

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N°28

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Médecine générale

par

Eva BOULLE

Née le 10 décembre 1980 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2010

**ÉVALUATION DE LA DOULEUR EN HOSPITALISATION À DOMICILE :
ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN VENDÉE**

Président : Monsieur le Professeur Gérard Dabouis

Directeur de thèse : Docteur Sébastien Abad

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	2
2	PREAMBULE.....	3
2.1	LES EVOLUTIONS LEGISLATIVES.....	3
2.2	LES PLANS DOULEUR.....	3
2.3	LES ACTEURS ET LES BENEFICIAIRES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	4
2.3.1	<i>Les acteurs de la prise en charge de la douleur.....</i>	4
2.3.2	<i>Les bénéficiaires de la prise en charge de la douleur</i>	5
2.4	DOULEUR ET FIN DE VIE	5
2.5	L'OBLIGATION DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	5
2.6	L'HOSPITALISATION A DOMICILE	6
2.6.1	<i>Historique.....</i>	6
2.6.2	<i>Fonctionnement.....</i>	6
2.6.3	<i>Particularités de l'HAD Vendée.....</i>	7
3	METHODES	8
3.1	MATERIEL D'ETUDE	8
3.2	UNE EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	8
3.3	CRITERES DE JUGEMENT	9
3.4	OUTILS DE MESURE	9
4	RESULTATS	11
4.1	CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION	11
4.2	EVALUATION DE L'INTENSITE DE LA DOULEUR	12
4.3	TRAÇABILITE DE L'INTENSITE DE LA DOULEUR	13
4.4	LES OUTILS D'EVALUATION UTILISES, COMPARES A L'AGE ET AUX CAPACITES DE COMMUNICATION DES PATIENTS	13
4.4.1	<i>Quel type d'échelle d'évaluation de l'intensité de la douleur?</i>	13
4.4.2	<i>L'utilisation des échelles en fonction de l'âge</i>	14
4.4.3	<i>L'utilisation des échelles en fonction des capacités de communication.....</i>	14
4.5	LES ANTALGIQUES	15
4.6	L'EVOLUTION DES SCORES DE DOULEUR EN TROIS TEMPS D'HOSPITALISATION	16
4.7	QUI NOTIFIE LA DOULEUR ? QUI L'EVALUE ?	16
5	DISCUSSION.....	17
5.1	LA SOUS EVALUATION DE LA DOULEUR.....	17
5.2	UN MANQUE DE SUIVI DE L'EVALUATION DE LA DOULEUR.....	19
5.3	LES OUTILS D'EVALUATION DE LA DOULEUR UTILISES SONT-ILS ADAPTES A L'AGE ET AUX CAPACITES DE COMMUNICATION DU PATIENT ?.....	19
5.3.1	<i>Echelles d'évaluation de la douleur et âge des patients.....</i>	20
5.3.2	<i>Echelles d'évaluation de la douleur et capacités de communication des patients.....</i>	20
5.4	QUELLES PRESCRIPTIONS D'ANTALGIQUES ?.....	21
5.5	EVOLUTION DES SCORES DE DOULEUR	22
5.6	QUI EVALUE LA DOULEUR ?	23
6	CONCLUSION	24
	ANNEXE	25
	REFERENCES	27

« Comment parler de la douleur au moment où l'on souffre, comment transmettre la souffrance en la mettant en mots, comment comprendre enfin ce patient douloureux qui reste silencieux ? » Ph.Brenot

1 INTRODUCTION

L'évaluation et la prise en charge de la douleur forment un véritable enjeu de santé publique, comme en témoigne le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 dévoilé en mars 2006 par Monsieur Xavier Bertrand, alors Ministre de la Santé et des Solidarités.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé présente la prise en charge de la douleur comme un droit fondamental de toute personne, et le plan douleur 2006-2010 en fait une priorité nationale (1-3).

Plusieurs articles et ouvrages (4-9) mettent en avant l'intérêt d'une évaluation adéquate de la douleur dans le soulagement de celle-ci, corrélé à une bonne formation des professionnels de santé dans ce domaine.

Ainsi, l'évaluation de la douleur a fait l'objet de recommandations de l'ANAES (10), notamment en ce qui concerne la personne âgée non communicante (11), et plusieurs outils d'auto- et d'hétéro-évaluation sont présentés et ont été validés, permettant une prise en charge adaptée à l'âge du patient et à ses possibilités de communication. (12)

Des études (13, 14) ont montré l'insuffisance de l'évaluation de la douleur en médecine d'urgence ou préhospitalière, contexte où la douleur est un symptôme fréquent.

Qu'en est-il en hospitalisation à domicile, et plus particulièrement à l'Hôpital à Domicile (HAD) de Vendée, où 513 patients (dont 200 réadmis) ont été pris en charge en 2007, dont 186 (71 réentrants) pour le motif « douleur », que ce soit en tant que critère principal d'admission ou bien en tant que critère associé?

Le motif d'hospitalisation de ces patients implique une détection rapide des signes de douleur, une évaluation de celle-ci, et une prise en charge spécifique.

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, il paraît indispensable de dresser un état des lieux des pratiques habituelles dans ce domaine pour réfléchir à des axes d'amélioration.

L'objectif de notre travail était d'observer comment la douleur avait été évaluée chez ces patients, à l'entrée et durant toute l'hospitalisation, et si les échelles utilisées étaient bien adaptées aux capacités de communication des patients.

2 PREAMBULE

2.1 Les évolutions législatives

Le premier texte relatif à la prise en charge de la douleur est la loi du 4 février 1995, qui impose aux établissements d'inscrire dans leur projet d'établissement les moyens mis en place pour prendre en charge la douleur des patients.

En 1996 s'ajoute une ordonnance qui rappelle la nécessité de prise en charge de la douleur de tous les patients, et cite notamment les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2) reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental pour toute personne, et le rapport annexé à la loi relative à la santé publique (3) l'inscrit parmi les objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années.

Ainsi, les versions 2 et 3 (en projet) du manuel d'accréditation font référence à la prise en charge de la douleur comme gage de la qualité des soins et comme un des objectifs de la certification. L'item 34 met la priorité sur la traçabilité de la prise en charge de la douleur dans le dossier du patient. (15)

2.2 Les plans douleur

Le premier plan douleur 1998-2001 partait du postulat : « La douleur n'est pas une fatalité », et l'inscrivait comme une priorité de santé publique. Malheureusement, le message qui est resté, tel un aphorisme, auprès du public était l'idée de l' « Hôpital sans douleur », ce qui ne correspondait pas à l'information que les professionnels de santé ont voulu transmettre.

Le second plan douleur 2002-2005 marquait une étape supplémentaire : le contrat d'engagement de lutte contre la douleur.

Ce principe a été repris dans le troisième plan douleur 2006-2010 (1), où la prise en charge de la douleur est présentée comme un véritable enjeu de santé publique et un critère de qualité et d'évolution d'un système de santé.(15)

A l'issue des deux premiers plans douleur, il a été noté une nette amélioration de l'information des patients, des formations des professionnels de santé, ainsi qu'un renforcement de la prise en charge des douleurs chroniques.

Cependant il persistait une disparité dans la prise en charge de la douleur selon les régions, qui ne devait pas perdurer.

Ainsi, quatre priorités pour le nouveau plan douleur 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 traitement 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.

2.3 Les acteurs et les bénéficiaires de la prise en charge de la douleur

2.3.1 Les acteurs de la prise en charge de la douleur

Ils sont nombreux.

Tout d'abord, les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, et les établissements sociaux et médico-sociaux, ainsi que toutes les personnes intervenant dans la chaîne des soins, doivent tenir compte de la douleur des patients et intervenir. Il y a notamment une obligation à définir une politique de prise en charge de la douleur dans le projet d'établissement.

Ensuite, les professionnels de santé, et en premier lieu les médecins, ont une obligation de prise en charge de la douleur, comme acte de soin. Ils sont tenus à une obligation de moyen et non de résultat.

Selon l'article R.4127-37 du Code de la santé publique (16) : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement.* »

En ce qui concerne les infirmiers, la prise en charge de la douleur est intégrée dans le décret du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, qui précise que tout infirmier (hospitalier ou libéral) :

- évalue la douleur dans le cadre de son rôle propre,
- est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques selon des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin,
- peut, sur prescription médicale, injecter des médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intra-thécaux ou placés à proximité d'un tronc ou plexus nerveux.

Selon les normes de qualité diffusées par le ministère de la santé, pour toute personne soignée, dès son arrivée et tout au long de son séjour, l'infirmier « *applique les prescriptions médicales et/ou les protocoles spécifiques à la douleur, en assure la surveillance et en évalue les effets* ».

Dans ce contexte, la traçabilité des soins est indispensable afin de garantir une prise en charge optimale.

Enfin, l'aide-soignant a également un rôle important dans l'évaluation de la douleur. L'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant, mentionne parmi les missions : « Apprécier l'état clinique d'une personne : « *Identifier les signes de détresse et de douleur* » ». (15)

2.3.2 Les bénéficiaires de la prise en charge de la douleur

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur. Rappelons que le troisième plan douleur cible plus particulièrement les enfants et adolescents, les personnes polyhandicapées, les personnes âgées et celles en fin de vie, qui sont des populations plus vulnérables.

Il apparaît par ailleurs la notion de « bientraitance » : il faut prévenir les douleurs provoquées par les actes de soins mais aussi par les actes de la vie courante comme la toilette ou la mise au fauteuil. (15)

2.4 Douleur et fin de vie

La loi Léonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des patients en fin de vie (17) a recherché une solution éthique à l'encadrement juridique de la relation entre le médecin et le malade en fin de vie. Elle favorise notamment l'information du patient, l'expression écrite de ses volontés (les directives anticipées) ainsi que la discussion en collégialité.

La prise en charge de la douleur chez un patient en fin de vie est à la fois essentielle mais non dénuée du risque d'abrèger la vie. Dans ce sens, l'article L1110-5 du Code de santé publique prévoit cette possibilité : « (...) Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir comme effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade (...), la personne de confiance (...), la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. » (15)

2.5 L'obligation de prise en charge de la douleur

Celle-ci résulte de l'article L 1110-5 du Code de santé publique selon lequel « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... ». Ces principes de mission d'évaluation, de prévention et de prise en charge de la douleur résultent également de la loi du 4 mars 2002 (2).

La mission de prévention de la douleur est notamment ciblée sur la douleur liée aux soins, la prévention de la douleur chez la personne âgée (la bientraitance), ainsi que l'information du patient sur la prise en charge de la douleur.

L'évaluation de la douleur est une étape indispensable dans la prise en charge de la douleur, car elle permet au soignant de juger de l'efficacité ou non du traitement mis en place et de l'adapter ou le modifier si besoin. Il faut donc évaluer la douleur et réévaluer par la suite l'efficacité du traitement. Il est important que cette évaluation apparaisse dans le dossier médical du patient, tant pour une prise en charge optimale de la douleur que pour des raisons médico-légales.

Enfin, le traitement de la douleur doit être considéré comme un acte de soin à part entière, et à ce titre, le médecin est tenu à une obligation de moyen pour la prise en charge de la douleur. La formation continue des professionnels prend donc toute sa place, évoquée dans le plan douleur 2002-2005, et précisée comme une obligation pour tout médecin dans la loi du 4 mars 2002.

Ainsi, la prise en charge de la douleur fait partie des priorités de santé publique.

2.6 L'hospitalisation à domicile

2.6.1 Historique

La première structure officielle d'hospitalisation à domicile en France est mise en place en 1957 à l'Assistance Publique –Hôpitaux de Paris (AP-HP). En 1958, la structure d'HAD «Santé Service» est créée avec l'aide de la Ligue contre le cancer, sous la forme d'une association régie par la loi de 1901, pour prendre en charge les patients atteints de cancers.

Dès 1960, les premières conventions relatives à l'hospitalisation à domicile sont signées entre Santé Service, l'HAD de l'AP-HP et la caisse primaire d'assurance maladie.

Les circulaires de 2000 puis de 2006 clarifient le champ d'application de l'HAD et son fonctionnement. Les acteurs régionaux ont intégré le développement de l'HAD dans l'offre de soins de leurs territoires lors de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins III (SROS) – l'ordonnance de septembre 2003 prévoyait un volet obligatoire sur l'HAD.

Ainsi, depuis 2000, la capacité offerte a été multipliée par 1,7 et atteint 6 700 places en 2006. (18)

2.6.2 Fonctionnement

Grâce aux progrès technologiques, l'HAD propose un système organisé entre l'hôpital et les soins de ville : elle constitue donc l'une des formes alternatives à l'hospitalisation complète. Elle permet d'assurer une hospitalisation au domicile du patient (dès lors que la prise en charge est possible), afin de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en médecine, obstétrique ou en soins de suite, de rééducation et de réadaptation. Ainsi, elle constitue un maillon dans la trajectoire de soins du patient : en 2006, trois patients sur cinq pris en charge en HAD le sont à la sortie d'une hospitalisation classique.

L'HAD a vocation à prendre en charge des patients atteints d'une pathologie grave, aiguë ou chronique et qui, en l'absence d'HAD, devraient être hospitalisés. Elle est généraliste et polyvalente, s'adressant à des patients de la naissance à la fin de vie.

L'entrée des patients en HAD est définie selon des modes de prise en charge réglementés par la circulaire du 30 mai 2000. (19)

La prise en charge du patient est globale. Un médecin rattaché à la structure HAD coordonne la prise en charge en lien avec l'hôpital et le médecin traitant. Les progrès techniques permettent à l'HAD de dispenser des soins comparables à ceux dispensés en établissement hospitalier : ce sont des soins médicaux et paramédicaux complexes, continus et fréquents.

L'HAD doit également pouvoir faire face à une urgence vitale. Par la lourdeur et la technicité des soins délivrés, l'activité d'HAD se distingue bien de celle des centres de dialyse

qui interviennent aussi au domicile des patients, ou de celle des services de soins infirmiers à domicile. (18)

2.6.3 Particularités de l'HAD Vendée

En activité depuis fin 2003, l'HAD Vendée couvre actuellement les trois-quarts du département, avec une capacité de 100 places.

Ce sont des partenaires de proximité qui interviennent au domicile des patients (médecin traitant, infirmier libéral ou de centre de soins infirmiers, pharmacien, masseur-kinésithérapeute, aides-soignants, auxiliaire de vie sociale...), lorsque les modes de prise en charge justifient l'hospitalisation à domicile. (20)

Une réunion de coordination est organisée au domicile du patient, dans un délai d'environ une semaine après l'entrée en HAD, rassemblant le patient, son entourage, et l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans cette prise en charge. Cette réunion permet de finaliser le projet thérapeutique et un suivi régulier est ensuite organisé.

3 METHODES

3.1 Matériel d'étude

Nous avons travaillé sur les dossiers de patients de l'HAD Vendée. Les sections qui ont retenu notre attention ont été :

- dans le dossier de soins, les documents permettant le suivi de soins, les documents de « transmissions paramédicales » et les feuilles de surveillance et d'évaluation de la douleur ;
- dans le dossier médical, les documents de « transmissions médecin » et les ordonnances.

Les données administratives (âge, sexe, date et durée d'hospitalisation, motifs d'hospitalisation) ont été recueillies à partir de la base de données informatisée de l'HAD.

Les critères d'inclusion étaient tous les dossiers de patients de sexe masculin ou féminin, sans limite d'âge :

- hospitalisés en HAD Vendée sur la période du 01/01/2007 au 31/12/2007,
- ayant la douleur comme mode de prise en charge (18), en tant que critère principal d'admission ou critère associé.

Les dossiers non archivés lors du recueil de données, qui s'est échelonné de septembre 2008 à septembre 2009 inclus, ont été exclus.

3.2 Une évaluation des pratiques professionnelles

Notre travail était une *évaluation de pratiques professionnelles* sur la qualité de l'évaluation de la douleur, à partir du recueil d'observations des professionnels de santé dans le dossier médical du patient.

Les professionnels concernés étaient donc tous les intervenants de la santé auprès des patients de l'HAD : les infirmiers(ères) libéraux(ales) ou de centre de soins infirmiers, les aides-soignants, le médecin traitant du patient, mais aussi les autres intervenants tels que l'équipe mobile de soins palliatifs, le kinésithérapeute, qui étaient amenés à s'occuper du patient concerné.

L'objectif était donc d'observer, à partir des dossiers médicaux des patients inclus, l'évaluation de l'intensité douloureuse par les professionnels de santé.

3.3 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'évaluation de l'intensité de la douleur recueillie dans le dossier médical du patient et son suivi dans le temps.

Les critères de jugement associés étaient :

- la traçabilité (c'est-à-dire le signalement ou l'évaluation) de la douleur et son suivi dans le temps,
- l'adaptation de l'outil d'évaluation de la douleur utilisé en fonction de l'âge et des capacités de communication du patient,
- la réponse antalgique après notification d'une douleur,
- l'évaluation de la douleur chez les patients sous morphino-mimétiques,
- l'évolution du score de douleur en trois temps différents d'hospitalisation (initial, milieu d'hospitalisation, et final),
- la fonction du professionnel qui évalue la douleur.

3.4 Outils de mesure

Nous avons élaboré une grille comportant 17 questions permettant de recueillir : (cf. annexe)

a. La traçabilité de la douleur, comprenant :

- le signalement de la douleur par des mots tels que « douloureux », « se plaint de... », « a mal à... »,
- l'évaluation de la douleur par une échelle d'auto- ou d'hétéro-évaluation.

b. L'évaluation de la douleur par une échelle, l'évaluation à l'entrée en HAD, sa fréquence quotidienne, sa fréquence hebdomadaire pour les hospitalisations de plus de 48 heures, son suivi dans le temps pour les hospitalisations de plus de 14 jours.

c. Le professionnel qui fait l'évaluation : infirmier(ère) libéral(e), médecin traitant, ou autre professionnel de la santé.

d. Le type d'outil utilisé : échelle d'auto- ou hétéro-évaluation. (4,21)

e. Le nombre de patients déments et/ou non communicants (8, 11,12).

f. La réponse antalgique, c'est-à-dire l'administration d'un antalgique après mention d'une douleur.

g. Les types d'antalgiques prescrits selon la classification de l'OMS.

h. En cas d'évaluation de la douleur : précision de l'échelle utilisée et du score d'évaluation initial (48 premières heures), à la moitié de l'hospitalisation, et final (48 dernières heures).

Les données ont été recueillies par un observateur unique extérieur à l'HAD, de manière rétrospective et sur des dossiers consécutifs.

Pour l'analyse des variables qualitatives, telle que l'évaluation ou non de la douleur, nous avons réalisé des pourcentages avec calculs d'intervalles de confiance à 95%.

Les variables quantitatives tels que l'âge ou le score de douleur ont été interprétées par des mesures de moyenne et d'écart type.

Afin de comparer les moyennes de scores de douleur en deux temps d'hospitalisation différents, et considérant que les scores de douleur suivaient une courbe de distribution normale puisque les échantillons dépassaient 30 sujets, nous avons utilisé le test « t de Student ».

Le test semi-paramétrique de « chi2 » (avec correction de Yates quand les effectifs étaient inférieurs à 5) a été utilisé pour la comparaison des taux d'évaluation de l'intensité douloureuse entre deux groupes de patients ayant eu des durées d'hospitalisation différentes ou des traitements antalgiques différents, ainsi que pour la comparaison des utilisations d'échelles d'autoévaluation de la douleur selon les tranches d'âge ou selon l'état cognitif, avec un risque $\alpha=0,05$. (22)

4 RESULTATS

4.1 Caractéristiques générales de la population

Cent quatre-vingt six dossiers de patients hospitalisés en HAD Vendée pour le motif douleur étaient répertoriés sur l'année 2007.

Trois dossiers n'étaient pas archivés lors du recueil de données et n'ont pas été inclus.

Sur les 183 dossiers étudiés, 69 étaient des réentrées. Il s'agissait donc d'une population de 114 patients, âgés de 10 à 102 ans.

La moyenne d'âge était de 67,6 ans, avec un écart-type de 16,5 ans.

La répartition par tranches d'âge est présentée dans la *figure 1a*.

La sex-ratio était de 72/42 soit 63% d'hommes.

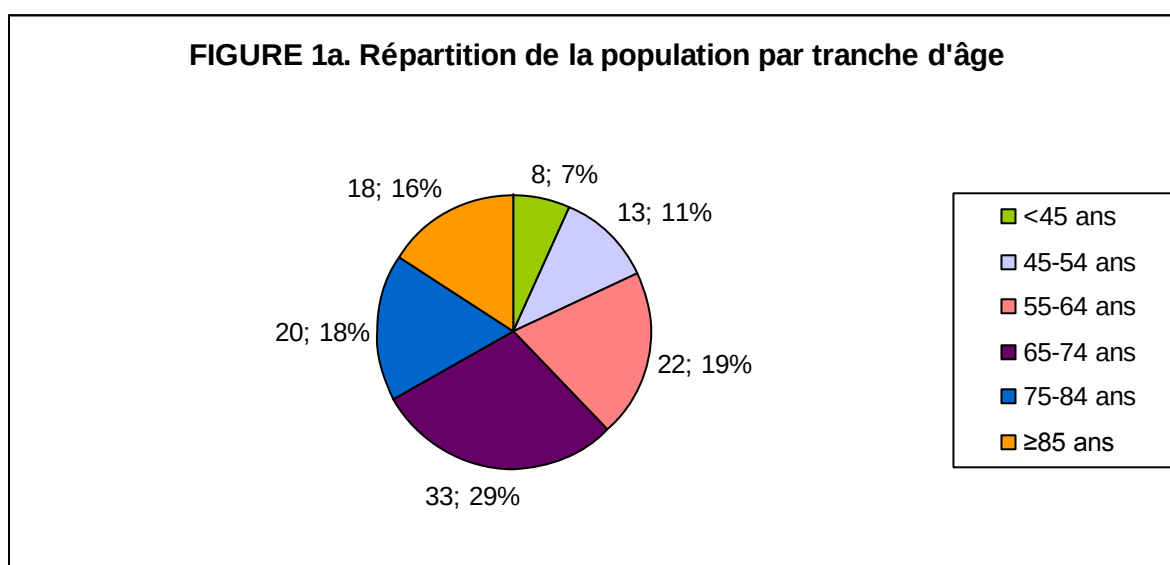
La *figure 1b* montre la répartition de la population par type de pathologie.

Dix-neuf patients avaient un indice de Karnofsky à 30, soit 26% de la population. Cinquante-quatre patients avaient un indice de Karnofsky à 40, soit 47% de la population (IC95% = [38 ; 56]). Trente-quatre patients avaient un indice de Karnofsky à 50, et 7 patients à 60, donc au total 36% de la population avait un indice de Karnofsky supérieur à 50.

Sur les 183 entrées étudiées (réentrées comprises), la durée moyenne de séjour a été de 29,1 jours, avec un écart-type de 42 jours.

Seize patients ont eu une hospitalisation courte de 48 heures ou moins, 72 patients de 3 à 13 jours et 95 patients de 14 jours ou plus, soit 52% de la population avec IC95% = [45 ; 59].

Enfin, le *tableau I* montre le nombre de dossiers de patients par mode de prise en charge en HAD.



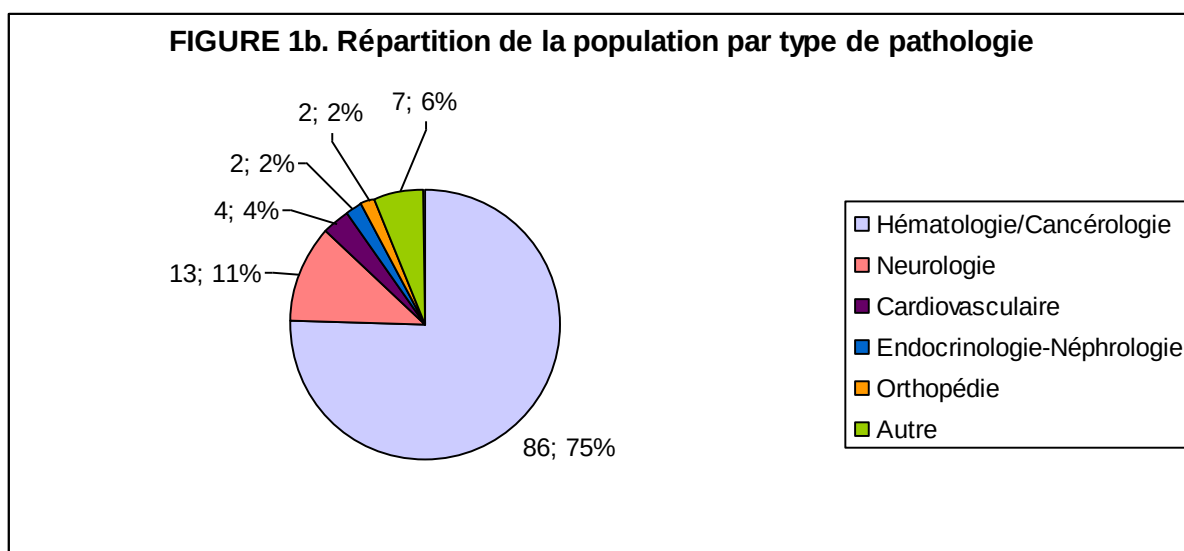


TABLEAU I. Répartition selon les modes de prise en charge en HAD

Mode de prise en charge	Nombre de patients
Douleur	183
Soins palliatifs	119
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	62
Rééducation-réadaptation	51
Pansements complexes et soins spécifiques	49
Soins techniques de cancérologie -surveillance post-chimiothérapie	32
Soins de nursing lourds	23
Traitement intraveineux	19
Autres modes de prise en charge	8

4.2 Evaluation de l'intensité de la douleur

La douleur a été évaluée sur 76 dossiers de patients, soit 42%(IC95%= [35 ; 49]) de l'ensemble des dossiers.

Le *tableau II* récapitule les taux et pourcentages d'évaluation de l'intensité douloureuse et son suivi dans le temps en fonction des durées d'hospitalisation.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'évaluation de l'intensité douloureuse des patients hospitalisés 3 à 13 jours et ceux hospitalisés 14 jours ou plus ($p=0,28$), ni entre ceux des patients hospitalisés 48 heures ou moins et ceux hospitalisés 3 à 13 jours ($p=0,08$).

Par contre, l'intensité douloureuse était moins évaluée, de manière statistiquement significative, pour les patients hospitalisés 48 heures ou moins que pour ceux hospitalisés 14 jours ou plus ($p=0,02$).

TABEAU II. Evaluation de l'intensité douloureuse et son évolution dans le temps, en fonction des durées d'hospitalisation.

	Evaluation globale	Evaluation initiale (dans les 48 premières heures)	Evaluation biquotidienne (au moins une fois)	Evaluation quadri hebdomadaire (sur au moins 2 jours différents)	Diminution de 50% d'évaluation (entre la première et la dernière semaine d'hospitalisation)	Total des hospitalisations
≤48H N (%)	2 (13)	2 (13)	1 (6)	-	-	16
3 à 13 j N (%)	28 (39)	21 (29)	21 (29)	21 (29)	-	72
≥14 j N (%)	46 (48)	26 (27)	25 (26)	23 (24)	13 (14)	95
Total	76 (42)	49 (27)	47 (26)	44 (24)	13 (7)	183

H :heures; j :jours.

4.3 Traçabilité de l'intensité de la douleur

La douleur a été tracée (c'est-à-dire signalée et/ou évaluée) pour 137 dossiers, soit 75% des dossiers (IC95%= [69 ; 81]).

Pour 61% d'entre eux, la douleur a été tracée dans les 48 premières heures.

Elle l'a été plus d'une fois par jour au moins une fois dans 49% des cas.

Parmi les 130 dossiers de patients hospitalisés plus de 48 heures et pour lesquels la douleur a été tracée, 48% l'ont eu tracée au moins quatre fois par semaine sur au moins 2 jours différents.

Enfin, parmi les 78 dossiers de patients hospitalisés 14 jours ou plus et pour lesquels la douleur a été tracée, une perte de 50% de traçabilité entre la première et la dernière semaine d'hospitalisation a été relevée pour 22% d'entre eux.

4.4 Les outils d'évaluation utilisés, comparés à l'âge et aux capacités de communication des patients

4.4.1 Quel type d'échelle d'évaluation de l'intensité de la douleur?

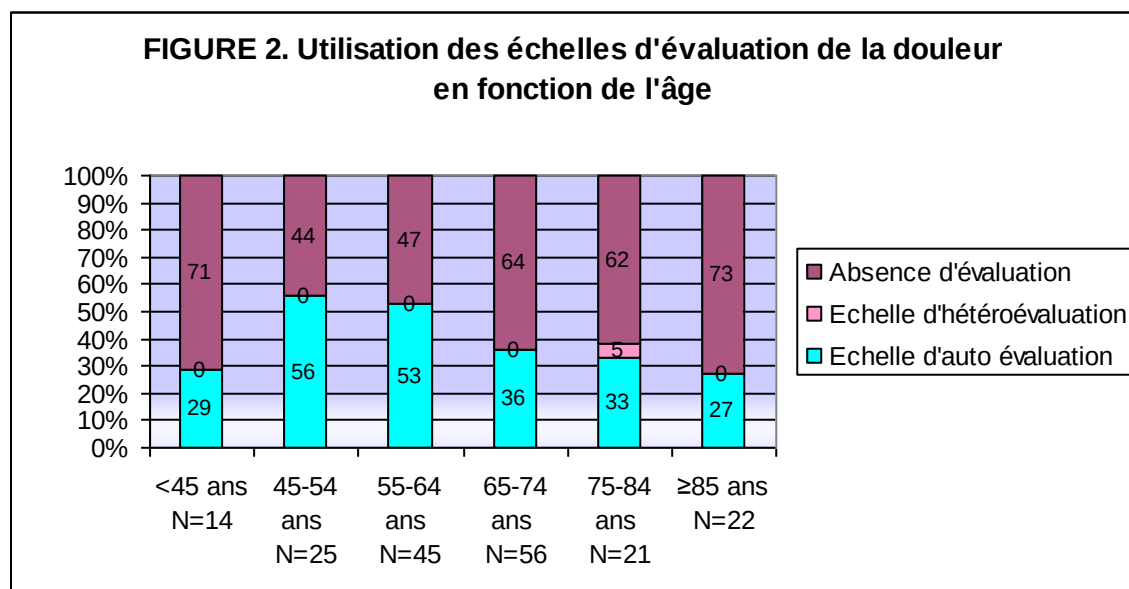
Parmi les 76 évaluations recensées, ont été utilisés :

- un *outil d'autoévaluation* dans 75 cas, dont 1 cas d'échelle numérique sur 5 et 1 cas d'échelle verbale simple. Les 73 cas restants étaient des échelles visuelles analogiques (EVA) ou des échelles numériques sur 10 points, mais l'utilisation de l'une ou l'autre échelle n'était jamais précisée.
- un *outil d'hétéro-évaluation* dans 1 cas. Il s'agissait de l'échelle Doloplus, proposée par une équipe mobile de soins palliatifs.

4.4.2 L'utilisation des échelles en fonction de l'âge

La figure 2 présente, pour chaque tranche d'âge, les pourcentages d'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur.

Il n'y avait aucune différence statistiquement significative retrouvée dans l'utilisation des échelles d'autoévaluation entre les patients âgés de 45 à 54 ans et ceux âgés de 85 ans ou plus ($p=0,08$).



4.4.3 L'utilisation des échelles en fonction des capacités de communication

Parmi les 183 dossiers de patients étudiés, 7 étaient mentionnés déments et/ou non communicants, soit 4% de la population avec $IC95\% = [1 ; 7]$.

Dix neuf dossiers n'étaient pas renseignés précisément à ce sujet, mais comportaient des mentions de type :

- « évaluation impossible »
- « syndrome confusionnel »
- « ne comprend pas l'échelle »
- « initialement communicant »
- « parfois cohérent »
- « hallucinations, parfois propos incohérents »
- « pas de communication, surdité »
- « trouble du comportement, repli sur soi »
- ...

Au total, des troubles de la communication étaient donc signalés pour 26 dossiers soit 14% de la population étudiée, avec $IC95\% = [9 ; 19]$.

Les 158 dossiers restants n'étaient pas renseignés à ce sujet.

Parmi les 26 dossiers de patients non communicants, une échelle d'autoévaluation a été utilisée pour 17 d'entre eux, soit 65% des non communicants avec $IC95\% = [47 ; 84]$.

Les échelles d'autoévaluation de l'intensité douloureuse ont donc été plus souvent utilisées avec les patients non communicants qu'avec les autres patients, de manière statistiquement significative ($p=0,01$).

Nous avons relevé pour 3 de ces dossiers les phrases suivantes :

- « évaluation impossible »
- « ne comprend pas l'échelle ».

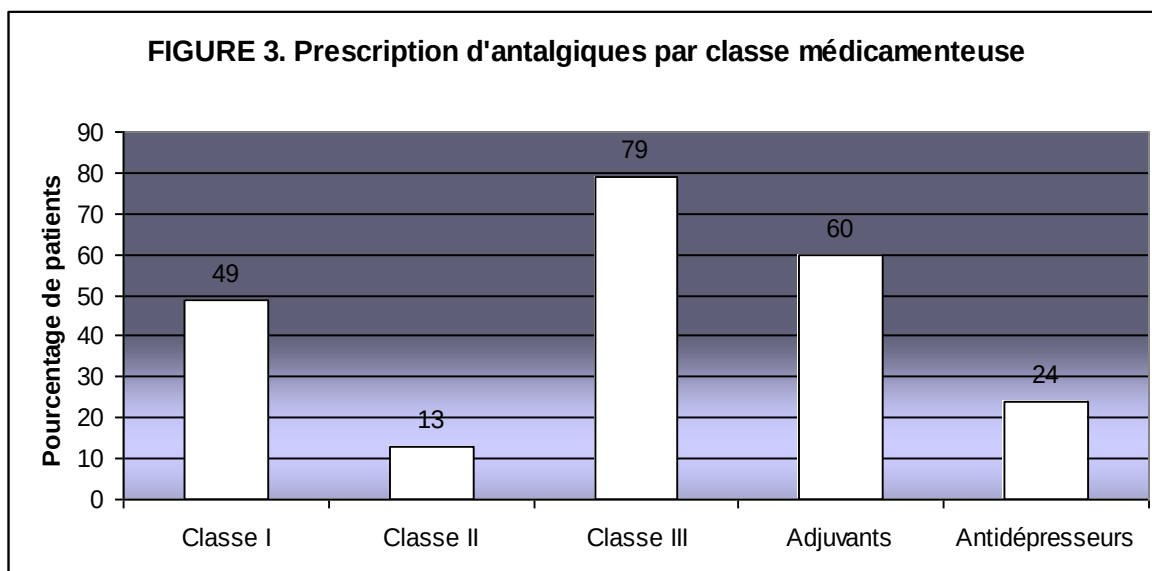
L'échelle d'hétéro-évaluation a été utilisée avec un patient non communicant et âgé de 76 ans.

4.5 Les antalgiques

Une réponse antalgique à la douleur a été relevée pour 108 dossiers sur les 137 dossiers de patients pour lesquels une douleur avait été mentionnée, soit 79% d'entre eux avec IC95% = [72 ; 86].

Nous observons qu'il y avait eu une prescription de morphino-mimétiques (classe III) dans 79% des dossiers. La *figure 3* présente les pourcentages de prescription d'antalgiques pour chaque classe médicamenteuse. Les données étaient manquantes pour 5 dossiers.

Ainsi, parmi les 142 dossiers de patients qui ont bénéficié d'une prescription d'antalgiques de classe III, la douleur a été tracée pour 82% d'entre eux (IC95% = [75 ; 88]), et elle a été évaluée par une échelle pour 47% d'entre eux (IC95% = [39 ; 55]). La douleur a été plus souvent évaluée de manière statistiquement significative ($p=0,009$) chez les patients sous morphino-mimétiques que chez les autres patients.



Classe I = paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, noramidopyrine.

Classe II = paracétamol+codéine, paracétamol+dextropropoxyphène, paracétamol+tramadol, tramadol, néfopam, nalbuphine, buprénorphine.

Classe III = sulfate de morphine, hydromorphone, oxycodone, chlorhydrate de morphine, fentanyl transdermique.

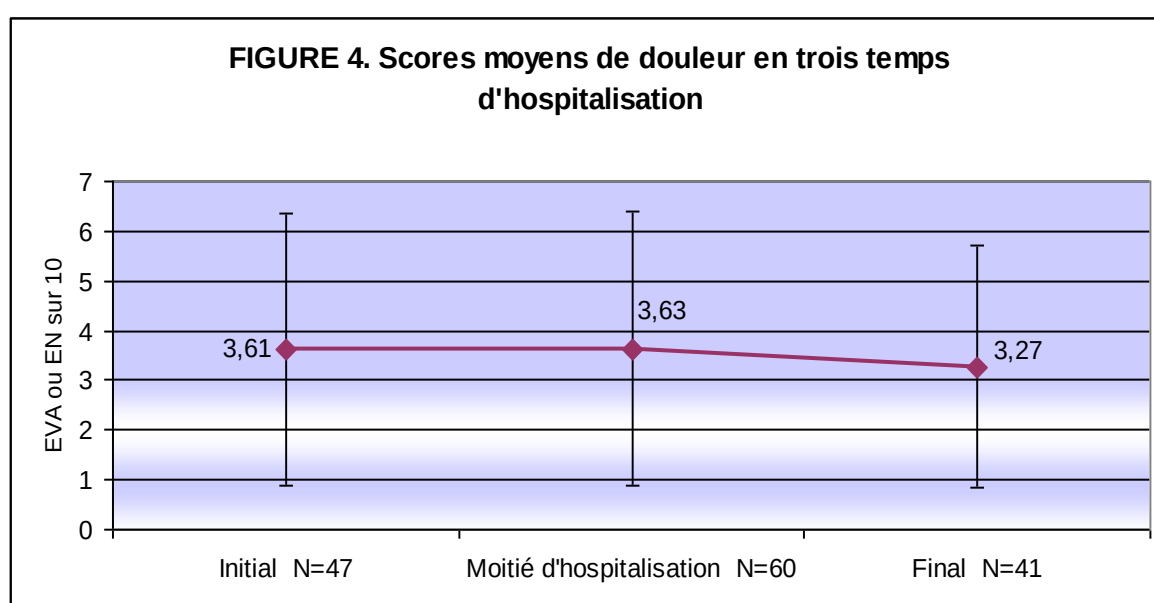
Traitements adjuvants = antispasmodiques, inhibiteurs de la pompe à protons, corticoïdes, myorelaxants, traitement des douleurs neurogènes type antiépileptiques ou anesthésiques locaux, sauf antidépresseurs.

4.6 L'évolution des scores de douleur en trois temps d'hospitalisation

La *figure 4* montre l'évolution des scores moyen de douleur dans le temps, assortis de leur écart-type. Les moyennes ont été calculées sur les scores d'EVA ou d'échelle numérique sur 10 points, lorsque ceux-ci étaient recensés. Trois évaluations n'ont donc pas été prises en compte (échelle verbale simple, échelle numérique sur 5 points et échelle d'hétéro-évaluation).

Trente-quatre patients avaient un score de douleur supérieur ou égal à 3 en début d'hospitalisation. Parmi eux, 24% étaient soulagés en fin d'hospitalisation (EVA ou EN<3).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les scores moyens de douleur de début et de fin d'hospitalisation ($p=0,54$).



4.7 Qui notifie la douleur ? Qui l'évalue ?

Parmi les 61 dossiers de patients pour lesquels la douleur a été notifiée, elle l'a été :

- par l'infirmier(ère) libéral(e) ou d'un centre de soins dans 92% des cas;
- par le médecin traitant dans 23% des cas;
- par une autre personne dans 21% des cas.

Parmi les 76 dossiers de patients pour lesquels la douleur a été évaluée, elle l'a été :

- par l'infirmier(ère) libéral(e) ou d'un centre de soins dans 91% des cas;
- par le médecin traitant dans 3% des cas ;
- par une autre personne dans 11% des cas.

Dans un même dossier, la douleur pouvait être notifiée ou évaluée par plusieurs professionnels de santé.

5 DISCUSSION

Au terme de cette étude rétrospective se dégage une carence d'évaluation de la douleur chez des patients hospitalisés en HAD pour ce motif. En effet, on remarque un faible pourcentage d'évaluation de l'intensité de la douleur, de 42% dans l'ensemble et de 27% dans les 48 premières heures.

Par ailleurs, on note une utilisation quasi exclusive des échelles d'autoévaluation de la douleur, alors que population étudiée avait une moyenne d'âge de 67,6 ans et des troubles de la communication pour 14% de l'échantillon.

De plus, le pourcentage de soulagement des patients douloureux en début d'hospitalisation n'était que de 24%, et sans différence statistiquement significative entre les scores moyens de douleur du début et de fin d'hospitalisation.

Nous avons choisi comme critère d'inclusion : la douleur comme mode de prise en charge en HAD. Cela impliquait une nécessité d'évaluation de la douleur systématique à l'entrée. De même, nous avons choisi de réaliser cette étude en HAD afin d'être proche des conditions de la médecine de ville, tout en ayant un échantillon plus important – ou du moins plus simple à analyser – de patients douloureux. Cependant ce mode de recrutement a induit un biais de sélection. Ainsi, la répartition des pathologies ne rend pas les résultats superposables à la population générale.

La comparaison aux patients pris en charge en HAD en 2006 sur tout le territoire français (23) montre que notre échantillon était plus masculin (60% de femmes sur l'ensemble des séjours nationaux en HAD contre 37% dans notre étude), mais également plus âgé (40% de personnes âgées de plus de 65 ans sur l'ensemble des HAD contre 63% dans notre étude, et 10% de personnes âgées de 80 ans ou plus contre 16% de personnes âgées de 85 ans ou plus dans notre étude). En effet nous n'avons pas, dans notre échantillon, de prise en charge pour soins de périnatalité, alors que ceux-ci concernent 22,4% des modes de prise en charge en HAD sur le territoire national.

Cela explique également la plus grande proportion de patients dépendants dans notre étude (26% avaient un indice de Karnofsky inférieur à 30, contre 12% sur l'ensemble des HAD).

Ainsi, en dehors des soins de périnatalité, notre échantillon est superposable à la population générale prise en charge en HAD. En effet, l'exploitation des données du PMSI (23) montre qu'après la prise en charge pour « périnatalité » vient la prise en charge pour les « soins techniques de cancérologie », puis pour les « soins palliatifs », puis pour l'« assistance respiratoire et nutritionnelle », ces modes de prise en charge étant majoritaires dans notre échantillon comme le montrait le *tableau I*.

5.1 La sous évaluation de la douleur

Notre choix s'est donc porté sur une étude rétrospective, car cela nous a permis de travailler sur un échantillon important (n=186) et de manière quasi exhaustive, portant sur l'année 2007 entière. De plus, les résultats obtenus étaient objectifs, ce mode de recueil n'ayant pas d'influence sur les pratiques habituelles des soignants.

Notre premier critère de jugement était l'évaluation de l'intensité douloureuse, dont le principal inconvénient était un biais de traçabilité, dans le cadre de l'étude rétrospective. En effet, le faible pourcentage d'évaluation de la douleur retrouvé peut être en rapport avec certaines évaluations uniquement orales et non rapportées dans le dossier médical du patient.

Cependant, avec le critère d'inclusion choisi, l'évaluation de la douleur se devait d'être systématique à l'entrée en HAD, et notre étude n'a retrouvé que 27% d'évaluation de la douleur dans les 48 premières heures, et 61% de notification de celle-ci.

Une étude rétrospective New-yorkaise (24) sur 82 dossiers de patients hospitalisés dans divers services médicaux et chirurgicaux, et ayant reçu des opioïdes dans les 48 dernières heures, a montré qu'une échelle d'autoévaluation de la douleur avait été utilisée dans 24% des dossiers. Dans cette même étude, les infirmières interrogées par le biais d'un questionnaire ont répondu à 76% utiliser souvent ou toujours ces échelles d'autoévaluation de la douleur. Ces résultats mettent également en avant le manque de traçabilité de l'utilisation des échelles de douleur.

Dans notre travail, le pourcentage d'évaluation de la douleur était plus élevé, mais les critères d'inclusion différaient, puisque les patients de cette étude ont été recrutés au sein de services hospitaliers, et qu'ils avaient reçu des opioïdes. Notre étude incluait les patients douloureux quel que soit leur traitement, qui étaient pris en charge à domicile, et l'échantillon était plus important donc – nous semble-t-il - plus représentatif.

Emery et al quant à eux ont montré, avec l'étude EPIDOL (25), un pourcentage d'évaluation de la douleur de 88% à l'instauration d'un traitement par opioïdes. Les patients inclus, âgés d'au moins 18 ans, devaient être sous traitement opioïdes depuis au moins 2 semaines et vivaient à domicile ou en maison de retraite médicalisée. Dans ce cas, les résultats ont été recueillis sur des questionnaires adressés aux patients directement, ils ne sont donc pas comparables à ceux de notre travail. L'étude EPIDOL met cependant en avant une absence de prise en compte des évaluations faites et conclut à une insuffisance dans l'utilisation des échelles de mesure d'intensité de la douleur. Ceci corrobore nos propres résultats.

Enfin, une enquête de prévalence réalisée un jour donné au Centre hospitalier de Châteauroux en 2006 (26) a montré que parmi 70 patients douloureux sur les 189 inclus, 27% disent s'être vu présenter une EVA ou échelle numérique. La traçabilité de l'évaluation chiffrée n'a été retrouvée que dans 9% des dossiers.

De même que pour l'étude New-yorkaise (24), on peut expliquer la différence avec nos résultats par les critères d'inclusion qui différaient, cette enquête incluant tout patient hospitalisé depuis plus de 24 heures, dans un service hospitalier, présent et communicant. Là encore, le nombre de patient inclus douloureux était inférieur à celui de notre étude.

Ainsi, nos résultats démontrent une sous-utilisation des échelles de mesure d'intensité de la douleur, expliquée en partie par un biais de traçabilité, et sont confirmés par les résultats des autres études.

Nous pouvons par ailleurs évoquer une autre cause à cette sous-évaluation écrite de la douleur. En effet, la douleur est souvent appréhendée de manière « intuitive » par les soignants, ce que montrait la discordance dans notre étude entre le fort pourcentage de notification de la douleur et le faible pourcentage d'évaluation de celle-ci.

Les soignants sont attentifs aux symptômes de la douleur, comment le montrent Mrozek et Werner (27), mais n'utilisent pas forcément d'outil d'évaluation. Or les discordances peuvent être grandes entre les évaluations subjectives des soignants en l'absence d'utilisation

d'échelles. Une enquête réalisée en Aquitaine (28) sur 221 patients hospitalisés dans divers services de médecine a montré que 32 à 57% des patients douloureux étaient classés comme non douloureux par les soignants.

5.2 Un manque de suivi de l'évaluation de la douleur

Nous avons voulu observer l'évaluation de l'intensité de la douleur dans une même journée, afin de juger des réévaluations de la douleur notamment après une modification de traitement, et sur une durée de 7 jours, afin d'observer le suivi dans le temps de cette évaluation.

Les résultats ont montré que les pourcentages de réévaluations quotidiennes, de 26%, et de suivi hebdomadaire, de 24%, étaient faibles et nettement inférieurs au pourcentage global d'évaluation de l'intensité douloureuse.

Une explication peut être qu'un patient non douloureux à l'entrée (après évaluation) ne nécessite pas d'évaluation régulière de la douleur durant son séjour s'il n'y a pas de modification des symptômes ni du comportement.

En ce qui concerne la perte de 50% d'évaluation entre la première et la dernière semaine d'hospitalisation, qui était de 7% : ce pourcentage bas est expliqué avant tout par le fait qu'il ne concerne que les patients hospitalisés 14 jours ou plus. Il était en effet de 14% dans cette sous population.

Ce résultat est malgré tout en contradiction avec les faibles pourcentages de réévaluation quotidienne et de suivi hebdomadaire de l'évaluation.

Cela peut être expliqué par le fait que, sur des hospitalisations parfois longues, seules la première et la dernière semaine d'hospitalisation étaient prises en compte, cela n'était donc pas représentatif de l'ensemble de l'hospitalisation.

De plus, si la douleur n'était que très peu évaluée en début comme en fin d'hospitalisation, il n'y avait pas non plus de diminution de l'évaluation.

Cependant, l'évaluation de la douleur étant dépendante du soignant impliqué dans les soins, on peut considérer qu'un soignant qui fait et notifie une évaluation de la douleur le fera de manière régulière durant toute l'hospitalisation.

Dans l'étude EPIDOL (25), l'évaluation secondaire de la douleur des patients traités par opioïdes était de 83%, en moyenne 2 à 3 fois par mois. Mais nous avons vu que s'agissant de questionnaires adressés aux patients, nous ne pouvions comparer ces résultats à ceux de notre étude.

5.3 Les outils d'évaluation de la douleur utilisés sont-ils adaptés à l'âge et aux capacités de communication du patient ?

Notre travail a montré une utilisation quasi exclusive des échelles d'autoévaluation de la douleur.

Nous avons voulu croiser ces données avec l'âge des patients ainsi qu'avec leur état cognitif et leurs capacités de communication.

Notre critère de jugement, qui portait sur l'adaptation des échelles de mesure de l'intensité douloureuse à l'âge et aux capacités de communication des patients était cependant subjectif, et ne permet pas de conclure, avec nos données rétrospectives, à une bonne ou une mauvaise utilisation des échelles.

5.3.1 Echelles d'évaluation de la douleur et âge des patients

Nous avons pu observer qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans l'utilisation des échelles d'auto-mesure entre les différentes classes d'âge, bien que 33% de la population soit âgée de plus de 74 ans. En effet les personnes âgées ont souvent plus de difficultés à utiliser ces outils d'autoévaluation de la douleur, que ce soit par mauvaise compréhension ou par altération sensorielle ou cognitive.

Ainsi, une enquête réalisée à l'entrée en court séjour de gériatrie (29) a montré que les échelles d'autoévaluation avaient pu être utilisées dans 73% des cas, et qu'une échelle d'hétéro-évaluation avait été nécessaire dans les 27% restants.

Dans une étude américaine (27), les infirmières interrogées ont déclaré utiliser une échelle d'hétéro-évaluation (le Mac Gill Pain Questionnaire) avec une fréquence de 17,7%.

En France, un audit clinique ciblé sur l'évaluation de la douleur en gériatrie et sur la prise en charge de la douleur (12) a montré que sur les 407 dossiers étudiés, seulement 15% des équipes pratiquaient l'hétéro-évaluation.

Dans notre étude, une échelle d'hétéro-évaluation n'a été utilisée qu'une seule fois parmi les 183 dossiers étudiés, ce qui est bien inférieur aux résultats présentés dans les autres études.

En ce qui concerne la première étude citée, nos résultats ne sont pas comparables puisqu'il s'agit d'un questionnaire aux soignants. Par contre, la différence constatée entre nos résultats et ceux de l'audit clinique peut s'expliquer par le fait qu'il s'agissait d'une étude réalisée en gériatrie uniquement. Cela implique des difficultés de compréhension ou de communication plus fréquentes chez les patients, et donc un recours plus fréquent aux échelles d'hétéro-évaluation de la douleur. Par ailleurs, le travail d'équipe en service hospitalier est plus adapté à l'utilisation des échelles d'hétéro-évaluation, celles-ci nécessitant en effet une concertation pluridisciplinaire fréquente difficile à organiser en HAD.

5.3.2 Echelles d'évaluation de la douleur et capacités de communication des patients

Il a été difficile dans notre étude de connaître l'état cognitif et les capacités de communication des patients, ces informations ayant été rarement mentionnées dans les antécédents médicaux des patients. Aucun Mini Mental Test (MMS) ou autre test d'évaluation de l'état cognitif ne figurait dans les dossiers médicaux des patients.

Il nous a tout de même semblé important de recueillir, dans les dossiers de soins, certaines phrases montrant que l'utilisation d'échelles d'autoévaluation de la douleur était difficile voire impossible, que ce soit par défaut de compréhension, problème de démence ou de confusion.

Nos résultats montraient que malgré des troubles de la communication ou de la compréhension mentionnés dans 26 dossiers, des échelles d'autoévaluation de la douleur avaient été utilisées dans 62% des cas.

Nous n'avons pas trouvé d'étude similaire permettant de comparer ce résultat à d'autres.

Cependant, une étude (30) a montré la validité de l'utilisation d'une échelle numérique sur 21 points chez des personnes âgées hospitalisées, y compris celles ayant des troubles cognitifs, avec un score de MMS supérieur à 13. Une autre étude (31) a montré que l'échelle verbale simple pouvait être complétée par 100% des déments légers et 97% des déments modérés.

Ne connaissant pas les scores de MMS de nos patients inclus, et s'agissant d'une étude rétrospective, il ne nous est pas possible de conclure à l'adaptation ou non de l'utilisation des échelles de douleur à l'état cognitif du patient.

Malgré tout, le fait que la douleur ait été plus évaluée de manière statistiquement significative chez les patients non communicants est paradoxal. Prête-t-on plus d'attention aux symptômes de la douleur chez ces patients que chez ceux qui peuvent exprimer eux-mêmes leur douleur ? Cela démontre que les équipes soignantes auraient besoin de connaître des outils d'hétéro-évaluation fiables et simples d'utilisation.

5.4 Quelles prescriptions d'antalgiques ?

Le critère de jugement portant sur l'administration d'antalgique après mention d'une douleur était inadapté à cette étude rétrospective : dans certains cas, il nous était impossible de savoir si la mention d'une douleur ou l'évaluation de celle-ci conduisait à un changement de traitement ou à une modification de posologie. En effet, les prescriptions médicales étaient à part dans le dossier et ne mentionnaient ni l'heure ni la raison de la prescription.

On peut donc penser que le pourcentage retrouvé, tout de même de 79%, est sous évalué.

Cependant, une réponse antalgique ne signifie pas forcément une transmission de l'information au prescripteur, ni un changement de traitement ou de posologie, et par conséquent ne conduit pas forcément à un soulagement de la douleur.

Ainsi, ce critère de jugement n'est pas adapté et ne permet pas de conclure.

Il pourrait être intéressant d'étudier de manière plus précise la transmission de l'information au prescripteur, et ainsi la « réactivité » de la prescription médicale pour le soulagement de la douleur. En effet, pourquoi évaluer la douleur si cette évaluation n'est pas prise en compte ? L'étude EPIDOL(25) montrait ainsi le manque d'ajustement des doses d'antalgiques malgré l'intensité douloureuse élevée, le pourcentage de soulagement insuffisant, et la proportion de patients ayant des douleurs instables.

Soixante-dix neuf pour cent des patients de notre étude avaient bénéficié d'une prescription d'antalgiques de classe III. Ces résultats sont nettement supérieurs à ceux de l'enquête réalisée en région parisienne (29), où 7% des patients douloureux étaient traités par morphino-mimétiques. Cette différence s'explique par le fait que notre population incluse comprenait 75% de pathologies cancéreuses, nécessitant le plus souvent des antalgiques puissants.

Dans notre étude, la douleur était plus souvent évaluée chez les patients sous antalgiques de classe III, mais le pourcentage d'évaluation de 47% reste insuffisant. Nous pouvons

comparer ce résultat avec celui (24%) de l'étude New-yorkaise précédemment citée (24), réalisée en 1995, et qui incluait donc des patients sous morphino-mimétiques.

Cette progression est encourageante et montre l'intérêt de la formation et de l'information aux soignants et aux patients concernant la prise en charge de la douleur.

Rappelons également que la motivation des « évaluateurs » dépend grandement des « prescripteurs » qui valorisent ainsi le travail de recueil et de traçabilité de la douleur.

5.5 Evolution des scores de douleur

Comme le montre la figure 4, notre étude a retrouvé un score moyen de douleur de 3,61 en début d'hospitalisation, et de 3,27 en fin d'hospitalisation, sans différence statistiquement significative entre les deux moyennes. Il n'y avait donc pas de diminution du score moyen de la douleur entre début et fin d'hospitalisation, et cela malgré les évaluations écrites.

Le principal biais est le fait que l'absence de douleur n'est pas toujours notée dans le dossier.

Par ailleurs 3 évaluations n'avaient pas pu être intégrées puisqu'il ne s'agissait pas d'évaluations chiffrées sur 10 points.

Cependant ces résultats mettent en avant une absence de prise en compte des évaluations de la douleur et une adaptation du traitement antalgique insuffisante.

Dans l'étude EPIDOL (25), le score d'EVA habituel était de 4,6, ce qui est plus élevé que dans notre étude. En effet, une partie de notre population incluse n'était pas sous morphino-mimétiques et pourrait être considérée comme moins douloureuse globalement. Mais cette différence est également le fait des critères de jugement, puisque notre étude s'était attachée à connaître le pourcentage d'évaluation de l'intensité douloureuse, tandis que l'évaluation avait été systématique pour les patients de l'étude EPIDOL.

Par ailleurs, le pourcentage de soulagement des patients de cette étude était de 64%, contre 24% seulement dans notre étude. Plusieurs explications à cette différence de résultats peuvent être avancées. Tout d'abord le moyen d'évaluer le pourcentage de soulagement diffère : tandis que nous avons considéré le soulagement de manière rétrospective comme un passage du score de douleur à un chiffre strictement inférieur à 3, cette étude s'était basée sur l'évaluation directe du pourcentage de soulagement par le patient lui-même. Cette dernière méthode peut paraître subjective à posteriori, mais l'étude porte sur un échantillon plus élevé que le nôtre (n=392). Une autre explication pourrait être les caractéristiques de la population. En effet, bien que les moyennes d'âge soient comparables (65,3 ans dans cette étude contre 67,6 dans la notre), seulement 37% des patients de l'étude EPIDOL avaient une douleur d'origine cancéreuse, et 42% une douleur d'origine rhumatologique et inflammatoire, ce qui contraste avec les 75% de patients ayant une pathologie hématologique ou cancéreuse dans notre étude.

Malgré tout, cette étude corrobore nos résultats en ce qui concerne l'insuffisance de soulagement de la douleur, mais aussi l'insuffisance de prise en compte des évaluations de la douleur.

5.6 Qui évalue la douleur ?

Nous avons cherché à observer qui évaluait la douleur des patients d'HAD Vendée. Nous avons ainsi mis en évidence que l'IDE était le principal évaluateur, bien avant le médecin traitant, les aides soignants et autres intervenants.

Le principal biais lié à ce critère de jugement tient au fait que les dossiers médicaux observés étaient ceux de l'HAD, et non ceux des médecins généralistes, qui ont leurs propres dossiers médicaux de patients. De plus, les IDE ont une « culture » du dossier médical et paramédical du patient plus importante que les médecins et les aides-soignants.

Cependant, de par la nature de son travail, l'IDE est plus proche des patients. Dans le cadre de l'HAD, tout comme l'aide-soignant(e), il (elle) passe plus de temps auprès de lui, et est ainsi en première ligne pour recueillir les demandes du patient, observer ses changements de comportement, et évaluer sa douleur si besoin.

Par ailleurs, son approche du patient douloureux est souvent différente de celle du médecin qui ne voit le patient que de manière ponctuelle, et certain(e)s IDE peuvent reprocher au médecin son manque de réactivité face à la douleur du patient (32).

6 CONCLUSION

L'objectif de notre travail était de dresser un état des lieux des pratiques habituelles dans le domaine de l'évaluation de la douleur en HAD de Vendée.

Nous nous sommes intéressés à ce sujet car, à l'issue du troisième plan national de lutte contre la douleur, la prise en charge de la douleur apparaît comme une priorité de santé publique. Par ailleurs, l'HAD, à mi-chemin entre ville et hôpital, nous a permis d'avoir un échantillon important, tout en se rapprochant des conditions de la médecine ambulatoire.

L'étude a ainsi mis en évidence plusieurs manques dans la prise en charge de la douleur. Tout d'abord, il est apparu un faible pourcentage d'évaluation de l'intensité de la douleur par des échelles, et cela malgré une forte proportion de patients sous antalgiques de classe III. Ensuite, nous avons relevé une utilisation quasi-exclusive des échelles d'autoévaluation de la douleur, malgré une population plutôt âgée, et parfois ayant des troubles de la communication. Enfin, le pourcentage de soulagement de la douleur est apparu nettement insuffisant.

Tous ces résultats mettent en avant certes une sous-évaluation de la douleur, mais également une insuffisance de prise en compte des évaluations lorsqu'elles sont faites. Par ailleurs, il semblerait que les équipes médicales et paramédicales n'aient pas une connaissance suffisante des outils d'évaluation de la douleur existants, et notamment des échelles d'hétéro-évaluation.

Ainsi, nos résultats soulèvent des questions, et tout d'abord celle de la formation des soignants libéraux et hospitaliers dans le domaine de la prise en charge de la douleur : comment intégrer aux mieux l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur adaptés aux patients ? Quels sont les outils, fiables, simples et rapides d'utilisation, que l'on peut proposer à ceux qui travaillent le plus souvent seuls ?

Il nous semblerait également intéressant de se pencher sur la question de la transmission de l'information « douleur » au prescripteur, et sur celle de la « réactivité » du prescripteur dans l'adaptation du traitement antalgique, indispensable dans la prise en charge des patients douloureux instables.

Certains axes d'amélioration ont été étudiés et sont en cours de changement à l'HAD Vendée, et ce notamment depuis la mise en place d'un comité de lutte contre la douleur et la réalisation d'évaluations de pratiques professionnelles sur le thème de la douleur. Cela a permis la mise en place de mesures comme l'évocation systématique de la douleur à la première réunion de coordination d'entrée du patient en HAD, ou encore l'utilisation systématique de la fiche d'évaluation de la douleur. Il pourrait être intéressant de mesurer l'étendue des progrès par une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles dans ce domaine de l'évaluation de la douleur d'ici quelques années, afin de connaître l'efficacité exacte de ces mesures.

ANNEXE

Grille de questions pour le recueil de données

N° question	Question	Réponse	Aller à la question ...
1	La douleur a-t-elle été tracée (=signalée ou évaluée) dans le dossier ?	0 = non 1 = oui	16 2
2	La douleur a-t-elle été évaluée par une échelle et consignée par écrit ?	0 = non 1 = oui	3 8
3	La douleur a été signalée par ...	le médecin traitant ? l'IDE ? une autre personne?*	0 = non 1 = oui 0 = non 1 = oui 0 = non 1 = oui 4
4	La douleur a-t-elle été signalée dans les 48 premières heures d'hospitalisation ?	0 = non 1 = oui	5
5	La douleur a-t-elle été signalée plus d'une fois par jour au moins une fois durant l'hospitalisation ?	0 = non 1 = oui	6
6	Si l'hospitalisation a duré plus de 48 heures : la douleur a-t-elle été signalée au moins 4 fois par semaine sur au moins 2 jours différents ?	0 = non 1 = oui	7
7	Si l'hospitalisation a duré 14 jours ou plus : y a-t-il eu une réduction de 50% de signalement entre la première et la dernière semaine d'hospitalisation ?	0 = non 1 = oui	15
8	La douleur a été évaluée par ...	le médecin traitant ? l'IDE ? une autre personne?*	0 = non 1 = oui 0 = non 1 = oui 0 = non 1 = oui 9
9	Quel outil d'évaluation de la douleur a été utilisé ?	0= échelle d'auto évaluation 1= échelle d'hétéro évaluation	10
10	La douleur a-t-elle été évaluée dans les 48 premières heures d'hospitalisation ?	0 = non 1 = oui	11
11	La douleur a-t-elle été évaluée plus d'une fois par jour au moins une fois durant l'hospitalisation?	0 = non 1 = oui	12

12	Si l'hospitalisation a duré plus de 48 heures : la douleur a-t-elle été évaluée au moins 4 fois par semaine sur au moins 2 jours différents?		0 = non 1 = oui	13
13	Si l'hospitalisation a duré 14 jours ou plus : y a-t-il eu une réduction de 50% d'évaluation entre la première et la dernière semaine d'hospitalisation ?		0 = non 1 = oui	14
14	S'il est indiqué, quel est le score d'évaluation ...	initial? (48 premières heures)	Noter le score et préciser le type d'échelle utilisée si ce n'est pas une EVA ou EN sur 10 points.	15
à la moitié de l'hospitalisation?				
final? (48 dernières heures)				
15	Y a-t-il une réponse antalgique au signalement et/ou à l'évaluation de la douleur mentionnée dans le dossier?		0 = non 1 = oui	16
16	Le patient est-il dément et/ou non communicant** ?		0 = non 1 = oui	17
17	Quels types d'antalgiques ont été prescrits ?***	Classe I ?	0 = non 1 = oui	Fin du questionnaire
		Classe II ?	0 = non 1 = oui	
		Classe III ?	0 = non 1 = oui	
		Traitements adjuvants ? *****	0 = non 1 = oui	
		Antidépresseurs ?	0 = non 1 = oui	

IDE = Infirmier(ère) diplômé(e) d'état

* Comprend toutes les personnes au contact du patient hospitalisé écrivant sur le dossier médical et paramédical : aidant, aide-soignant(e), équipe mobile de soins palliatifs, kinésithérapeute...

L'aidant est une personne vivant au domicile du patient ou une personne de son entourage participant à l'hospitalisation de manière efficiente: époux/épouse, enfant, parent... (21)

** Patient présentant des troubles de la communication dus à son état de santé ou à son état psychologique ou à son état cognitif. (8, 11,12)

*** Classe I = paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens, noramidopyrine.

Classe II = paracétamol+codéine, paracétamol+dextropropoxyphène, paracétamol+tramadol, tramadol, néfopam, nalbuphine, buprénorphine.

Classe III = sulfate de morphine, hydromorphone, oxycodone, chlorhydrate de morphine, fentanyl transdermique.

**** Traitements adjuvants : antispasmodiques, inhibiteurs de la pompe à protons, corticoïdes, myorelaxants, traitement des douleurs neurogènes type antiépileptiques ou anesthésiques locaux, sauf antidépresseurs.

REFERENCES

1. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur : 2006-2010. 3 mars 2006. Disponible sur http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/plan_douleur06_2010.pdf
2. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO n°54 du 5 mars 2002.
3. Rapport annexé à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique. JO n°185 du 11 août 2004.
4. Boureau F, Luu M. Les méthodes d'évaluation de la douleur clinique. Douleur et analgésie 1988;1:65-73.
5. Cabot I, Le May S, Besner G. Revue critique des outils d'évaluation de la douleur chez une clientèle adulte souffrant de cancer. Recherche en soins infirmiers 2007;90:35-57.
6. Pichard-Leandri E, Brasseur L, Chauvin M, Guilbaud G. Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques. Paris : Editions Maloine, 1997:589-96.
7. Muller A, Metzger C, Schwetta M, Walter C. Soins infirmiers et douleur 3^{ème} ed, Paris : Ed Masson, 2007:148-55.
8. Lefebvre-Chapiro S. DOLOPLUS® 2 : une échelle d'hétéro évaluation de la douleur du sujet âgé non communiquant. Eur J Palliat Care 2001;8(5):191-94.
9. Queneau P, Ostermann G. Soulager la douleur. Paris : Editions Odile Jacob, 1998:55-62.
10. Boureau F, Richard B, Aubrège A, Bisot E, Brudon F, Constans N et al. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. ANAES, Service des recommandations et références professionnelles 1999. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
11. Moulias R, Wary B, Dosquet P, Alix M, Bannwarth B, Bensoussan J-L et al. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. ANAES, Service des recommandations et références professionnelles 2000. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272123/
12. Michel M. Evaluation de la douleur chez le sujet âgé non communicant. Ann gérontol 2009(Numéro spécial mars):6-10.
13. Ricard-Hibon A, Leroy N, Magne M, Leberre A, Chollet C, Marty J. Evaluation de la douleur aiguë en médecine préhospitalière. Ann Fr Anesth Réanim 1997;16:945-49.
14. Berthier F, Le Conte P, Garret F, Potel G, Baron D. Analyse de la prise en charge de la douleur aiguë dans un service d'accueil et d'urgences. Réan Urg 1998;7:281-85.
15. Lelièvre N. Professionnels de santé et prise en charge de la douleur : les règles juridiques. Dans : Aubrun F, Avengozar C, Barbier G, Cardona J, Lelièvre N, Serrie A, eds. Douleur et aspects médico-légaux. Rueil-Malmaison : Institut UPSA de la Douleur ; 2009. p.21-43. Disponible sur http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id-1303/1_Douleur_et_aspects_medico-legaux.igwsc
16. Article R. 4127-37 du Code de la santé publique, décret n° 2006-120 du 6 février 2006, article 1. JO du 7 février 2006.
17. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (JO n°95 du 23 avril 2005) et décret n° 2006-119 du 6 février 2006 sur les directives anticipées.

18. Chaleix M, Valdelièvre H, Afrite A, Com-Ruelle L. Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006. DRESS 2009;697:1-6. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er697.pdf>
19. Circulaire N°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.
20. Manuel de présentation d'HAD Vendée. 18 septembre 2008.
21. Michel M, Michel O, Gauquelin F. Les outils d'évaluation de la douleur chez la personne âgée. InfoKara 1996;41:7-15.
22. Huguier M, Fahault A. Biostatistiques au quotidien 2ème éd. Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2003:19-42.
23. Afrite A, Chaleix M, Com-Ruelle L, Valdelièvre H. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients : exploitation des données du PMSI HAD 2006. Questions d'économie de la santé 2009;140:1-8. Disponible sur <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>
24. Clarke EB, French B, Bilodeau ML, Capasso VC, Edwards A, Empoliti J. Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: the impact of nurses' characteristics and education. J Pain Symptom Manage 1996;1:18-31.
25. Emery C, George B, Gomas JM, Delfieu D, Mimaud V, Guillon P et al. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL. Douleurs 2005;6:366-73.
26. Clère F, Perriot M, Henry F, Kipper MC, Alcalay V, Voisine ML. Enquête de prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés au Centre Hospitalier de Châteauroux. Douleurs 2007;8(Hors série 1):1S67.
27. Mrozek JE, Werner JS. Nurses' attitudes toward pain, pain assessment, and pain management practices in long-term care facilities. Pain Manage Nurs 2001;2:154-62.
28. Rainfray M, Brochet B, De Sarasqueta AM, Michel P. Évaluation de la douleur des personnes âgées hospitalisées : enquête descriptive transversale. Presse Med 2003;32: 924-9.
29. Trichet-Llory V, Sachet A, Gouronnec A, Pautas E. Evaluation de la douleur en gériatrie : enquête à l'entrée en court séjour. La Revue de Gériatrie 2004;29:103-8.
30. Chibnall JT, Tait RC. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. Pain 2001;92:173-86.
31. Closs SJ, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. J Pain Symptom Manage 2004;27:196-205.
32. David E, Maresca B, Fontaine A. La prise en charge de la douleur chronique ou liée aux soins chez les personnes âgées, par la médecine de ville, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile. DRESS 2006;63. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud63.pdf>

NOM : BOULLE

PRENOM : EVA

Titre de Thèse : Évaluation de la douleur en hospitalisation à domicile : évaluation des pratiques professionnelles en Vendée.

RESUME

A l'issue du troisième plan de lutte national contre la douleur, nous nous sommes intéressés aux pratiques habituelles des soignants dans le domaine de l'évaluation de la douleur. Notre étude rétrospective a inclus tous les patients hospitalisés en Hôpital à Domicile de Vendée en 2007 pour le motif douleur. Nous avons quantifié les dossiers de patients où figurait une évaluation de la douleur ; nous nous sommes intéressés aux outils d'évaluation utilisés et à leur adaptation en fonction de l'âge et des capacités de communication des patients. Parmi les 183 dossiers étudiés, la douleur avait été évaluée pour 42% d'entre eux, avec une utilisation quasi-exclusive d'outils d'autoévaluation de la douleur. Il n'y avait pas de changement d'outil selon l'âge, et une échelle d'autoévaluation avait été utilisée pour 62% des patients non communicants. Vingt-quatre pour cent des patients évalués douloureux en début d'hospitalisation étaient soulagés en fin d'hospitalisation ; les scores moyens de douleur étaient sensiblement identiques en début et en fin d'hospitalisation. Les résultats ont ainsi mis en évidence une sous-évaluation de la douleur et une insuffisance de prise en compte des évaluations. Il semblerait qu'il persiste un manque de formation dans ce domaine, et notamment en ce qui concerne les outils d'hétéro-évaluation de la douleur.

MOTS-CLES

Douleur – Mesure de douleur – Sujet âgé – Trouble de la communication – Prise en charge du patient – Services soins domicile dépendant hôpital – Evaluation des pratiques médicales par des pairs – Pratique professionnelle