

que les informations issues des 3 sources de données ne sont pas toujours concordantes.

Les résultats nous amènent à conclure que :

- les patients (32 %) sont insuffisamment informés sur le thème de la douleur bien que 80 % des soignants pensent le faire régulièrement ;
- les résultats qui concernent la recherche et l'évaluation de la douleur sont meilleurs que nous le pensions (60 % de dossiers avec trace d'une recherche ou évaluation de douleur) mais que les outils d'évaluation ne sont pas toujours bien utilisés ;
- les informations écrites sont dispersées, nuisant à la traçabilité : se pose la question d'un support spécifique ;
- les traitements antalgiques sont efficaces du point de vue des patients.

Enfin, ce genre d'étude est un moyen de resensibilisation des soignants et constitue une base de réflexion sur les actions à mener.

## EP23 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AU CHU DE TOULOUSE : LES PATIENTS RÉPONDENT

K. Delanoue-Ben M'Barek, M.C. Chassaigne, E. Arseguet, J. Lamonzie, M.C. Quintard, F. Gadrat, T. Parayre, M. Olivier  
*Service d'Anesthésie, CLUD, CHU Toulouse*

**Objectif :** L'évaluation de la prise en charge de la douleur auprès des soignants et des patients est pratiquée par le Service d'Anesthésie de notre CHU depuis 1999. Sur cette base de travail et dans la perspective de mettre en place une démarche qualité incluant tous les services médico-chirurgicaux, une évaluation de la prise en charge de la douleur auprès des patients est mandatée par la Direction des Soins Infirmiers.

**Description :** Le questionnaire initial est travaillé afin de l'adapter aux problèmes médicaux. Vingt quatre questions sont retenues. Cet audit a lieu un jour donné et concerne tous les patients en mesure de répondre.

Six cent quatre vingt dix-huit questionnaires sont distribués. Le taux de réponse est de 71 %. Soixante-six pour cent des patients ont une expérience douloureuse antérieure. Cinquante neuf pour cent d'entre eux ont été informés sur la prise en charge de la douleur. L'information orale est retenue dans 81 % des cas. Dans 82 %, l'encouragement à signaler sa douleur est formulé. La qualité de cette information est variable. Cinquante cinq pour cent des patients ont ressenti une douleur depuis l'arrivée dans le service d'accueil. Le temps de signalement est inférieur à 15 min pour un patient sur deux. Parmi les patients algiques, 36 % n'ont pas de mesure de leur score de douleur. Lorsqu'elle est faite, cette évaluation est moins d'une fois par jour par 24 % des patients. Cinquante et un pour cent des évaluations sont faites sur le mode « avez-vous mal ? ». L'utilisation de pompes à morphine n'apparaît que dans 11 % des cas. Soixante et onze pour cent des patients pensent qu'il n'est pas normal de souffrir en milieu hospitalier et 62 % d'entre eux n'ont pas peur de la morphine. Quand on compare les douleurs attendues et les douleurs ressenties par les patients, une nette différence s'impose.

**Conclusions :** Une différence notable entre les pratiques des soignants et le vécu des patients est ici mis en évidence. La formation des personnels soignants doit se poursuivre et surtout être renouvelée régulièrement.

## EP24 ACTES DOULOUREUX EN DERMATOLOGIE

A. Vinsonneau, G. Lozano-Chevallier, A. Cahana, E. Van Gessel  
*Service d'Anesthésiologie, Hôpitaux universitaires, Genève*

**Introduction :** La mission d'une équipe d'antalgie : assurer un suivi des patients opérés mais aussi entreprendre toute démarche susceptible de prévenir et soulager les actes douloureux provoqués.

**Objectifs :** Une enquête est menée afin de recenser auprès de l'équipe soignante de dermatologie les actes douloureux, les collaborations possibles avec notre équipe et les actions à mener. En avril 2003, nous avons distribué un questionnaire de 5 items aux infirmières et médecins du service dermatologie.

**Description :** Sur les 28 questionnaires, 57 % des infirmières, 25 % des médecins ont répondu.

Pour 68 % des infirmières, les pansements sont douloureux ; 87 % souhaitent notre intervention enfin, 94 % des infirmières souhaitent collaborer avec notre équipe. Les situations d'inadéquation de prescription sont évoquées 7 fois. Selon les infirmières, les internes sont peu formés et souvent dépourvus. Les propositions faites par les soignants sont centrées essentiellement sur l'éducation des patients ambulatoires, une prise en charge adéquate faite par l'interne et l'amélioration de l'évaluation. Parallèlement, un programme d'amélioration de la qualité en 2 étapes a été entrepris :

- distribution du document « le bon usage des médicaments » afin de laisser une autonomie de prescription et d'administration d'antalgiques par l'équipe médico-infirmière, et l'organisation pour les internes d'un cours sur la prise en charge de la douleur.
- prise en charge de certains patients pour la réalisation de blocs anesthésiques périphériques. À ce jour, 8 patients ont profité du savoir-faire et des compétences de notre équipe.

**Conclusion :** Nous avons répondu simplement à une demande d'amélioration de prise en charge de la douleur. Ce programme d'amélioration présente un axe enseignement avec des recommandations sur le traitement de la douleur et un axe clinique avec une collaboration active de notre équipe pour les situations les plus complexes en réalisant un acte technique.

## EP25 IMPLANTATION D'UN PROJET DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POST-OPÉATOIRE AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC À BRUXELLES

V. Trouveroy<sup>(1)</sup>, F. Singelyn<sup>(2)</sup>, B. Le Polain de Waroux<sup>(3)</sup>

1. Centre de Lutte Contre la Douleur, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles
2. Service d'Anesthésiologie, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles
3. Centre de Lutte Contre la Douleur, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles

**Objectifs :** Amener les équipes infirmières à gérer la douleur post opératoire par l'application de protocoles d'analgésie. La finalité étant de limiter les complications post opératoires chez le patient et de lui permettre de retrouver son autonomie le plus rapidement possible.

**Description :** Trois unités de chirurgie ont participé à cette démarche séquencée en plusieurs étapes.

1. Une étude de satisfaction a mis en évidence que les patients souffraient mais évoquaient peu leur douleur, réclamaient peu d'analgésiques et étaient paradoxalement satisfaits de la gestion de leur douleur ! Cette enquête a motivé les équipes à s'engager dans le projet ;

2. Des protocoles de traitements hiérarchisés ont été élaborés en regard de l'évaluation de la douleur ;
3. La formation des équipes soignantes, d'abord théorique, a nécessité un tutorat de chaque infirmier par l'infirmière référente « douleur ». Cette démarche a permis d'amener le changement de comportements face aux malades, aux craintes, aux préjugés ;
4. L'application de la démarche n'a pas été facile ! la vigilance s'est imposée à tous ! Des réunions pluridisciplinaires régulières ont été nécessaires pour améliorer le processus ;
5. Une évaluation à 6 mois a montré une amélioration dans le vécu des patients, dans les scores de douleur. Les équipes soignantes ont également exprimé leur satisfaction ;
6. Pérennisation et étendue de la démarche : La rédaction de documents de références, l'enregistrement d'indicateurs de qualité sont actuellement en cours. La démarche a été étendue à 5 autres unités de soins.

**Conclusions :** Pour aboutir, ce projet a nécessité l'engagement de toute l'équipe, une méthodologie rigoureuse, la présence régulière sur le terrain d'une infirmière de référence. Cependant, une démarche centrée sur le bien-être du patient ne répond-elle pas aux aspirations de tous ?

## Organisation

### EP26 UNITÉS DOULEUR, UNITÉS MOBILES DE SOINS PALLIATIFS, ÉQUIPES DE SOINS DE SUPPORT : UN COMPARATIF

A. Bioy<sup>(1)</sup>, H. Brocq<sup>(2)</sup>, I. Nègre<sup>(1)</sup>

1. CHU Bicêtre
2. CHU Nice

**Objectif :** Comparer les prérogatives des unités d'étude et de traitement de la douleur, unités mobiles de soins palliatifs et des équipes de soins de support. Ceci afin d'amener une réflexion sur la diversité des prises en charge possibles d'un patient, mais aussi sur le fait que cette diversité conduit dans certains cas à créer des « équipes doublons » pouvant conduire à des difficultés institutionnelles. Aider les équipes de soins à mieux se repérer dans ces trois offres de soin.

**Description :** Nous présentons un tableau synthétique des éléments qui définissent les 3 équipes concernées. Ce tableau comprend : intitulés, les dates de création des premières équipes, la définition, les objectifs, les moyens, les méthodes, les priorités, un descriptif et le cadre d'action de chacune des unités.

**Conclusion :** Ce tableau montre que dans nombres de cas, les trois équipes possèdent des priorités communes. Le type de diagnostic et le moment de prise en charge peuvent cependant varier. Mais se pose la question du « passage de relais » d'une équipe à l'autre, et d'une difficile complémentarité à trouver, du fait d'une grande proximité de méthodes et d'objectifs. Les auteurs proposent un arbre décisionnel pour les équipes de soin afin de les aider à faire appel à telle ou telle équipe suivant les grands cas de figure possibles. Enfin, sont analysés les bénéfices et les désavantages à réunir certaines équipes entre elles, sous une même bannière.

### EP27 SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES DE PRATIQUES DANS LE DOMAINE DE LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR ET DES SOINS PALLIATIFS ; EXEMPLE DE LA FÉDÉRATION DOULEUR SOINS PALLIATIFS DU CHU DE BESANÇON

F. Tiberghien, B. Fergane, C. Besset, E. Batit, R. Aubry  
CHU Besançon, Bd Fleming, 25000 Besançon

Le CHU a inauguré en janvier 2003 une Fédération Douleur Soins palliatifs composée de 2 unités distinctes avec 2 équipes médicales et 2 responsables d'unité différents. L'union et la collaboration de ces équipes a permis la création de lits d'hospitalisation conventionnels et de semaine gérés par une équipe paramédicale et un cadre infirmier communs, ainsi que le décroisement de ces deux domaines d'activités complémentaires autour de la personne malade avec la mise en commun de nos compétences propres. Cependant, il existe souvent une confusion sur le rôle de chacune des 2 équipes et une information doit être menée avec l'idée que « la différence est une richesse et la complémentarité une chance ». La collaboration entre les 2 équipes intervient essentiellement pour les patients cancéreux atteints de douleurs rebelles aux médications habituelles confrontés à d'autres symptômes, à une grabatation, à une douleur morale qui nécessitent les compétences techniques de l'équipe de la Douleur ainsi que l'accompagnement et la prise en charge globale de l'équipe des Soins palliatifs.

### EP28 CRÉATION DU RÉSEAU DOULEUR SARTHE

R. Duclos

CH Le Mans (pour tous les professionnels du Réseau)

**Objectif :** Celui de la coopération de tous les acteurs de soins du département est de faciliter et d'harmoniser la prise en charge du patient douloureux chronique à tout niveau : médecin traitant, structure de proximité, structure de douleur chronique rebelle.

Le Réseau Douleur Sarthe est un réseau de santé transversal à plusieurs titres :

- géographique : intéresse tout le département ;
- professionnel : concerne tous les acteurs de soins : médecins généralistes, spécialistes, IDE, kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, pharmaciens, ... ;
- statutaire : acteurs institutionnels ou non, publics ou privés.

Les spécificités du Réseau Douleur Sarthe :

1. le label « Unité d'Évaluation et de Traitement de la Douleur Chronique » devient bi-polaire et est représenté par deux sites : un site public, un site privé qui dispensent les consultations. Mise à disposition au réseau de la pluridisciplinarité par le Centre Hospitalier du Mans, les actes techniques et l'hospitalisation ambulatoire sont assurés par le pôle privé.

2. une cellule de coordination située en un lieu neutre :  
- reçoit et oriente les consultations vers le médecin algologue le plus apte à gérer la pathologie douloureuse présentée ;  
- reçoit et organise les demandes de formation ;  
- assure une permanence téléphonique de 09 h à 16 h pour aide thérapeutique aux professionnels de santé du département adhérents ou non au réseau.

3. des pôles de consultation douleur chronique (non rebelle) de proximité dans le département : 3 pôles la première année, 2 la deuxième année qui s'appuient sur les deux sites de la ville du Mans, 3 autres sites de consultation avancés étaient déjà existants.

4. les professionnels libéraux adhérents au réseau ont reçu une formation avec les outils pour assurer une prise en charge première de leurs patients. Si besoin, ils s'aident de la pluridisciplinarité ou de l'hospitalisation ambulatoire mais poursuivent la prise en charge de leurs patients.