




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



FAITES LE POINT



Intérêt de la création d'un service spécifique exclusivement dédié à la prise en charge des douleurs liées aux soins et à la chirurgie dans un établissement de santé

On the benefits of the creation of a specific unit exclusively dedicated to the management of pain connected to medical care and surgery in a medical establishment

Christèle Chat-Gaboriaud^{a,1}, Patrick Antoine^{b,*}



^a Service d'algologie, clinique Pasteur, 222, route de Rochefort, 17200 Royan, France

^b Service d'anesthésie-réanimation, clinique Pasteur, 222, route de Rochefort, 17200 Royan, France

Disponible sur Internet le 1 juillet 2010

MOTS CLÉS

Prise en charge de la douleur liée aux soins et à la chirurgie ;
Unité mobile d'algologie ;
Dossier douleur personnalisé ;
Organisation

Résumé La prise en compte de la douleur liée aux soins et à la chirurgie est l'une des priorités du plan gouvernemental de lutte contre la douleur 2002–2005. Pour uniformiser et optimiser cette prise en charge, une unité mobile spécifique exclusivement dédiée au soulagement de la douleur de tous les patients hospitalisés a été créée en 2006 au sein de notre établissement privé. Cette unité mobile d'algologie est composée de quatre infirmières diplômées d'état, titulaires d'un diplôme universitaire Douleur, d'une psychologue et de deux médecins-anesthésistes référents. Le service est opérationnel sept jours sur sept, toute l'année de 9 h 00 à 19 h 00. À l'admission, l'infirmière douleur présente au patient le service d'algologie et lui établit un dossier « Entretien douleur personnalisé ». En procédant à une évaluation initiale de la douleur, elle peut dépister des douleurs chroniques ou neuropathiques préexistantes. Au cours de l'hospitalisation, l'équipe douleur assure le suivi quotidien (évaluations et adaptations thérapeutiques) et sensibilise les autres acteurs de santé à la bonne observance des méthodes analgésiques employées. À la sortie,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drpatrickantoine@gmail.com (P. Antoine).

¹ Photo.

elle s'assure de la compréhension par le patient des modalités de son traitement antalgique. Outre la satisfaction des patients, exprimée à travers des enquêtes qualité, la création du service d'algologie a permis de sensibiliser tous les acteurs médicaux et paramédicaux à une politique antidouleur d'établissement. Grâce à cette culture de la douleur, au-delà de la prise en charge optimale de la douleur aiguë postopératoire, le service est désormais amené à dépister systématiquement l'existence de douleurs neuropathiques préexistantes à l'admission et à mettre en place, pour tous les patients opérés, les moyens de prévention de la survenue des douleurs chroniques postopératoires.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pain linked to medical care and surgery;
Mobile algology unit;
Personalized pain dossier;
Organization

Summary The management of pain connected to medical care and surgery was one of the priorities set by the French government during the years 2002–2005. In order to standardize and optimize this goal, a mobile algology unit, exclusively dedicated to pain relief for all our patients, was created in 2006 in our private medical establishment. This unit includes four nurses with a specific pain certificate, a psychologist and two referent anesthetic doctors. The unit is open 7/7 all year round from 9am to 7pm. When admitted for medical treatment or surgery, the nurse in charge must fill in a form called "Pain Interview" in order to make a first evaluation of the pain and systematically track chronic and neuropathic preexisting pains. During hospitalization, the "pain team" does daily follow-ups (evaluation and therapeutic adaptation) and sensitizes the other professionals to make sure the analgesic methods are correctly practiced. After hospitalization, the team makes sure that patients understand the details of their analgesic treatments. Beyond patients' satisfaction, which is measured by quality surveys, the creation of this pain unit has allowed us to sensitize all medical and paramedical actors to an anti-pain policy in our medical establishment. Beyond managing acute post-surgery pain, the unit is now in charge of tracking preexisting neuropathic pain and preventing chronic post-surgery pain.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Sous l'impulsion des plans gouvernementaux de lutte contre la douleur, la prise en charge de la douleur liée à la chirurgie, et plus généralement celle liée aux soins, est devenue depuis maintenant dix ans une priorité pour tous les établissements chirurgicaux de santé, tant publics que privés [1,2]. Bien souvent, du moins dans les services de chirurgie, cette prise en charge est laissée à l'initiative des seuls médecins-anesthésistes. Ils doivent alors gérer l'ensemble de la chaîne qui débute par l'information donnée lors de la consultation d'anesthésie, se poursuit par la mise en place et la surveillance des traitements antalgiques au cours de l'hospitalisation et se termine par la prescription d'antalgiques à la sortie du patient.

Par ailleurs, la prise en charge de la douleur postopératoire ne peut plus actuellement se cantonner seulement au soulagement immédiat de la douleur aiguë mais doit dorénavant chercher à prévenir également la survenue des douleurs chroniques postchirurgicales (DCPC) dans les mois qui suivent l'acte opératoire [3].

Fort est de constater, malgré la création des Comités de lutte contre la douleur (Clud) et le recrutement par les établissements de santé d'infirmiers référents douleur, que de multiples obstacles organisationnels non médicaux empêchent une prise en charge satisfaisante de la douleur des patients hospitalisés [4].

Dans notre établissement, avant 2006, compte tenu de la charge journalière importante de travail des médecins-anesthésistes, la prise en charge de la douleur était souvent reléguée au second plan des priorités. Pourtant, tous les

moyens thérapeutiques pour lutter efficacement contre la douleur postopératoire existaient. De ce constat, a germé l'idée de créer un service exclusivement dédié à la prise en charge de la douleur de tous les patients hospitalisés.

Nous espérons montrer comment une organisation rationnelle suffit à créer la dynamique nécessaire à la prise en charge optimale de la douleur par tous les acteurs de santé d'un établissement médicochirurgical. Nous allons décrire ici l'organisation que nous avons mise en place dans notre établissement depuis 2006 en espérant que notre modeste expérience puisse être une aide bénéfique à tous ceux qui voudraient optimiser cette prise en charge au sein de leur propre établissement.

Description sommaire de l'établissement

La clinique Pasteur de Royan est un établissement de santé médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique (MCO) privé à but lucratif de 123 lits, dont 12 lits de chirurgie ambulatoire, 24 lits de maternité et huit de soins continus. L'équipe médicale est composée de deux chirurgiens vasculaires et thoraciques, trois chirurgiens orthopédistes, quatre urologues, deux chirurgiens digestifs, deux gastroentérologues, un proctologue, trois gynéco-obstétriciens, 13 sages-femmes, deux chirurgiens plasticiens, deux stomatologues, trois oto-rhino-laryngologistes, cinq ophtalmologues, cinq cardiologues, un pneumologue, une neurologue et sept médecins-anesthésistes.

L'équipe paramédicale comprend, en équivalent temps plein, 104 infirmiers, 49 aides-soignants, une psychologue à

mi-temps et sept kinésithérapeutes. Plus de 12 000 actes chirurgicaux sont pratiqués chaque année, dont plus de 5000 en service ambulatoire. La durée moyenne de séjour des patients hospitalisés est de 4,54 jours.

La clinique dispose d'un service d'urgence qui accueille environ 8500 patients par an, dont 25% sont hospitalisés.

La clinique ne dispose pas d'une consultation de prise en charge de la douleur chronique ni d'unité de soins palliatifs. Aucun médecin de la douleur spécialisé n'est directement rattaché à l'établissement. Il n'y a pas non plus de lits d'hospitalisation exclusivement dédiés à la prise en charge des patients douloureux chroniques.

Historique de la création de l'unité douleur

Suivant les recommandations du plan douleur 2002–2005, la clinique s'est dotée en 2003 d'un Clud chargé d'élaborer les protocoles thérapeutiques à visée antalgique. Elle a engagé une infirmière titulaire d'un diplôme universitaire douleur (IDD) pour aider à l'évaluation de la douleur postopératoire, former le personnel paramédical et superviser la mise en application des protocoles antalgiques dans les services de soins.

L'offre créant la demande, cette prise en charge s'est révélée rapidement insuffisante et ce, pour plusieurs raisons :

- une seule infirmière référente douleur ne pouvait assurer une présence journalière tous les jours de l'année (congés annuels, week-ends, congés de réduction du temps de travail [RTT], etc.) ;
- la prise en charge des douleurs sévères, nécessitant une titration morphinique avec mise en place ou non d'un *patient control analgesia* (PCA) ne pouvant se faire qu'en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), source de désorganisation et d'engorgement de la SSPI, était le plus souvent abandonnée au profit de protocoles standardisés inadaptés ;
- l'infirmière référente douleur était appelée en dernier recours, quand tous les moyens thérapeutiques utilisés avaient échoué. Elle était alors confrontée à un patient ayant une douleur sévère installée et donc, plus difficile à soulager. L'infirmière référente était ainsi réduite à devoir éteindre les incendies, alors qu'il lui aurait été beaucoup plus facile et plus satisfaisant de les prévenir ;
- aucun bilan algologique préopératoire n'était effectué. Il était difficile en postopératoire de différencier les douleurs chroniques préexistantes à l'intervention des douleurs aiguës directement liées à l'agression chirurgicale. Aucune prévention préopératoire des DCPC n'était réalisée. Il n'y avait pas de dépistage systématique de la présence ou non de douleurs neuropathiques ;
- enfin, la formation des médecins prescripteurs concernant la douleur étant insuffisante, il était difficile pour une infirmière isolée, fut-elle diplômée Douleur, de faire évoluer les pratiques et les prescriptions antalgiques.

Par ailleurs, faute de temps, l'information délivrée au patient lors de la consultation d'anesthésie n'était pas satisfaisante : information seulement écrite, standardisée, non

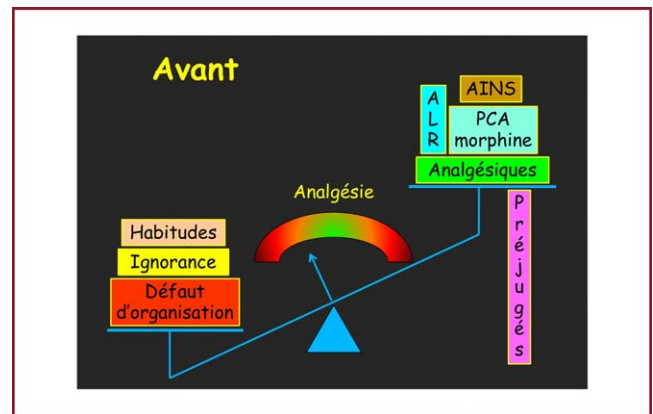


Figure 1. État des lieux avant la création de l'unité mobile d'algologie.

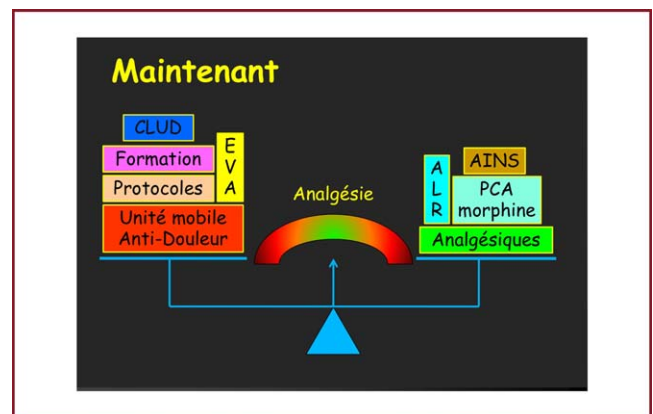


Figure 2. État des lieux après la création de l'unité mobile d'algologie.

personnalisée et le plus souvent inadaptée au cas particulier du patient.

En 2006, devant ces insuffisances, la clinique Pasteur a décidé de créer ex-nihilo un service exclusivement dédié au traitement de la douleur de tous les patients hospitalisés (Fig. 1 et 2).

Champ d'action et description de l'unité mobile d'algologie en 2010

L'unité mobile d'algologie est amenée à exercer dans tous les services de l'établissement (Fig. 3) :

- en permanence : services de chirurgie, maternité, unité de soins continus ;
- sur demande : service des urgences, service de chirurgie ambulatoire, radiologie, consultations externes.

L'unité mobile d'algologie ne s'occupe pas directement de la prise en charge de la douleur obstétricale (analgsie péridurale, acupuncture, relaxation, etc.) qui est du ressort des sages-femmes et des médecins-anesthésistes, mais prend en charge les douleurs du post-partum.

Elle n'intervient pas systématiquement en chirurgie ambulatoire où la douleur postopératoire est actuellement gérée en SSPI. Elle peut apporter son aide lors d'exams

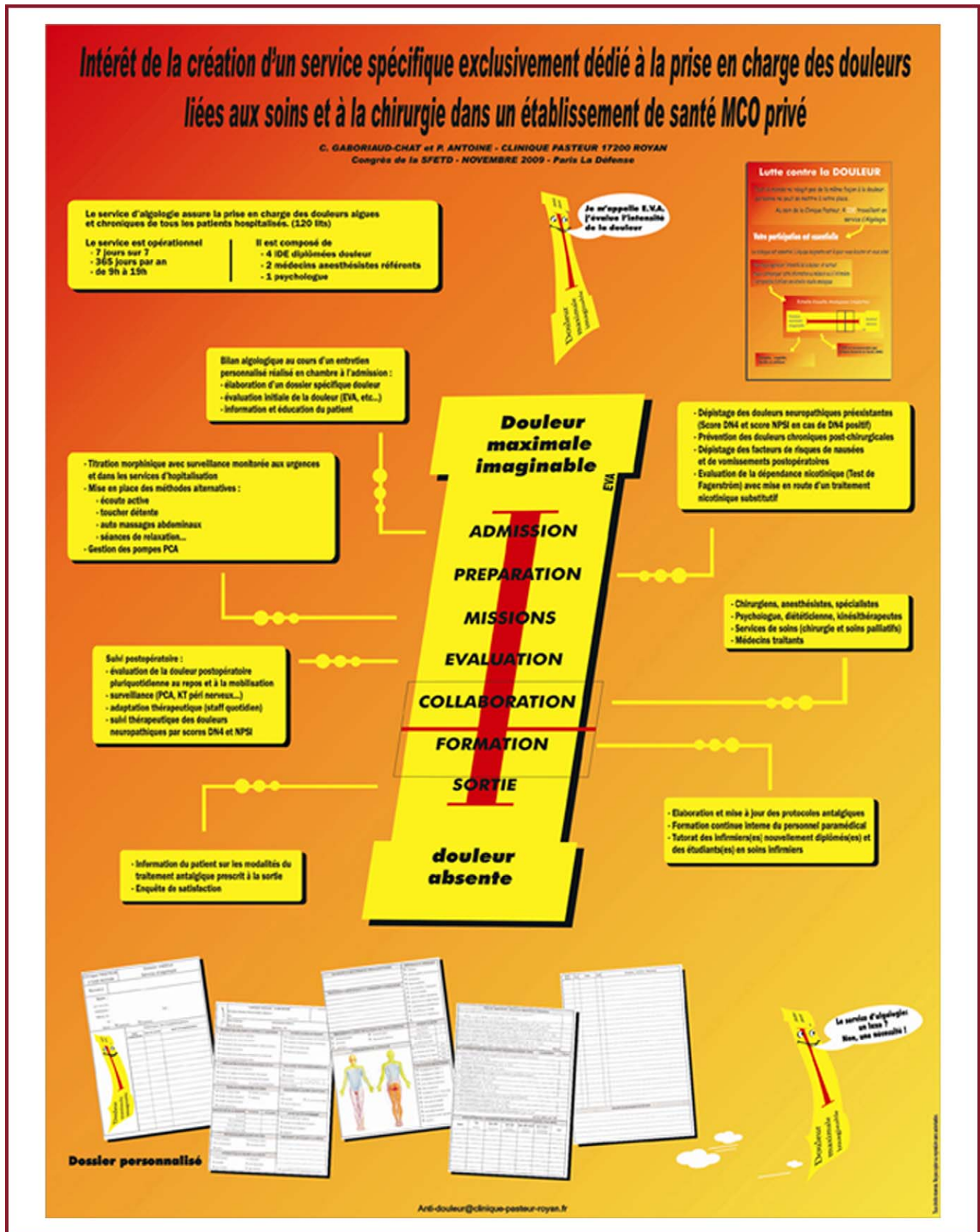


Figure 3. Poster de présentation du service d'algologie.

radiologiques chez des patients douloureux à la mobilisation. Enfin, elle peut réaliser, à la demande des chirurgiens et des médecins-anesthésistes, un bilan algologique externe chez des patients douloureux venant en consultation externe en postopératoire ou dans le cadre du dispositif d'annonce de la maladie cancéreuse.

Elle est composée de quatre IDD, d'une psychologue à mi-temps et de deux médecins-anesthésistes référents.

L'équipe dispose d'un bureau, d'un accès informatique au dossier informatisé des patients, ainsi que d'un accès internet permettant la recherche de documentation et la collaboration avec les autres structures Douleur régionales et les sociétés savantes (société française d'étude et de traitement de la douleur [SFETD], société française d'anesthésie et de réanimation [SFAR], etc.). Elle dispose également de deux lignes téléphoniques mobiles permettant de joindre à tout moment l'une ou l'autre des infirmières de l'unité.

Le service est opérationnel 365 jours par an, de 9 h 00 à 19 h 00 du lundi au vendredi, de 9 h 00 à 13 h 00 le samedi et de 15 h 00 à 19 h 00 le dimanche et les jours fériés. Chaque jour de la semaine, deux à trois des quatre infirmières de l'unité assurent le service. Seule une infirmière est présente le week-end et les jours fériés : le samedi matin pour s'occuper en priorité des patients opérés le vendredi, le dimanche après-midi pour réaliser le bilan algologique d'entrée des opérés du lundi.

Les infirmières du service d'algologie possèdent une tenue vestimentaire spécifique pour les différencier visuellement du reste du personnel. Les patients peuvent ainsi facilement les distinguer au sein de l'équipe soignante. L'élaboration d'un logo distinctif apposé sur le dossier Douleur et sur tous les documents émanant de l'unité renforce l'individualisation du service d'algologie au sein de l'établissement (Fig. 4).

La journée type d'une infirmière de l'unité est articulée de la façon suivante :

- en début de matinée, édition des listes des patients hospitalisés, des entrées programmées et des patients hospitalisés en urgence ;
- durant la matinée, évaluation et adaptation des traitements antalgiques de tous les patients, qu'ils aient été opérés ou non, et qu'ils aient été signalés douloureux ou non par les infirmières du service concerné. Cela permet d'éviter que des patients réellement douloureux ne soient pas correctement soulagés : patients sous-estimant leur propre douleur, patients présentant des douleurs de type neuropathique non identifiées, patients dont la composante émotionnelle particulière nécessite une écoute active ou une relation d'aide ;
- en fin de matinée, réunion de concertation pluridisciplinaire avec l'un des deux médecins référents pour valider ou modifier les adaptations thérapeutiques proposées par les IDD ;
- l'après-midi, transmissions infirmières au sein de l'équipe et avec les autres services, mise à jour du dossier « Entretien douleur personnalisé », réalisation des techniques analgésiques alternatives (cryothérapie, séances de relaxation avant les soins douloureux, toucher détente, apprentissage des automassages abdominaux, etc.), tâches annexes (matériorvigilance, protocoles, formation, etc.) ;

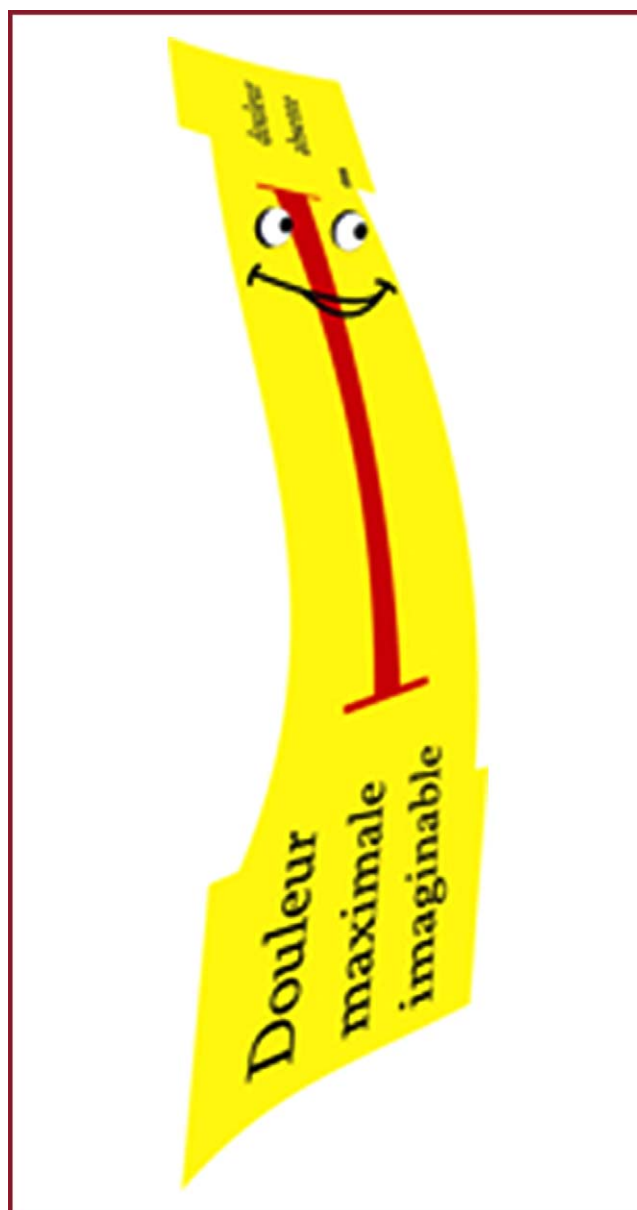


Figure 4. Logo du service d'algologie.

- à partir de 16 h 00, réalisation du bilan algologique des admissions programmées avec élaboration d'un dossier « Entretien douleur personnalisé ».

Les atouts de l'unité mobile d'algologie

Loin de vouloir énumérer l'ensemble des soins et des actes effectués par les IDD dans le cadre de la douleur, nous allons mettre l'accent sur ce qui fait la spécificité et l'originalité de cette unité.

Entretien douleur personnalisé avec constitution d'un dossier douleur

Lors de l'admission, un « Entretien douleur personnalisé » est réalisé par l'IDD, au cours duquel un dossier patient spécifique est constitué (Annexe B).

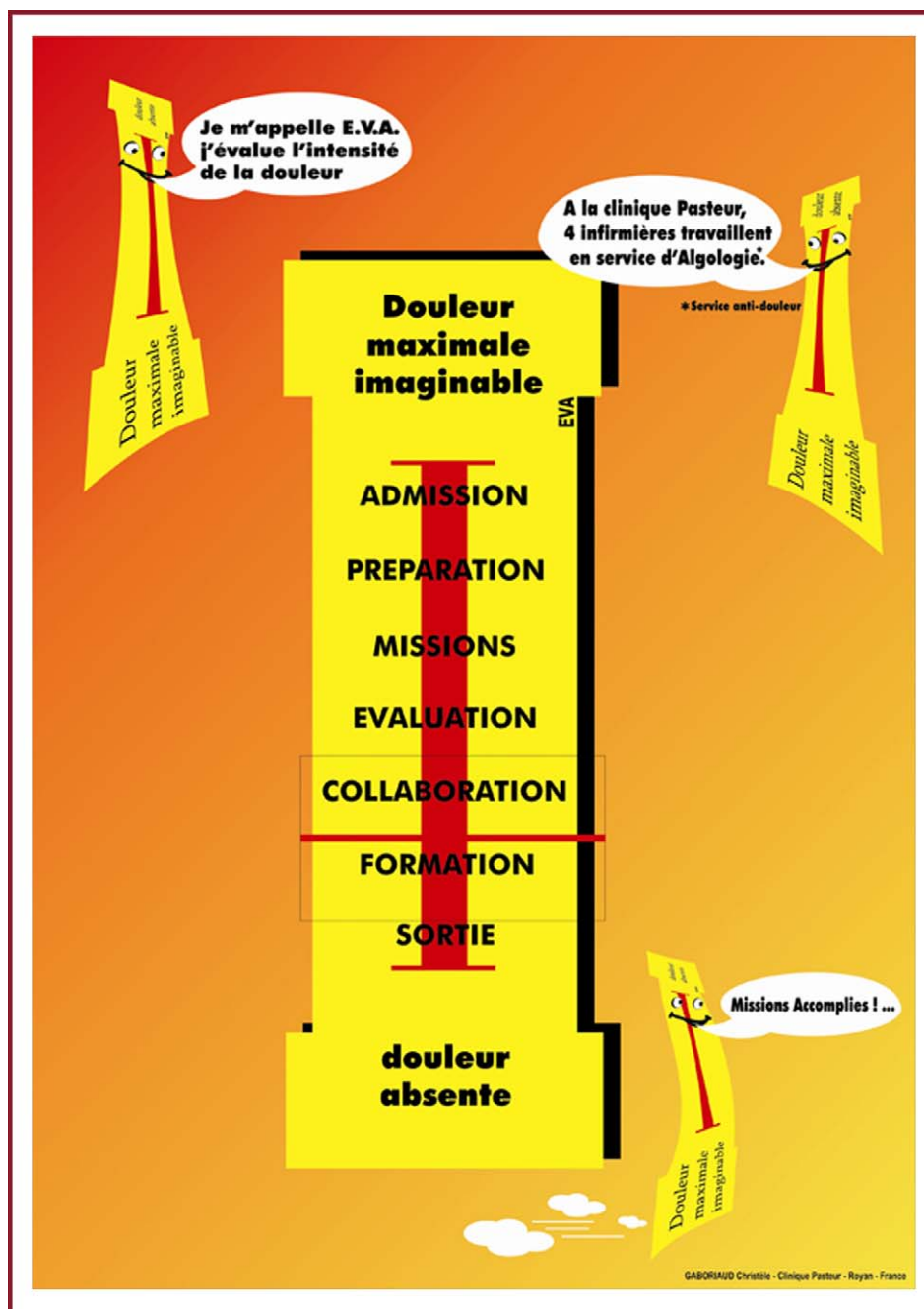


Figure 5. Affiche de présentation du service d'algologie destinée au public.

Cet entretien est l'occasion :

- de présenter le service d'algologie et expliquer son fonctionnement (Fig. 5) ;
- de regrouper sur un document unique les informations médicales concernant la prise en charge de la douleur (allergies et intolérances, traitements en cours, contre-indications, etc.) ;
- de présenter et de choisir les échelles d'évaluation de la douleur adaptées au patient qui seront utilisées au cours de l'hospitalisation, en privilégiant si possible l'échelle visuelle analogique (Eva) (Fig. 6) ou l'échelle Algoplus pour les personnes non communicantes ;
- de réaliser une évaluation initiale de la douleur et de rechercher l'existence d'éventuelles douleurs neuropathiques avec schéma topographique ;
- de compléter l'information écrite standardisée remise à la consultation d'anesthésie par une information orale personnalisée, en accord avec la pathologie et l'acte chirurgical envisagé ;
- de mesurer l'éventuelle dépendance tabagique (test de Fagerström) et de proposer un traitement nicotinique substitutif au cours de l'hospitalisation ;
- de mesurer le risque de nausées et vomissements induits par les morphiniques ;

Lutte contre la DOULEUR

Tout le monde ne réagit pas de la même façon à la douleur: personne ne peut se mettre à votre place.


Au sein de la Clinique Pasteur, 4 IDE travaillent en service d'Algologie.

Votre participation est essentielle

Le dialogue est essentiel. L'équipe soignante est là pour vous écouter et vous aider.

Pour mieux apprécier l'intensité de la douleur, et surtout mieux communiquer cette information au médecin ou à l'infirmière il est possible d'utiliser une échelle visuelle analogique

Echelle Visuelle Analogique (réglette)



Simple, rapide, facile à utiliser

L'EVA est recommandée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé (ANAES)

WWW.clinique-pasteur-royan.fr

Figure 6. Affiche d'information sur l'Eva destinée aux patients.

- d'informer de la possibilité de bénéficier d'un entretien psychologique ;
- ainsi de responsabiliser le patient qui devient l'un des acteurs de la prise en charge de sa propre douleur car informé de ce qu'il est en droit de demander et d'attendre de l'équipe soignante.

Le dossier « Entretien douleur personnalisé » permet de regrouper sur un même document l'ensemble des don-

nées en lien avec la douleur au cours de l'hospitalisation (évaluations, évolution des scores DN4 et *Neuropathic pain symptom inventory* (NPSI), transmissions ciblées, etc.). Après la sortie, l'archivage des différents dossiers douleur d'un patient dans un document unique permet de constituer un historique douleur utile pour la prise en charge ultérieure du patient (consultations externes, futures hospitalisations).

Tableau 1 Incidence des douleurs préopératoires.

	Nombre	%
Patients ne présentant aucune douleur à l'admission	521	45
Patients présentant à l'admission des douleurs en rapport avec la pathologie chirurgicale	498	43
Patients présentant à l'admission des douleurs sans rapport avec la pathologie chirurgicale	181	16
Valeur moyenne de l'Eva au repos mesurée à l'admission chez les patients douloureux	15/100	
Valeur moyenne de l'Eva à la mobilisation mesurée à l'admission chez les patients douloureux	37/100	
Patients présentant un DN4 positif à l'admission ($\geq 4/10$)	90	14
Valeur moyenne du test NPSI à l'admission en cas de DN4 positif	35	
Patients présentant à l'admission des douleurs neuropathiques non diagnostiquées et non traitées	75	12

Eva : échelle visuelle analogique ; NPSI : *Neuropathic pain symptom inventory*.

Dépistage des douleurs neuropathiques (tests DN4 et *Neuropathic pain symptom inventory*)

Lors du bilan algologique réalisé par l'IDD à l'admission du patient, un test de diagnostic des douleurs neuropathiques (test DN4) systématique est effectué. En cas de positivité du test DN4, un test NPSI est également réalisé (Annexe C) [5]. Ce test permet de quantifier, comme l'Eva pour les douleurs nociceptives, l'intensité des différentes composantes des douleurs neuropathiques : brûlures, constriction, douleurs paroxystiques, douleurs évoquées, paresthésies et dysesthésies. Le score NPSI réalisé à l'admission servira de référence et sera renouvelé tous les deux à trois jours tout au long de l'hospitalisation. Les scores obtenus permettent ainsi d'adapter le traitement à visée neuropathique (antiépileptiques et/ou antidépresseurs).

L'analyse de 1164 dossiers « Entretien douleur personnalisé », recueillis d'août 2009 à mars 2010, a montré que 12% des patients présentaient à l'admission des douleurs neuropathiques non diagnostiquées et non traitées avant l'hospitalisation dont le score NPSI moyen est de 35/100 (Tableau 1). Ces chiffres surestiment la réalité car seuls 25% des patients hospitalisés ont pu bénéficier d'un bilan algologique à leur admission. Les patients sélectionnés étaient les patients susceptibles de présenter des douleurs chroniques compte tenu de leurs antécédents ou de la pathologie justifiant leur hospitalisation. On peut facilement extrapoler l'incidence des douleurs neuropathiques non diagnostiquées à 3% de l'ensemble des patients hospitalisés, ce qui justifie amplement le dépistage systématique de ces douleurs.

Prévention des douleurs chroniques postchirurgicales

Le bilan algologique à l'entrée permet également de dépister les patients susceptibles de présenter un risque accru de survenue de DCPC. Lors de la visite préopératoire la veille de l'intervention, le médecin-anesthésiste, disposant de ce bilan algologique réalisé par l'IDD, pourra faire bénéficier son patient d'une prémédication adaptée et envisager une prévention (antihyperalgésiques peropératoires, analgésie locorégionale de complément, etc.).

Titration morphinique dans les services d'hospitalisation

Selon les recommandations formalisées d'experts sur la prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et chez l'enfant, éditées par la SFAR en 2008, la titration IV postopératoire en morphine n'est pas recommandée dans les unités d'hospitalisation chirurgicale conventionnelle car cette titration nécessite une surveillance neurologique, respiratoire et hémodynamique continue jusqu'à une heure après la fin de la titration [6]. Cette surveillance continue ne peut pas être effectuée par une infirmière du service de chirurgie qui doit assurer en même temps d'autres soins. Jusqu'à la création de l'unité mobile d'algologie, les titrations postopératoires ou préopératoires étaient uniquement effectuées en SSPI mais le plus souvent, les patients n'étaient pas titrés, compte tenu des contraintes que cela engendrait. Depuis, elles sont aussi réalisées dans les services d'hospitalisation et aux urgences par l'IDD qui dispose du temps et des moyens de surveillance nécessaires.

Formation interne du personnel paramédical

Les IDD assurent également la formation continue des infirmières et des aides-soignantes des autres services. Lors de toute nouvelle embauche, une formation théorique (analgésiques, analgésie locorégionale et surveillance) et pratique (utilisation des échelles dévaluation, PCA, etc.) est réalisée par l'IDD. À l'issue de cette formation validée par un passeport Douleur, un livret pédagogique, un guide des échelles d'évaluation et une réglette Eva sont remis. Cette formation est accessible aux étudiants stagiaires dans l'établissement.

Résultats et limites

Les enquêtes de satisfaction

À travers l'étude des enquêtes qualité remises au patient à sa sortie, il est difficile d'évaluer l'impact réel de l'unité mobile d'algologie sur la satisfaction des patients et ce, pour de multiples raisons (Tableau 2) :

- les questionnaires de satisfaction ont été modifiés depuis la création du service. Les résultats sont difficilement comparables ;

Tableau 2 Pourcentage des patients satisfaits et très satisfaits.

Année de réalisation des enquêtes de satisfaction	2007	2008	2009
Qualité de la prise en charge de la douleur	98,08	97,74	97,71
Réponse à votre demande dans les plus brefs délais	98,24	97,85	97,46
Méthodes non médicamenteuses	96,94	97,89	97,77
Information et conseil	98,04	98,21	98,14
Disponibilité du service d'algologie	98,25	98,45	97,72
Traitement proposé à la sortie	98,36	98,65	99,05

- le taux de retour des questionnaires est faible. Il existe probablement un biais dans les réponses, les patients très mécontents ou très satisfaits participant plus facilement aux enquêtes ;
- le bon résultat chirurgical fait oublier rapidement une prise en charge non optimale de la douleur postopératoire.

Cependant, nous observons, en dehors des enquêtes de satisfaction, une augmentation importante des courriers de remerciements concernant spécifiquement la prise en charge de la douleur par le service d'algologie et la prise en considération des douleurs neuropathiques préexistantes jusqu'alors négligées, voire niées avant l'hospitalisation.

Dans un système concurrentiel, le choix des patients pour tel ou tel établissement était jusqu'alors dicté principalement par la bonne réputation du chirurgien. Nous rencontrons de plus en plus de patients qui avouent choisir un établissement pour la qualité de sa prise en charge de la douleur.

Lors de la certification V2, la prise en charge de la douleur réalisée par le service d'algologie a été particulièrement remarquée par les experts visiteurs. L'évaluation précise et chiffrée des actions menées par l'unité d'algologie sera au cœur de la certification V3.

Les aspects médico-légaux

Sur le plan médico-légal, la mauvaise prise en charge de la douleur liée aux soins au cours d'une hospitalisation ou la survenue de douleurs chroniques au décours d'une intervention chirurgicale peut être source de plainte judiciaire. L'évaluation initiale de la douleur avec constitution d'un dossier « Entretien douleur personnalisé » permet de différencier sans ambiguïté les douleurs préexistantes de celles consécutives à l'acte chirurgical. Le dossier Douleur constitue un apport indéniable lors d'une expertise et participe à la qualité de la prise en charge de la douleur.

Les aspects financiers

Le coût de l'unité mobile d'algologie pour l'établissement n'est pas négligeable. La masse salariale à elle seule a représenté en 2009 près de 170 000 €. À cette somme, il faut ajouter les frais engagés pour la formation et l'équipement (pompes PCA, mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote [Meopa], etc.). Les frais liés aux antalgiques et les consommables utilisés (anesthésiques locaux, cathéters périmerveux, timbres et pastilles nicotiques, etc.) ne sont pas comptabilisés car inclus dans le forfait T2A. Les sub-

ventions publiques (missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation [Migac]), environ 40 000 € en 2009, sont loin de couvrir les frais réellement engagés. Il n'existe actuellement aucune rémunération spécifique de la prise en charge de la douleur postopératoire. Cela peut inciter les établissements à faire le minimum. Il nous semblait important de démontrer aux autorités la nécessité d'une telle structure.

Si la motivation première de la création de cette unité a été le souci d'assurer une prise en charge optimale de la douleur, sans appuis financiers, il a fallu trouver les moyens de pérenniser notre structure. En 2008, l'idée d'associer l'unité d'algologie au dispositif d'annonce de la maladie cancéreuse a permis de trouver un début de réponse en répartissant les ressources entre les deux services.

Mais, au-delà de l'aspect financier, la prise en charge de la douleur liée aux soins et le dispositif d'annonce de la maladie cancéreuse ont de nombreux intérêts communs. L'évaluation algologique est l'un des soins de support du dispositif d'annonce. Dans la mesure du possible, à l'admission d'un patient cancéreux en service de chirurgie, l'entretien personnalisé douleur est réalisé par l'infirmière rencontrée auparavant lors de la consultation d'annonce. Cette continuité participe grandement à diminuer l'anxiété du patient qui se sent reconnu, compris et soutenu par l'équipe soignante. La présence d'un psychologue, obligatoire pour l'évaluation psychologique proposée dans le cadre du dispositif d'annonce de la maladie cancéreuse, bénéficie également à l'unité d'algologie pour les patients douloureux non cancéreux.

Les axes d'amélioration

Ils peuvent être les suivants :

- mise à disposition pour les patients hospitalisés d'un numéro d'appel direct de l'infirmière de l'unité mobile d'algologie pour diminuer le temps de réponse à une demande antalgique ;
- informatisation du dossier « Entretien douleur personnalisé » qui devient facilement accessible ;
- étude de la nécessité de la présence permanente d'une IDD la nuit ;
- renforcement du nombre d'IDD l'après-midi car tous les patients ne peuvent bénéficier d'un bilan algologique systématique lors de leur admission. Un tri est effectué lors du staff de mi-journée pour sélectionner les patients à voir en priorité :
 - patients devant subir une intervention réputée douloureuse ou à fort potentiel de DCPC,

- patients devant bénéficier d'une technique analgésique particulière (PCA, analgésie locorégionale, etc.),
- patients douloureux à l'admission,
- patients toxicomanes ;
- les protocoles antalgiques proposés lors du bilan algologique à l'admission du patient, notamment les analgésies locorégionales, ne sont pas systématiquement effectués en postopératoire car ils nécessitent la participation active du médecin-anesthésiste qui anesthésiera le patient et mettra en place le cathéter périmerveux ;
- envisager l'acquisition de nouvelles PCA car les pompes PCA ne sont pas toujours disponibles pour réaliser le protocole envisagé (seulement huit pompes PCA) ;
- étudier la possibilité de mettre en place des outils pour prédire l'intensité de la douleur postopératoire (système Pain Matcher®) [7] ;
- renforcer les échanges d'expérience avec les autres établissements de santé de la région Poitou-Charentes ;
- en cas de congé maternité ou de maladie longue durée, il n'est pas toujours possible de remplacer les infirmières du service d'algologie par une infirmière titulaire d'un DU Douleur. Néanmoins, une formation initiale interne théorique et pratique est réalisée aux infirmières non diplômées Douleur, en attendant une formation universitaire plus complète.

Conclusion

La prise en charge optimale de la douleur postopératoire est totalement dépendante des moyens humains mis à disposition. En effet, il ne suffit pas de disposer de traitements antalgiques efficaces ; encore faut-il pouvoir les mettre en œuvre de façon systématique, les adapter à l'évolution de la douleur, surveiller et traiter la survenue de leurs effets secondaires indésirables et enfin, diminuer l'incidence des DCPC.

D'après notre expérience, cela nécessite la création, au sein des établissements médicochirurgicaux, d'une unité mobile spécifique de prise en charge de la douleur des patients hospitalisés, unité composée d'infirmières titulaires d'un diplôme universitaire Douleur sous la responsabilité d'un médecin-anesthésiste référent.

Malgré son coût, cette prise en charge, éthiquement indiscutable, apporte à l'établissement qui décide de la mettre en place la notoriété et l'attractivité indispensables à

son développement. Sur le plan humain, au-delà de la nécessaire empathie que tout médecin doit naturellement à son patient, le médecin-anesthésiste voit dans cette prise en charge l'occasion de mettre en lumière son action thérapeutique quotidienne. La relation de confiance, initiée lors de la consultation d'anesthésie, s'en trouve alors renforcée.

L'unité mobile d'algologie, lien transversal entre les différents services de chirurgie et de médecine, est le garant de la cohérence dans la mise en œuvre des traitements antalgiques. Pour assurer la pérennité de cette structure, l'unité d'algologie peut – ou doit – être adossée au dispositif d'annonce de la maladie cancéreuse, dispositif rendu obligatoire dans le cadre du Plan Cancer pour les établissements de santé souhaitant continuer à pratiquer la chirurgie carcinologique.

Rien n'étant jamais définitivement acquis, l'unité mobile d'algologie contribue également à entretenir, dynamiser et actualiser la prise en charge de la douleur par tous les acteurs de santé hospitaliers médicaux et paramédicaux (médecins, kinésithérapeutes, infirmières et aides-soignantes).

La création de cette unité a permis de faire évoluer les mentalités et de supprimer les nombreux préjugés concernant les traitements morphiniques. La reconnaissance de ce nouveau service par les autres professionnels de santé de notre établissement, chirurgiens, médecins et infirmières, qui considéraient au départ le service comme un concurrent inutile empiétant sur leurs prérogatives, voire luxueux du fait du manque chronique de personnel paramédical. Actuellement, ces professionnels initialement réticents ne pourraient plus se passer de l'aide et de la compétence d'un tel service.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Fig. S1, S2) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et [doi:10.1016/j.douler.2010.05.004](https://doi.org/10.1016/j.douler.2010.05.004).

CLINIQUE PASTEUR - 17200 ROYAN				étiquette			
Entretien Douleur Personnalisé réalisé le :							
Par				Durée en mn :			
Date d'entrée :				Intervention prévue :			
Date de sortie :				Opérateur : Dr			
INFORMATION DELIVREE AU PATIENT A L'ADMISSION				ACCORD ECLAIRE DU PATIENT			
<input type="checkbox"/> Présentation du service d'algologie				<input type="checkbox"/> Analgésie médicamenteuse non morphinique			
<input type="checkbox"/> Présentation des outils d'évaluation				<input type="checkbox"/> Analgésie médicamenteuse morphinique			
<input type="checkbox"/> Présentation des techniques d'analgésie médicamenteuse				<input type="checkbox"/> Analgésie locorégionale			
<input type="checkbox"/> Présentation de la PCA				<input type="checkbox"/> Méthodes alternatives :			
<input type="checkbox"/> Présentation des techniques d'analgésie locorégionale				<input type="checkbox"/> Toucher-détente			
<input type="checkbox"/> Présentation des méthodes alternatives				<input type="checkbox"/> Automassages abdominaux			
<input type="checkbox"/> Remise d'une documentation écrite				<input type="checkbox"/>			
CONCLUSIONS DU BILAN ALGOLOGIQUE INITIAL				TRAITEMENT NICOTINIQUE SUBSTITUTIF			
<input type="checkbox"/> Absence de douleur pré-opératoire				<input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> refusé			
<input type="checkbox"/> Douleur en rapport avec la pathologie chirurgicale				<input type="checkbox"/> à donner			
<input type="checkbox"/> Douleur sans rapport avec la pathologie chirurgicale				Timbre en mg 7 14 21			
<input type="checkbox"/> Douleur nociceptive <input type="checkbox"/> Douleur neuropathique				Pastilles à sucer			
ECHELLES D'EVALUATION UTILISEES				TOXICOMANIE et AUTRES ADDICTIONS			
<input type="checkbox"/> Echelle verbale simple <input type="checkbox"/> Echelle numérique				Type :			
<input type="checkbox"/> Echelle visuelle analogique <input type="checkbox"/> Algoplus				<input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> En cours de sevrage			
<input type="checkbox"/> Echelle comportementale :				<input type="checkbox"/> Sevrée depuis le			
<input type="checkbox"/> Echelle pédiatrique :				Substituée par :			
EVALUATION DE LA DOULEUR		à l'entrée	à la sortie	ENTRETIEN PSYCHOLOGIQUE			
Au repos				Motif :			
A la mobilisation				<input type="checkbox"/> Pré-op			
Score DN4 sur 10				<input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Post-op			
Score NPSI sur 100				<input type="checkbox"/> demandé par <input type="checkbox"/> Externe			
				<input type="checkbox"/> réalisé le par			
PROTOCOLES ANTALGIQUES REALISES				TRAITEMENT ANTALGIQUE A LA SORTIE			
<input type="checkbox"/> PCA morphine <input type="checkbox"/> Prévention NVPO							
<input type="checkbox"/> Analgésie loco-régionale <input type="checkbox"/> Prévention DCPC							
<input type="checkbox"/> KT périnerveux <input type="checkbox"/> Autre :							
SATISFACTION DU PATIENT A LA SORTIE							
<input type="checkbox"/> très satisfait <input type="checkbox"/> mécontent							
<input type="checkbox"/> satisfait <input type="checkbox"/> très mécontent							
<input type="checkbox"/> peu satisfait <input type="checkbox"/> sans opinion				<input type="checkbox"/> Nécessité d'un suivi algologique à la sortie			

ALLERGIES et INTOLÉRANCES MÉDICAMENTEUSES		ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX									
		<input type="checkbox"/> Diabète									
		<input type="checkbox"/> Artériopathie périphérique									
		<input type="checkbox"/> Ethylisme									
TRAITEMENTS ANTALGIQUES A L'ADMISSION et POSOLOGIES		ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX									
		<input type="checkbox"/> Neuropathies									
		<input type="checkbox"/> Convulsions / Epilepsie									
		<input type="checkbox"/> Hernie hiatale									
		<input type="checkbox"/> Ulcère gastro-duodéal									
		<input type="checkbox"/> Glaucome à angle fermé									
		<input type="checkbox"/> Hyperplasie prostatique									
		<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale									
		<input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique									
		<input type="checkbox"/>									
TRAITEMENTS A VISEE ANTALGIQUE NON MEDICAMENTEUX		RISQUE de NVPO									
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> Cryothérapie	Sexe féminin	1								
<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Neurostimulation	Non fumeur	1								
<input type="checkbox"/> Autre(s) :		Mal des transport ou ATCD de NVPO	1								
LOCALISATION DE LA DOULEUR											
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><i>pas de facteur de risque</i></td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td><i>un facteur de risque</i></td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td><i>deux facteurs de risque</i></td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td><i>trois facteurs de risque</i></td> <td>80%</td> </tr> </table>		<i>pas de facteur de risque</i>	20%	<i>un facteur de risque</i>	40%	<i>deux facteurs de risque</i>	60%	<i>trois facteurs de risque</i>	80%
<i>pas de facteur de risque</i>	20%										
<i>un facteur de risque</i>	40%										
<i>deux facteurs de risque</i>	60%										
<i>trois facteurs de risque</i>	80%										
PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES											
<input type="checkbox"/> Antalgiques Palier 1											
<input type="checkbox"/> Antalgiques Palier 2											
<input type="checkbox"/> Antalgiques Palier 3											
<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoires											
<input type="checkbox"/> PCA morphine											
<input type="checkbox"/> Rachianalgésie											
<input type="checkbox"/> Infiltrations A. Locaux											
<input type="checkbox"/> Analgésie loco-régionale											
<input type="checkbox"/> Cathéter périmerveux											
<input type="checkbox"/> Prévention NVPO											
<input type="checkbox"/> Prévention DCPC											
<input type="checkbox"/> Ttt à visée neuropathique											
<input type="checkbox"/> Autres :											

Annexe C. Questionnaire d'évaluation des douleurs neuropathiques remis au patient (test NPSI).

Questionnaire d'évaluation des douleurs neuropathiques

Madame, Monsieur,

Vous souffrez de douleurs liées à une lésion du système nerveux.

Ces douleurs peuvent être de plusieurs types. Il existe des douleurs spontanées, c'est-à-dire des douleurs présentes en l'absence de toute stimulation, qui peuvent être durables ou apparaître sous forme de crises douloureuses brèves. Il existe également des douleurs provoquées par diverses stimulations (frottement, pression, contact avec le froid).

Vous pouvez ressentir un ou plusieurs de ces types de douleurs.

Le questionnaire que vous allez remplir a été conçu pour permettre à votre médecin de mieux connaître les différents types de douleurs dont vous souffrez afin de mieux adapter votre traitement.

Merci

Nous voudrions savoir si vous avez des douleurs spontanées, c'est-à-dire des douleurs en l'absence de toute stimulation. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos douleurs spontanées en moyenne au cours des 24 dernières heures. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur. Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre.

Q1. Votre douleur est-elle ressentie comme une brûlure ?

Aucune brûlure ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Brûlure maximale imaginable

Q2. Votre douleur est-elle ressentie comme un étai ?

Aucun étai ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Etai maximal imaginable

Q3. Votre douleur est-elle ressentie comme une compression ?

Aucune compression ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Compression maximale imaginable

Q4. Au cours des dernières 24 heures, vos douleurs spontanées ont été présentes :

Veuillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre état :

En permanence	<input type="checkbox"/>
Entre 8 et 12 heures	<input type="checkbox"/>
Entre 4 et 7 heures	<input type="checkbox"/>
Entre 1 et 3 heures	<input type="checkbox"/>
Moins d'1 heure	<input type="checkbox"/>

Nous voudrions savoir si vous avez des crises douloureuses brèves. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos crises douloureuses en moyenne au cours des 24 dernières heures. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur. Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre.

Q5. Avez-vous des crises douloureuses ressenties comme des décharges électriques ?

Aucune décharge électrique ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Décharge électrique maximale imaginable

Q6. Avez-vous des crises douloureuses ressenties comme des coups de couteau ?

Aucun coup de couteau ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Coup de couteau maximal imaginable

Q7. Au cours des dernières 24 heures, combien de ces crises douloureuses avez-vous présenté ?

Veillez cocher la réponse qui correspond le mieux à votre état :

- Plus de 20
 Entre 11 et 20
 Entre 6 et 10
 Entre 1 et 5
 Pas de crise douloureuse

Nous voudrions savoir si vous avez des douleurs provoquées ou augmentées par le frottement, la pression, le contact d'objets froids sur la zone douloureuse. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos douleurs provoquées en moyenne au cours des 24 dernières heures. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de douleur. Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre.

Q8. Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par le frottement sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Douleur maximale imaginable

Q9. Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par la pression sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Douleur maximale imaginable

Q10. Avez-vous des douleurs provoquées ou augmentées par le contact avec un objet froid sur la zone douloureuse ?

Aucune douleur ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Douleur maximale imaginable

Nous voudrions savoir si vous avez des sensations anormales dans la zone douloureuse. Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité de vos sensations anormales en moyenne au cours des 24 dernières 24 heures. Entourez le chiffre 0 si vous n'avez pas ressenti ce type de sensation. Veuillez n'entourer qu'un seul chiffre.

Q11. Avez-vous des picotements ?

Aucun picotement ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Picotement maximal imaginable

Q12. Avez-vous des fourmillements ?

Aucun fourmillement ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Fourmillement maximal imaginable

NE PAS REMPLIR – RESERVE AU SERVICE ANTI-DOULEUR

Calcul des scores Score total sur 100	Sous-scores	
1.....Q1 =	Brûlures (douleurs spontanées superficielles).....Q1 =	/10
2.....(Q2+Q3) =	Constriction (douleurs spontanées profondes) ... (Q2+Q3)/2 =	/10
3.....(Q5+Q6) =	Douleurs paroxystiques.....(Q5+Q6)/2 =	/10
4.....(Q8+Q9+Q10) =	Douleurs évoquées(Q8+Q9+Q10)/3 =	/10
5.....(Q11+Q12)=	Paresthésie/Dysesthésies.....(Q11+Q12)/2=	/10
1+2+3+4+5 =	/100	

Références

- [1] Plan de lutte contre la douleur 1998–2000 http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/2-lutte/34_980307.htm.
- [2] Plan quadriennal de lutte contre la douleur 2002–2005. À consulter sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/prog.htm> [consulté le 4 mai 2010].
- [3] Wattier JM, Lebuffe G. Quelles mesures préopératoires réduisent la douleur postopératoire? in: L'analgésie périopératoire: nouvelles stratégies et perspective. Journées d'enseignement post-universitaire d'anesthésie et de réanimation, 2010:23–30.
- [4] Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, et al. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *Pain* 2008;136:134–41.
- [5] Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114:29–36.
- [6] Fletcher D, Aubrun F (coordonnateurs). Recommandations formalisées d'experts 2008. Prise en charge de la douleur postopératoire chez l'adulte et chez l'enfant. *Ann Fr Anesth Reanim* 2008;27:1035–41.
- [7] Nielsen PR, Norgaard L, Rasmussen LS, Kehlet H. Prediction of post-operative pain by an electrical pain stimulus. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51:582–6.