



Département d 'Anesthésie-Réanimation,
Consultation de la douleur, Laon (France)

Définition de la DOULEUR

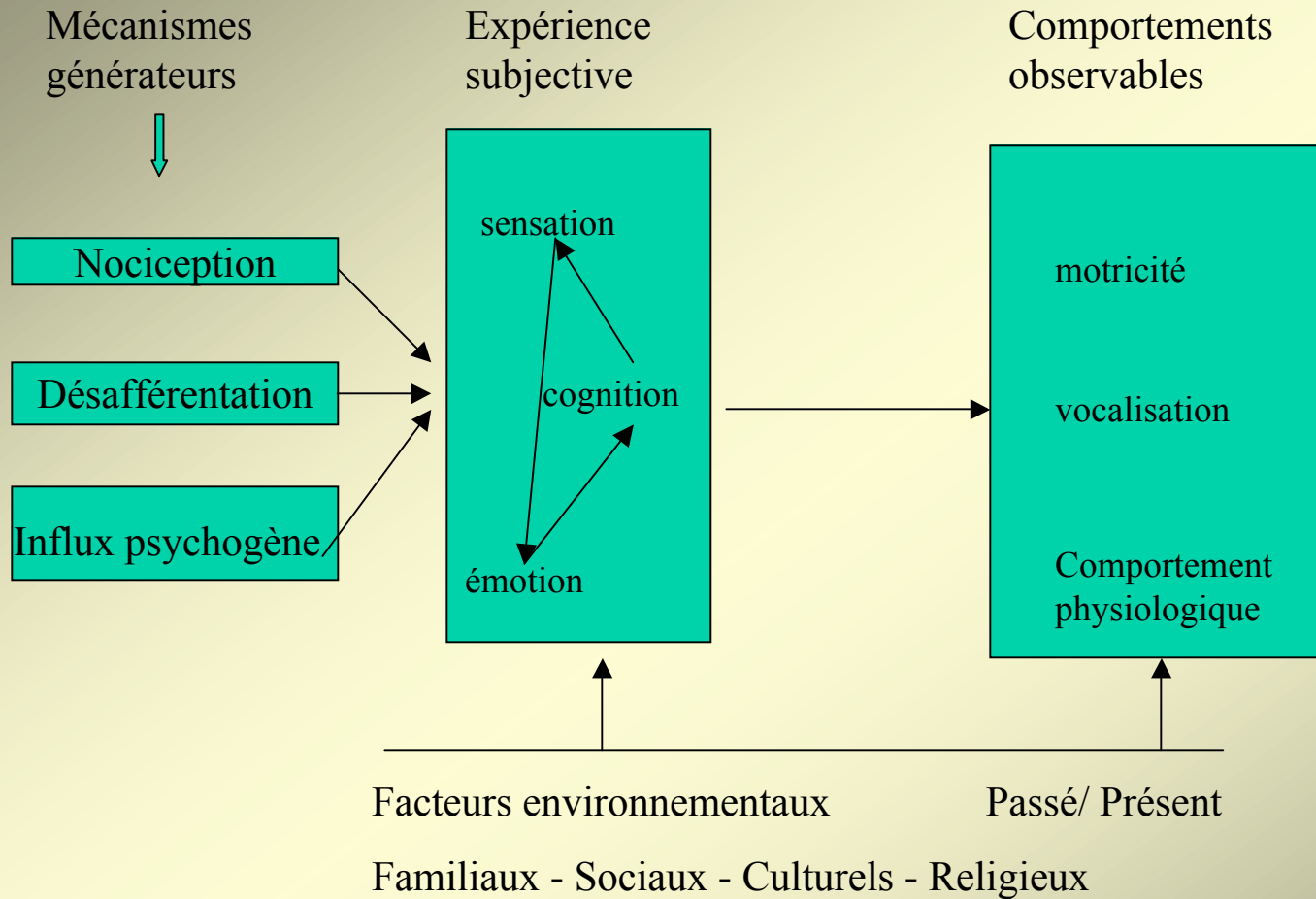
- “La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme d’une telle lésion”
- “Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”

Pain terminology, IASP, 1979-1986-1994.

La définition de l'IASP

- variabilité de la relation entre lésion et douleur
- dimensions sensorielle, affective et cognitive
- seule la connaissance tient compte de la notion de temps

DOULEUR



Le modèle multidimensionnel de la douleur (F. BOUREAU, 1983)

La douleur à l'hôpital de Laon en 1986

- 59000 journées MCO
- ORL, orthopédie, chir. viscérale
- un secteur médical important
- 1000 accouchements
- Aucun antalgique systématique
- Auto-prescription nocturne de **noramidopyrine** en chirurgie viscérale
- Peu d'utilisation de **paracétamol**
- Peu d'utilisation de **morphine**

Objectifs médicaux en 1986

Améliorer la prise en charge la douleur

- Faire disparaître l'auto-prescription
- Développer la prise en charge de la douleur à partir d'une consultation

Les choix faits : **former et évaluer**

- Former des soignants (très demandeurs)
- Sensibiliser les médecins, et les former au traitement de la douleur
- **Insister sur l'évaluation de la douleur**
- **Evaluer l'évolution de la structure.**
- **Mettre des indicateurs en place**
- Ne pas inciter à la mise en place de protocoles thérapeutiques

Former les soignants

- Formation mixte par unité d'hospitalisation (1987-92), d'abord en chirurgie, puis dans les autres secteurs
- Création d'un **module de formation continue à l'évaluation et au traitement de la douleur** (IDE, AS, IADE, 1990) sur 2 puis 3 jours.
- Formation des EIDE (1990)

Sensibiliser et former les médecins

- EPU
- Formations extérieures
- Nouveaux apports techniques, et notamment
 - introduction des PCA (1991)
 - puis des PCEA (1992)
- Création d 'un CID (devenu CLUD depuis), pour
 - mettre en place et surveiller les indicateurs
 - piloter la politique de l 'établissement

Evaluer la prise en charge de la douleur

- **EVA** et auto-évaluation en général
- Evaluation dans le dossier de soins (1998)
- **Critères de sortie de SSPI** (pas de sortie si $EVA > 2$)
- **Evaluation à la 24e heure post-opératoire**
- **Restitution de l'évaluation au MAR prescripteur**
- **Suivi des consommations à l'année**

**COMITE INTERDISCIPLINAIRE
DE LA DOULEUR**

CENTRE HOSPITALIER

Rue Marcellin Berthelot - 02001 LAON CEDEX

☎ : 03-23-24-33-33

TELECOPIE : 03-23-24-31-82

Membres du bureau :

Docteur **EMMANUELLA LEMAIRE-NANNI**
Mademoiselle **CORINNE MIEL**
Madame **CATHERINE DEFRESNE**

Laon, le 08 janvier 1999

Consultation de la douleur :

Docteur **C. BELAIR**
Docteur **E. LEMAIRE-NANNI**
Docteur **B. DANGVU**
Docteur **J.M. LE BORGNE**

**PROTOCOLE D'UTILISATION DE L'ECHELLE
VISUELLE ANALOGIQUE (E.V.A.)**

EVA

- Les limites d'utilisation de cette méthode d'évaluation de la douleur sont la conscience, l'âge (supérieur à 6 ans), la compréhension et une vision *suffisantes*.
- Seules seront utilisées les échelles analogiques dont le segment entre le « pas de douleur » et « douleur insupportable » est linéaire. Tout dessin en forme de flèche, ou donnant une idée d'augmentation entre les deux annotations, rend la réglette *inutilisable*.
- On présente la réglette de façon *horizontale* au patient, en lui montrant la face *non chiffrée*.
- On lui explique le fonctionnement, et on lui demande de *déplacer lui-même* autant que possible le *curseur* et de le fixer à l'endroit qu'il désire.
- On note la valeur chiffrée correspondante au curseur sur la face postérieure de la réglette, graduée de *0 à 10*.
- C'est la *répétition* de l'*évaluation* qui est la plus significative.
- Les valeurs de cette évaluation doivent figurer dans le *dossier infirmier*, et si possible sur la feuille de température.

EVALUATION DE LA DOULEUR POST-OPERATOIRE A 24 HEURES

Date :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro Gamma :

INTERVENTION :

ANESTHESISTE :

CHIRURGIEN :

1 - Anesthésie

- AG
- ALRIV
- APD
- RA
- Bloc plex.
- APD + RA

2 - Per Opérateur

- Antalgiques oui type :
- non
- Morphiniques oui type :
- non
- DROLEPTAN : oui
- non

3 - SPI

- Antalgiques oui type :
- non
- PCA DEBIT [] BOLUS []
- PCEA INTERDICTION : []
- KT, Bloc plexique
- nausées, vomissements oui non
- ↘ prescription :
- EVA à la sortie de SPI : []

4 - Bilan à 24 heures

- EVA :
- Antalgiques oui type :
- non
- Morphiniques oui type :
- non
- Prurit, nausées, vomissements oui non
- ↘ prescription :
- PCA, PCEA : - dose administrée
- dose demandée

5 - Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre douleur :

- oui
- non

Evaluation
à
24h

Indicateurs : Antalgiques Niveau I (OMS)

- Pour un **secteur d'hospitalisation** donné
- Quantité de **paracétamol** consommée par an
- Nombre de **jours de traitement** (Eq.oral = 3g/j) / an
- **Pourcentage de jours d'hospitalisation avec traitement** / an

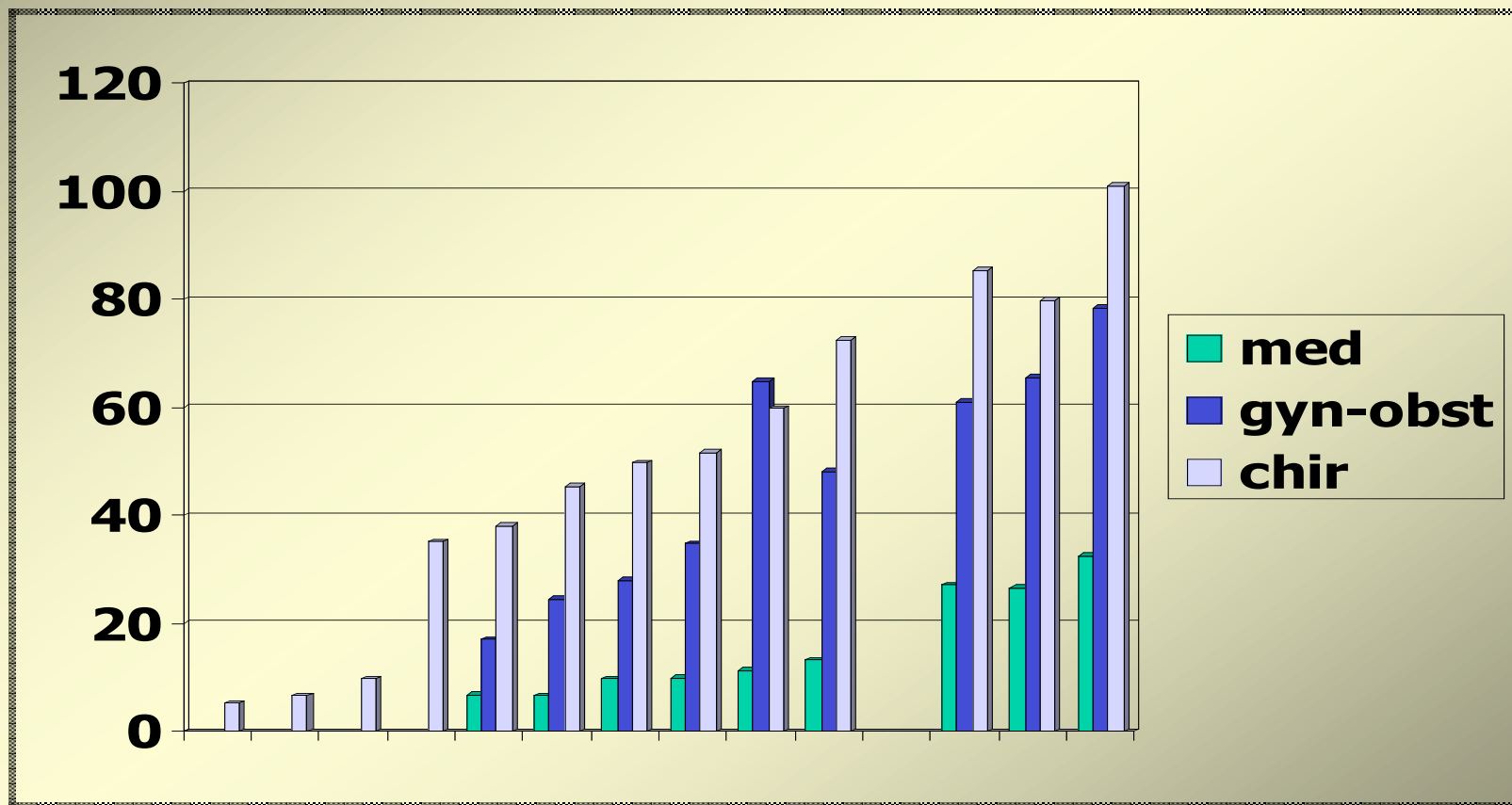
Indicateurs : Antalgiques Niveau II (OMS)

- Pour un **secteur d'hospitalisation** donné
- Quantité de **paracétamol + morphinique mineur** consommée par an
- Nombre de **jours de traitement** (Eq.oral = 3g/j) / an
- **Pourcentage de jours d'hospitalisation avec traitement** / an

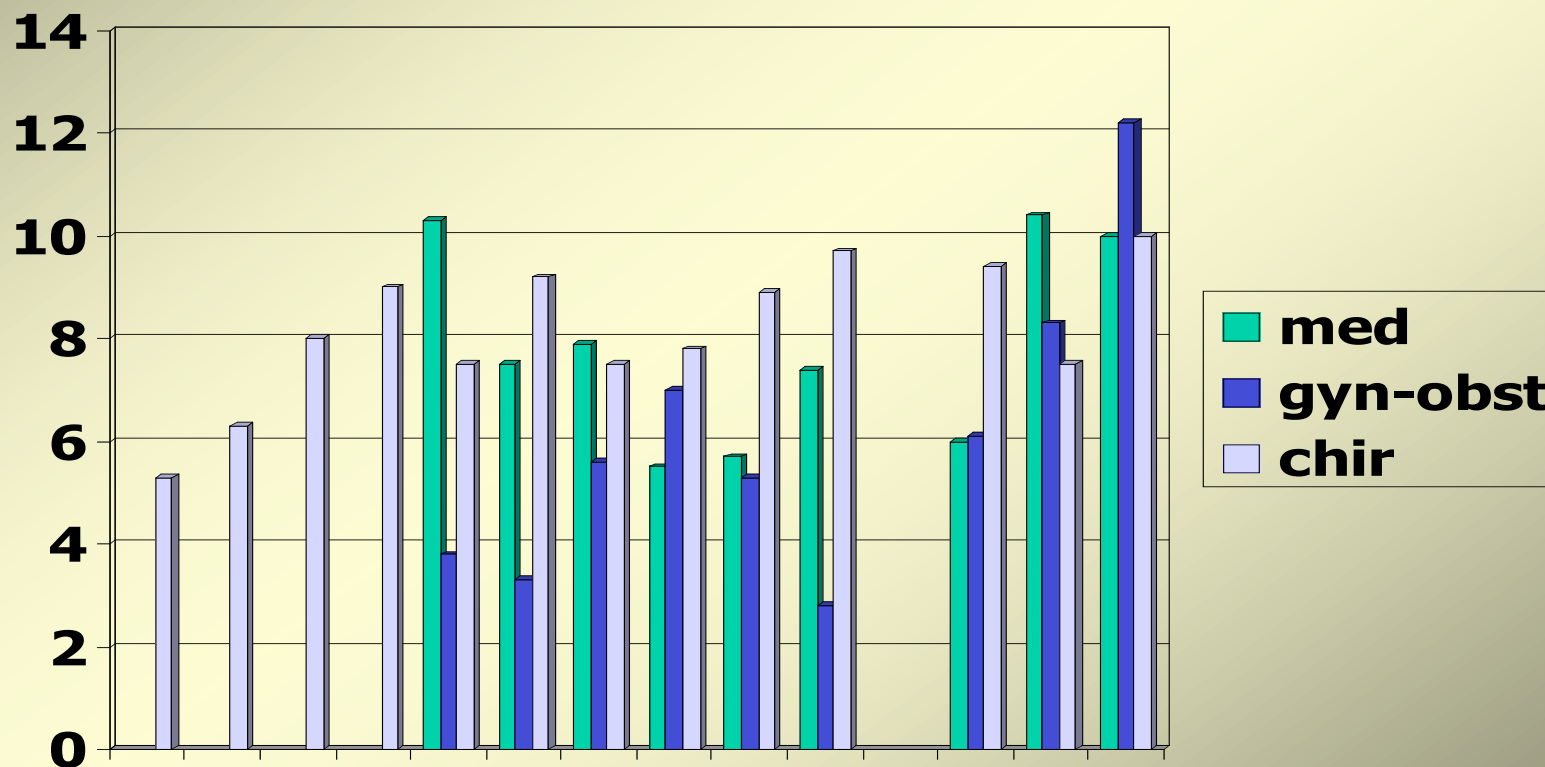
Indicateurs : Antalgiques Niveau III (OMS)

- **Pas d'effet plafond**
- Tous les morphiniques majeurs sont convertis en **équivalent - morphine per os**
- L'indicateur est la **consommation moyenne journalière par jour d'hospitalisation.**

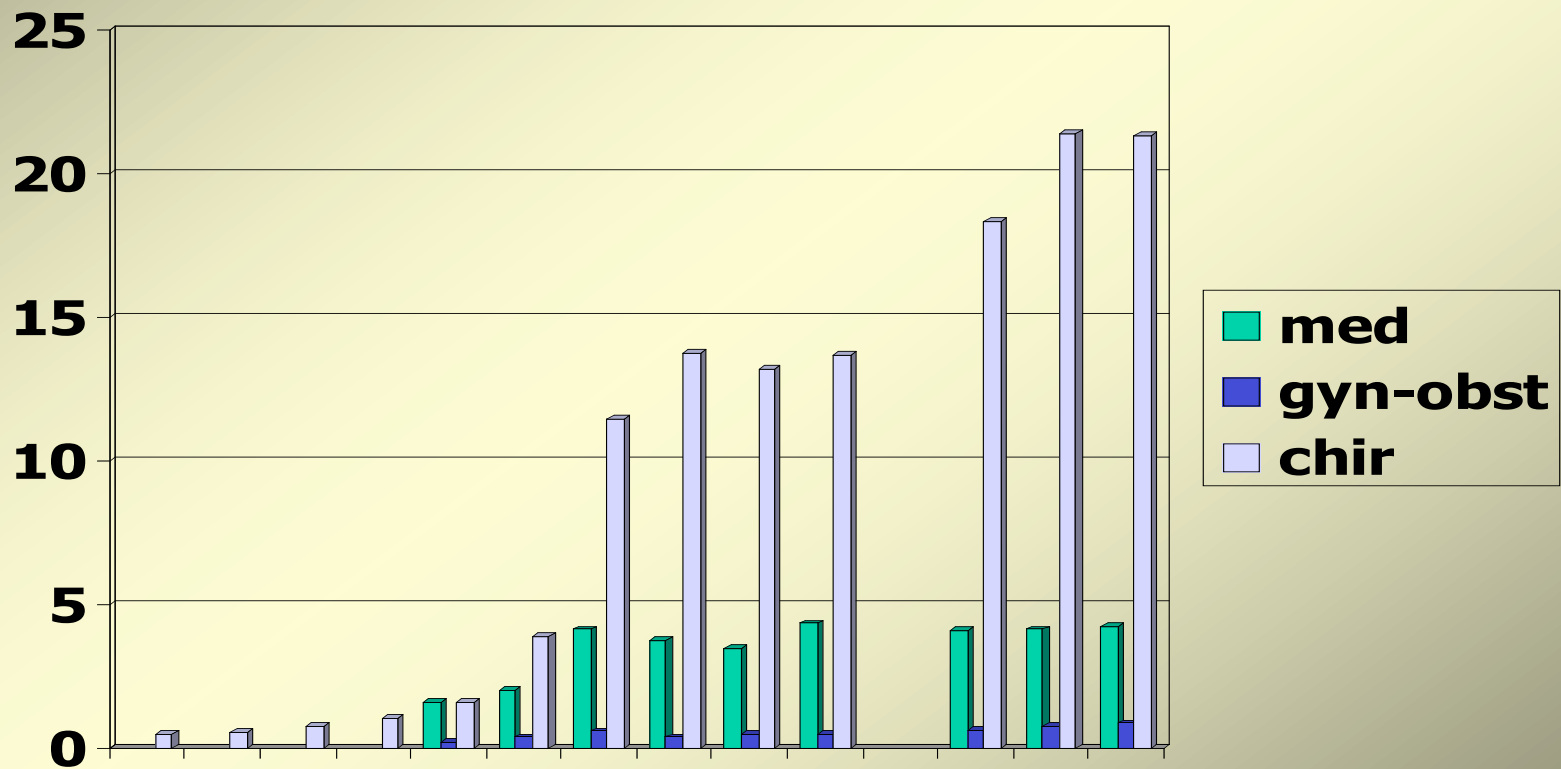
Evolution de la consommation d'antalgiques niveau I de 1990 à 2003 (% jours de traitement)



Evolution de la consommation d'antalgiques niveau II de 1990 à 2003 (% jours de traitement)



Evolution de la consommation d'antalgiques de niveau III de 1990 à 2003 (mg/jour d'hospitalisation)



Autres critères d'évaluation

- **Opinion des soignants**
 - sondage, CLUD, 2001
- **Sondage patients**
 - sondage, CLUD, 2001
- **Surveillance des résultats d'évaluation à 24h**
 - rendu aux MAR
 - archivage du double dans le dossier d'anesthésie
 - sondages

Avancées induites -1-

- **protocoles annexes**
 - utilisation de l'EVA
 - «**NVPO**»
 - utilisation des antalgiques aux urgences
 - utilisation des antalgiques en urgence dans les services de chirurgie
- **satisfaction**
 - des patients, mais aussi
 - des soignants

Avancées induites -2-

- **Consultation de la douleur**
 - **Prévention des SDRC**
 - Prise en charge précoce des SDRC
 - Prise en charge des lombalgies chroniques
 - Prise en charge de neuropathies d'étiologies diverses

La consultation de douleur chronique

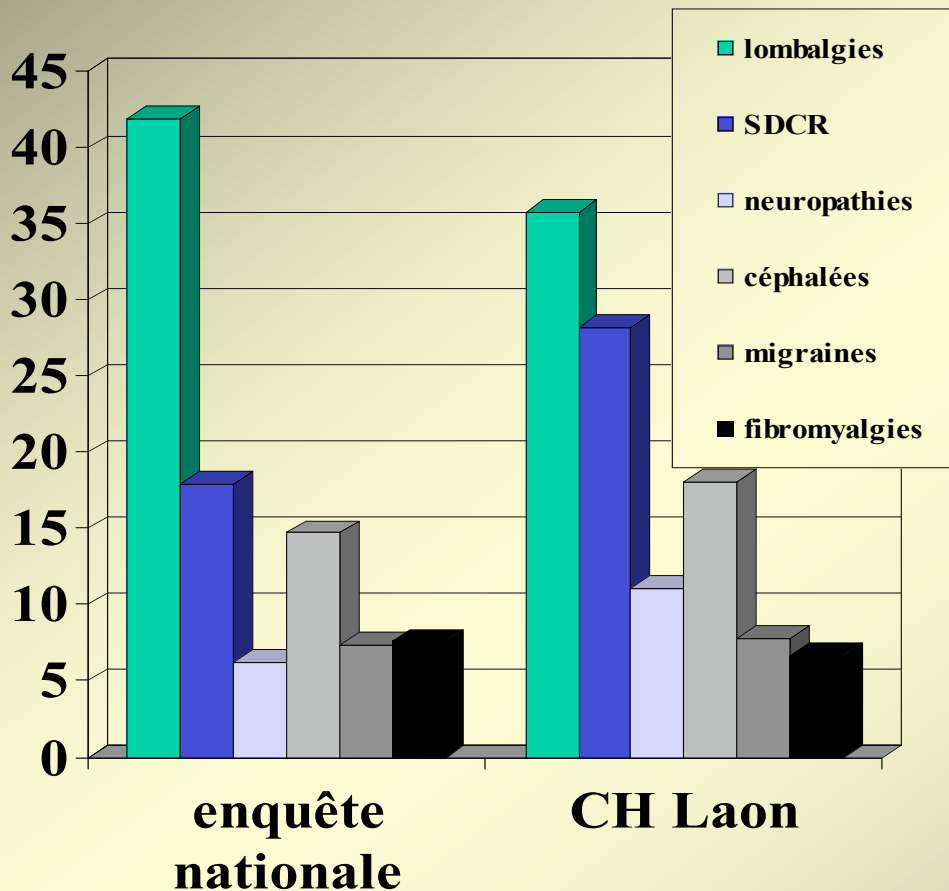
- Pas de recrutement direct
- Douleur datant de plusieurs mois, pathologie incertaine
- Traitements inefficaces
- Handicap paraissant exagéré
- Conviction somatique
- Dépression
- Existence de facteurs de renforcement

Hiérarchie des traitements

- Relaxation
- TENS
- Antalgiques de niveau I et II de l 'OMS
- Co-antalgiques
- Rééducation physique
- Blocs nerveux sensitifs et sympathiques
- Thérapies cognitives et comportementales
- Opïoides oraux (niveau III de l 'OMS)
- Stimulation médullaire
- Analgésie intra-thécale
- Procédures de neuro- destruction



Recrutement des consultations de la douleur



- 1334 patients consécutifs, du 01/01 au 30/06/2001
- 130 patients locaux
- lombalgies, SDRC et douleurs neuropathiques représentent plus des 2/3 du recrutement local et national

Les SDCR 1, LA PREVENTION

- **La prévention chirurgicale passe par la prévention des SDCR 2 (P. Marchettini)**
- **La vitamine C (P.Zollinger)**

Les SDCR 1, la prise en charge précoce

- Etablir un protocole de prise en charge avec les orthopédistes en définissant:
- Les signes cliniques d 'alerte
- Le délai de prise en charge et son mode
- Le traitement d 'urgence dès le diagnostic

Les SDCR 1, la prise en charge précoce

- Hyperesthésie nocturne après le 5^e jour
 - Résistance aux antalgiques de niveau 1 et 2
- IMPLIQUENT**
- Protocole calcitonine **et**
 - CS rhumatologie et/ou douleur dans les 15 jours

Lombalgies chroniques

- Théorie des turbulences

- seuil osseux

- seuil musculaire

- seuil discal

- seuil articulaire (facettes post.)

- seuil ligamentaire

- seuil psychologique

- seuils sociaux

- Un seul seuil atteint peut impliquer la douleur

- Rôles de la podologie

- évaluation des appuis

- évaluation de la dynamique de la marche

- bilan podologique

- Participation à la prise en charge thérapeutique

Neuropathies douloureuses des membres inférieurs

- Douleur due à la dégénérescence sensitive
- Etiologie dominée par le diabète et l'alcool

- Rôles de la podologie
 - évaluation du pied diabétique
 - prise en charge curative, mises en décharge et soins
 - prise en charge préventive, éducation

CONCLUSIONS

- Evaluation de la douleur
 - sensibilisation du corps médical
 - meilleure prise en charge de la douleur
 - multiplication par 20 de la consommation d 'antalgiques
- Evaluation de la prise en charge
 - améliore la qualité
 - dépiste des problèmes ignorés
 - permet de ne pas avoir de «ressac»



MERCI
POUR
VOTRE ATTENTION

Cathédrale de Laon-France