

C.H.D. Vendée
C.H. La Roche sur Yon / C.H. Luçon / C.H. Montaigu.

L'infirmier référent douleur.

**L'étude de poste de l'infirmier référent douleur au
Centre Hospitalier Départemental de la Vendée.**

Mr. AGRES hugues.
Infirmier anesthésiste D.E.
Mars 2005

Actualisé décembre 2006

Préface.

L'action d'un pionnier de la lutte contre la douleur !

Dans sa forme pathologique chronique, la douleur n'a plus du tout de fonction biologique, elle est au contraire une forme maléfique qui impose au malade, à sa famille et à la société de graves stress émotionnels, physiques, économiques et sociologiques.

Fort heureusement, on constate un impressionnant regain d'intérêt dans le milieu des scientifiques et des cliniciens pour collaborer à l'étude des mécanismes fondamentaux des douleurs aiguës et chroniques et de leurs caractéristiques physiques et comportementales, conditions essentielles requises pour le diagnostic et le traitement corrects d'un tel problème.

Professeur John, J. BONICA (1917 – 1994).

L'importance de l'expérience des Etats Unis !

Après le modèle de Seattle qui a servi d'exemple, les structures de prise en charge de la douleur se sont développées dans le pays, pour atteindre rapidement (251 unités) dès 1981 et (1000 unités) en 1994.

L'importance du phénomène a permis à la France, depuis une dizaine d'années, grâce à une prise de conscience des sociétés savantes, la mise en place d'une dynamique de création d'unités spécialisées dans le traitement de la douleur.

L'influence du politique sur la prise en charge de la douleur.

Les différentes actions menées sur la sensibilisation de la population à une prise en charge de la douleur en France.

Pendant longtemps, la douleur a été vécue comme une fatalité !

L'évolution des connaissances nous donne les moyens permettant d'atténuer la douleur dans la plupart des cas. Mais plus que les techniques, se sont les mentalités qui doivent évoluer. La douleur a été trop longtemps parée des vertus de la rédemption. Tantôt démonstration courageuse de la force de l'âme, tantôt témoin utile du mal à surveiller, elle n'était prise en charge qu'avec parcimonie et méfiance par la médecine.

Pourtant, la qualité d'un système de santé dépend autant de l'efficacité du traitement proposé que du soulagement de la souffrance des patients. La lutte de la douleur doit être maintenue comme une priorité pendant de longues années tant sont grands les besoins et persistantes les résistances.

Bernard KOUCHNER.
Ministre délégué à la Santé.

Dans notre pays, les initiatives personnelles ont très souvent précédé, voire éclairé, les chemins de la loi.

Ainsi en matière de douleur, médecins et associations ont créé de toutes pièces, sans aucune aide publique, les premiers centres de traitement de la douleur. Il faut rendre hommage à ces pionniers qui ont initié le mouvement aboutissant à la prise en charge de la douleur pour laquelle un plan de trois ans a été mis en oeuvre par le secrétaire d'Etat à la santé, à la suite des mesures votées à l'unanimité du Parlement en 1994 (la douleur comme les soins palliatifs ne sont ni de gauche ni de droite, mais chacun d'entre nous est concerné pour lui-même ou à travers ses proches).

Désormais, l'inclusion des soins palliatifs dans notre système de santé est devenu un choix social, qui consacre une seule médecine de soins continus, curative aussi bien que palliative.

Lucien NEUWIRTH.
Sénateur.

L'infirmier(ère) et la douleur.

Le législateur attribue deux rôles à la profession d'infirmière, le rôle prescrit et le rôle propre.

Il est important de rappeler le rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur, comme le prévoit le législateur depuis les premiers décrets en 1993 jusqu'aux dernières parutions sur la profession d'infirmier(ère), car ces deux rôles s'appliquent également en matière de douleur.

Pour prendre en charge un patient dans sa globalité, il est important de répondre à ses besoins fondamentaux en tenant compte de sa douleur, description déjà avancée dans « les années 50 » par le Pr. John Bonica aux U.S.A..

L'accueil du patient est primordial pour la suite du soin !

Le soignant doit être attentif aux paroles de la personne qui souffre et doit savoir observer les comportements face à une douleur ressentie et exprimée. Il notera, suite à l'entretien d'accueil, la description de la douleur, les incidences sur la vie sociale et familiale, ainsi que la place de la pathologie dans la vie quotidienne. Le diagnostic infirmier prend là toute sa valeur !

Ainsi l'infirmier(ère) en complément du rôle prescrit évaluera l'intensité de la douleur à l'aide des moyens standardisés comme l'échelle visuelle analogique, mettra en place différents types d'intervention (l'utilisation de vessies de glace...), proposera des méthodes d'éducation pour l'acquisition des bons gestes face à la douleur, préviendra le patient lors des soins douloureux.

L'adhésion de la personne soignée face aux propositions de soins fait déjà partie de la réussite des actions thérapeutiques.

L'infirmier(ère) a un rôle en matière de relation privilégiée. Cette relation d'aide est particulièrement importante pour celui qui souffre. Pour pratiquer une écoute active dans la relation d'aide, il faut savoir parfois se taire, pour laisser au patient le temps de parler, d'entrer en communication avec l'équipe de soin, lui permettre d'exprimer sa douleur.

L'empathie est une méthode qui signifie au patient que l'on comprend le message donné !

L'attitude corporelle doit être disponible, tranquille et sereine en accord avec ce qu'on souhaite communiquer. C'est une façon active de montrer au patient pris dans la tourmente de la douleur de lui transmettre de façon active notre propre disponibilité à écouter, par un regard, un signe, une parole "Je viens, parler avec vous"...La communication peut se révéler en différentes étapes par des questions ouvertes "*comment vous sentez-vous ce matin?*". Le choix d'un mot, d'une phrase faisant appel à des sentiments ou des émotions, soit au niveau de la pensée, des croyances ou de l'imagination, soit au niveau du corps peut être l'élément révélateur pour aborder le sujet de la douleur ressentie par le patient.

Pour vérifier ce qui vient d'être dit, il convient d'effectuer des clarifications pour sa propre compréhension et dans l'intérêt du patient. Dans cette approche diagnostic, l'infirmier(ère) doit utiliser le décodage et la (re)formulation car il s'agit de renvoyer à la personne en difficulté ce que nous croyons percevoir de ses ressentis douloureux. Cette technique permet au patient de se sentir écouté, mis en confiance. Cette technique permet de vérifier la qualité de son écoute et de corriger ce qui a été mal compris, ainsi le patient garde le contrôle de l'entretien et peut s'exprimer librement sur sa douleur au quotidien.

La recherche des ressources du patient est particulièrement importante, c'est la phase de mise en interaction soignant-soigné, ou proposer n'est pas imposer. Face à la souffrance il est nécessaire pour nous soignants, de savoir repérer les attitudes par rapport à la douleur, particulièrement chez le douloureux chronique qui est en phase de déni, de révolte, de marchandage...Souvent en situation dépressive !

Pour le soignant, psychologie et tolérance sont indispensables pour traiter la douleur chronique qui dans la plus part des cas devient pour ce patient un véritable moyen de communication avec l'entourage où la douleur rebelle et persistante est devenue sa maladie.

La relaxation, comme toute autre approche cognitive, peut apporter une aide précieuse et mérite souvent d'être associée aux traitements médicamenteux.

Enfin, l'infirmier(ère) notera sur le dossier de soins le rôle délégué à l'aide-soignante sur la prise en charge du patient (toilette, massage...). **en tenant impérativement compte de la prescription médicale.**

N'oublions pas que "seule la douleur de l'autre reste supportable"

Les droits et les devoirs.

L'éthique et la douleur.

La réalité d'une prise en charge globale de la douleur du patient, implique l'effort de soulager d'où une exigence d'*éthique*, doublée d'une efficacité.

Les droits du patient.

La charte du patient hospitalisé contenue dans la circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 précise : « Aux cours de ces traitements et de ces 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 ».

Tout établissement doit se doter des moyens propre à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement.

Les devoirs des médecins.

Le nouveau code de déontologie médicale précise les devoirs du médecin sur la prise en charge de la douleur : »En toute circonstance, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et doit l'accompagner en fin de vie, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage ».

Les devoirs de l'infirmiers(ères).

Les infirmiers(ères) sont en première ligne dans le combat contre la douleur, les patients le savent très bien. Le rôle propre de l'infirmier(ère) sur la douleur a été défini et officialisé dès 1993 et actualisé par le décret n° 2002-550 du 11 février 2002. Elles sont présentes dans tous les domaines de la prise en charge de la douleur et participent activement au Clud (comité de lutte contre la douleur).

Les textes sur la douleur.

Lois, décrets et textes réglementaires et législatifs sur la douleur.

Article 2 du décret 93-221 du 16 Février 1993, Relatif à l'exercice de la profession d'infirmier(e) dans le respect de la vie et de la personne humaine - Abrogé le 11 02 2002.

Article 1 du décret 93-345 du 15 Mars 1993, Relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e) – Abrogé le 11 02 2002.

Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994, relative au respect du corps humain.

Décret n° 94.626 du 22 juillet 1994, relatif au rôle des A.S. dans les services de soins.

Circulaire DGS/DH n° 94/3 du 07 janvier 1994, relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

Circulaire DGS/DH n° 95/22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.

Loi hospitalière du 4 février 1995.

Charte du patient hospitalisé (Annexée à la Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 06 Mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.

Décret n° 95.1000 du Code de Déontologie Médicale - Article 37 / 38 - (06 septembre 1995).

Serment d'Hippocrate.

Rapport de l'ANDEM sur les structures d'évaluation et de traitement de la douleur en France - (nov. 1995).

Article L 710-3-1 du Code de la santé Publique - (Loi 96-456 du 28 mai 1996).
Organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé.

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

Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale du 29 mai 1997 sur "L'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé"

Circulaire DGS / PS n° 97 / 412 du 30 Mai 1997, relative à l'application du décret 93-345 du 15 Mars 1993) relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier(e).

Recommandations ANAES, juin 1997 sur la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile.

Document d'orientation pour les établissements de santé, Informations hospitalières n° 47, décembre 1997 sur l'évaluation de la satisfaction des patients.

CLUD - Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (Collège national des médecins de la douleur) - Juin 1998.

Article L.1112-4 du Code de la santé publique (modifié par la Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs).

Article L. 1112-2 du Code de la santé publique.

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

Circulaire DGS/DH N° 98/213 du 24 mars 1998, relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.

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

Circulaire DGS/DH/DAS/SQ2 n° 99 /84 du 11 février 1999, relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

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

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé

Recommandations ANAES, février 1999 sur évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant de 1 à 15 ans.

Recommandations ANAES, mars 2000, recommandations aux médecins sur l'information des patients.

Recommandations ANAES, octobre 2000 sur la pratique clinique.

Recommandations ANAES, décembre 2000 sur évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.

Guide d'orientation: Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé.

Contrat d'engagement des établissements de santé, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Circulaire DGS/DSS-1-A/DHOS-O-F2 n°2001/649 du 31 décembre 2001, relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale.**Décret n° 2002-194 du 11 février 2002,** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier - Abrogé le 29 07 2004.

Article L. 1110-5 du code de la santé publique (Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Notion de soins de Support, la définition des soins de support, inspirée du »**supportive care** » de Multinational association for supportive Care in Cancer 1990.

Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002 – 2° Plan Kouchner (relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé).


Programme national de lutte contre la douleur / DHOS / E2 /janvier 2004 1 (Etat d'avancement du programme national de lutte contre la douleur 2002 – 2005.

Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 (Relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Plan douleur 2006-2010 (Le 3° plan gouvernemental de lutte contre la douleur pour la période 2006-2010 a été dévoilé le 3 mars 06 par Mr. Xavier BERTRAND, ministre de la Santé et des Solidarités.

Ce plan s'articule autour de quatre grandes priorités :

- 1- Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment chez les enfants et les adolescents, les personnes âgées et en fin de vie.
- 2- Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé permettant de mieux prendre en compte la douleur des patients.
- 3- Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.
- 4- Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif.

 Annexe 1 (cf. mise à jour).

L'historique des structures de traitement de la douleur.

Les différentes actions menées sur la prise en charge de la douleur.

Le *Haut Comité de la Santé Publique*, en 1994, se fixe un objectif à atteindre d'ici l'an 2000 "diminuer de moitié le nombre de malades déclarant souffrir au cours du cancer ou d'une intervention chirurgicale".

Une enquête est effectuée par la *Direction Générale de la Santé*, en avril 1995, pour recenser les structures de traitement de la douleur.

Des critères sont proposés, en novembre 1995, par l'*ANDEM* pour différencier la consultation, l'unité et les centres d'évaluation et de traitement de la douleur. La notion d'équipes pluridisciplinaires est acquise. Les centres anti-douleur ont une vocation régionale d'enseignement et de recherche.

Les unités possèdent des consultations et des lits spécialisés.

La *labellisation* est annoncé par le ministère, en octobre 1995, pour mettre en conformité les structures.

L'*Américain Pain Society* recommande, depuis 1991, l'application générale de "standards d'assurance qualité" sur le traitement de la douleur aiguë (information systématique des patients, évaluation de la douleur, élaboration de protocoles).

Une circulaire des ministères de la *Santé et de l'Enseignement Supérieur*, en mai 1995, déclare obligatoire en faculté de médecine l'enseignement de la douleur. Situation paradoxale, cet enseignement était inscrit au programme de formation des infirmières, depuis mars 1992, dans les *Ifsi*. L'enseignement post-universitaire médical reconnaissait, dès 1991, un diplôme inter-universitaire sur la douleur.

Le nouveau *Code de Déontologie Médicale*, en septembre 1995, précise : "en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade".

Les principaux objectifs des recommandations.

- Réduire l'incidence et l'intensité de la douleur aiguë post-opératoire.
- Eduquer les patients sur la nécessité de communiquer leurs opinions sur l'efficacité du traitement.
- Améliorer le degré de confort et de satisfaction.
- Diminuer l'importance d'une complication post-opératoire et la durée du séjour hospitalier.

La démarche de réseau et les structures d'évaluation et de traitement de la douleur.

La collaboration avec le réseau douleur de l'ouest (Redo) dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale des Pays de Loire (SROSS III).

Objectif n°1 :

L'identification de la douleur.

- Avant même d'envisager une harmonisation et une hiérarchisation des traitements de la douleur, il est indispensable que celle-ci soit identifiée c'est à dire exprimée, repérée, et caractérisée.
- Cette identification repose sur une sensibilisation de l'ensemble des professionnels à l'existence de cette problématique afin d'une part de l'évaluer correctement d'autre part de mettre en place le traitement adapté ou de faire appel aux compétences requises.

Objectif n°2 :

La prise en charge de la douleur au niveau des structures sanitaires.

L'organisation de la prise en charge de la douleur au sein des établissements sanitaires passe par

- L'identification et la reconnaissance des ressources disponibles dans les établissements publics et privés des secteurs et des besoins de formation.

Cette identification comporte :

- « la structure douleur » : professionnels dédiés à la prise en charge des patients douloureux chroniques hospitalisés en un même site et bénéficiant des soins d'une équipe pluridisciplinaire.
 - les équipes mobiles qui se déplacent dans les autres services pour y exercer des soins et former le personnel.
-
- La formalisation, par secteur, de la coopération entre professionnels au sein de structures de lutte contre la douleur ; identification des binômes médico/soignants qui sont idéalement les présidents et vice présidents des Clud.

 - La définition d'arborescences de prises en charge.

- mise en évidence de filières de traitement de certaines problématiques spécifiques : amont et en aval
 - objectivation des ressources disponibles :
 - ◆ consultants
 - ◆ structures de prise en charge (pôles d'excellence , moyen séjour, rééducation...)
- l'existence de structures d'algo-vigilance.

Objectif n°3 :

Les douleurs nécessitant une organisation régionale.

L'enfant.

- Identification d'équipes d'expertise pour aider les professionnels (Nantes, Angers , Le Mans)
- Nécessité de la mobilité de ces équipes pour organiser le soin au domicile

Migraine et céphalées :

- Organisation d'une structure de référence régionale pour mise à plat des états rebelles.

Le rôle des référents au niveau des secteurs et de la région.

- Interlocuteurs des professionnels et personnes ressources dans les établissements de soins.
- Identification des besoins en terme de moyen et formation.
- Structuration des filières de prise en charge
- Sensibilisation de l'ensemble des professionnels à l'identification de la douleur.

Le Rôle du réseau régional (Redo).

- Collaborations au programme de formation et démarche d'accréditation de ce programme
- Formalisation d'outils d'évaluation et de protocoles de traitement partagés.
- Collaboration à la mise en forme d'un document d'information concernant la prise en charge de la douleur dans les Pays de la Loire.



Annexe 2 (cf. texte relatif au SROSS III, Pays de la Loire).

La démarche d'élaboration d'une structure locale d'évaluation et de traitement de la douleur !

La mise en place d'une structure douleur dans un établissement hospitalier.

La mise en forme.

L'organisation de la prise en charge de la douleur ne présente pas de difficultés majeures, mais il est préférable de commencer la démarche dans les services de chirurgie déjà sensibilisés au problème de la douleur post-opératoire.

En fait, le succès d'une stratégie anti-douleur repose sur :

- Un calendrier de formation mis en place avec la formation permanente.
- La constitution d'une équipe médicale / paramédicale intéressée par le sujet.

Cette équipe devra assurer la sensibilisation et la formation des personnels !

- La mise en place de feuilles de prescription et de surveillance spécifiques.
- L'élaboration de procédures d'évaluation et une mobilisation permanente.

Première étape:

Convaincre le directeur de l'établissement et la directrice des soins du bien fondé de la démarche. Les cadres assureront le relais dans les services concernés. On explique l'intérêt pour l'établissement de développer une stratégie de lutte contre la douleur (satisfaction des patients, évaluation de la douleur, accréditation.....).

La nécessité de constituer un noyau dur "douleur" va assurer la dynamique du projet et la formation pratique des infirmières :

➤ La formation du personnel infirmier (3 heures par séance pour une équipe de 10 /12 infirmières) sur la douleur post-opératoire, les antalgiques et l'utilisation de la (Pca).

➤ Pour les formateurs médecins et infirmier référent douleur, il faut prévoir 4 heures de formation initiale afin d'harmoniser la méthodologie, validée par le chef d'anesthésie, membre du Clud.

Deuxième étape :

L'évaluation sur un temps donnée, de la satisfaction de tous les patients quittant l'établissement au moyen d'un questionnaire permet de poser les bases indispensables pour évaluer les résultats ultérieurs.

Troisième étape :

La formation des infirmières est centrée sur l'évaluation (Eva) et sur la connaissance des antalgiques. Pour cela, il faut :

- Distribuer les outils d'évaluation (réglettes Eva), mettre en circulation les feuilles de surveillance de la douleur (post-opératoire).
- Prévoir une "prescription anticipée", dès la sortie de salle de réveil.
- Être très présent pour répondre aux questions des collègues infirmières, vérifier le bon usage de la feuille de surveillance et moduler les prescriptions en temps réel.
- Penser à faire régulièrement une évaluation des patients au moyen du même questionnaire.

Quatrième étape :

L'infirmier référent douleur doit rester vigilant et poursuivre son travail de surveillance, de conseil auprès des infirmières sur la prise en charge de la douleur.

L'équipe douleur.

Elle est composée de médecins spécialisés sur la douleur et de l'infirmier référent douleur mandatés par le (Clud) dont le rôle est de définir les priorités de l'établissement, de lancer des procédures d'évaluation et de rendre des comptes aux instances supérieures.

L'équipe douleur est constituée autour d'un anesthésiste-réanimateur, membre du Clud et mandaté dans ce sens. Le soutien du Clud est primordial pour inciter l'ensemble des personnels médicaux et para-médicaux à participer à la lutte contre la douleur.

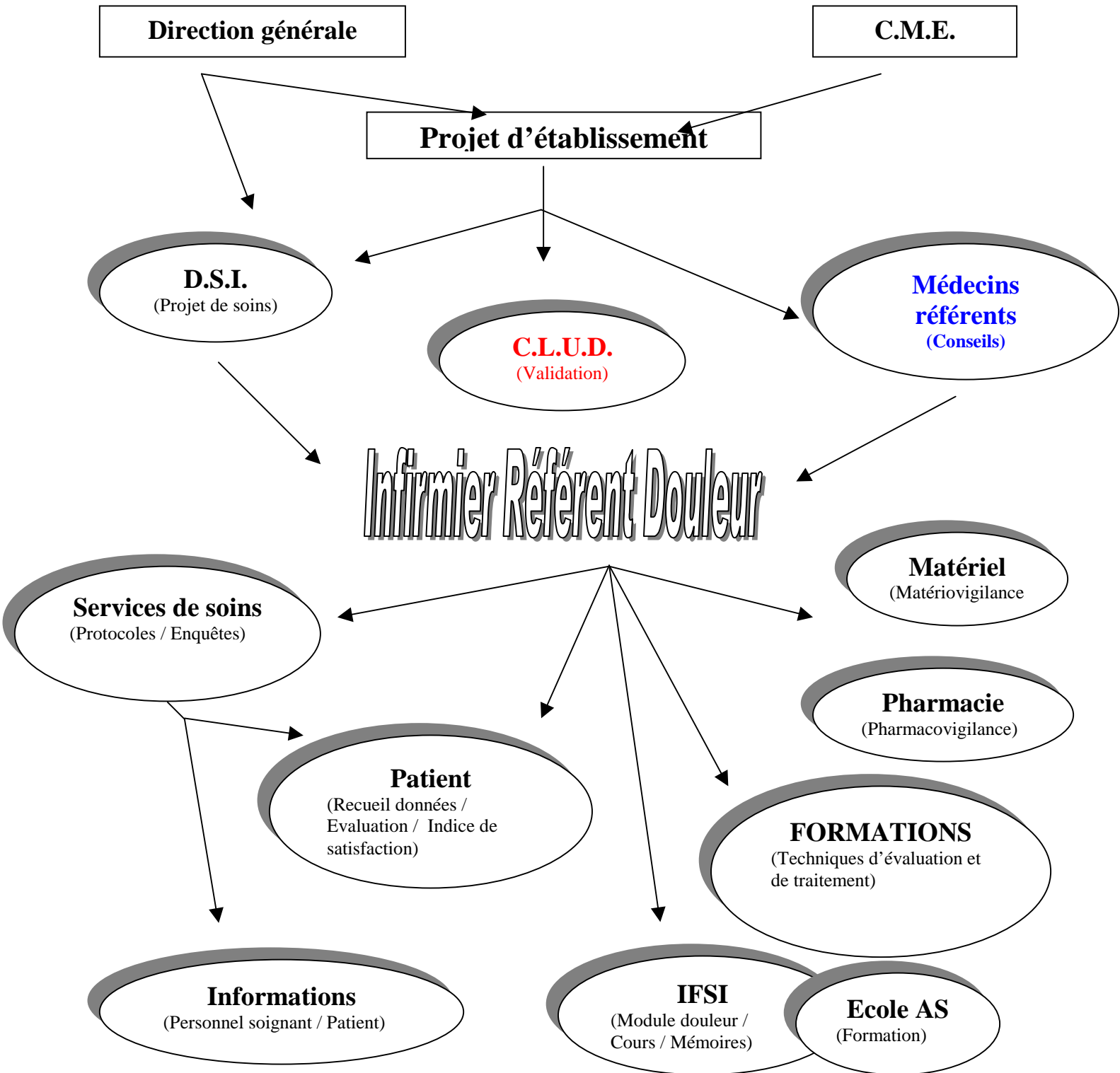
Il est indispensable que soit connu le nom de l'infirmier référent douleur ainsi que les moyens pour le joindre facilement dans l'établissement.

Les Infirmiers(ères) seront informés de leur formation et du caractère obligatoire de leur participation par la formation permanente en accord avec leur encadrement et sous la tutelle de la direction des soins. Dans un deuxième temps, dans le rôle délégué, les aides-soignantes doivent être formés aux méthodes simples d'évaluation de la douleur (Eva).

La formation utilisera un document pédagogique unique et spécifique à l'établissement. En pratique, il sera remis à chaque membre formateur de l'équipe douleur un exemplaire du module de formation. Cette formation "douleur" est faite sur une durée de une heure, suivie d'une demi-heure consacrée aux questions, puis d'une heure de formation pratique animée par un médecin et l'infirmier référent douleur afin d'alterner les temps de prise de parole et d'assurer les réponses aux questions difficiles !

On peut prévoir à distance, l'organisation d'une vérification des connaissances des infirmières par un questionnaire très simple de type (QCM) sur la douleur.

**L'organigramme de la douleur
C.H.D.
La Roche sur Yon / Luçon / Montaigu.**



Les actions à mener sur les différentes structures hospitalières dans le cadre de la prise en charge de la douleur.

Les pistes à prévoir à court terme.

☞ La Direction des Soins Infirmiers (DSI).

- Définir une politique de prise en charge de la douleur sur le C.H.D.multisite.
- Recenser les interlocuteurs infirmiers ayant un diplôme universitaire douleur, sur l'établissement.
- Nomination d'un infirmier référent douleur par la direction des soins infirmiers.
- Diffuser l'information en réunion de cadre et à l'ensemble des acteurs de l'établissement.

☞ la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

- Valider par la commission médicale, les postes de médecin et infirmier référent douleur dans le sens de la création d'une équipe douleur.
- Recenser les interlocuteurs médecins ayant un diplôme universitaire douleur, sur l'établissement.
- Prévoir la possibilité de nommer éventuellement un médecin référent douleur sur l'établissement !
- Evaluer l'implication de la création d'une *unité d'évaluation et de traitement de la douleur*, conforme au plan régional (Sross 3) en lien avec la politique de l'établissement.

☞ Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).

- Valider le poste infirmier référent douleur par le Clud.
- Créer une dynamique positive sur ce poste.
- Définir les actions de l'infirmier référent douleur au-niveau du Clud, selon les recommandations du plan régional.
- Prévoir une enquête sur les désirs des services de soins en matière de formation sur la douleur.
- Etudier et valider les formations à mettre en place.

- Valider le plan de formation sur la douleur mis en place à l'Ifsi (formations sur la durée du programme et les modules).
- Valider les protocoles sur la douleur.

☛ **Les structures de soins.**

- Recenser les besoins de formation en relation avec la direction des soins infirmiers.
- Former le personnel infirmier (ère) à la surveillance des techniques d'anesthésie loco-régionale.
- Former le personnel infirmier (ère) à la pratique de la (Pca).
- Rendre systématique l'évaluation du patient sur la douleur et la satisfaction.
- Collaborer avec le service d'anesthésie pour la gestion des pompes à analgésie contrôlée par le patient (Pca).
- Prévenir les douleurs en proposant des protocoles spécifiques à chaque service.

☛ **La logistique de l'infirmier référent douleur.**

- Se fixer des objectifs immédiats et à court terme.
- Collaborer avec la formation permanente pour la mise en place des formations dans les services.
- Organiser une formation douleur pour le personnel soignant en cohérence avec le projet de soins infirmiers.
- Etre à l'écoute des besoins des soignants dans les différents services de soins.
- Définir et mettre en place des procédures de fonctionnement, des protocoles décisionnels sur la douleur, définis par services et validés par le Clud.
- Organiser la mise à disposition de matériel (*régléte d'évaluation*).
- Faire connaître les différentes grilles d'évaluations à utiliser dans les services spécifiques (gériatrie et pédiatrie).
- Développer l'utilisation du gaz analgésique (Kalinox®) dans les services de soins.
- S'assurer de l'intégration par les infirmiers(ères) de l'évaluation régulière de la douleur.
- Collaborer avec la pharmacie pour la gestion du matériel, des médicaments antalgiques et opioïdes.
- Développer la communication sur la prise en charge de la douleur, créer une dynamique de transmission du savoir en utilisant les moyens de transmission de l'intranet.

Les pistes à prévoir à long terme.

☞ La Direction des Soins Infirmiers.

- Créer un service douleur, sur le C.H.D. multisite, avec une équipe d'infirmiers(ères) référents douleur disponible en permanence sur chaque site.
- Nommer un cadre douleur avec le profil d'encadrement adéquate pour faire le lien entre les différentes équipes (soins palliatifs, équipe douleur, douleur post-opératoire et consultation de la douleur).dans un projet d'établissement.
- Poursuivre la dynamique de prise en charge de la douleur.
- Mettre en place un réseau « relais douleur » sur l'établissement pour une plus grande efficacité de prise en charge de la douleur.

☞ La logistique de l'infirmier référent douleur.

- Se fixer des objectifs à long terme.
- Poursuivre les formations sur la prise en charge de la douleur.
- Poursuivre la mise en place des procédures de protocolisation sur la douleur.
- Elaborer régulièrement un suivi par des enquêtes sur la satisfaction et la douleur des patients.

☞ Les structures de soins.

- Etre à l'écoute des besoins des soignants dans les différents services de soins sur l'établissement multisite.
- Développer un mode de communication et d'information tel que l'Intranet par la création d'un site douleur sur l'établissement.
- Nommer dans chaque service un « référent » déjà sensibilisé à la prise en charge de la douleur dans son service, afin de faire le lien avec l'équipe douleur.

Dans le cadre du réseau douleur de l'ouest (Redo), l'infirmier référent douleur aura la tâche de développer une collaboration avec les autres structures hospitalières du département de la Vendée.

Le rôle de l'infirmier référent douleur dans le cadre des douleurs provoquées !

L'ergonomie d'une action transversale de soins.


1 Recommandations sur la douleur post-opératoire.

Les recommandations sont extraites d'un rapport rédigé par un groupe de travail réunissant des professionnels de l'(A.P.-H.P.) et présidé par le **Pr. Marcel Chauvin**. Elles répondent à des exigences minimales dans la qualité de la prise en charge de la douleur post-opératoire. Elles représentent le point de départ d'une amélioration des pratiques et la base nécessaire à des audits réguliers. Ces recommandations visent parallèlement les techniques d'analgésie et l'organisation du travail au sein de l'hôpital et des services en précisant le rôle des acteurs clé. Sur chaque site, la démarche repose avant tout sur des professionnels motivés.

Le travail dans les services doit s'articuler autour d'un médecin anesthésiste référent d'un service d'anesthésie réanimation, collaborant avec une infirmière spécifiquement formée, ces deux intervenants formant une « équipe douleur ». Le binôme médecin anesthésiste / infirmier(ère) travaille avec l'équipe chirurgicale toute entière. Il a pour rôles principaux :

- D'intervenir à la demande des soignants, chirurgiens, anesthésistes, infirmier(ères) anesthésistes, infirmier(ères).
- D'assurer la gestion et l'entretien du parc des pompes (P.C.A.), « Patient Controlled Analgesia ».
- De faire le lien entre les services et l'anesthésie.
- D'organiser la formation continue de l'ensemble des acteurs concernés.
- D'assurer la mise en place des différents protocoles sur la douleur.

Les professionnels doivent envisager un travail commun avec la direction de l'hôpital et le Comité consultatif médical. Ainsi doit être discutée au cas par cas dans chaque hôpital la nécessité d'aménagements de l'organisation du travail permettant la mise en place de formations et de certaines modifications des habitudes (favoriser le regroupement des opérés récents dans une unité géographique pour faciliter la surveillance des techniques d'analgésie type (P.C.A.) et péridurale).

 Annexe 3 (cf. recommandation de la SFAR).

2 Recommandations pour l'organisation dans les services de chirurgie.

- 2.1. Inciter le personnel infirmier à surveiller l'analgésie en utilisant les outils comme l'(E.V.A.), échelle visuelle analogique et à noter les paramètres de surveillance sur une feuille spécifique.
- 2.2. Favoriser la formation du personnel infirmier et celle des internes, concernant les protocoles d'analgésie en vigueur dans les services.
- 2.3. Contacter l'infirmier(ère) référent douleur, en cas d'une anomalie dans le déroulement du traitement antalgique et/ou prévenir en cas d'urgence le médecin anesthésiste du service concerné.
- 2.4. Ne proposer l'interruption d'un traitement antalgique qu'en accord avec les autres membres de l'équipe soignante et après information du patient.
- 2.5. S'assurer de la prescription d'un antalgique dans les délais suffisants pour un examen clinique douloureux (Morphine) ou à la réfection d'un pansement (Kalinex®).

3 Recommandations sur l'information du patient en consultation d'anesthésie et de chirurgie.

- 3.1. En consultation, signaler aux patients qu'il est possible de traiter efficacement les douleurs post-opératoires et remettre un document d'information lors de la consultation d'anesthésie.
- 3.2. Favoriser la formation des internes, concernant les protocoles d'analgésie en vigueur dans les services.
- 3.3. Faire appel à l'infirmier(ères) référent douleur dans le cas d'une information particulière (explication et réglage d'une pompe à morphine...).

Quelques méthodes :

Mettre en oeuvre tous les moyens antalgiques péri-opératoires, en particulier les infiltrations de l'incision, l'administration d'anesthésiques locaux lors de cœlioscopie chirurgicale.

Eviter de prescrire des sédatifs (tranquillisants, hypnotiques...) en association avec les morphiniques, en l'absence de protocole ou d'un consensus avec les anesthésistes.

4 Recommandations sur le rôle de l'infirmier référent douleur.

Le rôle de l'infirmier référent douleur !

L'infirmier référent douleur intervient en qualité d'expert, dans le cadre de ses responsabilités professionnelles définies par les textes, mais ne se substitue en aucun cas à l'infirmier(ère) de service.

Il intervenir dans l'élaboration des procédures spécifiques sur le traitement de la douleur post-opératoire, en collaboration avec les médecins anesthésistes, les infirmiers(ères) anesthésistes et les infirmiers(ères) des services concernés.

Il anticiper et organise l'administration du traitement antalgique en particulier pendant la nuit et doit inciter sur le fait que les infirmiers(ères) des services, dans cette même période, peuvent prévenir l'infirmier(ère) de garde en anesthésie (secteur bloc obstétrical, portable 2175) pour une aide dans un diagnostic infirmier(ère) ou bien en cas d'urgence.

Il est important, de former l'ensemble des infirmiers(ères) de chirurgie et les inciter à participer aux sessions de formation continue, déjà mise en place sur la douleur post-opératoire. Cette démarche s'inscrit dans le cadre défini et validé par le Clud (Comité de Lutte contre la Douleur) et la DAS (Direction des Activités de Soins) avec le soutien logistique de la formation permanente et des cadres des services concernés.

La mise en place des audits régulières sur la pratique infirmière en matière de douleur, sur l'établissement, doit aider à programmer les protocoles dans le cadre d'un projet d'établissement ou d'un projet de service spécifique de formation (pédiatrie).

L'infirmier(ère) et la douleur en salle de soins post interventionnelle (SSPI).

1 Recommandations sur le rôle de l'infirmier(ère) en salle de réveil.

Définir le rôle de l'infirmier(ère) face à la douleur en salle de réveil !

L'infirmier(ère) de salle de réveil respecte les prescriptions médicales et chirurgicales, écrites, datées et signées conformément aux derniers décrets sur la profession et aux recommandation de la Sfar (société française d'anesthésie réanimation) sur la prise en charge de la douleur en post-opératoire immédiat.

L'infirmier(ère) doit intégrer dans la surveillance post-opératoire la prise en charge de la douleur, au même titre que la surveillance des autres constantes (Pouls, TA, F R, Saturation, Température...).

L'infirmier(ère) de salle de réveil participe à l'élaboration des protocoles explicatifs au sujet des techniques nouvelles d'analgésie et à la mesure des niveaux d'analgésie lors de la mise en place d'analgésie loco-régionale.

Le traitement de la douleur aiguë doit débuter une heure avant la sortie du patient de la salle d'intervention. L'évaluation de la douleur aiguë commencent dès la sortie du patient de la salle d'intervention.

La pose en salle de réveil d'une analgésie contrôlée par le patient (Pca) peut être réalisée par l'infirmier(ère) à la demande et sous le contrôle du médecin anesthésiste prescripteur.

L'infirmier(ère) est responsable de l'organisation de la prise en charge de la douleur et dans sa mission de rôle propre :

- Utilise les échelles d'évaluation spécifiques (Eva), (En) et de sédation. Certaines échelles spécifiques à l'enfant peuvent être envisagées.
- Note et affiche les scores de la douleur et l'effet antalgique obtenu sur la feuille de surveillance post-opératoire du patient.

- Définit la nature et l'évolution de la douleur ainsi que le niveau de soulagement et d'analgésie pour les patients sous une technique d'analgésie locorégionale (Alr).
- Surveille le confort du patient et l'assure d'une surveillance attentive de son traitement antalgique.
- Note l'indice de satisfaction du patient sur le dossier de soins.
- Transmet les données recueillies au médecin anesthésiste concerné.

L'infirmier(ère) de salle de réveil lors de la transmission des données de soins , informe l'infirmier(ère) du service d'hospitalisation sur les différentes constantes de la douleur du patient, durant son passage en (Sspi). Il convient de respecter la règle, à savoir qu'un patient ne doit pas sortir de salle de réveil avec un score d'(Eva) supérieur à 3.



Annexe 4 (cf. feuille de surveillance).

L'infirmier(ère) et la douleur en chirurgie.

1 Recommandations pour l'organisation dans un service de soins.

Définir le rôle de l'infirmier(ère) face à la douleur dans le service de chirurgie !

L'infirmier(ère) de chirurgie participe à l'élaboration des protocoles explicatifs au sujet des techniques de soins relevant de son rôle propre.

L'infirmier(ère) de chirurgie respecte les prescriptions médicales et chirurgicales, écrites, datées et signées conformément aux derniers décrets sur la profession d'infirmier(ère) et aux recommandations sur la prise en charge de la douleur.

L'évaluation et le traitement de la douleur aiguë commencent en SSPI (Salle de Soins Post Interventionnelle) et se poursuivent dans le service.

L'infirmier(ère) doit intégrer dans la surveillance post-opératoire la prise en charge de la douleur, au même titre que la surveillance des autres constantes (Pouls, TA, Fréquence Respiratoire...). L'infirmier(ère) assure les premiers gestes de sécurité définis par le protocole présent dans chaque trousse associée à la pompe (Pca).

L'infirmier(ère) est responsable de l'organisation de la prise en charge de la douleur et dans sa mission de rôle propre :

- Utilise les échelles d'évaluation (Eva) et de sédation. Certaines échelles spécifiques soit à la personne âgée, soit à l'enfant peuvent être envisagées.
- Note et affiche les scores de la douleur et l'effet antalgique obtenu sur le dossier de soins du patient.
- Définit la nature et l'évolution de la douleur ainsi que le niveau de soulagement et d'analgésie pour les patients sous une technique d'analgésie loco-régionale (Alr).
- Surveille le confort du patient et l'assure d'une surveillance attentive de son traitement antalgique.
- Note l'indice de satisfaction du patient sur le dossier de soins.
- Transmet les données recueillies au chirurgien, au médecin anesthésiste lors des visites.

L'infirmier(ère) met en oeuvre un soutien psychologique, une relation d'aide et d'écoute conforme à son rôle propre et d'empathie thérapeutique en collaborant avec le patient et sa famille. Un soutien plus important peut être prescrit

L'infirmier(ère) et la douleur en pédiatrie et aux urgences.

1 Recommandations pour l'organisation dans un service de pédiatrie.

Face à la douleur d'un enfant, l'infirmier(ère) a le devoir de mettre en oeuvre les moyens mis à sa disposition, dans le cadre soit de son rôle propre ou sur prescription médicale.

Ainsi, l'infirmier(ère) participe à la surveillance clinique de l'enfant:

- Le recueil d'informations auprès des parents.
- L'évaluation régulière de la douleur par des méthodes adaptées à l'âge de l'enfant.
- La relation et l'aide psychologique apporté à l'enfant.
- L'établissement d'un diagnostic infirmier.

L'aspect relationnel.

La douleur de l'enfant que l'on n'a pas su identifier à temps, peut mettre en échec le traitement. Cette situation peut engendrer un rejet de l'enfant et par conséquent provoquer son isolement par faute de communication. L'infirmier(ère) doit être en mesure de décoder les mouvements caractéristiques, les excitations inhabituelles de l'enfant, le mutisme ou le refus de soins.

L'infirmier(ère) a une position primordiale dans l'approche de l'enfant, face à ses interrogations. Son professionnalisme, son expérience garantissent la prise en compte de la dignité de l'enfant à tous les stades de la maladie. C'est faire preuve d'empathie que de comprendre sa détresse, sa douleur, son ressenti et l'amener à se soulager à travers cette relation privilégiée.

L'infirmier(ère) se doit de croire à la plainte douloureuse de l'enfant !

Le rôle d'éducation.

C'est préparer l'enfant aux techniques de soins, de l'éduquer en vue d'un objectif de soins et de démystifier l'utilisation des morphiniques.

Le rôle de l'infirmier référent douleur dans une structure d'évaluation et de traitement de la douleur !

L'ergonomie d'une action transversale de soins.

1 Le rôle de l'infirmier référent douleur.

L'infirmier référent douleur doit développer une ergonomie transversale sur la douleur et la faire connaître auprès des cadres et des infirmières des services de soins.

La mise en place des protocoles anti-douleur dans les services. La formation du personnel infirmier(ère) avec la présence des aides soignants, sur l'évaluation de la douleur spécifique à chaque service.

La formation des infirmiers(ères) des services de chirurgie aux techniques de surveillance des analgésies par blocs tronculaires et à l'utilisation de la morphine en (Pca).

L'infirmier référent douleur assure la préparation et la programmation des pompes (Pca), utilisées dans les services de soins, à partir des prescriptions actualisées lors de la sortie des patients du services de réanimation (les pompes utilisées en réanimation ne doivent en aucun cas sortir de ce service). Il fait la visite quotidienne des opérés dans les services de chirurgie, les évalue et consigne les données des patients sur une fiche de recueil.

La participation à la réalisation d'enquête (1/an) sur l'indice de satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur dans les services de soins. L'information du patient sur la prise en charge de la douleur est obligatoire soit directement ou par l'intermédiaire du livret d'accueil.

On peut le joindre à l'appel de l'infirmière pour avoir un avis sur un patient douloureux (diagnostique infirmier), en cas d'urgence ou pour mettre en place un nouveau traitement antalgique, après avis médical. Il a un rôle d'intermédiaire sur la prise en charge de la douleur entre les infirmières des services et les médecins, les chirurgiens. Ainsi, il est à l'écoute du patient qui présente une douleur mal définie, le surveille et met tout en œuvre pour assurer un traitement en faisant intervenir les différents acteurs médicaux.

L'infirmier référent douleur doit prendre en compte toutes les recommandations pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur définies par les sociétés savantes. Il définit la mise en place d'un plan d'assurance qualité douleur avec l'aide du service qualité selon le « schéma organisationnel utilisant la méthodologie de l'assurance qualité avec mise en oeuvre de chaque étape du programme » (Conférence de Consensus 1997).

Etapes de l'organisation de la prise en charge de la douleur.

- Analyse des pratiques dans les services (audit initial).
- Rédaction de protocoles d'analgésie et de surveillance des antalgiques spécifique à chaque service.

- Plan de formations des infirmiers(ères) sur la douleur.
- Mise en place d'outils d'évaluation de la douleur (échelles d'évaluation).

- Repérer les effets indésirables des morphiniques.
- Feuille de prescription conforme à des pôles de services.

- Information systématique du patient.
- Consigner les résultats sur la douleur dans le dossier du patient.
- Contrôle du respect des procédures définies par les service de soins.

Après l'audit.

Les résultats doivent être connus de tous les soignants lors d'une réunion de service pour informer le personnel sur un point précis ou par information générale (type lettre infos douleur CHD, conseil de service, courrier).

Axes correctifs.

Envisager les mesures correctrices avec l'ensemble des personnels concernés, en insistant sur les points importants !

- Corriger par des réunions de groupe avec les infirmiers(es).

- Faire systématiquement une anticipation (prévoir pour chaque patient une prescription anticipée d'antalgique) selon les consensus.

- Définir les associations de morphiniques à préconiser dans chaque type de traitement.

- Définir les différentes posologie d'antalgique (tableau), par le comité du médicament

- Développer l'analgésie locorégionale pour les patients les plus douloureux.

- Evaluation régulière de la douleur des patients.

Commentaires.

On observe des améliorations dans le recueil des informations sur la douleur, dans l'utilisation des associations d'antalgiques et dans la généralisation de techniques d'analgésie locorégionale. Par contre, persistent des insuffisances sur la communication du savoir, l'information du patient, la conformité des prescriptions médicales.

La formation des infirmier(ères) est indispensable à l'organisation d'une prise en charge de la douleur, dans le cadre d'un programme d'assurance qualité douleur.

Les référents sur l'établissement!

La collaboration spécifique à la structure douleur.

Durant la période d'activité en anesthésie, l'infirmier référent douleur reste sous la responsabilité administrative et médicale du service d'anesthésie:

- 📄 -**Dr. LORRE Gilbert** (Anesthésiste, chef de service).
- 📄 -**Mr. BONNAUD Bernard** (Cadre de santé en anesthésie).
- 📄 -**Mr. AGRES Hugues** (Infirmier anesthésiste référent douleur).

L'infirmier référent douleur travail en collaboration avec les médecins, titulaires de la capacité ou du D.U.douleur, ayant une activité spécifique sur l'établissement:

Consultation de la douleur :

- 📄 -**Dr. BOURON Clément** (Anesthésiste, consultation douleur).
- 📄 -**Dr. PLUCHON Y-Marie** (Médecin, chef de service Samu/Smur, consultation douleur).
- 📄 -**Dr. BESCOND Bernard** (Psychiatre)
- 📄 -**Mr. LECOQ Bernard** (Psychologue, membre du Clud)

Praticiens hospitaliers attaché à la consultation douleur :

- 📄 -**Dr. VARIN Stéphane** (Rhumatologue)
- 📄 -**Dr. LEJEUNE Pascal** (Neurologue)
- 📄 -**Dr. MEDINGER Dominique** (Pédiatre)
- 📄 -**Dr. LELOUP Anne** (Médecin en rééducation fonctionnelle)

Unité mobile et service de soins palliatifs :

- 📄 -**Dr. PRIOU Laure** (Médecin, unité mobile de Soins palliatifs).
- 📄 -**Dr. TESSON Hubert** (Médecin, chef de service en soins palliatifs).

Le collège des psychologues :

- 📄 -**Mme. DAVIOT Julie** (Psychologue, membre du Clud)

Les médecins cités, membres du Clud, composent « *les référents médicaux de la douleur à l'hôpital* ». Cette disposition doit être proposée en concertation avec la direction des soins infirmiers, validée par le Clud et par la commission médicale du C.H.D.multisite.

Ce groupe de "*médecins référents*" sur la douleur sera accrédité par la commission médicale d'établissement pour donner les grandes orientations à prendre sur la douleur et piloter le travail de l'infirmier référent douleur, conformément aux recommandations.

Les moyens matériels.

L'unité de lieu, le bureau avec une ligne téléphonique et un ordinateur, ont été mis à disposition par le directeur de l'établissement du C.H.D. La Roche sur Yon.

La possibilité de joindre à tout moment l'infirmier référent douleur est effective depuis quelques années, au numéro de portable (2008).

La création d'un espace sur l'Intranet doit être envisagé pour permettre une meilleure communication des actions entreprise sur la prise en charge de la douleur.

Une formation professionnelle spécifique

Un plan annuel de formation spécifique à l'infirmier référent douleur doit être mis en place en concertation avec la formation permanente, avec un budget attribué à l'unité d'évaluation et de traitement de la douleur.


Formations à prévoir :

- Les quatre réunions régionales de l'association (Redo), où sont réunis les différents représentants de la douleur sur les Pays de la Loire.
- Le congrès annuel sur la douleur (Setd).

Dans le contexte actuel de la prise en charge de la douleur, en France, il est demandé le plus souvent un complément de formation des référents douleur dans les domaines des soins palliatifs, de l'hypnose et de l'acupuncture.

A noter :

Dans l'élaboration du processus de mise en place des responsabilités de l'infirmier référent douleur, il paraît important de bien le situer sur le plan professionnel. C'est une position nouvelle qui demande une réflexion sur son statut, face aux médecins et aux cadres des services de soins de l'établissement multisite.

 Annexe 5 (liste des membres de la consultation).

La collaboration avec les partenaires hospitaliers et extra-hospitaliers dans le cadre de l'évaluation et du traitement de la douleur !

Le développement des actions transversales. La collaboration avec les structures de soins à domicile. Le partenariat avec la structure de soins palliatifs.

La plainte douloureuse est un motif de consultation de première intention, en médecine générale. Les équipes de soignants (médecins, infirmiers et aides-soignants) doivent répondre à tous les aspects de sa prise en charge en tenant compte du retentissement psychosocial.

Le caractère subjectif et individuel de la douleur rend nécessaire une approche globale de la prise en charge. Ainsi, certaines douleurs chroniques nécessitent souvent la mobilisation de plusieurs avis.

L'organisation des soins à domicile (HAD où structure libérale) permet de mettre à la disposition des patients et de leurs familles, les moyens adéquats en matériel et en personnel formé pour assurer la continuité des soins lourds, habituellement mis en place à l'hôpital.

Le maintien à domicile n'est pas réalisable pour tous les malades douloureux. En effet, comme son entourage, le malade redoute la souffrance à domicile. Ceci peut expliquer le fait que le malade et sa famille craignent d'être seuls à assumer une situation difficile et tendent à privilégier l'hôpital. Le besoin d'être entouré par une équipe procure au patient en fin de vie le sentiment, d'être soutenus par une approche multidimensionnelle sur le plan physique, psychologique, affectif, social et spirituel.

Le principe d'une équipe mobile pluridisciplinaire.

C'est la solution la plus adaptée à la prise en charge globale du malade douloureux et de sa famille, dans le contexte de la fin de vie.

Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. L'objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Comme l'observait le **Docteur Henri DELBECQUE** dans son rapport intitulé " Les soins palliatifs et l'accompagnement des personnes en fin de vie " (janvier 1993, ministère de la santé et de l'action humanitaire), les unités mobiles présentent l'avantage de " ne pas prendre la place des autres soignants ", de " permettre la diffusion des idées et des pratiques de soins palliatifs dans toutes les équipes d'un établissement et, éventuellement, dans d'autres hôpitaux voisins et de " faciliter l'intégration des bénévoles ".

L'infirmier référent douleur peut apporter à la demande de l'équipe mobile de soins palliatifs une collaboration et un soutien technique dans le soin :

- La mise en place d'une pompe à morphine.
- L'association d'un traitement faisant appel aux techniques de l'analgésie locorégionale.
- La titration en morphine d'un patient très algique.

La formation des infirmiers(ères) peut-être envisagée à la demande de l'équipe sur l'utilisation et la surveillance des pompes à morphine (Pca), des dispositifs implantables soit par voie centrale, péridurale ou intratécale. La voie **centrale par cathéter implantable** est facilement entretenue à domicile par le personnel infirmier.

Les voies *péridurale, intratéchale et intra cérébro-ventriculaire* sont mises en place à l'hôpital ainsi que la titration. On privilégiera, l'administration continue sous la surveillance de l'infirmier(ère) et du médecin, à condition qu'ils aient été préalablement formés.

La performance des sociétés de location de matériel et des structures d'hospitalisation à domicile ne dispensent pas de la coopération avec l'hôpital d'origine.

Le principe d'un échange.

L'infirmier référent peut contribuer à développer la communication et les échanges entre les différentes structures médicalisées ou hospitalière de la Vendée.

Son rôle d'infirmier détaché à la prise en charge de la douleur au C.H.D. de la Roche sur Yon doit l'amener à participer à la recherche en soins (publications) et à l'enseignement (cours sur la douleur à l'IFSI).

Des réunions d'informations sur la douleur :

- Avec les sages-femmes libérales pour une approche commune de la gestion de la douleur en obstétrique (l'information des parturientes sur la péridurale obstétricale).
- Avec les associations d'usagers pour les informer sur les stratégies de prévention et de traitement de la douleur.
- Avec l'unité mobile de soins palliatifs à domicile.
- Avec les autres partenaires de santé pour améliorer l'information et la formation de l'ensemble des professionnels (médecins et infirmières libérales, kinésithérapeutes...).

La démarche qualité dans la démarche de soins hospitaliers dans le cadre de l'évaluation et du traitement de la douleur.

Le but est de s'inscrire dans une démarche qualité recommandée par le projet de soins infirmiers de l'établissement.

Le référentiel qualité (1994), fait appel aux méthodes visant à mobiliser le personnel de santé à la prise en charge de la douleur des patients.

- Officialisation de mise à disposition de personnel sur la douleur.
- L'accueil du patient, l'information (livret) donnée dans le service.
- L'évaluation systématique de la douleur (Eva, échelles...).
- L'écriture des constantes de la douleur, sur le dossier du patient.
- La formation du personnel sur la douleur.
- L'établissement de protocoles de traitement de la douleur, validés, évalués et accessibles à tous les services.
- Le suivi des patients en chirurgie à l'aide d'une feuille informatisée.
- L'analyse du vécu du personnel infirmier(ère).
- L'étude de la satisfaction des patients réalisée par une enquête annuel.

L'infirmier référent douleur a un rôle important dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur. En proposant une approche de soins basée sur la qualité face aux difficultés rencontrées par le personnel, le manque de temps, les habitudes de travail ou l'absence de documents écrits, l'infirmier référent douleur doit pouvoir valoriser son action pour l'amélioration des conditions de traitement de la douleur.

Le CLUD s'inscrit dans une démarche qualité.

Il n'a pas mission d'assurer directement la prise en charge de la douleur, c'est une instance de réflexion et de proposition sur la douleur.

Les missions sont :

- De proposer des orientations pour améliorer la qualité de la prise en charge de toutes les douleurs.
- De coordonner les actions visant à mieux organiser la prise en charge des douleurs.
- De valider les protocoles sur la douleur.
- D'aider au développement de la formation continue des personnels.
- De susciter le développement de plan d'action qualité (PAQ).

La mise à disposition des outils nécessaires à une bonne prise en charge de la douleur dans l'établissement.

Le développement des techniques d'évaluation pour une meilleure cohérence sur la prise en charge de certains catégories de patients.

Le but est de s'inscrire dans une démarche qualité recommandée par le projet de soins infirmiers de l'établissement.

La démarche d'évaluation d'un patient n'est pas toujours simple, compte tenu des composantes affectives, émotionnelles, cognitives et socio culturelles de la douleur.

L'infirmier(ère) doit s'appuyer sur des méthodes d'évaluation adaptées au contexte de l'urgence, de l'oncologie ou de la pédiatrie. Ces évaluations doivent se caractériser par une simplicité d'utilisation et une rapidité d'exécution adaptée au contexte spécifique des services.

Pour le patient communiquant :

C'est le principe de l'échelle visuelle analogique qui est le plus utilisé. Dans le cas de non voyant, on peut avoir recours à une échelle spécifique ou utiliser l'échelle numérique. L'enfant peut utiliser une échelles (Eva) adaptée à partir de trois ans sans problème.

Pour le patient non communiquant :

Il existe différentes méthodes d'hétéro évaluation utilisable par l'infirmier(ère), notamment en gériatrie (du type Doloplus 2, grille QDSA de St. Antoine...). L'enfant plus petit pourra utiliser la méthode des jetons dite poker chip, du dessin sur un schéma corporel, de la règle des visages ou de désigner simplement l'endroit douloureux.

Pour une évaluation des nouveaux nés, on aura la possibilité d'utiliser des grilles d'observation tel que (CHEOPS...), avec le soucis permanent de l'échange avec les parents sur la modification des comportements douloureux de l'enfant.

La conclusion.

Le développement des techniques d'évaluation et de traitement de la douleur pour une meilleure prise en charge du patient.

Dans un contexte évolutif où l'intérêt des pouvoirs publics pour la douleur se manifeste par les procédures d'accréditations ou d'identifications, l'hôpital doit être en mesure de se doter des moyens humains (médecins et infirmiers formés à la prise en charge de la douleur) pour une prise en charge de qualité du patient hospitalisé.

Cette démarche peut se révéler être le point fort de la prise en charge de la douleur sur l'établissement, si elle rassemble le maximum de bonnes volontés pour une collaboration active et constructive.

L'infirmier référent douleur, contribuera à développer la prise en charge de la douleur dans le respect des droits du patient et des textes ou des recommandations du collège national de la douleur. Dans le cadre d'une ergonomie transversale sur l'établissement, il aura la charge de développer l'information entre les différents acteurs oeuvrant pour la qualité des soins.

AGRES hugues.
Infirmier anesthésiste D.E.

Bibliographie.

Références.

Décret 2002-550 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, J.O. du 19 avril 2002.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22 septembre 1998, plan de lutte contre la douleur.

Circulaire DGS/DH n° 99-84 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 soignantes des établissements de santé et institutions médicales sociales.

American Pain Society, quality assurance standards for relief of acute pain and cancer pain, Bond M.R., Elsevier édition 1991.

L'analgésie contrôlée par le patient au CHD La Roche/Yon, Agrès H. 1994.

Chauvin M., recommandations de la conférence de consensus SFAR, prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant, Paris décembre 1997.

S.E.T.D., abstract 2000/2001, fusion de la SOFRED et de la SFD, méthodologie de mise en place d'un protocole douleur, Aubry M. – AP - HP Tenon.

S.E.T.D., abstract 2000/2001, les enquêtes de satisfactions patient, Le Gall. – Clinique La Sagesse, Rennes.

AP – HP de Paris, douleurs post-opératoire, recommandations. Paris, février 1996.

La douleur en pratique quotidienne, Serrie A., éd. Arnette 2002.

La lettre de l'infirmière et la douleur n°1 à 10, éd. Institut UPSA de la douleur.

Les soins palliatifs, réflexions et pratiques, Institut UPSA de la douleur, 1993.

Soulager la douleur, Queneau P., éd. O. Jacob 1998.

Les douleurs de l'enfant au quotidien, recommandations pratiques, E. Fournier-Charrière, AP – HP Le K. Bicêtre.

C.H.D. Vendée


C.H.La Roche sur Yon / C.H. Luçon / C.H. Montaigu.

L'infirmier référent douleur.

**Synthèse d'une activité quotidienne de l'infirmier référent douleur au
Centre Hospitalier Départemental de la Vendée.**

AGRES hugues.
Infirmier anesthésiste D.E.
Mars 2005

L'INFIRMIER REFERENT DOULEUR

 Synthèse d'une activité quotidienne.

La planification.

★ **En matinée.**

 **Transmission de l'Iade de garde en obstétrique.**

- Listing des opérés du jour et des patients sous protocole (Pca, Alr., Morphiniques).
- Listing des opérés de la veille ou du week-end.

L'infirmier référent douleur note les patients sur le tableau et /ou sur un classeur mis à la disposition des (Iade) dans le bureau d'anesthésie.

- Gestion des pompes (**PCA**).

L'anticipation des demandes médicales en pompes (Pca), la planification des besoins journaliers en matériel, les sorties des patients du service de réanimation.

- Présence en consultation de la douleur, le mercredi matin :
 - Pour assister les médecins sur le plan technique (blocs, électrostimulation...).
 - Pour le recueil de données et l'évaluation des douloureux chroniques...
 - Pour permettre de réaliser des enquêtes de satisfaction.
 - Pour informer les patients.

 **Visite dans les services de soins de chirurgie, de gynécologie, de pédiatrie.**

- Transmissions orales de l'infirmière du service.
- Transmissions écrites à partir du dossier de soins.
(cf. feuille de surveillance post-opératoire).
- Visite et évaluation du patient (E.V.A., E.N., Indice de satisfaction).

- Modification du traitement si besoin, sur prescription médicale du médecin anesthésiste du service (écrite, datée, signée).
- Récupération des données du patient sur la feuille individualisée et informatisée (cf. feuille de suivi post-opératoire).
- Inscription des données (ciblées) sur le dossier de soins infirmier.

↳ **Visite dans le service de maternité.**

- Recueil de la feuille de satisfaction des parturientes, lors d'enquête (cf. feuille de satisfaction patient).
- Visite et évaluation des patientes (césariennes).

↳ **Utilisation du MEOPA (Kalinox®) dans les services de médecine, de chirurgie, en consultation d'(ORL) et en Pédiatrie.**

- Gestion du matériel (Obus, chariot...)
Enregistrement des données à l'aide d'un logiciel de saisie spécifique.
- Matériovigilance en relation avec le pharmacien.
- L'administration est faite sur prescription médicale, par du personnel formé à la technique en respectant le protocole d'utilisation validé par le Clud (la présence du référent douleur est souhaitable le temps de l'apprentissage).

↳ **Travail de secrétariat.**

- Rentrer les données des patients sur informatique, les valider dans le but de préparer les études et les enquêtes (cf. programme exécuté sous Access).

★ **Dans l'après midi.**

↳ **Répondre aux besoins des services.**

Répondre aux demandes des services de soins en chirurgie, médecine, de réanimation et de salle de réveil. Aider les médecins anesthésistes dans le cadre d'une urgence ou d'une prise en charge spécifique d'un patient douloureux. Cette action n'est envisageable que dans le cas de la disponibilité de l'infirmier référent douleur.

- La possibilité d'être appelé par les médecins et infirmiers(ères) des services de soins (portable :2008).

Planification de l'organisation et de l'information.

- Permettre la réalisation des données d'évaluation à partir d'une saisie informatique dans les services.

Participer à la réflexion et à l'élaboration du programme informatique.

- Travail d'organisation dans les services:

Participer à l'écriture et à la diffusion des protocoles douleur avec lmes équipes des services de soins :

- Les soumettre à l'avis du Clud et des médecins des services concernés.
- Les présenter aux soignants des services de soins.
- Permettre la création d'un fichier de protocoles spécifiques à chaque type de soins, consultable sur l'Intranet.

La création d'une fiche technique validée par le Clud:

- Sur l'utilisation des pompes d'analgésie, avec le service d'anesthésie.
- Sur l'utilisation du Kalinox®, avec l'aide du pharmacien.

La mise en place d'une pratique commune en chirurgie:

- Présentation de la feuille de surveillance post-opératoire commune aux services de chirurgie (cf. feuille post-opératoire).
- Utilisation par l'infirmier(ère) d'un kit d'évaluation dans le cadre d'une harmonisation des pratique sur la prise en charge de la douleur.

L'amélioration de la fiche d'évaluation journalière informatisée :(cf. feuille de suivi post-opératoire).

Cette fiche permet de suivre le patient durant la période, dite douloureuse.

- Travail pédagogique:

La formation des infirmiers(ères) de chirurgie et de médecine sur l'évaluation de la douleur, les antalgiques et l'utilisation pratique de l'analgésie contrôlée par le patient(Pca).

La formation des aides soignants(es) de l'établissement sur l'évaluation de la douleur dans le cadre du rôle délégué par l'infirmier(ère).

Les cours et modules sur la douleur à l'(I.F.S.I.) du C.H.D, dans le cadre du plan de formation des étudiants.

L'aide à la réalisation et la correction des mémoires des étudiants sur le thème de la douleur.

■ L'information des parturientes (hebdomadaire):

Dans le cadre d'une visite des structures du bloc-obstétrical faite par la sage-femme libérale:

- Sur la technique d'analgésie péridurale, sa mise en place et ses modalités de surveillance (durée: 1h).

Dans le cadre d'un travail sur la douleur avec les puéricultrices du service de maternité:

- Sur l'évaluation de la douleur des parturientes durant la période post-partum.

■ La participation à la consultation douleur:

A la demande des médecins référents douleur:

- L'infirmier référent douleur participer aux activités de la consultation (informations, enquêtes, évaluations, techniques d'analgésie...).

■ Travail d'organisation dans le service d'anesthésie:

Le nettoyage et l'entretien du matériel (Pca).

La gestion du matériel:

- L'infirmier référent douleur donnera un avis, sur le choix des pompes (P.C.A.) à commander, en collaboration avec le service biomédical de l'établissement.

La participation à l'élaboration des protocoles anti-douleur en salle de réveil et l'élaboration de fiches techniques.

L'infirmier référent douleur doit assurer une surveillance constante des modalités de prise en charge de la douleur en salle de réveil (Sspi) et y établir une relation de confiance avec les infirmiers(ères).

☞ **Informations des patients.**

■ La visite des patients la veille de l'intervention, pour une information sur la technique d'analgésie (Pca).

■ La participation à la rédaction du livret d'accueil, pour la partie douleur.

■ La présentation du mode d'évaluation (réglette Eva).

La formation des infirmiers(ères) à l'information du patient dans le cadre de la douleur.

↳ *Transmissions à l'(IADE) de garde en obstétrique.*

■ Actualisation des données de transmission.

Les pompes (Pca) sont gérées par les infirmiers(ères) dans les services qui ont reçu l'information.

L' infirmier(ère) anesthésiste de garde (portable : 2175) peut intervenir à tout moment dans les services à la demande du médecin anesthésiste de garde, des infirmiers(ères) pour un conseil ou en cas d'urgence.

Annexe 1

Les textes officiels sur la prise en charge de la douleur.

Article 2 du décret 93-221 du 16 Février 1993, Relatif à l'exercice de la profession d'infirmier(e) dans le respect de la vie et de la personne humaine - Abrogé le 11 02 2002.

Article 1 du décret 93-345 du 15 Mars 1993, Relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e) – Abrogé le 11 02 2002.

Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994, relative au respect du corps humain.

Art. 3 : ...Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Décret n° 94.626 du 22 juillet 1994, relatif au rôle des aides-soignants dans les services de soins.

Art. : R 4311-4 - Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Circulaire DGS/DH n° 94/3 du 07 janvier 1994, relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

Circulaire DGS/DH n° 95/22 du 6 mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.
« La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation de tous les intervenants ».

Loi hospitalière du 4 février 1995.

(Obligation de moyens définie par le projet d'établissement).

Charte du patient hospitalisé (Annexée à la Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 06 Mai 1995, relative aux droits des patients hospitalisés.

Art. 36 : Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché.... »

Décret n° 95.1000 du Code de Déontologie Médicale - Article 37 / 38 - (06 septembre 1995).

«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».

Serment d'Hippocrate, « J'informerais les patients des décisions envisagées.... »

Rapport de l'ANDEM sur les structures d'évaluation et de traitement de la douleur en France - (Novembre 1995).

Article L 710-3-1 du Code de la santé Publique - (Loi 96-456 du 28 mai 1996).

Organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé.

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

Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale du 29 mai 1997 sur "L'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé"

Circulaire DGS / PS n° 97 / 412 du 30 Mai 1997, relative à l'application du décret 93-345 du 15 Mars 1993) relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier(e).

Recommandations ANAES, juin 1997 sur la tenue du dossier de soins infirmiers du malade à domicile.

Document d'orientation pour les établissements de santé, Informations hospitalières n° 47, décembre 1997 sur l'évaluation de la satisfaction des patients.

CLUD - Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (Collège national des médecins de la douleur) - Juin 1998.

Article L.1112-4 du Code de la santé publique (modifié par la Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs).

«les établissements de santé publics ou privés, et les établissements sociaux et médico-sociaux, mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L.6134-2.

Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionnés aux articles L.6114-1, L.6114-2 et L.6114-3

...Les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent passer convention entre eux pour assurer ces missions. Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes âgées».

Article L. 1112-2 du Code de la santé publique.

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

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

Circulaire DGS/DH N° 98/213 du 24 mars 1998, relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.

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

Circulaire DGS/DH/DAS/SQ2 n° 99 /84 du 11 février 1999, relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

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

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

Recommandations ANAES, février 1999 sur évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant de 1 à 15 ans.

Recommandations ANAES, mars 2000, recommandations aux médecins sur l'information des patients.

Recommandations ANAES, octobre 2000 sur la pratique clinique.

Recommandations ANAES, décembre 2000 sur évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.

Article L.1110-5 du Code de la santé publique (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

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

Guide d'orientation: Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé.

Annexe 2 :
Fiche 1 - L'information de la personne malade.
Fiche 2 - L'évaluation de l'intensité de la douleur.
Fiche 3 - Le traitement médicamenteux de la douleur.

Contrat d'engagement des établissements de santé, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

« La douleur n'est pas une fatalité, soulager la douleur de votre enfant c'est possible ».

« Dans cet établissement, nous nous engageons à prendre en charge votre douleur ».

Circulaire DGS/DSS-1-A/DHOS-O-F2 n°2001/649 du 31 décembre 2001, relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale.
Décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier - Abrogé le 29 07 2004.

Art. 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 ...

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

Art.7 : L'infirmier est habilité à entreprendre et adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.

Art.8 : ...injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;...

Art.15 : Le décret n° 816539 du 12 Mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret n° 93-345 du 15 Mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Article L. 1110-5 du code de la santé publique (Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

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

Notion de soins de Support, la définition des soins de support, inspirée du »**supportive care** » de Multinational association for supportive Care in Cancer 1990.

C'est l'ensemble des soins et du soutien nécessaire aux personnes malades parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long des maladies graves.

Circulaire DHOS/E2 n° 266 du 30 avril 2002 – 2° Plan Kouchner (relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé).

Programme national de lutte contre la douleur / DHOS / E2 /janvier 2004 1 (Etat d'avancement du programme national de lutte contre la douleur 2002 – 2005).

Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 (Relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

Plan douleur 2006-2010 (Le 3° plan douleur s'articule avec le plan cancer, le plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le plan

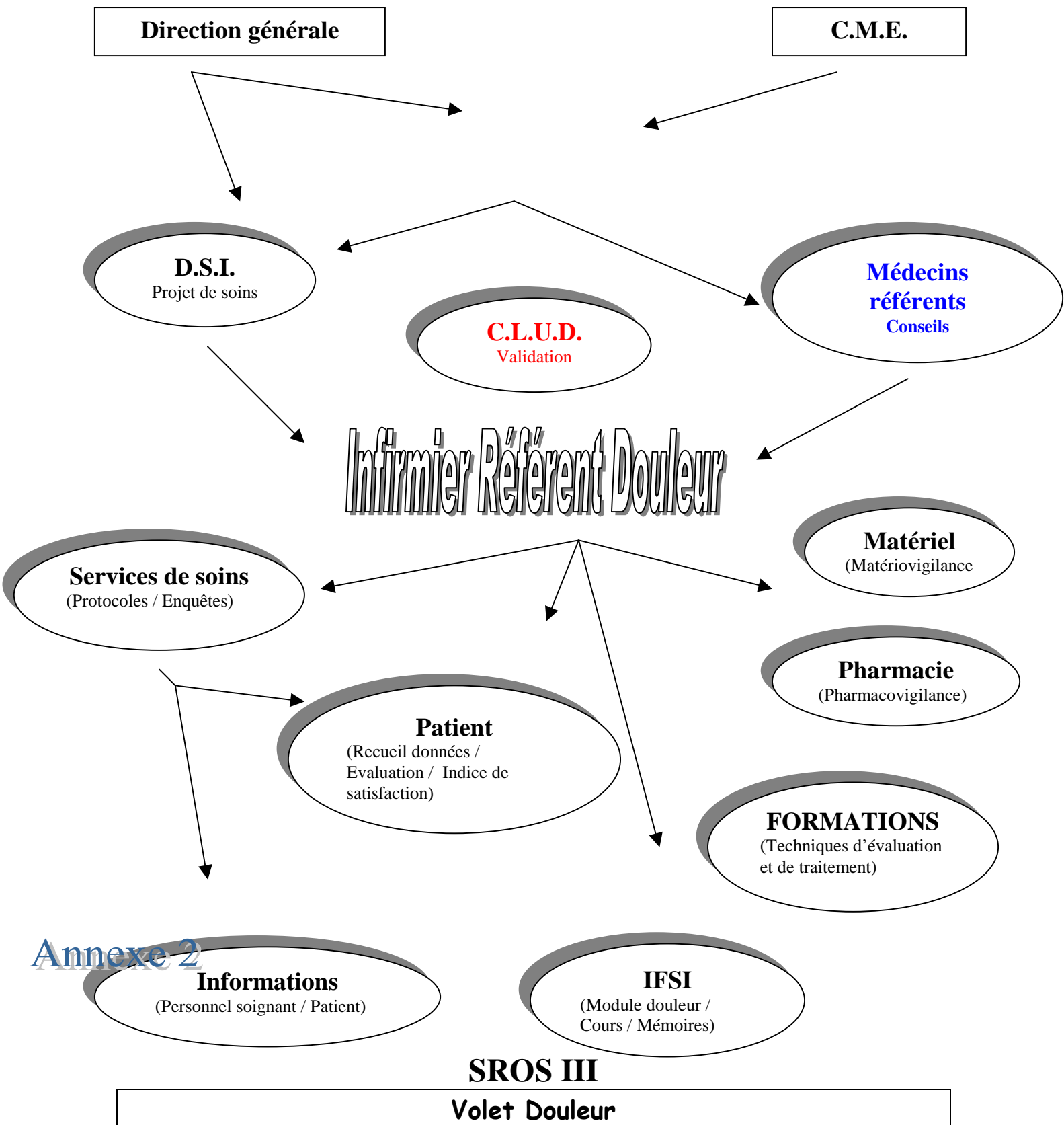
d'action des personnes atteintes de handicap complexe de grande dépendance et des personnes polyhandicapées).

AGRES hugues
IADE Référent douleur

L'organigramme de la douleur C.H.D.

Mr. AGRES hugues - Iade Référent douleur – C.H.D. 85 025 La Roche Sur Yon
Tél. : 02 51 44 64 44 – E-mail : hugues.agres@chd-vendee.fr

La Roche sur Yon / Luçon / Montaigu.



Annexe 2

Livre I

Introduction

La prise en charge systématique de la douleur aiguë était l'un des objectifs opérationnels du SROS de 2^{ème} génération. Les mesures prévues étaient les suivantes:

- **Prise en charge de la douleur aiguë post-opératoire et obstétricale ;**
- Prise en charge de la douleur aiguë survenant chez les patients hospitalisés et de la douleur provoquée par les soins ;
- Information et participation du patient (remise du carnet douleur, évaluation de la satisfaction dans le questionnaire de sortie)
- Formation des personnels (utilisation systématique des réglottes de mesure de la douleur par échelle visuelle analogique)
- Développement de l'utilisation des pompes à analgésie.

Il est certain que des progrès sont encore à accomplir : en effet, l'évaluation du SROS II a fait apparaître une traçabilité insuffisante de la cible douleur dans les dossiers des patients, des informations dispersées, signe d'un suivi difficile voire non réalisé. On peut noter également que sur 25 établissements régionaux étudiés par le biais du rapport d'accréditation (référence OPC 5b sur la prise en charge de la douleur) il y a eu 1 recommandation et 7 demandes d'amélioration.

Cependant, on peut considérer que la prise en charge de la douleur aiguë ou provoquée est relativement organisée dans les établissements de santé. Il reste maintenant à persévérer dans l'effort entrepris : les objectifs du SROS II restant d'actualité peuvent être poursuivis sans modification. On ne parlera donc dans la suite du document que de la douleur chronique.

1. Etat des lieux

1.1 *Morbidité - Epidémiologie*

1.1.1 *Douleur de l'adulte*

La douleur chronique constitue une priorité de santé publique : elle représente, en effet, la première cause d'arrêt de travail et d'invalidité chez le patient de moins de 45 ans. Elle a en outre des conséquences en termes médico-économiques pour la société, et sur le plan relationnel pour le patient et sa famille.

La prévalence de la douleur chronique dans la population générale varie entre 25 et 40%. Elle est définie comme une douleur évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient (Anaes 1999) ; elle inclut la douleur chronique rebelle, persistant après 6 mois de traitement bien conduit. Son origine est cancéreuse dans 20 à 30% des cas. Pour les 70 à 80 % restants, il s'agit essentiellement des céphalées, des pathologies ostéoarticulaires ou des douleurs neuropathiques.

Douleurs cancéreuses

La douleur est, parmi les autres symptômes retrouvés dans la maladie cancéreuse, le plus fréquent. Elle peut être présente dès le début de l'affection, chez 30 à 40% des patients, mais surtout au stade avancé de la maladie dans 60 à 90% des cas (phase palliative et phase de fin de vie). Elle peut être d'origine iatrogène pendant la phase de traitement du cancer (17% des cas). Enfin, les douleurs séquellaires constituent un motif de plus en plus fréquent de consultation.

Douleurs ostéoarticulaires

- ❖ La lombalgie constitue la plus importante cause d'incapacité et d'arrêt de travail en France (3.5 millions de journées par an représentant un coût de 1.4 milliard €), comme dans tous les pays industrialisés. La chronicité et l'invalidité sont le fait d'une minorité de patients (environ 10%) mais c'est sur eux que repose l'essentiel du poids socio-économique des lombalgies (80% des dépenses).
- ❖ Les syndromes fibromyalgiques et les TMS (troubles musculo squelettiques) sont fréquents puisqu'ils touchent 600 000 personnes en

France, atteignant ainsi 2 % de la population générale, avec une forte prédominance féminine (80 % de femmes). Ils surviennent entre 30 et 50 ans. Ces syndromes sont volontiers caractérisés par leur caractère rebelle aux traitements habituels, notamment aux antalgiques et anti-inflammatoires.

- ❖ Le Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) regroupe les anciens termes de causalgie et algodystrophie. Il est souvent post chirurgical ou post traumatique mais peut aussi accompagner des pathologies médicales (osseuses, cancéreuses...). Son incidence est d'environ 5.5 / 100 000 (chiffres US).

Douleurs neuropathiques

Elles sont d'étiologies et de topographies variées. Elles peuvent être d'origine périphérique : post-chirurgicale ou traumatique, médicale (chimiothérapie) métabolique (diabète), toxique (arsenic, thallium..), virale (zona, HIV), ou d'origine centrale : paraplégies, accident vasculaire cérébral (syndrome thalamique), sclérose en plaques, syringomyélie, associées alors à un handicap.

Une enquête de la DHOS en 2005 a établi que 62% des consultations dans les structures de lutte contre la douleur appartiennent à cette catégorie. Il faut y ajouter les névralgies pudendales ou syndrome d'Alcock méconnues et insuffisamment traitées mais pour lesquelles il existe à Nantes un centre de référence (400 nouveaux cas par an).

Céphalées chroniques

Les céphalées chroniques sont mal connues mais fréquentes. Elles comprennent notamment les migraines qui représentent 15 à 18% des céphalées chroniques. La prévalence des migraines est estimée à 12% ; elles sont souvent insuffisamment diagnostiquées et traitées, pouvant être invalidantes au moment des crises et responsables d'abus médicamenteux.

La prise en charge médicamenteuse est bien codifiée (recommandations HAS/Anaes), mais 25% des migraines sont rebelles au traitement classique bien conduit, et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire.

1.1.2 Douleur de l'enfant

Chez l'enfant, la définition de la douleur chronique diffère de celle de l'adulte. En effet, l'expérience douloureuse n'est pas vécue de la même façon, son impact est beaucoup plus important chez l'enfant et il n'est pas nécessaire d'attendre plusieurs mois avant de considérer qu'une douleur a un retentissement

majeur sur le comportement. Cependant toutes ces douleurs ne nécessitent pas une prise en charge dans une structure spécialisée.

La fréquence de la douleur chronique est sous estimée chez l'enfant et l'on retrouve des étiologies similaires à celles de l'adulte. Les plus fréquentes sont les céphalées et les douleurs abdominales.

La douleur cancéreuse concerne 20 à 30% des enfants présentant une tumeur solide.

La prévalence de la fibromyalgie est d'environ 1.3%, celle des autres douleurs musculo-squelettiques de 7.5% chez les pré adolescents.

La lombalgie chronique existe chez 8% des enfants en moyenne, sa prévalence variant avec l'âge.

La prévalence de la migraine est de 5% et 2% des enfants présentent des migraines abdominales.

Il faut rappeler la grande fréquence des douleurs chroniques chez les enfants handicapés.

Plusieurs enquêtes ont rapporté que 25% à 30% des enfants déclarent une douleur durant plus de 3 mois. Il convient de noter que l'on ne dispose pas de données épidémiologiques régionales mais que la prévalence varie probablement peu d'une région à l'autre et que ces chiffres sont applicables aux Pays de Loire.

1.2 Démographie des professionnels ; modalités et structures de prise en charge chez l'adulte

1.2.1 Organisation de la prise en charge de la douleur chronique

- **Les structures hospitalières**

a- Consultations, unités et centres

Les structures identifiées de prise en charge de la douleur ont été créées pour prendre en charge les douleurs chroniques rebelles à la prise en charge ambulatoire bien conduite. Elles constituent des structures de recours pour les professionnels de santé. Elles sont classées en trois niveaux, définis par des textes réglementaires (circulaire DGS du 4 février 1998). Ainsi on distingue :

- Les Consultations Pluridisciplinaires (niveau I), maillon de base de la prise en charge, implantées au sein des établissements de santé publics ou privés et permettant une approche globale. Ces structures doivent regrouper au moins 3 médecins (2 somaticiens de spécialités différentes et 1 psychiatre) et elles sont placées sous la responsabilité d'un médecin algologue.

- Les Unités (niveau II) doivent comporter ou avoir à disposition des lits ou places d'hospitalisation et disposer d'un accès à un plateau technique.
- Les Centres (niveau III) doivent être situés au sein d'un CHU. En plus de la prise en charge des patients douloureux, ils ont des missions d'enseignement et de recherche portant sur des thématiques douleur.

Dans la région des Pays de la Loire, il existe :

- 4 consultations (CH La Roche/Yon, CAC René Gauducheau, CH Château-Gontier et Clinique de l'Anjou). Sur ces 4 structures, 1 est labellisée (Château-Gontier) et 1 est en cours de labellisation (la Roche/Yon)
- 4 unités (le CH avec le CMCM au Mans, la clinique Catherine de Sienne, le CHU Angers, et la clinique Brétéché)
- 1 centre (CHU Nantes)

STRUCTURES DE PRISE DE CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Données déclaratives

Enquête SFETD juin 2006

	Type de structure	Année de création Labellisation	Lits dédiés*	Délai moyen de RV	Urgences	Population	CLUD	Equipe mobile
La Roche/Yon	Consultation	1991 En cours	Oui	30 j	Oui	Adultes 99% Enfants 1%	Oui	Oui
CHU Angers	Unité	1988 Oui	Non	90 j	Oui		Oui	Non
CHU Nantes	Centre	1980 Oui	Oui	90 j	Oui	Adultes 95% Ados 5%	Oui	Oui
CH/CMCM Le Mans	Unité	1998 Oui	Oui	90 j	Oui	Adultes et PA	Oui	Oui
Château-Gontier	Consultation	1994 Oui	Oui	40 j	Oui	Adultes 70% PA 30%	Oui	Oui
Clinique de l'Anjou	Consultation	2004 Non	Non	20 j	Non	Adultes 80% PA 20%	Oui	Non
C. C de Sienne	Unité	2003 Oui	Oui	60 j	Oui	Adultes 79% Enfants 1% PA 20 %	Oui	Non
C. Brétéché	Unité	1996 Oui	Oui	1 à 90 j	Oui	Adultes 94% Enfants 6%	Oui	En cours
CAC Gauducheau	Consultation	1997 Non	Oui	10 j	Oui	Adultes 70% PA 30%	Oui	En cours

* Les unités n'ayant pas de lits d'hospitalisation dédiés ont des lits mis à disposition

On peut y ajouter une consultation gériatrique (Hôpital Bellier) et une consultation céphalées (CHU Nantes)

L'ensemble de ces structures totaliserait 52 lits d'hospitalisation dédiés, selon les données déclaratives recueillies.

b- les CLUD

Les CLUD (Comités de lutte contre la douleur) sont des instances pluridisciplinaires dont l'existence dans les établissements de santé n'est pas obligatoire mais recommandée. Ils n'ont pas pour mission d'assurer directement la prise en charge de la douleur mais ils constituent des centres de réflexion et de proposition appelés à travailler en collaboration effective et permanente avec la direction de l'établissement et la CME ainsi qu'avec les services cliniques, la pharmacie et les services administratifs et techniques.

c- Autres structures hospitalières

Il faut citer l'existence d'équipes mobiles douleur capables d'intervenir en dehors de la structure dans laquelle elles sont basées. Trois établissements déclarent l'existence d'une équipe mobile en Pays de la Loire (La Roche/Yon, Nantes et Château-Gontier); elles travaillent actuellement en dehors de la structure mais en intra hospitalier; 2 sont en cours de création (CAC Gauducheau et Clinique Brétéché) qui interviendront en intra et extra hospitalier.

- Les réseaux

Il existe 3 réseaux dans la région des Pays de la Loire et 1 est en projet:

- Le réseau Douleur Sarthe (ville-hôpital), opérationnel depuis septembre 2004. Il remplit des missions d'information, de soins (9 sites de consultations) et de prévention. Il coopère activement avec les associations d'usagers (ateliers d'activité pour patients douloureux)

Il traite en moyenne 40 appels / semaine (patients et médecins). Il associe 59 professionnels libéraux dont 37 médecins généralistes, 6 spécialistes, 5 kinésithérapeutes et 11 IDE (données 2005). Tous les établissements publics, privés, PSPH du département sont adhérents au réseau.

- Le réseau Douleur 44 (ville-hôpital). Mis en place en 2005 il est opérationnel depuis mars 2006. Il regroupait 7 professionnels au 15/10/2005 dont 3 médecins algologues et 10 établissements sont membres du réseau. En juin 2006, on comptait une quarantaine de patients pris en charge.

- Le réseau « Mission Lombalgie Emploi - Lombaction » créé en 2001 est une structure régionale, dont l'objectif est de prendre en charge des salariés lombalgiques afin d'éviter la chronicisation de leur pathologie et de maintenir leur emploi s'ils sont menacés d'exclusion professionnelle. Le budget de l'année 2006 prévoit la prise en charge de 250 patients.

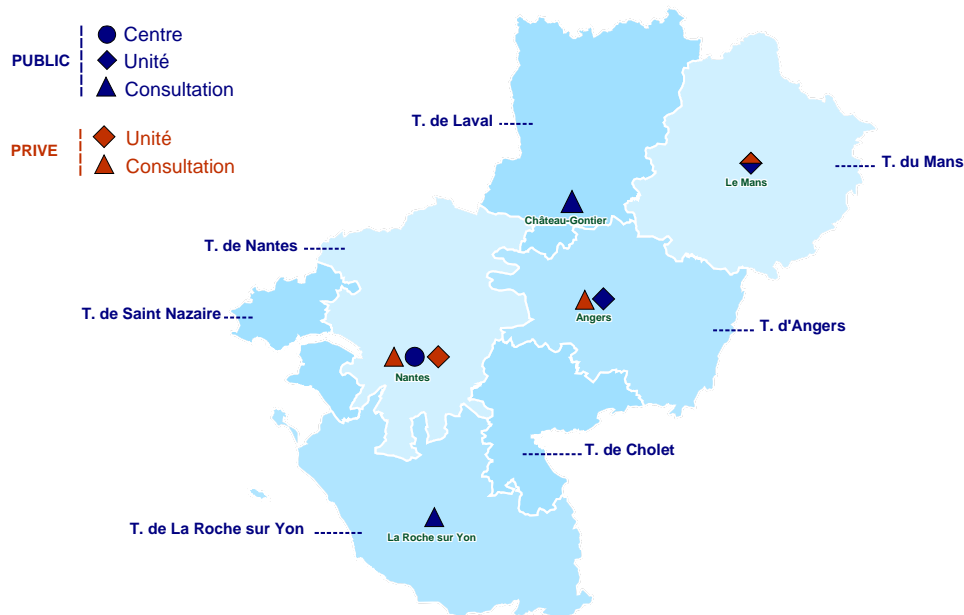
- Le réseau DOLOPL (Réseau régional inter CH de prise en charge de la douleur et des soins de support de l'enfant et de l'adolescent) a initié une procédure d'autorisation et le dossier sera soumis à l'avis du Comité Régional des Réseaux à l'automne 2006.

1.2.2 l'organisation des professionnels en région Pays de la Loire

La grande majorité des professionnels spécialisés dans la prise en charge de la douleur adhèrent au REDO (Réseau Douleur de l'Ouest), association loi de 1901 existant depuis 2000, regroupant des professionnels de Bretagne et Pays de la Loire.

D'autre part, ils appartiennent à la société savante nationale, la SFETD .

1.2.3 Cartographie de l'état des lieux



1.2.4 Au total

Une enquête nationale réalisée en 2004 a montré que 80% des médecins français n'avaient pas reçu de formation adaptée à la prise en charge des patients douloureux (le module transversal « douleur – soins palliatifs » n'a débuté en faculté de médecine qu'en 2001).

Par ailleurs un faible nombre de professionnels sont spécialisés dans la prise en charge de la douleur (algologues) : les forces médicales en présence sont donc extrêmement

faibles dans la région : ainsi, la population estimée concernée par la douleur chronique étant - selon les dernières études européennes - évaluée à 15% de la population, on peut calculer un ratio de 2 ETP de praticiens algologues pour 100 000 patients dans la région (soit un total de 10.5 ETP praticiens). Par comparaison, les pathologies digestives, qui concernent 17% de la population, présentent un ratio de 25 spécialistes médicaux pour 100 000 personnes atteintes.

La prise en charge de la douleur chronique est donc en état d'extrême fragilité dans la région : Elle repose :

- dans les établissements publics sur des équipes très insuffisantes, ne pouvant faire face à l'ensemble des demandes ;
 - à Nantes seulement, sur des équipes du privé plus étoffées et donc plus solides
- Pourtant, les structures spécifiques constituent le seul lieu de prise en charge adéquat de la douleur chronique, l'aspect pluridisciplinaire étant indispensable pour proposer aux patients le panel complet des traitements possibles.

Personnel des structures de prise en charge de la douleur chronique juin 2006

	Personnel médical (ETP)	Médecin algologue
PUBLIC		
La Roche/Yon	0.5	3 (0.4 ETP)
Angers	0.25	1 (0.1 ETP)
Nantes	2.8	3 (2 ETP)
Le Mans	1.55	2 (1 ETP)
Château-Gontier	0.9	1 (0.3 ETP)
Total		10 (3.8 ETP)
PRIVE		
Clinique de l'Anjou	0.55	3 (0.55 ETP)
C. C de Sienne	3.2	3 (3 ETP)
C. Brétéché	3.7	3 (2.5 ETP)
CAC Gauducheau	0.4	1 (0.4 ETP)
CMCM Le Mans	0.4	2 (0.4 ETP)
Total		12 (6.85 ETP)

1.3 Démographie des professionnels, modalités et structures de prise en charge chez l'enfant

Il n'y avait au 30 juin 2006 aucune équipe dédiée, prenant en charge la douleur chronique chez l'enfant. Il existe seulement un site de consultation à Nantes à la clinique Brétéché où la pédiatrie représente 6% de l'activité. La consultation du Mans (301 consultations en 2004 dont 77 nouveaux patients) a été supprimée au cours de l'année 2005.

1.4 Activité

Selon l'enquête de la SFETD, on a recensé, en 2006, 15 230 consultations de patients externes dans les structures de prise en charge de la douleur chronique (hors Bellier et consultation migraine) et 3661 nouveaux patients (hors Brétéché).

Ces consultations en Pays de la Loire se répartissent de la façon suivante (hors Bellier et consultations spécialisées : céphalées et cancérologie)

Cancers : 7 %	Neuropathies : 19 %
SRDC : 20 %	Céphalées : 7.5 %
Lombalgies : 16 %	Fibromyalgies et TMS: 23 %
Autres : 7.5 %	

Activité des structures de prise en charge de la douleur chronique Données déclaratives

	Nb de cs patients externes	Nb de cs patients hospitalisés	Nouveaux patients 2005	Etiologies (en %)						
				Cancer	Neuropathie	SDRC	Céphalée	Lombalgie	Fibromyalgie	Autres
PUBLIC										
La Roche/Yon	644	85	516	10	30	10	10	30	10	
Angers	1160	27	214	0	25	10	15	25	25	
Nantes	1408	152	500	1	15	2	12	40	30	
Le Mans	1407	234	240	15	21	8	13	18	20	5
Château-Gontier	767	410	186	5	20	30	5	10	30	
PRIVE										
Clinique de l'Anjou	227	32	94	7	25	25	15	25	3	
C. C de Sienne	4000	800	1646	10	15	20	5	10	20	20
C. Brétéché	4200			5	20	30	5	10	25	5
CAC Gauducheau	794		220	100						
CMCM Le Mans	623	29	45	5	27	25	5	15	23	

2. Problématique - Enjeux

L'état des lieux démontre une carence manifeste en termes de structures de prise en charge et en terme de personnels spécialisés ou dédiés.

Dans le domaine pédiatrique, la situation est particulièrement préoccupante et le problème comporte 2 aspects :

Un aspect quantitatif avec une carence avérée en professionnels spécialisés

Un aspect qualitatif concernant la non prise de conscience de la nécessité de traiter certaines douleurs : la douleur cancéreuse et celle des maladies rares sont relativement bien prises en charge. En revanche, les douleurs bénignes (migraines, douleurs rhumatismales...) et les douleurs des enfants handicapés ne sont pas adressées aux spécialistes pour avis et traitement.

Par ailleurs, il existe un déséquilibre territorial et un déséquilibre entre petits et gros établissements. Enfin, en ce qui concerne les réseaux, l'évaluation du SROS II a fait apparaître la conclusion suivante : "la mise en place de réseaux douleur a été rapide et épuisante pour les professionnels référents dont la motivation apparaît en chute libre"...

- ❖ Dans un tel contexte, l'enjeu majeur est d'abord d'éviter la désagrégation de l'existant c'est-à-dire d'aider les structures en place à se maintenir et à se développer. L'aspect multidisciplinaire indispensable à la prise en charge des douloureux chroniques, ainsi que l'importance quantitative et l'augmentation des demandes nécessitent d'étoffer les équipes en ressources humaines et en compétences.
- ❖ L'impact médico-économique de la douleur chronique nécessite une meilleure efficacité et une meilleure efficience de la prise en charge. La sensibilisation des patients et des médecins, en amont des équipes dédiées, doit permettre d'éviter le passage à la chronicisation grâce à une

prise en charge précoce. Les soignants doivent donner la priorité à la réinsertion professionnelle des patients, ceci afin de limiter des arrêts de travail prolongés inutiles et néfastes, la surconsommation médicale (traitements inadéquats et examens complémentaires inutiles) et l'accroissement de l'invalidité. En particulier, les douleurs chroniques bénignes aboutissant souvent à un abus de médicaments, mal adaptées et inefficaces, génératrices de dépendance (morphiniques forts, benzodiazépines, somnifères)

- ❖ La lutte contre la iatrogénie constitue également une problématique majeure, car elle contribue fortement à la pérennisation de la pathologie et à la désinsertion socioprofessionnelle. Le rôle de l'algologue est souvent l'arrêt de traitements inadéquats.
- ❖ En ce qui concerne le cancer, il faut bien distinguer la problématique de la douleur de celle des soins palliatifs car la douleur existe tout au long de la maladie cancéreuse, y compris chez les patients guéris, et pas seulement en fin de vie. Il est donc indispensable d'individualiser une prise en charge spécifique de la douleur chez le cancéreux, même si des liens doivent bien sûr être établis entre les différents aspects de la prise en charge de ces patients.
- ❖ D'autre part, en l'état actuel de la nomenclature, il est difficile de motiver les établissements pour qu'ils mettent en œuvre les moyens permettant de répondre aux besoins. Ce point devrait, cependant, évoluer car le plan national d'amélioration de prise en charge de la douleur a permis de valoriser la prise en charge en hospitalisation par la création d'un GHS « douleur chronique rebelle » (Mesure 21). Toutefois pour les patients non hospitalisés, qui sont les plus nombreux, la revalorisation de la consultation d'algologie et de la consultation pluridisciplinaire est en cours de réflexion. Le risque actuel est de voir se multiplier de façon abusive l'utilisation de techniques antalgiques invasives au détriment des protocoles recommandés et validés (référentiels SFETD et ANAES). On est enfin confronté à l'absence de remboursement des thérapeutiques non médicamenteuses.

Livre II

Le SROS s'articule avec le Plan national douleur 2006-2010 qui fixe 4 priorités : prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants et personnes âgées), formation des professionnels, meilleure utilisation des traitements et structuration de la filière de soins. Elles sont déclinées en 10 objectifs et 25 mesures. Certaines concernent le niveau national, d'autres doivent être mises en œuvre par les régions ; ces dernières sont intégrées aux mesures opérationnelles présentées ci-dessous.

Le SROS s'articule également avec le PRSP qui intègre des mesures d'amélioration de la prise en charge de la douleur dans ses axes « bien naître » et « bien grandir ».

Objectifs et mesures opérationnelles

Les mesures opérationnelles du SROS douleur s'articulent autour de 3 objectifs stratégiques :

- ✓ **Objectif 1 : Prévenir le passage à la chronicité** des patients douloureux grâce au dépistage et au traitement précoce, ce qui passe par la sensibilisation et la formation des professionnels concernés :

Mesures opérationnelles : il s'agit des missions des réseaux de santé et du réseau régional de coordination (REDO), incluant :

- Formation des professionnels au dépistage et à la prise en charge précoce de la douleur, avec une attention particulière portée aux populations vulnérables (enfants et personnes âgées).
- Sensibilisation des patients, des familles et des soignants ; travail de fond sur un changement de mentalité face à la douleur chronique pour qu'elles soit prise en charge de façon adaptée : information et plan de communication.
- Diffusion de tous les documents, outils et recommandations de bonne pratique élaborées par l' HAS, la SEFTD ou autres sociétés savantes.

Afin de mener à bien ces missions, il est recommandé que le REDO se constitue en réseau de santé au titre des décrets des 25 octobre et 17 décembre 2002.

- ✓ **Objectif 2 : Optimiser l'accès aux soins des patients** douloureux chroniques : il faut pour cela développer l'existant et créer des structures là où elles font défaut

Mesures opérationnelles :

- Mise en place d'une structure pluridisciplinaire par territoire de recours
- Renforcement des structures existantes ;
- Mise en place de 3 consultations pluridisciplinaires d'algologie pédiatrique dans la région ;
- Présence d'un médecin algologue pédiatrique 1 journée par semaine dans chaque territoire de recours ;
- Identification ou création d'une équipe mobile interne et externe par territoire de recours, intégrée au réseau douleur lorsqu'il existe;

- ✓ **Objectif 3 : Coordonner les prises en charge** par la mise en œuvre de filières de soins.

Cette coordination doit permettre aussi un repérage des patients pour une orientation adéquate et une amélioration de la réactivité des réseaux

Mesures opérationnelles : Renforcement des réseaux : il convient que toutes les structures soient intégrées dans un réseau.

- Identification des personnes ressources accessibles aux professionnels de santé
- Organisation de la collaboration entre réseaux douleur et réseaux de spécialité : il faut favoriser la communication pour diffuser l'information et élaborer des protocoles partagés de prise en charge : rôle du REDO et des réseaux de soins.
- Identification d'un correspondant régional assurant notamment le lien entre la région et les instances nationales.

ANNEXE

Territoire régional

		Implantations
Douleur	Réseau douleur	1 réseau régional de coordination (REDO)
	Structures de prise en charge niveau 3 (centre)	1 site : Nantes (1)
	Consultation pluridisciplinaire algologie pédiatrique	3 sites : Nantes (1) Angers (1) Le Mans (1)

Territoires de recours

		Implantations
Douleur	Structures pluridisciplinaires	1 par territoire Territoire de Nantes (1) Territoire de Cholet (1) Territoire d'Angers (1) Territoire de Laval (1) Territoire de St Nazaire (1) Territoire du Mans (1) Territoire de La Roche (1)
	Equipe mobile interne et externe	1 par territoire Territoire de Nantes (1) Territoire de Cholet (1) Territoire d'Angers (1) Territoire de Laval (1) Territoire de St Nazaire (1) Territoire du Mans (1) Territoire de La Roche (1)
	Consultation de médecin algologue pédiatrique 1 j/semaine	1 par territoire Territoire de Nantes (1) Territoire de Cholet (1) Territoire d'Angers (1) Territoire de Laval (1) Territoire de St Nazaire (1) Territoire du Mans (1) Territoire de La Roche (1)

SROS III douleur – 20/09/06