



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

RAPPORT DE L'EXPÉRIMENTATION NATIONALE

AUDIT CLINIQUE CIBLÉ APPLIQUÉ À LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DE LA PERSONNE ÂGÉE

JUIN 2006

Service évaluation des pratiques professionnelles

Sommaire

1. Avant-propos	3
2. Présentation du thème dans le contexte de l'audit clinique ciblé et l'évaluation des pratiques professionnelles	4
3. Déroulement de l'expérimentation	5
3.1 Les ACC réalisés par région, par type d'ES et par catégorie de professionnels.....	5
3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004	5
3.1.2 Participation tour 1.....	7
3.1.3 Participation aux tours 1 et 2	7
3.1.4 Rapports effectués.....	8
3.2 La formation organisée par la HAS.....	8
3.3 La planification du projet.....	9
4. Les résultats et leur analyse par ACC	10
5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC.....	16
5.1 Le partage des expériences à l'initiative des coordonnateurs des établissements..	16
5.2 Les actions d'amélioration concernant les objectifs de traçabilité, d'organisation des soins et de formation.....	16
6. Conclusion.....	20
6.1 Évolution de l'outil.....	20
6.2 Validation de la méthode et pour le thème de la DPA	21
Annexes.....	22
Annexe 1 - Fiche Méthode.....	22
Annexe 2 - Documents (Source cédérom ACC 2005)	24
Références	38
Participants.....	39

1. Avant-propos

La méthode de l'audit clinique a été diffusée en France à partir de 1993 et appliquée à de nombreux thèmes médicaux et paramédicaux, avec le concours de professionnels de divers établissements de santé (1).

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a publié, en 2000, un guide d'évaluation des pratiques sur le thème « Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale » à partir des recommandations scientifiques et réglementaires, et de l'expérience d'établissements de santé (ES) volontaires publics et privés (2).

En 2000-2001, l'application de ce guide a été testée dans 28 établissements de santé.

En septembre 2004, un programme d'audits cliniques ciblés (ACC) a été proposé aux établissements de santé déjà impliqués dans une démarche d'amélioration de la qualité, répondant ainsi à un objectif majeur d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de la deuxième procédure d'accréditation-certification des établissements de santé (3-7).

La participation volontaire de tous les professionnels qui ont mené cet audit dans l'établissement de santé où ils exercent leur activité a permis d'expérimenter la méthode de l'audit clinique ciblé appliqué à cette pratique. Leur expérience a été une aide précieuse pour tous ceux qui voudront initier un projet d'amélioration de leur pratique dans ce domaine. Les résultats de ce premier tour d'audit ont fait l'objet d'une publication (8).

Ce document présente les résultats de ces audits cliniques ciblés sur le thème « douleur de la personne âgée » (DPA) et leur analyse.

Cinq documents (rapports, articles) ont été analysés et confortent l'orientation posée lors de l'élaboration de ce référentiel (9-13).

2. Présentation du thème dans le contexte de l'audit clinique ciblé et l'évaluation des pratiques professionnelles

La douleur est très fréquente chez les personnes âgées de plus de 65 ans, sa prévalence augmente avec l'âge. La douleur de la personne âgée reste méconnue et sous-traitée alors que la prise en charge de la douleur s'inscrit dans le cadre des priorités de santé publique (10,14).

Lorsqu'il existe des troubles de la communication verbale, l'auto-évaluation est impossible et le dépistage de la douleur se fait à partir d'échelles d'hétéro-évaluation spécifiques à la personne âgée {2000 19}.

Une extension par rapport à l'audit clinique initial concernant les personnes âgées non communicantes, c'est-à-dire incapables de s'auto-évaluer, à toutes les personnes âgées, résulte d'un test de faisabilité sur une cinquantaine d'hospitalisations.

En 2004, deux audits cliniques ciblés (ACC) sur ce thème ont été élaborés puis expérimentés dans 63 établissements de santé volontaires publics et privés. Ils correspondent aux 2 étapes successives et logiques de la prise en charge du patient douloureux âgé :

- un ACC sur l'évaluation de la douleur « DPAéva » de 8 critères ;
- un ACC sur la conduite et la surveillance du traitement antalgique « DPAttt », de 10 critères.

Les 18 critères de la grille du référentiel des recommandations publiées en 2000 ont été conservés même s'ils ont été remodelés (deux critères sur les effets indésirables des antalgiques ont été fusionnés) {2000 19}. Un critère de soulagement de la douleur après traitement a été ajouté.

L'objectif de DPAéva est pour les professionnels de santé de s'approprier les outils et les méthodes de l'évaluation de la douleur adaptés à la population âgée.

L'objectif de DPAttt est d'améliorer la prise en charge de la douleur en termes de spécificité gériatrique de la conduite et de la surveillance du traitement antalgique : initiation des opiacés forts à faible dose, fréquence des effets indésirables des opiacés et des psychotropes utilisés à visée antalgique, intérêt des thérapeutiques non médicamenteuses.

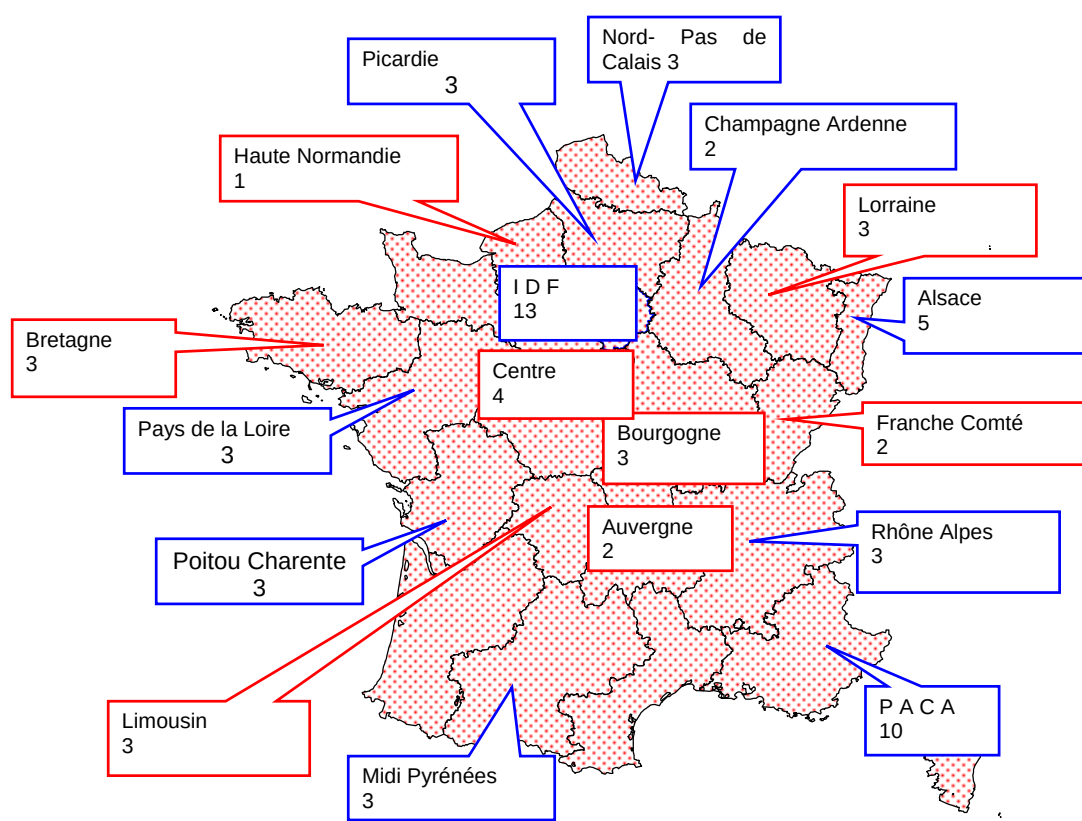
Ce rapport a pour but de vous présenter les résultats de cette expérimentation.

3. Déroulement de l'expérimentation

3.1 Les ACC réalisés par région, par type d'ES et par catégorie de professionnels

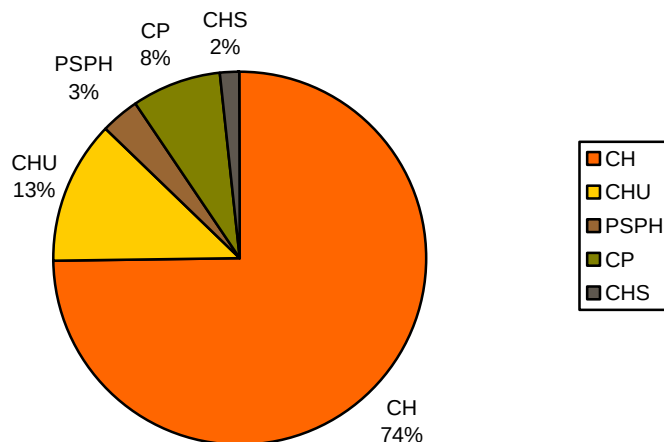
3.1.1 Engagement dans la démarche décembre 2004

Répartition par région des établissements ayant choisi le thème des DPA en décembre 2004



Toutes les régions sont représentées avec un maximum de recrutement sur l'Île-de-France puis la région PACA.

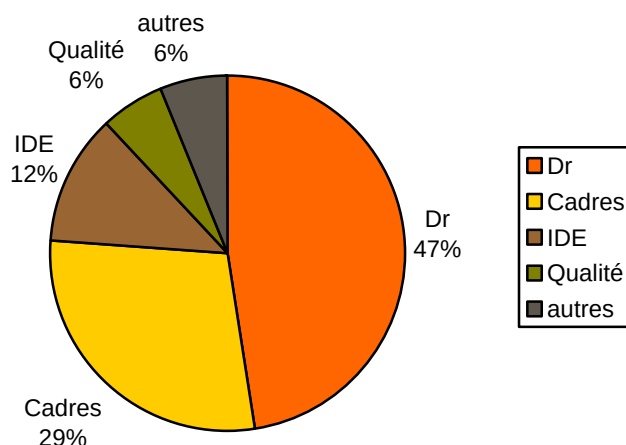
Répartition des établissements de santé ayant participé à l'expérimentation selon leur type (n = 63) :



Les centres hospitaliers (CH) sont les plus représentés.

Au sein des CH, on retrouve une majorité de services de gériatrie (court séjour, SSR, SLD) mais aussi des services de médecine (médecine polyvalente, rhumatologie, cancérologie, dialyse, cardiologie, neurologie), SAU, convalescents. À noter la participation de 4 établissements médicosociaux EHPAD volontaires.

Répartition par catégories professionnelles des coordonnateurs (n = 67) :



Trente-trois médecins + 19 cadres de santé + 8 IDE (dont 1 IDE référente douleur, 3 IDE d'équipe mobile de soins palliatifs) + 4 responsables qualité + 1 directeur d'ES + 1 kinésithérapeute + 1 pharmacien. Parmi les médecins on compte une majorité de praticiens de gériatrie, puis de médecine polyvalente, de santé publique et un anesthésiste.

3.1.2 Participation tour 1

73 services : 25 DPAttt et 48 pour DPAéva

Plusieurs établissements n'ont pas réalisé la seconde évaluation pour des raisons diverses :

- actions mises en place trop récemment pour pouvoir attendre une amélioration ;
- contraintes contextuelles ne permettant pas de poursuivre le projet (maladie du coordonnateur, restauration de bâtiment, démarche d'accréditation en parallèle, turnover rapide des infirmières du service).

3.1.3 Participation aux tours 1 et 2

30 services : 13 DPAttt et 17 DPAéva

En fonction du contexte, les établissements choisissaient un ou deux ACC.

Quatre d'entre eux ont réalisé les 2 ACC pour mettre en place une démarche qualité complète sur le thème de la prise en charge de la douleur de la personne âgée.

Le recrutement des patients pour les ACC s'est effectué sur une ou plusieurs unités pour les services de gériatrie et souvent en transversal pour les autres, c'est-à-dire sur plusieurs services dans un même établissement jusqu'à un total de 30 dossiers à chaque tour d'audit. Dans quelques établissements, ce total n'a pas été obtenu, probablement par manque de temps et aussi parce que certains coordonnateurs, absents à la réunion de lancement, avaient compris que le recrutement des patients pour DPAéva ne concernait que des personnes âgées repérées douloureuses par les professionnels de santé et non toutes les personnes âgées hospitalisées.

Le choix des professionnels pour l'ACC DPAttt ou DPAéva dépendait de plusieurs facteurs :

- la conduite de DPAttt nécessite une bonne collaboration entre le médecin et les soignants en termes d'indication des antalgiques selon le mécanisme de la douleur (nociception ou douleur neuropathique), et en termes de modalités de prescription (adaptation de la posologie pour la personne âgée, connaissance des effets indésirables des médicaments). Les services où la présence médicale n'était pas importante n'ont pas choisi cet ACC (cas de plusieurs unités de soins de longue durée). Pour l'ACC DPAéva, la conduite de l'audit relève davantage du rôle propre de l'infirmière ;
- un petit nombre de services étaient engagés dans une formation-action au niveau institutionnel ou dans une démarche d'accréditation-certification et DPAéva répondait à leurs attentes dans ce contexte.

3.1.4 Rapports effectués

Trente-sept rapports ont été rendus à la Haute Autorité de santé (HAS) : 30 pour les services ayant effectué les deux tours et 7 rapports intermédiaires pour ceux engagés seulement au premier tour.

Pour DPAéva les coordonnateurs ayant recruté les patients âgés dans des unités non gériatriques (SAU, cancérologie par exemple) signalent que les objectifs sont moins faciles à atteindre que dans les unités de gériatrie où il existe une culture de service visible au travers d'une prise en charge globale de la personne comportant :

- une attention particulière vis-à-vis des conséquences de la douleur sur l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne ;
- la pratique de réunions d'équipes pluridisciplinaires, autant que possible en présence du médecin ;
- une sensibilisation des soignants au repérage de la douleur chez les sujets non communicants.

L'engagement du CLUD de l'établissement dans le projet ACC est jugé comme un facteur de réussite de la démarche qualité pour la mise en place d'actions correctives sur le long terme ainsi que pour la formation initiale et continue des professionnels.

3.2 La formation organisée par la HAS

Une formation a été réalisée le 2 décembre 2004 par la HAS pour tous les coordonnateurs d'ACC des établissements volontaires.

Un seul représentant par thème et par établissement a été formé. Il était le coordonnateur de l'expérimentation et avait pour mission de mener l'audit ou les audits cliniques ciblés sur le thème choisi au sein de son établissement.

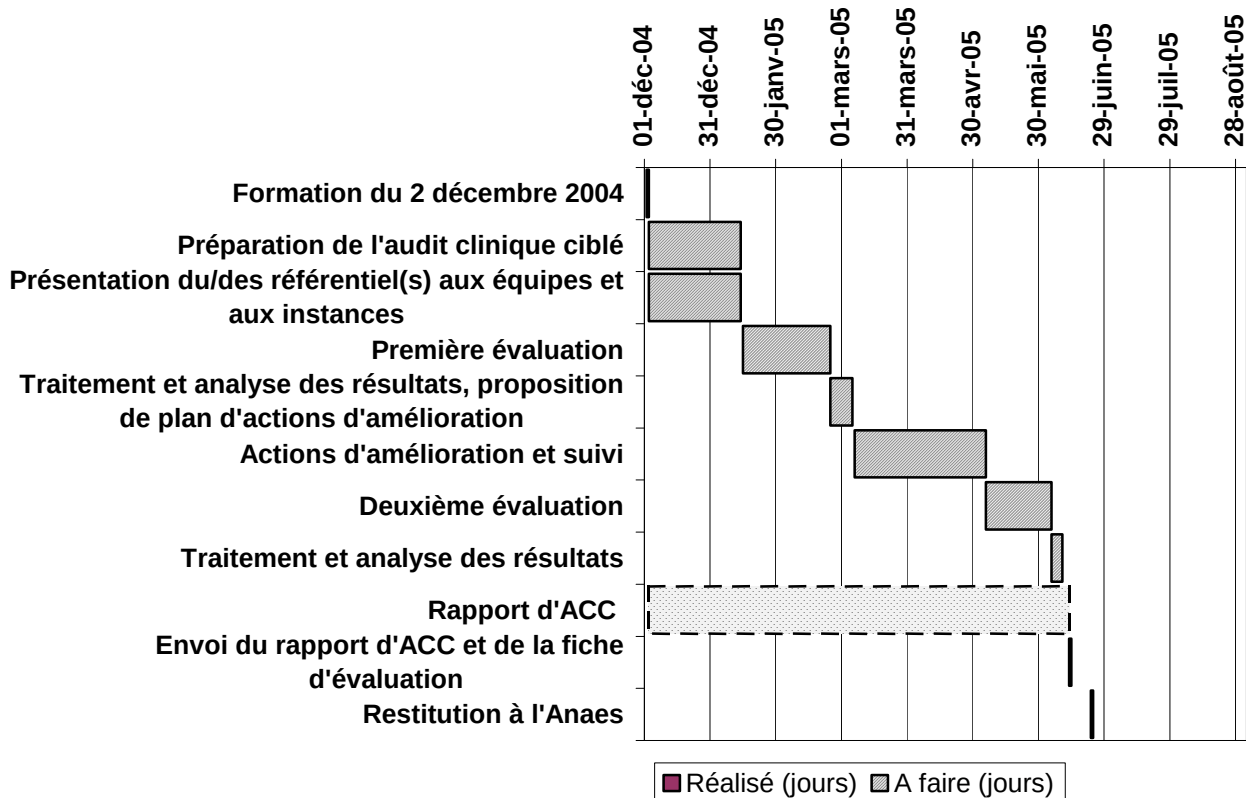
Dans la première partie de cette formation, le comité de pilotage a présenté la méthode et le déroulement du programme expérimental à l'ensemble des coordonnateurs des ES.

Les référents ACC, thème et méthode, ont assuré en ateliers la seconde partie spécifique par thème. 64 coordonnateurs ont participé à l'atelier DPA.

Ces ateliers avaient pour objectif de présenter dans chaque thème, les référentiels et la partie spécifique du cédérom. La discussion entre formateurs et formés a permis aux coordonnateurs de s'approprier l'outil proposé (référentiel : protocole grille, guide) et la manipulation du cédérom (diaporama et grille).

3.3 La planification du projet

Calendrier de l'expérimentation de l'Audit Clinique Ciblé



Document issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

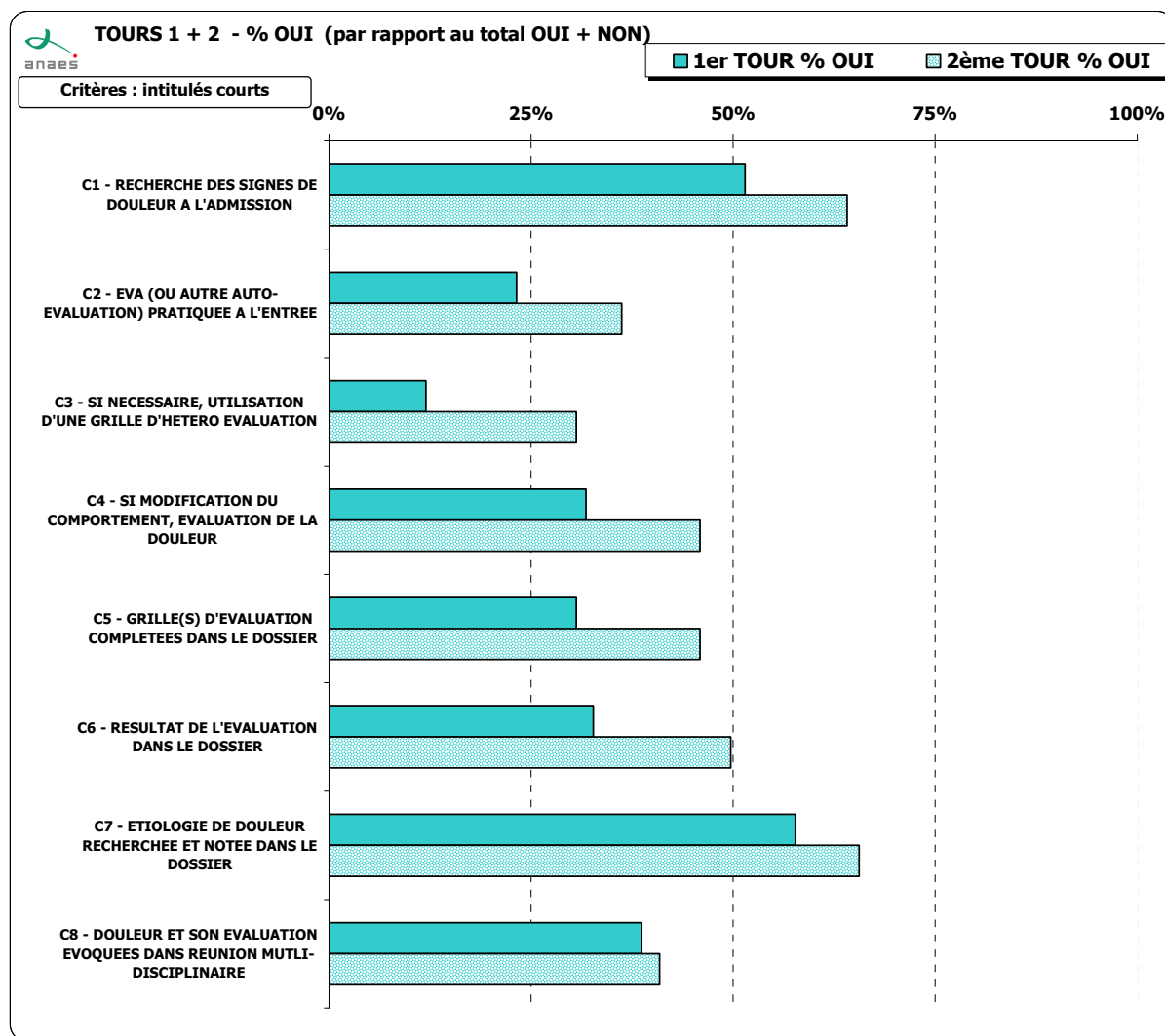
La planification du projet a été un élément important de sa réussite. Elle a permis aux coordonnateurs de réaliser la démarche dans le temps imparti, ce qui a permis l'aboutissement du projet.

Elle constitue un élément important de la gestion du projet qui fait partie intégrante de la méthode.

4. Les résultats et leur analyse par ACC

► DPAéva

- 17 services ont réalisé les deux tours : 421 dossiers au premier tour et 407 dossiers au second tour ont pu être analysés. Il n'y avait pas de service entièrement conforme (il y avait toujours une réponse Non à au moins un des critères).



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

Pourcentage de conformité selon les critères sur les établissements ayant fait les deux tours

Au premier tour :

Les critères les plus déficitaires (taux de réponses Oui < 25 %) sont le critère 2 (utilisation d'une échelle d'auto-évaluation à l'admission) et le critère 3 (utilisation d'une échelle spécifique d'hétéro-évaluation de la douleur si auto-évaluation impossible).

Résultat faible (entre 25 et 50 % de Oui) pour le critère 4 « recours à une échelle d'évaluation en cas de modification du comportement ».

Ce bilan des pratiques soignantes au premier tour d'audit montre que l'évaluation de la douleur des personnes hospitalisées par un outil d'auto-évaluation, l'EVA (qui est l'outil de référence) ou l'EVS, reste insuffisante malgré les directives ministérielles. Les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur adaptées aux personnes âgées incapables de s'auto-évaluer, telles que Doloplus et ECPA, sont encore moins utilisées, en particulier en dehors des unités de gériatrie, et ce pour plusieurs raisons : elles restent encore peu connues, elles s'avèrent de faisabilité médiocre sans un apprentissage, enfin leur remplissage nécessite une interview de la famille sur le comportement de base du malade dès son admission aux urgences ou en service de court séjour pour en repérer la modification, ce qui n'est pas toujours facile.

La traçabilité des informations s'avère médiocre (critères 5 et 6 : taux de réponse Oui < 50 %).

Les points forts sont le critère 1 (recherche de la douleur à l'admission) et le critère 7 (étiologie de la douleur recherchée et notée).

Pour le critère 8 (évocation de la douleur en réunion multidisciplinaire), le taux faible de réponses Oui (< 50 %) est lié à plusieurs facteurs. D'une part, peu de réunions sont formalisées en présence du médecin dans beaucoup de services, par exemple en SLD où les effectifs médicaux sont très réduits. D'autre part, lorsque ces réunions existent, les équipes signalent un manque de temps pour échanger sur le thème de la douleur (le devenir social du malade est surtout envisagé). De plus certains coordonnateurs avaient compris que la présence, à ce type de réunion multidisciplinaire, d'une IDE référente douleur ou d'une IDE d'équipe mobile douleur ou d'équipe mobile de soins palliatifs, était indispensable pour remplir cet objectif et ont alors répondu Non à ce critère.

Au second tour :

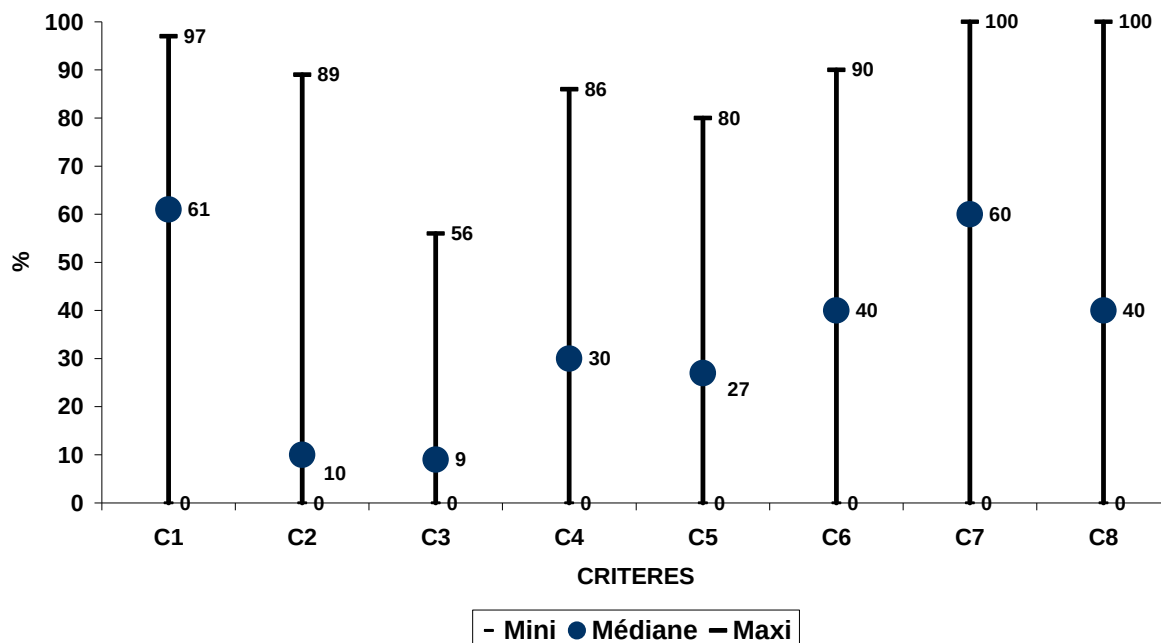
Les résultats montrent une bonne progression des réponses Oui pour l'ensemble des critères et surtout pour les plus déficitaires.

On peut expliquer l'absence de franche amélioration des résultats au critère 3 par la durée courte du déroulement de l'ACC : six mois paraissent un délai insuffisant pour la formation des équipes aux outils de l'hétéro-évaluation, particulièrement celles ne travaillant pas en unité de gériatrie (urgences, cancérologie, médecine polyvalente...).

Le résultat du critère 8 ne bouge pas, du fait de l'impossibilité de la mise en place d'actions correctives sur 6 mois.

Tour 1

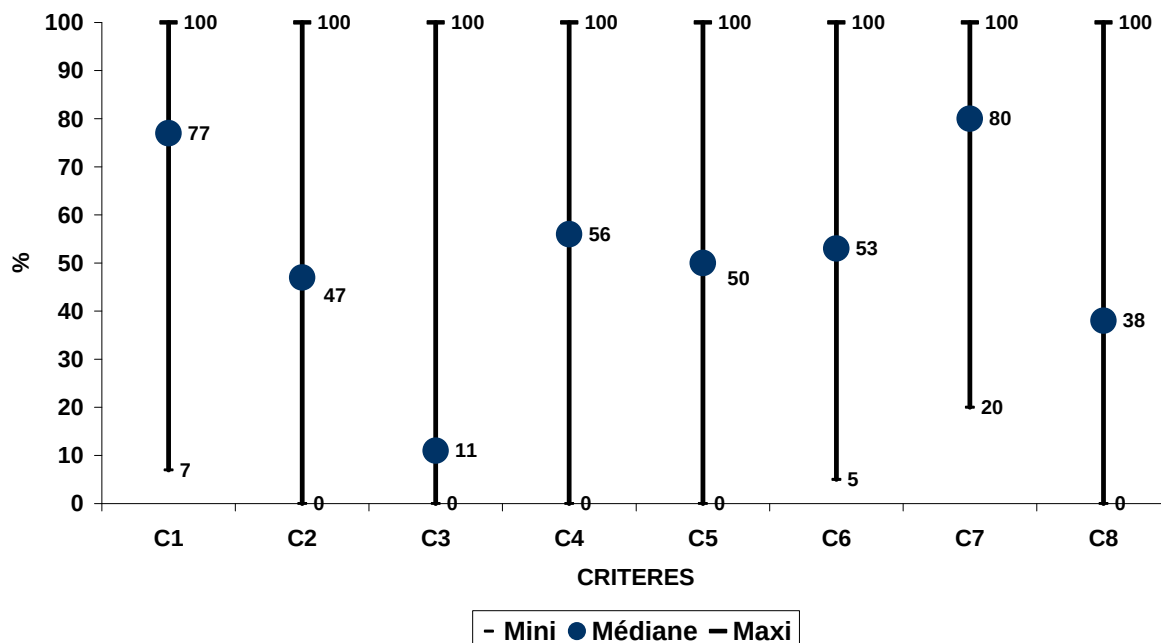
CONFORMITE SELON LES CRITERES



Positionnement de l'ensemble des services selon les 8 critères
(Rappel : la médiane est la valeur de l'observation qui sépare une série ordonnée en 2 parties égales).

Tour 2

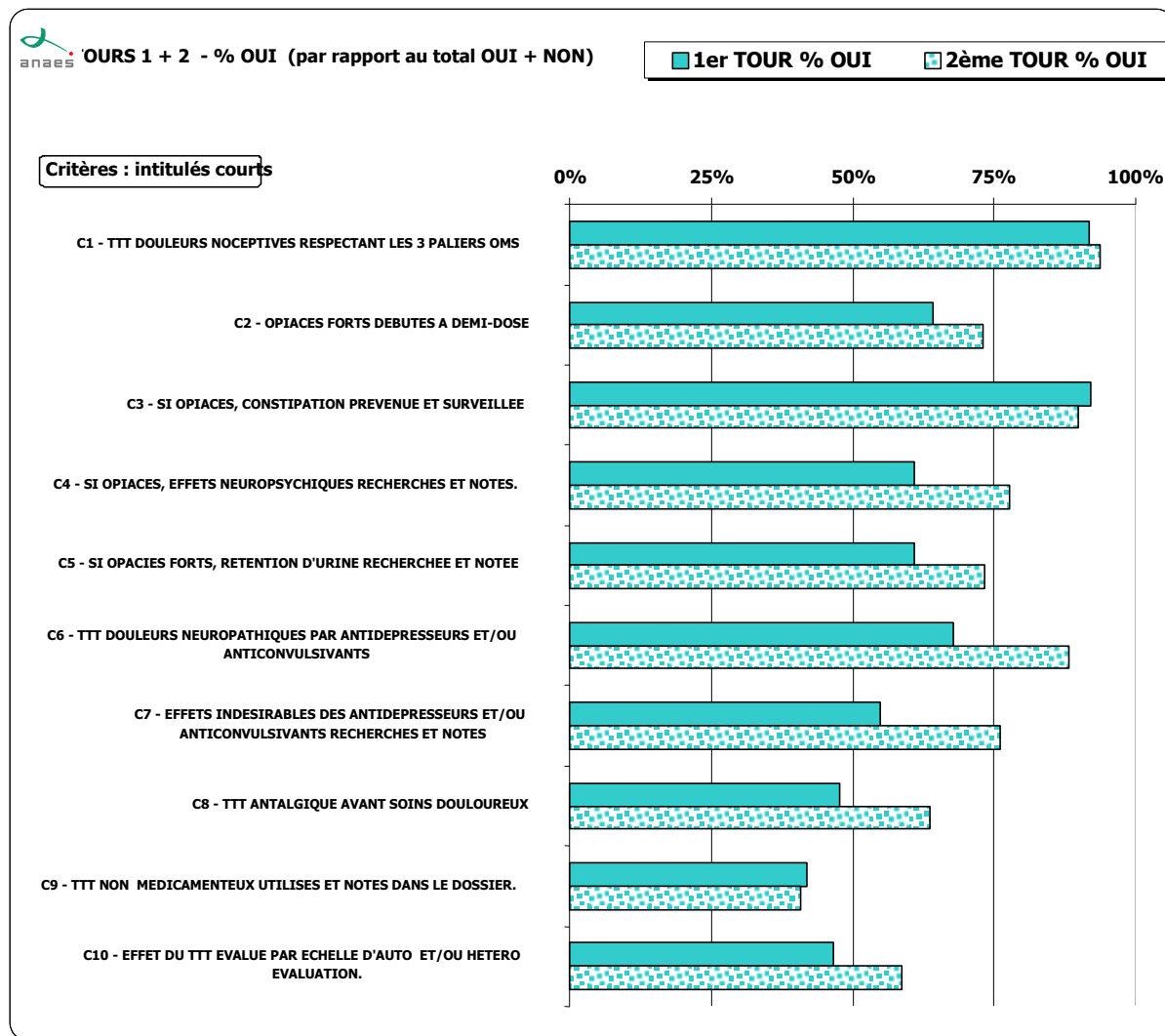
CONFORMITE SELON LES CRITERES



L'amélioration des positionnements des services est visible pour tous les critères sauf le 8. La progression globale des pourcentages de conformité est cotée pour DPAéva à 36 %, ce qui est un bon résultat en termes d'amélioration de la qualité, meilleur même que pour DPAAtt. Il est en effet plus facile de s'améliorer à partir d'un score très bas que de progresser dans les hautes performances.

► ACC DPAttt

- 13 services ont réalisé les deux tours : 309 dossiers au tour 1 et 300 dossiers au tour 2 ont été analysés. Il n'était pas retrouvé de service entièrement conforme (il y avait toujours une réponse Non à au moins un critère). La médiane est la valeur de l'observation.



Document généré à partir d'un outil issu du cédérom expérimental, élaboré par l'Anaes en 2004.

Pourcentage de conformité selon les critères sur les établissements ayant fait les deux tours.

Au premier tour :

Les critères les plus déficitaires (réponse Oui < 50 %) sont les 8, 9 et 10 :

- critère 8 : les soins douloureux ne sont pas anticipés par un traitement antalgique (alors que cet objectif entre dans le cadre du dernier plan quadriennal contre la douleur) ;
- critère 9 : le recours aux traitements non médicamenteux n'est pas toujours effectif. D'une part il est fonction des moyens attribués dans le service en personnel et en matériel (kinésithérapie, ergothérapie, soutien psychologique...). Les USLD sont généralement sous-dotées en ratio de professionnels toutes catégories confondues et particulièrement en personnel de rééducation. D'autre part, quand ces traitements non médicamenteux sont disponibles, on n'y pense pas toujours dans une stratégie antidouleur ;
- critère 10 : l'évaluation du soulagement suite aux traitements entrepris est rarement réalisée avec une échelle de douleur et un score. Les outils d'évaluation de la douleur restent sous-utilisés, et encore moins les échelles d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA).

Les points forts sont les critères 1 et 3 (réponse Oui > 75 %) :

- critère 1 : respect des 3 paliers OMS pour le traitement des douleurs de nociception. Beaucoup d'équipes précisent toutefois que les personnes âgées reçoivent un produit de palier 1, le paracétamol, au moment de l'enquête ;
- critère 3 : prévention et surveillance de la constipation sous opiacés. Ce symptôme est particulièrement surveillé chez la personne âgée, avec ou sans traitement opiacé.

Résultat moyen (entre 50 % et 75 %) pour les critères 2, 4, 5 et 6 :

- initiation des opiacés à demi-dose. Un certain nombre de traitements opiacés n'avait pas été débuté dans le service d'où des réponses NA par manque d'information, ici inappropriées ;
- surveillance sous opiacés des effets neuropsychiques (surtout la confusion mentale) et de la rétention d'urines. Ces effets indésirables sont moins connus des soignants ;
- prescription des antalgiques psychotropes dans les douleurs neuropathiques. L'indication est posée par le médecin, en sachant que les douleurs de mécanisme mixte – associant nociception et neuropathie – sont fréquentes en gériatrie.

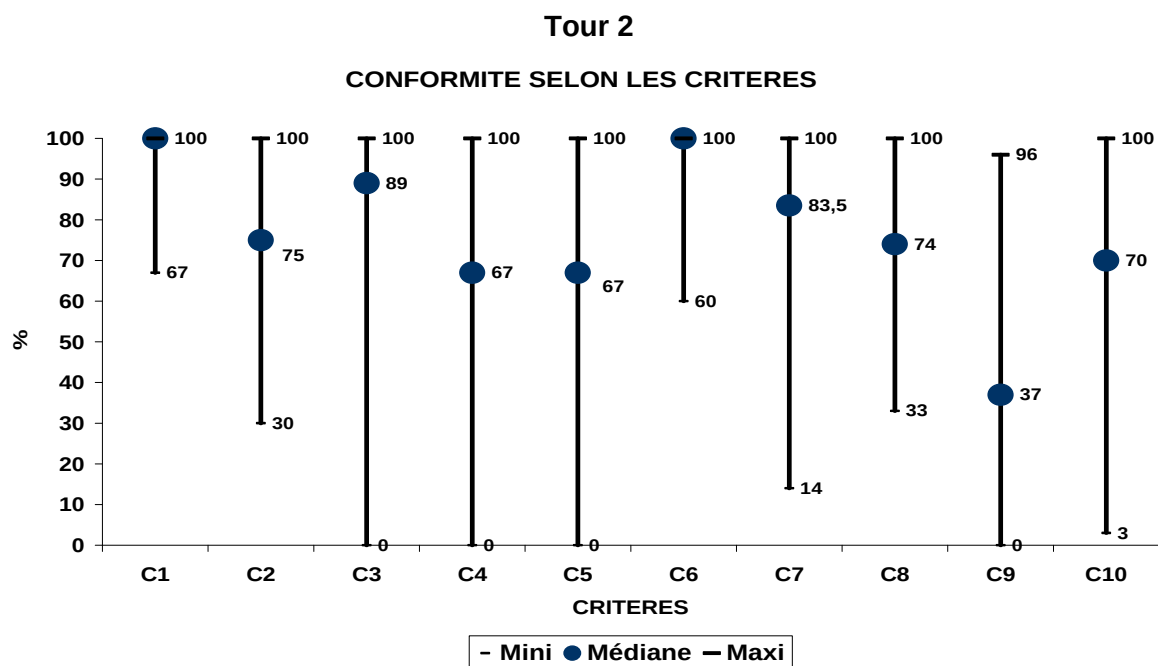
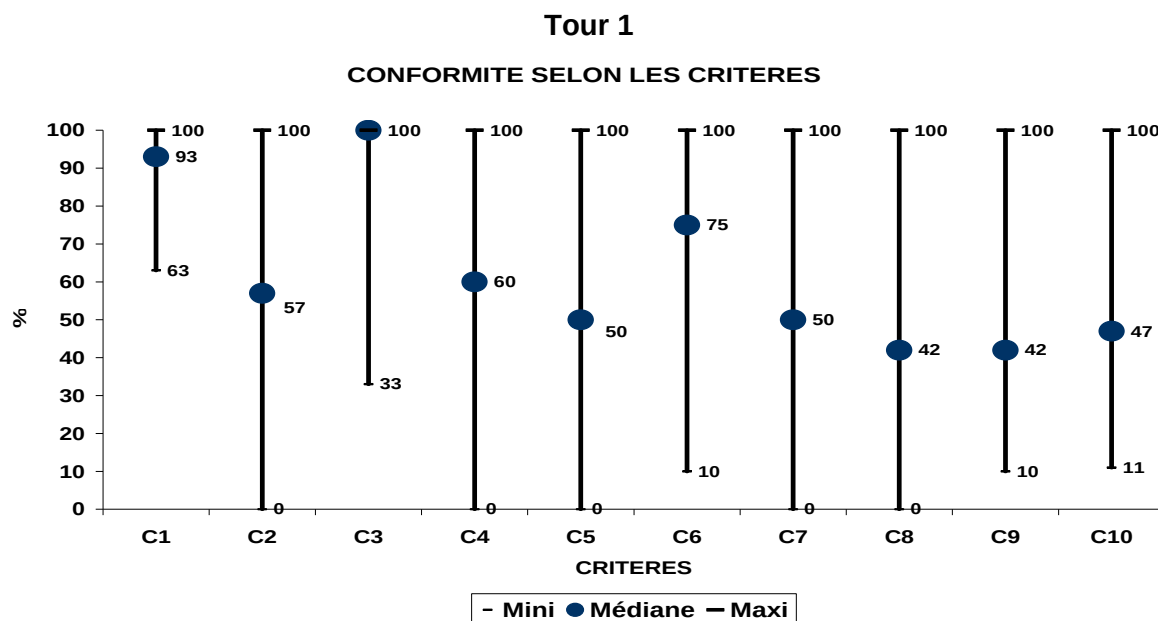
Au second tour :

On constate une bonne progression des réponses Oui et ce sur la majorité des critères, sauf sur le 9 pour lequel le résultat reste stable en dessous de 50 %.

En effet l'amélioration de l'accès pour les patients hospitalisés aux méthodes non médicamenteuses demande des moyens, ce qui ne peut pas être obtenu dans un délai de 6 mois. La sensibilisation des directions d'établissements et des pouvoirs publics grâce à cette EPP est utile pour envisager un meilleur service médical rendu au malade âgé.

Positionnement des services selon les 10 critères de DPAtt

La conformité médiane, minimale et maximale pour chacun des critères est calculée pour les services qui ont participé aux deux tours d'audit.



L'amélioration des résultats au second tour est également visible sur ces diagrammes de positionnement relatif des services entre eux. Toutefois, dans l'analyse, ce qui compte est l'amélioration sur l'ensemble des dossiers.

La progression globale est cotée à 12 % pour DPAtt.

5. Les actions d'amélioration mises en place par ACC

5.1 Le partage des expériences à l'initiative des coordonnateurs des établissements

La réactivité des équipes s'est manifestée sous différentes formes :

- certaines « mauvaises » pratiques se sont corrigées par le simple fait d'avoir réalisé l'auto-évaluation (ex. : proposition d'une EVA ou d'une EVS au patient âgé hospitalisé dès l'admission) ;
- des objectifs rapides ont été arrêtés : améliorer la traçabilité et uniformiser les pratiques ;
- la réactivité des médecins pour la prescription d'antalgiques a été renforcée en cas de score de douleur élevé grâce à l'évaluation systématique de la douleur à l'admission ;
- différents groupes de travail ont été constitués à la suite du premier tour et poursuivent leurs projets ; certains envisagent de réaliser un 3^e tour d'audit, d'autres le suivi d'un indicateur.

Le thème de la prise en charge de la douleur est jugé comme très fédérateur car chacun apporte sa compétence en équipe pluridisciplinaire : médecin, cadre de santé, IDE, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues. Cette collaboration a été réactivée à l'occasion de l'audit. L'intervention des collègues des équipes mobiles douleur et/ou soins palliatifs et des membres du CLUD a été sollicitée dans plusieurs établissements.

Le rôle spécifique de l'infirmière est particulièrement valorisé dans sa mission dans DPAéva.

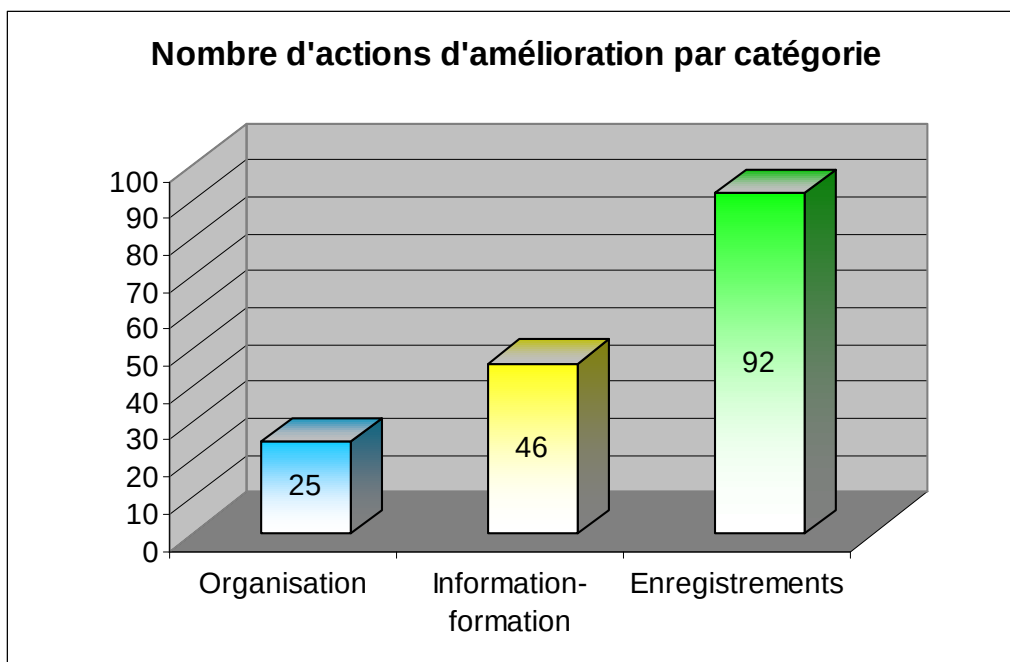
5.2 Les actions d'amélioration concernant les objectifs de traçabilité, d'organisation des soins et de formation

En moyenne, on compte 4,5 actions d'amélioration par rapport d'ACC. Celles-ci sont en lien direct avec les objectifs de chaque audit clinique ciblé.

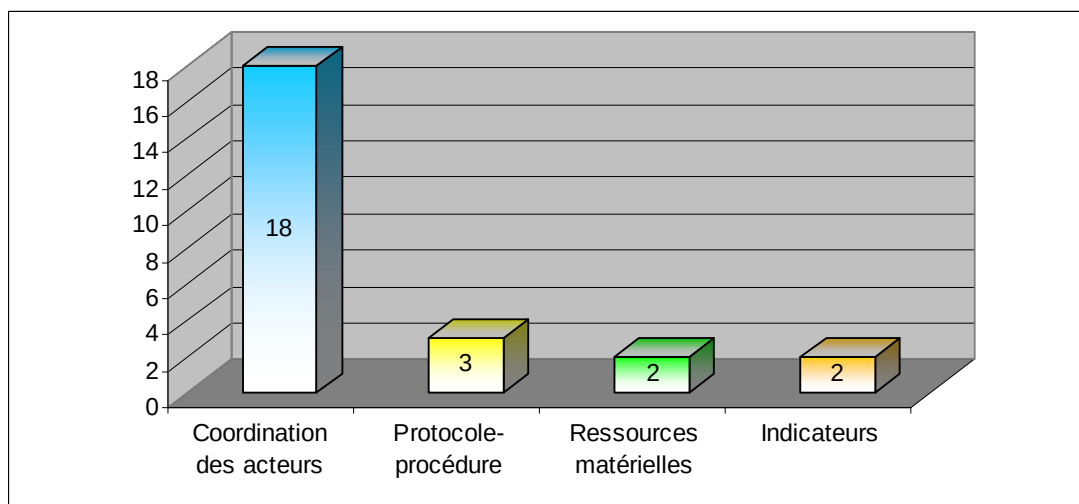
Beaucoup plus d'actions d'amélioration ont été proposées pour DPAtt (113) que pour DPAéva (20).

Pour les 2 ACC confondus, les actions d'amélioration ont porté essentiellement sur la traçabilité :

- amélioration de la traçabilité (92 %), qui découle logiquement de toutes les recommandations et particulièrement pour DPAtt. Différents supports ont été utilisés : diagrammes de soins, logigrammes, transmissions ciblées avec, entre autres, des macrocibles ;
- organisation des soins (25 %) : mise en place et réactualisation de protocoles de soins, suivi de la traçabilité des informations, suivi de la pérennisation de la démarche par le cadre de santé à rythme régulier ;
- formation/information des soignants (46 %), développées dans le service à partir d'exposés magistraux, de cassette vidéo (de formation sur l'échelle Doloplus), et de sensibilisation de tous les soignants *via* intranet. Les infirmières « référentes douleur » de l'établissement, les infirmières d'équipe mobile douleur ou d'équipe mobile de soins palliatifs des membres du CLUD sont intervenus de manière active dans ces formations. Les thèmes de formation sont restés classiques : mécanismes de la douleur, les principales causes de la douleur chez la personne âgée, les différents outils d'évaluation de la douleur, les traitements antalgiques et leurs effets indésirables, les méthodes non médicamenteuses contre la douleur, la prévention des soins douloureux.



Dans la catégorie Organisation, c'est principalement la coordination des acteurs qui a été améliorée, telle que décrite ci-dessus (solicitation des différents professionnels du service et en intrahospitalier).



Si on considère chaque ACC séparément, on peut déterminer les critères qui ont été les plus pourvoyeurs d'amélioration :

► **DPAéva**

- critère 2 (auto-évaluation à l'admission) : 16,8 % d'amélioration ;
- critère 3 (hétéro-évaluation si auto-évaluation impossible) : 16,8 % ;
- critère 4 (évaluation de la douleur par une échelle si modification du comportement) : 13,3 %.

L'amélioration globale sur l'ensemble des critères est cotée à **38 %**.

Selon les critères, les actions d'amélioration ont concerné les protocoles, la formation puis l'utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur, des affichages pour les patients, et ont parfois débouché sur la mise en place d'indicateurs de suivi.

Si on regroupe les critères 2 et 3, la principale action d'amélioration consiste en **l'utilisation systématique d'un protocole d'évaluation de la douleur** à l'admission par une échelle. Ce protocole prend pour support une fiche type Macrocible sur lequel figure le score EVA ou EVS (en 2^e intention). Beaucoup de coordonnateurs ont sollicité le CLUD pour se procurer des réglottes EVA ainsi que les laboratoires pharmaceutiques par le biais des médecins du service.

Lorsque l'EVA ou l'EVS n'est pas utilisable du fait de l'incapacité du patient à s'auto-évaluer, le recours à une échelle d'hétéro-évaluation choisie par le service (Doloplus ou ECPA) est précisé sur le protocole.

La directive ministérielle concernant le dépistage de la douleur chez le patient hospitalisé a été rappelée sous forme d'un **affichage** dans un petit nombre d'établissements.

Les actions engagées dans le domaine de la formation ont été la connaissance et l'utilisation des **échelles de la douleur** en routine. La formation sur les échelles d'hétéro-évaluation a été assurée de manière diverse par différents intervenants : le plus souvent par une infirmière « référente douleur » de l'établissement, ou par une infirmière d'équipe mobile douleur ou d'équipe mobile de soins palliatifs. C'est le CLUD qui a défini généralement les modalités pratiques de cette formation. En unité de gériatrie, le recours à l'ECPA et Doloplus a fait plus simplement l'objet d'une réactualisation grâce à l'intervention du médecin gériatre et/ou du cadre (pour Doloplus il existe un document vidéo de formation). Un petit nombre d'infirmières de gériatrie ont pu, par une bonne opportunité, participer à un congrès de gériatrie organisé sur le thème de la douleur dans leur région au moment de l'audit, d'autres à une formation institutionnelle dans le cadre de la formation continue.

Pour la majorité des services non gériatriques, l'amélioration du critère 3 a pu difficilement s'apprécier sur 6 mois : la **formation des professionnels** prend davantage de temps mais la démarche a été initiée de façon active.

Pour le critère 4 « évaluation de la douleur en cas de modification du comportement de la personne âgée », la sensibilisation des soignants au **dépistage de la douleur** à cette occasion a fait partie de la formation (exposés et information sur intranet) et, pour un cas, a fait l'objet d'un affichage.

Un **indicateur de suivi** a été proposé par plusieurs coordinateurs : le taux de personnes âgées ayant bénéficié d'une évaluation de la douleur à l'admission par une EVA. Toutefois cet indicateur basé sur le seul outil EVA est réducteur. L'indicateur suivant semble plus performant pour cette EPP : le taux de personnes âgées ayant bénéficié d'une évaluation de la douleur à l'admission par un outil adapté à leurs capacités.

Le critère 8 « **évocation de la douleur en réunion multidisciplinaire** » a été proposé par certaines équipes pour devenir un **indicateur**. Lors de cette réunion l'équipe soignante valide en même temps les autres critères de la grille du référentiel DPAéva et en particulier les critères 2, 3 et 4. Cet indicateur est intéressant pour les services qui ont la possibilité d'organiser des staffs à fréquence régulière avec un temps de transmissions suffisamment long. Le rythme et le contenu des **réunions**, la composition du groupe **multidisciplinaire** sont déterminés sur le terrain par le groupe projet.

Cinq équipes semblent décidées à effectuer un **troisième tour d'audit** sur l'ensemble des critères DPAéva plutôt que de suivre un indicateur.

► **DPAttt**

- critères 4 et 5 (recherche des effets indésirables neuropsychiques et de la rétention d'urines sous opiacés) : 15 % d'amélioration ;
- critère 7 (recherche des effets indésirables des psychotropes à visée antalgique) : 15 % ;
- critère 10 (évaluation du soulagement de la douleur) : 15 %.

L'amélioration globale sur l'ensemble des critères est cotée à **12 %**.

Selon les critères, les actions d'amélioration mises en place ont concerné les **protocoles** (actualisations ou création), la **formation** et l'utilisation **d'échelles d'hétéro-évaluation** de la douleur, et ont dans quelques cas débouché sur la mise en place d'**indicateurs** de suivi.

Les actions principales d'amélioration pour les critères 4, 5 et 7 ont porté sur :

- la formation des soignants sur les **effets indésirables des antalgiques** et sur les traitements non médicamenteux de la douleur. Cette formation a été assurée sur site par des infirmières référentes douleur, des infirmières d'équipe mobile douleur ou de soins palliatifs, des membres du CLUD. Les médecins des services sont également intervenus ;
- une **meilleure traçabilité** grâce aux transmissions ciblées, d'ailleurs bien développées dans le domaine du suivi de la douleur tous âges confondus. Il a été rappelé aux infirmières au cours de ces formations que les signes négatifs doivent être également retranscrits (absence d'effet indésirable du médicament prescrit). Des **protocoles** ont été réactualisés dans ce sens. Le suivi de la traçabilité des informations est assuré par le cadre de santé ou l'infirmière référente douleur à rythme régulier (au cours du staff pluridisciplinaire en général) ;
- un **indicateur** proposé est le taux de personnes âgées faisant l'objet d'un protocole de suivi antalgique/au nombre de personnes âgées traitées pour la douleur, et ce quel que soit le traitement prescrit (opiacés et non opiacés).

Pour le critère 10 « évaluation du soulagement sous traitement antalgique », le recours aux outils d'évaluation de la douleur adaptés à la personne âgée a fait partie de **l'action d'information/formation** organisée dans tous les établissements, selon les procédures précédemment décrites. Le CLUD a été sollicité pour délivrer des **réglettes EVA**, mais cette demande n'a pas forcément été suivie d'effet dans le délai imparti.

L'indication d'un score de douleur sous traitement à partir de l'EVA (ou EVS) ou d'une échelle d'hétéro-évaluation choisie par le service figure sur les transmissions ciblées.

Un **indicateur** peut être choisi par les équipes pour ce critère 10 : taux de personnes évaluées pour le soulagement de la douleur/personnes recevant un traitement antalgique.

Citons d'autres actions engagées par les établissements pour d'autres critères de DPAttt.

Critère 8 : réactualisation de la formation des soignants sur la **prévention des soins douloureux** (cette recommandation est développée au niveau du plan national de lutte contre la douleur), ce au cours des actions de formation/information organisées à l'occasion de l'audit et, dans quelques établissements, par une **sensibilisation sur intranet**.

L'identification des soins douloureux les plus fréquemment administrés a conduit à l'élaboration d'un protocole d'anticipation des soins douloureux dans un service.

Un indicateur pour ce critère 8 peut être le taux de traitements antalgiques prescrits en prévention de soins douloureux/nombre d'actes de soins délivrés susceptibles de provoquer une douleur.

Critère 9 : sensibilisation des infirmières et aides-soignantes au rôle spécifique des professionnels de rééducation (kinésithérapeute, ergothérapeute) dans la prise en charge de la douleur, et **meilleure coordination entre les professionnels** à l'initiative du coordonnateur et du groupe projet.

6. Conclusion

6.1 Évolution de l'outil

Compte tenu des commentaires recueillis dans les rapports d'audit, une modification sous forme de précisions supplémentaires a été apportée aux protocoles et aux guides d'utilisation de la grille de recueil des deux référentiels, sans toucher ni à la sélection des critères ni à leur formulation.

Pour DPAéva :

Protocole : il a été explicitement précisé que le champ d'application concerne toutes les personnes âgées hospitalisées, douloureuses et non douloureuses, un des objectifs de l'ACC étant de dépister la douleur chez celles qui ne se plaignent pas spontanément ou qui sont incapables d'exprimer verbalement leur état douloureux. Autre précision, dans les services à faible rotation de patients, tels que les USLD, les critères 1, 2, 3 et 7 peuvent être renseignés à partir des données du mois précédent.

Grille et guide : les possibilités de réponse NA ont été modifiées sur la grille. La réponse NA reste non autorisée au critère 1 (les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission). Rappelons que les réponses NA aux critères 2 et 3 concernent le choix d'une échelle adaptée aux capacités du patient, que le patient soit repéré douloureux ou non. Si le patient n'est pas douloureux, la réponse NA devient possible aux critères 7 et 8. L'audit est donc réalisable sur la totalité des critères pour les patients qui auront été évalués non douloureux.

Pour le critère 4 « évaluation de la douleur à chaque modification du comportement », la réponse est Oui si l'évaluation est réalisée dans la majorité des cas de changements de comportement sans précision de nombre.

Pour DPAAtt :

Protocole : toutes les personnes âgées douloureuses recevant un traitement antalgique sont concernées, quel que soit le traitement antalgique prescrit (pas seulement les opiacés et les psychotropes utilisés à visée antalgique) ou s'il s'agit uniquement d'un traitement non médicamenteux contre la douleur (massages, application de glace ou *a contrario* de chaleur, etc.).

Grille et guide : la réponse NA reste possible pour les 8 premiers critères, ce afin d'inclure toutes les personnes âgées douloureuses recevant un traitement médicamenteux contre la douleur quel qu'il soit, et en particulier du paracétamol (ou d'autres médicaments du palier 1), ce qui représente un grand nombre de cas. En accord avec les coordonnateurs, il a été décidé de ne pas segmenter la grille en plusieurs minigrilles en fonction de la molécule prescrite.

Pour le critère 9 (traitement non médicamenteux), la réponse NA n'est plus autorisée.

C'est donc un outil affiné au contact des professionnels de terrain qui est mis à disposition des professionnels des établissements de santé [Bon de commande CDRACC.doc](#)

6.2 Validation de la méthode et pour le thème de la DPA

On déplore un fort taux d'abandon de services (58 %) à la suite du premier tour d'audit, mais qui semble plutôt contextuel comme cela a déjà été évoqué. Toutefois la grande satisfaction des professionnels ayant mené à bien l'expérimentation dans les temps impartis doit modérer cette déception, de même que les bons résultats obtenus en termes d'amélioration des pratiques.

► Satisfaction des professionnels

33 questionnaires de satisfaction ont pu être analysés. 30 équipes n'avaient pas d'expérience antérieure de l'audit clinique.

Les professionnels sont globalement satisfaits de s'être engagés dans l'ACC de façon unanime (10 : très satisfaits, 20 : satisfaits). La sélection des critères leur semble pertinente (19 : accord partiel, 13 : accord total). La grande majorité considère que le nombre limité de critères favorise l'appropriation des recommandations (25 : accord total, 7 : accord partiel) et qu'il reflète le niveau de qualité de la pratique évaluée (20 : accord total, 9 : accord partiel). Le temps de recueil est réduit (27 : accord total, 6 : accord partiel). Les coordonnateurs encourageraient d'autres équipes à s'engager dans cette évaluation des pratiques « oui raisonnablement » pour 56 % d'entre eux et 38 % « oui avec enthousiasme ».

Le temps réduit entre les deux évaluations n'a pas été un obstacle majeur à la mise en place d'actions d'amélioration, y compris celles qui portaient sur l'organisation.

Les actions immédiates mises en œuvre au sein des services par les professionnels ont permis d'améliorer rapidement le niveau de qualité et le service rendu au malade.

Nous avons constaté également que des actions à plus long terme étaient nécessaires. Pour qu'elles puissent être engagées, elles demandent à être intégrées dans l'organisation générale de la prise en charge de la douleur dans l'établissement sous le pilotage du CLUD afin que la démarche soit institutionnalisée. Ce niveau dépasse le cadre du service.

De même l'implication des patients dans l'évaluation de leur douleur et dans le suivi des effets thérapeutiques et indésirables des traitements antalgiques est une condition indispensable pour l'optimisation d'une bonne prise en charge par les professionnels.

En conclusion, l'expérimentation a permis de valider la faisabilité et l'acceptabilité de la méthode en général, et de son applicabilité sur le thème de DPA.

L'enthousiasme des équipes qui ont participé à l'expérimentation nous a incités à diffuser cette méthode à l'ensemble des professionnels de santé [Audit clinique ciblé \(synthèse\)](#).

Annexes

Annexe 1 – Fiche Méthode

AUDIT CLINIQUE CIBLÉ (ACC)

1^{re} intention

approche par comparaison

Définition

Méthode d'évaluation qui permet à l'aide d'un nombre limité de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

L'audit clinique ciblé est un audit clinique au cycle complet permettant un traitement plus rapide des données et des résultats.

Champ application

Les pratiques professionnelles, pour lesquelles il existe un référentiel ou au minimum un accord professionnel permettant de le construire, et un fort potentiel d'amélioration des pratiques cliniques, organisationnelles ou des soins.

Objectifs

- Mesurer l'écart entre la pratique et la référence grâce à un nombre limité de critères, sélectionnés en fonction des besoins de l'établissement et/ou des services qui le mettent en œuvre.
- Réduire le temps de réalisation de l'audit clinique pour améliorer la réactivité des équipes (6 mois environ).
- Définir et mettre en œuvre rapidement des mesures correctives ou des actions d'amélioration, accessibles et en nombre limité.
- S'assurer de l'efficacité des actions d'amélioration.

Synonymes, variantes et produits dérivés

Quick audit, rapid audit, miniaudit, méthode d'évaluation par critères explicites.

Origine

Méthode dérivée de l'audit clinique.

L'Anaes a développé une expérience importante de l'audit clinique en accompagnant plus de 300 établissements. Au décours de ces travaux il est apparu nécessaire de construire une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles permettant une réactivité plus importante des équipes et des ACC plus rapprochés.

Le programme expérimental ACC mené en 2005 a montré que l'ACC était une méthode d'amélioration de la qualité acceptable, faisable, efficace et valide, dans les 8 thèmes, et les 27 ACC proposés (cf. rapports par thème à paraître sur le site de la HAS).

Ressources nécessaires

Soutien d'un ou plusieurs professionnels formés à la méthode de l'ACC ou de l'audit clinique.

Le cédérom ACC 2005 mis à disposition des professionnels sur le site de la HAS.

Conditions de réussite

- Sélectionner un segment du processus de prise en charge des patients ciblé sur un métier, un acte de soin, un aspect organisationnel ou transversal, une étape de la prise en charge médicale (diagnostique, thérapeutique, information, surveillance...).
- Sélectionner un nombre limité, mais suffisant, de critères (entre 4 et 12), choisis en fonction du ou des objectifs choisis (conformité à la réglementation, à des recommandations de pratique clinique avec un haut niveau de preuve, potentiel d'amélioration, problématique de santé publique, sécurité du patient...).
- Définir un objectif ciblé sur l'amélioration de la pratique et non sur l'évaluation des personnes, ni sur un problème complexe d'organisation.
- Choisir un responsable de projet ayant une légitimité professionnelle.

Description

La méthode comporte 6 étapes, et pourrait idéalement se poursuivre par une septième : un suivi d'indicateurs ou un (des) tour(s) d'ACC supplémentaire(s).

- **Étape 1 PLAN : planifier, organiser**

Choix du thème

- choix du thème à partir de référentiels validés, en fonction de la fréquence de la pratique, du risque encouru par le patient et du potentiel d'amélioration ;
- champ de l'étude : nombre d'unités de soins impliquées ;
- constitution du groupe de travail et nomination du chef de projet ;
- réalisation d'une information sur le projet auprès des professionnels.

Choix des critères

- choix d'un ou plusieurs référentiel(s) d'ACC existants sur le thème choisi ;
- s'il n'existe pas de référentiel d'ACC, la sélection des critères dans le référentiel existant se fait selon les objectifs de l'établissement ou du service et des répercussions sur la qualité et la sécurité du service rendu au patient ;
- construction des **grilles** de recueil de données et du **guide** qui les accompagne.

Élaboration du protocole d'étude soit la détermination :

- des critères d'inclusion et d'exclusion ;
- du type d'étude (rétrospective ou prospective) ;
- du mode de recueil des données et des sources d'information ;
- de la taille de l'échantillon ;
- et de la période d'évaluation.

Test de la feuille de recueil de données et réajustement le cas échéant.

Planification de la démarche (diagramme de type Gantt).

Organisation d'une **réunion d'information** pour toutes les unités concernées par l'ACC.

- **Étape 2 DO : Recueil des données** (premier tour d'audit T1)
 - Remplissage d'une grille de recueil des données pour chaque pratique évaluée.
 - Suivi de l'évolution du recueil des données.
- **Étape 3 CHECK : Analyse des résultats du premier tour d'ACC**
 - Traitement des données recueillies : calcul de l'écart entre les pratiques (valeurs observées des critères) et le référentiel (valeur attendue des critères ou standard).
 - Analyse des résultats.
 - Recherche des causes des écarts.
 - Définition des axes d'amélioration.
 - Rédaction du rapport du premier tour d'audit.
- **Étape 4 ACT : Plan d'actions d'améliorations**
 - Nomination d'un responsable par action et réalisation d'une fiche action.
 - Élaboration d'un calendrier de réalisation des actions.
 - Planification de la période de réévaluation.
- **Étape 5 Nouveau recueil de données** (second tour d'audit T2)
- **Étape 6 Analyse des résultats du second tour d'ACC**
 - Analyse des résultats.
 - Comparaison avec les résultats du premier tour.
 - Recherche des causes des écarts résiduels.
- **Étape 7 Idéalement : mesure de l'impact** des actions correctives, sur la base des résultats de la réévaluation.
 - Mise en place de nouvelles actions d'améliorations, si des écarts persistent.
 - Mise en place d'indicateurs pour suivre l'amélioration induite.

Annexe 2 – Documents (Source cédérom ACC 2005)

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ Évaluation de la douleur chez la personne âgée n°1 (DPAéva)

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'audit clinique dans les établissements de santé en 2000-2001 intitulé : *Audit clinique appliqué à l'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*.

Une extension par rapport à l'audit clinique initial concernant les personnes âgées non communicantes à **toutes les personnes âgées** résulte d'un test de faisabilité sur une cinquantaine d'hospitalisations.

L'audit clinique initial a été segmenté en 2 audits cliniques ciblés (ACC) qui correspondent à 2 étapes successives : un audit clinique ciblé sur l'évaluation de la douleur de la personne âgée « DPAéva », et un audit clinique ciblé sur la conduite et la surveillance du traitement antalgique chez la personne âgée « DPAAtt » :

- l'objectif de l'ACC « DPAéva » est de s'approprier les outils et les méthodes d'évaluation de la douleur chez la personne âgée ;
- l'objectif de l'ACC « DPAAtt » est d'améliorer la prise en charge de la douleur de la personne âgée par les professionnels, en termes de spécificité gériatrique de la conduite et de la surveillance du traitement antalgique (initiation des opiacés forts, à faible dose, fréquence des effets indésirables des opiacés et des psychotropes à visée antalgique, intérêt des thérapeutiques non médicamenteuses).

En fonction du contexte de l'établissement, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un des deux ACC proposés.

Les outils d'évaluation utilisés pour le dépistage de la douleur (pour l'audit DPAéva) et ceux pour évaluer le soulagement de la douleur par le traitement antalgique (pour l'audit DPAAtt) sont les mêmes. Selon que la personne âgée est capable ou non de s'auto-évaluer, on fera appel aux outils de l'auto- ou de l'hétéro-évaluation.

L'auto-évaluation repose sur l'EVA (échelle visuelle analogique) ou sur l'échelle verbale simple (EVS), ou l'échelle numérique (EN). Lorsque la personne âgée présente des troubles de la communication – cas des personnes atteintes de démence par exemple – et est incapable de s'auto-évaluer, les échelles utilisées sont les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur, dites comportementales, telles que l'échelle Doloplus, l'échelle comportementale de la personne âgée (ECPA) ou à défaut une échelle élaborée dans le service. Tous ces outils figurent sur le cédérom de l'audit clinique ciblé.

1. Le champ d'application

Les deux référentiels s'adressent aux personnes âgées hospitalisées en établissement de santé, et par extension aux personnes âgées résidant en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Toutes les unités de soins accueillant des personnes âgées sont concernées : urgences, court séjour, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée.

2. Les critères d'inclusion de l'ACC DPAéva

- Toutes les personnes âgées hospitalisées douloureuses et non douloureuses, d'âge supérieur à 65 ans.

3. Le type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale un jour donné de la semaine :

- en court séjour : étude chaque semaine le même jour, auprès de nouveaux patients jusqu'à un total de 30 dossiers ;
- en soins de suite et réadaptation : étude toutes les 2 semaines, le même jour, auprès de nouveaux patients jusqu'à un total de 30 dossiers ;
- en soins de longue durée, étude transversale de 30 dossiers un jour donné ;
- EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ;
- aux urgences, enquête prospective au fur et à mesure des entrées.

4. Les sources d'information

Les informations sont recueillies à partir :

- du dossier des patients ;
- de l'interview des membres de l'équipe soignante ;
- des supports de planification des soins.

5. La taille de l'échantillon

L'audit clinique ciblé porte sur 30 hospitalisations, soit consécutives, soit sur 30 patients présents dans le service (selon l'unité de soins concernée).

6. La période d'évaluation

La durée d'observation n'excède pas 6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES

Évaluation de la douleur chez la personne âgée n°1 (DPAéva)

Date : ... N° de la grille : ... Nom de l'évaluateur : Identification du patient :	Établissement/secteur d'activité : ... les 3 premières lettres ou étiquette
---	--

OBJECTIF : s'approprier les outils et méthodes d'évaluation de la douleur chez la personne âgée hospitalisée						
N°	CRITERES	Oui	Non	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission				DPA	
2	Une EVA (ou autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée				DPA	
3	Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...)				DPA	
4	Une auto- ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement (repli, refus alimentaire, refus de soins...) de la personne, évoquant la douleur				DPA	
5	La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient				DPA	
6	Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient				DPA	
7	L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier				DPA	
8	La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe)				DPA + ES	

DPA : dossier du patient

ES : enquête auprès des soignants

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL Évaluation de la douleur chez la personne âgée n°1 (DPAéva)

NB dans les services à faible rotation de patients (tels que les USLD) l'étude se fera pour les critères 1, 2, 3, 4 et 7 à partir des données du mois précédent.

Critère 1 Les signes de la douleur ont été recherchés à l'admission.

Ils sont recueillis à l'interrogatoire ainsi qu'à l'examen clinique et notés dans le dossier du patient, à l'admission ou le plus rapidement possible après l'admission.

Si les signes de douleur ne sont pas retrouvés, il faut tout de même confirmer l'absence de douleur par la mesure de l'intensité douloureuse à l'aide d'un outil d'évaluation (critères 2 ou 3).

La réponse **NA** est interdite.

Source : *dossier du patient*.

Standard attendu : 100 %.

Critère 2 Une EVA « échelle visuelle analogique » (ou une autre auto-évaluation) a été pratiquée à l'entrée.

L'auto-évaluation peut se faire :

soit avec une règlette d'auto-évaluation visuelle analogique. La règlette sera remise avec le dossier. Il s'agit d'une règlette avec un curseur qui est présenté côté ligne au patient. Il lui est demandé de placer le curseur jusqu'au point qui évoque le plus l'intensité de la douleur entre deux limites : la limite inférieure « *je ne ressens aucune douleur* » et la limite supérieure « *ma douleur est intolérable* ». Le chiffre de l'EVA est celui inscrit au verso ;

soit avec une échelle verbale simple ;

soit avec une échelle numérique, où il est demandé au patient d'indiquer un chiffre de 0 à 10 pour indiquer l'intensité de sa douleur.

La pratique d'une EVA ou d'un autre outil d'auto-évaluation (échelle verbale simple, échelle numérique) permet de distinguer les patients pouvant s'auto-évaluer de ceux qui n'en ont pas la capacité. Dans ce dernier cas, la réponse sera **NA** au critère 2. Une réponse **NA** au critère 2 implique automatiquement une réponse **Oui** ou **Non** au critère 3.

Pour l'EVS (échelle verbale simple), la Société française de gériatrie et de gérontologie préconise celle à 5 niveaux (pas de douleur, douleur faible, douleur modérée, douleur intense, douleur extrêmement intense). L'échelle numérique (EN) cote la douleur de 0 à 10.

NB : l'incapacité de s'auto-évaluer peut être transitoire.

Source : *dossier du patient*.

Standard attendu : 100 %

Critère 3 Si le patient ne peut pas s'auto-évaluer, une évaluation a été réalisée à l'aide d'une grille d'hétéro-évaluation.

L'hétéro-évaluation est recherchée dans le dossier du patient.

Standard attendu : 100 % si le patient ne peut pas s'auto-évaluer.

Si le patient peut s'auto-évaluer la réponse est **NA**.

Les outils utilisés sont soit :

Doloplus-2® ;

ECPA (échelle comportementale de la PA) ;

grille élaborée par le service.

Il est préférable d'utiliser une grille validée sur le plan national comme la Doloplus-2® ou l'ECPA ; l'utilisation de ces grilles nécessite un apprentissage. Elles sont disponibles sur le cédérom de l'audit clinique HAS. Si l'unité a l'habitude de travailler avec un autre outil tel que l'échelle comportementale simplifiée, elle peut continuer à l'utiliser tout en le précisant dans les commentaires.

Critère 4 Une auto- ou une hétéro-évaluation a été réalisée à chaque modification du comportement de la personne évoquant la douleur.

Les outils utilisés sont les mêmes que cités précédemment.

Ce sont bien les modifications du comportement pouvant faire évoquer la douleur dont il s'agit ici, par exemple : le repli sur soi, le refus alimentaire, le refus de soins, l'agitation, etc. Si le patient est nouvellement admis dans l'unité, ces modifications seront recherchées à l'interrogatoire de la famille. Si le patient est hospitalisé depuis plusieurs jours, c'est l'équipe qui observe des modifications éventuelles.

S'il n'y a pas de modification du comportement, la réponse est **NA**.

Si les modifications du comportement sont multiples au cours du séjour, la réponse **Oui** est possible si l'évaluation est faite dans la majorité des cas.

Source : dossier du patient ;

Standard attendu 100 % (il est possible de regarder le dossier sur un mois).

Critère 5 La ou les grilles d'évaluation complétées sont dans le dossier du patient.

Source : dossier du patient.

Standard attendu : 100 %.

Deux cas de figure :

si le patient peut s'auto-évaluer, l'outil utilisé est mentionné dans le dossier du patient ;

si non, l'échelle d'hétéro-évaluation est présente dans le dossier.

Critère 6 Le résultat de l'évaluation est inscrit dans le dossier du patient.

Il est exprimé sous forme de score (ou qualificatif si EVS).

Source : dossier du patient.

Standard attendu : 100 %.

Critère 7 L'étiologie de la douleur a été recherchée et notée dans le dossier.

Réponse **NA** possible en cas d'absence de douleur.

Source : dossier du patient.

Standard attendu : 100 %.

Critère 8 La douleur du patient, son retentissement sur l'autonomie et son évaluation ont été évoqués lors d'une réunion multidisciplinaire (notés dans le dossier ou rapportés par l'équipe).

Les transmissions peuvent correspondre à cette réunion. Ces temps formalisés de synthèse sont, pour les différents professionnels de l'équipe soignante, l'occasion d'évoquer la douleur du patient, et d'autant plus qu'il est très âgé, son retentissement sur l'autonomie (pour les gestes de la vie quotidienne).

Réponse **NA** possible en cas d'absence de douleur.

Source : questions à l'équipe s'il n'est pas trouvé dans le dossier de notes concernant une réunion multidisciplinaire formalisée.

Standard attendu : 100 %

Pour tous les critères, l'utilisation des **NA** doit être explicitée.

ÉCHELLES FRANÇAISES D'HÉTÉRO-ÉVALUATION

I. Échelle Doloplus-2

Présentation de l'échelle

L'échelle comporte 10 items répartis en 3 sous-groupes, proportionnellement à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs et 3 items psychosociaux). Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux). L'utilisation de cette échelle nécessite un apprentissage et une cotation si possible en équipe pluridisciplinaire. En cas d'item inadapté (exemple : item 7 pour un malade grabataire en position fœtale), il faut coter 0.

La réévaluation doit être quotidienne et une courbe des scores peut être utile. Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

Lexique

Un lexique est fourni avec l'échelle afin d'écarter les éventuelles incompréhensions de vocabulaire.

Plaintes somatiques

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris, pleurs, gémissements.

Positions antalgiques

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

Protection de zones douloureuses

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

Sollicitation

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.).

Toilette/Habillage

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

Mouvements

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position, transferts, marche, seul ou avec aide.

Communication

Verbale ou non verbale.

Vie sociale

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

Troubles du comportement

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

Conseils d'utilisation

L'utilisation nécessite un apprentissage

Comme pour n'importe quel outil nouveau, il est judicieux de l'expérimenter avant de le diffuser. Le temps de cotation de l'échelle diminue également avec l'expérience (quelques minutes au maximum).

Lorsque cela est possible, il est utile de désigner une personne référente dans une structure de soins donnée.

Coter en équipe pluridisciplinaire

Que ce soit en structure sanitaire, sociale ou à domicile, la cotation par plusieurs soignants est préférable (médecin, infirmière, aide-soignante...). À domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants, en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voire d'une réunion au lit du malade.

L'échelle est à intégrer dans le dossier de soins ou le cahier de liaison.

Ne rien coter en cas d'item inadapté

Il n'est pas nécessaire d'avoir une réponse à tous les items de l'échelle, en particulier face à un patient inconnu dont on n'a pas encore toutes les données, notamment sur le plan psychosocial. En cas de coma, la cotation repose essentiellement sur les items somatiques.

Établir une cinétique des scores

La réévaluation est biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs, puis s'espace ensuite en fonction des situations. Établir une cinétique des scores en la faisant apparaître sur la feuille de soins (au même titre que la température ou la tension artérielle) est un argument primordial dans la prise en compte du symptôme et dans la mise en route du traitement.

Ne pas comparer les scores de patients différents

La douleur est une sensation et une émotion subjective et personnelle. La comparaison des scores entre patients n'a donc aucun sens. Seule l'évolution des scores d'un patient donné est intéressante.

En cas de doute, ne pas hésiter à faire un test pharmacologique à visée antalgique adapté

On admet aujourd'hui qu'un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur. Cependant, pour les scores avoisinant ce seuil, il faut laisser le bénéfice du doute au malade. Si le comportement observé change avec la prise d'antalgique, la douleur est donc incriminée.

L'échelle cote la douleur et non pas la dépression, la dépendance ou les fonctions cognitives

Il existe de nombreux outils adaptés à chaque situation, et il est primordial de comprendre que l'on cherche à repérer les changements de comportement liés à une éventuelle douleur. Ainsi, pour les items 6 et 7, on n'évalue pas la dépendance ou l'autonomie, mais bien la douleur.

Ne pas recourir systématiquement à l'échelle DOLOPLUS-2[□]

Lorsque la personne âgée est communicante et coopérante, il est logique d'utiliser les outils d'auto-évaluation. Lorsque la douleur est évidente, il est plus urgent de la calmer que de l'évaluer. Cependant, au moindre doute, l'hétéro-évaluation évite la sous-estimation de la douleur.

**ÉVALUATION COMPORTEMENTALE
DE LA DOULEUR
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

Échelle DOLOPLUS-2

NOM :
Prénom :
Service :

Observation comportementale		Dates			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1. Plaintes somatiques	• pas de plainte.....	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles.....	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues.....	3	3	3	3
	• pas de position antalgique.....	0	0	0	0
2. Positions antalgiques au repos	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle.....	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace.....	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace.....	3	3	3	3
	• pas de protection.....	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins.....	1	1	1	1
3. Protection de zones douloureuses	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins.....	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation.....	3	3	3	3
	• mimique habituelle.....	0	0	0	0
4. Mimique	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation.....	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation.....	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide).....	3	3	3	3
5. Sommeil	• sommeil habituel.....	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement.....	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice).....	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6. Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet).....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels.....	2	2	2	2
7. Mouvements	• toilette et/ou habillage impossible, le malade exprimant son opposition à toute tentative.....	3	3	3	3
	• possibilités habituelles inchangées.....	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche...).....	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements).....	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition.....	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8. Communication	• inchangée.....	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle).....	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole).....	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication.....	3	3	3	3
9. Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...).....	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation.....	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités.....	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale.....	3	3	3	3
10. Troubles du comportement	• comportement habituel.....	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératifs.....	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents.....	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation).....	3	3	3	3
	COPYRIGHT	SCORE			

1. Échelle ECPA

Présentation de l'échelle ECPA

Tous les mots de l'échelle sont issus du vocabulaire des soignants sans intervention de médecins.

L'échelle comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4. Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

Conseils d'utilisation

Les études statistiques de l'ECPA autorisent la cotation douloureuse du patient par une seule personne.

Le vocabulaire de l'échelle n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée. Le temps de cotation varie selon l'entraînement du cotateur, mais oscille entre 1 et 5 minutes.

La seule mais indispensable précaution est de coter la dimension « Observation avant les soins » réellement avant les soins et non pas de mémoire après ceux-ci. Il y aurait alors contamination de la seconde dimension sur la première.

La cotation douloureuse n'a pas de cadre restrictif : on peut coter à n'importe quel moment et répéter *ad libitum*.

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLÉ

Conduite et surveillance du traitement de la douleur chez la personne âgée N°2 (DPAAtt)

Préambule

Ce protocole est issu de celui qui a été élaboré lors de l'expérimentation à l'échelon national de l'audit clinique dans les établissements de santé en 2000-2001 intitulé : *Audit clinique appliqué à l'évaluation et la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale*.

Une extension par rapport à l'audit clinique initial concernant les personnes âgées non communicantes à **toutes les personnes âgées** résulte d'un test de faisabilité sur une cinquantaine d'hospitalisations.

L'audit clinique initial a été segmenté en 2 audits cliniques ciblés (ACC) qui correspondent à 2 étapes successives : un audit clinique ciblé sur l'évaluation de la douleur de la personne âgée « DPAéva », et un audit clinique ciblé sur la conduite et la surveillance du traitement antalgique chez la personne âgée « DPAAtt ».

- L'objectif de l'ACC « DPAéva » est de s'approprier les outils et méthodes d'évaluation de la douleur chez la personne âgée.
- L'objectif de l'ACC « DPAAtt » est d'améliorer la prise en charge de la douleur de la personne âgée par les professionnels, en termes de spécificité gériatrique de la conduite et de la surveillance du traitement antalgique (initiation des opiacés forts à faible dose, fréquence des effets indésirables des opiacés et des psychotropes à visée antalgique).

En fonction du contexte de l'établissement, des objectifs poursuivis, il est possible de sélectionner un des deux ACC proposés.

Les outils d'évaluation utilisés pour le dépistage de la douleur (pour l'audit DPAéva) et ceux pour évaluer le soulagement de la douleur par le traitement antalgique (pour l'audit DPAAtt) sont les mêmes. Selon que la personne âgée est capable ou non de s'auto-évaluer, on fera appel aux outils de l'auto ou de l'hétéro-évaluation.

L'auto-évaluation repose sur l'EVA (échelle visuelle analogique) ou sur l'échelle verbale simple (EVS), ou l'échelle numérique (EN). Lorsque la personne âgée présente des troubles de la communication – cas des personnes atteintes de démence par exemple – et est incapable de s'auto-évaluer, les échelles utilisées sont les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur, dites comportementales, telles que l'échelle Doloplus, l'échelle comportementale de la personne âgée (ECPA) ou à défaut une échelle élaborée dans le service. Tous ces outils figurent sur le cédérom de l'audit clinique ciblé.

Le champ d'application

Les deux référentiels s'adressent aux personnes âgées hospitalisées en établissement de santé, et par extension aux personnes âgées résidant en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Toutes les unités de soins accueillant des personnes âgées sont concernées : urgences, court séjour, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée.

Les critères d'inclusion de l'ACC DPAtt

- Les personnes âgées de + de 65 ans hospitalisées et traitées par antalgique(s), en traitement continu ou à la demande.
- Pour les patients recevant uniquement du paracétamol, seuls les critères 1, 8, 9 et 10 pourront être renseignés.
- Les personnes âgées hospitalisées aux urgences, court séjour, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée.
- Seuls les patients recevant des antalgiques de façon quotidienne seront inclus dans l'étude (y compris à la demande).

Le type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale un jour donné de la semaine :

- en court séjour : étude chaque semaine le même jour, auprès de nouveaux patients jusqu'à un total de 30 dossiers ;
- en soins de suite et réadaptation : étude toutes les 2 semaines, le même jour, auprès de nouveaux patients jusqu'à un total de 30 dossiers ;
- en soins de longue durée (en EHPAD), étude transversale de 30 dossiers un jour donné ;
- aux urgences, enquête prospective au fur et à mesure des entrées.

Les sources d'information

Les informations sont recueillies à partir :

- du dossier des patients ;
- de l'interview des membres de l'équipe soignante ;
- des supports de planification des soins.

La taille de l'échantillon

L'audit clinique ciblé porte sur 30 hospitalisations, soit consécutives, soit sur 30 patients présents dans le service (selon l'unité de soins concernée).

La période d'évaluation

La durée d'observation n'excède pas 6 semaines.

GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES

Conduite et surveillance du traitement antalgique chez la personne âgée n°2 (DPAtt)

Date : ...

Établissement/secteur d'activité : ...

N° de la grille : ...

Nom de l'évaluateur :

Identification du patient :

les 3 premières lettres ☐☐☐
ou étiquette

OBJECTIF : améliorer la prise en charge de la douleur de la personne âgée en termes de spécificité de conduite et de surveillance du traitement antalgique						
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	SOURCE	COMMENTAIRES
1	Le traitement antalgique des douleurs de nociception a respecté les trois paliers de l'OMS				DPA	
2	Les antalgiques opiacés forts ont été débutés à demi-dose (2,5 à 5 mg po/4 h)				DPA	
3	La constipation a été systématiquement prévenue et surveillée lors de l'utilisation d'opiacés				DPA + ES	
4	Après un traitement aux opiacés, les effets neuropsychiques (sommolence, confusion) ont été recherchés et notés				DPA + ES	
5	Après un traitement aux opiacés forts, la rétention d'urine a été recherchée et notée				DPA	
6	Les antidépresseurs tricycliques et/ou les anticonvulsivants ont été utilisés dans le traitement des douleurs neuropathiques				DPA + ES	
7	Les effets indésirables des antidépresseurs et/ou des anticonvulsivants à visée antalgique sont recherchés et notés sur le dossier du patient				DPA + ES	
8	Avant les soins douloureux, le patient a reçu un traitement antalgique				DPA	
9	Les thérapies non médicamenteuses (kinésithérapie, physiothérapie, relaxation, soutien psychologique...) ont été utilisées et sont notées dans le dossier du patient				DPA + ES	
10	Le soulagement de la douleur par le traitement antalgique est évalué par une échelle d'auto-évaluation (EVA ou autre) et/ou par une échelle d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...)				DPA	

DPA : dossier du patient

ES : enquête auprès des soignants

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL

Conduite et surveillance du traitement de la douleur chez la personne âgée N°2 (DPAtt)

Critère 1 Le traitement antalgique des douleurs de nociception a respecté les trois paliers de l'OMS.

Le diagnostic de douleur de nociception est posé par le médecin, ce sont les douleurs les plus fréquemment rencontrées.

L'OMS préconise 3 paliers antalgiques pour les douleurs de nociception :

palier 1 (antalgiques non opiacés) : paracétamol/acide acétyl salicylique/AINS ;

palier 2 (opiacés faibles) : codéine/tramadol/dextropropoxyphène prescrits seuls ou en association avec du paracétamol ;

palier 3 (opiacés forts) : morphine et dérivés.

NB : dans certains cas de douleur d'emblée très intense, les opiacés forts peuvent avoir été prescrits en 1^{re} intention.

Argumenter alors la réponse NA dans la case « commentaires ».

Si le traitement antalgique de paliers 2 ou 3 a été initié avant l'admission la réponse est NA.

Source : dossier du patient.

Standard attendu : 100 %.

Critère 2 Les antalgiques opiacés forts ont été débutés à demi-dose par rapport à l'adulte plus jeune (2,5 à 5 mg per os toutes les 4 h).

La nécessité d'initier le traitement par les opiacés forts à faible posologie s'explique par le risque accru de surdosage chez la personne âgée et très âgée.

Réponse **NA** lorsqu'il n'y a pas d'indication des opiacés forts.

Source : dossier du patient.

Standard attendu : 100 % si utilisation des opiacés forts.

Critère 3 La constipation a été systématiquement prévenue et surveillée lors de l'utilisation d'opiacés.

Effet indésirable recherché et noté. La prévention consiste en des mesures hygiénodiététiques et en une mobilisation.

Réponse **NA** lorsqu'il n'y a pas d'utilisation des opiacés ou si utilisation du tramadol.

Source : dossier du patient et interview des soignants.

Standard attendu : 100 % si utilisation des opiacés.

Critère 4 Après un traitement aux opiacés, les effets neuropsychiques ont été recherchés et notés.

Les effets neuropsychiques sont la somnolence, la confusion mentale, les hallucinations, les cauchemars. Ils sont recherchés et notés. Leur risque de survenue est majoré pour les opiacés forts.

Réponse **NA** lorsqu'il n'y a pas d'utilisation des opiacés.

Source : dossier du patient et interview des soignants (l'absence de signe n'est pas toujours inscrite dans le dossier).

Standard attendu : 100 % si utilisation des opiacés.

Critère 5 Après un traitement aux opiacés forts, la rétention d'urine a été recherchée et notée.

Réponse **NA** s'il n'y a pas d'utilisation des opiacés forts.

Source : dossier du patient et interview des soignants (l'absence de signe n'est pas toujours inscrite dans le dossier).

Standard attendu : 100 % si utilisation des opiacés forts

Critère 6 Les antidépresseurs tricycliques et/ou les anticonvulsivants ont été utilisés dans le traitement des douleurs neuropathiques (ou neurogènes).

Les douleurs neuropathiques (ou neurogènes) sont liées à l'atteinte d'une structure nerveuse elle-même. Exemple : zona, amputation, hémiplegie, polynévrite... Le traitement est différent de celui des douleurs de nociception et repose sur les anticonvulsivants (par exemple : Rivotril®, Neurotin®, etc.) et/ou les antidépresseurs tricycliques imipraminiques (par exemple : Anafranil®, Laroxyl®) ; en cas de contre-indication à cette classe d'antidépresseurs d'autres produits peuvent être utilisés (avis médical).

Réponse **NA** s'il ne s'agit pas de douleurs neuropathiques (avis médical).

Source : dossier du patient.

Standard attendu : 100 % s'il existe des douleurs neuropathiques (avis médical).

Critère 7 Les effets indésirables des antidépresseurs et des anticonvulsivants à visée antalgique sont recherchés et notés sur le dossier du patient.

Ces signes sont la somnolence, la confusion ou tout autre signe selon le produit utilisé (avis médical).

Réponse **NA** si ces traitements ne sont pas utilisés.

Source : dossier du patient et interview des soignants (l'absence de signe n'est pas toujours inscrite dans le dossier).

Standard attendu : 100 % si ces traitements sont utilisés.

Critère 8 Avant les soins douloureux le patient a reçu un traitement antalgique.

L'efficacité du traitement doit être évaluée avec les échelles d'évaluation de l'intensité douloureuse adaptées à la personne âgée (auto- et hétéro-évaluation).

Ce critère ne dispense pas de l'utilisation de thérapeutiques non médicamenteuses.

Réponse **NA** si le patient n'a pas reçu de soins douloureux.

Source : dossier du patient.

Standard attendu : 100 %.

Critère 9 Les thérapeutiques non médicamenteuses (kinésithérapie, physiothérapie, relaxation, soutien psychologique...) ont été utilisées et sont notées dans le dossier du patient.

La kinésithérapie, l'ergothérapie, la physiothérapie à visée antalgique comprennent le chaud, le froid, les installations, les mobilisations, les massages, l'électrothérapie d'ionisation, l'électro-neurostimulation transcutanée (TENS)...

La dimension psychologique de la douleur est prise en compte à travers la relaxation, le soutien psychologique, la psychothérapie, la sophrologie...

La réponse **NA** n'est pas autorisée.

Source : dossier du patient et interview des soignants.

Standard attendu : 100 %.

Critère 10 Le soulagement de la douleur par le traitement antalgique est évalué par une EVA (échelle visuelle analogique) ou une autre échelle d'auto-évaluation et/ou par une échelle d'hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA...).

L'efficacité du traitement antalgique, médicamenteux et non médicamenteux, est évaluée et notée.

Une échelle d'hétéro-évaluation, telle que Doloplus ou l'ECPA, est utilisée lorsque le patient ne peut pas s'auto-évaluer.

Source : dossier du patient

Standard attendu : 100 %

Pour tous les critères, l'utilisation de NA doit être explicitée.

Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Guide pratique. Saint-Denis-la-Plaine : Anaes ; 2003.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation de la prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Paris : Anaes ; 2000.
3. Ministère des solidarités de la santé et de la famille. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. *Journal Officiel* 2005 ; 18 : 6730-1.
4. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal Officiel* 2002 ; 40 : 3040.
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé – Deuxième procédure d'accréditation. Paris : Anaes ; 2004.
6. Haute Autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Saint-Denis-la-Plaine : HAS ; 2005.
7. Ministère de la santé et de la solidarité. Soins infirmiers : normes de qualité. Guide du service de soins infirmiers 2e édition. Paris : Ministère de la santé et de la solidarité ; 2001.
8. Locquet C, Ravineau MJ, Mayault C, Desplanques-Leperre A, Chabot J.-M. L'audit clinique ciblé pour évaluer les pratiques professionnelles. résultats préliminaires de la mise en œuvre dans les 177 établissements de santé français. *Gest Hosp* 2005 ; 344 : 329-35.
9. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. Saint-Denis : AFSSAPS ; 2004.
10. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Circulaire N° DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 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 des établissements de santé et institutions médicosociales 1999. <[http : //www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/doc_pdf/circ020430.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/doc_pdf/circ020430.pdf)> [consulté le 30-5-2006].
11. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les structures d'évaluation et de traitement de la douleur. Caractéristiques et critères de description de l'activité. Paris : Anaes ; 1995.
12. American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002 ; 50 : S205-24.
13. Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur. Douleur et personnes âgées : repérer, évaluer, organiser une prise en charge de qualité. *Rev Gériatr* 2005 ; 30 (6 Suppl C).
14. Ministère de la santé et de la solidarité. Programme de lutte contre la douleur 2002-2005. Paris : Ministère de la santé et de la solidarité ; 2002.

Participants

Groupe de travail ACC et remerciements

Ce document a été rédigé par Mme le Dr Micheline MICHEL, référent national sur ce thème d'audit clinique ciblé, sous la coordination du comité de pilotage : Mme le Dr Claudie LOCQUET, Mme Marie-José RAVINEAU, Mme le Dr Catherine MAYAULT et Mme le Dr Armelle DESPLANQUES, chefs de projet à la HAS et de M. le Pr Jean-Michel CHABOT, responsable du service Évaluation des pratiques, avec le concours des assistantes Mme Corinne CAMIER, Mme Karima NICOLA et M. Vincent BON-GEORGES.

Nous remercions :

Le référent du thème « Douleur personne âgée »

Mme le Dr Micheline MICHEL.

Les membres du groupe de travail du thème

Mme PULTIER Madeleine, M. le Dr Marylène FILBET, Mme MANIVEL Maryse.

Les référents traitement des données

M. le Dr LAIRY Gérard, Mme le Dr LATHÉLIZE Monique, Messieurs PAPON René et VIGNALLY Pascal.

Les référents des 8 thèmes ACC « Clé en mains »

Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne et M. René PAPON : Thème SU
« Pose et surveillance des sondes urinaires »

M. le Dr BOUET Roland et Mme PULTIER Madeleine : Thème TSU
« Prise en charge hospitalière des suicidants »

Mme DARMON Marie-José : Thème PSP
« Préparation de la sortie du patient hospitalisé »

Mme le Dr LATHÉLIZE Monique : Thème ATBP
« Antibioprophylaxie en chirurgie de première intention »

Mme le Dr MICHEL Micheline : Thème DPA
« Prise en charge de la douleur chez la personne âgée »

M le Dr PASSADORI Yves : Thème CPPA
« Contention physique de la personne âgée »

Mme PEREZ-RABOISSON Françoise : Thème PARTO
« Évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme »

Mme THIERY-BAJOLET Roselyne Thème CCI
« Chambres à cathéter implantables »

Les référents méthode

M. le Dr BOURDERONT Dominique, Alsace
M. le Dr FRASIE Jean-Michel, Alsace
M. IDOUX Bernard, Alsace
M. ROUILLON Rodolphe, Alsace
M. le Dr PASSADORI Yves, Alsace
Mme le Dr LAJZEROWICZ Nathalie, Aquitaine
M. le Dr BODIGUEL Éric, Auvergne
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER Marie-José, Basse-Normandie
Mme le Dr BISMUTH Marie-Jeanne, Bourgogne
Mme le Dr COUTTE Marie-Bénédicte, Bretagne
Mme le Dr MICHEL Micheline, Bretagne
Mme BERTEVAS Catherine, Bretagne
M. le Dr BODIGUEL Éric, Centre
M. PAPON René, Centre
Mme MARTIN Dominique, Champagne-Ardenne
Mme THIERY-BAJOLET Roselyne, Champagne-Ardenne
M. le Dr FERRY Jean-Pierre, Franche-Comté
M. le Dr JARRIGE Bruno, Guadeloupe
Mme le Dr D'ALCHE-GAUTIER, Marie-José, Haute-Normandie
Mme BUSSY Catherine, Île-de-France
Mme GABA-LEROY Chantal, Île-de-France
M. le Dr LAIRY Gérard, Île-de-France
Mme le Dr PRIVAT-PAIN Christiane, Île-de-France
Mme RAVINEAU Marie-José, Île-de-France

M. le Dr SQUARA Pierre, Île-de-France
Mme ROBINEAU Isabelle, Île-de-France
Mme DELEMARRE Josette Île-de-France
Mme RABOISSON Françoise, Languedoc-Roussillon
Mme le Dr LATHELIZE Monique, Limousin
M. PLANSONT Laurent, Limousin
M. le Dr MIGET Patrick, Lorraine
M. PERISSE Dominique, Midi-Pyrénées
M. le Dr PIGNAL François, Midi-Pyrénées
Mme DEHOORNE Frédérique, Nord-Pas-de-Calais
Mme SALCZYNSKI Annette, Nord-Pas-de-Calais
Mme VANHEE-GALOIS Anne, Nord-Pas-de-Calais
Mme AUDIBERT Claudine, PACA
Mme DARMON Marie-José, PACA
Mme PULTIER Madeleine, PACA
M. le Dr SOUTIF Claude, PACA
Mme le Dr SARTOR Catherine, PACA
M. le Dr STROUMZA Paul, PACA
Mme le Dr BOUTE Catherine, Pays-de-la-Loire
M. le Dr CHAINE François-Xavier, Picardie
M. le Dr BOUET Roland, Poitou-Charentes
Mme BERTINI Nicole, Rhône-Alpes
M. le Pr FRANCOIS Patrice, Rhône-Alpes
M. le Dr LEPAPE Alain, Rhône-Alpes

Les coordonnateurs et les équipes professionnelles des établissements de santé

Melle EDEL Stéphanie, Hôpitaux Civils de Colmar
– Centre hospitalier CPA, COLMAR

M. le Dr HAMOUDA Lakri, Centre hospitalier de
Guebwiller, GUEBWILLER

Mme ORLATI Josée, Centre hospitalier de
Mulhouse, MULHOUSE

M. le Dr KASSER André, Centre hospitalier de
Rouffach, ROUFFACH

M. le Dr CALLET William, Hôpital intercommunal
du Val d'Argent, STEIN-MAIRIE-AUX-MINES

Mme TIRAVY Catherine, Centre hospitalier Henri
Mondor, AURILLAC

M. le Dr AUGAGNEUR Alain, Centre hospitalier
de Montluçon, MONTLUÇON

Mme DOMAINE Isabelle, Centre hospitalier de
Joigny, JOIGNY

Mme le Dr MASSON Florence, Centre hospitalier
de Mâcon, MÂCON

Mme BOUILLER Renée, Centre hospitalier,
NEVERS

Mme LEBACHER Michel, Centre hospitalier de
Guingamp, GUINGAMP

M. le Dr FEGER Philippe, Centre hospitalier de
Cornouaille, QUIMPER

Mme le Dr RUDANT Christine, Centre hospitalier
universitaire, RENNES

M. le Dr GUERIN Hervé, Centre hospitalier
Général de Dreux – Hôpital Victor-Jousselin,
DREUX

Mme BOULLEY Agnès, Centre hospitalier,
ROMILLY-SUR-SEINE

Mme PIERRON Geneviève, Centre hospitalier
Général de Saint-Dizier, SAINT-DIZIER

Mme KONANSKI Patricia, Centre hospitalier,
CHAUMONT

Mme le Dr BECKER-SCHEINDER Michèle,
Centre hospitalier universitaire Saint-Jacques,
BESANÇON

Mme le Dr BAUDET-SAUCET Pascale, Centre
hospitalier, LONS-LE-SAUNIER

Mme CREMER Maryse, Centre hospitalier,
BERNAY

Mme le Dr HAREL Anita, Hôpital Simone-Veil –
GH Eaubonne-Montmorency, EAUBONNE

Mme GUENERET Laurence, Hôpital Simone-Veil
– GH Eaubonne-Montmorency, EAUBONNE

Mme DALBY Christelle, Centre hospitalier,
GONESSE

Mme PEYE Anne, Hôpital Charles-Foix – Jean-
Rostand, IVRY-SUR-SEINE

Mme le Dr NODZENSKI Nadine, Centre
hospitalier de Meaux – Annexe d'Orgermont,
MEAUX

Mme le Dr TESKOUK, Centre hospitalier
intercommunal Poissy-Saint-Germain, POISSY

Mme le Dr BODENAN Laure, Centre hospitalier
intercommunal Poissy-Saint-Germain, POISSY

Mme le Dr MELIANI Karima, Centre hospitalier
René-Dubos, CERGY-PONTOISE

Mme ROSSIGNOL Isabelle, Maison de
convalescence Ermitage-Sainte-Thérèse,
CHAVILLE

Mme LEYMONERIE Sylvie, Centre hospitalier de
Versailles – Hôpital André-Mignot, LE CHESNAY

Mme JAUFFRET Isabelle, Maison de la
Convalescence de la Fondation – Hôpital Saint-
Joseph, SAINT-BRICE-SOUS-FRÊT

Mme DUBOUCH Catherine, Hôpital Paul-
Brousse, VILLEJUIF

M. HARLINGUE Jean-Dominique, Hôpital Broca
La Rochefoucault, PARIS

M. le Dr LORTHOLARY, Centre hospitalier,
AUBUSSON

Mme BORDERIE Marie-Antoinette, Centre
hospitalier, AUBUSSON

Mme MACH Pascale, Centre hospitalier
gériatrique de Cornil, CORNIL

M. GAUTHIER Éric, Centre hospitalier, BAR-LE-
DUC

Mme POULET, Hôpital du Val de Madon,
MIRECOURT

M. le Dr MATTEI Pascal, Hôpital Saint-Charles,
SAINT-DIÉ-DES-VOSGES

M. le Dr BON Emmanuel, Centre hospitalier de
Montauban, MONTAUBAN

Mme le Dr BONNEFOUS Marie-France, Clinique
Ambroise-Paré, TOULOUSE

M. le Dr CARRIERE Jacques, Clinique du
Château de Vernhes, BONDIGOUX

M. DEPOIX, Polyclinique du Bois, LILLE

Mme CARPENTIER Pascale, Centre hospitalier
de Denain, DENAIN

Mme le Dr HAZARD Indrig, Centre hospitalier de
Fourmies, FOURMIES

Mme TESTENIÈRE Fabienne, Centre hospitalier
d'Avignon, AVIGNON

Mme EME Sylvie, Centre hospitalier d'Avignon
Henri-Duffaut, AVIGNON

Mme le Dr GRIMALDI D'ESDRA Françoise,
Centre hospitalier d'Avignon, AVIGNON

M. le Dr WATTELLE Thierry, Centre Médical
Chantoiseau/Fondation Édith-Seltzer, BRIANÇON

Mme BOIS Jocelyne, Centre hospitalier de
Cannes, CANNES

M. le Dr CAPPIELLO Bernard, Centre hospitalier,
GAP

Mme BOUCHARD Valérie, Centre Médical MGEN
Pierre-Chevalier, HYÈRES

Mme VOLPARO Marie-Annick, Assistance
Publique – Hôpitaux de Marseille, MARSEILLE

M. le Dr BOUVIER, Hôpital Ambroise-Paré,
MARSEILLE

Mme le Dr CAPRIZ-RIBIERE Françoise, Centre
hospitalier universitaire/Hôpital de Cimiez, NICE

Mme le Dr AUBRY-RATOVONDRIAKA Nathalie,
Centre hospitalier départemental La Roche-sur-
Yon-Luçon-Montaigu, LA ROCHE-SUR-YON

Mme JARDIN Sylvie, Centre hospitalier de Laval,
LAVAL

Mme le Dr DRAKE DEL CASTILLO Adeline,
Centre hospitalier de Saint-Nazaire, SAINT-
NAZAIRE

M. le Dr BRAILLON Alain, Centre hospitalier
universitaire NORD, AMIENS

Mme TUMERELLE Gima, Centre hospitalier de
Compiègne, COMPIÈGNE

M. le Dr MATTA, Centre hospitalier, SOISSONS

Mme LATHIERE Nathalie, Centre hospitalier
Labajouderie, CONFOLENS

Mme JUILLE M.-C, Centre hospitalier de
Rochefort-sur-Mer, ROCHEFORT-SUR-MER

Mme le Dr GARNIER Dominique, Centre
hospitalier Nord-Deux-Sèvres, THOUARS

Mme le Dr JAY Sylvie, Centre hospitalier,
ANNONAY

Mme FERLAY Myriam, Centre hospitalier
d'Annonay, ANNONAY

Mme le Dr DEREYMEZ Françoise, Centre
hospitalier, TARARE