

Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé

30/04/2002

Textes de référence :

Article L. 1110-5 du code de la santé publique (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) ;

Article L. 1112-4 du code de la santé publique (modifié par la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs) ;

Circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques ;

Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur rebelle ;

Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés ;

Circulaire DGS/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.

Le ministre délégué à la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé (pour attribution)

La lutte contre la douleur est depuis plusieurs années une priorité de santé publique et constitue un des éléments de la politique d'amélioration de la qualité des soins. La mise en place de programmes nationaux d'action témoigne de la volonté du ministère de la santé et des professionnels de mieux maîtriser la prise en charge de la douleur de la personne à tous les âges de la vie.

Ainsi, en 1998, un premier plan de lutte contre la douleur, dont l'objectif principal a été d'instaurer une véritable « culture de lutte contre la douleur » (1) a été défini.

En 2001, l'évaluation de ce plan réalisée par la société française de santé publique a montré qu'une prise de conscience s'était développée tant au niveau des usagers que des professionnels et que des changements notables étaient intervenus notamment dans la prise en charge thérapeutique de la douleur. Malgré ces éléments encourageants, des difficultés et dysfonctionnements persistent. Les structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle sont mal connues du public et des médecins libéraux. L'utilisation d'outils de référence notamment d'échelles de mesure de l'intensité de la douleur reste peu développée. La formation pratique des médecins dans le domaine de la douleur est insuffisante. Les médicaments opioïdes sont encore trop souvent réservés aux situations de fin de vie. Les protocoles de prise en charge de la douleur (2), qui doivent permettre à l'infirmier, dans certaines conditions, de mettre en oeuvre et suivre un traitement antalgique sont rarement utilisés.

A partir de ce constat et pour soutenir les efforts engagés, un nouveau programme national a été défini (3). Ce programme quadriennal (2002-2005) poursuit les axes d'amélioration du plan précédent notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique rebelle. Il comporte par ailleurs trois nouvelles priorités :

- la douleur provoquée par les soins et la chirurgie ;
- la douleur de l'enfant ;
- la prise en charge de la migraine.

Ces priorités s'articulent autour de cinq objectifs :

- associer les usagers par une meilleure information ;
- améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées ;
- améliorer l'information et la formation des personnels de santé ;
- amener tous les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur ;
- renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

La présente circulaire a pour objet de préciser, dans le cadre de ce nouveau programme national de lutte contre la douleur, les actions que les établissements de santé devront poursuivre (partie 1), les moyens structurels et humains pour
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose2-n-2002-266-du-30-avril-2002-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-programme-national-de-lutte-contre-la-douleur-2002-2005-dans-les-etablissements-de-sante/>

soutenir cette démarche (partie 2), les modalités de mise en oeuvre par les agences régionales d'hospitalisation (partie 3).

I. - LES ACTIONS AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Tout établissement de santé doit mettre en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'il accueille en application de l'article L. 1112-4 du code de la santé publique.

Dans le cadre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005, l'établissement de santé devra s'engager particulièrement à mener les actions suivantes :

- informer les usagers par la remise d'un contrat d'engagement contre la douleur à l'accueil ;
- organiser la prise en charge de la douleur au sein de l'établissement ;
- informer et former les personnels de santé ;
- mettre en place au sein des services des protocoles de prise en charge de la douleur.

I.1. L'information des usagers : le contrat d'engagement contre la douleur

L'information est une exigence légitime de toute personne malade et constitue un élément indispensable à la promotion de la qualité des soins. Cette information, conformément à l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, porte sur les différentes investigations et les traitements ou actions de prévention qui sont proposés.

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur, il convient de rappeler qu'une information écrite doit être fournie à la personne malade dès son arrivée. Le livret d'accueil qui lui est remis contient la charte du patient hospitalisé et des informations sur les droits relatifs au soulagement de la douleur.

En outre, ce livret d'accueil doit désormais intégrer le contrat d'engagement contre la douleur. Ce contrat, qui remplace le « carnet douleur », constitue un acte d'engagement de l'établissement. Il comporte une information sur la politique menée au sein de l'établissement de santé dans ce domaine. Il intègre également les messages sur la prévention de la douleur provoquée, la douleur postopératoire, l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur et les médicaments de la douleur.

Un contrat d'engagement type sera mis à disposition des établissements de santé au début du 2^e semestre 2002. Il sera téléchargeable sur le site Internet du ministère (www.sante.gouv.fr - dossier « douleur »).

L'information de la personne et de son entourage doit être réalisée par l'équipe soignante de façon individualisée dès le début de l'hospitalisation voire dès la consultation pré-anesthésique ou chirurgicale et régulièrement au cours de l'hospitalisation.

I.2. Le programme de prise en charge de la douleur de l'établissement de santé

Afin d'aider les établissements de santé dans l'organisation de la prise en charge de la douleur, un groupe d'experts réunis sous l'initiative du ministère de la santé a élaboré un guide intitulé « Pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé ». Ce document propose une aide méthodologique ainsi que des orientations pour l'organisation et la mise en oeuvre d'un programme de prise en charge de la douleur.

La démarche présentée dans ce guide s'articule autour de 3 étapes :

- la mise en place d'un comité pilote qui constitue un élément moteur pour susciter et animer une véritable « culture de lutte contre la douleur ». Afin d'éviter un cloisonnement préjudiciable à la personne malade, ce comité doit intégrer dans sa réflexion celle relative aux soins palliatifs. Ce comité peut être constitué sous le nom de comité de lutte contre la douleur (CLUD). Cette démarche peut également s'inscrire au niveau de la « structure qualité » de l'établissement de santé ;
- l'élaboration du programme de lutte contre la douleur qui est établi selon les caractéristiques de l'établissement. Elle nécessite de réaliser un bilan de l'existant puis de définir, en tenant compte des priorités nationales retenues pour les quatre prochaines années, des objectifs d'amélioration et les actions propres à les réaliser ;
- la conduite du programme qui correspond à la mise en oeuvre des actions, à leur évaluation et aux éventuels réajustements. L'engagement de la direction de l'établissement dans la mise en oeuvre du programme en termes d'incitation, d'information et de moyens affectés est un élément fondamental de la réussite de cette démarche.

Ce guide téléchargeable sur le site du ministère (www.sante.gouv.fr - dossier « douleur ») sera adressé aux directeurs des établissements de santé publics et privés au cours du 2^e semestre 2002. Sa diffusion sera accompagnée d'un résumé édité sous forme de brochure pour assurer l'information de l'ensemble des soignants.

I.3. L'information et la formation continue des personnels de santé

Afin de donner aux soignants les moyens de mettre en place des stratégies de prévention et de traitement de la douleur, une série de documents intégrant les connaissances nécessaires à une prise en charge quotidienne de la douleur sera diffusée. Ces documents élaborés par la Direction générale de la santé en collaboration avec les sociétés savantes seront disponibles à la fin de l'année 2003 notamment sur le site Internet du ministère.

Les actions de formation continue sur le thème de la prise en charge de la douleur doivent être poursuivies tant au niveau des personnels d'encadrement que des soignants. A ce titre, il est fortement recommandé de prévoir et de proposer aux personnels, dans le cadre du plan de formation de chaque établissement de santé, des actions de formation pluridisciplinaires centrées sur la dimension sociale et psychologique de la douleur (complexité du phénomène douloureux, variabilité de sa perception et de son expression) ainsi que sur l'approche de la douleur (évaluation de l'intensité de la douleur, élaboration et mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur provoquée par les soins et la chirurgie).

I.4. La mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur

Les protocoles de prise en charge de la douleur constituent des outils dont doivent se doter les établissements de santé dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai, de personnaliser la prescription et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité. Ils sont considérés comme des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir.

Une attention particulière doit être portée à la mise en place de ces protocoles. En effet, pour être effective, leur mise en place nécessite une réflexion d'équipe préalable menée avec le prescripteur, c'est-à-dire le médecin. Cette réflexion suscitée et accompagnée par le personnel d'encadrement médical et paramédical de chaque service doit amener l'équipe à s'interroger sur l'intérêt d'un protocole de prise en charge de la douleur pour la personne malade et les soignants, la responsabilité respective du médecin et de l'infirmier, l'organisation des soins.

Les domaines prioritaires devant donner lieu à la mise en place de protocoles concernent notamment la prise en charge de la douleur provoquée avant, pendant et après la réalisation de soins potentiellement douloureux (soins d'hygiène et de confort, rééducation), d'actes invasifs (ponction, biopsie, pansement douloureux) et de chirurgie.

II. - LES MOYENS STRUCTURELS ET HUMAINS

Afin d'améliorer le dispositif existant en termes de moyens structurels et humains, les mesures suivantes sont prévues :

- création d'un centre national de ressource de la douleur ;
- renforcement des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ;
- renforcement du rôle de l'infirmier, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

II.1. Le centre national de ressource de la douleur

Ce centre a pour mission de :

- recueillir et diffuser l'information auprès de tous les professionnels de santé par la création d'une médiathèque et d'un site Internet dédié spécifiquement à la prise en charge de la douleur ;
 - apporter une aide logistique aux professionnels de santé, notamment aux professionnels en charge de la douleur (audits clef en main, protocoles, ...) ;
 - développer la recherche paramédicale sur la douleur au quotidien, les méthodes complémentaires non pharmacologiques de prise en charge de la douleur ;
- faire connaître et valoriser les initiatives et les actions réalisées sur le thème de l'amélioration de la prise en charge de la douleur et du confort du patient (prévention de la douleur liée aux soins et aux gestes techniques).

Dès son ouverture prévue fin de l'année 2002, les coordonnées et modalités de fonctionnement de ce centre seront disponibles sur le site Internet du ministère.

II.2. Le renforcement des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle

La personne souffrant de douleurs chroniques rebelles doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique ; les règles d'organisation et les principes thérapeutiques ont été fixés par circulaire (4). Afin de mieux informer les usagers et les professionnels sur leur existence, la liste de ces structures a été dressée et diffusée sur le site Internet du ministère (5).

Toutefois, compte tenu des inégalités régionales et pour améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose2-n-2002-266-du-30-avril-2002-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-programme-national-de-lutte-contre-la-douleur-2002-2005-dans-les-etablissements-de-sante/>

rebelles à des structures spécialisées, chaque département et chaque région devront disposer respectivement, d'ici 4 ans, d'au moins une consultation et d'un centre de prise en charge de la douleur chronique rebelle. De plus, des postes de praticiens hospitaliers viendront conforter les équipes déjà en place dans les centres de prise en charge de la douleur chronique rebelle pour diminuer le délai d'attente pour une première consultation.

Par ailleurs, une enquête sera réalisée en 2002 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour évaluer l'adéquation de ces structures aux besoins de la personne souffrant de douleurs chroniques rebelles. Les résultats de cette enquête permettront d'en revoir le cahier des charges et de proposer d'éventuels axes d'amélioration de l'organisation actuelle.

II.3. Le renforcement du rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur provoquée

La prise en charge de la douleur doit être renforcée par la désignation, parmi le personnel infirmier ou cadre soignant de l'établissement de santé, de personnes ressources dans le domaine de la douleur. Ces professionnels ont pour rôle de participer à l'élaboration, la mise en place et le suivi du programme de lutte contre la douleur, en particulier dans le domaine de la douleur provoquée par les soins, les actes invasifs, les gestes diagnostiques et la chirurgie.

Le profil de poste de ces professionnels, défini en collaboration avec les sociétés savantes, collège et professionnels de la douleur, est annexé à cette circulaire. Il servira de base aux établissements de santé pour élaborer leur projet.

Le cas échéant, des temps de personnel infirmier ou de cadre soignant pourront être créés en particulier dans les établissements de santé engagés dans une démarche d'amélioration de la prise en charge de la douleur.

Par ailleurs, une réflexion concernant les modalités d'organisation régionale pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur est en cours.

III. - LES MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE PAR LES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION

La mise en oeuvre du plan quadriennal de lutte contre la douleur nécessite une forte mobilisation de vos services. Vous devrez, dans les quatre prochaines années, veiller à ce que chaque établissement de santé de votre région ait défini un programme spécifique d'actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. Ce programme devra être établi à partir d'un bilan de l'existant et tenir compte des priorités nationales retenues. Je vous demande également de veiller à ce que toute personne souffrant de douleurs chroniques rebelles puisse avoir accès facilement à des structures spécialisées au sein de chaque département et région.

Pour l'année 2002, des crédits spécifiques ont été réservés dans le cadre de la dotation régionalisée des dépenses hospitalières, au titre des mesures de santé publique, pour le développement de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, à hauteur de 22,87 millions d'euros (150 millions de francs) dont la moitié est réservée à la douleur (6).

Ces crédits contribueront à la mise en oeuvre du volet douleur du programme de lutte contre la douleur dans votre région en tenant compte des priorités suivantes :

- création de structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle en priorité dans les régions et départements qui en sont dépourvus ;
- renforcement des centres de prise en charge de la douleur chronique rebelle dont l'activité est saturée ;
- renforcement du rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins et la chirurgie par la création de temps en personnel infirmier destiné à accompagner les projets d'amélioration de la prise en charge de la douleur des établissements de santé.

Un suivi de l'affectation de ces crédits sera réalisé par le bureau E2 de la DHOS en fin de l'année 2002.

Pour le ministre délégué et par délégation :

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty

ANNEXE PROFIL DE POSTE

Le personnel infirmier spécifiquement chargé de l'amélioration de la prise en charge de la douleur

activement au développement de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur et plus particulièrement de la douleur provoquée par les soins (soins d'hygiène et de confort, pansements...), les actes invasifs (ponctions, piqûres.), les gestes diagnostiques et la chirurgie.

Rôle : personne ressource pour l'établissement de santé, les soignants et, ponctuellement, pour les personnes malades, il assure une fonction transversale. Il a un rôle :

- de coordinateur et d'animateur pour l'élaboration et la conduite du programme de lutte contre la douleur de l'établissement de santé ;
- de conseiller, formateur, superviseur auprès des équipes de soins ;
- clinique auprès des patients lors de situations de soins complexes (prévention, évaluation, traitement).

Activités : Il apporte son expérience spécifique en matière de soins infirmiers (soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de vie, soins techniques, éducatifs et relationnels) ainsi que ses compétences dans le domaine de la prise en charge de la douleur (prévention, évaluation, prise en compte, traitement de la douleur) et de la conduite d'un projet d'amélioration de la qualité des soins (analyse de l'existant, élaboration, mise en place, suivi et évaluation d'un programme).

Rattachement : il exerce ses fonctions en liaison hiérarchique avec le directeur du service de soins infirmiers. Fonctionnellement, il travaille en étroite collaboration et, dans le respect des compétences de chacun, notamment avec le médecin référent désigné, compte tenu de son expertise dans le domaine de la douleur aiguë, par le comité pilote (le CLUD) et la structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle si elle existe. En outre, les activités de ce personnel infirmier nécessitent une collaboration avec l'ensemble des professionnels de l'établissement ainsi qu'un partenariat avec les autres activités de prise en charge de la douleur (équipes mobiles de soins palliatifs et douleur, structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle) et les actions de promotion de la qualité mises en oeuvre dans l'établissement de santé.

Compétences : il possède une expérience professionnelle préalable d'au moins 4 années. Il a acquis une qualification dans le domaine de la prise en charge de la douleur (par exemple diplôme universitaire ou diplôme inter-universitaire). Il possède (ou s'engage à acquérir) des compétences en particulier dans le domaine de la conduite d'un projet d'amélioration de la qualité des soins.

- (1) Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.
- (2) Circulaire DGS/DH/DAS n° 99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes dans les établissements de santé et institutions médico-sociales.
- (3) Le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 est disponible sur le site Internet du ministère de l'emploi et la solidarité <http://www.sante.gouv.fr> - dossier « douleur ».
- (4) Circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques.
- (5) Circulaire DGS/DH n° 98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur rebelle.
- (6) Circulaire DGS/DSS-1-A/DHOS-O-F2 n° 2001-649 du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale.