

VIEILLIR OUI, SOUFFRIR NON !!



Entre décision et responsabilité dans la prise en charge de la douleur



Nathalie LELIEVRE

Juriste Droit de la santé Lyon

lelievrenath@wanadoo.fr



1 Histoire de la prise en charge de la 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.
- 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.



Cibles du 3ème plan douleur

2006 - 2010

PREFACE: « [...] Véritable enjeu de santé publique et critère de qualité et d'évolution d'un système de santé [...] »

Reconnu comme un droit fondamental **de toute personne par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002**, le soulagement de la douleur s'inscrit parmi les objectifs à atteindre pour les cinq prochaines années dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004.

- [...] Tout doit être mis en œuvre pour apporter au malade l'information nécessaire afin qu'il ne subisse plus sa souffrance comme une fatalité.

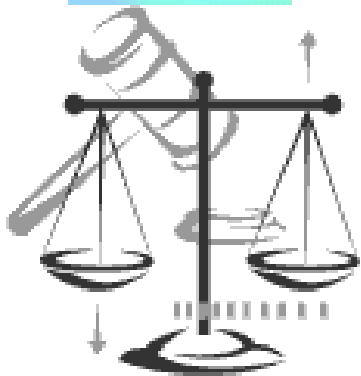
Il est également nécessaire:

- de former les professionnels à une meilleure écoute **du patient,**
- **ainsi qu'**à une prise en charge tant psychologique que thérapeutique de la douleur du patient.



- **Aussi, le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 repose sur quatre axes :**
- **L'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie) ;**
- **La formation renforcée des professionnels de santé ;**
- **une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques ;**
- **La structuration de la filière de soins.**





2 La douleur une obligation légale

- « *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 [...]* » **article L 1110-5 CSP.**
- La loi du 4 mars 2002 définit le contenu de l'obligation de prise en charge de la douleur

PREVENTION

TRAITEMENT

EVALUATION





2.1 LA PED, La prévention de la PED

- Il résulte des dispositions de l'article **L 1110-5 du CSP** que les soignants **doivent s'efforcer de prévenir la douleur notamment lors des soins douloureux** (pansements, biopsie, rééducation etc.).

La prévention c'est aussi **savoir informer le patient des limites des traitements** (Eviter toute angoisse si douleur malgré les traitements mis en œuvre)

L'une des cibles du 3^{ème} plan prévention de la douleur chez la personne âgée: **La bientraitance.**



2.2 Evaluation de la douleur



- Le suivi du patient douloureux nécessite un travail d'équipe nécessairement pluridisciplinaire.
- Tous les intervenants auprès des personnes âgées se doivent de s'interroger sur la douleur de la personne (AS, kiné, IDE, médecins etc.)
- Adapter l'évaluation aux capacités de compréhension de la personne.
- **Il est important que** l'évaluation et les méthodes utilisées apparaissent dans **le dossier médical** du patient au regard des dispositions de l'article L 1110-5 du CSP « la douleur doit être en toute circonstance évaluée ».



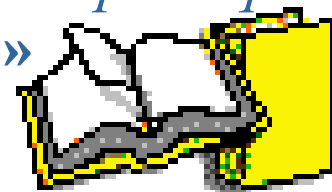
2.3 Traitement de la douleur



- le médecin n'est pas tenu à une obligation de guérison, qui consisterait, en l'espèce, à la disparition des douleurs. En revanche, il doit s'efforcer de mettre en œuvre les moyens antalgiques dont il dispose pour soulager au mieux son patient.

Priorité du 3ème plan: développer les formes antalgiques pour les enfants ;développer la prise en charge non médicamenteuse; Former les médecins de ville à la PED.

Importance de la formation continue:« *La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne, ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique [...]. Elle constitue une obligation pour tout médecin* »



- 3.1 L'accréditation, gage de qualité des soins :
- 32.b. Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement
- Pour certains patients, il est nécessaire d'impliquer également l'entourage et d'évaluer sa satisfaction (pédiatrie, réanimation, psychiatrie, etc.).
- 32.c. Les professionnels sont formés à la prévention, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur



Le référentiel qualité douleur



- Implication des directions;
- Information et formation des professionnels;
- Information du patient
- **Détection et évaluation de la douleur**
- Mise en commun des informations;
- Evaluation de la prise en charge et du soulagement;
- **Protocoles de traitement**



4. Une obligation à la charge des professionnels de santé

- Le code déontologie médicale et la prise en charge de la douleur

Article 37: soulagement des souffrances

- « 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.*
[...] »
- La PED s'impose à tous les médecins qq soit la spécialité (secteur hospitalier, libéral, généraliste etc.)

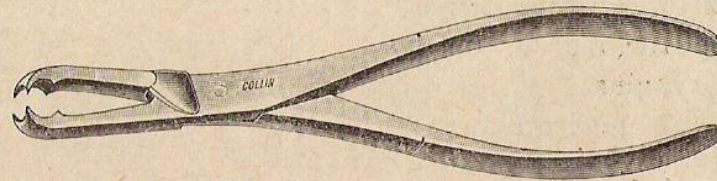




4.2 Et la douleur à l'époque...

Enfin, le résultat inévitable de toute opération, c'est la *douleur* qui s'accuse presque dès le réveil et qui parfois s'exaspère au fur et à mesure que l'opéré reprend ses facultés. Il faut tout d'abord opposer à cette douleur le raisonnement, en faisant comprendre au patient que c'est là une conséquence inévitable de l'opération, et en lui faisant espérer que le soulagement ne se fera pas attendre. Mais il est des cas où ce remède moral est absolument illusoire et inefficace; après une grosse intervention, le chirurgien aura permis dans la plupart des cas une piqûre de morphine. L'infirmière suivra rigoureusement les instructions qu'elle aura reçues à ce sujet quant au titre de la solution, quant à la dose à injecter, quant à l'heure de l'injection.

Nous avons vu que le chloroforme s'éliminait en grande partie par les reins et que, par suite, l'anesthésie générale pouvait amener des troubles dans l'appareil rénal et déterminer même une



Infirmiers et prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur est intégrée dans le nouveau décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmiers

(décret 29 juillet 2004 abrogeant le décret du 11 février 2002).

- Le décret précise que **tout infirmier** (hospitalier et libéral) :
 - **Evalue** la douleur dans le cadre de son rôle propre (**article 2,5°**);
 - Est habilitée 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**).



Les protocoles de soins doivent répondre aux conditions suivantes :

- **Elaborés conjointement par les personnels médicaux et infirmiers impliqués dans leur mise en œuvre ;**
- **Validés par l'ensemble de l'équipe médicale, par le pharmacien et par le directeur du service des soins infirmiers ;**
- **Datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service ;**
- **Diffusés à l'ensemble du personnel médical et paramédical du service, au directeur d'établissement, au directeur du service de soins infirmiers et au pharmacien hospitalier ;**
- **Remis au nouveau personnel dès son arrivée ;**
- **Accessibles en permanence dans le service :
 - placés dans un classeur identifié ;
 - affichés si l'organisation du service s'y prête ;
 - évalués et, si nécessaire, réajustés, et, dans ce cas, redatés et signés ;**
- **revus obligatoirement au moins une fois par an ;**
- **revalidés systématiquement à chaque changement de l'un des signataires et diffusés**





Protocoles, prescriptions, quelles différences ?

- « Le protocole se distingue de la prescription médicale en ce qu'il trouve application à une pluralité de patients.
- Au contraire, *la prescription médicale est obligatoirement individuelle. Selon le ministère chargé de la Santé, « les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai [...] et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité »*
 - Les protocoles sont considérés comme « des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir » Ils sont constitutifs d'une prescription médicale et, à ce titre, doivent être validés par un médecin (Lettre de la FHF)





5 DOULEUR ET RESPONSABILITE MEDICALE

Responsabilité pour faute:

- 3 conditions dites **cumulatives** sont **nécessaires** pour que la responsabilité soit retenue:
 - une faute dans la prise en charge (négligence, désintérêt...);
 - un dommage (souffrances endurées par le patient)
 - un lien de causalité: **les douleurs subies par le patient sont la conséquence de la faute de la négligence)**



QUI DETERMINE L'EXISTENCE D'UNE FAUTE ?

- La justice TGI, TA; (recours indemnitaires) ou JURIDICTIONS PENALES (sanction)
- Le juge désigne un **expert judiciaire**
- L'expertise est la phase déterminante de la procédure. Les conclusions de l'expert vont éclairer le juge et lui serviront de référence pour rendre sa décision



L'expert judiciaire doit remplir scrupuleusement la mission confiée par le **juge: savoir si le professionnel de santé a donné des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles et acquises de la science.**



CONCLUSION

*C'est donc un Devoir
de contribuer par notre action
à la lutte contre la douleur*



- La prise en charge de la douleur ne se limite pas à la notion de traitement et encore moins à une obligation de la faire disparaître.
- La prise en charge de la douleur c'est un ensemble de gestes : **savoir la prévenir, l'évaluer pour mieux la traiter.**

