lunéville en 2005.

Une première partie nous a donné l'occasion de revenir sur les grands moments historiques et les aspects législatifs qui ont marqué l'histoire de la douleur. Elle a rappelé succinctement quels sont actuellement les principales méthodes d'évaluation et de traitement de la douleur.

La deuxième partie a fait l'objet d'une présentation démographique du Lunévillois, de son centre hospitalier et de l'activité de ses différents services. Les résultats d'une enquête par questionnaire portant sur l'évaluation de la douleur et les méthodes utilisées, l'appréciation de la qualité de la prise en charge de la douleur, et l'auto appréciation du niveau de formation à cette prise en charge ont été exposés.

La troisième partie a apporté des éléments de discussion et des commentaires à valeur plus générale sur le thème de la prise en charge de la douleur, en faisant référence à des enquêtes similaires effectuées dans d'autres établissements en France. Elle a ouvert sur plusieurs perspectives et a rappelé quelles devront être les principales préoccupations des années futures en matière de douleur.

TITRE EN ANGLAIS

Evolution and evaluation of the assumption of responsibility of the pain in the hospital complex of Lunéville - Installation of the committee of fight against the pain.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2005

MOTS CLEFS :

Douleur, Comité de Lutte Contre la Douleur, CLUD, évolution, évaluation

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
