

Prise en charge de la douleur, cadre législatif

Hier fatale ou rédemptrice, la douleur est un trouble qui mérite désormais une prise en charge médicale spécialisée. La pression sociale, l'influence anglo-saxonne et celle de quelques personnalités ont amorcé en France un mouvement d'idées pour le traitement de la douleur. Des dispositions juridiques l'ont traduite en obligation à partir des années 80.

Circulaire DGS/3 D du 26 août 86

Dans les années 80, l'intérêt pour les soins d'accompagnement des personnes en fin de vie a mis au centre des préoccupations la prise en charge de la douleur. Cette circulaire, dite "circulaire Laroque", à fort accent pédagogique et à orientation médicale, explore les bases éthiques, scientifiques et organisationnelles pour les soins palliatifs et

la prise en charge de la douleur physique et morale. Celle des enfants est soulignée. On note au passage la nécessité de former les soignants, de mieux définir les relations avec les familles et le rôle des bénévoles, qui apportent un "supplément d'âme". Entre 1986 et 1993, plusieurs publications du ministère chargé de la santé seront

consacrées aux actions dans le domaine de la douleur. On peut citer la brochure "Soulager la souffrance", rééditée en 1993, ainsi que les travaux sur la lutte contre la douleur chronique publiés dans le Bulletin officiel n° 91-3 bis du ministère des Affaires Sociales. En 1994, l'harmonisation et l'organisation nationales sont abordées.

Circulaire DGS/DH n° 94-3 du 7 janvier 1994

La circulaire du 7 janvier 1994, relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques, vise à contribuer à l'essor de structures de lutte contre la douleur. Les principes et les modalités de la prise en charge y sont définis. La douleur chronique est une douleur rebelle aux antalgiques usuels et qui évolue depuis au moins 6 mois. Cette définition citée en exergue marque une continuité avec la classification proposée plus loin. On distingue les douleurs cancéreuses de celles liées à l'infection par le VIH ou en lien avec des affections non malignes (douleurs musculo-squelettique, neurologique...). Une attention particulière est réclamée pour la douleur de l'enfant, dont les caractéristiques diffèrent de celles de l'adulte.

■ Les principes de la prise en charge

de la douleur chronique valent pour la prévention, l'évaluation et le traitement. Ils réclament une approche pluridisciplinaire et une combinaison thérapeutique appropriée (médicamenteuse, physique, psychologique). La confiance et la participation du malade sont requises, ainsi que sa prise en charge globale.

■ **Les modalités de la prise en charge.** Son efficacité dépend de la formation et de la qualité d'écoute du médecin traitant. Ces exigences valent en consultation comme en suivi à domicile. L'efficacité dépend aussi de la complémentarité entre ces deux secteurs et les soins à l'hôpital.

■ **Structure, critères et fonctionnement.** Les missions concernent l'évaluation et l'orientation thérapeutique, le traitement et le suivi à long terme, l'enseignement et la

recherche. Dirigé par un médecin, de préférence disposant d'un diplôme universitaire sur la douleur, la structure de prise en charge doit être multidisciplinaire. Trois types d'organisation sont préconisés :

- **une équipe mobile pluridisciplinaire** œuvrant par consultations internes et externes pour des douleurs chroniques d'étiologies variés ;
- **des établissements** disposant de lits d'hospitalisation de jour ou de plus de 24 heures au sein d'un service ;
- **des pôles de références hospitalo-universitaires** avec une triple mission (soins, formation et recherche). En tenant compte de ces catégories et critères, la circulaire demande aux représentants régionaux de l'État le recensement des structures de prise en charge de la douleur.

Circulaire DGS/DH N° 95-22 du 6 mai 1995

La circulaire du 6 mai 1995 comporte une charte du patient hospitalisé. Elle considère comme une

priorité constante le soulagement de la souffrance. En application de la loi de n° 95-115 du 4 février 1995,

tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la douleur en intégrant ces

... Prise en charge de la douleur, cadre législatif

moyens dans son projet d'établissement. Selon ce texte, les connaissances scientifiques et

techniques sont aptes à répondre, dans la quasi-totalité des cas, aux situations doulou-

reuses. Il est du devoir des soignants et des directions de soulager la douleur des patients.

Circulaire DGS/DH N° 98 - 47 du 4 février 1998

L'année 1998 marquera d'un écho durable les mesures en faveur de la lutte contre la douleur. Cette circulaire est relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle. Son but est de les reconnaître officiellement

et de façon exhaustive. Elle se réfère à la circulaire du 7 janvier 1994, puis au rapport de l'Andem de novembre 1995, relative à la définition de critères garantissant la qualité de la prise en charge de la douleur, et enfin au rapport Serrie,

en 1996, à propos des différents types de douleur. Tout établissement de santé public ou privé peut désormais faire reconnaître son activité en faveur de la douleur par l'intermédiaire du dossier type joint à cette circulaire.

Circulaire DGS/DH N° 98-586 du 24 septembre 1998

La circulaire du 24 septembre 1998 est relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal. Ce texte à vocation opérationnelle concerne les structures de santé et les réseaux de soins et porte sur trois aspects.

■ **Le développement de la lutte contre la douleur.** En application de l'article L 710-3-1 du Code de la santé public, tout établissement de santé doit mobiliser les moyens propres à traiter la douleur des patients, moyens à définir dans le projet d'établissement (art. L714-11 du Code de la santé publique). L'évaluation de la douleur est un impératif, chaque soignant doit se doter d'une réglette prévue à cet effet (échelle visuelle analogique). Un guide méthodologique pour aider à

lutter contre la douleur dans ses différents aspects est prévu. Pour faciliter les prescriptions d'antalgiques, le carnet à souche est remplacé par des ordonnances sécurisées à partir du 1^{er} janvier 1999. L'instauration de protocoles de soins pour les situations douloureuses est recommandée. Enfin, la lutte contre la douleur fait l'objet un nouvel indicateur dans la procédure d'accréditation conduite par l'Anaes.

■ **La formation et l'information des personnels de santé.** Déjà obligatoire dans certains formations initiales (2^e cycle en médecine et études d'infirmière), l'enseignement sur la douleur doit être étendu ou renforcé à l'ensemble des personnels de santé: la formation

continue intègre le thème de la douleur comme une priorité en 1998 pour les médecins et les paramédicaux. Enfin, des procédures d'information (sites internet) et outils pédagogiques (logiciels) sont mis en place.

■ **La prise en compte de la demande des patients.** En continuité avec la charte du patient hospitalisé, un carnet douleur est prévu pour toute personne hospitalisée.

La prise en charge de la douleur doit figurer dans la mesure de la satisfaction des malades (arrêté du 7 janvier 1997). Enfin, des campagnes et procédures d'information sont prévues dès 1998 et destinées aux médias, au grand public et aux professionnels de la santé.

Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 février 1998

La circulaire du 11 février 1998 est relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë. Ce texte veut renforcer la qualité et la rapidité de réponse au traitement de la douleur aiguë. Elaborés par une équipe pluridisciplinaire, ces protocoles visent à autoriser les infirmiers à utiliser certains antalgiques

en urgence, conformément aux dispositions de l'article 8 du décret d'acte, n° 93-345 du 15 mars 1993: « *L'infirmière est habilitée [...] à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence...* ».

Le protocole est conçu par l'équipe médicale et soignante, validé par les acteurs concernés, le pharmacien et la DSSI. Il doit être daté, signé, diffusé

et évalué, accessible et revu une fois par an. Son usage doit être explicite: fondement, conditions et critères de mise en œuvre. Il peut être utilisé dans les services d'urgence hospitalière, préhospitalière et dans les services hospitaliers où l'infirmière peut agir de sa propre initiative. Un compte rendu doit en être fait.

LETTRE CIRCULAIRE DH- EO4 N° 05277 DU 3 DÉCEMBRE 1998

• La circulaire du 3 décembre 1998 est relative au Plan de lutte contre la douleur. Elle annonce une campagne d'information du public sur ce thème et prescrit la diffusion du carnet douleur avec un modèle joint.

• Ce carnet doit être remis à chaque patient avec le livret d'accueil. Son objet est pédagogique et informatif. Il entend changer la conception fataliste de la douleur et indique au malade son droit à être soulagé s'il le veut.

• Ainsi c'est par le droit que la lutte contre la douleur s'institutionnalise et progresse. La raison et la morale pour soulager la souffrance des malades manquent peut-être à notre déontologie.

Fiche réalisée en
partenariat avec la
MNH



Texte rédigé par
Daniel Maroudy, cadre
infirmier anesthésiste,
service du Pr Eurin,
Hôpital Saint-Louis
(AP-HP), Paris (75)

