

## « ENSEMBLE CONTRE LA DOULEUR »

### première étape d'une démarche coordonnée dans les établissements médico-sociaux de la M.G.E.N.

#### I – LA DEMARCHE M.G.E.N.

La M.G.E.N. gère 38 établissements répartis sur tout le territoire ; structures sanitaires ou sociales, cliniques de court séjour, centres de moyen séjour et rééducation fonctionnelle, centres pour enfants handicapés, cliniques de gériatrie, maisons de retraite, établissements psychiatriques, centres de santé ; ces structures représentent plus de 3000 lits d'hospitalisation.

Pour cette étape, 15 établissements de court séjour, moyen séjour, long séjour et maisons de retraite, représentant 2000 lits, ont été concernés.

La M.G.E.N. a souhaité évaluer, en collaboration avec le Pr C.H Rapin et l'Association Internationale « Ensemble contre la Douleur », la qualité de la prise en charge du symptôme douleur dans ses établissements, et décliner un certain nombre d'actions :

- Ø Bilan de la situation de tous les patients hospitalisés, un jour donné ( novembre 98 ) ;
- Ø Sensibilisation des personnels soignants et médicaux à l'évaluation (utilisation systématique de l'échelle EVA) et au traitement de la douleur ;
- Ø sensibilisation des usagers, patients et familles (fiches d'information dans le livret d'accueil, affiches, carnet douleur)
- Ø Evaluation des effets de cette campagne à 6 mois ( mai 99 ) ;
- Ø Création dans chaque établissement d'un CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) pour coordonner la démarche ;
- Ø Formation des médecins et équipes de soins.

#### II – RESULTATS

Dans ce travail, seuls les résultats des 3 populations de **Moyen séjour ( MS )**, **Long séjour ( LS )** et **Maison de retraite ( MDR )** ont été analysés ( 80% de la population enquêtée ), ce type de service ayant fait l'objet de peu d'études antérieures.

**Population : En moyen séjour**, 926 patients au 1<sup>er</sup> temps et 770 au 2<sup>e</sup> temps. **En maison de retraite**, 537 patients présents au 1<sup>er</sup> temps et 514 au 2<sup>e</sup> temps. Taux de réponse > à 95% aux 2 temps dans ces 2 types de service. **En long séjour**, 147 patients présents au 1<sup>er</sup> temps, et 163 au 2<sup>e</sup> temps. Le taux de réponse est voisin de 70% en **LS**, le pourcentage de malades incapables de participer étant de 30% aux 2 temps, compte tenu de la méthode utilisée ( EVA). 2/3 des patients sont des femmes dans toutes les structures. Moyenne d'âge 66 ans en **MS**, 83 ans en **LS**, 84 ans en **MDR**.

**Prévalence de la douleur :** Après 6 mois de campagne, la prévalence de la douleur diminue de 44% à 40% (  $p < 0.05$  )

**Prévalence de la douleur modérée à intense ( EVA > 4 ):** Absence de variation significative ( 46% vs 47% à chaque temps ).

**EVA moyenne des patients douloureux :** Pas de différence aux 2 temps en **MS** et **MDR** ( EVA moyenne 3.88 vs 3.98 en **MS**, 4.71 vs 4.8 en **MDR** ), mais nette diminution en **LS** ( 5.89 vs 4.63,  $p < 0.001$  )

Sachant qu'il s'agit pour l'essentiel des mêmes patients compte tenu de la durée des séjours dans ce type de service ( **LS** ), cette diminution de l'EVA moyenne témoigne certainement de l'effort réalisé par les soignants pour reconnaître et soulager la douleur, et représente un des impacts positifs de la campagne.

**Sous estimation de la douleur :** dans près de 40% des cas en **MS**, 25 à 30% des cas en **LS** et **MDR** les patients douloureux ne sont pas reconnus comme tels par les soignants, soulignant, s'il en était besoin l'opportunité d'évaluations systématiques.

**Patients douloureux (EVA>4) sans antalgiques :** 15 à 20% des patients sont dans cette situation en **MS**, sans modification entre les 2 temps, plus de 30% en **LS** et **MDR** avec une tendance (n.s) à l'amélioration au 2<sup>o</sup> temps. Parmi ces patients, 1 sur 5 en **MS**, 1 sur 3 en **LS** et **MDR** sont pourtant considérés douloureux par les soignants (douleur chronique inéluctable ... ?).

**Les causes de douleurs :** en **MS** par ordre décroissant ; post-opératoire, rhumatologique, cancéreuse, post-traumatique, neurologique réunissent 90 % des causes recensées; en **LS** et **MDR**, les étiologies sont superposables avec au 1<sup>er</sup> plan, (> 50 %) les douleurs rhumatologiques puis neurologiques (~ 20 %).

**A propos de la douleur rhumatologique :** En moyen séjour, la douleur rhumatologique était plus souvent sous-estimée par les soignants (45 % des cas) que les douleurs cancéreuses et chirurgicales (34% et 30 % des cas,  $p < 0.05$ ).

La sensibilisation des malades et des soignants, au cours de la campagne, semble avoir permis d'obtenir une meilleure reconnaissance de certaines douleurs chroniques non malignes comme le suggère l'augmentation sensible de la prévalence de la douleur rhumatologique au 2<sup>e</sup> temps (augmentation de 8 à 15% en **MS**, 16 à 29% en **LS**, de 13 à 24% en **MDR**). La campagne "Ensemble contre la douleur" a peut-être permis de mieux la reconnaître, grâce à une évaluation plus systématique, de moins la considérer comme banale et inaccessible au traitement. La sous estimation évolue peu (45% vs 34%, diff. n.s)

**Traitements antalgiques utilisés :** Au 2<sup>o</sup> temps, une évolution (n.s) des prescriptions semble se dessiner avec un peu plus de paliers 3 prescrits pour des douleurs modérées à intenses, inclus pour des douleurs chroniques non malignes, en particulier rhumatologiques, y compris en **MDR** et **LS**. Le pourcentage de patients recevant un palier 3 passe ainsi de 15% à 20% en **MS** entre les 2 temps, 8% à 15% en **LS**, 6% à 16% en **MDR** (différence non significative mais encourageante ?).

### **III – Conclusion :**

La campagne "Ensemble contre la douleur" n'a finalement eu qu'un impact discret (en terme de résultats statistiquement significatifs) sur la prise en charge de la douleur dans les établissements de la MGEN.

Il a été impossible de déterminer précisément, faute de canevas d'analyse, l'intervention réalisée par chaque établissement entre les 2 temps, ne permettant pas de comprendre les différences d'évolution observées par établissement, non rapportées ici. Ce recueil aurait peut-être permis de mettre en évidence les facteurs déterminants d'amélioration et d'en déduire un plan d'action pertinent pour la poursuite du Plan d'Amélioration de la Qualité.

Cette enquête a cependant très nettement impulsé une dynamique de changement dans l'ensemble des établissements M.G.E.N (C.L.U.D opérationnels, changements de supports de soins intégrant l'EVA, protocoles, plans de formation étoffés, kits de formation interne, comité de pilotage national actif, établissements retenus comme « sites pilotes d'expérimentation » de référentiels d'analyse de la « prise en charge douleur » en Gériatrie et en Médecine Physique avec la Fondation de l'Avenir..).

Une réflexion est en cours pour poursuivre les enquêtes « un jour donné » avec des indicateurs moins nombreux, utilisables par chaque établissement grâce à la fourniture de requêtes d'analyse automatisées raccourcissant le délai de retour des résultats.

En particulier :

- Pourcentage de « sous estimation » par les soignants ;
- Pourcentage de patients avec EVA > 7 ;
- Pourcentage de patients douloureux (EVA > ??) sans antalgiques.

Une analyse plus « qualitative » est également envisagée par l'intermédiaire :

- D'audits de tenue du dossier de soins (pourcentage de dossiers sans EVA quotidienne) ;
- D'enquêtes de satisfaction des patients (un jour donné, questionnaires de sortie) incluant des items de soulagement mais aussi d'information sur les modalités de prise en charge et la compréhension des causes de douleur.

La douleur, thème transversal, semble (enfin.. ?) devenue un thème fédérateur d'équipes, mobilisateur d'énergies.

L'amélioration continue des indicateurs en jugera.