

Le CLUD au C.H. G.Mazurelle

Bref Historique :

A la demande **d'infirmiers de Géronto psychiatrie**, confrontés de façon quasi quotidienne à la douleur des patients âgés, plutôt insatisfaits des réponses qu'ils proposent et à la recherche de moyens adaptés tant dans l'évaluation que dans la prise en compte de cette douleur, nous créons en **2001**, sous l'égide de la Direction des Soins, une **Commission Douleur** (appel à candidature par note d'info de la DSSI en date du 14/05/2001)

La mission confiée au groupe de travail consiste en l'élaboration d'un protocole pour la prise en charge de la douleur.

12 soignants volontaires composeront cette commission, tous sensibilisés dans leur pratique et/ou lors de formations à la problématique de la douleur.

1^{ère} action en juin 2001 : réalisation d'un état des lieux à l'aide d'un questionnaire d'enquête adressé à tous les services de soins de l'établissement.

- + de 50% de retour
- les outils d'évaluation ne sont pas connus et donc pas utilisés
- l'observation d'un changement de comportement chez le patient est décrit comme le principal indicateur de la présence douloureuse
- la nécessité d'un travail collégial n'est pas toujours comprise
- l'absence de propositions de formations autour de la douleur, pas dans les priorités
- interrogation autour du concept « douleur » : physique ? morale ? psychique ?

Ce travail de réflexion autour de la douleur a aussi fait partie des préoccupations des membres de la commission. Nous avons choisi d'utiliser **le simple vocable douleur** sans autre caractéristique, en s'appuyant sur le fait que **même si l'expression de la douleur est souvent physique, elle n'est pas nécessairement somatique, surtout en psychiatrie ; le patient est un tout indissociable, une personne qui souffre.**

2^{ème} action en fin d'année 2001 : réalisation d'une fiche de recueil de données visant à une meilleure identification de la douleur et à un traitement efficace.

Cet outil n'a pas vraiment fonctionné, trop complexe, redondant avec d'autres outils de recueil et de transmissions, peu relayé dans les unités.

Janvier 2002 : rencontre d'experts, Médecins de la consultation douleur du CHD.

Mi 2002 : sur leurs conseils, proposition de constitution d'un CLUD :

- dimension institutionnelle du travail et reconnaissance interne
- articulation possible avec l'extérieur

Fin 2002 : proposition de transformation en CLUD, en référence au programme 2002-2005 du Ministère.

Avril 2003 : validation en CME

Appel à candidature

19 juin 2003 : 1^{ère} réunion du CLUD, et depuis cette date :

- élaboration du règlement intérieur (nouvelle composition proposée donc nouvel appel à candidature envisageable)

- détermination de la politique de lutte contre la douleur (travail en cours)
 - principes fondamentaux
 - programme d'actions

aujourd'hui :

Nous travaillons sur la détermination des axes de la politique de soins de lutte contre la douleur au Centre Hospitalier Georges Mazurelle.

Les principes de cette politique reposent sur les droits du patient hospitalisé et sur la charte de l'utilisateur en santé mentale :

• *« Au cours de ces traitements et 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 propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille, et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement, en application de la loi n°95-116 du 4 février 1995. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques permet d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, une réponse aux douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants, des adultes ou des personnes en fin de vie. »*

• *« La prise en compte de la dimension douloureuse, « physique et psychologique » des usagers en santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants. »*

Ils reposent aussi sur une conception de la douleur et sur des modes d'actions :

Une conception de la douleur où nous avons choisi de ne pas systématiquement différencier douleur physique et douleur psychique. Une approche plus globale nous a semblé mieux refléter les réalités cliniques auxquelles nous sommes confrontés.

Chez les patients qui ne parlent pas, chez les tous jeunes enfants, chez les enfants autistes, on parle d'ailleurs d'angoisses corporelles

Je me souviens de Gérard :. Quand il se cogne c'est la panique. Il secoue alors le pied ou la main, l'endroit du corps qui lui fait mal, comme s'il voulait s'en débarrasser. Il refuse tout contact et nous repousse quand nous nous approchons pour le reconforter. Le plus petit bobo l'inquiète, la perspective d'une éventuelle douleur est insupportable.

Killian lui est en colère quand il se fait mal. C'est du moins l'impression qu'il donne car il frappe violemment le membre douloureux comme s'il ne lui appartenait plus.

Plus sur le registre de la dépression, Jeremy, 12 ans, a les lèvres abîmées par le froid. Il entretient ses blessures alors qu'il a tout le nécessaire pour se soigner. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois une fois sa violence interne apaisée, une fois établie un peu de confiance entre lui et nous, qu'il peut accepter les soins, nous faire part de ses bobos, petits et grands, au corps, mais pas seulement.

Avec lui il nous a fallu être patient, il nous a fallu supporter de le voir se faire mal avant qu'il accepte les soins proposés.

Au sein du CLUD, nous avons pourtant choisi de retenir le principe de traiter au plus tôt même si en santé mentale ça ne veut pas dire nécessairement tout de suite ou même rapidement. Mais traiter au plus tôt, c'est avoir permis au patient d'exprimer sa douleur, de l'avoir entendu, de pouvoir l'évaluer, de lui proposer des solutions, et de lui permettre de choisir de ne plus avoir mal.

Avec un préalable, celui de la prise de conscience des douleurs provoquées par des soins aussi quotidiens que la toilette, par exemple, par des gestes, des mots agressifs en réponse à des comportements de patients parfois insupportables.

Ce principe de prévention doit être une **priorité**.

"Ne plus avoir mal, ou avoir moins mal c'est possible" c'est le message que nous devons transmettre au patient que nous accueillons. Il s'agit donc de l'informer **systématiquement à son arrivée.**

La communication, l'information, l'échange (Le « parlons-en ») tant avec le patient qu'entre professionnels, sont aussi des principes fondamentaux.

Pour mener à bien cette politique, il nous faudra nous **associer, lutter ensemble**, et pour bien agir, **acquérir des connaissances** par les **formations** entre autre, et nous **revoir** pour **continuer à échanger.....**