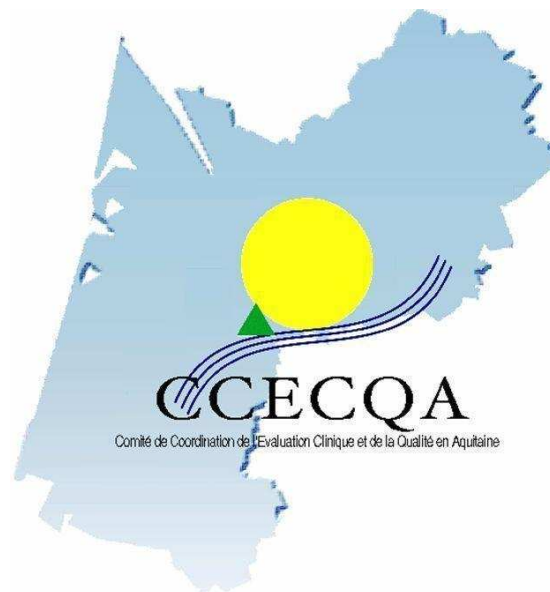


**EPP**

*Evaluation des Pratiques  
Professionnelles dans les  
établissements de santé*

*BE*nchmarking *LI*en *VI*sites  
*E*tablishments de santé

**Prise en charge  
de la douleur en médecine**



**Protocole d'évaluation**  
mai 2010

## Sommaire

Sommaire .....	2
Justification .....	3
Contexte.....	4
Objectifs.....	4
Méthode .....	4
Organisation de l'auto-évaluation.....	6
Justifications des critères d'évaluation.....	7
Références .....	11
Annexe 1 - Grilles de recueil.....	13
Annexe 2 - Consignes de remplissage .....	19
Annexe 3 - Construction de l'outil .....	29
Annexe 4 - Indicateurs de la qualité de la prise en charge de la douleur .....	31
Développement d'indicateurs de suivi de la prise en charge.....	31
Utilisation d'indicateurs de la prise en charge de la douleur.....	31
1. Compaqh.....	31
2. GINQA .....	31
3. GINQA-Médina et IPAQH.....	32
Annexe 5 – Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999.....	34
Annexe 6 - Analyse des données.....	39
Annexe 7 – Echelles d'évaluation de la douleur .....	43

## Justification

La prise en charge de la douleur des patients constitue une priorité nationale depuis une dizaine d'années, s'appuyant sur l'apparition successive de programmes de lutte contre la douleur depuis 1999 [2, 10]. Dans le cadre du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, quatre priorités ont été définies : 1) Améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie ; 2) Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients ; 3) Améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ; 4) Structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif.

La douleur fait également l'objet d'un critère spécifique des manuels d'accréditation (référence 32, manuel de la deuxième procédure d'accréditation – [6] ; référence 12, Pratiques Exigibles Prioritaires dans le manuel V2010 – [1]). De nombreuses recommandations de pratiques sont élaborées sur ce sujet s'intéressant à différentes populations de patients : les patients âgés, les enfants, les patients non communicants, les patients souffrant de douleurs aiguës, de douleurs chroniques, les patients requérant des soins palliatifs. Dans un contexte national de développement d'outils de mesures de la qualité des soins, des indicateurs de prise en charge de la douleur ont également été proposés [5].

La prise en charge de la douleur pose une problématique de prise en charge fréquente partagée par toutes les équipes soignantes, quelle que soit leur spécialité, dans l'ensemble des établissements.

En 2003, le CCECQA a coordonné un état des lieux de la prise en charge de la douleur dans 170 établissements de santé publics et privés dans six régions lors de l'organisation des États Généraux de la Douleur [27].

La prévalence de la douleur au moment de l'enquête était de 52,7% (IC95% [50,2-55,1]) en chirurgie et 39,1% (IC95% [36,8-41,4]) en médecine chez les patients communicants. Deux patients douloureux sur cinq étaient considérés comme non douloureux à la fois par l'infirmier et le médecin qui les prenaient en charge. Chez les patients non communicants, 30,3% étaient douloureux alors que des outils d'hétéro-évaluation étaient rarement disponibles (dans 3% des unités de soins seulement). D'autres démarches d'évaluations du processus de prise en charge de la douleur ont été menées [18], notamment dans le cadre du projet EPP Aquitaine sur la douleur post-opératoire en 2007. Il a été mis en évidence la difficulté pour les établissements de structurer une équipe opérationnelle autour de la prise en charge de la douleur, ayant un impact sur la production des protocoles. Enfin, au travers de ces études, persiste une forte variabilité des résultats entre établissements, comme le confirment dernièrement les résultats de l'indicateur de la traçabilité de la douleur dans le cadre de Ginqa-Medina. Ceci témoigne d'une hétérogénéité dans les pratiques entre les différents établissements et même entre les équipes au sein d'un même établissement.

## Contexte

Dans le prolongement de ses activités relatives à « l'amélioration des pratiques professionnelles », le CCECQA développe depuis 2004 des protocoles d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Cette activité s'appuie notamment sur 16 groupes de travail constitués autour des disciplines médico-chirurgicales. Chaque groupe est composé d'une dizaine de praticiens investis et leaders dans leur discipline, issus d'établissements de santé publics et privés de la région Aquitaine.

Par ailleurs, dans le cadre du projet BELIEVE, une étape qui doit être réalisée par les établissements de façon autonome consiste à analyser leur processus de prise en charge de la douleur. Pour cela, il est proposé aux établissements participants de mener une évaluation quantitative afin d'une part, d'identifier les pratiques à améliorer et d'autre part, de mesurer des indicateurs. Cela leur permettra à terme, de définir des actions permettant de parvenir à une amélioration.

Ce document présente la méthode et les outils permettant de mener une évaluation de la Prise en Charge de la Douleur en médecine ou en chirurgie.

## Objectifs

- Permettre à chaque équipe de soins d'auto-évaluer ses pratiques en matière de prévention, de traitement et de suivi de la douleur
- Identifier les points prioritaires d'amélioration de la pratique à partir des résultats des différents critères d'évaluation
- Mesurer des indicateurs sur la prise en charge de la douleur
- Permettre des comparaisons dans le temps.

## Méthode

La méthode utilisée est celle de l'audit se décomposant en deux parties distinctes : un audit organisationnel et un audit des pratiques. Elle consiste à apprécier les écarts au texte de référence grâce à des grilles d'évaluation, à mettre en place des mesures correctives pour diminuer ces écarts et à réévaluer quelques mois après l'évolution de ces écarts. Cette méthode entre dans le cadre des actions dites ponctuelles dans la procédure EPP. Les critères d'évaluation ont été identifiés à partir des textes de référence. Il existe plusieurs niveaux de sources d'information pour évaluer l'ensemble de ces critères et la grille de recueil comporte trois volets.

Les **détails de la méthode** employée sont décrits ci-après.

**Audit organisationnel**

<i>Principe</i>	Remplissage de deux volets : « Etablissement » et « Unité de soins » pour chacun des services en réunion pluridisciplinaire de service : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un consensus doit être obtenu au sein de l'équipe pour statuer sur la conformité ou la non-conformité des critères dans le service.</li> <li>▪ chacun d'eux est à évaluer à l'aide d'une échelle à 2 modalités de réponses.</li> <li>▪ des éléments de preuve sont recensés pour orienter les discussions au cours des échanges. Ces éléments ne sont pas à communiquer (il ne s'agit pas d'un contrôle).</li> </ul>
<i>Critère de sélection des unités de soins</i>	Ensemble d'unités de soins d'activités médicales d'établissement médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou établissement de santé local <b>hors services</b> de pédiatrie, obstétrique, psychiatrie, ambulatoires, longs séjours et HAD.
<i>Supports de collecte</i>	Le volet « Etablissement » comporte 21 items répartis comme suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existence d'un engagement des instances décisionnelles (10 items)</li> <li>▪ Existence d'une organisation structurée et pluri professionnelle (6 items)</li> <li>▪ Evaluation du projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur (5 items)</li> </ul> Le volet « Unité de soins » comporte 15 items relatifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A l'organisation au sein de l'unité (7 items) : personnes ressources, formation des professionnels, support de traçabilité</li> <li>▪ Au recensement des protocoles et procédures (8 items) : existence de protocoles, de procédures, prescriptions anticipées personnalisées</li> </ul>

**Audit des pratiques**

<i>Type d'enquête</i>	Enquête rétrospective de dossiers de patients
<i>Echantillon</i>	30 dossiers-patients exploitables
<i>Critère d'inclusion</i>	<b>Tous les patients adultes de plus de 15 ans</b> hospitalisés en services de médecine, de SSR ou de moyen séjour, <b>hospitalisés plus de 48 heures</b>
<i>Modalité de sélection des dossiers</i>	Tirage au sort des séjours à partir de la base de données PMSI, parmi les séjours de plus de 48 heures. Le tirage au sort de séjours doit être représentatif de la population d'étude du service sélectionné par l'équipe de benchmarking. Ce tirage au sort est à majorer de 10 % à 15% afin de pallier le nombre de dossiers non retrouvés : si des dossiers ne sont pas retrouvés après tirage au sort, ceux du tirage au sort complémentaire seront utilisés pour atteindre le nombre de sujets nécessaires à l'analyse. <b>Remarque : dans le cas de séjours multi-unités, l'évaluation porte sur la dernière unité d'hospitalisation correspondant aux critères d'inclusion.</b>
<i>Période d'inclusion</i>	Semestre précédent. Si cette période n'est pas suffisante pour atteindre le nombre de sujets nécessaires, le tirage au sort sera réalisé sur une période de 12 mois.

**Support de collecte**

La grille de recueil comporte quatre parties :

- Eléments relatifs à l'admission (6 items)
- Eléments relatifs à l'évaluation de la douleur (7 items)
- Prescription de l'antalgie (10 items)
- Eléments relatifs à la sortie du patient (1 item)

## Organisation de l'auto-évaluation

### Responsable au sein de l'établissement

Un correspondant projet est désigné par le directeur et/ou le président de CME. Ce correspondant est chargé de constituer une équipe de Benchmarking.

### Durée et période de la collecte des données

Le tirage au sort des dossiers est réalisé par le médecin responsable de l'information médicale à partir des données PMSI.

### Responsable du recueil

Le correspondant désigné par l'établissement.

Le correspondant projet sollicite si possible l'ensemble des professionnels constituant l'équipe de benchmarking. Ils ont la responsabilité de l'évaluation de tout ou partie des dossiers. Ils peuvent déléguer le recueil mais doivent s'assurer de sa qualité et en particulier trancher en cas d'ambiguïté.

### Recueil des données

Il sera réalisé par l'ensemble ou une partie des membres de l'équipe de benchmarking.

Rappelons que cette démarche EPP est fondée sur une auto-évaluation par les professionnels eux-mêmes.

Les enquêteurs peuvent fonctionner en binôme (conseillé) et doivent être formés à la méthode d'enquête et aux consignes de remplissage des fiches de recueil à partir de cas concrets.

### Saisie et analyse des données

Cet outil d'évaluation a fait l'objet d'un développement sur la plateforme EPP OnLine afin de saisir en ligne les données recueillies et d'obtenir les résultats instantanément. Cette étape de saisie se fera par l'équipe de benchmarking et l'analyse se fera automatiquement lors de la validation de la saisie. EPP OnLine est accessible via le site du CCECQA : [www.ccecqa.asso.fr](http://www.ccecqa.asso.fr) dans la rubrique de la barre de menu « Plateforme EPP ». Son accès est possible grâce à un identifiant et un mot de passe.

## Justifications des critères d'évaluation

- **Existence d'un engagement des instances décisionnelles de l'établissement de santé concernant la prise en charge de la douleur**

L'engagement de l'établissement de santé, dans la prise en charge de la douleur, concerne la douleur physique et morale, qu'elle soit aiguë, chronique ou dans le cadre de soins palliatifs [28].

L'analyse des besoins est une étape indispensable pour l'établissement de santé qui, dans un premier temps, analysera l'activité liée à la prise en charge de la douleur en distinguant douleur aiguë, douleur chronique et soins palliatifs. Il sera possible d'établir « qui fait quoi » [15].

A partir de cette analyse et de l'identification des besoins en personnel, en formation et en matériel, l'établissement de santé doit statuer sur les moyens à dégager et les inscrire dans son projet d'établissement [16,17].

Des obligations de formation doivent être formulées et dans la mesure du possible, une vérification des connaissances est effectuée.

Dans les formations, il est utile d'inviter des intervenants extérieurs travaillant dans des conditions similaires.

Certains thèmes bénéficient d'un « accompagnement au lit du patient » [type mise en œuvre des pompes de PCA (patient controlled analgesia)]. Il existe une procédure de mise à jour de ces formations.

- **Existence d'une organisation pluri professionnelle et structurée de santé autour de la douleur**

Les établissements de santé doivent structurer une équipe autonome de la douleur en identifiant un « référent douleur » au sein de l'équipe médicale. (Niveau de recommandation : Consensus professionnel – [19, 20]). Il est indispensable d'avoir un ou plusieurs médecins maîtrisant bien les divers aspects du traitement de la douleur et susceptibles de jouer un rôle transversal au niveau de l'établissement de santé [28]. Ce médecin a, en règle générale, une activité de conseil et de soins auprès des services. De même, de telles fonctions peuvent être assurées par des « infirmiers douleur » [11].

Les missions de ces professionnels au niveau de l'établissement de santé doivent être très précisément définies, dans le cadre du CLUD [13]. Ce dernier constitue une structure de réflexion et de proposition afin d'inciter à une meilleure organisation de la prise en charge de la douleur, de susciter le développement de plans d'amélioration de la qualité de l'évaluation et du traitement de la douleur et de développer la formation continue dans le domaine de la douleur.

Une concertation est organisée entre professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique [6] et doit être formalisée dans les différents secteurs en concertation avec le CLUD [1].

Cette organisation a pour vocation la formation des personnels soignants et l'élaboration de protocoles de soins. Enfin, elle doit permettre la prévention, l'évaluation et la prise en charge systématiques de la douleur [6]

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 [16], faisant l'objet d'organisations spécifiques [14].

- **Evaluation du projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur**

Les évaluations sont menées dans un esprit pluri professionnel, un seul instrument d'évaluation prend en compte

dans la même observation les soins et la surveillance infirmiers, la prescription médicale initiale et réajustée, et le résultat des actions (fréquence de la douleur, intensité, satisfaction du patient). Toute dissociation entre actions infirmières et médicales rend ces évaluations inefficaces, voire conflictuelles [28]. Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels. La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel. Des actions d'amélioration sont mises en place [1].

Par ailleurs, le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement ([6], Niveau de recommandation : C – [19, 20]).

- **Existence d'un plan de formation des professionnels**

Un programme de formation est engagé par l'établissement pour l'ensemble du personnel concerné. Une sensibilisation ou une formation au soulagement des douleurs a été mise en place par l'établissement [16,21]. Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur [1, 6, 21]. La formation porte notamment sur l'évaluation de l'intensité de la douleur à périodicité définie à l'aide d'échelles validées. Elle est mise en œuvre dans les secteurs d'activités et elle concerne les professionnels médicaux et paramédicaux (y compris nouveaux arrivants, étudiants, stagiaires) en fonction des différents types de prise en charge et/ou pathologie. Elle prend en compte les aspects physiques et psychiques de la douleur [4, 8, 17].

- **Mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur**

La prise en charge de la douleur doit faire l'objet de protocoles écrits, datés et signés par au moins un médecin [12]. Ils sont élaborés en partenariat multiple sur la base de référentiels ou recommandations de bonne pratique clinique et adaptés (chirurgies, pathologies, types de patients) (Niveau de recommandation : C – [19, 20], [1, 6]). Ils sont mis en place par des équipes pluridisciplinaires [12].

L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers [8, 11].

Une évaluation du respect de la mise en œuvre des protocoles et procédures doit être envisagée [6]. Des protocoles analgésiques à la douleur induite par les soins sont également définis [1].

- **Mise à disposition d'outils d'évaluation**

Des moyens d'évaluation de la douleur sont mis à la disposition des professionnels [1, 6]. Les échelles adaptées aux patients sont utilisées, y compris dans certains groupes de patients tels que les nouveau-nés et les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale [6].

- **Réalisation de l'information auprès du patient sur la douleur**

Le patient doit recevoir une information orale ou écrite sur la prise en charge de la douleur, notamment dès l'admission. (Niveau de recommandation : A – [19, 20], [6]). Un support informationnel sur la prise en charge de la douleur et destiné à être remis au patient, doit être disponible (Niveau de recommandation : A – [19, 20]).



- **Evaluation de la douleur**

- **Evaluation régulière de la douleur à l'aide d'échelles validées**

Il existe un support écrit à l'évaluation des douleurs. L'évaluation de la douleur doit se faire systématiquement au début de la prise en charge, et régulièrement dans le cadre d'un suivi. La méthode d'évaluation doit associer une connaissance globale de la personne, l'écoute du patient, un examen clinique médical complet, le choix des critères d'évaluation adaptés au contexte pathologique et culturel. L'interrogatoire et l'examen clinique sont indispensables, ils permettent d'orienter le diagnostic étiologique de la douleur et de prioriser le mécanisme des douleurs. Il existe, dans le dossier de soins, des explications médicales concernant les douleurs du patient ainsi que leur(s) mécanisme(s). L'intensité de la douleur doit être mesurée à l'aide d'échelles validées [8, 19, 20, 21, 26].

En chirurgie, l'évaluation de la douleur doit être régulière au repos, lors de la mobilisation et à l'occasion de gestes douloureux. Parmi les critères de sortie de salle de surveillance post-interventionnelle, doit figurer un score faible d'intensité douloureuse (par ex : EVA < 30) (Niveau de recommandation : C – [19, 20]).

L'obtention de scores au repos est importante mais la cotation de l'intensité de la douleur à la mobilisation est également essentielle notamment pour certains types de chirurgie (abdominale – orthopédique, etc.) (Recommandation de la CFAR – [19, 20]).

- **Evaluation du soulagement**

Les professionnels de santé doivent s'assurer du soulagement de la douleur [1, 8]. Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental de toute personne [9] et doit être évalué par des outils validés et adaptés [26].

- **Traçabilité de l'évaluation de la douleur**

Au-delà du fait de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions [8], la traçabilité permet de mesurer l'évaluation de la douleur, un des objectifs de qualité au niveau du dossier patient de la prise en charge de la douleur post-opératoire pour la SFAR [19, 20].

La traçabilité de l'évaluation de la douleur semble un élément important pour évaluer l'efficacité de la prise en charge de la douleur. En effet, la DREES propose une liste d'indicateurs de suivi de l'atteinte de deux objectifs sur la douleur dans le cadre de la loi de santé publique de 2004, basés pour la plupart sur l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge des douleurs, notamment en post-opératoire, chez les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants. Par ailleurs, le calcul de certains indicateurs repose sur le niveau de l'intensité de la douleur, d'où l'intérêt de la tracer [5].

La traçabilité de l'évaluation de la douleur est renforcée dans le dernier SROS Aquitaine et les procédures d'accréditation où est inscrite une exigence de l'évaluation et de la traçabilité de la douleur dans le dossier-patient [1, 3, 6].

Enfin, dans le dernier plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, une des mesures était de généraliser dans les établissements de santé l'indicateur de qualité sur la traçabilité de la douleur pour mesurer la lutte contre la douleur, ce qui est désormais réalisé dans IPAQSS et est une obligation dans le cadre de la V2010 [1, 2].

- **Existence de prescription d'antalgique**

- **Conformité du contenu de la prescription**

En chirurgie, le patient doit quitter le bloc opératoire puis l'unité de surveillance post-interventionnelle avec des prescriptions d'antalgiques indiquant les agents utilisables, leur mode d'administration, la posologie et la surveillance des traitements. La prescription doit anticiper le développement de la douleur post-opératoire (Niveau de recommandation : C – [19, 20]). La conduite et surveillance du traitement antalgique de la douleur chez la personne âgée doit faire également l'objet de toutes les attentions en termes d'initiation des opiacés forts à faible dose, de fréquence des effets indésirables des opiacés et des psychotropes à visée antalgique [26].

Enfin, la précision dans la rédaction d'une ordonnance est garante de son bon suivi. Les génériques complexifient l'identification de la galénique. Il est important de s'assurer si chaque médicament prescrit est à posologie optimale avec une galénique adaptée (niveau A – [22, 23]).

- **Conformité de l'administration à la prescription**

La disponibilité des traitements prescrits est assurée en permanence [6].

- **Existence de prescription d'antalgiques à la sortie du patient**

L'ordonnance de sortie est indispensable pour que le patient et/ou son entourage puisse s'organiser dès le retour à domicile. Les prescriptions peuvent concerner médicaments et rééducation. Ces prescriptions seront ensuite renouvelées ou non par le médecin traitant dans un deuxième temps. Elle doit être prête au moment du départ du patient, lisible, remise en main propre par le médecin au patient et/ou à son entourage, expliquée au patient et/ou à son entourage [24, 25].

Les patients ambulatoires doivent quitter l'établissement de santé correctement analgésiés et doivent disposer de prescriptions d'antalgiques applicables à domicile. Ils doivent recevoir une information sur la conduite à tenir à domicile en fonction de l'intensité de la douleur et des effets indésirables des traitements (Niveau de recommandation : C – [19, 20]).

## Références

### Les textes réglementaires

1. Manuel de certification des établissements de santé V2010. HAS – juin 2009 (référence 12)
2. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, Ministère de la Santé et des Solidarités, mars 2006.
3. SROS III Aquitaine 2006-2011. Mars 2006.
4. BO. 2006-1 Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant
5. Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. DGS, DREES, juillet 2005.
6. ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Paris: ANAES, 2004 :131p. (références 26 et 32)
7. Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
8. Décret du 29/07/2004 N° 2004-802 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique
9. 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)
10. Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
11. Décret n°2002-194 du 11 février 2002. Article R 4311-2 et article R 4311-8 du Code de la santé publique (Nouvelle partie réglementaire), livre III, titre 1er, chapitre 1er, section 1, relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
12. Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS 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 médico-sociales
13. Circulaire DGS/DH N° 98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
14. 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.
15. 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".
16. Circulaire du 06-05-1995 n° 95-22
17. Loi du 04-02-1995 n°95-116 consacré la prise en charge de la douleur dans les articles 31 et 32. Article L710-3-1 du code de la santé publique modifié par la loi du 09-06-1999 n°99-477 (accès aux soins palliatifs).

### Les outils d'évaluation

18. La lutte contre la douleur dans les établissements de santé en Aquitaine à travers les actions menées par le CCECQA. Bulletin du CCECQA. N°19, mai 2007.
19. Prise en charge de la douleur post-opératoire en MCO ou en SSR. Protocole d'évaluation. EPP Aquitaine. CCECQA, juin 2007.
20. Référentiel de pratiques professionnelles HAS-CFAR-SFAR - Prise en charge de la douleur post-opératoire, mai 2005.

21. Evaluation de la prise en charge des symptômes des malades requérant des soins palliatifs. Protocole d'évaluation. EPP Aquitaine. CCECQA, décembre 2007.
22. Prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée polypathologique. Protocole d'évaluation. EPP Aquitaine. CCECQA, juillet 2007.
23. Programmes d'Evaluation des Pratiques Professionnelles : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (personnes de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans et polypathologiques) - programme concernant le prescripteur lors d'une hospitalisation. Novembre 2005. HAS
24. Préparation de la sortie du patient âgé hospitalisé en MCO, SSR ou psychiatrie. Protocole d'évaluation. EPP Aquitaine. CCECQA, juillet 2008.
25. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Préparation de la sortie du patient hospitalisé - novembre 2001, ANAES.
26. Audit Clinique Ciblé appliqué à l'évaluation et à la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. HAS, service Evaluation des pratiques. 2005
27. La prise en charge de la douleur dans les établissements de santé. Enquête auprès de 170 établissements de santé. Les états généraux de la douleur. CCECQA. 2004
28. Référentiel « Evaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur ». AP-HP.

## Annexe 1 - Grilles de recueil

## Volet " Etablissement "

Un recueil par établissement participant – Nom de l'établissement : .....

### Référence I. Il existe un engagement des instances décisionnelles de l'établissement de santé concernant la prise en charge de la douleur

Critère	Oui	Non	NA	Justification
1 – La prise en charge de la douleur fait l'objet d'un engagement formel écrit de la part de la direction de l'établissement de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 – Cet engagement figure dans le projet d'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3 – Un projet d'amélioration de la prise en charge de la douleur comporte des actions concrètes à mettre en œuvre dans l'établissement de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4 – Un Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) est désigné dans l'établissement de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5 – Le projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur a été élaboré par le CLUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 – Ce projet est validé par la CME et/ou la DSSI et/ou la sous-commission évaluation et qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7 – Il existe un plan de formation cohérent adapté aux besoins des professionnels de l'établissement de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8 – L'établissement de santé identifie les besoins et dégage les moyens nécessaires pour les formations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9 – L'établissement de santé identifie les besoins et dégage les moyens en termes de personnels médicaux et paramédicaux à mission transversale pour la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10 – L'établissement de santé identifie les besoins et dégage les moyens pour les équipements spécifiques (comme par ex. pompes, tens, ...) nécessaires à la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Référence II. Un travail pluri professionnel en réseau est organisé au niveau de l'établissement de santé pour assurer la qualité de la prise en charge de la douleur

Critère	Oui	Non	NA	Justification
11 – Un expert médical ayant reçu une formation spécifique (capacité douleur, DIU douleur, DIU soins palliatifs ou équivalence) est disponible dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12 – Les personnes ressources pour les situations algiques sont identifiées dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13 – La douleur chronique fait l'objet d'une organisation spécifique (consultation, équipe mobile...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 – Les soins palliatifs et de fin de vie font l'objet d'une organisation spécifique (consultation, équipe mobile...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 – La mise à disposition des molécules de palier III (morphiniques) sur les 24 heures, fait l'objet d'une organisation mise en place dans tous les services, et coordonnée par le pharmacien de l'établissement de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16 – La maintenance des pompes d'analgésie autocontrôlée est organisée dans l'établissement de santé afin d'assurer la disponibilité de matériel fonctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CME : Commission Médicale d'Etablissement – DSSI : Direction du Service de Soins Infirmier

### Référence III. Le projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur est évalué

Critère	Oui	Non	NA	Justification
17 – Les actions menées dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la douleur font l'objet d'évaluations régulières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18 – Un compte-rendu écrit des évaluations et des actions menées est adressé à la CME et/ou à la DSSI et/ou à la sous-commission évaluation et qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 – Les moyens ciblés engagés sont évalués (implication sur le terrain des acteurs formés, utilisation réelle des matériels dans les services...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20 – Il existe une évaluation régulière de la satisfaction des patients sur la prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21 – Les plaintes écrites relatives à la prise en charge de la douleur sont systématiquement suivies d'une analyse des dysfonctionnements en cause et de leur amélioration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CME : Commission Médicale d'Etablissement – DSSI : Direction du Service de Soins Infirmier

## Volet " Unité de soins "

Un recueil par unité de soins participante

### Caractéristiques de l'unité

Etablissement : ..... Service : .....

Critères organisation au sein de l'unité			
	COMMENTAIRES		
<b>1. Personnes ressources</b>			
1a. Le service est-il représenté au CLUD par un ou des professionnel(s) du service ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> NA
1b. Le service fait-il appel régulièrement à des personnes ressources internes à l'établissement pour la prise en charge de la douleur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> NA
<b>2. Formation des professionnels</b>			
2a. Au moins une action de formation et/ou sensibilisation à la prise en charge de la douleur a été suivie par du personnel paramédical dans l'année calendaire passée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
2b. Au moins une action de formation et/ou sensibilisation à la prise en charge de douleur a été suivie par <b>du personnel médical titulaire</b> dans l'année calendaire passée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<b>3. Information</b>			
Existe-t-il un support informationnel sur la prise en charge de la douleur disponible au niveau de l'unité destiné à être remis au patient ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<b>4. Existe-t-il un support ou un emplacement permettant de tracer dans le dossier patient</b>			
4a. l'évaluation de la douleur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
4b. la surveillance des effets secondaires des antalgiques ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Critères relatifs au recensement des protocoles et des procédures			
	COMMENTAIRES		
<b>5. Existence de protocoles ou de procédures</b>			
5a. Il existe des protocoles antalgiques validés en fonction des paliers de l'OMS.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
5b. Il existe des procédures validées d'évaluation de la douleur à l'aide d'outils validés (d'auto ou d'hétéro-évaluation).	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
5b.bis <b>Si oui</b> , une périodicité d'évaluation est définie et connue par l'ensemble des soignants au sein de l'unité de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
5c. Il existe des protocoles validés (ou procédures) de prise en charge préventive pour les gestes et actes douloureux connus(es) par l'ensemble des soignants au sein de l'unité de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
5d. Il existe des protocoles validés spécifiant les modalités d'utilisation de la morphine connus par l'ensemble des soignants au sein de l'unité de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
5e. Il existe des procédures validées de traitement des effets secondaires connus par l'ensemble des soignants ayant en charge ses patients au sein de l'unité de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
5f. Il existe des prescriptions anticipées personnalisées (PAP) pour le traitement de la douleur connus par l'ensemble des soignants au sein de l'unité de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
5g. Les procédures sont réactualisées régulièrement (ou en fonction de l'évolution de la littérature ou des recommandations de bonnes pratiques)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	



## Volet " Dossier-patient " - Médecine

Un recueil par dossier-patient tiré au sort

Etablissement : ..... Service : .....

Numéro dossier-patient : |\_|\_|\_|\_| Age : |\_|\_|\_|\_|

### 1. A l'admission

- 1a. Les signes de la douleur ont été recherchés le jour de l'admission dans l'unité de soins  oui  non
- 1b. Le patient est non communicant  oui  non  NSP
- 1c. L'intensité de la douleur le jour de l'admission est notée  oui  non
- 1cbis. Si Oui, merci de préciser le **premier score**
- score : |\_|\_|\_|
- préciser le nom de l'échelle utilisée :
- |                      |                          |          |                          |
|----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| EVA                  | <input type="checkbox"/> | EOC      | <input type="checkbox"/> |
| EN                   | <input type="checkbox"/> | Doloplus | <input type="checkbox"/> |
| EVS                  | <input type="checkbox"/> | ECPA     | <input type="checkbox"/> |
| Echelle non reconnue | <input type="checkbox"/> | Algoplus | <input type="checkbox"/> |
- 1d. Le dossier patient porte la mention de la transmission au patient de l'information ciblée sur la prise en charge de la douleur  oui  non
- 1e. Un traitement antalgique en cours était prescrit au moment de l'admission  oui  non  NSP

### 2. Evaluation de la douleur

- 2a. L'intensité de la douleur pendant l'hospitalisation
- ❶ Le score le plus élevé à partir de 48 h après l'admission est noté  oui  non
- ❷ Si OUI, merci de noter ce score le plus élevé
- score : |\_|\_|\_|
- préciser le nom de l'échelle utilisée :
- |                      |                          |          |                          |
|----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| EVA                  | <input type="checkbox"/> | EOC      | <input type="checkbox"/> |
| EN                   | <input type="checkbox"/> | Doloplus | <input type="checkbox"/> |
| EVS                  | <input type="checkbox"/> | ECPA     | <input type="checkbox"/> |
| Echelle non reconnue | <input type="checkbox"/> | Algoplus | <input type="checkbox"/> |
- ❸ Suivi de la douleur
- il existe des mesures de l'intensité de la douleur consécutives à ce score maximal  oui  non  NA
  - ce suivi est réalisé jusqu'à disparition de la douleur (exemple : échelle EVA < 3)  oui  non
  - ce suivi est réalisé à l'aide d'une échelle d'évaluation  oui  non
- 2b. Les évaluations de la douleur sont tracées régulièrement en Unité de soins  
Il est réalisé un relevé selon la périodicité définie (cf. fiche unité de soins) du score d'intensité douloureuse à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation si le malade ne peut coopérer, dans les dossiers de surveillance des patients  oui  non
- 2c. La douleur est mesurée au repos en Unité de soins  oui  non
- 2d. La douleur est mesurée à la mobilisation (soins, toilette...)  oui  non  NA
- 2e. L'étiologie de la douleur a été recherchée  oui  non  NA

## Volet " Dossier-patient " - Médecine

### 3. Prescription de l'antalgie

3a. Il existe une prescription à visée antalgique **au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé** (cf. le score noté en 2a①)

 oui non

*Si la réponse est Non, passer au critère 3f*

3b. Si OUI, la prescription à visée antalgique au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé est protocolisée

 oui non

3c. La prescription des différents traitements à visée antalgique est détaillée :

Date de prescription

 oui non

Nom du prescripteur

 oui non

Signature du prescripteur

 oui non

Dénomination des médicaments

 oui non

Posologie

 oui non

Voie d'administration

 oui non

3d. L'administration des traitements à visée antalgique est conforme aux prescriptions.

 oui non NA

3e. Il existe une adaptation de la prescription à visée antalgique au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé (cf. le score noté en 2a②)

 oui non NA

3f. La surveillance des effets secondaires des traitements à visée antalgique est inscrite dans le dossier patient (Cf. liste consignes de remplissage)

 oui non NA

3g. Les effets secondaires des traitements à visée antalgique sont pris en compte avec adaptation d'un traitement

 oui non NA

### 4. Sortie du patient

Il existe une trace de la prescription antalgique de sortie avec éventuellement la conduite à tenir en cas de douleur persistante

 oui non NA

## Annexe 2 - Consignes de remplissage

### Volet « Etablissement »

- ✓ Chaque référence est classée selon le degré d'adéquation aux exigences du critère.

**Oui** – si la structure satisfait totalement ou en grande partie aux exigences du critère  
**La conformité de la structure au critère doit toujours s'envisager en tenant compte :**

- Du caractère complet, adapté, à jour et efficace des éléments mis en place par la structure pour répondre au critère;
- De la connaissance que le personnel a de ces éléments ;
- De la mise en œuvre de ces éléments.

**Non** – si la structure ne satisfait que partiellement ou pas du tout aux exigences du critère

**NA** – si non applicable dans la structure (possibilité d'argumenter dans la colonne "Justification de la réponse") – **Précisions pour les questions suivantes :**

<b>Q5</b>	<b>Le projet d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur a été élaboré par le CLUD</b>	Mettre NA si pas de CLUD dans l'établissement
<b>Q11</b>	<b>Un expert médical ayant reçu une formation spécifique (capacité douleur, DIU douleur, DIU soins palliatifs ou équivalence) est disponible dans l'établissement</b>	Remarque : un expert médical est un médecin.
<b>Q12</b>	<b>Les personnes ressources pour les situations algiques sont identifiées dans l'établissement</b>	<u>Personnes ressources</u> dans l'établissement : il peut s'agir aussi du personnel paramédical ou autre professionnel n'ayant pas obligatoirement de formation diplômante sur la prise en charge de la douleur  <u>Situations algiques</u> : il s'agit de situations où les équipes soignantes sont en difficultés face à des douleurs persistantes chez un patient non soulagé
<b>Q13</b>	<b>La douleur chronique fait l'objet d'une organisation spécifique (consultation, équipe mobile...)</b>	Nous cherchons à savoir si vous avez mis en place une organisation spécifique et identifiée par tout le personnel concernant la douleur chronique. La réponse NON ne veut pas dire que vous ne prenez pas en charge ponctuellement les douloureux chroniques.  Mettre NA si pas de prise en charge de douleur chronique ponctuelle ou à long terme dans l'établissement
<b>Q14</b>	<b>Les soins palliatifs et de fin de vie font l'objet d'une organisation spécifique (consultation, équipe mobile...)</b>	Nous cherchons à savoir si vous avez mis en place une organisation spécifique et identifiée par tout le personnel concernant les soins palliatifs et de fin de vie. Il ne s'agit pas uniquement de lits identifiés ou d'USP. La réponse NON ne veut pas dire que vous ne prenez pas en charge ponctuellement les patients en soins palliatifs et de fin de vie.  Mettre NA si pas de prise en charge de soins palliatifs ponctuelle ou à long terme dans l'établissement

<b>Q16</b>	<b>La maintenance des pompes d'analgésie autocontrôlée est organisée dans l'établissement de santé afin d'assurer la disponibilité de matériel fonctionnel</b>	<u>Organisée</u> : on entend par « organisée » soit contrat de maintenance, protocole ou une autre organisation qui fait que la maintenance est assurée.  Mettre NA si l'établissement ne possède pas de pompes d'analgésie
<b>Q18</b>	<b>Un compte-rendu écrit des évaluations et des actions menées est adressé à la CME et/ou à la DSSI et/ou à la sous-commission évaluation et qualité</b>	Mettre NA si l'établissement ne fait pas d'évaluations régulières
<b>Q21</b>	<b>Les plaintes écrites relatives à la prise en charge de la douleur sont systématiquement suivies d'une analyse des dysfonctionnements en cause et de leur amélioration</b>	Il s'agit là des plaintes écrites faites auprès de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ) ou de la Direction de l'établissement.  Mettre NA si la CRUQ ou la Direction de l'établissement n'ont pas reçu de plaintes écrites relatives à la prise en charge de la douleur.

## Volet « Unité de soins »

Une fiche "Unité de soins" doit être complétée par service participant à l'évaluation.

### Caractéristiques de l'unité de soins

Etablissement

Noter en clair le nom de l'établissement

Service

Noter en clair le nom du service

### Critères organisation au sein de l'unité

<b>1. Personnes ressources</b>		
1a	Le service est-il représenté au CLUD par un ou des professionnel(s) du service ?	<b>Répondre NA</b> si l'établissement ne possède pas de CLUD.
1b	Le service fait-il appel régulièrement à des personnes ressources internes à l'établissement pour la prise en charge de la douleur?	<b>Répondre NA</b> si l'établissement ne possède pas de personnes ressources
<b>2. Formation des professionnels</b>		
2a	Au moins une action de formation et/ou sensibilisation à la douleur a été suivie par du personnel paramédical dans l'année calendaire passée	<b>Remarque</b> : Cette information peut être recueillie auprès de la direction
2b	Au moins une action de formation et/ou sensibilisation à la prise en charge de la douleur a été suivie par du personnel médical titulaire dans l'année calendaire passée	<b>Remarque</b> : Cette information peut être recueillie auprès de la CME ou des affaires médicales
<b>3. Information</b>		
3	Existe-t-il un support informationnel sur la prise en charge de la douleur disponible au niveau de l'unité destiné à être remis au patient ?	Répondre <b>OUI</b> , s'il existe dans l'établissement, un support informationnel ( <b>livret d'accueil, feuille d'information sur la douleur, affiche</b> ) utilisé dans l'unité de soins. Répondre <b>NON</b> dans le cas contraire.
<b>4. Existe-t-il un support ou un emplacement permettant de tracer dans le dossier patient</b>		
4a	L'évaluation de la douleur ?	Répondre <b>OUI</b> si, <u>au sein de l'unité de soins</u> , il existe un <b>emplacement spécifique</b> sur un support ( <b>feuille de température, transmissions, ...</b> ) permettant <b>l'évaluation de la douleur</b> . Répondre <b>NON</b> si cet emplacement ou support n'existe pas.
4b	La surveillance des effets secondaires et des antalgiques ?	Répondre <b>OUI</b> si, <u>au sein de l'unité de soins</u> , il existe un <b>emplacement spécifique</b> sur un support (feuille de température, transmissions, ...) permettant la surveillance des <b>effets secondaires</b> . Répondre <b>NON</b> si cet emplacement ou support n'existe pas.

## Critères relatifs au recensement des protocoles et des procédures

5. Existence de protocoles ou de procédures		
5a	Il existe des protocoles antalgiques validés en fonction des paliers de l'OMS	Répondre OUI si, <u>au sein de l'unité de soins</u> , il existe <b>des protocoles antalgiques validés se référant</b> à la <b>Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999</b> . Répondre NON si, au sein de l'unité de soins, des protocoles antalgiques <b>validés n'existent pas</b> .
5b	Il existe des procédures validées d'évaluation de la douleur à l'aide d'outils validés (d'auto ou d'hétéro-évaluation)	<b>Rappel</b> : la <b>procédure</b> fait référence à un document qualité qui précise qui fait quoi, quand, comment,..... en utilisant des outils validés (EVA, EN, EVS, EOC, Doloplus, Algoplus, ECPA, .....). Répondre OUI si, <u>au sein de l'unité de soins</u> , il existe <b>des procédures validées</b> soit par le CLUD soit au niveau de l'Unité de soins. Répondre NON si, au sein de l'unité de soins, des procédures n'existent pas.
5b.bis	Si oui, une périodicité d'évaluation est définie et connue par l'ensemble des soignants au sein de l'unité de soins	Remarque : on entend par périodicité d'évaluation : une fois par équipe, une fois par jour, une fois par semaine,...). Répondre NON si, aucun accord (ou procédure) définissant une périodicité d'évaluation n'existe.
5c	Il existe des protocoles validés (ou procédures) de prise en charge préventive pour les gestes et actes douloureux connu(es) par l'ensemble des soignants au sein de l'unité de soins	Pas de consignes particulières.
5d	Il existe des protocoles validés spécifiant les modalités d'utilisation de la morphine connus par l'ensemble des soignants au sein de l'unité de soins	Rappel : il existe <b>des protocoles validés se référant</b> à la <b>Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999</b> .
5e	Il existe des procédures validées de traitement des effets secondaires connues par l'ensemble des soignants ayant en charge ses patients au sein de l'unité de soins	Pas de consignes particulières.
5f	Il existe des prescriptions anticipées personnalisées (PAP) pour le traitement de la douleur connues par l'ensemble des soignants au sein de l'unité de soins	Prescription Anticipée Personnalisée : prescription médicale réalisée en raison du risque d'évolution de l'état du patient.
5g	Les procédures sont réactualisées régulièrement (ou en fonction de l'évolution de la littérature ou des recommandations de bonnes pratiques)	Répondre OUI si, <u>au sein de l'unité de soins</u> , les procédures de prise en charge de la douleur sont réactualisées régulièrement <b>validées par le CLUD ou les Responsables de l'Unité de soins</b> . Répondre NON si, ces procédures sont réactualisées de façon très irrégulière et ne tiennent pas compte de l'évolution de la littérature ou des recommandations de bonnes pratiques et du changement de signataires.

## Volet « Dossier patient » - médecine

Pour chaque séjour tiré au sort, ces critères sont à rechercher dans le dossier patient correspondant au séjour dès son entrée dans l'unité de soins.

Une fiche "Dossier patient" doit être complétée par séjour tiré au sort, constituant l'échantillon.

### Caractéristiques du dossier-patient

Etablissement

Noter en clair le nom de l'établissement

Service

Noter en clair le nom du service.

Numéro dossier-patient

**Sur la plateforme EPP Online, après saisie d'un questionnaire, il est conseillé de faire la correspondance du n° d'enregistrement donné par la plateforme avec le n° de dossier-patient afin de pouvoir retourner facilement au bon dossier en cas de modification.**

Si un patient a eu plusieurs séjours tirés au sort correspondant aux critères d'inclusion, une fiche sera remplie pour le dernier séjour.

La correspondance entre le numéro et le dossier (nom ou numéro patient) peut être répertoriée sur une feuille conservée au sein du service et détruite à la fin de l'étude.

Age : Patients adultes âgés de plus de 15 ans.

### 1. A l'admission

1a	<b>Les signes de la douleur ont été recherchés le jour de l'admission</b>	Répondre OUI si, <u>dans le dossier patient</u> , les signes de la douleur sont recueillis lors du recueil de données ou lors de l'examen clinique d'entrée dans l'unité de soins. Si les signes de douleur ne sont pas retrouvés, il faut tout de même retrouver la confirmation de l'absence de douleur par la mesure de l'intensité douloureuse à l'aide d'un outil d'évaluation. Répondre NON si, dans le dossier du patient, aucune trace ne permet de vérifier que les signes de la douleur sont recueillis à ce moment là.
1b	<b>le patient est non communicant</b>	Répondre OUI si, <u>dans le dossier patient</u> , lors du recueil de données ou lors de l'examen clinique d'entrée, on trouve la trace que le patient est non communicant. Répondre NON si, dans le dossier du patient, il est tracé que le patient <b>n'est pas « non communicant »</b> . <b>Répondre NSP, si dans le dossier du patient, il est impossible de trouver l'information.</b> <b>On entend par « patient non communicant », un patient non cohérent, non adapté (capacités cognitives non adaptées ou altérées).</b>
1c	<b>L'intensité de la douleur le jour de l'admission est notée</b>	Répondre OUI si, <u>dans le dossier patient</u> , l'intensité de la douleur est notée le jour de l'admission <u>à l'aide d'un outil d'évaluation validé</u> . Répondre NON, si dans le dossier patient, aucun score n'est noté le jour de l'admission et passer à la question 1d
1c bis	<b>Si oui, merci de préciser le premier score</b>	Noter ici le premier score noté le jour de l'admission en précisant l'outil utilisé. <b>Rappel :</b> Si les signes de douleur ne sont pas retrouvés, il faut tout de même confirmer l'absence de douleur par la mesure de l'intensité douloureuse à l'aide d'un outil d'évaluation (score = 0 par exemple).

		<p>Précision sur les échelles d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Echelles d'auto-évaluation</u>  <b>EVA - échelle visuelle analogique</b> : cotée de 0 à 10 ; un patient est considéré comme douloureux si le score est supérieur ou égal à 3 (<math>\geq 3</math>)  <b>EN - échelle numérique</b> : cotée de 0 (« pas de douleur ») à 10 (« douleur maximale imaginable ») ; un patient est considéré comme douloureux si le score est supérieur ou égal à 3 (<math>\geq 3</math>)  <b>EVS - échelle verbale simple</b> : échelle à 5 modalités de réponse (0 : « douleur absente », 1 : « douleur faible », 2 : « douleur modérée », 3 : « douleur intense », 4 : « douleur extrêmement intense ») ; un patient est considéré comme douloureux si le score est supérieur ou égal à 1 (<math>\geq 1</math>)</li> <li>• <u>Echelles d'hétéro-évaluation</u>  <b>Pour tous patients adultes</b>  <b>EOC - échelle d'observation comportementale de F. Bourreau</b> : cotée de 0 à 10 ; un patient est considéré comme douloureux si le score est supérieur ou égal à 2 (<math>\geq 2</math>) (cf. validation CCECQA)   <b>Pour patients âgés à partir de 65 ans</b>  <b>Doloplus</b> : cotée de 0 à 30 ; un patient est considéré comme douloureux si le score est supérieur ou égal à 5 (<math>\geq 5</math>)  <b>Algoplus</b> : cotée de 0 à 5 ; un patient est considéré comme douloureux si le score est supérieur ou égal à 2 (<math>\geq 2</math>)  <b>ECPA - échelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée</b> : cotée de 0 à 32 ; un patient est considéré comme douloureux si le score est supérieur ou égal à 4 (<math>\geq 4</math>)  <b>Echelles non reconnues</b> (en cas d'utilisation d'une échelle non validée –échelle propre au service- ou impossibilité de savoir si par exemple EVA ou EN).</li> </ul>
1d	<b>Le dossier patient porte la mention de la transmission au patient de l'information ciblée sur la prise en charge de la douleur</b>	Répondre OUI si, dans le dossier patient, <u>la trace</u> de cette information est notée. <u>Cette information peut être retrouvée sur n'importe quel support du séjour concerné (examen clinique d'entrée, dossier de soins)</u> . Répondre NON, si dans le dossier patient, aucune trace de cette information n'apparaît même si un document spécifique ou livret d'accueil est remis systématiquement au patient.
1e	<b>Un traitement antalgique en cours était prescrit au moment de l'admission</b>	Répondre OUI si, <u>dans le dossier patient</u> , cette mention est retrouvée sur n'importe quel support du séjour concerné notamment lors de l'examen clinique d'entrée, sur les feuilles de prescriptions à l'entrée, (rubrique traitement personnel du patient) ( <u>il s'agit des patients pour lesquels une prescription d'antalgique a été faite avant son admission ou le traitement personnel du patient</u> ). Répondre NON si, dans le dossier patient, il est précisé que le patient n'a pas de prescription d'antalgique au moment de l'admission (Cf. traitement personnel). Répondre NSP, si aucune trace n'est trouvée dans le dossier patient.



## 2. Evaluation de la douleur

2a. L'intensité de la douleur pendant l'hospitalisation est tracée		
2a. ①	Le <b>score le plus élevé à partir de 48 h</b> après l'admission est noté	Répondre OUI si, <u>dans le dossier patient</u> , le score le plus élevé à partir de 48 h après l'admission (entre J2 et la sortie) est noté <b>à l'aide d'un outil validé</b> . Ce score peut être = à 0. Répondre NON si, dans le dossier patient, aucun score n'est noté.
2a. ②	Si OUI, merci de noter ce score le plus élevé	<b>Rappel : Si le patient n'est pas douloureux, il faut tout de même confirmer l'absence de douleur par la mesure de l'intensité douloureuse à l'aide d'un outil d'évaluation (score = 0 par exemple).</b>
2a. ③	<u>Suivi de la douleur</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il existe des mesures de l'intensité de la douleur consécutives à ce score maximal</li> </ul>	Répondre OUI si, dans le dossier patient, après la mise en place du relais per os, <b><u>on retrouve d'autres mesures de la douleur consécutives à ce score maximal</u></b> Répondre NON si, suite à ce score maximal, aucune mesure à l'aide d'un outil validé n'est retrouvée. <b>Répondre NA si, le score le plus élevé indique une absence de douleur (EVA&lt;3, EN&lt;3, EVS&lt;1, Doloplus&lt;5, Algoplus &lt;2, EOC&lt;2, ECPA&lt;4) ou si aucun score noté</b> <b>Mettre NA si le patient n'est pas douloureux et passer à la question 2b.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ce suivi est réalisé jusqu'à disparition de la douleur (exemple : échelle EVA &lt;3)</li> </ul>	Répondre OUI si, dans le dossier patient, suite au score le plus élevé (supérieur ou égal à 3 par exemple pour une EVA), un suivi avec un outil validé est tracé jusqu'à disparition complète de la douleur. Répondre NON si, dans le dossier patient, pas de suivi tracé dans le dossier par un outil validé malgré ce score élevé de la douleur
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ce suivi est réalisé à l'aide d'une échelle d'évaluation</li> </ul>	Répondre OUI, si dans le dossier patient, ce suivi de la mesure de la douleur se fait bien <b><u>avec un outil validé</u></b> (EN, EVA, EVS, Doloplus, Algoplus, EOC, ECPA par exemple). Répondre <b>NON</b> , si dans le dossier patient, ce suivi n'est <b><u>pas réalisé avec un outil validé</u></b> ou <b><u>s'il est fait juste des commentaires sur la douleur du patient.</u></b>
2b	<b>Les évaluations de la douleur sont tracées régulièrement en Unité de soins</b>	Répondre OUI, si dans le dossier patient, les évaluations de la douleur (y compris un score 0) sont tracées régulièrement à l'aide d'un outil validé. Répondre NON, si dans le dossier patient, aucune trace ne permet de vérifier qu'il y a un suivi régulier de la douleur au-delà des 48 h après la mise en place du relais per os.
2c	<b>La douleur est mesurée au repos en Unité de soins</b>	Ce critère est relevé à partir des informations concernant la prise en charge en unité de soins. <b>Remarque</b> : si les conditions de la mesure ne sont pas précisées, considérer par défaut qu'il s'agit d'une mesure au repos et répondre OUI.
2d	<b>La douleur est mesurée à la mobilisation (ou lors des soins ou de la toilette...)</b>	Ce critère est relevé à partir des informations concernant la prise en charge en unité de soins. <b>Remarque</b> : si les conditions de la mesure ne sont pas précisées, considérer par défaut qu'il s'agit d'une mesure au repos et

		répondre <b>NON</b> . Mettre <b>NA</b> quand la recherche de la douleur est non justifiée selon trace écrite du médecin dans le dossier patient.
2e	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier	La réponse <b>NA</b> est uniquement possible en cas d'absence de douleur et qu'elle est tracée

### 3. Prescription de l'antalgie

3a	Il existe une prescription à visée antalgique au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé (Cf. score noté en 2a①)	Si non, passer à la question 3f
3b	Si OUI, la prescription à visée antalgique au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé est protocolisée	<p>Répondre OUI, si il est mentionné que la prescription à visée antalgique fait référence à un protocole validé (se référant à la <a href="#">Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999.</a>).</p> <p><b>Prescription protocolisée</b> : il 'agit d'une prescription réalisée dans le cadre d'un protocole avec contre-validation du médecin à posteriori par nom et signature du prescripteur sur la copie du protocole dans le dossier soins ; répondre oui à la « posologie » et « voie d'administration » après vérification de la présence de ces éléments dans le protocole.</p> <p><b>Répondre NON, s'il s'agit d'une prescription classique ou PAP.</b></p>
3c	La prescription des différents traitements à visée antalgique au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé est détaillée	<p><b>Remarque 1</b> : dans le cas d'une prescription protocolisée (mention "selon protocole"), la date, le nom et la signature correspondent aux éléments notés lorsque la prescription protocolisée est mentionnée (et non à ceux du protocole). Dans ce cas là, les items "Dénomination des médicaments", "Posologie" et "Voie d'administration" sont à rechercher sur le protocole et doivent être conformes pour cocher OUI.</p> <p><b>Remarque 2</b> : dans le cas d'une prescription protocolisée de « MEOPA » <b>uniquement</b>, répondre systématiquement Oui à la « posologie » et « voie d'administration » et vérifier s'il y a la « date », « signature et nom du prescripteur » dans le dossier de soins.</p> <p><b>Répondre « Oui »</b> lorsque l'élément est retrouvé sur chaque prescription et pour tous les traitements à visée antalgique prescrits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Date de prescription ;</li> <li>▪ Signature du prescripteur (l'identifiant et/ou le mot de passe du prescripteur permettant la connexion remplace la signature en cas d'informatisation des prescriptions) ;</li> <li>▪ Nom du prescripteur ;</li> <li>▪ Dénomination des médicaments ;</li> <li>▪ Posologie (le dosage unitaire et le rythme d'administration des médicaments doivent être indiqués) ;</li> <li>▪ Voie d'administration : pour les produits injectables (voie parentérale), la voie doit être indiquée (voie intradermique (i.d.), voie sous-cutanée (s.c.), voie intramusculaire (i.m.), voie intraveineuse (i.v.) ou voie intra-artérielle (i.a.)). Pour les autres voies d'administration, la voie (voie orale ou per os, voie cutanée ou transdermique, voie oculaire, etc.) ou la forme galénique si celle-ci suffit à préciser la voie d'administration (gélules, comprimés, sirops, ampoules buvables, collyres, gouttes, etc.) doivent être indiquées.</li> </ul>

		<p><b>Répondre « Non »</b> lorsque l'élément manque au moins sur une prescription d'un traitement à visée antalgique ou lorsqu'il est illisible.</p> <p>La conformité des prescriptions est analysée quel que soit le mode d'admission, y compris les urgences.</p> <p>Précisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les initiales ne sont pas acceptées en remplacement du nom et de la signature du prescripteur même si leur correspondance est indiquée dans un document régulièrement mis à jour, et consultable au niveau de l'établissement (services, pharmacie, etc.).</li> <li>- Les prescriptions peuvent être rédigées, conservées et transmises de manière informatisée sous réserve qu'elles soient identifiées et authentifiées par une signature électronique et que leur édition sur papier soit possible (article 3 de l'arrêté du 31 mars 1999).</li> <li>- Les internes en médecine peuvent prescrire (article R.6153-3 du code de la santé publique).</li> <li>- La prescription peut faire référence à un protocole validé de l'établissement (prothèse totale de hanche, etc.). Ce protocole, qui renseigne le nom des médicaments, leur posologie et leur voie d'administration, doit être mis à disposition des évaluateurs et ceux sont ces éléments qui sont évalués.</li> </ul>
3d	<b>L'administration des traitements à visée antalgique est conforme à la prescription</b>	<p>La conformité de l'administration des traitements à visée antalgique est à évaluer par rapport à la prescription <b>au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé</b></p> <p>Répondre NA s'il n'existe pas de prescription à visée antalgique <b>au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé</b></p> <p><u>Remarque</u> : pour répondre à ce critère, il faut comparer les feuilles de transmission (dossier de soins infirmiers) avec la prescription.</p>
3e	<b>Il existe une adaptation de la prescription à visée antalgique au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé (cf. le score noté en 2a.ⓐ)</b>	<p>Ce critère ne concerne pas le traitement à visée antalgique instauré lors du relais per os <b>mais bien le traitement prescrit au regard d'un score de la douleur supérieur au seuil thérapeutique en fonction des outils utilisés</b> (Cf. fiche des outils d'évaluation en annexe).</p> <p>La réponse à cet item doit être validée par un médecin.</p> <p>Répondre NA en cas d'absence de douleur.</p>
3f	<b>La surveillance des effets secondaires des traitements à visée antalgique est inscrite dans le dossier patient</b>	<p>Répondre OUI si les effets secondaires des traitements à visée antalgique sont mentionnés dans le dossier patient <u>et</u> justifient un traitement préventif.</p> <p>Répondre NON si pas de trace de la surveillance dans le dossier patient</p> <p>Répondre NA si aucune prescription à visée antalgique.</p> <p><u>Remarque</u> : Les équipes de soins ne signalent pas, le plus souvent, que les patients n'ont pas eu d'effet secondaire. Dans cette démarche d'évaluation sur dossier, on est conduit à considérer qu'est non-conforme tout ce qui n'est pas tracé.</p>
3g	<b>Les effets secondaires des traitements à visée antalgique sont pris en compte avec adaptation d'un traitement</b>	<p>Répondre OUI si, en cas d'effets secondaires, ils sont pris en compte avec adaptation du traitement à visée antalgique.</p> <p>La réponse à cet item doit être validée par un médecin.</p> <p>Répondre NON si, en cas d'effets secondaires, pas de trace d'adaptation du traitement à visée antalgique.</p> <p>Répondre NA si aucune prescription à visée antalgique ou pas d'effets secondaires tracés.</p>

#### 4. Sortie du patient

4	<b>Il existe une trace de la prescription antalgique de sortie avec éventuellement la conduite à tenir en cas de douleur persistante</b>	Répondre OUI, si dans le dossier patient, il existe une trace d'une prescription antalgique de sortie ( <u><b>courrier et/ou ordonnance de sortie ou de transfert dans une autre unité de soins</b></u> ) avec éventuellement précision de la conduite à tenir (en cas de douleur persistante). Répondre NON s'il n'existe aucune trace dans le dossier. <b>Répondre NA</b> si le patient est non douloureux au moment de la sortie ou décédé.
---	--	--

## Annexe 3 - Construction de l'outil

L'outil d'évaluation proposé repose sur la description des étapes habituelles du processus de prise en charge de la douleur :

Au niveau du patient :

1. Information du patient
2. Evaluation de la douleur - dépistage
3. Mise en commun de l'information
4. Traitement - protocoles
5. Vérification de la mise en œuvre effective
6. Evaluation du soulagement

Au niveau institutionnel (établissement ou service)

1. structuration
2. formation / information
3. protocolisation / supports de traçabilité
4. mise à disposition d'outils, de moyens
5. application
6. évaluation des actions

Sa construction s'est inspirée des outils d'évaluation suivants :

- Prise en charge de la douleur post-opératoire en MCO ou en SSR. Protocole d'évaluation. EPP Aquitaine. CCECQA, juin 2007 ; Référentiel de pratiques professionnelles HAS-CFAR-SFAR - Prise en charge de la douleur post-opératoire, mai 2005.
- Evaluation de la prise en charge des symptômes des malades requérant des soins palliatifs. Protocole d'évaluation. EPP Aquitaine. CCECQA, décembre 2007.
- Audit Clinique Ciblé appliqué à l'évaluation de la douleur de la personne âgée. HAS, service Evaluation des pratiques. 2005
- La prise en charge de la douleur dans les établissements de santé. Enquête auprès de 170 établissements de santé. Les états généraux de la douleur. CCECQA. 2004

Le schéma de recueil des données a été discuté.

Un recueil prospectif est souvent employé à visée éducative et prise de conscience des équipes. Il ne permet pas d'obtenir d'échantillons importants, il nécessite une organisation importante et une forte mobilisation des soignants pour le recueil auprès des patients. Enfin, il permet de recueillir toutes les informations nécessaires à la mesure des indicateurs à un moment donné, donnant ainsi une photographie instantanée du processus de prise en charge de la douleur.

Dans le cadre du projet BELIEVE, un recueil rétrospectif a été proposé pour faciliter le recueil (sans nécessité d'interroger les patients) et pour obtenir une taille d'échantillon raisonnable (d'une 30aine de dossiers à visée d'EPP et de comparaison inter-établissements).

Cela a entraîné quelques limites :

- impossibilité de recueillir l'indicateur de satisfaction (information à recueillir auprès du patient)
- les autres indicateurs reposent uniquement sur la traçabilité des informations contenues dans le dossier patient
- la mesure des indicateurs « patients douloureux traités » et « prévalence de la douleur » nécessite de relever un score de douleur et l'échelle utilisée pour définir le seuil de douleur. Il correspond à :
  - En médecine, le score le plus élevé après 48h d'hospitalisation
  - En chirurgie, le score le plus élevé à partir de 24h après mise en place du relais per os

Les indicateurs ont été définis comme suit :

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence de la douleur :</li> </ul>	<p>proportion de dossiers patients mentionnant un score d'intensité de la douleur supérieur au seuil de douleur (fixé en fonction de l'outil d'évaluation utilisé)</p> <p><b>en médecine</b> : score le plus élevé pendant l'hospitalisation après 48h d'hospitalisation en <u>médecine</u> – Q2a-②</p> <p><b>en chirurgie</b> : score le plus élevé après mise en place du relais per os en <u>chirurgie</u> – Q2a-④</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement des patients douloureux :</li> </ul>	<p>proportion de dossiers patients mentionnant l'existence d'un traitement antalgique au moment du relevé du score d'intensité de la douleur le plus élevé chez les patients considérés douloureux (au seuil de douleur fixé en fonction de l'outil d'évaluation utilisé – cf. § précisions échelles)</p> <p><b>en médecine</b> : le traitement correspond à la prescription antalgique au moment du score d'intensité de la douleur le plus élevé – Q3a</p> <p><b>en chirurgie</b> : le traitement correspond à la prescription antalgique pour le relais per os – Q3e</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traçabilité de l'évaluation de la douleur :</li> </ul>	<p>proportion de dossiers patients mentionnant un relevé périodique de score d'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle d'évaluation (Q2b)</p>

## Annexe 4 - Indicateurs de la qualité de la prise en charge de la douleur

### *Développement d'indicateurs de suivi de la prise en charge*

La prise en charge de la douleur est un processus complexe comprenant quatre étapes : 1) information aux patients à l'admission dans le service ; 2) diagnostic et communication au sein de l'équipe soignante ; 3) traitement de la douleur physique ; 4) suivi et information des patients sur le traitement. Dans le cadre du programme d'amélioration initié en 1999, il est apparu nécessaire de mettre en place des indicateurs mesurant de façon synthétique cette complexité, couvrant l'ensemble du processus et permettant un suivi de l'évaluation par la suite. Un travail préalable d'un groupe de travail multidisciplinaire et multi professionnel a permis d'identifier deux indicateurs de résultats et onze indicateurs de processus. Au final, quatre indicateurs de suivi de la prise en charge de la douleur physique des patients adultes, capables de s'auto-évaluer, ont été validés lors de l'analyse des données des enquêtes transversales [1]. Leur mesure concomitante permet donc d'avoir une appréciation globale du processus de prise en charge de la douleur, et pour un établissement d'identifier les étapes du processus à améliorer en priorité.

### *Utilisation d'indicateurs de la prise en charge de la douleur*

#### **1. Compaqh**

Le projet Compaqh avait pour objectif de développer une batterie d'indicateurs de qualité de soins. La première étape a consisté à sélectionner des indicateurs parmi l'ensemble des indicateurs recensés pour huit objectifs définis comme prioritaires par le Ministère de la Santé dont la lutte contre la douleur. A l'issue de l'étape d'identification des indicateurs composant le tableau de bord, 43 indicateurs ont été sélectionnés au final. Ceux-ci ont été par la suite mis en œuvre puis validés en permettant une comparaison inter-établissements (cf. Bulletin n°15). Deux indicateurs concernaient la lutte contre la douleur. Entre 2003 et 2006, 10 établissements de la région Aquitaine de statuts différents ont participé à ce projet avec le soutien logistique du CCECQA notamment au cours du recueil. Chaque établissement a reçu ses propres résultats intégrant une comparaison graphique inter-établissements basée sur un principe d'anonymat.

#### **2. GINQA**

L'ARH d'Aquitaine a décidé d'inscrire, dès 2006, dans les annexes « qualité » des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (C POM), la collecte d'indicateurs de qualité pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés de la région. Le CCECQA a été sollicité pour assurer l'organisation, l'analyse et l'accompagnement des établissements dans la production de ces indicateurs. Quatre indicateurs issus de l'expérimentation Compaqh, portant principalement sur la traçabilité d'informations, ont été sélectionnés dont un spécifique à la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans les dossiers-patient. L'étude a concerné 124 établissements privés et publics, MCO et SSR de la région Aquitaine. Entre 16% et 70% des dossiers selon le statut de l'établissement et l'activité du service contenaient un résultat d'évaluation de la douleur avec une échelle. La principale raison évoquée était l'absence d'utilisation (ou de trace d'utilisation) d'une échelle chez les patients considérés non algiques. Des

données complémentaires ont permis de montrer que la traçabilité de la douleur par une échelle était globalement meilleure dans les services de chirurgie-obstétrique qu'en médecine, et dans les MCO privés que dans les autres établissements. Par ailleurs, l'utilisation d'une échelle était moins fréquente chez les personnes âgées de plus de 75 ans, difficulté signalée par plusieurs établissements SSR. La réunion de restitution des résultats aux établissements en mars 2007 a fait partie intégrante de l'étude [2]. Elle a été l'occasion pour les établissements d'identifier des pistes d'amélioration à partir de l'expérience des établissements les plus avancés.

### Intitulé et définition des indicateurs élaborés, validés et utilisés au cours des différentes évaluations

Indicateur ○ définition	PAD* 1999-2001	EGD* 2003-2005	COMPAQH 2004	GINQA 2006	GINQA-Médina et IPAQH 2008
Information à l'admission ○ proportion de patients ayant été encouragés à signaler leur douleur à leur admission	✗	✗			
Traitement de la douleur ○ proportion de patients douloureux ayant un traitement antalgique	✗	✗	✗		
Patients douloureux ○ prévalence instantanée de patients douloureux	✗	✗			
Satisfaction des patients ○ proportion de patients satisfaits de la prise en charge de leurs douleurs physiques	✗	✗			
Traçabilité de l'évaluation de la douleur ○ proportion de dossiers comportant au moins un résultat d'évaluation de la douleur avec une échelle			✗	✗	✗

\* PAD - programme d'amélioration de la prise en charge de la douleur ; EGD - Etats Généraux de la douleur

### 3. GINQA-Médina et IPAQH

L'ARH d'Aquitaine, en coordination avec la HAS en 2008, a renouvelé une collecte généralisée d'indicateurs de qualité à l'ensemble des établissements de santé publics et privés de la région, MCO et SSR, sous le nom de GINQA-MédINA. Il s'agit d'une deuxième mesure après celle réalisée en 2006 et appelée GINQA. L'objectif de ce projet était d'élaborer un tableau de bord d'indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé de la région. Le CCECQA a été mandaté pour accompagner les établissements, tant dans la production des données que dans leur exploitation et leur analyse. Ce tableau de bord a été alimenté par plusieurs sources d'indicateurs dont les indicateurs IPAQH. Leur recueil a été rendu obligatoire par la HAS dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé. La traçabilité de la douleur était l'un des indicateurs de processus de prise en charge des patients et concernait tous les établissements MCO et SSR. Chaque établissement a reçu des résultats comparatifs avec les autres établissements et les résultats comparatifs de l'évolution entre 2006 et 2008. Les résultats globaux ont été présentés lors d'une réunion de restitution régionale le 16 mai 2009. Ils portent sur 77 établissements MCO dont 53 privés et 57 établissements SSR en Aquitaine. Plus de la moitié des dossiers analysés comportaient au moins une évaluation de la douleur à l'aide d'une échelle. D'après les résultats comparatifs entre 2006 et 2008, la traçabilité de l'évaluation de la douleur s'est améliorée dans les établissements SSR : une augmentation significative a été mise en évidence pour 36 établissements SSR (augmentation de plus de 50% pour 15 établissements) contre 4 établissements pour lesquels la mesure de



l'indicateur a diminué. En MCO, l'amélioration est moins nette : 23 établissements pour lesquels une augmentation significative a été mise en évidence (augmentation de plus de 50% pour 4 établissements) contre 13 établissements pour lesquels c'est une diminution qui était significative.

[1] Domecq S, de Sarasqueta AM, Michel P. Elaboration et évaluation d'indicateurs de la prise en charge de la douleur en Aquitaine. Bordeaux: CCECQA ; 2003.

[2] Hubert B, Billiard-Decré C, Benjaber K, Andreu N, Brandy J, Tricaud-Vialle S, Djihoud A. Bilan de l'étude GINQA. Rapport intermédiaire. Bordeaux: CCECQA; 2007.

## Annexe 5 – Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1999

### Règlementation

#### Circulaire DGS/DH/DAS N°99/84 du 11 février 1999

Cette circulaire favorise la prise en charge de la douleur dans les services hospitaliers et notamment dans les services d'urgence en privilégiant le travail d'équipe. Elle incite les personnels médicaux et infirmiers à agir dans le cadre de protocoles de soins. La mise en place de ces protocoles implique (entre autres) leur validation par l'ensemble de l'équipe médicale, leur signature par le médecin responsable et le cadre de santé du service, leur diffusion à l'ensemble du personnel.

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA  
SOLIDARITE**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
Bureau SQ2

DIRECTION DES HOPITAUX

Paris, le

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

La ministre de l'emploi et de la solidarité

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des  
agences régionales de l'hospitalisation  
(pour attribution)

Madame et Messieurs les préfets de  
région  
Direction régionale des affaires sanitaires  
et sociales

Mesdames et Messieurs les préfets de  
département  
Direction départementale des affaires  
sanitaires et sociales

**CIRCULAIRE N°DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 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 médico-sociales

Date d'application :

NOR : MESP9930050C (texte non paru au Journal Officiel)

Grille de classement : SP 4 43 Renvoi à : SP 3 311 . SP 3 312 . AS 1 11

**Résumé** : L'amélioration de la prise en charge de la douleur aiguë des personnes malades concerne l'ensemble des services hospitaliers, notamment les services d'urgences, ainsi que les institutions médico-sociales. Cette démarche repose sur un travail d'équipe formée et sachant utiliser les outils d'évaluation de la douleur. Dans ce cadre, les personnels médicaux et infirmiers doivent agir sur

protocoles de soins. La mise en oeuvre de ceux-ci peut, dans des conditions pré-déterminées, être déclenchées à l'initiative de l'infirmier.

**Mots-clés** : Protocoles de soins - équipe pluridisciplinaire - douleur - antalgiques - outils d'évaluation - initiative -

**Textes de référence** :

- Article L 710-3-1 du code de la santé publique;
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales;
- Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières;
- Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier;
- Circulaire n°98-586 DGS/DH du 22 septembre 1998 sur les mesures ministérielles prises dans le cadre du plan de lutte contre la douleur.

Textes abrogés ou modifiés :

Un plan triennal de lutte contre la douleur (1998-2000) a été mis en place. Ce plan s'appuie sur la réflexion engagée depuis plusieurs années par les pouvoirs publics en faveur d'une meilleure prise en charge globale du patient à toutes les étapes de l'histoire de sa maladie et vise à ce que la douleur ne soit plus vécue comme une fatalité.

Le programme de lutte contre la douleur s'articule autour de quatre axes principaux :

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

Dans le cadre de ce plan, la présente instruction entend inciter les équipes médicales et soignantes à élaborer des protocoles autorisant les infirmiers à utiliser certains antalgiques, conformément aux dispositions de l'article 8 du décret n°93-345 du 15 mars 1993.

L'élaboration et la mise en oeuvre de protocole de soins constituent une des réponses que doivent apporter les établissements de santé dans le cadre de leur projet d'établissement à l'obligation qui leur est faite par l'article L 710-3-1 du code de la santé publique, de prendre en charge la douleur.

**La base juridique**

Au terme de l'article 8 du décret N°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, "l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier applique les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part et dès que possible, d'un compte rendu écrit, daté, signé, et remis au médecin. Lorsque la situation d'urgence s'impose à lui, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger le patient vers la structure de soin la plus appropriée à son état".

Sur cette base, des protocoles de soins visant à la prise en charge rapide des personnes malades qui présentent des douleurs aiguës peuvent être élaborés.

Cet appel à la prise en charge optimale de la douleur aiguë par les établissements de santé et les institutions médico-sociales nécessite l'engagement des professionnels dans une démarche institutionnelle. C'est à ce titre qu'un guide méthodologique sera prochainement diffusé.

**Cadre général de mise en place d'un protocole de soins**

La mise en place de protocoles de soins repose sur un travail d'équipe et doit s'intégrer dans l'organisation des soins.

Le personnel médical et paramédical doit être systématiquement en possession des échelles d'évaluation analogique (EVA) de mesure de l'intensité de la douleur qui se présentent sous la forme d'une réglette. Dans certains contextes cliniques où le rapport verbal n'est pas possible, l'évaluation peut se fonder sur les manifestations comportementales observables.

Les protocoles de soins sont :

- élaborés conjointement par les personnels médicaux et infirmiers impliqués dans leur mise en oeuvre, avec, si besoin, l'aide de médecins expérimentés dans la prise en charge de la douleur,
- validés par l'ensemble de l'équipe médicale, par le pharmacien hospitalier ou pharmacien-gérant de l'établissement et par le directeur du service des soins infirmiers,
- obligatoirement datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service,
- diffusés à l'ensemble du personnel médical et non médical du service, au directeur de l'établissement, au directeur du service des soins infirmiers et au pharmacien hospitalier,
- remis à chaque nouveau personnel dès son arrivée,
- accessibles en permanence dans le service:
  - placés dans un classeur identifié
  - et, selon l'organisation du service, affichés
- évalués et si nécessaire réajustés et, dans ce cas, redatés et signés,
- revus obligatoirement au moins une fois par an,
- revalidés systématiquement à chaque changement de l'un des signataires et rediffusés.

Les actions mises en oeuvre par l'infirmier pour la prise en charge de la douleur doivent faire l'objet de transmissions écrites.

Le protocole établi doit annoncer explicitement d'une part, qu'il peut être mis en oeuvre à l'initiative de l'infirmier et, dans ce cas, il doit en préciser les critères sur lesquels l'infirmier va fonder sa décision d'intervention et, d'autre part, il doit indiquer précisément les conditions dans lesquelles cette initiative de l'infirmier est autorisée.

### Deux situations peuvent être distinguées dans la prise en charge de la douleur aiguë

1 - Dans les services d'urgence, services hospitalier et pré-hospitalier (SAMU et SMUR), l'organisation doit avoir pour objectif la prise en charge des personnes malades dans les meilleurs délais pour des raisons évidentes de qualité et de sécurité des soins mais aussi pour éviter au patient des délais d'attente dans un tableau clinique de douleur.

Pour résoudre les situations d'attente de personnes malades qui peuvent se produire en service d'urgence, l'infirmier peut mettre en oeuvre un protocole après autorisation du médecin ayant identifié l'origine de la douleur présentée par le patient. Dans ces cas, l'infirmier doit avoir procédé à l'évaluation de l'intensité de la douleur présentée par la personne malade au moyen de l'échelle EVA dont il dispose et avoir transmis ce résultat au médecin. Le protocole mis en oeuvre doit répondre aux exigences du cadre général énoncé ci-dessus. L'infirmier doit obligatoirement informer le médecin de son initiative et la consigner dans le dossier de soins.

2 - Dans les services d'hospitalisation, la prise en charge de la douleur doit être un des axes du projet de service. C'est dans ce contexte que les infirmiers peuvent, sur leur propre initiative, mettre en oeuvre le protocole à visée antalgique pour la prise en charge des douleurs aiguës. Le protocole doit répondre aux exigences du cadre général. L'infirmier doit obligatoirement informer le médecin de son initiative et la consigner dans le dossier de soins.

3 - Dans les institutions médico-sociales, la prise en charge de la douleur doit être assurée chaque fois que l'état de la personne le nécessite, en collaboration avec les équipes hospitalières locales les plus compétentes et expérimentées, par le biais de conventions formalisées avec l'établissement sanitaire concerné pour l'utilisation des protocoles à visée antalgique adaptés.

Un mode de prise en charge qui fait appel à un personnel formé et à la notion d'équipe pluriprofessionnelle

Je vous demande de veiller à ce que les personnels infirmiers et infirmiers spécialisés concernés par la présente instruction puissent bénéficier d'une formation préalable à la mise en application de protocoles de soins visant à la prise en charge de la douleur et qu'ils réactualisent régulièrement leurs connaissances, conformément aux dispositions de l'article 10 du décret 93-221 du 16 février 1993, notamment sur les médicaments à visée antalgique et sur l'utilisation des outils d'évaluation de la douleur ainsi que la prise en charge de la douleur.

Ces dispositions s'appliquent quel que soit le lieu où séjourne la personne malade, dès lors que l'organisation le permet.

Vous trouverez en annexe des définitions et une liste indicative de textes résultant de conférences de consensus ainsi que de recommandations de sociétés savantes en matière de prise en charge de la douleur. Ces textes seront prochainement disponibles sur le site internet du ministère à l'adresse "[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)".

B. Kouchner

---

## **ANNEXE I - DEFINITIONS DES DIFFERENTS TYPES DE DOULEURS**

Selon la définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion".

**La douleur aiguë** est une sensation vive et cuisante, qui s'inscrit dans un tableau clinique d'évolution rapide. Les exemples de douleur aiguës sont classiquement les douleurs post-opératoires, les douleurs viscérales abdominales ou pelviennes qui peuvent être des urgences chirurgicales ou qui peuvent simuler des tableaux d'urgences opératoires, elles sont alors dites pseudo-chirurgicales, les douleurs de fractures, les douleurs du travail en obstétrique, et toutes les douleurs aiguës secondaires à une pathologie médicale (neurologie, rhumatologie...).

**La douleur chronique** est une douleur rebelle aux traitements antalgiques usuels qui évolue depuis au moins six mois. Les douleurs chroniques se répartissent en plusieurs catégories qui sont les douleurs cancéreuses provoquées par le cancer lui-même, les douleurs secondaires au cancer, d'origine iatrogènes ou encore dues à une maladie concomitante, les douleurs liées à l'infection par le VIH, les douleurs chroniques non cancéreuses et les douleurs psychogènes.

## **PROTOCOLES DOULEUR AIGUE**

### **LA DOULEUR AUX URGENCES**

#### **CONFERENCE DE CONSENSUS**

Le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans un service d'accueil et d'urgence.

4/04/1993

3<sup>ème</sup> Conférence de consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences médicales, Créteil

#### **RECOMMANDATIONS**

Guidelines for monitorings and management of pediatric patients during and after sedation and therapeutic procedures

1992 (juin, 89 : 1110-5)  
American Academy of Pediatrics

## LA DOULEUR POST-OPERATOIRE

### 1 - ADULTE

#### CONFERENCE DE CONSENSUS

Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant  
12/12/1997  
Société Française d'Anesthésie Réanimation  
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

#### RECOMMANDATIONS

Clinical practice guidelines. Acute pain management : operative or medical procedures and trauma.  
U.S. Department of health and human services. Public health service. Agence for health care policy and research.

Douleurs post-opératoires : Recommandations  
1996

Délégation à l'évaluation médicale. Direction de la prospective et de l'information médicale. Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Analgsie post-opératoire – Recommandations  
08/1997  
Société Francophone d'Etude de la Douleur

Analgsie post-opératoire – Recommandations personnel infirmier  
10/1997  
Société Francophone d'Etude de la Douleur

Définition, techniques anesthésiques et analgsiques chez le patient ambulatoire  
10/1997  
Société Francophone d'Etude de la Douleur

### 2. ENFANT

#### CONFERENCE DE CONSENSUS

Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant  
12/12/1997  
Société Française d'Anesthésie Réanimation  
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

#### CONFERENCE D'EXPERT

Anesthésie loco-régionale chez l'enfant  
1997  
Société Française d'Anesthésie Réanimation

#### RECOMMANDATIONS

Quick référence guide for clinician : acute pain management in infants, children and adolescent.  
Operative health procedure.  
U.S. Department of health and human services. Public health service. Agence for health care policy and research.

## Annexe 6 - Analyse des données

Il s'agit d'une analyse descriptive des données qui peut être réalisée avec le logiciel Excel.

### Concernant les résultats de l'audit organisationnel

- **Représentation graphique en radar**

Une représentation graphique en radar est proposée pour comparer l'organisation actuelle sur l'ensemble des services (profil moyen) à une organisation optimale de référence (profil optimal)<sup>1</sup>. L'objectif est ainsi de connaître l'organisation actuelle afin de repérer les points forts et les points faibles.

Les points forts se répartissent parmi cinq dimensions à étudier pour chaque organisation relative à la prise en charge de la douleur à deux niveaux : au niveau établissement et au niveau unité de soins. Pour chacune des dimensions étudiées, des critères les illustrent et une cotation binaire (oui/non) est proposée, interprétée par la suite en point fort et point faible.

Cotation donnée par le service	Interprétation
Oui	Point fort
Non	Point faible

Le nombre optimal de points forts par dimension varie :

Dimensions étudiées	Nb de points forts
<b>Au niveau de l'établissement</b>	
Engagement de l'établissement	10 points forts
Organisation structurée	6 points forts
Evaluation du projet d'amélioration	5 points forts
<b>Au niveau de l'unité de soins</b>	
Organisation mise en place	7 points forts
Protocoles et procédures	8 points forts
<b>Nombre optimal de points forts</b>	<b>36 points forts</b>

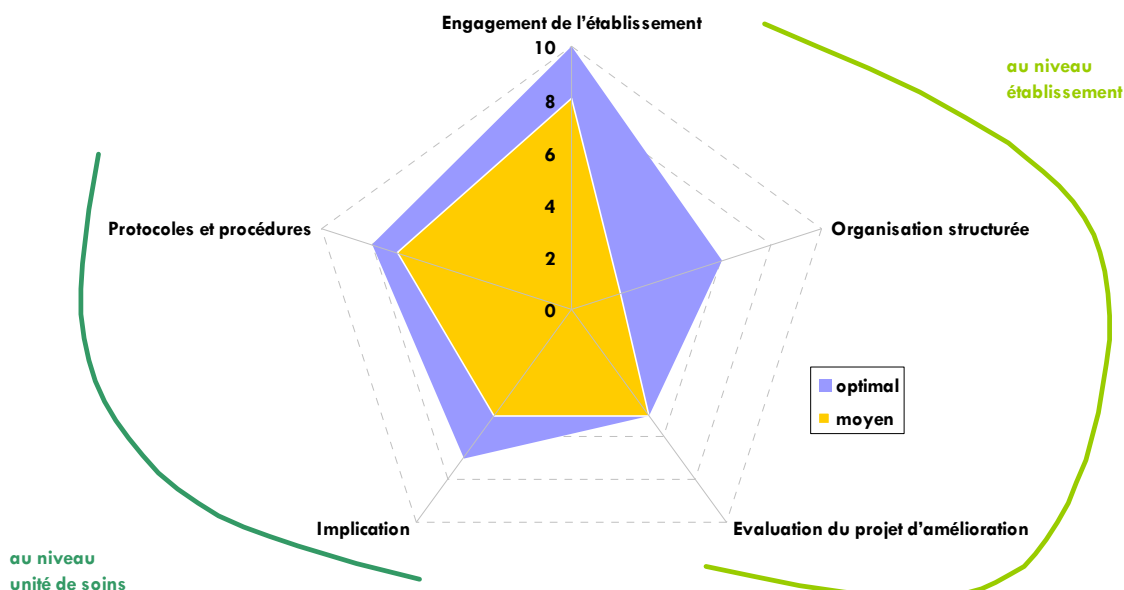
<sup>1</sup> Pratiquer un audit organisationnel vise à évaluer l'organisation d'une unité pour atteindre une mission préalablement déterminée. L'organisation peut se définir comme l'ensemble des décisions prises concernant la description, la planification, la réalisation, l'évaluation des tâches et des missions mais aussi la communication et les interactions entre les différents acteurs d'un système.

Cette organisation dépend des choix stratégiques de l'encadrement, des ressources humaines, des ressources matérielles, des moyens d'information et de communication. Une bonne organisation évitera des dysfonctionnements et des dérives collectives pouvant nuire à la qualité des soins.

Les résultats de l'audit mettent en évidence les vulnérabilités organisationnelles susceptibles de créer un environnement favorable à la survenue d'incidents et/ou d'accidents. Ces vulnérabilités devront être supprimées afin d'obtenir la meilleure organisation possible c'est-à-dire celle qui offre la meilleure qualité de soins et la plus grande sécurité.

Par un diagnostic rapide de l'organisation actuelle, l'audit organisationnel constitue une excellente occasion d'une réflexion pluridisciplinaire sur la prise en charge de la douleur et des autres symptômes chez les patients requérant des Soins Palliatif afin d'envisager les améliorations possibles. Il donne l'opportunité de réduire les points faibles et de valoriser les points forts existants.

## Exemples de représentation et d'interprétation :



Par rapport au profil optimal, l'écart le plus important concernait la dimension « Organisation structurée – au niveau de l'établissement » tandis que la conformité était atteinte pour la dimension « Evaluation du projet d'amélioration de la PEC de la douleur – au niveau de l'établissement ».

- **Description par critère**

Pour chaque critère, un descriptif du niveau de conformité peut être représenté graphiquement comme dans l'exemple suivant.

## Exemple de présentation :

**POLITIQUE MISE EN PLACE AUTOUR DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR****AU NIVEAU DE L'ETABLISSEMENT**

<b>Existence d'une organisation pluri professionnelle et structurée de santé autour de la douleur</b>	<b>conformité</b>
11 – Un expert médical qualifié est disponible dans l'établissement de santé : il a reçu la formation adéquate (capacité douleur)	Oui
12 – Les personnes ressources pour les situations très algiques sont identifiées	Oui
13 – La douleur chronique fait l'objet d'une organisation spécifique (consultation, équipe mobile...)	NA
14 – Les soins palliatifs et de fin de vie font l'objet d'une organisation spécifique (consultation, équipe mobile...)	NA
15 – La mise à disposition des molécules de palier III (morphiniques) sur les 24 heures, fait l'objet d'une organisation cohérente mise en place dans tous les services, et coordonnée par le pharmacien de l'établissement de santé	Non
16 – La maintenance des pompes d'analgésie autocontrôlée par l'atelier biomédical est organisée dans l'établissement de santé afin d'assurer la disponibilité de matériel fonctionnel	NA



### Concernant les critères de l'audit des pratiques

- Indicateurs de prise en charge de la douleur

Exemple :

Nom de l'indicateur définition de l'indicateur	n	oui	%	[IC95%]	0	20	40	60	80	100%
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Prévalence de la douleur :</b> proportion de dossiers patients mentionnant un score d'intensité de la douleur supérieur au seuil de douleur (fixé en fonction de l'outil d'évaluation utilisé)</li> </ul>	25	15	60,0	[40,8 - 79,2]						
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Traitement des patients douloureux :</b> proportion de dossiers patients mentionnant l'existence d'un traitement antalgique au moment du relevé du score d'intensité de la douleur le plus élevé chez les patients considérés douloureux (au seuil de douleur fixé en fonction de l'outil d'évaluation utilisé)</li> </ul>	15	10	66,7	[42,8 - 90,5]						
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Traçabilité de l'évaluation de la douleur :</b> proportion de dossiers patients mentionnant un relevé périodique de score d'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle d'évaluation</li> </ul>	30	18	60,0	[42,5 - 77,5]						

- **Description par critère**

Un descriptif de l'échantillon de dossiers analysés est réalisé :

- Répartition des dossiers analysés par service (effectif et proportion)
- Période d'inclusion des dossiers
- Durée de séjour (moyenne, minimum, maximum, médiane)
- Répartition par service des patients connus antérieurement (effectif et proportion)

Pour chaque critère, un taux de conformité est précisé accompagné d'une représentation graphique.

Exemple :

	n	oui	%	NSP	NA	DM	0	20	40	60	80	100%	
<b>1. A l'admission (ou en visite pré-anesthésique)</b>													
1a. Recherche des signes de douleur à l'admission	30	15	50,0										
1b. Patients non communicants	30	23	76,7	7									
1c. Traçabilité de l'évaluation de la douleur à l'admission	30	20	66,7										
1c(bis). Intensité de la douleur													
% de patients douloureux	20	4	20,0										
-----													
échelles utilisées :													
		oui	%		oui	%							
	EVA	15	75,0		EOC	2	10,0						
	EN	0	0,0		Doloplus	3	15,0						
	EVS	0	0,0		ECPA	0	0,0						
-----													
1d. Mention de la transmission de l'information ciblée	30	10	33,3										
1e. Prescription d'un traitement antalgique à l'admission	27	26	96,3		3								

## Annexe 7 – Echelles d'évaluation de la douleur

## → Echelles d'auto-évaluation de la douleur

### • Echelle Numérique (EN)

Source : Soins Palliatifs en Equipe : le rôle infirmier. Edition Institut UPSA de la Douleur, 2006

Entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur pour chacun des trois types de douleur. La note 0 correspond à "pas de douleur". La note 10 correspond à la "douleur maximale imaginable".

*Douleur au moment présent :*

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

*Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :*

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

*Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :*

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Référence : A.N.A.E.S., février 1999

### • Echelle Verbale Simple (EVS)

Source : Soins Palliatifs en Equipe : le rôle infirmier. Edition Institut UPSA de la Douleur, 2006

Pour préciser l'importance de votre douleur, répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

*Douleur au moment présent :*

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

*Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :*

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

*Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :*

0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
--------------	-------------	--------------	--------------	--------------------------

Référence : A.N.A.E.S., février 1999

- **Echelle Visuelle Analogique (EVA)**

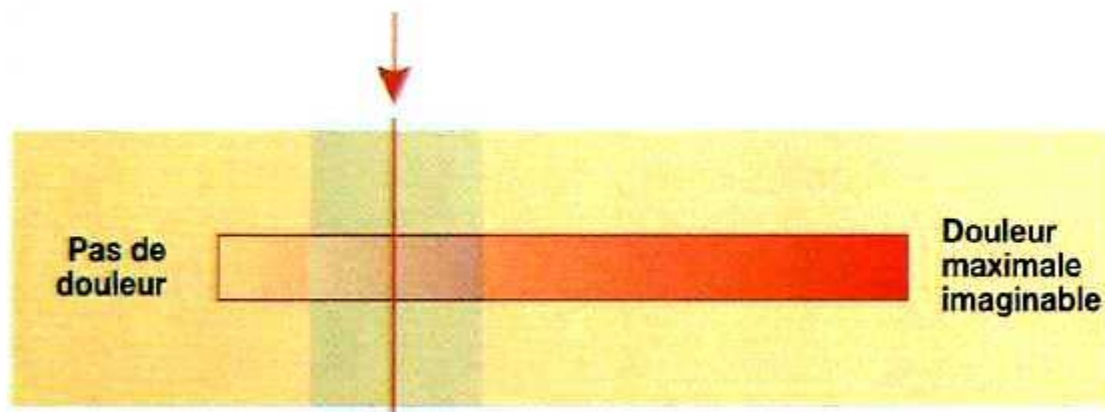
L'EVA se présente sous la forme d'une réglette en plastique de 10 cm graduée en mm, qui peut être présentée au patient horizontalement ou verticalement.

Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à "**Absence de douleur**", et l'autre à "**Douleur maximale imaginable**".

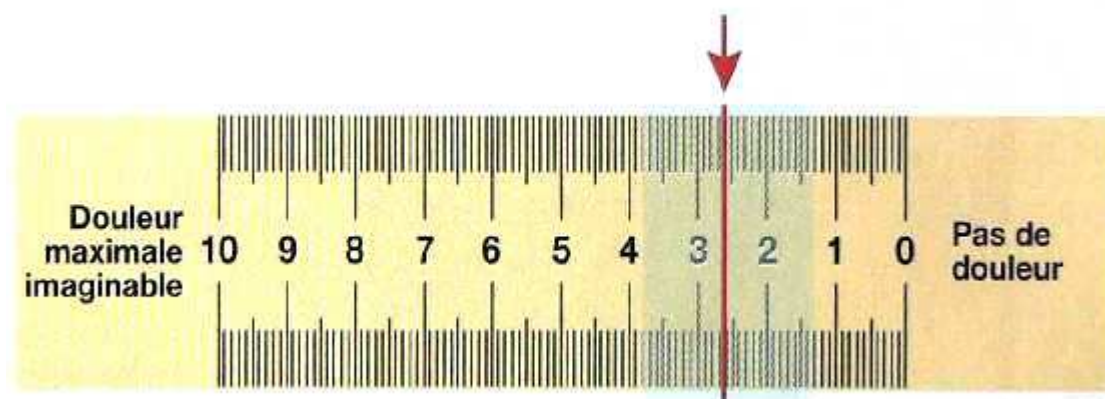
Le patient doit, le long de cette ligne, positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur

Sur l'autre face, se trouvent des graduations millimétrées vues seulement par le soignant. La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur, qui est mesurée en mm.

**Réglette côté malade :**



**Réglette côté soignant :**



- **Correspondance entre les outils d'auto-évaluation et l'intensité de la douleur**

Source : *Méthodologie des essais cliniques dans le domaine de la douleur. Institut UPSA de la Douleur.*

Type de douleur	EVA
Douleur « légère »	1 à 3 cm
Douleur « modérée »	3 à 5 cm
Douleur « intense »	5 à 7 cm
Douleur « très intense »	> 7cm
Seuil d'intervention thérapeutique*	3 / 10

\* seuil au-delà duquel la mise en route d'un traitement est indispensable, en deçà l'intervention thérapeutique reste à l'appréciation du patient et du soignant.

## → Echelles d'hétéro-évaluation de la douleur

- **Echelle EOC (Echelle Observation Comportementale)**

L'Echelle d'Observation Comportementale (EOC) de François Boureau représente une version simplifiée des échelles d'évaluation de la douleur **chez les patients adultes non communicants (sans limite d'âge)**.

L'Unité Soutien Douleur (USD) du CHU de Bordeaux et le CCECQA ont mené une étude auprès de patients hospitalisés au CHU de Bordeaux pour valider une version modifiée de l'EOC à 5 items après ajout de l'item « Agressivité/agitation ou mutisme/prostration ». Ce projet a bénéficié du soutien de l'Institut UPSA de la Douleur. Le recueil, organisé par l'USD avec les 30 services volontaires, s'est déroulé entre novembre 2007 et mars 2008. L'analyse des données a porté sur 395 patients communicants et 52 patients non communicants. Les résultats ont montré la validité de l'EOC modifiée : excellente acceptabilité, bonne corrélation (égale à 0,82 entre ECPA et EOC), bonne représentation de chacun des items (alpha de Cronbach=0,70), excellente reproductibilité (CIC=0,94), bon pouvoir discriminant des patients douloureux (sensibilité=87%, spécificité=94%). Un seuil à partir duquel un patient était considéré douloureux a donc été validé (**seuil de douleur à 2 (≥2) pour un score sur 10**). Il a été relevé de plus une bonne appropriation de l'échelle par les services participants et la mise en place sur l'ensemble du CHU de Bordeaux.

*Travail de validation de l'EOC modifiée mené par l'équipe de l'Unité Soutien Douleur du CHU de Bordeaux et le CCECQA en 2008 – [www.ccecqa.asso.fr](http://www.ccecqa.asso.fr) – contact : [sandrine.domecq@ccecqa.asso.fr](mailto:sandrine.domecq@ccecqa.asso.fr)*

*Source : Boureau F, Luu M, Héricord P. Evaluation de l'intensité de la douleur au service d'accueil et des urgences. Intérêt des échelles d'évaluation. Réan Urg. 1993;2(3bis):331-335.*

<b>Echelle d'Observation Comportementale modifiée</b>			<b>Score</b>
<i>Noter pour chaque item la situation caractérisant au mieux le patient.</i>			
<b>Pousse des gémissements, des plaintes</b> (Expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Front plissé, crispation du visage</b> (Expression du visage, du regard, et mimiques douloureuses)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos "assis ou allongé"</b> (Recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée douloureuse)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Mouvements précautionneux</b> (A la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Agressivité/agitation ou mutisme/prostration</b> (Communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou replis sur soi)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Score total</b> <i>Le patient est considéré comme douloureux si le score total est supérieur ou égal à 2.</i>			<b>/10</b>

<b>Echelle d'Observation Comportementale modifiée</b>			<b>Score</b>
<i>Noter pour chaque item la situation caractérisant au mieux le patient.</i>			
<b>Pousse des gémissements, des plaintes</b> (Expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Front plissé, crispation du visage</b> (Expression du visage, du regard, et mimiques douloureuses)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos "assis ou allongé"</b> (Recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée douloureuse)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Mouvements précautionneux</b> (A la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Agressivité/agitation ou mutisme/prostration</b> (Communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou replis sur soi)	Absent Faible Marqué	0 1 2	
<b>Score total</b> <i>Le patient est considéré comme douloureux si le score total est supérieur ou égal à 2.</i>			<b>/10</b>

- **Echelle ECPA (Echelle Comportementale de la douleur chez la personne âgée)**

Source : Morello R et Coll. Une échelle comportementale d'évaluation de la douleur (E.C.P.A.). Lettre Mensuelle de l'Année Gériatrique n° 100-Décembre 1999.



## ECPA

Nom : .....  
 Prénom : ..... SCORE TOTAL (sur 32) : .....  
 Service : .....  
 Date : ...../...../..... Heure : .....h.....

Cocher pour chaque item la situation caractérisant au mieux le patient.

I OBSERVATION AVANT LES SOINS	II Observation pendant les soins
<b>1/ Expression du visage : REGARD et MIMIQUE</b>	<b>5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins</b>
0 : Visage détendu <input type="checkbox"/> 1 : Visage soucieux <input type="checkbox"/> 2 : Le sujet grimace de temps en temps <input type="checkbox"/> 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé <input type="checkbox"/> 4 : Expression complètement figée <input type="checkbox"/>	0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété <input type="checkbox"/> 1 : Angoisse du regard, impression de peur <input type="checkbox"/> 2 : Sujet agité <input type="checkbox"/> 3 : Sujet agressif <input type="checkbox"/> 4 : Cris, soupirs, gémissements <input type="checkbox"/>
<b>2/ POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)</b>	<b>6/ Réactions pendant la MOBILISATION</b>
0 : Aucune position antalgique <input type="checkbox"/> 1 : Le sujet évite une position <input type="checkbox"/> 2 : Le sujet choisit une position antalgique <input type="checkbox"/> 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique <input type="checkbox"/> 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur <input type="checkbox"/>	0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière <input type="checkbox"/> 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins <input type="checkbox"/> 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins <input type="checkbox"/> 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins <input type="checkbox"/> 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins <input type="checkbox"/>
<b>3/ MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient (hors et/ou dans le lit)</b> <input type="checkbox"/> NA	<b>7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES</b>
0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* <input type="checkbox"/> 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements <input type="checkbox"/> 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* <input type="checkbox"/> 3 : Immobilité contrairement à son habitude* <input type="checkbox"/> 4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude* <input type="checkbox"/>	0 : Aucune réaction pendant les soins <input type="checkbox"/> 1 : Réaction pendant les soins, sans plus <input type="checkbox"/> 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses <input type="checkbox"/> 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses <input type="checkbox"/> 4 : L'approche des zones est impossible <input type="checkbox"/>
<b>4/ RELATION A AUTRUI - Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...</b> <input type="checkbox"/> NA	<b>8/ PLAINTES exprimées PENDANT les soins</b>
0 : Même type de contact que d'habitude* <input type="checkbox"/> 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* <input type="checkbox"/> 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* <input type="checkbox"/> 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* <input type="checkbox"/> 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude* <input type="checkbox"/>	0 : Le sujet ne se plaint pas <input type="checkbox"/> 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui <input type="checkbox"/> 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant <input type="checkbox"/> 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne <input type="checkbox"/> 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne <input type="checkbox"/>
* se référer aux jours précédents ** ou prostration NA : Non Applicable	

- **Echelle DOLOPLUS**

Échelle d'évaluation comportementale de la douleur **chez les personnes âgées** présentant des troubles de la communication verbale, DOLOPLUS 2 se présente sous la forme d'une fiche d'observation comportant dix items répartis en trois sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (cinq items somatiques, deux items psychomoteurs et trois items psychosociaux).

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à quatre niveaux exclusifs et progressifs), ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30.

La douleur est clairement affirmée pour un **score supérieur ou égal à 5 sur 30.**

Source : [www.doloplus.com](http://www.doloplus.com)

# ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE'E

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

COPYRIGHT

DOLOPLUS



# DOLOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

**TOUT CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE DOIT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR**

[www.doloplus.com](http://www.doloplus.com)

DOLOPLUS

Ce document a été réalisé grâce à la Fondation CNP

## LEXIQUE

### Plaintes somatiques

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris - pleurs - gémissements.

### Positions antalgiques

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

### Protection de zones douloureuses

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

### Mimique

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçons, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

### Sollicitation

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)

### Toilette / Habillage

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

### Mouvements

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position - transferts - marche, seul ou avec aide.

### Communication

Verbale ou non verbale

### Vie sociale

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

### Troubles du comportement

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

fondation



Conception et réalisation : 33 64 240 000000000 : 01 49 49 96 79

## CONSEILS D'UTILISATION

### 1 • L'utilisation nécessite un apprentissage

Comme pour tout nouvel outil, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Avant tout changement de comportement, le soignant pensera à utiliser l'échelle. Le temps de cotation diminue avec l'expérience (quelques minutes au maximum). Lorsque c'est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

### 2 • Coter en équipe pluridisciplinaire de préférence

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. À domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade. L'échelle est à intégrer dans le dossier « soins » ou le « cahier de liaison ».

### 3 • Ne rien coter en cas d'item inadapté

Il n'est pas toujours possible d'avoir d'emblée une réponse à chaque item, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. On cotera alors les items possibles, la cotation pouvant s'enrichir dépendant au fil du temps.

### 4 • Les comportements passifs

Sont moins frappants mais tout aussi parlants et importants que les comportements actifs; par exemple, les troubles du comportement peuvent s'exprimer sur un mode hyperactif, tel que l'agressivité inhabituelle, mais aussi sur un mode de repli.

### 5 • La cotation d'un item isolé

N'a pas de sens; c'est le score global qui est à considérer. Si calcul ci se concentre sur les derniers items, la douleur est peu probable.

### 6 • Ne pas comparer les scores de patients différents

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné nous intéresse.

### 7 • Établir une cinétique des scores

La réévaluation sera quotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis s'espacera ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) sera un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

### 8 • En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test thérapeutique antalgique adapté

On admet qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Pour les scores inférieurs à ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade; si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur sera donc incriminée.

### 9 • L'échelle cote la douleur, et non la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

### 10 • Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Cependant, au moindre doute, l'auto-évaluation évitera la sous-estimation.

- **Echelle ALGOPLUS**

L'échelle Algoplus a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës **chez un patient âgé** pour tous les cas où une auto évaluation fiable n'est pas praticable (troubles de la communication verbale).

L'échelle comporte cinq items (domaines d'observation). La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter «oui » l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa pré existence.

Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. **Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la présence d'une douleur** avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80% et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique. Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

Source : [www.doloplus.com](http://www.doloplus.com) – Groupe de travail Algoplus (coordinateur Dr Patrice Rat - [patrice.rat@ap-hm.fr](mailto:patrice.rat@ap-hm.fr))



### Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

### Identification du patient

--

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....						
Heure	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....	.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>1 • Visage</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
<b>2 • Regard</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
<b>3 • Plaintes</b> « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
<b>4 • Corps</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
<b>5 • Comportements</b> Agitation ou agressivité, agrippement.												
<b>Total OUI</b>	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
<b>Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe						