



Évaluation de la douleur et des soins palliatifs selon le référentiel de certification

La douleur est un symptôme. Elle doit être soulagée rapidement. L'évaluation de la douleur et toutes décisions de prise en charge sont tracées et renseignées. La douleur du patient doit être systématiquement recherchée et c'est elle qui fait foi.

Les soins palliatifs sont considérés comme une prise en charge. Ils cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Ce sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort.

La loi n°2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dispose, que : « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Enjeux nationaux

- Rendre le patient acteur dans sa prise en charge de la douleur.
- Développer les compétences spécifiques des professionnels.
- Avoir recours à des expertises ou avis spécialisé.
- Renforcer la prise en charge de la douleur en fin de vie.
- Impliquer l'entourage du patient.
- Favoriser l'élaboration des projets de soins en incluant toute les équipes de soins et les professionnels de soins de support, dans les situations de fin de vie.
- Développer les compétences spécifiques des professionnels en soins palliatifs.

Éléments clés

Douleur : véritable enjeu de santé publique depuis 1995

- Facteur d'efficacité pour faciliter la guérison des patients.
- Principe n°2 de la charte de la personne hospitalisée.
- 87% : Indicateur IPAQSS campagne 2019.
- 235 structures « douleur chronique » (SDC) pour 227 000 patients traités par an (DGOS 2017).

Soins palliatifs : véritable enjeu de santé publique depuis 1999

- Source : DREES, SAE, 2015 :
 - 6 592 lits dédiés de soins palliatifs ;
 - 139 unités de soins palliatifs ;
 - 424 équipes mobiles de soins palliatifs.
- 352 associations de bénévoles en soins palliatifs (SFAP-2017).

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Mettre à disposition des recommandations de bonnes pratiques (3.7-01).
- Former les professionnels (3.4-03).

Actions

- Anticiper ou soulager rapidement la douleur du patient (1.2-08).
- Argumenter la pertinence des décisions de prise en charge (2.1-01).
- Appeler si besoin un réseau d'équipes de recours ou d'expertise (2.2-09).
- Faire valoir la décision du patient d'accéder aux soins palliatifs (1.1-15).
- Mettre en œuvre une démarche palliative pluridisciplinaire pluriprofessionnelle et coordonnée (2.2-19).
- Impliquer les proches et/ou aidants dans la mise en œuvre projet de soins et faciliter leur présence en dehors des heures de visite (1.3-01, 1.3-03).
- Appeler si besoin un réseau d'équipes de recours ou d'expertise (2.2-09).

Évaluation

- Mettre en place des plans d'actions d'amélioration après analyse de résultat clinique (2.4-01).
- IQSS (2.4-02, 2.4-03, 3.2-01, 3.7-03).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

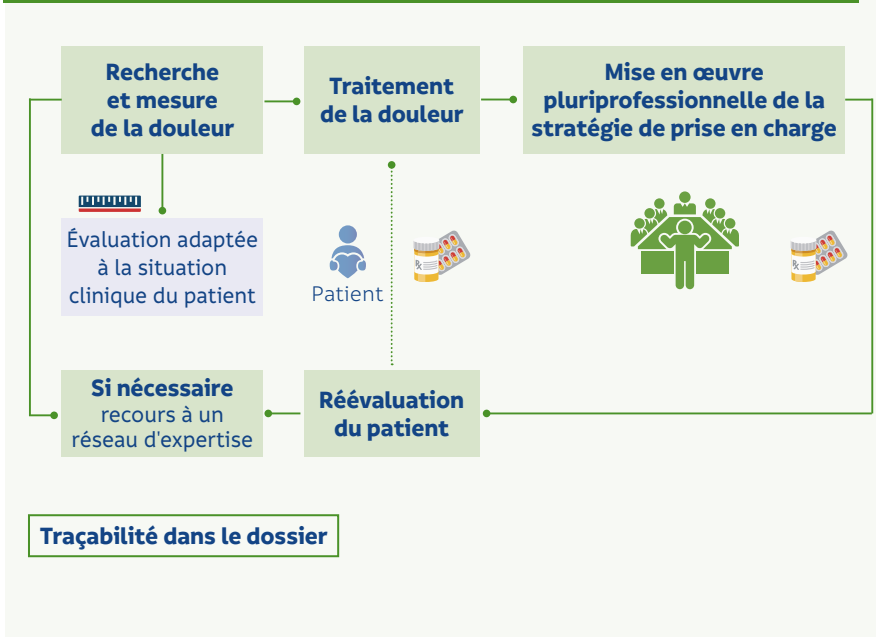
Experts-visiteurs

Vous vérifierez auprès du patient et des professionnels que la recherche et la mesure de la douleur ont bien été réalisées en utilisant des outils adaptés à la situation du patient, que les équipes de soins ont recherché la cause de la douleur afin que soit mis en place le traitement approprié et la mise en œuvre réalisée de manière pluriprofessionnelle.

Vous regarderez si la douleur a ensuite été réévaluée et tracée dans le dossier du patient.

Vous vous assurez également si c'est nécessaire, que l'équipe soignante a pu avoir recours à un réseau d'expertise ou à un avis spécialisé. ...

1. Les mesures à mettre en œuvre dans la prise en charge de la douleur



Zoom sur les mesures à mettre en œuvre dans le cadre de la douleur

La douleur doit être recherchée systématiquement plus particulièrement lors d'une admission et être mesurée à l'aide d'une échelle validée. Une attention particulière est à apporter au patient en situation de handicap ou de vulnérabilité, particulièrement sur les modalités d'évaluation. L'implication de la famille dans la recherche d'épisodes douloureux est également possible.

Le traitement de la douleur peut être réalisé par des moyens non médicamenteux (hypnose, sophrologie, acupuncture, ...) ou médicamenteux. Les professionnels s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques ou protocoles présents dans la gestion électronique documentaire de l'établissement. Ces documents sont rédigés et validés par le CLUD ou peuvent provenir des recommandations nationales validées.

La stratégie de prise en charge est réalisée en équipe pluriprofessionnelle pluridisciplinaire en associant le patient.

La douleur doit être réévaluée suite à un changement de l'état clinique du patient, ou suite à la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge avec une recherche des effets indésirables du traitement. La réévaluation doit être réalisée avec le patient et ce jusqu'à disparition complète et durable de la douleur. Les résultats de la réévaluation permettent le cas échéant, d'adapter les modalités de prise en charge du patient.

Dans le dossier du patient doit être tracé :

- l'évaluation de la douleur, l'échelle utilisée et le niveau de douleur ;
- la conduite à tenir ;
- le protocole de prescription d'antalgique « si besoin »
- la réévaluation suite à un traitement ;
- les transmissions ciblées sur la douleur ;
- la prescription du « si besoin » signée par le médecin et précisant le niveau de douleur qui déclenche l'administration.



Vous vous assurez au cours de votre visite :

- que le patient a eu la possibilité d'exprimer ou de faire valoir ses volontés d'accès aux soins palliatifs et que celles-ci ont été recueillies et prises en compte ;
- que la prise de décision et l'élaboration d'un projet de soins ont été définis en concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle

Vous évaluez également dans quelle mesure l'implication des proches et ou aidants a été recherchée afin de faciliter la prise en charge et améliorer le vécu du patient face à des situations difficiles.

Enfin, **vous interrogez** l'équipe soignante ou le patient et ses proches, sur la possibilité qui leur est donnée d'avoir recours à un réseau d'expertise ou à un avis spécialisé.

Toutes ces étapes doivent être tracées dans le dossier du patient.



2. Ce que vous aurez à évaluer dans le cadre de la prise en charge des soins palliatifs

Recherche des souhaits du patient, si possible



La recherche de la participation des proches ou aidants

Prise de décision en équipe & garantie d'accès aux soins palliatifs



Mise en œuvre pluriprofessionnelle

Si nécessaire

Recours à un réseau d'expertise

Traçabilité dans le dossier

Zoom sur les soins palliatifs

Le patient exprime ses volontés d'accéder aux soins palliatifs, à défaut le témoignage de celui-ci est recueilli au regard des directives anticipées ou auprès de la personne de confiance. Ses souhaits sont systématiquement recherchés par l'équipe soignante. Les directives anticipées doivent être dûment remplies et signées par le patient.

Des fiches d'aide à la décision peuvent être utilisées telles que « Pallia 10 » ou « Fiche LATA ». Elles permettent une prise de décision d'arrêt ou de limitation des traitements curatifs et garantissent un accès aux soins palliatifs aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale.

La mise en œuvre d'une démarche palliative doit être pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée. Le projet de soins doit être élaboré de la façon la plus adaptée, avec une priorisation et une coordination des interventions. Cette approche est construite en cohérence avec les volontés exprimées par le patient, notamment dans ses directives anticipées, et nécessite l'élaboration d'un projet de soins défini avec toute l'équipe de soins incluant les professionnels de soins de support. Elle tire profit de la collaboration avec une équipe mobile, un réseau ou une unité de soins palliatifs. Il doit exister une réflexion éthique sur le juste soin (obstination déraisonnable).

L'implication des proches et/ou aidants est fondamentale dans la mise en œuvre du projet de soins, leur connaissance du patient permet une meilleure adaptation de la prise en charge. Leur présence est recherchée et facilitée par les équipes, y compris en dehors des heures de visite. (une mise à disposition de lit d'appoint, la possibilité d'apporter des repas extérieurs...). Dans certaines situations (la pédiatrie, les personnes en situation de handicap, ...), et à leur demande les proches et/ou aidants peuvent participer aux actes de soins.. Une proposition d'accompagnement par l'équipe mobile de soins palliatifs, ou psychologue clinicien peut être proposée à la famille.

En cas d'accompagnement les soignants ont recours à une équipe d'expertise. La demande peut être faite par le médecin, le cadre, les équipes soignantes ou le patient et ses proches, selon l'organisation définie. Les coordonnées de l'équipe mobile sont connues par les soignants. Les modalités d'intervention sont présentées dans un document destiné aux soignants ainsi qu'aux patients et à leur famille.

L'intervention de l'équipe mobile aide et valide la prise en charge et le projet de soins en concertation avec l'équipes de soins. Les décisions sont tracées dans le dossier.

Le réseau d'équipes de recours est aussi là pour le soutien du personnel soignant confronté à la fin de vie.

Le recours aux avis spécialisés soins palliatifs peut se faire avec les outils de la télémédecine lorsqu'ils sont déployés sur le site.

Dans le dossier du patient doit être tracé :

- la décision issue de la procédure collégiale de prise en charge palliative ;
- le recours à une équipe mobile de soins palliatifs ;
- la prescription anticipée de la phase agonique ;
- l'annonce de la prise en charge de soins palliatifs à la famille et la proposition d'accompagnement spécifique ;
- le transfert en unité de soins palliatifs, ou au domicile du patient suivant son état de sante et ses volontés.

Pour aller plus loin

Douleur

Référence HAS

- Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie, 2020.
- Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine, 2016.
- Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, 2009.
www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
- Douleur chronique : les aspects organisationnels : le point de vue des structures spécialisées, 2009.
- Douleur post-opératoire, 2006.
- Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale, 2005.
- Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, 2000.
- Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques, 2019

Textes de Loi

- Articles du code de la santé publique relatifs aux droits de la personne (Art. L. 1110-5-3 et L. 1112-4).
- Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (n°2002-303 du 4 mars 2002).
- Loi relative à la politique de santé publique (N°2004-806 du 9 août 2004.)
- Circulaire relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002- 2005 dans les établissements de santé (DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002).
- Circulaire relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales (DGS/DH/DAS N°99/84 du 11/02/99).
- Articles du code de la santé publique relatifs à la télémédecine (Art. L.6316-1, R.6316-2, R.6316-3 et R.6316-4).

Soins palliatifs

Référence HAS

- Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie, 2016.
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf
- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, Principes généraux, 2012.
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
- Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie, 2020.
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile, 2017.
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad, 2017.
- Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs, 2016.
- Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, 2004.
- Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, 2002.
- Actualisation du guide parcours de soins « Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès », HAS – Janvier 2020.

Code de la Santé Publique

- Articles relatifs aux devoirs envers les patients (Art. R4127-37, R4127-37-1, R4127-37-2 & R4127-37-3).
- Articles relatifs aux droits des malades et qualité du système de santé (Art. L.1110-5-1, L.1110-9, L.1110-10 et L.1112-4).
- Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- Charte de la personne hospitalisée :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

