Prise en charge de la douleur persistante, analyse de facteurs de résistance et suggestions pour l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux

C. Luthy
M. Nendaz
V. Piguet
A. Cahana
S. Merkli
A.-C. Griesser

La douleur apparaît encore souvent comme le prix à payer de techniques et d'investigations de soins sans cesse plus performantes, et demeure ainsi au travers des âges la marque de la maladie et des handicaps.
Se centrant sur la problématique des patients présentant des douleurs persistantes, nous détaillons quelques facteurs auxquels se confrontent les soignants, les chercheurs, et les institutions qui entreprennent d'améliorer la qualité des soins dans ce domaine. Nous montrons de quelle manière le Réseau douleur des Hôpitaux universitaires de Genève a décidé de faire face à l'évolution croissante des concepts en matière de prise en charge de la douleur persistante et à leur translation dans la pratique multidisciplinaire des soins d'un centre universitaire.

Mots-clés :
- douleur chronique
- hôpital
- prise en charge
- qualité des soins

Difficulties faced by professionals and institutions in the management of persistent pain : analysis and suggestions

Pain is too often viewed as an unavoidable consequence of technical progress in medicine and as a condition necessarily associated with illness. Bearing in mind the problematic nature of persistent pain, we describe some of the difficulties faced by professionals and institutions when attempting to implement changes aimed at improving the quality of pain management. We report how a Multidisciplinary Pain-Network of the Geneva University Hospitals address the necessity for an institutional change in order to promote the implementation of pain practice in this continually evolving field.

Med Hyg 2004 ; 62 : 1386-93

Introduction

Ces dernières années, de nombreuses études ont montré l'importance de la douleur persistante comme un problème de santé majeur; que l'impact soit estimé en termes de prévalence des symptômes, de répercussions sur la qualité de la vie, ou sous forme d'analyses socio-économiques.[1 2] En même temps, d'importants changements sont survenus dans la manière de définir, d'évaluer et de prendre en charge la douleur. Ainsi, la définition de la douleur comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions» (définition de l'International Association for the Study of Pain) a bénéficié des progrès des neurosciences qui ont montré que les lésions peuvent être absentes, et que la composante de «l'expérience désagréable» a une base cognitive qui peut être dissociée.[3-5] L'évaluation de la douleur et les traitements se sont aussi affinés. Par exemple, il est aujourd'hui bien reconnu que la prise en charge de la douleur doit non seulement être la plus précoce et la plus efficace possible,[6] mais qu'elle doit également différer dans ses moyens et ses objectifs selon la persistance ou non des symptômes.[7] Confortant le modèle biopsychosocial (fig. 1), la neurobiologie a montré combien l'intégration neuronale de la douleur est à la fois influencée par la transmission de signaux définissant des caractéristiques sensori-discriminatives et par des informations relevant de l'environnement des sujets et de leurs représentations des soins, notamment.[8] Une telle complexité souligne donc l'importance de considérer l'individu souffrant et son environnement plutôt que le seul symptôme douloureux.[7]

Plus que jamais, il est désormais attendu que les avancées de la médecine permettent le déploiement de stratégies qui améliorent la qualité de la prise en charge de la douleur. Même si cet impératif est attesté par des programmes de santé comme celui de l'OMS et se retrouve inscrit dans des codes de déontologie et des textes de lois de santé publique notamment, sa transformation en actes peine à se réaliser. En effet, malgré les efforts d'information auprès du public, malgré la publication régulière de recommandations thérapeutiques[9 11] et les nombreuses offres de formation complémentaire,[1-2,12] il existe peu d'évidences que ces mesures résultent en une amélioration réelle de la qualité de la prise en charge dans la pratique clinique.[13-14]

Se centrant sur la problématique des patients présentant des douleurs persistantes, nous détaillons dans cet article quelques-unes des difficultés auxquelles se confrontent les professionnels qui entreprennent d'améliorer la qualité des soins dans ce domaine. Nous montrons aussi comment les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont décidé de faire face à l'évolution croissante des concepts en matière de prise en charge de la douleur et à leur translation dans la pratique des soins d'un centre universitaire.

Amélioration du contrôle de la douleur dans les hôpitaux : analyse de quelques facteurs de résistance et des pièges à reconnaître

De nombreux facteurs influencent l'efficacité des programmes d'interventions institutionnels entrepris pour mieux prendre en charge la douleur rebelle (fig. 2). La plupart de ces éléments peuvent d'ailleurs apparaître tour à tour comme des «facilitateurs» ou comme des «facteurs de résistance» selon la manière dont ils sont considérés. Nous les avons isolés

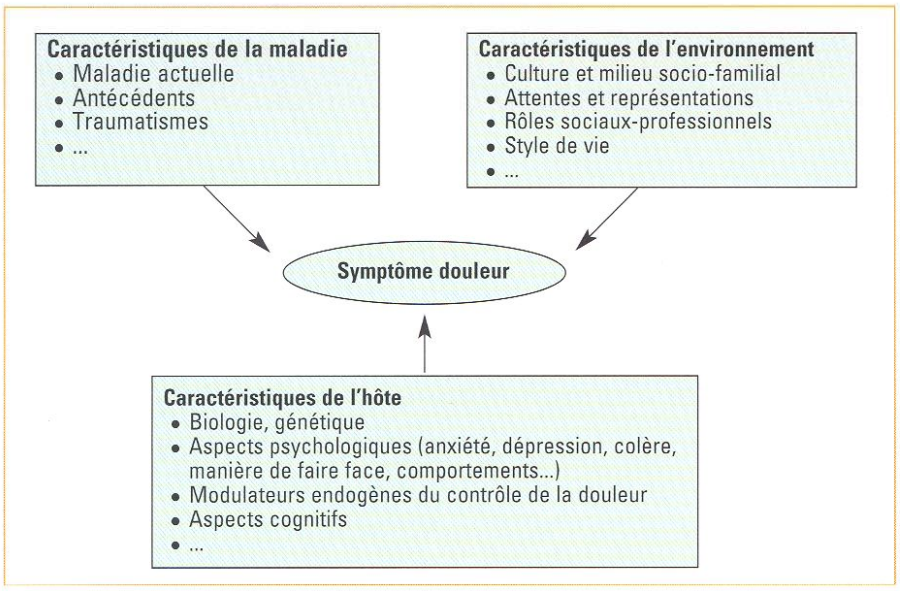

Fig. 1. Modulation du symptôme douloureux selon le modèle biopsychosocial.

pour mieux les analyser mais il est évident que la complexité de leurs interactions requiert qu'ils soient examinés comme un tout dans la pratique.

Les facteurs associés aux patients

L'impact des représentations et des attentes des patients sur l'adhésion aux soins et sur les processus d'amélioration de la qualité des soins.

De nombreuses études ont montré l'influence des connaissances et des représentations des patients présentant des douleurs rebelles sur des scores symptomatiques ou de détresse émotionnelle.[16] Ceci indique clairement combien, même pour les thérapeutes qui rencontrent ces patients dans l'urgence d'exacerbations aiguës, la reconnaissance de la douleur comme une expérience «globale» – c'est-à-dire à la fois comme un produit de mécanismes physiopathologiques, mais aussi comme le réveil d'expériences antérieures, le vécu d'un ensemble d'émotions et d'éléments dépendant de la qualité de l'insertion sociale (fig. 1) – détermine les bénéfices et les risques des thérapeutiques proposées.

Les attentes que les patients ont à l'égard des soins peuvent également varier considérablement en fonction de déterminants culturels et de leurs représentations en santé. Par exemple, parmi une population américaine de patients adultes hospitalisés dans plus de 500 hôpitaux, 57% d'entre eux considéraient la douleur comme une préoccupation majeure avant une intervention chirurgicale alors que 77% admettaient qu'il était néanmoins inévitable de ressentir des douleurs après l'opération.[17] Le fait que de nombreux malades âgés estiment qu'ils doivent supporter la douleur et que peu de choses peuvent être entreprises pour l'atténuer est souvent mieux (re)connu.[18]

De nombreux autres éléments constituent encore des pièges mettant en danger la prise en charge de la douleur ou l'évaluation de programmes d'intervention. Ainsi, le fait que les patients soient plus réticents à rapporter la douleur s'ils perçoivent que leurs soignant sont très occupés exerce aussi des effets délétères sur la qualité de la prise en charge.[19-20] Les malades peuvent alors adopter des comportements pour «se distraire» de la douleur (la discussion avec des visiteurs, la lecture, le rire ...). Ces attitudes sont alors souvent faussement interprétées par les thérapeutes comme témoignant d'un contrôle symptomatique suffisant.[21] D'autres patients estiment qu'ils doivent être stoïques face à la douleur, qu'ils doivent économiser les antalgiques et en garder pour plus tard, ou pensent que le fait de demander des antalgiques est un signe de faiblesse.[22] Ils peuvent aussi souhaiter dissimuler leurs douleurs pour ne pas inquiéter leurs proches ou les soignants. Parmi les obstacles à l'adhérence des patients aux traitements antalgiques proposés, citons encore: les craintes de dépendance ou d'effets secondaires médicamenteux,[23] et des inquiétudes vis-à-vis de la responsabilité dans la gestion des traitements ou d'équipements techniques comme des pompes PCA *(Patient Controlled Analgesia)*.[24]

Ces différents éléments montrent également combien, dans le cadre d'une relation thérapeutique maîtrisée, les patients et leurs familles sont de puissants alliés pour promouvoir une amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur. Il est d'ailleurs avéré qu'une plus large diffusion de l'information médicale, même si celle-ci n'est pas toujours de qualité suffisante,[25] contribue à rendre les patients plus avisés.[26]

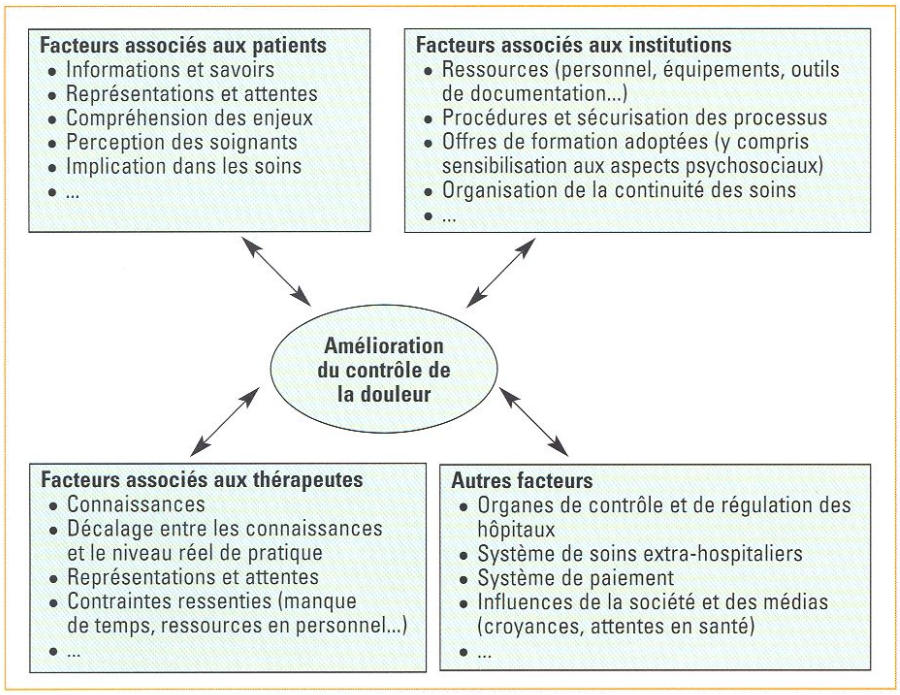

Fig. 2. Facteurs influençant l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur dans une institution.
(Adapté de[15]).

Bibliographie

1 Site de l'European Federation of IASP Chapters (EFIC), http://www.efic.org/
2 Site de l'International Association for the Study of Pain (IASP), http://www.iasp-pain.org/
3 Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: International Association for the Study of Pain, 1994.
4 Fields HL. Pain: An unpleasant topic. Pain 1999; (Suppl. 6): 61-9S.
5 Petrovic P, Ingvar M. Imaging cognitive modulation of pain processing. Pain 2002; 95: 1-5.
6 Petersen-Felix S, Curatolo M. Neuroplasticity- an important factor in acute and chronic pain. Swiss Med Wkly 2002; 132: 273-8.

7 ■■ Allaz A-F. Le messager boiteux : approches pratiques des douleurs chroniques rebelles. Genève : Editions Médecine & Hygiène, 2003.
8 ■ Dubner R, Gold M. The neurobiology of pain. Proc Natl Acad Sci 1999 ; 96 : 7627-30.
9 ■ Site du National Guideline Clearinghouse™ (NGC™), http://www.guideline.gov/resources/summaryarchive.aspx
10 ■■ Site du National Institutes of Health (NICE), http://www.nice.org.uk/
11 ■ Site de l'American Geriatric Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002 ; 50 (Suppl. 6) : S205-24.
12 ■ Site Société Suisse d'Etude contre la Douleur (SSED), http://www.pain.ch/sgssfr/htm_fr/news/main.htm
13 Gordon DB, Dahl JL. Quality improvement challenges in pain management. Pain 2004 ; 107 : 1-4.
14 Michel P. Evaluer la prise en charge de la douleur dans un CHU : méthode et principaux résultats. Presse Med 2001 ; 30 : 1438-44.
15 ■■ Berry P, Dahl JL, Donovan M, et al. Improving the quality of pain management through measurement and action. JCAHO & NPC joint report, Terrence Brooke, IL, March 2003.
16 ■ Stroud MW, Thorn BE, Jensen MP, Boothby JL. The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. Pain 2000 ; 84 : 347-52.
17 Warfield CA, Kahn CH. Acute pain management. Programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults. Anesthesiology 1995 ; 8 : 1090-4.
18 Miaskowski C.The impact of age on a patient's perception of pain and ways it can be managed. Pain Manag Nurs 2000 ; 1 (Suppl. 1) : 2-7.
19 Bookbinder M, Coyle N, Kiss M, et al. Implementing national standards for cancer pain management : Program model and evaluation. J Pain Symptom Manage 1996 ; 12 : 334-47.
20 Miaskowski C. Monitoring and improving pain management practices. A quality improvement approach. Crit Care Nurs Clin North Am 2001 ; 13 : 311-7.
21 McCaffery M, Pasero C. Pain Clinical Manual. 2nd ed. St Louis, MO : Mosby, 1999.
22 Cedraschi C, Allaz AF, Piguet V. Le rôle de la représentation de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. Doul Analg 1998 ; 2 : 91-5.
23 Ersek M, Kraybill BM, Pen AD. Factors hindering patients' use of medications for cancer pain. Cancer Pract 1999 ; 7 : 226-32.
24 Donovan MI, Evers K, Jacobs P, Mandleblatt S. When there is no benchmark : Designing a primary care-based chronic pain management program from the scientific basis up. J Pain Symptom Manage 1999 ; 18 : 38-48.
25 Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients : Is the information good enough ? BMJ 1999 ; 318 : 318-22.
26 ■ Coulter A. Paternalism or partnership ? Patients have grown up and there's no going back. BMJ 1999 ; 319 : 719-20.

Les facteurs associés aux thérapeutes

Au-delà des aspects liés à des (mé)connaissances «techniques», les soignants ne sont pas moins concernés que les soignés par leurs représentations et l'impact parfois négatif de ces dernières sur la prise en charge des douleurs persistantes.

Les éléments les plus souvent rapportés dans la littérature sont le manque de connaissances des soignants médico-infirmiers dans le domaine de la prise en charge,[27,28] un décalage entre le savoir ou le savoir-faire perçus et le niveau réel des pratiques,[29,30] ou encore la fréquente conviction des thérapeutes qu'ils sont de meilleurs juges que leurs malades pour évaluer la douleur ou leurs propres besoins de formation.[29] Ceci contraste évidemment avec l'abondante littérature disponible et les nombreuses actions des professionnels ou des associations qui élaborent des recommandations thérapeutiques régulières et dispensent des séminaires consacrés à la douleur.[1-2,12,31] On relève aussi comme facteurs de résistance, le sentiment de manque de temps pour se former ou pour évaluer la douleur, des craintes liées à l'utilisation de certains médicaments en raison de la dépendance physique ou psychologique ou d'autres effets secondaires.[32] Comme leurs patients, les soignants médico-infirmiers sont donc très influencés par leurs propres représentations et par certains préjugés. Parmi les idées fausses aujourd'hui heureusement démenties, citons celles qui veulent que le traitement de la douleur peut être contre-indiqué dans certaines situations,[33] que les opioïdes sont inefficaces à long terme (alors que le phénomène de tolérance concerne certains effets secondaires comme les nausées et la sédation mais peu l'effet antalgique),[34] que leur usage conduit à la détérioration du patient, que les risques de comportements toxicomanes sont importants,[35] que la douleur est parfois trop difficile à juguler pour tenter quelque chose, que les symptômes n'atteignent pas une intensité «suffisante», ou encore qu'ils sont trop transitoires pour justifier une intervention.

Les facteurs associés aux institutions

Il s'agit d'avancer ici avec précaution puisqu'il faut d'abord reconnaître qu'il est fréquent d'utiliser le prétexte de l'inertie administrative, des différentes hiérarchies ou du cloisonnement des spécialisations pour diluer des responsabilités individuelles ou pour déplacer les conflits. Les facteurs institutionnels constituent cependant des éléments importants à prendre en compte pour faciliter l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur. Parmi eux, citons des ressources en personnel suffisantes, la mise à disposition d'une documentation adéquate et accessible, les possibilités d'accès aux stratégies diagnostiques et thérapeutiques recommandées, ou encore la sécurisation de processus comme celui de la dispensation des médicaments. Dans les secteurs plus particulièrement concernés par la prise en charge de patients présentant des douleurs persistantes, la sensibilisation des soignants aux aspects psychosociaux et la valorisation des expériences médico-infirmières sont aussi nécessaires. La primordiale continuité des soins est quant à elle principalement dépendante d'une stabilisation suffisante des équipes hospitalières, de la qualité de liens avec les ressources extrahospitalières (coordination avec les équipes spécialisées et les médecins traitants par exemple), et de la capacité des individus et des technologies de l'information à échanger des informations pertinentes.

Vers une amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : le Réseau douleur des Hôpitaux universitaires de Genève

Le Réseau douleur, une réponse institutionnelle pour améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur.

Après avoir examiné quelques spécificités de la douleur rebelle (fig. 1) et explicité plusieurs obstacles au déploiement d'un programme d'amélioration de la qualité des soins (fig. 2), il nous faut maintenant nous tourner vers une meilleure intégration de ces éléments dans la pratique clinique quotidienne. En effet, si le phénomène de la douleur persistante accentue sensiblement le travail de déchiffrement et de communication des soignants, la question est non seulement de savoir de quelle manière ces derniers peuvent être aidés, mais aussi de déterminer *comment* une institution peut obtenir de réels changements dans le mode de prise en charge des malades. Plusieurs publications récentes[15,36] abordent ce sujet que nous développerons ici en rendant compte des objectifs, du mode organisationnel et des réalisations des Hôpitaux universitaires de Genève dans le domaine spécifique de la douleur. Avant ceci, précisons encore les prérequis organisationnels nécessaires à l'essor de tels programmes (tableau 1).[37]

Le Réseau douleur des HUG, un réseau pour faire quoi ?

Le Réseau douleur des Hôpitaux universitaires de Genève a été institué en janvier 2003 pour améliorer la prise en charge de la douleur

27 Sloan PA, Plymale MA, Johnson M, et al. Cancer pain management skills among medical students: The development of a Cancer Pain Objective Structured Clinical Examination. J Pain Symptom Manage 2001; 21: 298-306.
28 Brown ST, Bowman JM, Eason FR. Assessment of nurses' attitudes and knowledge regarding pain management. J Contin Educ Nurs 1999; 30: 132-9.
29 Glajchen M. Chronic pain: Treatment barriers and strategies for clinical practice. J Am Board Fam Pract 2001; 14: 211-8.
30 Glajchen M, Bookbinder M. Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: A national survey. J Pain Symptom Manage 2001; 21: 307-16.
31 ■ Association internationale: Ensemble contre la douleur, http://www.sans-douleur.ch/ai_fress.htm#1
32 Collett BJ. Chronic opioid therapy for non-cancer pain. Br J Anaesth 2001; 87: 133-43.
33 American College of Emergency Physicians. Clinical policy: Critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of non-traumatic acute abdominal pain. Ann Emerg Med 2000; 36: 406-15.
34 Jovey JD, Ennis J, Gardner-Nix J. Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain – a consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. Pain Res Manage 1998; 3: 133-43.
35 Darke AC, Stewart JH. Efficacy and potential abuse of opioid analgesic and the treatment of chronic noncancer pain. Pain Res Manage 1999; 4: 104-9.
36 ■■ Berry HP, Chapman CR, Convington EC, et al. Pain: Current understanding of assessment, ma-

1) S'appuyer sur l'engagement clair des directions médicale, soignante et administrative de l'établissement
2) Réaliser un planning des actions engagées par l'établissement, ainsi qu'une répartition des tâches prenant en compte les compétences des personnes
3) Accorder un temps spécifique aux cadres du programme
4) Prévenir les conflits majeurs de personnes au sein des équipes concernées
5) Reconnaître et valoriser les compétences des personnes ainsi que le travail déjà engagé
6) Créer, si elle n'existe pas déjà, une équipe «Qualité» au sein de l'établissement

Tableau 1. Prérequis nécessaires au développement d'un programme d'amélioration de la qualité des soins dans un établissement.
(Adapté de[37]).

au sein de l'établissement, suite à une enquête effectuée auprès des patients, des soignants(es) et des cadres de l'institution. Cette large enquête menée en 2001 avait notamment mis en évidence le besoin d'évaluer plus systématiquement la douleur, de mieux la traiter, et d'élargir l'offre d'(in)formation dans le domaine de l'antalgie.

Bien différent d'un simple carnet d'adresses pour les utilisateurs, les objectifs du Réseau sont résumés dans le tableau 2.

Le Réseau douleur des HUG, comment s'organise-t-il ?

Le Réseau douleur est constitué de trois structures: les *Cellules départementales* représentant les services cliniques de l'établissement (composées des collaborateurs des services), une *Commission* (formée des représentants de chaque cellule départementale et des spécialistes de la douleur de l'institution), et un *Bureau de coordination* (constitué d'un président, d'un vice-président, et d'un chef de projet). Le Réseau présente donc deux niveaux d'action. Le premier, constitué par les Cellules départementales, a une fonction opérationnelle: initier et suivre les projets décentralisés, participer à des projets transversaux, ainsi qu'un rôle de communication ascendante et descendante. Le deuxième, la Commission et le Bureau, a une mission stratégique et de parrainage des projets. Les mandats respectifs de ces trois structures sont présentés dans le tableau 3. Le Réseau est également en interface avec les partenaires privilégiés de l'institution tels que le Centre de formation et le Service de la communication.

Un Réseau ne s'arrête évidemment pas à une institution et doit bien trouver les moyens de s'étendre au-delà et dans la communauté en particulier. Ceci est particulièrement important dans la mesure où la douleur persistante engendre toujours des répercussions sociales, professionnelles, mais aussi médico-légales par le biais des assurances et des rentes d'invalidité par exemple. Ces aspects ne seront toutefois pas présentés ici.

1) Améliorer la triade «évaluation-traitement-suivi» de la douleur dans les HUG
2) Assurer un enseignement et une formation continue adaptée pour le personnel dans le domaine de la douleur
3) Promouvoir auprès des patients et des proches l'information relative à la douleur et à sa prise en charge
4) Formuler et promouvoir des critères d'évaluation de la qualité de la prise en charge de la douleur
5) Mettre à disposition du personnel des informations relatives à la douleur et à sa prise en charge

Tableau 2. Objectifs du Réseau douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Mandats des Cellules départementales douleur
- Réunir en un groupe commun les personnes du département s'intéressant à la prise en charge de la douleur
- Favoriser des projets qui respectent les spécificités et l'autonomie des services
- Récolter les besoins des services et les communiquer à la Commission douleur des HUG
- Favoriser l'élaboration/application de directives pour de bonnes pratiques cliniques relatives à la douleur et à sa prise en charge
- Transmettre l'information relative à la douleur vers les services
- Favoriser la mise en œuvre des objectifs du Réseau
- Participer à l'enseignement dispensé au Centre de formation des HUG et/ou faire partie de l'équipe mobile de formateurs qui se déplace dans les services

Mandats de la Commission douleur
Les mandats de la Commission sont centrés sur les activités à fort impact général:
- **Développement de projets**
  - Parrainer les cellules départementales, les services cliniques des HUG: conseiller les collaborateurs impliqués, relire des projets, accompagner et appuyer les interventions menées
- **Formation**
  - Formation des soignants des HUG
  - Formation des formateurs des HUG
  - Adapter et/ou promouvoir des recommandations de prises en charge
  - Création de kits d'enseignement pour les thèmes d'intérêt général et les questions fréquemment posées (messages communs)
- **Diffusion de l'information et de la documentation**
  - Par les canaux existants en privilégiant les organes de diffusion internes

Mandats du Bureau de coordination douleur
- Coordonner le travail de la commission douleur et en favoriser l'interdisciplinarité
- Elaborer et assurer la politique de communication du Réseau
- Elaborer le(s) budget(s) prévisionnel(s) des activités et assurer le suivi des dépenses

Tableau 3. Mandats des trois structures du Réseau douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Le Réseau douleur et le défi des patients présentant des douleurs persistantes

Les membres du Réseau douleur des Hôpitaux universitaires de Genève se caractérisent par leur volonté à développer des synergies pour améliorer les soins dans le domaine de la douleur. Contrairement aux représentants des consultations spécialisées, tous ne sont toutefois pas sensibilisés à la problématique de la douleur rebelle où la persistance des troubles interroge toujours le rôle de l'environnement de soins, et où la rencontre débute d'emblée sur un(des) échec(s) préalable(s) !

Convergeant vers l'expérience d'autres centres hospitaliers,[38] le Réseau douleur permet de

Problèmes identifiés	Projets réalisés ou en cours de réalisation
L'information donnée aux patients/proches sur la douleur est insuffisante ; Dans le domaine de la douleur, les patients/proches doivent être davantage considérés comme des partenaires	Adapter et développer du matériel d'information écrit destiné aux patients/proches des HUG ; Sensibiliser et améliorer les compétences des soignants pour l'information et le partenariat avec les patients/proches
Les soignants manquent de directives concernant les indications/modalités d'utilisation d'antalgiques dans des situations de douleurs	Adapter et valoriser les formations offertes par les HUG, développer et diffuser des standards de pratiques et des recommandations thérapeutiques
Le dossier «douleur» n'est pas standardisé (redondance des données, manque de disponibilité d'informations pour des bases de données parallèles à des fins de statistiques...)	Développer un dossier structuré et informatisé avec volet distinct douleur aiguë/douleur chronique (suivi ambulatoire ou hospitalier, requêtes à des fins de recherche ou de documentation d'activités)
Les actions des différents intervenants manquent de clarté ; Les différents prestataires et les prestations «douleur» de l'institution manquent d'identification	Clarifier le rôle des prestataires de services, élaborer un algorithme pour faciliter le cheminement clinique (mode de demandes des consultations, catalogues de prestations...)
La qualité de la transmission de l'information au sujet d'un patient algique est insuffisante et les modalités/délais d'action inadéquats	Evaluer plus systématiquement la douleur, améliorer la documentation (évaluation/description/suivi), faciliter la transmission entre les professionnels
Dans certains secteurs, il existe peu d'informations sur le type de patients présentant des douleurs, les formes d'évaluation et les traitements antalgiques choisis	Enquêtes de prévalence (secteurs de la psychiatrie, de la radiologie et de la neurologie notamment)
Les actions et les projets du Réseau douleur peuvent être redondants avec celles et ceux des autres programmes de soins des HUG	Développer les synergies avec les autres programmes de soins institutionnels qui présentent une interface avec le Réseau douleur
Les projets visant à améliorer la qualité des soins dans le domaine de la douleur se heurtent à de nombreuses difficultés (disponibilité horaire, formation, finances...)	Développer et favoriser l'accès à des ressources matérielles et en personnes pour mener à bien des projets ou des évaluations cliniques ponctuelles

Tableau 4. Synoptique des problèmes identifiés par les membres du Réseau douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et projets réalisés ou en cours de réalisation.

stimuler les échanges entre des professionnels d'horizons divers (médecins, infirmiers, professionnels paramédicaux...) et venant de services différents. Il permet également d'identifier des difficultés communes et de développer des réponses qui reposent sur la synthèse des avis multidisciplinaires. Ce dernier aspect est particulièrement fondamental car la cohérence des professionnels qui interviennent dans la prise en charge des patients présentant des douleurs – surtout lorsqu'elles sont rebelles – est essentielle pour induire une vision globale du patient/chez le patient.[7] Ceci contraste avec ce que l'on observe parfois lorsque la non-communication et la non-concordance des stratégies diagnostiques et thérapeutiques exercent de réels effets iatrogènes sur la prise en charge.

Le Réseau douleur permet donc de faire valoir à un niveau institutionnel que les arguments cliniques propres à un spécialiste ne peuvent donner lieu – sans exploration préalable des autres domaines – à une intervention sans véritable concertation. Ainsi, même si le patient bénéficie d'une évaluation conduite par des spécialistes ou d'un acte médico-chirurgical, il est indispensable de réfléchir à son insertion dans la chronologie d'un véritable projet thérapeutique.

En s'appuyant sur le modèle biopsychosocial (fig. 1) et en rappelant les pièges fréquemment rencontrés (fig. 2) et les prérequis nécessaires pour débuter une démarche qualité (tableau 1), le Réseau questionne les soignants multidisciplinaires quant à la manière dont la douleur est prise en charge dans leurs services respectifs. Le Réseau leur donne également une tribune pour faire connaître leurs projets et leurs réalisations. Même si le Réseau n'est évidemment pas une utopie où les ressources, les perspectives de développement et les offres de formation s'agencent en douceur et dans un ordre bien établi (!), un aperçu de quelques problèmes identifiés par les membres du Réseau douleur dans différents secteurs et des projets réalisés/en cours de réalisation sont présentés dans le tableau 4.

Conclusions

La douleur persistante est un problème majeur de santé publique dont l'évaluation et la qualité de prise en charge sont à la fois insuffisantes et difficiles à codifier de manière univoque. Dès lors, il est du devoir des institutions de rendre ce problème plus apparent et de développer des règles de prise en charge communes qui prennent en compte l'hétérogénéité des pratiques.

Parce que la douleur rebelle s'intègre toujours dans un contexte biopsychosocial et qu'elle n'est généralement pas susceptible d'être facilement stabilisée dans des faits incontestables, les professionnels doivent aussi être mieux formés à faire face à des demandes qui les interrogent à la fois sur leur mode de relation avec le malade et la maladie, et sur les limites de la médecine et du visible.

La réussite d'un programme d'amélioration de la qualité des soins dans le domaine de la douleur persistante dépend de l'intégration de nombreux facteurs parmi lesquels figurent la motivation des thérapeutes à participer à un tel processus et la satisfaction qu'ils peuvent trouver dans les réponses institutionnelles qui leur sont données. La mise en place d'un Réseau institutionnel peut constituer un des éléments de cette réponse. ■

nagement and treatment. The NPC & JCAHO joint report, Oakbrook Terrace, IL, December 2001.

37 *Vassort E, LeGall J. Douleur: Programme d'amélioration de la qualité- mode d'emploi. Paris: Editions Masson, 2003.*

38 *Weissman DE, Griffie J, Gordon DB, Dahl JL. A role model program to promote institutional changes for management of acute and cancer pain. J Pain Symptom Manage 1997; 14: 274-9.*

Remerciements

Aux membres du Réseau douleur des Hôpitaux universitaires de Genève - Membres des Cellules départementales et représentants à la Commission douleur : Dr Ruth Landau et M. Philippe Thomas, Département APSIC ; M. Claude Ginet et Dr Bernard Vermeulen, Centre d'accueil et d'urgences ; M. Philippe Cornuau (jusqu'au 31 décembre 2003), Mme O. Brulhart (dès janvier 2004) et Dr Ebrahim Khabiri, Département de chirurgie ; Dr Rima Bazarbachi (jusqu'en février 2004) puis Dr Jean-Luc Anguenot et Mme Nathalie Massard (jusqu'en janvier 2004), Département de gynécologie et obstétrique ; Mme Martine Blanchet et Dr Philippe Vernet, Département médical de Loëx ; Mme Agnès Hazard et Dr Noëlle Junod, Département de médecine communautaire ; Mme Emmanuelle Bressoud et Dr Mathieu Nendaz, Département de médecine interne ; Mme Rachel Brung et Dr Jean-Marie Annoni, Département NEUCLID ; Mme Sylvaine Germain et Dr Pierre Wacker, Département de pédiatrie ; M. Olivier Boissier et Dr Henriette Hilleret, Département de psychiatrie ; Dr Sabine Balmer-Majno et Mme Brigitte Durier, Département de radiologie et informatique médicale ; Mme Laurence Campana et Dr Sophie Pautex, Département de réhabilitation et gériatrie.

– Experts permanents et représentants à la Commission douleur :
Dr Valérie Piguet, consultation multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur ; Dr Alex Cahana, M. Laurent Robert, Consultation d'antalgie interventionnelle ; Mme Gisèle Schaerer, Direction des soins infirmiers.
– Membres du Bureau de coordination :
Dr Christophe Luthy, Service de médecine interne de réhabilitation, Président du Réseau ;
Mme Sandra Merkli, Département APSIC, vice-présidente du Réseau ; Mme A.-C. Griesser, Secrétariat général, Cheffe de projet pour le Réseau.

Et à nos collègues et prédécesseurs qui ont contribué à la réalisation de ce Réseau.

Adresse des auteurs :

Dr Christophe Luthy
Service de médecine interne de réhabilitation
christophe.luthy@hcuge.ch

Dr Mathieu Nendaz
Service de médecine 1
Département de médecine interne

Dr Valérie Piguet
Service de pharmacologie et toxicologie clinique

Dr Alex Cahana
Service d'anesthésiologie

Mme Sandra Merkli
Département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs de chirurgie

Mme Anne-Claude Griesser
Service organisation
Secrétariat général
HUG
1211 Genève 14