

Nathalie LEBLIEVRE

Juriste spécialisée en droit de la santé

Membre de la commission Ethique et Douleur

AEU droit médical, DESS droit de la santé

Certificat d'aptitude à la profession d'Avocat (Lyon)

COMMENTAIRES DE TEXTES OFFICIELS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

I - LES TEXTES OFFICIELS RELATIFS A LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

1. Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie n° 2005-370 du 22 avril 2005

Décret n° 2006-119 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Décret n° 2006-120 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La loi du 4 mars 2002 n'a pas créé l'obligation de prise en charge de la douleur. Cependant elle a, d'une part, défini la prise en charge de la douleur comme **un droit fondamental** et, d'autre part, a défini son contenu : **Prévention, Évaluation, Traitement**.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Législative)

Article L1110-5

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 3, Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 1, art. 2, Journal Officiel du 23 avril 2005)



« 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.

« Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. 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 pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Le second paragraphe a été modifié suite à la loi du 27 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Nouvelle partie Réglementaire)

Article R4127-37

(Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 art. 1, Journal Officiel du 7 février 2006)

- I. *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. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.*
- II. *Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes :*
- *La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe, et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.*
 - *La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.*
 - *Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.*

• *La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.*

L'article 37 a considérablement été modifié suite à la nouvelle loi du 27 juillet 2005 relative aux droits des patients en fin de vie.

Cet article est divisé en deux parties. La première définit l'obligation du médecin d'une façon générale : « ***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*** »

La seconde partie concerne le cas des patients en fin de vie. Le leitmotiv de la loi du 27 avril 2005 est la priorité à la prise en charge de la douleur, pour ne pas dire des souffrances.

3. Décret du 27 juillet 2004 relatif aux actes de la profession infirmier

Article R. 4311-2 et suivants du code de la santé publique

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Évalue la douleur dans le cadre de son rôle propre (article 2,5°)

- Est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques selon des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin (**article 8**);

- 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 (**article 9**)



Précisions importantes :

L'évaluation de la douleur relève du rôle propre de l'infirmier : dans ces conditions, l'infirmier se doit de la faire systématiquement et sans que le médecin lui demande ou lui prescrive.

4. 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

L'arrêté du 25 janvier 2005 relatif au diplôme professionnel d'AS définit dans son annexe les actes relevant de la compétence des AS :

« *UNITÉ 2. Apprécier l'état clinique d'une personne*

Savoir-faire :

- *observer la personne et apprécier les changements de son état clinique ;*
- *identifier les signes de détresse et de douleur ;*
- *mesurer les paramètres vitaux en utilisant les outils spécifiques et réaliser les courbes de surveillance ;*
- *identifier les anomalies au regard des paramètres habituels liés aux âges de la vie ; [...]*»

5. Circulaire avril 2006 relative à la charte du patient hospitalisé



Cette nouvelle charte est une mise à jour de la charte de 1995, et inclut les nouvelles dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients. Parmi les dispositions nouvelles les plus marquantes prises en compte par la charte, on peut retenir : le droit, pour la personne, d'accéder directement aux informations de santé la concernant, de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption, de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie, etc....

L'article 2 rappelle l'obligation de prise en charge :

2. Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins

« La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants.

Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille.

*Une brochure intitulée « **Contrat d'engagement contre la douleur** » doit être remise à chaque personne hospitalisée. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi-totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes.*

Une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie. »

La présente charte définit de façon beaucoup plus complète et précise les modalités de la prise en charge de la douleur. Précédemment, la charte se limitait à préciser que les établissements se devaient de tenir compte de la douleur des patients.

Désormais, la charte affirme le droit fondamental de la prise en charge et en définit les modalités.

II - ÉVOLUTION DES PLANS "DOULEUR"

1. Evolution de la prise en charge de la douleur en France : D'une priorité de santé publique à un droit européen

*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.*

*En 2002, le second plan était lancé pour quatre ans et marquait une étape supplémentaire : le **contrat d'engagement de lutte contre la douleur**. La même année, soit le 4 mars 2002, la loi relative aux droits des usagers de la santé posait comme principe : **La prise en charge de la douleur est un droit fondamental.***

Principe repris dans le postulat du *troisième plan couvrant la période : 2006-2010*.

Un nouveau défi est lancé : **Une coordination européenne** des politiques de recherche et de programmes de prise en charge de la douleur.

Il est dès lors incontestable que chaque professionnel de santé, chaque établissement se doit de garantir une prise en charge de la douleur de qualité. *A fortiori*, le manuel d'accréditation version 2 fait référence à la prise en charge de la douleur comme gage de qualité des soins.

2. Les priorités du 3^{ème} plan

Dans le cadre du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, quatre priorités 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.

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.

Il est important de noter que dans tous les plans, la prise en charge des personnes âgées, des enfants et des personnes handicapées est une cible constante. La France serait-elle encore réfractaire à la prise en charge de la douleur des patients qui ne s'expriment pas ?

Il est, en revanche, rassurant de lire le « bientraitance » des personnes âgées. En effet, le plan précise l'importance de prévenir les douleurs provoquées par les actes de soins mais aussi par les actes de la vie courante comme les toilettes.

2. Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients.

Il est fondamental de former à la prévention de la douleur afin de limiter les douleurs provoquées par les soins. De plus, les EHPAD doivent se rapprocher des centres hospitaliers pour l'accompagnement à la fin de vie. La prise en charge de la douleur s'impose dans tous les établissements et la douleur ne connaît ni les week-ends ni les vacances !

Les médecins généralistes se doivent d'être formés à la prise en charge de la douleur pour assurer la continuité des soins lorsque le patient sort d'hospitalisation.

3. Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité.

Il est noté une nette amélioration de la prise en charge médicamenteuse de la douleur mais le relais en ville manque, voire est inexistant dans certains cas.

Les protocoles de soins destinés à faciliter la prise en charge de la douleur ne sont pas encore suffisamment utilisés.

Le nouveau plan incite au recours aux techniques non médicamenteuses : il est fait appel aux professionnels qualifiés pour la balnéothérapie, TENS, méthodes psychocorporelles ou comportementales.

L'objectif recherché : Assurer des soins de qualité et sécurité ; simplifier la prescription des paliers 3, et enfin développer la prévention des douleurs induites.

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

Structurer le développement de la prise en charge des douleurs chroniques et partager les expériences, échanges entre professionnels.

Conclusion :

La douleur est un droit fondamental qui ne se limite pas à la notion de traitement. C'est savoir la prévenir, l'évaluer pour mieux la traiter. C'est le devoir de tous professionnels de santé de s'impliquer dans la prise en charge de la douleur.

Bibliographie :

Loi du 27 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie ;

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades ;

Charte du patient hospitalisé modifiant la charte de 1995 : avril 2006 ;

Nouveau plan douleur 2006-2010 avril 2006

Mots clés : nouveau plan douleur, droit fondamental, rôle propre de l'infirmier, accréditation